

LA NUOVA ASSISTENZA

*Immagini e resoconti del nuovo disagio sociale degli adulti e del lento
cambiamento del welfare locale in 12 territori italiani*

Roma, aprile 2008

L'equipe centrale di ricerca è stata costituita da:

Maria Luisa Mirabile (impostazione e direzione scientifica), Mauro Pellegrino (coordinamento scientifico), Silvia Lucciarini (impostazione metodologica e coordinamento scientifico e operativo),
Valentina Cava (assistenza alla direzione e al coordinamento operativo)

INTRODUZIONE

PARTE I - Disagio degli adulti e welfare locale	1
1. Condizioni d'accesso e misure di welfare come luoghi di prestrutturazione della domanda sociale. Squarci sulla prospettiva d'analisi	2
2. Una ricerca su tre assi: target, territorio, accesso al sistema	6
2.1 <i>Il target degli adulti in difficoltà in prospettiva sociologica</i>	6
2.1.1 <i>Alcuni flash su povertà e disoccupazione degli adulti</i>	8
2.1.2 <i>Il disagio degli adulti: riflessi opachi nel welfare. Considerazioni preliminari</i>	11
2.2 <i>La territorializzazione del welfare: le componenti istituzionale, gestionale e associativa come variabili indipendenti del welfare locale</i>	14
2.2.1 <i>Strumenti e strutture</i>	14
2.3 <i>L'accesso al sistema integrato dei servizi sociali: ruoli, funzioni, centralità</i>	16
3. Territori a confronto. Una lettura d'insieme	19
3.1 <i>La spesa sociale dei Comuni nei confronti degli adulti poveri</i>	19
3.2 <i>Uno sguardo ai territori: la domanda, l'accesso, le misure</i>	23
3.2.1 <i>Disagio sociale degli adulti e modalità di lettura da parte dei servizi</i>	24
3.2.2 <i>Welfare locale e fattori determinanti nelle modalità di risposta dei servizi agli adulti in difficoltà</i>	27
3.2.3 <i>Accesso al welfare</i>	30
3.2.4 <i>Le misure per il disagio adulto</i>	30
3.2.5 <i>I limiti strutturali del territorio</i>	31
PARTE II – I dodici rapporti territoriali	33
Regione Liguria	34
<i>La Spezia</i>	47
<i>Imperia</i>	59
<i>Comunità Montana Ingauana (SV)</i>	71
Regione Toscana	86
<i>Prato</i>	93
<i>Grosseto</i>	124
<i>Comunità Montana Valdimievole (PT)</i>	137
Regione Lazio	154
<i>Roma – V Municipio</i>	159
<i>Viterbo</i>	168
<i>Comunità Montana Subiaco (PM)</i>	185
Regione Puglia	201
<i>Brindisi</i>	207
<i>Mola di Bari (BA)</i>	237
<i>Comunità Montana Daunian (FG)</i>	251
PARTE III – Nota metodologica	272
4. Criteri di individuazione dei territori oggetto dell'indagine di campo	273
5. La ricerca sul campo	275
6. Il quaderno del rilevatore: griglie di intervista e vignette	283
7. Vignette	289
8. Piano delle interviste	291
9. L'equipe territoriale	294
Riferimenti bibliografici	295

Introduzione

Con questo rapporto di ricerca si conclude l'attività di monitoraggio di quelli che nel nostro lavoro abbiamo definito gli 'stili di attuazione' della legge n. 328/2000 di riforma del sistema di interventi e servizi socio-assistenziali.

Nonostante l'occasione (chiusura di un ciclo di ricerche) e il tipo di performance della riforma (interrotta e disomogenea), eviteremo in queste pagine di concederci lo spazio per bilanci complessivi sull'esperienza fin qui realizzata dalla 328, preferendo ipotizzare che il sistema italiano di welfare territoriale sia in futuro più adeguatamente finanziato e sostenuto dall'azione centrale, regionale e locale secondo lo schema di poteri e responsabilità propri per ciascuno dei livelli di governo implicati nel processo. Ciò, tenute presenti le diversità territoriali e di sviluppo interne al paese, ma tenuti presenti anche i nuovi profili di domanda sociale cui comunque il sistema di welfare territoriale è in maniera crescente chiamato a rispondere, date le sempre più diffuse configurazioni del lavoro e della famiglia e i correlati processi di fragilizzazione sociale.

Dopo le precedenti attività di monitoraggio¹ questa indagine ha voluto concentrarsi sul punto di snodo fra tre questioni cruciali che a nostro avviso esemplificano con chiarezza alcuni termini essenziali della capacità di risposta al disagio sociale del nostro sistema di welfare locale.

Una prima scelta è stata di concentrare l'attenzione su un gruppo tradizionalmente poco considerato delle politiche socio-assistenziali, ma oggi per varie ragioni in crescita come componente della domanda di servizi e interventi sociali: quella del disagio sociale degli adulti. Nel compiere questa scelta eravamo naturalmente consapevoli che avremmo incontrato una serie di problematichità. Preliminare in tal senso la scarsa legittimazione morale presso il sistema socio-assistenziale della figura del 'povero abile' considerata in quanto tale. Se non giustificata da una condizione di disabilità psico-fisica, né 'presentabile' in quanto 'portavoce' di un nucleo familiare di cui è responsabile, la figura dell'adulto in difficoltà è virtualmente destinataria di modalità di sostegno ancora più che secondarie nel già

-
- 1) *Nel 2001-2002: una prima ricostruzione degli stili di governo e dei relativi modelli di welfare espressi in alcuni contesti regionali, allo scopo di individuare le linee di strategia e le tipologie di comportamento politico seguite, più o meno consapevolmente, dai diversi attori socio-istituzionali, per attivare, governare e monitorare i percorsi di riforma delle politiche sociali e dei diversi sistemi socio-assistenziali territoriali.*
 - 2) *Nel 2002-2003: una ricognizione su scala nazionale dei diversi sistemi di offerta sociale territoriali nei 100 comuni capoluogo di provincia, che ha rappresentato uno dei primi tentativi di indagine empirica su questa tematica. Il risultato principale è stata la (ri)scoperta di uno "zoccolo duro" di modalità di prestazione tradizionali più diffuso di quanto le rilevazioni sui processi di innovazione non avessero fin qui evidenziato, a fronte sul versante programmatico delle spinte e delle inerzie in corso rispetto alle indicazioni di riforma seguite al varo della legge 328/2000.*
 - 3) *Nel 2003-2004: una rilevazione ed un'analisi mirate sui bisogni e sulla domanda sociale in tre aree metropolitane: Milano, Roma e Napoli. A fronte della disomogeneità e dei fenomeni di resistenza e inerzia dei processi programmatici e degli assetti gestionali territoriali, emerse dalle attività di monitoraggio compiute nelle annualità precedenti, nella terza annualità si è spostata l'attenzione conoscitiva dalla sfera della programmazione e dell'offerta sociale al complesso, variegato e multidimensionale ambito dei bisogni e della domanda sociale. Fornire alcuni elementi di analisi e riflessioni su ciò che rappresenta "l'altra faccia della medaglia" rispetto a programmazione ed offerta sociale, è apparso, infatti, un'efficace modalità per tratteggiare in termini sistemici l'andamento di una relazione – domande ed offerte sociali – così cruciale per la risoluzione in chiave positiva delle fratture sociali emergenti.*
 - 4) *Nel 2006: un esame delle analisi e delle fonti ufficiali di rilevazione, ricostruzione e analisi della spesa sociale dei comuni italiani e un'analisi originale sui bilanci consuntivi delle città capoluogo. L'analisi ha fornito ulteriori elementi di conoscenza circa lo scarso grado di informazione esistente e ha riconfermato come la maggioranza della spesa sia destinata ai tre grandi raggruppamenti di: minori, anziani e disabili, con forte limiti di riconoscimento e risposta nei confronti del target degli adulti in difficoltà.*

modestissimo sistema di aiuti a disposizione dei più poveri e di modalità largamente concepite sul criterio dell'emergenza ed i target delle povertà estreme (quelli che ruotano intorno alla dizione di 'Senza fissa dimora', per intendersi). Ritenevamo comunque interessante provare a riscontrare - a fronte delle crescenti criticità rilevate dalle statistiche e dalle cronache a carico di disoccupati, lavoratori discontinui e a basso reddito e famiglie numerose - se e come i servizi sociali territoriali avessero avviato azioni ispirate alla 'decategoryalizzazione' e prevenzione del disagio (così come da molti anni auspicato e sostenuto dalla legge di riforma n. 328 del 2000) e dunque predisposto azioni volte al recupero di capacità e di partecipazione degli adulti al mondo produttivo e sociale. Questo, nel nostro disegno di ricerca, sarebbe dovuto andare di pari passo con la predisposizione e diffusione di servizi di accoglienza e indirizzo (segretariato sociale e analoghi) capaci di 'riconoscere' e interpretare le esigenze di questo tipo di bisogno e domanda sociale. Abbiamo inteso in altri termini ipotizzare che il cambiamento sociale degli ultimi decenni, per la sua componente di fragilizzazione sociale fatta largamente di intermittenze delle principali stabilità esistenziali - lavoro e famiglia - insieme agli innovativi impianti di policy codificati dalla 328 consentissero ormai di assumere la domanda sociale degli adulti in difficoltà come espressione trasversale di disagio. Così non sembra essere. L'indagine di campo svolta, e qui presentata, ha infatti evidenziato come una certa, relativa, attenzione venga prestata dai servizi sociali del territorio agli adulti in difficoltà il cui bisogno sociale sia riconducibile ad una responsabilità familiare, confermando le difficoltà già note grazie al corredo di conoscenze sociologiche sul nostro sistema socio-assistenziale. Alla luce della concezione classica che considera come 'meritevoli' di aiuto i soli soggetti svantaggiati portatori di handicap psico-fisici o con carriere esistenziali gravi e non quelli in condizioni di abilità, il 'target' del disagio adulto è fra quelli meno considerati dal già poco generoso sistema socio-assistenziale italiano; neppure oggi che l'azione di inserimento e re-inserimento socio-lavorativo tende ad assumere, alla luce delle più recenti configurazioni delle strategie europee di attivazione, uno spazio crescente di attenzione nella geografia del nuovo welfare. Una disattenzione che sembra persistere anche oggi che la crescita della povertà sembra bussare in maniera pressante e subdola alle porte delle famiglie italiane, il cui tenore di vita compete, al di là dei nominalismi, ai loro membri adulti. Queste le considerazioni che, anche dai *focus* al centro dei precedenti approfondimenti, hanno influito sulla scelta di proseguire il processo di analisi avviato sui cambiamenti (e le inerzie) di sistema ponendo al centro della quinta (ed ultima) annualità di monitoraggio tre diversi importanti 'oggetti' del sociale: il (nuovo) bisogno sociale riconducibile al target degli adulti in difficoltà e le modalità con cui viene rilevato dai sistemi locali di welfare (e se ciò avviene); la configurazione (esperienze, modelli e maturazione) delle 'porte d'accesso' al sistema dei servizi nell'ottica di questo specifico gruppo target; l'influenza della dimensione istituzionale/organizzativa degli Ambiti ai fini di una varianza nelle capacità di riconoscimento e di prima presa in carico del target detto.

Una sequenza ambiziosa, che - si vedrà fin da questa prima parte del rapporto qui presentato (e come sarà altresì possibile constatare con maggior dettaglio ed elementi di 'localizzazione' nella seconda parte) - ha ottenuto i maggiori riscontri soprattutto nel verificare carenze su ciascuno degli oggetti collocati sul tracciato definito dal percorso d'indagine. Si sono infatti riscontrati significativi e ricorrenti limiti su tutti e tre i versanti d'analisi: quello di un'informazione strutturata sul bisogno sociale territoriale; quello dell'avvio di processi consapevoli e orientati (all'integrazione, all'efficacia, all'efficienza, alla partecipazione.) di territorializzazione del welfare, quello - infine - della diffusione strutturata di porte d'accesso riconoscibili al sistema organizzate e riconoscibili come tali.

Nonostante questi limiti il rapporto ripercorre nel suo insieme sia l'impianto generale dell'indagine - il cui obiettivo è stato analizzare in modo indiretto i bisogni espressi da un particolare target di utenza, gli adulti in difficoltà, 'verificandoli' attraverso le modalità e i meccanismi con cui questi stessi si presentano e vengono filtrati dai sistemi locali di intervento sociale - sia, nello specifico:

- la conoscenza effettiva dei bisogni del territorio e le modalità di lettura da parte dei servizi;
- le motivazioni e le condizioni retrostanti alla richiesta di accesso ai servizi, con una messa a fuoco per differenza degli aspetti più tradizionali da quelli innovativi;

- i criteri e le procedure di selezione adottati in modo più ricorrente per trasformare i bisogni in domanda sociale e quindi per programmare pacchetti di offerta destinati a specifici target di utenza;
- i processi di ridefinizione della domanda da parte dei servizi, approfondendo se e in che modo il funzionamento interno dei servizi tenda a trasformare in categoriale una domanda prevalentemente multidimensionale o viceversa risulti capace di operare tenendo conto delle caratteristiche integrate dei bisogni più o meno espressi da parte dei cittadini.

Come si noterà dalla lettura del rapporto, che consiste di tre parti: una d'impianto generale, la seconda relativa alle dodici monografie territoriali di quattro regioni italiane, la terza contenente l'ampio apparato metodologico predisposto per la ricerca, non si è tentato – se non in misura limitata – di dare una lettura trasversale e integrata dell'insieme di quanto rilevato nelle quattro regioni e nei dodici territori. La verità è che il risultato primo realizzato dall'indagine ha purtroppo ancora una volta confermato l'estrema e sovrabbondante eterogeneità delle soluzioni adottate per il medesimo servizio (porte sociali d'ingresso), la medesima esigenza funzionale (riconoscimento del bisogno e codifica della domanda), il medesimo target (gli adulti in difficoltà). In relazione a ciò la riconduzione a formati predefiniti di presenza-assenza di un servizio, di una misura, di un criterio di intervento sarebbero stati forzanti e, nella migliore delle ipotesi, meramente elencativi di condizioni di presenza/assenza di quanto ricercato e auspicato, senza che ciò arrivasse però a spiegare le ragioni delle diverse configurazioni emerse. Per risultati di questa natura sarebbe perciò necessario poter dar luogo – sulle base dei risultati raggiunti – ad ulteriori approfondimenti tarati per risalire alle origini delle diverse soluzioni e decisionalità locali.

Aggregando in ogni caso alcuni risultati di ricerca - che sarà possibile più diffusamente riscontrare nella prima parte del Rapporto e nei singoli studi di caso - e ripercorrendo le domande di indagine appena esposte, dall'analisi dei dodici territori indagati è emerso quanto segue:

- risulta assente un'analisi sistematica e a regime della domanda potenziale dell'utenza da parte dei servizi ancora fortemente radicati su una lettura "offertaistica" dei bisogni del territorio; un vuoto conoscitivo ancora più profondo se viene preso in considerazione il target degli adulti in difficoltà, espressione di nuove forme multidimensionali di fragilità che nascono non ai margini ma all'interno del sistema sociale, che non riescono ad essere ricondotte ad un target a sé stante cui dedicare misure specifiche e a cui si cerca di dare risposta ricorrendo al sistema di offerta esistente progettato tuttavia per altre categorie, quelle classiche del sistema socio-assistenziale italiano;
- la dimensione istituzionale/organizzativa degli ambiti si è dimostrata ininfluente sulle capacità sopra richiamate dei sistemi locali di welfare di riconoscere e prendere in carico il 'nostro' target di utenza;
- infine, è risultata evidente una spaccatura territoriale in relazione alla realizzazione del welfare d'accesso. La presenza di "porte uniche di accesso" è stata infatti rilevata nei contesti regionali centro-settentrionali, mentre risultano essere assenti nei territori delle altre due regioni dove sono per lo più gli assistenti sociali (a volte sindaci, parroci e medici di base) a svolgere le funzioni ad esse preposte. In particolare, in nessun territorio è stata rilevata la presenza di punti di accesso al sistema dedicati specificatamente agli adulti in difficoltà, e laddove presente, il sistema di accesso è realmente unico e generico, ovvero viene accolta tutta l'utenza; è tuttavia nella 'presa in carico' che si rileva la debolezza delle risposte e il più delle volte improvvisate al disagio adulto. Inoltre, nei territori che sono riusciti a realizzare un sistema d'accesso unitario è stata rilevata la necessità di un potenziamento della circolazione delle informazioni tale da permettere a tutta la potenziale utenza di conoscere le modalità di accesso.

Di fronte all'insieme di queste considerazioni, qui solo accennate, risulta evidente come ancora molto sia il lavoro necessario, istituzionale e di rappresentanza dei più deboli, per ottenere condizioni di modernità, dignità ed equità dei sistemi sociali. Alla luce di ciò, il nostro monitoraggio

pluriennale della 328/2000 si conclude con la constatazione della grande aporia fra l'intensità dell'animazione territoriale suscitata e la lentezza del processo di cambiamento concretamente realizzato. Resta – perché no? – la speranza della ripresa del ciclo innovativo tutto sommato solo dischiuso.

PARTE I
Disagio degli adulti e welfare locale

1. Condizioni d'accesso e misure di welfare come luoghi di prestrutturazione della domanda sociale. Squarci sulla prospettiva d'analisi

Vari sono stati, negli anni passati dall'approvazione della legge n.328/2000, gli sforzi sul piano delle ricerche e degli studi per valutare l'impatto avuto dalla tanto attesa riforma sul mondo dei servizi sociali e che rappresentano un fondamentale back-ground per la ricerca che qui presentiamo ¹.

Come già detto inoltre nell'introduzione, questo Rapporto conclude la quinta e ultima annualità di monitoraggio sull'implementazione della legge di riforma dei servizi sociali in Italia (l. 328/2000) in cui certamente va iscritto il ciclo di 'monitoraggi' dell'attuazione della legge stessa condotto dall'Area Welfare dell'IRES ² e che certamente ha costituito nel suo complesso un importante presupposto all'indagine territoriale presentata in questo Rapporto, in cui si è scelto di approfondire, con l'accento sul primo dei due termini, il nodo della relazione fra domanda e sistema di offerta ³.

Un percorso che ha incrociato e approfondito molti aspetti del nuovo sistema e che abbiamo inteso concludere ponendo al centro dell'ultimo atto' elementi che a nostro avviso meglio di altri avrebbero potuto far luce, anche se naturalmente in maniera limitata e per qualche verso impressionistica, sulla strada percorsa in termini di innovazione del sistema, a partire da una cultura che si vorrebbe oggi dell'inserimento e dell'attivazione (e dunque, inevitabilmente dell'integrazione) e della programmazione dell'azione, degli interventi e dei servizi. Alla luce di ciò, a monte del lavoro, sono state individuate come le tre sfide decisive e che richiamiamo di seguito:

a) *analisi del bisogno sociale*. Se programmare non è semplicemente ottimizzare l'esistente, per quanto ciò possa essere essenziale, esso significa definire il proprio piano d'azione sulla base delle sollecitazioni che al "sistema" arrivano dal suo "ambiente"; in relazione a ciò **l'asse determinante deve spostarsi dalle variabili endogene** ("quanto sono in grado di offrire") **a quelle esogene** ("cosa mi viene richiesto, ora e in questo territorio"). Non si da oltretutto programmazione in assenza di una sistematica opera di conoscenza del contesto in cui ci si trova ad agire;

b) *accessibilità*. Se di un "sistema integrato" si tratta, che assume la multidimensionalità del bisogno sociale contemporaneo, occorre che la porta d'accesso a tale sistema sia il più possibile "unitaria" – nel senso di facilmente individuabile e raggiungibile –, non stigmatizzante e capace di accompagnare e orientare l'utente entro la complessità del sistema stesso. Lo **"sportello"** ("unico" o "integrato" che sia) non può risolversi nell'ultimo ritrovato *à la page*, ma deve essere un **segmento fondamentale e rivelatore della reale riorganizzazione dell'intero servizio sociale;**

c) *'decategorializzazione'*. Se gli interventi del nuovo sistema mirano alla generalità dei cittadini - seppure con una priorità data *"alle persone con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del*

¹ A titolo esemplificativo, si vedano:

- Formez, *L'attuazione della riforma del welfare locale*, Stampa Società Tipografica Romana, Roma 2003;
- Magistrali G. (a cura di), *Il futuro delle politiche sociali in Italia*, FrancoAngeli, Milano 2003;
- Gori C. (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma 2004;
- Guidicini P.- Landuzzi C. (a cura di), *I territori del welfare*, FrancoAngeli, Milano 2006.

² Oltre ai Rapporti di ricerca, due pubblicazioni relative ai primi stati di avanzamento di questo lavoro sono: Carrera F.- Mirabile M.L.- Teselli A., *La cittadinanza sociale fra vie locali e universalità*, Ediesse, Roma 2003; Mirabile M.L. (a cura di), *Italie sociali*, Donzelli, Roma 2005.

³ In altra chiave, non solo e non tanto dal punto di vista del funzionamento organizzativo, quanto piuttosto delle modalità di lettura del bisogno e di monitoraggio a fini programmatici, cfr. su questo tema: Mirabile M.L.- Teselli A., *Metropoli e cittadinanza sociale. Milano, Roma, Napoli: tre stili a confronto*, Rapporto IRES, 2004, n.p.

lavoro, nonché persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali” (art.2, c.3, L. 328/2000) – è sembrato che la miglior cartina di tornasole per osservare il processo di ‘decategoriaizzazione’ venisse offerto dalle modalità di accoglienza nel sistema della fascia di soggetti svantaggiati tradizionalmente meno accettate dai comparti assistenziali dei sistemi di welfare in quanto ritenute le meno dotate di ‘ragioni’ per la richiesta di un aiuto pubblico: quella degli adulti in difficoltà.

In concreto si è trattato di verificare le modalità di accoglienza e di interventi messi in opera dal sistema dei servizi sociali locali nei confronti di quell’area di persone in età lavorativa (18-65 anni, ma soprattutto le coorti centrali – *over 40*, non più giovani e non ancora vecchi e dunque *in qualche modo* pensionabili ⁴ – di questo *range*) sempre più presente nell’esercito più o meno sommerso della popolazione bisognosa.

Queste tre ‘condizionalità’ (analisi del bisogno - ossia della domanda potenziale oltre che di quella espressa -, predisposizione dell’accesso, risposte al disagio adulto) hanno assunto, nella finalità di questa rilevazione, la funzione di veri e propri **“marcatori”** per riuscire a cogliere – al termine di questo lungo ciclo di monitoraggio – quanto delle rilevanti novità introdotte dalla legge n. 328/2000 siano penetrate in profondità nell’assetto dei servizi sociali italiani, e quanto invece si siano fermate sulla soglia di aggiornamenti più o meno significativi, se non limitati alla semplice “riverniciatura” di definizioni, concetti e consuetudini.

Alla luce di ciò, l’indagine svolta i cui risultati sono oggetto di questo Rapporto, ha inteso approfondire i seguenti aspetti:

- la conoscenza effettiva dei bisogni del territorio e le modalità di lettura da parte dei servizi;
- le motivazioni e le condizioni retrostanti alla richiesta di accesso ai servizi, con una messa a fuoco per differenza degli aspetti più tradizionali da quelli più innovativi;
- i criteri e le procedure di selezione adottati in modo più ricorrente per trasformare i bisogni in domanda sociale e quindi per programmare pacchetti di offerta destinati a specifici *target* di utenza;
- i processi di ridefinizione della domanda da parte dei servizi, approfondendo se e in che modo il funzionamento interno dei servizi tenda a trasformare in “categoriale” una domanda prevalentemente “multidimensionale”, o viceversa.

Una focalizzazione che ha altresì ‘obbligato’ ad accettare i tre “azzardi” di:

- a)** *lavorare su un target sociale* – il *disagio adulto* e le nuove forme di povertà da esso espresse – ‘*avversato*’ nella cultura sedimentata delle politiche sociali, quanto *residuale* nelle pratiche e nelle destinazioni dei servizi sociali;
- b)** *lavorare sulla domanda*, anziché sull’offerta di prestazioni, come quasi universalmente avviene negli studi sui sistemi sociali⁵; con tutta la difficoltà che ciò comporta in termini di carenze informative, lacunosità dei dati, disomogeneità nei criteri di registrazione;
- c)** *lavorare su un target difficilmente identificabile* anche a causa della sua scarsa ‘legittimità’ storica nei servizi socio-assistenziali e della parallela capacità delle politiche e dei servizi sociali di prestrutturare la domanda sociale (Saraceno, 2004).

Nelle pagine seguenti ci soffermeremo sui temi qui richiamati ai punti **a** e **b**, vale a dire sulla questione emergente degli “adulti in difficoltà” illustrando le ragioni che ci hanno portato a considerare questo target come lo specifico segmento di utenza su cui concentrare la nostra attenzione e a considerare, fra le variabili importanti del *welfare* territoriale, quella dei servizi di accesso al sistema. In questa parte in

⁴ Pugliese E. (a cura di), *La domanda di servizi sociali non previdenziali*, rapporto IRPPS-CNR, 2007, n.p.

⁵ Oltre ad alcuni dei lavori citati in precedenza, ISTAT ha rilasciato proprio nel 2007 la seconda «Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni» (cfr. cap.3).

qualche modo di premessa intendiamo sviluppare maggiormente il tema della domanda (c), da cui ha preso avvio la nostra ricognizione.

In un sistema territorializzato di *welfare*, che si vuole fondato sulla pianificazione degli interventi e non sulla risposta standardizzata e “storica”, il nodo dell’analisi della domanda (la sua raccolta, la sua codifica, la sua elaborazione) è infatti assolutamente cruciale. Nel nostro impianto teorico e metodologico, essa si pone al vertice di un ideale triangolo, legato biunivocamente sia al momento dell’accesso – ossia dei luoghi e dei tempi in cui cittadini e servizi s’intercettano reciprocamente – sia alla definizione di programmi e misure con cui rispondere ad una domanda non “presunta” ma verificabile.



«La modalità *bottom-up* di costruzione della domanda su cui si fonda, tra gli altri, il processo di produzione delle politiche sociali attivato dalla legge 328/2000, è connessa, da un lato, al ruolo assegnato alla comunità nella individuazione dei *social needs*; dall’altro lato alle capacità programmatiche dei *policy-makers*»⁶.

Possiamo immaginare e raffigurare il bisogno – che con una certa approssimazione coincide con la domanda potenziale - e la risposta – che coincide con la domanda soddisfatta – come due insiemi di (inevitabile) diversa ampiezza, ma il cui gradiente testimonia l’efficacia del sistema dei servizi sociali nell’ottica della L. 328/2000.

Normalmente, l’area del bisogno può essere esplorata solo con stime della popolazione, con *surveys* rigorosamente campionate, o comunque con tecniche di ricerca che esulano dalle possibilità di cui dispongono in genere le strutture interne ai sistemi di *welfare* locali. Ben difficilmente possono assolvere a questo compito gli “uffici di piano” (e vedremo quanto poco siano ancora presenti nelle realtà territoriali), e forse anche gli “osservatori sulle politiche sociali” (che sempre più normative e piani regionali prevedono, almeno sulla carta). Ma gli uni e gli altri trarrebbero grande vantaggio dall’utilizzare, anche attraverso analisi secondarie, studi prodotti da altre entità di ricerca più attrezzate e a questo preposte.

D’altro canto, l’offerta – ovvero l’area delle risposte effettivamente messe in campo – è quella su cui si concentrano gli sforzi conoscitivi, ‘dentro’ e ‘sui’ servizi sociali, per cui «si dispone ormai di informazioni omogenee, sia pure con molti limiti e fondate soprattutto su voci di spesa». Come ha mostrato la recente ricerca Irpps-Cnr (2007), il restringersi del bacino di utenza potenziale a quello di utenza soddisfatta non avviene in un solo passaggio, ma attraverso una dissipazione progressiva, che è la vera “scatola nera” su cui dovrebbe esercitarsi la capacità auto-riflessiva, e quindi di retroazione del sistema, attraverso i propri organi a ciò deputati: uffici di piano, servizi statistico-informativi, osservatori territoriali⁷.

«L’offerta dei servizi è definibile in maniera inequivocabile ex post se la documentazione è ben fornita, ben raccolta e ben elaborata. Per quanto riguarda invece la domanda c’è un problema di definizione del concetto riguardante le diverse dimensioni e i diversi livelli ai quali la domanda si esprime (domanda potenziale, domanda espressa, domanda soddisfatta).

⁶ M. Raiteri, *Bisogni di comunità, universalità, diritti e garanzie*, in: Guidicini P.- Landuzzi C., (a cura di), *op. cit.*, p.100.

D'altro canto in nessuno dei tre livelli è possibile tradurre in costi e voci di costo i servizi di cui c'è bisogno. Per definizione, per quel che riguarda la domanda, bisogna partire dai soggetti interessati⁸.

La “domanda” che siamo soliti considerare tale è quella “effettiva”, cioè la porzione di bisogno della “**domanda potenziale**” che viene concretamente espressa, in vista dell'accesso ad una prestazione offerta (“**domanda soddisfatta**”). Tuttavia, a monte e a valle di questo insieme vi sono almeno altre due cerchie che operano ulteriori azioni di filtro tra l'una e l'altra.

➤ A monte abbiamo una “**domanda attesa**” che rappresenta la frazione costituita dai «soggetti che sono nelle effettive condizioni previste per richiedere un determinato servizio di *welfare*». Tale livello residua, entro l'area del «fabbisogno massimo teorico», una *prima fascia di domanda insoddisfatta* data da chi, pur essendo portatore di un bisogno, non è in possesso dei requisiti per diventarne “beneficiario”.

Poiché questa fetta di domanda non è ancora formulata, e quindi rimane esterna al sistema istituzionale dei servizi, elementi essenziali per coglierla sarebbero un corretto lavoro sugli “indicatori” (posizionabili o ricavabili da altri contesti di ricerca sociale) e soprattutto una valorizzazione dei luoghi informali di raccolta e convogliamento, cui abbiamo dedicato una specifica attenzione nella nostra indagine. Inoltre, *all'interno della domanda attesa se ne origina un secondo nucleo di insoddisfatta*, il quale «misura la dimensione delle specifiche esigenze che, per ignoranza dei diritti o per aver trovato soluzioni diverse, non hanno cercato soddisfazione nell'ambito dei servizi sociali».

➤ A valle della **domanda effettiva** troviamo un'ulteriore, ben nota strozzatura, definita “**domanda accolta**”, dove di nuovo gioca un ruolo decisivo la selezione sulla base delle condizioni previste per l'accesso, in questo caso però non sul piano della titolarità (*entitlement*) ma su quello della verifica amministrativa del loro possesso.

Appare chiaro come sia su questi due piani di regolazione della domanda che «leggi, regolamenti e tradizioni di *welfare* individuano veri e propri sistemi di cittadinanza locale»⁹. Quindi non tutta la domanda “effettiva” viene “accolta” e da luogo pertanto ad una *terza sacca di domanda insoddisfatta*, e questo è comprensibile.

Molto meno giustificabile – in termini di diritti di cittadinanza e non di assistenza sociale, come nello spirito della L. 328/2000 – è invece *un'ulteriore zona di mancata soddisfazione*, che riunisce la domanda che, pur essendo formalmente “accolta” ... non accede comunque alle prestazioni. Si tratta di tutti gli interventi che discendono da un *budget* predefinito ed erogati secondo graduatoria, in cui un dato ammontare di richieste perfettamente legittime non viene evaso con certezza, ma solo secondo priorità.

Esplorare «lo stato della conoscenza su bisogni e domanda sociale disponibile a livello territoriale» – per comprendere quanto i sistemi di *welfare* locale si stiano attrezzando ad affrontare un “disagio adulto” che pure appare ben percepito – è stato quindi lo spunto di partenza da cui ha preso le mosse quest'ultima fase di monitoraggio. Uno snodo decisivo per pesare quanto di effettivo stia cominciando a sedimentare della “rivoluzione culturale” indubbiamente rappresentata dalla Legge 328/2000.

Tuttavia, fin dai primi assaggi condotti nel disegno della ricerca per la scelta dei territori, è parso evidente il rischio di trovarsi in breve davanti ad una grave *impasse* dovuta alla diffusa carenza di materiale empirico su cui lavorare, posto che la situazione non sembra far segnare significative modifiche rispetto alle severe considerazioni già espresse in un lavoro che risale al 2004:

«Lo stesso lavoro di programmazione zonale [...] ad una verifica empirica risulta fortemente sbilanciato sulla costruzione di linee progettuali a partire dai sistemi di offerta in essere, *spesso senza un'interlocuzione*

⁸ Pugliese E. (a cura di), *op. cit.*

⁹ Saraceno C. (a cura di), *Le dinamiche assistenziali in Europa*, Il Mulino, Bologna 2004.

concreta e diretta con gli effettivi bisogni territoriali. [...] coincidendo dunque prevalentemente con un'analisi della domanda soddisfatta»¹⁰.

Abbiamo pertanto rincentrato il nostro programma di lavoro, cercando di approssimarci a questo irrinunciabile *focus* (bisogni grigi/analisi della domanda), dalla convergenza dei tre punti di osservazione: disagio sociale degli adulti, territorialità dei servizi, accesso al *welfare*.

2. Una ricerca su tre assi: target, territorio, accesso al sistema

2.1 Il target degli adulti in difficoltà in prospettiva sociologica

E' noto come quello degli adulti in difficoltà sia un target paradossalmente 'difficile' per gli studi sulla povertà. Difficile per due ragioni principali. Innanzitutto a causa della scarsa legittimazione morale da sempre ricevuta negli interventi di policy; ma difficile anche perché si tratta di frequente di un 'oggetto' opaco. Parliamo naturalmente non della povertà estrema, dei clochard, ma di quell'area 'grigia' del bisogno sociale degli adulti che si colloca a cavallo fra le povertà estreme, se si vuole tradizionali, e le forme più recenti di marginalizzazione derivanti dalla sovrapposizione di più fattori di criticità, quali: la disoccupazione, la sottoccupazione o la 'sovraccoccupazione debole' nel loro incrocio con il sovraccarico di impegni familiari proprio delle famiglie monoparentali (ma anche delle persone con familiari non autosufficienti a carico), l'abitare – spesso a costi insostenibili – in luoghi ghettizzanti, insicuri, non igienici.

Si tratta di un profilo del disagio che rimanda a soggetti adulti, che statisticamente è possibile ricondurre alla grande classe d'età compresa tra i 35 e i 65 anni. Uomini o donne cui non di rado competono responsabilità di cura, non in grado di condurre vite dignitose, dunque non in grado di garantire a se stessi o al proprio nucleo familiare condizioni adeguate, sotto il profilo materiale, educativo e affettivo, della salute fisica e psichica.

Tali profili sembrano denotare una certa ricorsività, legata strettamente alle trasformazioni socio-economiche e demografiche che hanno investito l'Italia (e l'Europa occidentale) nell'ultimo trentennio. Per dirla con Rosanvallon, questi macro-processi hanno contribuito già da tempo ad aprire, con grandissima rapidità, i termini della "nuova questione sociale" che vede concentrata la vulnerabilità sociale non ai margini della modernizzazione, ma al centro di essa. Secondo, adesso, le parole di C. Ranci: «La nuova questione sociale è frutto dell'indebolimento progressivo dei due meccanismi di protezione della popolazione dal rischio di impoverimento e di esclusione sociale: l'inserimento nel mercato del lavoro salariato, da un lato, e la familizzazione dei disagi sociali, dall'altro»¹¹.

Alla luce di ciò, nella tabella che segue vengono da noi posti - a titolo meramente riassuntivo - in correlazione lineare i termini delle considerazioni qui richiamate, 'rinunciando' al complesso esercizio dello sviluppo plurale delle relazioni interne fra i principali fattori di criticità e di rischio sociale evocati.

¹⁰ IRES-ISFOL, *Il monitoraggio dei Piani di Zona*, rapporto di ricerca, 2004.

¹¹ Ranci C., *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna 2002, p.325.

Tab. 1 – Macro-processi socio-economici e problematiche degli adulti

Macro-processi socio-economici	Problematiche adulte correlate
Precarizzazione del lavoro	-sottoccupazione / <i>working poors</i> ; -intermittenza e instabilità occupazionale; - <i>rischio povertà</i> (insufficienza reddituale; limitati/assenti ammortizzatori sociali)
Defamilizzazione	-solvenza dei carichi di cura; -inserimento nel mercato del lavoro di donne separate/divorziate; -depauperizzazione delle risorse/reti famigliari; - <i>rischio di povertà</i> (processi di impoverimento delle famiglie monoreddito)
Invecchiamento	-espulsione precoce dal mercato del lavoro (ristrutturazioni economiche, obsolescenza delle competenze, elevato <i>turn-over</i> con risorse giovani, ecc); -doveri di accompagnamento e di cura (anche se non strettamente sanitarie); - <i>rischio di povertà</i> (tra il lavoro e la pensione; perdita del potere d'acquisto dei salari e delle pensioni, isolamento)
Ristrutturazione urbana	-processi di marginalizzazione sociale; - <i>rischio di povertà</i> (costi abitativi/forte incidenza sui redditi più bassi)

La vulnerabilità riguarda infatti una popolazione che, pur integrata nei principali sistemi di organizzazione della società, sperimenta direttamente su di sé, nella propria organizzazione quotidiana e nei propri comportamenti, gli effetti indesiderabili del nuovo ordine socio-economico. Può essere definita, dunque: «una situazione di vita caratterizzata dall'inserimento precario nei canali di accesso alle risorse materiali fondamentali (innanzitutto il lavoro, ma anche i benefici erogati dal welfare state) e/o dalla fragilità del tessuto relazionale di riferimento (la famiglia e le reti sociali territoriali). Ciò che la caratterizza non è semplicemente un deficit di risorse ma un'esposizione a processi di disarticolazione sociale che raggiunge un livello critico, ovvero mette a repentaglio la stabilità dei modelli di organizzazione della vita quotidiana. Essa configura una situazione di vita in cui l'autonomia e la capacità di autodeterminazione dei soggetti è costantemente minacciata da un inserimento instabile dentro i principali sistemi di integrazione sociale e di distribuzione delle risorse»¹².

Secondo lo schema in tabella i profili di vulnerabilità sociale si concentrano su quattro diverse tipologie di rischio (sempre naturalmente prevedendo possibili combinazioni tra queste). La società infatti, per dirla con Touraine, abbandona una stratificazione "verticale" e gerarchica e approda ad una conformazione "orizzontale", dove gli individui si distinguono in *insider* o *outsider*, ovvero inseriti (nel sistema lavorativo e sociale) o esclusi. Assistiamo, e l'evidenza empirica della ricerca lo confermerà, ad un ancora relativamente inedito "ingrossamento" del disagio dei ceti medio-bassi; di quanti cioè nel periodo del welfare fordista avevano goduto di una certa stabilità occupazionale e sociale. Secondo le parole di alcuni addetti e responsabili dei servizi intervistati, sembrano da questo punto di vista emergere "due generazioni di adulti in difficoltà a confronto": mentre i "vecchi utenti" chiedevano il "diritto all'assistenza", i "nuovi" reclamano il "diritto al lavoro stabile e al reddito". E questo perché gli

¹² *Ivi*, p. 18.

adulti che si rivolgono oggi ai servizi sociali non sono esclusivamente figli delle condizioni e di una cultura “di riproduzione sociale e intergenerazionale” del povero e dell’assistito. Nelle loro file si contano oggi, fra i potenziali utenti, figure in primo luogo espulse dalle opportunità occupazionali e/o alloggiative, spesso con reti familiari e di prossimità fragili.

2.1.1. Alcuni flash su povertà e disoccupazione degli adulti

Si riconferma come, alla luce di ciò, il carattere multidimensionale proprio di queste nuove forme di disagio e di fragilità sociale sia tale da non poter essere colto unicamente attraverso le stime della povertà realizzate annualmente dall’Istat, basate su una valutazione prettamente economica del disagio, ovvero la capacità di spesa per consumi delle famiglie italiane. Ciononostante, tale stima, e più in particolare quella della povertà relativa in quanto misura della disuguaglianza sociale, rappresenta al momento un punto di riferimento primario per un monitoraggio dell’andamento e le caratteristiche del fenomeno della povertà in Italia (Freguja - Pannuzi, 2007)¹³ cui ci riferiremo nel paragrafo a seguire per un inquadramento della dinamica crescente del disagio sociale adulto.

Dalle informazioni diffuse negli ultimi quattro anni dall’Istat risultano confermate le caratteristiche strutturali della povertà relativa legate ai fattori tradizionali che determinano le condizioni di vulnerabilità: il fenomeno è più diffuso tra le famiglie con un numero elevato di componenti; tra quelle con tre o più figli, soprattutto se minorenni; tra le famiglie con componenti anziani, soprattutto se sono due o più, o convivono con altre generazioni; è inoltre strettamente associato a bassi livelli di istruzione, a bassi profili professionali (*working poor*) e all’esclusione del mercato dal lavoro (Istat 2007, La povertà relativa in Italia nel 2006).

In riferimento all’oggetto della nostra indagine è interessante notare in particolare come, scomponendo l’incidenza della povertà relativa¹⁴ per classi di età (tabella 2), tale indicatore assuma il valore più alto nella classe 35-44 anni, preceduta solo da quella degli over 65; a testimonianza della presenza di un disagio economico ormai consistente anche tra le fasce adulte che eravamo stati abituati a ritenere - grazie ad una presunta e piena partecipazione al mercato del lavoro - pienamente al riparo dal rischio di povertà.

Tab. 2 – Incidenza di povertà relativa nelle famiglie italiane per classe di età della persona di riferimento – valori percentuali dal 2001 al 2006.

CLASSE DI ETA'	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Fino a 34	9,4	8,0	8,3	9,7	11,1	9,5
35 - 44 anni	11,6	10,2	10,1	11,4	10,9	11,5
45 - 54 anni	9,6	9,0	8,3	9,3	9,1	10,1
55 - 64 anni	10,7	8,7	8,6	9,3	8,2	7,5
65 anni o più	15,2	14,9	14,5	15,1	13,8	13,8

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

¹³ Per un approfondimento sulla metodologia utilizzata dall’Istat per la stima della povertà relativa si veda: www.istat.it

¹⁴ L’incidenza della povertà relativa indica la diffusione dei poveri in una popolazione, ed è data dal rapporto tra il numero di famiglie (individui) in condizione di povertà e il numero di famiglie (individui) residenti.

Ma, appunto, anche i dati occupazionali per età confermano un'emergente situazione di criticità per le classi centrali.

A fronte di un tasso di disoccupazione generale registrato in Italia nel 2006 pari al 6,8%¹⁵, l'analisi del tasso di disoccupazione per classi di età mostra nuovamente come la classe delle persone con una età compresa tra i 35 e i 44 anni sia quella che si colloca al secondo posto con un valore del tasso di disoccupazione pari al 5,0%¹⁶, inferiore solamente a quello registrato per le persone al di sotto dei 35 anni che, trovandosi nelle prime fasi del percorso occupazionale, hanno 'naturalmente' tassi di disoccupazione ancora più elevati¹⁷. Inoltre, concentrando l'attenzione sempre sulle condizioni degli adulti oggetto della nostra indagine, ed escludendo dunque la classe delle persone con un'età compresa tra i 25 e i 34 anni, dall'analisi del tasso di disoccupazione per sesso, classe di età e condizione nel nucleo familiare, emerge un'associazione tra il tasso di disoccupazione, la classe di età 35-44 anni e il carico familiare (tab. 3). In particolare le condizioni maggiormente critiche sono quelle in cui si trovano i *single parents* e le persone che vivono in nuclei con altri componenti adulti; situazioni queste, che presentano ulteriori difficoltà soprattutto per le donne su cui ricadono i carichi familiari più gravosi e per le quali si registra un tasso di disoccupazione pari all'8,3% nel primo caso e del 10,2% nel secondo, contro rispettivamente il 4,1% e il 6% degli uomini nella stessa condizione.

Tabella 3 Tasso di disoccupazione delle persone di 25-64 anni per sesso, classe di età e condizione nel nucleo familiare – Media 2006 (valori percentuali) - ITALIA

CONDIZIONE	Maschi					Femmine					Maschi e Femmine				
	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	Totale	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	Totale	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	Totale
Single	6,5	3,7	4,1	4,6	4,7	5,0	4,2	4,8	5,2	4,7	6,0	3,9	4,4	4,9	4,7
Genitore senza coniuge o partner	8,2	4,1	5,6	5,9	5,5	13,5	8,3	7,2	4,4	8,0	13,3	7,9	6,9	4,9	7,6
Coniuge/partner senza figli	2,3	2,6	2,7	3,1	2,6	6,8	5,6	3,9	2,5	5,3	4,7	3,7	3,2	2,9	3,8
Coniuge/partner con figli	4,1	2,6	2,3	2,3	2,6	11,2	6,9	4,2	1,7	6,4	7,5	4,4	3,0	2,2	4,1
Altro (a)	8,2	6	6,4	3,5	6,7	11,8	10,2	4,9	6,4	9,1	9,4	7,4	5,9	5,0	7,6
Totale	4,4	2,8	2,7	2,8	3	9,1	6,7	4,6	2,9	6,2	6,7	4,4	3,4	2,8	4,4

(a) Per la tipologia "altri" si considerano gli altri componenti adulti della famiglia con l'esclusione dei figli celibi o nubili.

Fonte: Istat, *Forze di lavoro – Media 2006*, 24 agosto 2007

Ancora, secondo un recente rapporto della Commissione d'Indagine sull'Esclusione Sociale e ancora a partire dalle informazioni diffuse annualmente dall'Istat, emerge «da tempo una situazione per certi aspetti paradossale: mentre la disoccupazione è un fattore certo di aggravamento del rischio di povertà individuale e familiare, non è altrettanto scontato che basti avere un'occupazione per essere al riparo dalla povertà: anche coloro che svolgono un lavoro retribuito si trovano (in parte) al di sotto della soglia di povertà relativa e possono dunque essere definiti "lavoratori poveri" (*working poor*).»¹⁸

¹⁵ la disoccupazione femminile fa registrare un valore più elevato rispetto alla media nazionale (8,8%), mentre quella maschile un valore inferiore (5,4%).

¹⁶ contro il 3,5% della classe 45-54 e il 2,9% di quella dei 55-64.

¹⁷ Istat, *Forze di lavoro – Media 2006*, 24 agosto 2007. www.istat.it

¹⁸ CIES, *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale - Anno 2005*, luglio 2006, pag. 33.

Il solo lavoro infatti può non essere sufficiente per uscire da una condizione di povertà: «deve trattarsi anche di “buona” occupazione, visto che in Italia, tra le persone a rischio di povertà, una su quattro ha un lavoro e che, tra le persone che lavorano, una su 10 è a rischio di povertà»¹⁹.

Nella tabella 4 è possibile entrare nel dettaglio della distribuzione dell'incidenza di povertà relativa per condizione e posizione professionale della persona di riferimento della famiglia.

Tab. 4 – Incidenza di povertà relativa per condizione e posizione professionale della persona di riferimento della famiglia, per ripartizione geografica. Anni 2005-2006 (valori percentuali)

Condizione e posizione professionale	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Occupati	3,7	3,7	4,6	4,5	19,7	19,5	9,0	8,8
-Dipendente	4,2	3,9	4,2	4,5	20,3	20,5	9,4	9,3
dirigente / impiegato	1,5	1,3	*	*	13,4	13,3	5,2	5,0
operaio o assimilato	6,9	6,7	7,2	7,9	27,1	27,5	13,7	13,8
-Autonomo	2,5	3,2	5,9	4,4	18,0	16,4	7,9	7,5
Imprenditore / libero professionista	*	*	*	*	9,7	9,0	4,2	3,8
lavoratore in proprio	3,3	4,0	7,2	*	22,4	19,7	10,3	9,6
Non occupati	5,4	6,9	7,4	9,5	28,5	25,7	13,4	13,7
Ritirato dal lavoro	5,2	6,9	7,2	8,8	26,7	23,6	11,6	12,2
In cerca di occupazione	*	*	*	*	43,3	38,2	31,4	28,2
In altra condizione	5,9	7,0	6,1	10,0	27,4	26,7	15,7	15,8

*dato non significativo a motivo della scarsa numerosità campionaria.

Fonte: Istat, *La povertà relativa in Italia nel 2006*, ottobre 2007

Tuttavia, concorrono in modo determinante a definire il rischio di povertà del nucleo familiare, non solo la condizione professionale della persona di riferimento della famiglia ma anche le condizioni di partecipazione al mercato del lavoro degli altri componenti: l'incidenza della povertà relativa aumenta infatti al crescere del numero di componenti in cerca di occupazione (tabella 5).

Tab. 5 – Incidenza di povertà relativa per numero di persone in cerca di occupazione in famiglia e per condizione professionale della persona di riferimento in famiglie con almeno un componente in cerca di occupazione. Anni 2004-2005 (valori percentuali)

	2004	2005
Nessuna persona in cerca di occupazione	10,4	9,3
1 persona in cerca di occupazione	20,9	23,1
2 o più persone in cerca di occupazione	23,5	26,1
Almeno una persona in cerca di occupazione	37,4	39,8
Dipendente	18,8	22,3
Autonomo	15,7	19,3
Ritirato dal lavoro	25,0	26,8

Fonte: Dati Istat, *La povertà relativa in Italia nel 2005*, ottobre 2006²⁰

¹⁹ Ministero della Solidarietà Sociale, *Rapporto nazionale sulle strategie per la protezione sociale e l'inclusione sociale 2006-2008*, Novembre 2006, pag. 9.

Si tratta di termini di criticità ormai da tempo in via di riconoscimento se già nel 1993 Pugliese rilevava come criticabile la distinzione fino ad allora utilizzata per l'analisi del mercato del lavoro moderno fra una disoccupazione "volontaria" "involontaria"; oggi però il consolidamento di un segmento di mercato del lavoro precario e discontinuo, legato a livello sociale e culturale alle possibilità di consumo e alla conseguente produzione e riproduzione di identità e inclusione, ha come conseguenza il pieno rimescolamento delle realtà di disoccupazione e povertà.

2.1.2. Il disagio degli adulti: riflessi opachi nel welfare. Considerazioni preliminari

La parziale sovrapposizione tra queste due condizioni ha evidenti ripercussioni sul retroterra di quello che abbiamo definito il nostro secondo oggetto d'analisi, consistente nella progettazione e sulla messa a punto di misure e interventi rivolte ai soggetti che si trovano in condizioni a cavallo di queste due posizioni; tanto più che la fase attuale delle politiche del lavoro e sociali ha visto nell'ultimo decennio un marcato passaggio da un *welfare* compensativo/assistenziale ad un *welfare* cosiddetto "attivante".

L'approccio categoriale, tipico del "vecchio" stato sociale, presupponeva una definitezza delle problematiche dei soggetti, che - anche questa è cosa nota - mal si adattava alla comprensione delle cause scatenanti e all'intervento efficace nei confronti delle nuove marginalità e al disagio degli adulti, le cui cause si sono rivelate ormai da tempo come decisamente trasversali in relazione all'età, al genere, allo stato civile e al titolo di studio, distinguendosi in base a due matrici di cause scatenanti:

a) elementi congiunturali (spese improvvise, carichi di cura particolarmente gravosi a seguito di un evento di rottura) che ancora non segnano l'entrata nella marginalità del soggetto il quale, se a seguito dell'intervento sociale è in grado di sanare il bisogno emergente, non si rivolge più al servizio sociale (o vi si rivolge con la stessa modalità);

b) elementi strutturali: legati alla mancanza di una occupazione (o alla sua cattiva qualità, ovvero temporanea e precaria) e/o all'assenza di una rete primaria di supporto, ragioni per cui - a prescindere dalle prestazioni assistenziali legate all'inabilità, fisica o psichica, al lavoro - sempre più frequentemente il soggetto si rivolge ai servizi sociali e/o a quelli per l'impiego (ed emerge, da questa come da altre indagini, come entrambi non siano in grado di offrire un lavoro di qualità, ovvero di una certa durata e in prospettiva includente)²¹.

In alcuni casi inoltre, quando gli elementi di disagio strutturale si intrecciano, si compie il processo - lucidamente teorizzato da R. Castel come esito della "metamorfosi della questione sociale" - che, da una situazione di integrazione lavorativa e inserimento sociale, oltrepassa la condizione instabile di vulnerabilità, per condurre ad uno stato definito di "*désaffiliation*".

A) INTEGRAZIONE: - lavorativa - sociale	B) VULNERABILITÀ: - Precarietà lavorativa - Fragilità relazionale	C) DÉSAFFILIATION: - Assenza di lavoro - Isolamento sociale
--	--	--

²⁰ Non è stato possibile fornire un quadro comparativo inserendo i dati relativi al 2006 non essendo stati analizzati attraverso l'utilizzo delle stesse modalità dei precedenti anni. Si veda: Istat, *La povertà relativa in Italia nel 2006*, Statistica in breve, 4 ottobre 2007, pag. 6 (Tavola 7).

²¹ Ricordiamo che le testimonianze raccolte nel corso dell'indagine sono state registrate tra operatori/responsabili dei servizi sociali e non dei servizi per l'impiego, sebbene atteggiamenti e opinioni di questi ultimi siano emersi dalle interviste con i primi.

E dunque: come tutto ciò si riflette nel mondo, allo stesso tempo articolato e inerte, dei sistemi territoriali di welfare? Come il cosiddetto ‘nuovo’ bisogno sociale, in questo caso degli adulti in difficoltà, trova risposte, e di che tipo, da parte dei servizi sociali, il cui mandato nei confronti degli adulti dovrebbe, sempre più, corrispondere a processi e risultati di riabilitazione e di progressiva acquisizione di autonomia?

Dalla prospettiva interna al mondo dei servizi sociali, le tipologie riconducibili alla condizione di “adulti in difficoltà” e le conseguenti azioni messe in atto dai servizi sociali territoriali sono riconducibili a quanto riportato nella Figura 1 che segue, per la quale elaborazione ci siamo avvalsi delle più frequenti ricorrenze emerse dalle interviste svolte nel corso dell’indagine.

Il quesito ad esse soggiacente è stato essenziale: dato l’aumento di una domanda di servizi sempre meno immediatamente riconducibile alle tradizionali categorie del welfare assistenziale, esiste una tipologia di misure specifiche in via di predisposizione da parte dei sistemi locali di servizio tale da affrontare nuovi bisogni e domande di aiuto ‘instabili’?

Figura 1. - Tipologie di “adulti in difficoltà” e conseguenti azioni che competono ai servizi sociali territoriali

Situazioni di disagio	Funzioni fondamentali del servizio sociale
<p><u>Situazioni ‘in carico’ ai servizi sociali specifici:</u> si tratta di quelle condizioni di disagio adulto che rientrano in una “categoria” codificata di disagio sociale, dunque riconosciuta e tutelata, nei confronti della quale è possibile individuare un servizio dedicato, che sono già o possono essere presi in carico da un’equipe specialistica: Ser.T, Centro Psico Sociale (C.P.S.), C.S.S.A (Centro Servizi Sociale per Adulti – oggi U.E.P.E. (Ufficio di esecuzione penale esterna), etc.</p>	<p>Orientamento</p>
<p><u>Situazioni di carenza economica:</u> si tratta del gruppo che in letteratura viene definito dei “ poveri abili”. Privi di handicap, si tratta frequentemente di uomini e donne in età lavorativa, soli o membri di un nucleo familiare, non coperti da dispositivi di protezione economica né da un’adeguata rete di tipo privato o informale, che dispongono di un reddito inferiore alla soglia di povertà. Le condizioni ‘tipiche’ a cui è possibile ricondurre quest’area multiforme di soggetti in difficoltà sono:</p> <p>Lavoro (disoccupati di lungo periodo, es. gli over 45)</p> <p>Carico di cura (es. le donne sole con figli minori)</p> <p>Invalidità civile parziale (es. persone con eventi patologici cronici)</p>	<p>Intervento (<i>contributo economico e/o accesso ai diritti</i>)</p>
<p><u>Situazioni di “fragilità sociale”:</u> si tratta di persone il cui disagio non è riconducibile ad una povertà economica (anche se spesso lo accompagna), ma si radica in condizioni personali e sociali che rendono difficile la gestione della propria autonomia, l’utilizzo delle risorse proprie e del contesto di appartenenza; rientrano in questo “raggruppamento” situazioni eterogenee:</p> <p>immigrati residenti (singoli o famiglie senza reti di sostegno parentale);</p> <p>giovani neo-maggiorenni (già seguiti dai servizi per i minori);</p> <p>“deboli mentali” (senza una vera e propria diagnosi psichiatrica);</p> <p>altre situazioni di grave disadattamento</p>	<p>Nei confronti di questi casi trovano efficacia gli strumenti e le metodologie – dette di Affiancamento – sperimentate nei servizi contro la grave emarginazione: interventi di accoglienza a contenimento delle crisi; attivazione di progetti individualizzati e negoziati; integrazione di risorse individuali, istituzionali e informali; oculato utilizzo delle erogazioni economiche e accompagnamento nella loro gestione.</p>

2.2. *La territorializzazione del welfare: le componenti istituzionale, gestionale e associativa, come variabili indipendenti del welfare locale*

Notoriamente la riorganizzazione territoriale delle politiche sociali conseguente all'imporsi del principio e dei processi di sussidiarietà - in primo luogo orizzontale, ma anche verticale²² - costituisce uno dei centri nevralgici delle riforme dei sistemi europei di welfare.

Tra gli aspetti principali della riforma del *welfare* italiano avviata dalla legge di riforma 328 del 2000 ricordiamo i noti imperativi dell'**integrazione** e della **territorializzazione** dei sistemi di protezione sociale. Rinviamo ad altre fonti per più ampie trattazioni di questi temi²³, assumiamo qui per territorializzazione l'idea del perseguimento dell'integrazione attraverso il trattamento integrato di materie e problemi sociali che insistono su di uno stesso territorio, questo non solo considerato come attore istituzionale, ma come promotore e portatore di società civile e partecipazione localizzata.

«Facendo leva sull'integrazione delle politiche il locale non venisse trattato soltanto come lo spazio entro cui è circoscritta una politica, la sua azione e i suoi effetti, e tanto meno come un dato soltanto amministrativo, ma [anche come] collettività di riferimento, fonte insieme dei problemi e delle risorse di quella politica, e laboratorio in cui si incontrano. La territorializzazione designa [perciò] l'immersione delle politiche nei territori in cui operano e [occorre] riconoscere che tale immersione è un modo di fare politica. Istituire dei territori è fare politica; e a loro volta i territori possono essere e sono attori politici»²⁴.

E' essenziale inoltre rammentare che nel processo di territorializzazione incide fortemente il nuovo ruolo delle istituzioni pubbliche, che è passato da quello di comando a quello di *enabling*, perdendo in parte autorità e potenziando invero le responsabilità di regia e regolazione dei processi (Daly 2003). L'attore pubblico riveste una posizione centrale in quanto coordinatore della platea di soggetti coinvolti nel disegno, nella progettazione e nel management delle politiche, e concretizza modalità peculiari di *governance* "situata", ovvero territorializza le politiche pubbliche. In questo senso viene mutuata la logica dei programmi europei,

«nei quali l'imperativo della localizzazione è associato a quello della integrazione tra le politiche: per "fare sistema" nei territori, ovvero per produrre nei territori "effetti di integrazione", coinvolgendo più livelli: - operativo (attraverso progetti condivisi intersettoriali e con attori pubblici e privati); - gestionale (attraverso "cabine di regia" che coordinano interventi e misure); - politico-istituzionale (con la messa a punto di politiche intersettoriali)»²⁵.

2.2.1 *Strumenti e strutture*

Lo strumento integrato del governo del territorio in ambito socio-assistenziale è notoriamente il **Piano di Zona** (PdZ) in quanto momento fondamentale in cui si concretizza il metodo programmatico che la L.328/2000 pone a cardine del nuovo impianto dei servizi sociali alla persona.

Esso si muove come cerniera fra due livelli:

²² Villa F., *L'attuale dibattito sulla sussidiarietà*, in: Guidicini P., Landuzzi C., (a cura di), *op. cit.*, pp.130-segg.

²³ Per quanto riguarda le accezioni di integrazione, cfr. Carrera F. *Le vie dell'integrazione per innovare il welfare locale*, in Mirabile M.L. (a cura di) «Italie sociali. Il welfare locale fra Europa, riforme, federalismo», Donzelli, Roma, 2005; per approfondimenti sul tema dell'integrazione sociale e sanitaria, cfr. «Il sistema socio-sanitario in Italia. Quattro percorsi di lettura e le evoluzioni», La Rivista delle Politiche Sociali, n. 1, 2007.

²⁴ De Leonardis O., *Welfare locale e democrazia*, intervento al Convegno «Democrazia e istituzioni locali», Modena 2-3 dicembre 2005.

²⁵ *Ibidem*.

- Il livello prettamente politico-istituzionale, nella condivisione del *policy-making* fra i Comuni compresi nell'ambito territoriale, gli altri livelli di responsabilità decisionale (le Province, le Regioni – attraverso le Aziende Sanitarie Locali – e altri enti derivati come le Comunità Montane: quindi la “sussidiarietà verticale”), ma anche altri attori della società civile che concorrono al benessere della collettività di appartenenza (la “sussidiarietà orizzontale”)²⁶;
- il livello propriamente tecnico-organizzativo, nella combinazione delle risorse del territorio e nella gestione del loro *matching* con i bisogni espressi dalla popolazione.

Nel Piano dunque una prima funzione determina i diversi assetti che danno conformazione al sistema (“morfologia territoriale”, “architettura istituzionale”, “forme organizzative” – si veda oltre, par. 3 e Rapporti territoriali); la seconda funzione qui richiamata presuppone invece la conoscenza approfondita – cioè non impressionistica, casuale, piattamente empirica – del territorio. Essa dunque non può essere assolta o esaurita nella gestione ‘semplice’ dei servizi, richiedendo piuttosto tempi (ovvero competenze) e spazi (ovvero strutture organizzate) specificamente dedicati.

«Certamente questo modello di pianificazione ha bisogno di una struttura organizzativa complessa, capace di coniugare razionalità organizzativa e incertezza, di assicurare processi organizzativi finalizzati a raggiungere risultati specifici (efficacia), di mantenere aperto e produttivo il *network* istituzionale.

Il discorso ritorna dunque alle competenze professionali di cui la zona sociale deve essere dotata non soltanto per la redazione materiale del Piano [...] ma anche, e soprattutto, per la sua gestione»²⁷.

Ed in effetti l'**Ufficio di Piano** (UdP) è il luogo strategico cui dovrebbe essere conferito questo delicatissimo compito, difficilmente surrogabile da semplici “Segreterie tecniche di zona” (soluzione che l'indagine svolta indica come quella più comunemente adottata), né – tanto meno - dai sempre più diffusi “Osservatori sulle politiche sociali”. Le Segreterie tecniche sono esposte al duplice rischio di venire risucchiate dall'operatività – quando siano affidate a professionalità sociali che si spendono anche nel *front-line* – o, quando si tratti di staff amministrativi costituiti *ad hoc*, di configurarsi come meri trasmettitori delle decisionalità politica soprattutto nelle fasi a ridosso delle scadenze programmatiche. Gli Osservatori – strutture con i quali in genere le Province cercano di assolvere al ruolo loro assegnato dalla legge-quadro – corrono, al contrario, un rischio d'astrattezza, essendo normalmente in grado di fornire dati ed informazioni primarie, che necessitano processi di elaborazione di “metabolizzazione” da parte del sistema.

Un ruolo preminente nella strategia d'indagine ‘tripartita’ adottata è spettato all'analisi della configurazione assegnata alle diverse **porte d'accesso** al sistema dei servizi: luogo di frontiera fra il “dentro” (il sistema) e il “fuori” (l'ambiente), è infatti da esse che una programmazione efficace – oltre ad una doverosa conoscenza dell'utenza potenziale – riceve (o dovrebbe ricevere) i *feed-back* che provengono dall'utenza reale dei servizi sociali. Anche il tema dell'accesso al sistema dei servizi sociali si mostra così una realtà bifronte, vero interfaccia tra domanda e offerta ²⁸.

²⁶ «I processi di territorializzazione si rendono visibili a un'osservazione ravvicinata di ciò che avviene nei territori su cui la *governance* si esercita, là dove si assiste al consolidarsi di una varietà di arrangiamenti amministrativi e formule operative orientati a criteri di *partnership*, di negoziazione e di mediazione fra attori pubblici e attori privati»

Bifulco, L., De Leonardis, O., “Partnership e partecipazione. Una conversazione sul tema”, in Arnofì S., Karrer F. (a cura di), *Lo spazio europeo tra pianificazione e governance*, Firenze, Alinea, 2003.

²⁷ E. Sgroi, *Il “responsabile di zona sociale”*, in: *Piani di zona e regionalizzazione delle politiche sociali*, «Sociologia urbana e rurale», a. XXVI, n. 74-75, 2004, p.28.

²⁸ Nel Piano Nazionale Sociale 2001-2003 veniva inoltre esplicitato che, per evitare che «*le persone esauriscano le proprie energie procedendo, per tentativi ed errori, nella risposta adeguata ai loro bisogni, e che proprio i cittadini più fragili e meno*

Nonostante questi limiti sia precedenti esperienze di ricerca (Ires-Isfol, 2004) sia l'osservazione empirica realizzata in questa circostanza hanno teso a confermare come la scelta in favore di un impegno permanente fatichi a farsi strada; la programmazione del *welfare* locale continua pertanto a risultare caratterizzata da un andamento a 'macchia di leopardo' per quanto riguarda l'adeguatezza informativa, le aree e le modalità di analisi, l'attenzione allo sviluppo della *governance* sociale.

In questa ricerca si è scelto in ogni caso di sviluppare l'analisi di campo in realtà caratterizzate da tempi e sviluppi diversi dei processi ascrivibili alla 'territorializzazione' del *welfare*. Sono stati infatti considerati sia ambiti territoriali che hanno iniziato a lavorare in modalità integrata per la progettazione e l'implementazione delle politiche socio-assistenziali a seguito della legge quadro, sia ambiti nei quali, in alcuni o in tutti i Comuni che ne fanno parte, si trovassero forme associative precedenti a quelle promosse dalla L. 328/2000 (es. comunità montane, consorzi o associazioni tra comuni per la gestione di alcuni servizi sociali). Nel disegno di ricerca, la presenza di ambiti composti da questo punto vista, mirava infatti a raccogliere indizi sull'implementazione di politiche integrate e localizzate, leggendo eventuali differenze tra territori precedentemente associati e territori associatisi a seguito del mandato normativo. Si ipotizzava infatti che dal confronto fra territori con trascorsi associativi differenti - quelli "storicamente" associati con quelli di 'nuova' associazione - fosse 'ragionevole' riscontrare diversità in termini di una più consolidata capacità di lettura, programmazione e 'fare rete' dei primi rispetto ai secondi. Si contemplava anche, al tempo stesso, che anche altre potessero essere le determinanti per un diverso - maggiore o minore - investimento in tema di analisi del bisogno: era infatti plausibile ritenere decisivo in questo senso l'*input* regionale, con 'imposizioni' o magari anche la messa a disposizione di risorse aggiuntive per lo sviluppo di questa funzione. Altro fattore influente considerato è stato infine quello inerente la morfologia territoriale, con l'ipotesi che i contesti urbani manifestino una maggiore esigenza di individuare fattori e caratteristiche relativi alle cosiddette aree grigie del bisogno sociale, potendosi avvalere meno dei piccoli centri di forme di conoscenza 'implicita'.

2.3 L'accesso al sistema integrato dei servizi sociali: ruoli, funzioni, centralità

Alla luce dell'insieme delle considerazioni sopra svolte e allo scopo di verificare se il percorso di implementazione delle porte unitarie potesse dirsi uniformemente conseguito a livello nazionale, e se rilevazione, codifica ed (eventuale) elaborazione della domanda siano una prassi ormai consolidata

informati vengano scoraggiati nella ricerca di aiuto, [occorre] istituire in ogni ambito territoriale una porta unitaria di accesso al sistema dei servizi per individuare le soluzioni più idonee e per unificare non solo l'accesso ai servizi sociali ma più in generale l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari».

Il cosiddetto "*welfare* d'accesso" si configura perciò non solo come architettura organizzativa e strutturazione del sistema di primo contatto con i cittadini, ma anche come strumento per implementare la cittadinanza sociale e la partecipazione dei soggetti in condizione di disagio, puntando sulla semplificazione dell'accesso, sulla circolazione incrementale delle informazioni e sulla crescita di un sistema leggero dell'offerta welfaristica che promuove le funzioni di informazione, orientamento e *counseling* dei servizi, per raggiungere una platea più vasta e dai bisogni meno categoriali. **Una condizione in realtà ancora decisamente in sospeso, caratterizzata viceversa – come in parte testimoniato dall'indagine di campo – dalla presenza di una pluralità multiforme di porte d'accesso formali e informali, sovente sostitutive di una dotazione essenziale di base per il sistema territoriale di riferimento, individuabili molto spesso grazie solo a contatti interpersonali piuttosto sulla base di informazioni e prassi codificate.**

L'indagine svolta si è concentrata sui **luoghi** (gli *sportelli sociali* o i *front-office* dei distretti, che costituiscono la rete delle porte unitarie d'accesso) e sui **servizi del cosiddetto welfare d'accesso** (il *segretariato sociale* e il *servizio sociale professionale*). Infatti:

➤ la **porta unica d'accesso** (dove “unica” non è ovviamente un connotato spaziale, ma organizzativo) rappresenta un formidabile collettore di dati sulla domanda espressa, a patto chiaramente che questa venga registrata e codificata; solo in questo modo è possibile alimentare continuamente quell'elaborazione permanente, che rappresenta la funzione fisiologica della pianificazione zonale.

«Si afferma l'idea del piano-processo, un piano che ‘si fa’ giorno per giorno, nutrendosi di circuiti informativi continui, incrementandosi attraverso approssimazioni e modifiche, legittimandosi attraverso consultazioni e negoziazioni. [...] che piano sarebbe quello che rimanesse stabile mentre l'ambiente in cui esso vuole incidere cambia? O che concentrasse l'apporto creativo e l'impegno operativo dei soggetti soltanto nel momento della redazione del Piano, mentre li costringesse nella gabbia dell'adempimento in fase di esecuzione?»²⁹.

➤ In riferimento invece ai **servizi di accesso**, ossia alle prime prestazioni che vengono offerte alla cittadinanza, la legge 328 individua come “livello essenziale di assistenza” (art.22) «*l'informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di autoaiuto [attraverso] il Servizio Sociale Professionale e il Segretariato Sociale, per l'informazione e la consulenza al singolo e ai nuclei familiari*».

²⁹ *Ibidem*.

Box 1 - Il Segretariato sociale*Caratteristiche*

Opera come sportello unico per l'accesso ai servizi socio-assistenziali e sociosanitari o sportello di cittadinanza, accoglie la domanda del cittadino/utente, svolge attività d'informazione, di ascolto e di orientamento sui diritti di cittadinanza con caratteristiche di gratuità per l'utenza. Deve caratterizzarsi per l'elevato grado di prossimità al cittadino, diversificandosi dalle attività di presa in carico e accompagnamento.

Funzioni

Fornisce notizie e informazioni sui servizi sociali e sociosanitari presenti nell'ambito territoriale e nel distretto sociosanitario accoglie la domanda del cittadino/utente, svolge attività di consulenza, orientamento e indirizzo, fornisce indicazioni sulle modalità d'accesso ai servizi. Può avvalersi, per le azioni informative, delle associazioni di volontariato e dei patronati.

Personale

Il servizio di segretariato sociale è assicurato nell'ambito del servizio sociale professionale, da professionisti assistenti sociali iscritti all'Albo ovvero da altro personale dedicato (per le azioni informative) in possesso di specifiche competenze relazionali e di conoscenza del territorio.

Articolazione territoriale

Il servizio di segretariato sociale deve articolarsi territorialmente in maniera da garantire la massima fruibilità da parte di tutti i cittadini garantendo in ogni caso almeno uno sportello per ogni Comune nell'ambito territoriale.

Box 2 - Il servizio sociale professionale*Caratteristiche*

È un servizio aperto ai bisogni di tutta la comunità, finalizzato ad assicurare prestazioni necessarie a prevenire, ridurre e/o rimuovere situazioni problematiche o di bisogno sociale dei cittadini. L'attenzione prioritaria è indirizzata ai soggetti più deboli ed emarginati, con interventi di prevenzione del disagio, potenziamento e attivazione delle risorse individuali familiari e comunitarie, di valorizzazione dell'individuo.

Prestazioni

lettura e decodificazione della domanda sociale; presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale; la predisposizione di progetti personalizzati; attivazione e integrazione dei servizi e delle risorse in rete, accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione.

Tipologie di intervento

Servizio di segretariato sociale; gestione sociale del caso; osservazione, pianificazione, direzione e coordinamento delle politiche socio-assistenziali e sociosanitarie; servizio di pronto intervento per l'emergenza sociale.

Personale

Il servizio è garantito da professionisti assistenti sociali iscritti all'Albo, deve articolarsi territorialmente in maniera da garantire la massima fruibilità da parte di tutti i cittadini, garantendo in ogni caso almeno un servizio per ambito territoriale.

3. Territori a confronto. Una lettura d'insieme

Come più volte ripetuto, la scelta di introdurre un *focus* sulle misure e gli interventi messi in campo dagli enti locali a favore del target di utenza degli adulti in difficoltà è frutto di considerazioni effettuate circa la rilevanza assunta dal disagio adulto negli ultimi anni e la scarsa attenzione posta nei loro confronti dal sistema dei servizi e degli interventi sociali. In questa parte del rapporto verrà pertanto offerto un 'estratto' di quanto, nell'ottica della sequenza di piani d'indagine adottata per questa ricerca, è emerso al riguardo di questo target nelle quattro regioni e nei dodici territori in cui si è svolta l'indagine di campo, sottolineando come – da questo punto di vista - le Regioni in cui si è scelto di svolgere la presente indagine (Lazio, Liguria, Puglia e Toscana) rappresentano quattro contesti in cui l'incidenza statistica delle famiglie povere non risulta polarizzata (tab. 7). La loro selezione è stata realizzata sulla base della costruzione di un indice di "opportunità" regionale unitamente ad elementi peculiari di ciascun territorio (cfr. Nota metodologica).

3.1 La spesa sociale dei Comuni nei confronti degli adulti poveri

Nel 2004, anno dell'ultima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni italiani realizzata dall'Istat, le risorse impegnate per l'assistenza sociale a livello locale ammontavano a 5 miliardi 377 milioni; con un incremento, rispetto alla prima rilevazione censuaria (2003), pari allo 3,4%, e con un valore invariato del rapporto fra spesa e Prodotto Interno Lordo dello 0,4%.

Più dell'80% delle risorse impegnate dai Comuni si concentra su tre aree di utenza: famiglia e politiche di crescita dei figli, anziani e disabili. Mentre i servizi destinati alle altre tipologie di beneficiari assorbono quote di spesa molto più contenute: il 7% per le politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, il 2% per gli immigrati, l'1% per i tossicodipendenti (tab. 8).

Tabella 7 - Incidenza di povertà relativa per regione e ripartizione geografica. Anno 2006 – Istat 2007

ITALIA	11,1
<i>Piemonte</i>	6,4
<i>Valle d'Aosta</i>	8,5
<i>Lombardia</i>	4,7
<i>Trentino -Alto Adige</i>	6,2
<i>Trento</i>	5,3
<i>Bolzano</i>	7,1
<i>Veneto</i>	5
<i>Friuli- Venezia Giulia</i>	8,2
<i>Liguria</i>	6,1
<i>Emilia Romagna</i>	3,9
NORD	5,2
<i>Toscana</i>	6,8
<i>Umbria</i>	7,3
<i>Marche</i>	5,9
<i>Lazio</i>	7
CENTRO	6,9
<i>Abruzzo</i>	12,2
<i>Molise</i>	18,6
<i>Campania</i>	21,2
<i>Puglia</i>	19,8
<i>Basilicata</i>	23
<i>Calabria</i>	27,8
<i>Sicilia</i>	28,9
<i>Sardegna</i>	16,9
MEZZOGIORNO	22,6

Fonte: Istat 2007

Tabella 8 - Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza e per regione e ripartizione geografica – Anno 2004 (valori percentuali)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA							Totale
	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Disagio adulti	Immigrati	Dipendenze	Multiutenze	
Piemonte	37,2	22,6	22,1	7,0	2,4	0,2	8,4	100,0
Valle d'Aosta	29,2	63,0	5,7	1,3	0,7	0,0	0,1	100,0
Lombardia	39,6	27,3	19,7	4,7	1,8	1,0	6,0	100,0
Trentino - Alto Adige	25,0	31,9	31,0	7,1	1,2	0,9	2,9	100,0
<i>Bolzano - Bozen</i>	19,3	37,2	32,9	7,5	1,6	1,6	0,0	100,0
<i>Trento</i>	31,8	25,6	28,7	6,8	0,7	0,0	6,4	100,0
Veneto	25,6	28,3	28,4	6,0	2,5	2,0	7,2	100,0
Friuli - Venezia Giulia	30,1	28,5	26,1	7,2	2,2	0,4	5,5	100,0
Liguria	46,5	27,7	10,4	5,9	1,6	1,2	6,7	100,0
Emilia - Romagna	49,1	21,8	13,8	3,7	3,0	1,1	7,6	100,0
Toscana	37,3	26,6	16,0	7,2	2,4	0,6	10,0	100,0
Umbria	44,4	19,8	18,6	4,3	4,2	1,9	6,8	100,0
Marche	33,2	17,4	24,2	5,5	2,9	1,0	15,8	100,0
Lazio	40,3	16,6	20,8	12,2	5,0	1,2	3,9	100,0
Abruzzo	42,7	25,7	20,2	3,8	1,2	0,6	5,8	100,0
Molise	41,4	28,6	20,1	5,2	1,7	2,3	0,9	100,0
Campania	45,4	20,7	15,5	5,2	0,9	1,0	11,4	100,0
Puglia	50,4	19,2	12,7	7,2	2,0	1,2	7,3	100,0
Basilicata	48,5	20,1	14,1	5,6	1,9	0,9	8,9	100,0
Calabria	42,0	11,0	10,8	22,3	1,0	1,3	11,6	100,0
Sicilia	42,9	23,1	18,7	9,6	1,6	1,3	2,8	100,0
Sardegna	37,8	22,8	23,0	8,4	1,2	1,5	5,3	100,0
Nord-ovest	39,2	26,7	19,2	5,4	2,0	0,7	6,7	100,0
Nord-est	35,7	26,2	22,5	5,4	2,4	1,2	6,5	100,0
Centro	38,6	20,5	19,4	9,1	3,7	1,0	7,7	100,0
Sud	46,2	20,1	14,8	7,4	1,3	1,1	9,1	100,0
Isole	41,2	23,0	20,1	9,2	1,5	1,4	3,7	100,0
ITALIA	39,0	24,2	19,8	6,8	2,4	1,0	6,8	100,0

Fonte: Istat, *La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – anno 2004*, 2007

«All'interno di ogni area di utenza si rileva una grande varietà di servizi, di contributi economici e di strutture, le cui combinazioni di offerta sul territorio sono variabili principalmente in relazione agli orientamenti di programmazione delle politiche sociali»³⁰. A livello nazionale la quota di spesa impegnata per i servizi universalistici *in kind* e quella impegnata per la gestione e il funzionamento delle strutture (asili nido, centri diurni, case di accoglienza) sono pari al 38% ciascuna, mentre la restante parte è utilizzata per l'erogazione di contributi economici.

³⁰ Istat, *La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – anno 2004*, Roma 2007, pag. 4.

Nell'area di utenza "povertà e disagio adulto" invece la percentuale più consistente è data dai trasferimenti in denaro, che rappresentano il 50% della spesa dell'area (tab. 9 e 10). Tra i contributi più rilevanti, quelli a integrazione del reddito familiare e i contributi per l'alloggio.

Tabella 9 - Le principali prestazioni sociali dei comuni nelle diverse aree

	spesa in milioni	in % sulla spesa dell'area	in % sulla spesa totale
Famiglia e Minori			
Servizio sociale professionale	121	5,8%	2,2%
Contributi economici per alloggio	88	4,2%	1,6%
Contributi economici per integrazione al reddito familiare	99	4,7%	1,8%
Asili nido	822	39,2%	15,3%
Retta per asili nido	29	1,4%	0,5%
Strutture residenziali	166	7,9%	3,1%
Retta per prestazioni residenziali	178	8,5%	3,3%
<i>(Spesa totale area)</i>	<i>2097</i>		<i>39,0%</i>
Anziani			
Servizio sociale professionale	77	5,9%	1,4%
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	315	24,2%	5,9%
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	80	6,1%	1,5%
Centri diurni	50	3,8%	0,9%
Strutture residenziali	304	23,3%	5,7%
Retta per prestazioni residenziali	176	13,5%	3,3%
<i>(Spesa totale area)</i>	<i>1304</i>		<i>24,2%</i>
Disabili			
Sostegno socio-educativo scolastico	163	15,3%	3,0%
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	100	9,4%	1,9%
Trasporto sociale	85	8,0%	1,6%
Strutture residenziali	110	10,3%	2,0%
Retta per prestazioni residenziali	77	7,2%	1,4%
<i>(Spesa totale area)</i>	<i>1085</i>		<i>19,8%</i>
Disagio Adulti			
Servizio sociale professionale	35	9,6%	0,7%
Contributi economici per integrazione al reddito familiare	75	20,7%	1,4%
Contributi economici per alloggio	64	17,6%	1,2%
Strutture residenziali	39	10,7%	0,7%
Retta per prestazioni residenziali	8	2,2%	0,1%
<i>(Spesa totale area)</i>	<i>363</i>		<i>6,7%</i>
Immigrati			
Servizio sociale professionale	19	15,0%	0,4%
Contributi economici per alloggio	11	8,7%	0,2%
Strutture residenziali	24	18,9%	0,4%
Retta per prestazioni residenziali	5	3,9%	0,1%
<i>(Spesa totale area)</i>	<i>127</i>		<i>2,4%</i>
Area Dipendenze			
Servizio sociale professionale	9	16,4%	0,2%
Sostegno all'inserimento lavorativo	5	9,1%	0,1%
Integrazione sociale	10	18,2%	0,2%
<i>(Spesa totale area)</i>	<i>55</i>		<i>1,0%</i>
Multitutela			
Azioni di sistema e spese di organizzazione	262	71,6%	4,9%
Segretariato sociale	86	23,5%	1,6%
<i>(Spesa totale area)</i>	<i>388</i>		<i>6,8%</i>
Totale voci	3692		68,7%

Fonte: Ministero della Solidarietà Sociale, *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni - Anno 2004*, 2007.

Tabella 10 - Area povertà e disagio adulti: spesa dei comuni per singoli interventi e servizi sociali. Totale Italia – Anno 2004 (valori assoluti e percentuali)

VOCI DI SPESA	Spesa	Percentuale di spesa su totale macro area	Percentuale di spesa su totale area	Percentuale di spesa su totale Italia
INTERVENTI E SERVIZI				
Attività di servizio sociale professionale:				
Servizio sociale professionale	35.143.431	29,3	9,7	0,7
Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	4.758.374	4,0	1,3	0,1
Altro	860.160	0,7	0,2	0,0
Totale attività di servizio sociale professionale	40.761.965	34,0	11,2	0,8
Integrazione sociale:	15.858.890	13,2	4,4	0,3
Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	-	-	-	-
Attività ricreative, sociali, culturali	-	-	-	-
Altro	-	-	-	-
Totale integrazione sociale	15.858.890	13,2	4,4	0,3
Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo:				
Interventi specifici per persone con disagio mentale	5.863.345	4,9	1,6	0,1
Interventi per tutte le altre categorie del disagio adulti	28.688.804	23,9	7,9	0,5
Totale interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inser. lavorativo	34.552.149	28,8	9,5	0,6
Assistenza domiciliare:				
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	13.780.570	11,5	3,8	0,3
Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari	1.039.592	0,9	0,3	0,0
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	1.479.023	1,2	0,4	0,0
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	1.154.677	1,0	0,3	0,0
Altro	1.368.759	1,1	0,4	0,0
Totale assistenza domiciliare	18.822.621	15,7	5,2	0,4
Servizi di supporto:				
Mensa	9.360.476	7,8	2,6	0,2
Trasporto sociale	622.558	0,5	0,2	0,0
Totale servizi di supporto	9.983.034	8,3	2,7	0,2
Totale interventi e servizi	119.978.659	100,0	33,0	2,2
TRASFERIMENTI IN DENARO				
Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi:				
Buoni spesa o buoni pasto	3.041.878	1,7	0,8	0,1
Contributi per servizi alla persona	4.735.155	2,6	1,3	0,1
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	4.965.769	2,7	1,4	0,1
Retta per centri diurni	97.371	0,1	0,0	0,0
Retta per altre prestazioni semi-residenziali	1.911.356	1,0	0,5	0,0
Retta per prestazioni residenziali	7.911.815	4,3	2,2	0,1
Contributi economici erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	651.780	0,4	0,2	0,0
Contributi economici per alloggio	63.953.314	35,1	17,6	1,2
Contributi economici ad integrazione del reddito familiare	75.193.791	41,3	20,7	1,4
Contributi economici per l'affido familiare	875.697	0,5	0,2	0,0
Contributi generici ad associazioni sociali	10.062.153	5,5	2,8	0,2
Contributi economici specifici per disagio mentale	4.996.691	2,7	1,4	0,1
Altro	3.823.424	2,1	1,1	0,1
Totale trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi	182.220.194	100,0	50,2	3,4
STRUTTURE				
Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale:				
Centri diurni	5.087.032	8,3	1,4	0,1
Centri diurni specifici per disagio mentale	666.633	1,1	0,2	0,0
Altro	34.820	0,1	0,0	0,0
Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale	5.788.485	9,5	1,6	0,1
Strutture comunitarie e residenziali:				
Strutture residenziali	39.370.759	64,6	10,8	0,7
Altro	7.913.487	13,0	2,2	0,1
Totale strutture comunitarie e residenziali	47.284.246	77,6	13,0	0,9
Pronto intervento sociale (unità di strada, ecc.)	7.865.398	12,9	2,2	0,1
Totale strutture	60.938.129	100,0	16,8	1,1
Totale disagio adulti	363.136.982		100,0	6,8

Fonte: Istat, *La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – anno 2004*, 2007.

Dati diversamente e nell'insieme emersi da alcune delle precedenti Ires sul sistema socio-assistenziale italiano, in cui si era già rilevato che «i Comuni riguardo l'erogazione dei servizi di contrasto alla povertà e di inserimento sociale [danno] ampio spazio alle prestazioni sociali “riparatorie”» a discapito di interventi innovativi previsti dalla legge di riforma che superino la logica dei contributi economici a favore dell'erogazione di interventi finalizzati all'inserimento sociale e lavorativo della persona³¹. Ma se lo spazio del disagio estremo richiama l'urgenza di politiche insieme riparative e preventive, la zona grigia che lo circonda richiama invece l'esigenza di politiche ad ampio spettro di prevenzione e di copertura dai rischi di vulnerabilità (Brandolini-Saraceno, 2007).

3.2 *Uno sguardo ai territori: la domanda, l'accesso, le misure*

Una considerazione preliminare sull'insieme dei risultati raggiunti riguarda, ancora una volta in questa V annualità di monitoraggio, la dissociazione riscontrata tra il piano che norma il processo regionale di riforma del settore socio-assistenziale e quello dell'attuazione effettiva del processo voluto³². Infatti, nella maggior parte dei territori indagati è emersa la difficoltà ad affermare pratiche significative nella messa a regime di una configurazione di funzionamento reale del comparto socio-assistenziale nonostante la spinta innovativa messa in campo a livello legislativo.

Un esempio paradigmatico in questo senso è offerto dal caso degli Uffici di piano in Puglia. Come detto in altra parte del rapporto (cfr. parte III, sulle scelte metodologiche) l'opzione di inserire questa Regione entro la presente ricerca è derivata principalmente dal fatto che essa è arrivata tardivamente – dopo la 328/2000 e, in larga misura, grazie all'impulso dato dalla legge quadro – a quello che un tempo si diceva il “riordino” dei servizi sociali e che oggi è invece competenza esclusiva regionale.

Ora, il vantaggio di una normativa così recente e “nuova”, rispetto alla tradizione locale, è che essa ha potuto avvalersi (o non ha potuto trascurare) le acquisizioni culturali più significative di questa che pare davvero un'interminabile “riforma dell'assistenza”. Tra queste, la Regione Puglia sembra in effetti aver colto l'importanza nevralgica della “cabina di regia” ai fini del corretto funzionamento della sequenza domanda-programmazione-risposta; e quindi oggi è (previsto) a regime un ufficio di piano in tutte le zone/distretto sociali. Tuttavia nonostante ciò gli U.d.P. non esercitano le funzioni per le quali sono stati istituiti. In particolare in uno dei casi studiati è stata esplicitamente dichiarata l'inattività dell'Ufficio, mentre negli altri due territori l'U.d.P. sembra agire più come luogo di coordinamento e camera di compensazione politica fra le amministrazioni coinvolte piuttosto che come luogo strategico di monitoraggio del bisogno e pianificazione del sistema degli interventi e dei servizi sociali territoriali. Alla base della programmazione sociale non vi è dunque un'analisi del bisogno e tantomeno si è provveduto ad istituire porte unitarie d'accesso, un livello essenziale di prestazione per i cittadini, ma anche un indispensabile “osservatorio” sulla realtà del disagio sociale (la Puglia è l'unica regione delle quattro indagate ad esserne sistematicamente priva).

Questa impressione generale è alquanto costante per tutte le altre dimensioni considerate. A sei anni di distanza dalla riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. n.3/2001), il processo lì prefigurato di “regionalizzazione” delle politiche sociali – inteso come specificità dei contesti, a volte in positivo, a volte in negativo – sembra effettivamente affermarsi. Sono rari ormai i casi di normative e piani regionali, in materia di servizi sociali e/o sociosanitari, che ancora non abbiano recepito l'importanza cruciale di conoscere la propria popolazione e i suoi bisogni, di unificare strumenti di accesso per accoglierla e orientarla, o l'emergere di una nuova fascia del disagio sociale come quella degli “adulti in difficoltà”.

³¹ cfr. il già citato Rapporto Ires di monitoraggio: «I panieri di offerta sociale nelle 100 città capoluogo».

³² A conclusioni analoghe si era giunti anche in Carrera F.- Teselli A., *Fra territorialità e integrazione(...)*, in «L'assistenza sociale», n.3-4, 2002, pp.145-6.

Ma poiché, sia il nuovo testo costituzionale che la legge quadro di settore, attribuiscono la responsabilità ultima in campo di “interventi e servizi sociali” ai Comuni – singoli o associati – è a quel livello territoriale che vanno rilevate ricorrenze e discordanze nel panorama nazionale che si va delineando. Per gettare uno sguardo trasversale agli studi di caso condotti, si è proceduto per la rilevazione in base ad una matrice di dati sulla base dei quali i dodici territori hanno tentato di rilevare una batteria di altrettanti *items*, i quali offrissero informazioni quanto più possibile omogenee, poi riscontrabili nei vari rapporti territoriali.

Tab. 11 – *Indicatori semplificati di ricognizione nei territori*

Dimensione	Indicatori considerati	Variabili
a) Analisi del bisogno	1) Esiste un « Ufficio di Piano »? Se sì, in forma permanente o temporanea (<i>ad hoc</i>)	SI/NO P/T
	2) Viene effettuata (nell'U.d.P. o altrove) una analisi scientifica del bisogno (in forma diretta o secondaria)?	SI/NO
	3) Nella programmazione locale è presente qualche riferimento esplicito al disagio adulto (AID)?	SI/NO
b) Accesso al sistema locale	4) Esiste una porta unitaria di accesso al sistema locale degli “interventi e servizi sociali” (1.328/2000)?	SI/NO
	5) Si tratta di una porta “generica” (per tutti) o “dedicata” all’utenza adulta in difficoltà?	G/D
	6) La porta unitaria (per criteri di concezione) è anche fisicamente “accentrata” o “decentrata” per sportelli?	A/D (nel caso: quanti?)
	7) La porta di accesso si avvale di personale specifico per l’ascolto o delle stesse professionalità del servizio sociale di base (Ass. Soc.)?	P.S./A.S.
	8) È utilizzata una scheda per la rilevazione della domanda espressa?	SI/NO
	9) Sulla base di questa scheda o in altro modo, si codifica l’utenza che si presenta?	SI/NO
	10) C’è elaborazione della domanda eventualmente raccolta e codificata?	SI/NO
c) Le misure per gli AID	11) Le prestazioni specifiche sono erogate sulla base di un Regolamento o con criteri discrezionali ?	R./D.
	12) Quante (e quali) misure specifiche per questa utenza sono attive? A regime o su programmi/progetti sperimentali)	N°

3.2.1 *Disagio sociale degli adulti e modalità di lettura da parte dei servizi*

Dall’analisi dei documenti di programmazione sociale territoriale è emersa l’assenza, in tutti i casi indagati, di riferimenti espliciti al target degli Adulti in difficoltà; gli unici rimandi, peraltro unicamente impliciti, sono stati rilevati nei documenti di programmazione di soli tre territori (Comunità Montana Valdinievole, Prato e Viterbo), ma tale attenzione non è stata tuttavia tradotta in progettazione di servizi/interventi specificatamente rivolti al disagio adulto. Ciò ovviamente si riflette sui processi di ridefinizione della domanda proveniente da questo target di utenza da parte dei servizi, che tendono a ricondurre alle “categorie” preesistenti una domanda prevalentemente “multidimensionale”.

Ciò è strettamente connesso al fatto che l’azione di conoscenza del territorio, a partire dal riconoscimento della domanda potenziale, rimanga un capitolo largamente omissso. Non è tanto una questione di risultati su questo fronte, la cui scarsità può attribuirsi a carenze di capacità e risorse ben

comprensibili³³. Quanto piuttosto che questo passaggio decisivo non pare ancora costituirsi in priorità, né per i responsabili dei servizi, né per gli operatori sociali; come se il sapere, e soprattutto l'aggiornamento del proprio sapere, riguardo la propria potenziale utenza non fosse un momento indispensabile, tanto per programmare quanto per erogare gli interventi.

Un limite possibile può risiedere, oltre che nella debolezza di una cultura della pianificazione sociale, anche nella professionalità dell'assistente sociale – figura tutt'ora dominante nel sistema dei servizi alla persona – che ancor oggi mostra di ritenersi depositaria “per esperienza” della conoscenza del territorio, non valutando necessario indagarlo con strumenti euristici scientifici.

Al momento pare assodato che una seria attività di lettura del bisogno e del suo evolversi richieda strutture ed energie appositamente destinate. L'evidenza empirica più importante in questo senso è data dalla (scarsa) diffusione degli Uffici di Piano (UdP): solo una metà dei territori indagati ne presenta l'esistenza. Naturalmente non è indispensabile che tale funzione sia svolta materialmente *dentro* l'UdP³⁴: che sia gestita *in house*, o appaltata o anche solo che si avvalga di risultati prodotti da altri, la sua stessa esistenza dovrebbe testimoniare del fatto che a questa responsabilità si annette importanza.

Per contro non è affatto detto che, anche quando ci sia, la presenza di un UdP assicuri l'esercizio della funzione di lettura del bisogno. Se infatti eliminiamo i tre casi-studio pugliesi – dove l'UdP è inattivo, o comunque non opera sull'aspetto che qui consideriamo – e del Distretto laziale di Subiaco – dove si parla di un ufficio “tecnico” di piano, che sembra incarnare un semplice servizio sociale di base, di recente istituzione in quel territorio – le uniche due realtà che presentano un luogo permanente dedicato alla pianificazione sono le due «Società della Salute» toscane (a Prato e nella montagna pistoiese³⁵).

L'adozione in questi casi di un “Piano Integrato di Salute” (con relativa stesura di “profili”, “immagini” e “determinanti” di salute) rappresenta in questo momento la forma più avanzata di integrazione sociosanitaria. Ciò potrebbe suggerire l'idea che l'elemento decisivo in ciò sia il concorso della programmazione sanitaria: più dotata di risorse economiche e multi-professionalità; più abituata ad un'indagine di tipo epidemiologico, almeno fin dove questa non sconfini – come avviene in alcune regioni del Nord-Italia – in una “sanitarizzazione” del sociale.

Per quanto riguarda la domanda, è utile sottolineare che i diversi profili del disagio, che tenteremo ora di tipizzare, sono emersi da 12 differenti contesti territoriali. La scelta di non imporre *ex ante* una categorizzazione dei bisogni grigi degli adulti è stata voluta, per cogliere la molteplicità della domanda e ricondurla, *ex post*, a una generalizzazione.

Occorre precisare che dalla maggior parte delle interviste realizzate è emersa sostanzialmente la difficoltà del *sistema* di riconoscere le problematiche dell'adulto in difficoltà in quanto tale. Il disagio adulto è infatti “letto” da parte dei servizi principalmente in modo trasversale, ovvero attraverso le categorie “storiche” di decodifica della domanda, soprattutto Responsabilità familiari e Contrasto alla povertà (area di intervento questa, rivolta maggiormente a situazioni di povertà estrema e quindi non in grado di affrontare in modo sistematico le nuove forme di povertà).

³³ Anche se forse bisognerebbe cominciare a dire con meno pudore che, in una Zona/Ambito di gestione dei servizi sociali, la presenza di professionisti della statistica demografica, di analisi delle *policy-decisions* o di discipline etno-antropologiche, non sarebbe un orpello ridondante ma una serie di competenze imprescindibili!

³⁴ È singolare e significativo che nella piccola Comunità montana ligure (Ingauna), pur in assenza di un UdP, un impegno di lettura e interpretazione del bisogno sociale sia assunto dal locale Sistema Bibliotecario!

³⁵ La S.d.S. della Valdnievole (PT) ha solo funzioni di programmazione e coordinamento; quindi, pur non avendolo ufficialmente, quello che lì è chiamato “staff di direzione” è nei fatti un U.d.P.

I profili di disagio adulto, emersi dalle interviste realizzate agli operatori delle porte di accesso al welfare dei dodici territori, rivelano quadri di fragilità strettamente connessi alle evoluzioni del mercato del lavoro, delle criticità familiari (genitori *single*, per lo più di genere femminile) e di quello immobiliare.

Lavoro precario, ricollocazione lavorativa ed esigenze abitative (caro affitti, morosità e sfratti) sono le principali dimensioni di un disagio che colpisce in particolar modo gli *over 45* espulsi dal mercato del lavoro e poco qualificati, famiglie monoreddito e famiglie monogenitoriali. In particolare, in quest'ultimo caso sono soprattutto le donne sole con figli a presentarsi ai servizi sociali poichè, a causa di separazioni (realtà emersa con più forza a Prato e Troia) o di un percorso di immigrazione che le ha private del sostegno familiare (La Spezia, Prato e Grosseto) non riescono a conciliare i tempi di vita lavorativa e di cura dei figli.

Dall'indagine svolta è inoltre emerso con forza come il disagio degli adulti che *arriva* al servizio sociale sia principalmente sospinto verso il sistema dal disagio familiare. I singoli adulti non si rivolgono al servizio se non in condizioni di marginalità evidente; a loro volta gli operatori – date le risorse economiche e la cultura del servizio di cui sono espressione – reputano primario il doversi occupare delle famiglie piuttosto che dei singoli (rinforzando così il noto processo di prestrutturazione della domanda sociale che avviene sulla base del riconoscimento implicito da parte della domanda di quanto sono disponibili a fornire i sistemi di offerta; cfr. Saraceno, op. cit. 2002). Si sostiene infatti che gli adulti soli abbiano una maggiore capacità di “arrangiarsi” e minori esigenze del nucleo familiare, specie se con figli a carico. Poco evidenziato sembra dunque agli occhi degli operatori il percorso di *desaffiliation*, [cfr. par. 1.1] viceversa emerso nell'indagine di campo grazie alla ricorrente segnalazione dell'esistenza di fasce già oltre la vulnerabilità, che gli operatori identificano attraverso la constatazione di un aumento rilevante delle persone senza dimora. Una fascia – è il caso di ribadirlo – che si caratterizza per essere composta da adulti soli, che hanno rappresentato a lungo la tipologia meno accolta dal sistema dei servizi.³⁶

Ed è proprio alla luce di questi riscontri emersi dall'indagine che i profili del disagio adulto, dalla quale ricordiamo abbiamo scelto di escludere le tematiche legate all'immigrazione per evitare sovrapposizione di aree d'intervento, possono essere ricondotti a due tipologie, ovvero profili di disagio strutturale e congiunturale, cui si connettono due ambiti d'azione - contrasto alla povertà e responsabilità familiari - come è schematizzato nella tabella seguente.

³⁶ Pellegrino M., Tomei G. (a cura di), *Articolo 28. Povertà estrema, grave emarginazione e persone senza dimora*, T.E.P., Pisa 2005.

A seguito della legge 328/2000 – appunto con l'art.28, che per la prima volta nella nostra legislazione sociale ha riconosciuto la presenza di questa fascia di marginalità – varie Regioni e amministrazioni locali si sono impegnate in percorsi di ricerca-azione, volti a sperimentare modalità di azione più efficaci riguardo a questi soggetti, effettivamente ritenuti una problematica emergente.

Sui temi della *désaffiliation* e delle corrispondenti strategie di *accompagnamento* nei servizi sociali, si veda anche: Landuzzi C., Pieretti G., *Servizio sociale e povertà estreme*, FrancoAngeli, Milano 2003, in particolare il saggio di Luigi Gui.

Tab. 12 – Tipologie del disagio degli adulti

	<i>Contrasto alla povertà</i>	<i>Responsabilità familiari</i>
<i>Disagio strutturale</i>	Disoccupazione, occupazione instabile o intermittente, fragilità alloggiativa	Carichi di cura
	Famiglie (a rivolgersi al servizio è per lo più il maschio)	<i>Single parents</i> (per lo più donne separate o divorziate)
<i>Disagio congiunturale</i>	Bisogni economici momentanei: utenze, spese sanitarie urgenti, imprevisti	Richiesta asili nido, servizi sportivi o servizio mensa
	Famiglie	Famiglie

3.2.2 Welfare locale e fattori determinanti nelle modalità di risposta dei servizi agli adulti in difficoltà

Le variabili inerenti i processi di territorializzazione del welfare locale, quali l'architettura istituzionale e le forme organizzative e gestionali [cfr. nota metodologica, par 4, infra] sono risultate incidere poco sulla qualità dell'offerta e sulle capacità di lettura del territorio da parte degli operatori. L'ipotesi che i preesistenti impianti istituzionali influenzassero l'impatto delle politiche sociali nella dimensione territoriale è risultata infatti insoddisfacente per analizzare gli esiti e i percorsi di *governance* da un lato e della strutturazione delle politiche stesse dall'altro. Un 'fallimento' della *proxy* assunta è a nostro avviso principalmente riconducibile al non aver sufficientemente considerato, nella fase di impostazione del lavoro, lo scarso grado di maturazione in ogni caso raggiunta dal sistema di interventi nei confronti di questo gruppo target.

E' emerso piuttosto come le variabili che influiscono maggiormente sull'offerta e sull'esito degli interventi siano rispettivamente: a) la disponibilità e il *managing* delle risorse economiche del territorio e b) l'animazione territoriale e l'integrazione delle politiche settoriali.

BOX 3 - La disponibilità e il *managing* delle risorse economiche del territorio.

Rispetto a questo aspetto è noto come, a partire dagli anni Novanta, alla decentralizzazione delle competenze agli enti locali sia corrisposta una maggiore autonomia finanziaria e tributaria, a partire dalla L. 142/90³⁷, che prevedeva nell'ambito della finanza pubblica, l'autonomia finanziaria di Comuni e Province fondata sulla certezza di risorse proprie e trasferite. Tale principio è ribadito nel Testo Unico dell'Ordinamento degli Enti Locali - TUEL³⁸ (art. 149) e dalla riscrittura dell'art.119 della Costituzione:

«i Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno risorse autonome, stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Dispongono di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio»³⁹

Punto cruciale sancito dal TUEL e dalla Costituzione è l'individuazione di un sistema di “finanza mista”, che si fonda sia su “risorse proprie” degli enti locali che su trasferimenti statali e regionali. Gli enti locali pertanto seguono un regime di finanza mista, ovvero seguono principi di finanza derivata (dal gettito centrale) e propria (dal gettito locale). Eppure, come noto, il processo di risanamento finanziario e le nuove competenze degli enti locali si sono concretizzate in una congiuntura economica particolarmente difficile.

«A fronte di una espansione dei compiti loro attribuiti, Comuni, Province, Regioni hanno visto ridursi le proprie disponibilità finanziarie in termini reali, mentre le regole del Patto di stabilità interno⁴⁰ hanno progressivamente imposto un consistente miglioramento nell'evoluzione dei saldi dei loro bilanci. La conseguente crisi di liquidità, specialmente avvertita dagli enti di piccola e media dimensione, è all'origine di un più sostenuto ricorso al debito e alla sua gestione attiva, questa del resto favorita dalle recenti aperture normative introdotte in materia.

Già dai primi anni '90, il “via libera” ad emissioni obbligazionarie e il venir meno del monopolio della Cassa Depositi e Prestiti, in tema di accesso al credito da parte di Comuni e Province, hanno rappresentato un primo segnale in tale direzione. Sono però le più recenti regole, introdotte a partire dalla finanziaria 2002, a rappresentare una decisiva svolta, offrendo agli enti territoriali la possibilità di ampliare la propria capacità di indebitamento tramite la previsione di una gestione attiva delle passività»⁴¹.

Eppure l'uso degli strumenti di finanza derivata, come emerge da recenti indagini, risulta poco omogeneo su tutto il territorio nazionale, e accentua il dualismo tra aree che hanno le competenze gestionali dei nuovi strumenti finanziari e aree che invece non riescono ad allinearsi e ad attuare efficaci politiche finanziarie, con il risultato di “impoverire” soprattutto le casse dei comuni medio-piccoli.

Era già stato sottolineato nel dibattito a riguardo che, se l'erogazione di prestazioni dipende direttamente dai bilanci dei Comuni, nei periodi di difficoltà la domanda potrà contare probabilmente su una minore disponibilità di fondi e avere quindi un accesso limitato ai servizi, ovvero una particolare situazione di bisogno può coincidere con una indisponibilità di fondi conseguenza di una congiuntura problematica (Kazepov, 1996).

³⁷ Legge che detta i principi dell'ordinamento dei comuni e delle province e ne determina le funzioni.

³⁸ Testo Unico dell'ordinamento degli Enti Locali del 2000, dove è confluita la normativa a riguardo promulgata negli anni precedenti.

³⁹ L. Cost. n.3/2001, “Modifiche al titolo V della seconda parte della Costituzione”.

⁴⁰ Il Patto di Stabilità Interno, sancito dalla Legge Finanziaria per il 1999, introdotta con L. 488/1998. L' art. 28 della legge in questione ha introdotto un importante principio: lo Stato chiede il concorso degli enti locali per il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica che il Paese si è posto tramite la partecipazione all'Unione Europea, comportante l'adesione al Patto di Stabilità e Crescita.

⁴¹ Audizione sull'Indagine conoscitiva sulle problematiche relative alla diffusione di strumenti finanziari derivati, Corte dei Conti 2005.

Aggiungiamo, a chiosa delle considerazioni sinora fatte, che la disponibilità di fondi è proporzionale non solo alla fiscalità locale ma anche (e forse in misura maggiore) alle capacità di *managing* dell'amministrazione. Questo non può che allargare le disuguaglianze territoriali in termini di gestione e offerta dei servizi socio-assistenziali.

Inoltre, riprendendo quanto riportato al par. 3, è rilevante ricordare come al di là delle differenze territoriali più o meno marcate che sono fortemente presenti, solo il 6,8% della spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati è impiegata nell'area Disagio adulto. Tale carenza di risorse economiche da investire per misure rivolte al nostro target di utenza è presumibilmente connesso alle priorità e agli orientamenti della programmazione delle politiche sociali, che come abbiamo visto (dall'analisi dei documenti di programmazione sociale regionali e zonali) non riconoscono tra le priorità quello di far fronte alle nuove forme di disagio adulto se non raramente ed implicitamente⁴².

BOX 4 - L'animazione territoriale e l'integrazione delle politiche settoriali

Per animazione territoriale e integrazione delle politiche settoriali si è qui intesa la capacità del servizio socio-sanitario di creare una rete di soggetti con i quali creare legami di collaborazione e cooperazione (convenzionata o informale) rispetto a:

- gestione del bisogno (es. legami con cooperative, ecc.);
- inserimenti lavorativi/professionali (aziende e servizi per l'impiego).

L'animazione territoriale emerge come fattore cruciale in quanto consente una maggiore strutturazione degli interventi, un'attenzione peculiare alle fasi dell'intervento stesso, lo sviluppo di competenze specifiche nel territorio e l'implementazione di una cultura di gestione del bisogno condivisa.

D'altro lato, la presenza di una attivazione occupazionale permette da una lato la rilevazione del bisogno formativo delle aziende (e in questo senso interessa maggiormente i servizi per l'impiego) e dall'altro la promozione di percorsi di accompagnamento ed inserimento al lavoro mirati collegati con:

- aziende in house del Comune;
- consolidamento delle azioni di rete con i servizi per l'impiego pubblici e privati;
- collaborazioni con altre aziende del tessuto economico.

Una delle problematiche rilevate è la presenza di buchi informativi sulle possibilità economiche del territorio e su potenziali percorsi di inserimento che possano effettivamente permettere all'individuo di iniziare un percorso di graduale collocazione nel mercato del lavoro a medio lungo termine, piuttosto che brevi e discontinue inclusioni in settori peraltro dequalificati che possono, in alcuni casi, impoverire il capitale del soggetto perché lontane dai suoi skills.

Dalla lettura trasversale dei report è infatti emerso che i territori in cui è più forte l'integrazione e la collaborazione tra i servizi socio sanitari e la rete del privato sociale, sono anche quelli che riescono maggiormente ad accogliere la domanda degli adulti in difficoltà: caso esemplare è rappresentato da Prato⁴³. Tuttavia occorre sottolineare che si tratta perlopiù di interventi di tamponamento, di breve durata e che spesso non portano ad una soluzione definitiva del problema. Ciò è ancora più vero se si tratta di fragilità legate al mercato del lavoro, area in cui manca, come è stato rilevato in tutti gli studi di caso, l'integrazione delle politiche settoriali e un raccordo strutturato con i Centri per l'impiego, a cui i servizi si limitano a rinviare l'utenza.

⁴² Si rimanda ai report territoriali per una lettura della spesa impiegata per le misure attivate in favore degli Adulti in difficoltà.

⁴³ «Caratteristica peculiare del welfare pratese è infatti la forte integrazione con la rete del privato sociale che affianca l'operatore pubblico nella realizzazione dell'intervento, permettendo di accogliere tutte le domande che si presentano alle porte di accesso, anche quei casi che non rientrano propriamente nelle categorie codificate o in cui le risorse economiche non sono sufficienti a risolvere il problema espresso» (studio di caso n. 4 – Prato).

3.2.3 Accesso al welfare

L'analisi delle porte di accesso al sistema ha fatto emergere una rilevante influenza dell'impronta macro-regionale. L'innovazione rappresentata dalla "porta unica d'accesso" sembra essersi imposta nei due contesti regionali centro-settentrionali (Liguria e Toscana), mentre non è presente nei territori delle altre due regioni, eccezione fatta per il Comune di Roma dove è in vigore la sperimentazione delle "porte sociali" (cfr. caso di studio: Roma, V Municipio). Negli altri territori indagati, del Lazio e della Puglia, sono gli stessi assistenti sociali ad accogliere l'utenza svolgendo alcune delle funzioni previste per le porte uniche di accesso.

Si tratta in tutti i casi di "sportelli" generici, ossia rivolti a tutta la popolazione utente, senza distinzioni di categoria, anche se a volte sembra di riconoscere una sorta di specificità "in negativo": vale a dire, è spesso l'esistenza di porte d'accesso dedicate ad *altri* segmenti di utenza (disabili, famiglie/minori, immigrati) a configurare il disagio adulto come principale "frequentatore" *residuale* di quelli che dovrebbero essere invece sportelli unitari.

Si coglie tuttavia come sia frequente la propensione ad attribuire un'etichetta "necessaria" di porta unitaria d'accesso al tradizionale segretariato sociale, quando non addirittura alla semplice presenza del servizio sociale professionale, spesso fisicamente decentrato per favorire le zone più frammentate.

Ma una vera porta unitaria d'accesso dovrebbe essere ben più di questo: significa utilizzo di procedure e stili di azioni uniformi delle eventuali diverse sedi dislocate sul territorio in modo decentrato per favorirne l'accesso – impiego di personale specializzato, e in ogni caso distinto dall'*équipe* professionale che successivamente cura la presa in carico. Non a caso i più originali sportelli unici paiono le esperienze in campo sociosanitario, dove effettivamente si crea un nuovo spazio intermedio fra due mondi – il sociale dei Comuni e il sanitario delle ASL – in cerca di una difficile integrazione.

La controprova più significativa dell'ancora incompleta "rivoluzione" del welfare d'accesso emerge se l'osserviamo dal versante della domanda invece che da quello dell'offerta. Così come per gli uffici di piano, rispetto all'analisi del bisogno "a monte", il fatto che in metà dei dodici territori esistano sportelli unitari di accesso non significa che essi operino un'analisi – cioè rilevazione, codifica ed elaborazione – della domanda ("a valle" del sistema). Nemmeno tutti i *case-studies* dotati di porta unica registrano una scheda d'accesso, e solo tre di essi la codificano ed elaborano, mentre due contesti (liguri) operano una codifica limitandosi tuttavia ad un monitoraggio quantitativo.

Quindi nella maggior parte dei casi una delle funzioni determinanti della porta d'accesso, il suo essere "antenna" recettiva del sistema verso il suo ambiente non viene valorizzata, e ciò merita un inserto importante, che giustifica la scelta di spendere attenzione ai "luoghi informali" dell'accesso; in alcuni ambiti – almeno tre, di diverse regioni – un minimo di analisi della domanda non viene svolta dal servizio sociale istituzionale, bensì da altri soggetti del privato-sociale, in primo luogo i Centri d'ascolto della Caritas, che in talune situazioni si trovano ad essere le uniche fonti informative affidabili del *welfare* locale.

3.2.4 Le misure per il disagio adulto

Nel campo delle prestazioni assistenziali disposte sembra manifestarsi una certa importanza della variabile territoriale. E qui sembra giocare un ruolo rilevante la dimensione "municipale": è nei centri di maggiori dimensioni che la gamma dei possibili interventi si articola di più, mostrando sistemi di offerta che arrivano a contemplare un set di 15 possibili strumenti da mettere in opera.

Perlomeno dal punto di vista quantitativo, l'indicatore della numerosità e diversificazione delle misure approntate da l'idea della volontà, spesso degli assistenti sociali stessi, di provare a trovare una risposta al bisogno; ed è attraverso l'elaborazione di un progetto di intervento individualizzato costruito all'interno dei percorsi standard, ove possibile, oppure con il ricorso alla rete del privato sociale, che si cerca di mettere in campo delle risposte che vadano oltre il classico "contributo economico" indifferenziato. Dove è presente una sola risposta, per quanto ricca e sostanziosa, è la multi-dimensionalità del disagio che deve essere ricondotta alla categorialità del beneficiario; mentre laddove si dispiega una gamma di misure sono quest'ultime a tentare di intercettare la diversità delle difficoltà che si manifestano.

Va tuttavia rilevato che sovente vengono indicati interventi ancora ipotetici, "allo studio" o sperimentali, magari già introdotti su una quota ristrettissima di utenti, mentre nella realtà sembrano ancora dominanti le erogazioni monetarie (come confermato anche dai dati Istat riportati al par. 3). Peraltro, molti territori includono tra le risorse messe in campo anche quelle di cui essi sono solo (in alcuni casi) amministratori, ma che provengono da finanziamenti di origine statale (gli assegni assistenziali INPS) o regionale, come è il caso dei contributi per l'affitto, che in termini quantitativi sono di gran lunga il *budget* più consistente nel novero delle prestazioni economiche.

Anche la presenza di regolamenti, nell'erogazione delle prestazioni, corre sul discrimine fra ambiti municipali e territori associati, a dire che la regolazione non è responsabilità demandata alla Zona/Ambito ma al Comune, unico o capofila, e di conseguenza maggiormente legata agli aspetti di gestione più che a quelli di programmazione.

La discrezionalità, come criterio di allocazione degli interventi è invece dichiarata in due ambiti pluricomunali – uno ligure e uno laziale – mentre in altri due, seppur non dotati di regolamento, è in uso il ricorso all'ISEE come criterio oggettivo di accesso alle prestazioni.

Infine, dall'analisi degli interventi per il disagio degli adulti messi in campo nei dodici territori indagati, abbiamo riscontrato una sorta di "*kit standard*" di misure di contrasto, con una differenziazione territoriale basata sulla generosità delle erogazioni. Possiamo identificare così 4 tipologie:

- *Misure di tamponamento assistenziale* (buoni pasto, accesso alla mensa, buoni vestiti, ecc.);
- *Misure una tantum* (assegno familiare, assegno per il terzo figlio, aiuti economici circoscritti al disagio economico congiunturale);
- *Misure a corto raggio* (interventi di contrasto alla povertà tramite inserimento lavorativo, con lavori non di qualità in termini di reddito, durata e incapaci di garantire una continuità nell'occupazione. Sono soluzioni che non permettono l'elusione del rischio di scivolamento in condizioni di disagio nel futuro);
- *Misure a lungo raggio* (sono emerse in quanto *desiderata* degli operatori, come interventi programmati in rete con altri soggetti del territorio, tra cui anche le imprese e le aziende locali, che offrono programmi mirati di inserimento lavorativo di qualità. Nella pratica riguardano alcuni sparuti casi di assistiti inseriti in progetti lavorativi dall'esito positivo in termini di qualità dell'occupazione, esiti peraltro fortuiti e non programmati).

3.2.5 I limiti strutturali del territorio

Riprendendo in parte le considerazioni precedenti riguardo all'animazione territoriale, vanno esplicitati alcuni limiti strutturali dei territori, come evidenziato dagli operatori sociali intervistati. Emerge infatti dalle rilevazioni come problematica più rilevante rispetto al disagio adulto la mancanza di una occupazione capace di garantire un adeguato tenore di vita, soprattutto in relazione ai costi abitativi crescenti. Sembra quindi che la funzione che il *welfare* locale riesca effettivamente ad assumere sia quella

di “tamponamento del bisogno”, a fronte di una condizione strutturale di rigidità del mercato del lavoro e del mercato degli immobili.

Assumendo che la disoccupazione o la cattiva occupazione siano involontarie (e questo emerge dalla rilevazione in tutti i territori), gli interventi da attuare rientrerebbero nel campo della politica economica, mentre riguarderebbero i meccanismi che regolano il mercato del lavoro e il welfare se si trattasse di disoccupazione volontaria.

PARTE II:
I dodici casi territoriali
(con un inquadramento dei contesti regionali considerati)

1. Il contesto regionale

Le quattro Province Liguri coprono complessivamente una superficie territoriale pari a 5.422 kmq, e il totale della popolazione residente è, al 1° gennaio 2006, pari a 1.610.134 persone; la Provincia di Genova risulta essere nettamente più popolosa all'interno della regione: il 55,3% dei liguri risiede infatti nella suddetta provincia, seguono Savona (17,5% sul totale regionale), La Spezia (13,6%) e Imperia (13,5%).

La densità media dei residenti raggiunge cifre significativamente superiori al dato nazionale, considerando come la regione conti in media 297 abitanti per km quadrato, quindi 102 unità oltre la media italiana (195 abitanti/kmq); la distribuzione della densità non è però omogenea a livello regionale, sono in particolare Genova e La Spezia a presentare alte concentrazioni di residenti per km quadrato, mentre Savona e Imperia hanno valori leggermente inferiori al dato medio nazionale. Fattore comune alle quattro province è il forte squilibrio di presenze residenziali lungo la fascia costiera a scapito di una densità nettamente inferiore nelle aree territoriali interne.

Tab. 1 - Popolazione residente al 1° gennaio 2006, popolazione residente, numero Comuni, superficie territoriale e densità, dettaglio per Provincia, Liguria e Italia

Provincia	Popolazione residente	N. Comuni	Superficie territoriale (kmq)	Densità (abitanti per kmq)
Imperia	217.037	67	1.156	188
Savona	282.548	69	1.545	183
Genova	890.863	67	1.838	485
La Spezia	219.686	32	882	249
Liguria	1.610.134	235	5.422	297
ITALIA	58.751.711	8.101	301.336	195

Fonte: elaborazione su dati Annuario Statistico Regionale 2006

La suddivisione per fasce d'età della popolazione residente in Liguria al 1° gennaio 2006 (1.610.134 unità) evidenzia una caratteristica peculiare degli andamenti demografici liguri: il forte peso percentuale dei residenti anziani. Tra gli intervalli anagrafici considerati sono infatti gli over 65 a registrare la percentuale maggiore (26,6%), e, in particolare, è consistente la percentuale di donne in tale età (30,2% sul totale).

Tab. 2 – Popolazione residente al 1° gennaio 2006 per fasce di età e per sesso – Liguria, valori assoluti e percentuali

Classi di età	0 - 5	0 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	15 - 64	65 e oltre	80 e oltre	Totale
Maschi	37.167	91.780	63.365	99.106	127.870	105.152	103.678	499.171	173.125	39.306	764.076
Femmine	35.370	86.719	60.323	95.303	125.510	108.203	114.154	503.493	255.846	83.118	846.058
Totale	72.537	178.499	123.688	194.409	253.380	213.355	217.832	1.002.664	428.971	122.424	1.610.134
Valori %											
Maschi	4,86	12,01	8,29	12,97	16,74	13,76	13,57	65,33	22,66	5,14	100,00
Femmine	4,18	10,25	7,13	11,26	14,83	12,79	13,49	59,51	30,24	9,82	100,00
Totale	4,51	11,09	7,68	12,07	15,74	13,25	13,53	62,27	26,64	7,60	100,00

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT Demo

Il confronto con il dato nazionale manifesta ulteriormente quanto premesso: l'età media regionale supera la media italiana di 4,8 punti e solo la Provincia di Imperia ha un'età media lievemente inferiore ai 47 anni; gli indici di vecchiaia e dipendenza risultano, di conseguenza, a loro volta nettamente superiori rispetto ai corrispettivi nazionali. Indicativo risulta infine come il valore raggiunto dall'indice di popolazione in età attiva sia, per ogni Provincia ligure, inferiore al dato nazionale.

Tab. 3 - Principali indicatori di struttura della popolazione, dettaglio per provincia al 1° gennaio 2005, valori percentuali

PROVINCE	INDICE DI INVECCHIAMENTO	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE	INDICE DI ANZIANI PER BAMBINO	INDICE DI CARICO DEI FIGLI PER 100 DONNE IN ETA' FECONDA	INDICE DELLA POPOLAZIONE IN ETA' ATTIVA	INDICE DI RICAMBIO DELLA POPOLAZIONE IN ETA' ATTIVA	ETA' MEDIA
Imperia	26,0	226,9	60,0	5,8	21,3	62,5	173,5	46,8
Savona	26,8	248,7	60,0	6,1	21,2	62,5	203,8	47,5
Genova	26,6	244,1	60,1	6,1	21,0	62,5	184,4	47,4
La Spezia	26,4	244,6	59,1	6,2	20,1	62,9	182,2	47,3
Liguria	26,5	242,5	59,9	6,1	20,9	62,5	185,8	47,3
ITALIA	19,8	137,8	50,6	3,5	23,6	66,4	113,5	42,5

Fonte: Annuario Statistico Regionale 2006

La struttura delle famiglie liguri si caratterizza per un'alta presenza di single (e in particolare anziani single), oltre ad una scarsa incidenza di nuclei numerosi (con 5 e più componenti); il numero medio di componenti (2,2 persone) è pertanto inferiore sia al dato ripartizionale (2,4) che a quello nazionale (2,6). Sono poi decisamente più presenti rispetto a Italia e Nord-Ovest le coppie senza figli.

Tab. 4 – Famiglie e persone per alcune tipologie, anni 2001-2002, 2002-2003 2 2003-2005, dettaglio regionale , ripartizionale e nazionale, valori percentuali (per 100 famiglie nella stessa zona)

	LIGURIA			ITALIA NORD- OCCIDENTALE			ITALIA		
	2001-2002	2002-2003	2003-2005	2001-2002	2002-2003	2003-2005	2000-2001	2001-2002	2003-2005
Famiglie di "single" (a)	34,0	33,9	35,9	27,2	28,1	29,2	24,8	25,3	25,9
"Single" di 60 anni e più									
Maschi(b)	41,2	38,8	40,5	33,8	31,0	34,9	37,1	34,4	34,6
Femmine(b)	72,6	72,2	69,3	73,1	71,6	71,2	74,4	72,7	72,0
Totale(b)	60,5	59,7	58,7	58,4	56,3	57,1	60,5	58,4	58,1
Famiglie di 5 componenti e più(a)	2,1	2,3	2,9	3,9	4,0	3,9	6,9	6,8	6,5
Famiglie con aggregati o più nuclei(a) (c)	4,3	5,2	4,8	3,7	4,0	3,6	5,2	5,3	5,1
Nuclei famigliari									
Coppie con figli(d)	49,6	49,4	47,6	55,2	54,9	53,9	59,8	58,9	57,6
Coppie senza figli(d)	37,3	37,5	38,1	32,8	33,4	33,7	28,2	29,2	30,2
Monogenitori(d)	13,1	13,1	14,3	12,0	11,7	12,4	11,9	11,9	12,3
Figli celibi o nubili 18-30 anni(e)	69,1	72,7	69,6	70,6	69,6	71,6	73,3	72,7	72,7
Numero medio di componenti familiari	2,2	2,2	2,2	2,4	2,4	2,4	2,6	2,6	2,6

(a) Per 100 famiglie della stessa zona.

(b) Per 100 single della stessa zona.

(c) Famiglie composte da due o più nuclei o da un nucleo familiare con altre persone aggregate.

- (d) Per 100 nuclei familiari della stessa zona
(e) Per 100 giovani di 18-30 anni della stessa zona.

Fonte: Annuario Statistico Regionale 2006

La scarsa rilevanza percentuale della popolazione giovanile - la fascia 0-14 anni copre l'11,1% del totale dei residenti - può essere messa in relazione ad un "tradizionale" svantaggio della Liguria nell'ambito del tasso di natalità, anche l'ultimo dato disponibile mostra infatti il "ritardo" della regione rispetto ai valori nazionali (- 2 punti percentuali); ancor più consistente è poi lo scarto percentuale (questa volta a favore della Liguria) nell'ambito del tasso di mortalità (+3,6 punti percentuali).

Tab. 5 - Principali indicatori demografici, dettaglio per provincia, anno 2005, valori percentuali

PROVINCE	TASSO DI NATALITA' (per mille abitanti)	TASSO DI MORTALITA' (per mille abitanti)	TASSO di CRESCITA (per mille abitanti)			NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA	SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA(a)	
			NATURALE	MIGRATORIO	TOTALE		Maschi	Femmine
Imperia	7,8	12,3	-4,5	11,1	6,6	-	-	-
Savona	7,7	13,5	-5,8	9,2	3,4	-	-	-
Genova	7,4	13,4	-6,0	23,1	17,1	-	-	-
La Spezia	7,0	13,7	-6,7	8,2	1,5	-	-	-
Liguria	7,5	13,3	-5,8	17,0	11,2	1,18(a)	77,3	82,9
ITALIA	9,5	9,7	-0,2	5,2	5,0	1,32(a)	77,6	83,2

Fonte: Annuario Statistico Regionale 2006

(a) : Dato provvisorio

Le tendenze verso il progressivo invecchiamento della popolazione ligure sono (per quanto in minima parte) compensate dalle dinamiche demografiche messe in atto dalla porzione di residenti stranieri; al 1° gennaio 2006 i 65.994 residenti stranieri coprono il 4,1% della popolazione regionale e il 53,3% di questi è di genere femminile. L'intervallo di età più presente in questo sottoinsieme va dai 25 ai 44 anni (50,9%), dato che lascia supporre un probabile incremento progressivo dei tassi di natalità liguri per gli anni a venire.

Tab. 6 - Bilancio demografico della popolazione straniera residente per provincia, anno 2005

PROVINCE	POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE ALL'INIZIO DELL'ANNO	Iscritti			Altri iscritti	Totale iscritti	Cancellati				Altri cancellati	Totale cancellati	POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE ALLA FINE DELL'ANNO
		per nascita	da altri comuni	dall'estero			per morte	per altri comuni	per l'estero	Per acquisiz. cittad.			
Imperia	11.036	184	789	1.308	93	2.374	34	708	142	94	206	1.184	12.226
Savona	11.114	222	1.126	1.364	112	2.824	17	977	88	121	149	1.352	12.586
Genova	36.335	682	1.986	3.683	2193	8.544	64	1.455	287	509	1.430	3.745	41.134
La Spezia	7.509	129	666	906	36	1.737	8	565	26	61	116	776	8.470
Liguria	65.994	1.217	4.567	7.261	2.434	15.479	123	3.705	543	785	1.901	7.057	74.416
ITALIA	2.402.157	51.971	203.330	282.780	24.981	563.062	3.133	198.782	15.951	28.659	48.180	294.705	2.670.514

Fonte: Annuario Statistico Regionale 2006

1.1 La normativa

Nell'ambito della recente legge sul sistema integrato di interventi e servizi sociali (l. 328/2000), alla luce anche delle successive modifiche del titolo V della Costituzione, appaiono decisivi tra gli altri gli aspetti legati all'assetto istituzionale, organizzativo e di controllo. La controversa definizione di "livello essenziale delle prestazioni" è la principale competenza rimasta in capo allo Stato centrale, mentre spetta pure alle Regioni la programmazione, concertata con le autonomie locali e le forze sociali organizzate, mentre sono i Comuni, singoli o associati, che debbono governare l'intera rete di interventi e servizi sociali.

«Per rendere operante questa scelta, la legge 328 prevede forme di incentivazione idonee a favorire l'associazione fra Comuni allo scopo di razionalizzare la funzionalità e l'economicità dei servizi con la individuazione di credibili bacini d'utenza (ambiti o zone) per favorire anche l'integrazione con i distretti sanitari»¹.

L'assetto istituzionale è stato quindi l'obiettivo più rilevante della nuova legge della Regione Liguria di riordino dei servizi sociali², che ha individuato un modello avanzato di integrazione sociosanitaria. Tuttavia la normativa regionale offre anche importanti indicazioni di merito sui punti focali di questa ricerca: l'accesso al sistema e l'attenzione specifica ai nuovi termini del disagio adulto.

Nel Titolo III, dopo aver definito in ordine gerarchico i tre principali "Atti di programmazione" (art. 25, 26, 27), all'art. 28 s'introduce lo «Sportello Integrato Sociosanitario», con cui "Il Distretto Sociosanitario organizza l'accesso unificato alle prestazioni integrate" (comma 1); ad esso competono funzioni oltre che di informazione, orientamento e segnalazione alla presa in carico, anche di "raccolta ed elaborazione dati" (comma 2), compito nevralgico per un punto pensato come luogo d'interfaccia tra bisogno, domanda e offerta.

Lo Sportello Integrato – che in realtà pare configurarsi più come un struttura operativa strategica che come un luogo fisico – "ha i suoi punti d'accesso presso gli Sportelli di Cittadinanza, collocati negli ambiti territoriali sociali" (comma 3) e *può anche essere collegato* "soprattutto utilizzando modalità telematiche" alla rete degli altri "sportelli sociali" attivati da enti pubblici, patronati o soggetti del terzo settore, che "forniscono informazioni a supporto dei cittadini circa i diritti e le opportunità sociali, i servizi e gli interventi del sistema locale, nel rispetto dei principi di semplificazione e trasparenza amministrativa" (comma 4).

«...ai fini di una compiuta conoscenza della domanda sociale [...] Presso la Regione è istituito il Sistema Informativo dei Servizi Sociali e Sociosanitari (SISSS) per l'organizzazione dei flussi informativi [...] nonché per acquisire i dati e le informazioni necessarie alla programmazione, gestione e valutazione delle politiche sociali. [In questo senso il SISSS] supporta l'Osservatorio delle Politiche Sociali di cui all'articolo 30, [il quale] si avvale anche della collaborazione degli Osservatori sui problemi sociali attivati dalle Province»³.

Anche nel caso del Titolo IV – Capo I, che esamina i diversi settori delle politiche sociali integrate, sono gli ultimi tre articoli a rivestire interesse per la nostra indagine. L'art.40 disciplina "Azioni per favorire l'inclusione sociale [...] delle persone in stato di disagio, anche immigrate [alle quali è

¹ Regione Liguria – Piano sociale integrato regionale (Psir), p.8.

² Regione Liguria, L.R. 24 maggio 2006 n.12 (pubbl. sul B.U.R. 31/05/2006 n.8) – "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari".

³ Regione Liguria – L.R. n°12/06, art. 29, commi 1 e 3.

dedicato anche il successivo art.41]⁴, con particolare riferimento alle persone che non dispongono di beni primari, alle povertà estreme, ai nomadi e alle persone senza fissa dimora” (comma 2). Sembra d'intendere che l'insieme di interventi previsti in questo articolo – la cui individuazione è demandata al PSIR – si rivolgano a “prevenire e ridurre tutte le forme di emarginazione” (comma 1), più che al disagio degli “adulti in difficoltà” su cui si concentra questo lavoro.

Più pertinente a questo proposito appare il successivo art.42, in cui agli ambiti sociali – e quindi, come vedremo, considerandolo un servizio sociale di base – è demandata l'erogazione di “prestazioni di carattere economico”, di cui sono elencate quattro fattispecie (comma 2), e sulle quali s'impegna il PSIR a disporre indirizzi generali, che peraltro “dovranno trovare conseguente e concreta programmazione nella pianificazione locale” (comma 3).

1.2 Le competenze istituzionali

La legge regionale (L.R. 12/06) di recepimento della l.328/2000 disegna quindi un'architettura istituzionale che conferma nella **Regione** l'ente di programmazione, che provvede al Piano sociale integrato regionale, agli indirizzi normativi e di verifica delle politiche locali oltre che al coordinamento dei piani sociali con quelli sanitari, con le politiche dell'istruzione, del lavoro, abitative ed urbanistiche.

Le **Province**, secondo la legge regionale 12/06, concorrono ai diversi livelli della programmazione sociale, in particolare su due aspetti cruciali anche per il nostro oggetto di ricerca: per la rilevazione dei bisogni e della domanda espressa dal territorio – tramite gli Osservatori – raccogliendo e organizzando le conoscenze dei dati sui bisogni e sulle risorse per il sistema informativo dei servizi sociali, sia territoriale che regionale; inoltre,

«come compito proprio, s'incaricano delle iniziative di formazione ed aggiornamento professionale, preventivamente programmate con i Distretti Sociosanitari e/o la Conferenza dei Sindaci, per gli operatori della rete dei servizi sociali e sociosanitari. [...] provvedono anche a programmi di formazione professionale e inserimento al lavoro delle fasce a rischio di esclusione sociale»⁵.

Dei **Comuni** è ribadito il ruolo strategico nelle politiche sociali, pur sottolineando il possibile limite dato dalla *dimensione territoriale*, per la difficoltà di conseguire efficienza ed efficacia in Enti di piccole dimensioni. A tale scopo la legislazione, senza pregiudicare la responsabilità ultima del Comune, individua degli “**ambiti territoriali sociali**” (ATS) come bacini ottimali di esercizio dei servizi sociali.

«La grandezza territoriale dell'Ambito Sociale prevista dalla l.r.12/06 è di 10.000 abitanti, che possono essere derogati quando l'ambito coincide con Comunità Montane. I Comuni per la gestione dei servizi tramite l'Ambito, si avvalgono delle forme associative previste al Capo V del decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267 (Testo unico delle leggi l'ordinamento degli enti locali), con particolare riferimento alla *convenzione* e all'*esercizio associato di funzioni*»⁶.

Il fatto di indicare una scala di grandezza, nella configurazione geo-morfologica della Liguria (con elevata presenza di Comuni inferiori ai 1000 abitanti), comporta sia la necessità di associazioni intercomunali - accompagnate anche alla possibilità che Comuni singoli, di media dimensione,

⁴ Le politiche verso l'immigrazione sono state più recentemente normate in Liguria dalla L.R. 20 febbraio 2007, n°7.

⁵ Regione Liguria – L.R. n°12/06, art.13.

⁶ Regione Liguria – Piano sociale integrato regionale (Psir), p.19-20.

possano gestire direttamente i *servizi sociali di base* - sia da forme di decentramento per i grandi Comuni e per l'area metropolitana.

A norma della legge regionale, i servizi sociali di base – affidati alla «Unità Operativa Multiprofessionale», coordinata dall'assistente sociale – consistono in:

- *informazione, consulenza e segretariato sociale* (quindi propriamente il tema dell'accesso) per i problemi del singolo e della famiglia;
- servizio sociale professionale;
- assistenza domiciliare di carattere domestico-familiare;
- aiuto personale a favore di minori e disabili.

A tutte le prestazioni qui indicate si accede tramite il primo livello del citato sportello integrato sociosanitario, definito *sportello di cittadinanza*, che ha sede presso l'ambito e può articolarsi in “terminali”, anche fisici - presso i singoli Comuni - o telematici - presso patronati, associazioni o altre entità di terzo settore -.

La gestione dei *servizi sociali detti “complessi”*, quelli cioè per prestazioni sociali a rilievo sanitario, tutte le funzioni connesse la non autosufficienza e quelli per i quali è comunque indispensabile un'integrazione con altri settori delle politiche (sanitarie *in primis*, ma anche abitative, formative o del lavoro) è demandata invece ad un livello di associazione superiore tra Comuni, già denominato «Zona» (fino alla situazione tuttora vigente nei fatti), ed oggi ridefinito “**Distretto Sociosanitario**” dall'art. 9 della L. 12/06.

«La rappresentanza politica e la “*governance*” da parte delle diverse istituzioni, con particolare riferimento alle associazioni intercomunali, è assicurata:

- per l'ambito sociale dalla *Conferenza di Ambito*;
- per il Distretto Sociosanitario dal *Comitato dei Sindaci di Distretto*;
- per il territorio dell'Unità Sanitaria Locale dalla *Conferenza dei Sindaci*;
- per la pianificazione regionale dalla *Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale*, a cui partecipano anche gli Amministratori delle Province»⁷.

1.3 La programmazione

«Il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse» è posto a cardine dell'impalcatura della 1.328/2000, all'art.3 e rappresenta uno degli aspetti più innovativi della riforma dei servizi sociali. Tuttavia molto spesso esso si riduce ad una razionalizzazione amministrativa dell'esistente, che si propone di “regolare l'offerta”, senza “lasciarsi governare” dalla domanda (espressa) e dal bisogno (latente) che salgono dalla società.

In questi termini invece, nei capoluoghi di due delle Regioni interessate dalla nostra ricerca (Lazio e Liguria), prima la città di Roma e più recentemente quella di Genova, hanno sviluppato **Piani Regolatori Sociali** per progettare e realizzare sistemi cittadini. Peraltro, essi non richiedono necessariamente l'estensione della grande città o dell'area metropolitana ma potrebbero – “forse anche più facilmente”, si scrive nel Psir – attagliarsi alla dimensione di centri medi e piccoli riuniti nel Distretto sociosanitario.

«Questi Piani, rappresentano non solo uno strumento di programmazione ma di *lettura delle politiche cittadine a partire dalla evoluzione del bisogno sociale, alla strutturazione della domanda*, al rispetto dei diritti sociali e di standard urbani fondati su processi di sostenibilità sociale, ambientale e territoriale». [...] Gli elementi da mettere in campo per questa sorta di politiche integrate, prevedono:

- un'analisi degli scenari cittadini: dal modello di sviluppo socioeconomico a quello urbano e delle reti di protezione sociale;

⁷ Regione Liguria – Piano sociale integrato regionale (Psir), p.20.

- l'individuazione di principi e obiettivi strategici per un arco di tempo misurabile da 3 a 5 anni;
- le azioni di *welfare*, con particolare riferimento all'integrazione delle politiche cittadine che producono "esclusione";
- l'uscita dalle emergenze e la lotta all'esclusione attraverso forme di integrazione con gli interventi sanitari, il monitoraggio e la consonanza con le politiche del trasporto, della viabilità, l'assetto urbano, le infrastrutture e l'abitare.»⁸

Il Consiglio Regionale della Liguria – su proposta della Giunta e dopo un confronto con gli Enti Locali e gli attori sociali – ha quindi approvato il 1° agosto 2007 il Piano Sociale Integrato Regionale (Psir). Esso si compone fondamentalmente di tre parti:

1. Una sezione introduttiva di sfondo, che si richiama ai più recenti orientamenti delle politiche sociali in abito U.E. ed OCSE, nel riferimento ad un nuovo concetto di "ben-essere" (*welfare*) dell'individuo e della collettività.

2. Una parte centrale, che definisce gli obiettivi concreti – "con l'indicazione dei risultati verso cui tendere, degli interventi da organizzare e degli enti e strutture di riferimento che [vi] devono provvedere" – da perseguire, attraverso "reti integrate d'offerta" nelle sei...

«aree tematiche indicate dalla L.R. 12/06:

- Famiglia, minori, adolescenti e giovani;
- Non autosufficienza;
- Disabilità;
- Promozione della socialità e ***inclusione sociale***;
- ***Emergenza sociale***;
- Politiche attive per l'invecchiamento».⁹

3. Un segmento conclusivo indica infine le risorse finanziarie messe a disposizione dalla Regione, i criteri per il loro riparto ed il concorso alla spesa da parte dei cittadini.

Un'attenzione esplicita non appare perciò riservata dal Psir alle problematiche qui esaminate, la fascia degli adulti in difficoltà (AID) e le politiche di contrasto al disagio economico. Fenomeni strutturali quali la *casa* – problema primario dovuto alla quantità e qualità degli alloggi accessibili alle popolazioni meno favorite –; le condizioni *precarie di lavoro* – con occupazioni saltuarie e famiglie numerose o, per contro, monogenitoriali –; forme di *indebitamento* e sovraindebitamento – collegate ai precedenti ma anche alla "cultura dei consumi" – che portano le famiglie a richiedere l'intervento dei servizi sociali o delle associazioni caritative per superare momenti di povertà; nuclei con presenza di persone con gravi disabilità e non autosufficienza – dove le amministrazioni pubbliche dovrebbero superare le forme di "sussidio economico" orientate a solo a sostenere il reddito e non lo specifico carico di cura –.

«Infine, la realizzazione di una misura di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale va inserita, anche in attuazione delle direttive dell'Unione Europea, organicamente nel sistema di offerta di ambito territoriale e da gestire in modo integrato con altre forme di intervento [...] per andare verso interventi stabili di contrasto alla povertà quali il "reddito minimo"»¹⁰.

Tutti questi temi si pongono oggi di fronte alle politiche sociali e sono al centro delle azioni previste dal Piano, anche in collegamento con il P.O.R. – FSE. Il piano operativo regionale per la Liguria del Fondo Sociale Europeo ha definito nella futura programmazione un asse specifico dedicandolo all'**inclusione sociale**, la cui programmazione s'interseca territorialmente con le azioni che i distretti sociosanitari potranno attivare, pur nella autonoma gestione dei due piani, in vantaggiose sinergie.

⁸ Regione Liguria – Piano sociale integrato regionale (Psir), p.23.

⁹ Regione Liguria – Piano sociale integrato regionale (Psir), p.23.

¹⁰ Regione Liguria – Piano sociale integrato regionale (Psir), p.28.

« [...] Sostegno all'inclusione sociale attraverso azioni di accompagnamento all'inserimento e reinserimento nel mercato del lavoro delle persone disabili e svantaggiate, realizzando politiche attive per il lavoro rivolte ai lavoratori espulsi, agli over 45, alle donne over 40, ai disoccupati di lunga durata, giovani senza titolo di studio, immigrati e fasce deboli»¹¹.

1.4 La morfologia territoriale

L'assetto organizzativo previsto dei servizi territoriali, fra Distretti sociosanitari e Ambiti sociali, è rappresentabile schematicamente come segue.

DISTRETTO SOCIOSANITARIO¹²

COMPETENZE	<ul style="list-style-type: none"> - stesura del Piano di Distretto Sociosanitario e del Piano delle Attività Territoriali (PAT) - costituzione dell'Unità Distrettuale e dello Sportello Integrato Sociosanitario - gestione dei servizi sociali complessi (integrati con sanità, scuola e lavoro) e al coordinamento delle attività sovra-ambito, anche relative agli interventi integrati - gestione dei servizi sociosanitari: domiciliarietà e residenzialità extra-ospedaliera, particolarmente per la <i>non autosufficienza</i>, gestendo anche le misure economiche - organizzazione e funzionamento delle Unità di Valutazione Multidisciplinari. - regolazione del concorso alla spesa (ISEE) con indicazioni per gli Ambiti - formulazione del piano e degli investimenti in conto capitale - ottemperare al debito informativo assegnato al Distretto.
DOTAZIONE ORGANIZZATA	<p>Unità Distrettuale: è composta dal Direttore Sociale e dal Direttore di Distretto Sanitario. È l'organo a cui è affidata la funzionalità operativa delle diverse attività del Distretto, con particolare riferimento alle attività integrate sociosanitarie per gli aspetti relativi la continuità assistenziale, i servizi cui afferiscono fattori produttivi diversi quali: ADI, centri socio-riabilitativi, centri diurni per anziani, etc.</p> <p>L'Unità Distrettuale si avvale di un Comitato Distrettuale composto dai coordinatori di Ambito Territoriale Sociale, dai rappresentanti dei Dipartimenti territoriali che operano nel Distretto Sociosanitario e dai membri dell'Ufficio di coordinamento previsto dal D.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni.</p> <p>L'inserimento nel Comitato Distrettuale dei responsabili territoriali dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze consente una progettualità locale anche per tali attività. Nel Comitato Distrettuale si costruiscono inoltre le modalità di offerta territoriale per la medicina primaria (UTAP) e la specialistica, con l'apporto dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti degli ambulatori ASL e degli ambulatori ospedalieri.</p> <p>Unità di Valutazione Multidisciplinare: è un organismo di valutazione misto sanitario e sociale, formalizzato dall'Unità Distrettuale ai sensi del DPCM 14 febbraio 2001 (decreto sulle procedure dell'integrazione sociosanitaria), per procedere alla valutazione dello stato di malattia o di non autosufficienza.</p> <p>È composta dal medico specialista della patologia o dello stato di disabilità da valutare (neuropsichiatra infantile, geriatra, neurologo, fisiatra, psichiatra, etc), infermiere, terapeuta della riabilitazione (nelle diverse specializzazioni richieste per la disabilità da valutare), assistente sociale che ha in carico la persona da valutare, educatore - se debbono essere analizzati anche aspetti pedagogico-didattici - e il medico di medicina generale. Possono aggiungersi, anche altri professionisti, in relazione alla complessità del caso o per altri aspetti che siano utili ad una migliore e corretta valutazione.</p> <p>Al di fuori dell'UVM e della formalizzazione, durante la processualità e la gestione del caso, possono costituirsi, in maniera informale, unità pluriprofessionali sociosanitarie che vedono la compresenza di operatori sanitari e sociali.</p>

¹¹ Regione Liguria – Piano sociale integrato regionale (Psir), p.26.

¹² Regione Liguria – Piano sociale integrato regionale (Psir), pp.38-40.

ACCESSO	<p>Sportello integrato Sociosanitario: è un'attività di <i>front-</i> e di <i>back-office</i>. Per il <i>front-office</i> è necessaria una contestuale presenza di operatori dei Comuni e dell'ASL. L'Unità Distrettuale definisce risorse (operatori) e tempi (cadenze delle riunioni), modalità di segnalazione, flussi comunicativi, modulistica, che consentano di procedere alla valutazione integrata, anche se la documentazione e l'accesso della persona sono avvenuti in sede diversa dallo sportello integrato. Vi sono impegnati anche gli assistenti sociali operanti all'interno dei Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze, secondo quanto disciplinato dalla specifica Unità Operativa costituita all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale.</p> <p>Da valutare con l'ASL anche la presenza di personale amministrativo che possa supportare alcune funzioni di office. La formalizzazione dei flussi comunicativi tra ASL e Comuni sarà recepita in protocolli e intese, a norma dell'articolo 10 della L.R. 12/06. Le funzioni dello Sportello integrato, sono riassumibili in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informazione e consulenza - Orientamento sulla scelta delle prestazioni - segnalazione al servizio competente per la presa in carico - raccolta ed elaborazione dati. <p>La funzione di accoglienza svolta dallo sportello è una funzione che richiederà formazione <i>continua</i> perché si tratta di operatori che diventano "specialisti dell'accoglienza" che sappiano operare sul lavoro di rete del territorio di competenza. In questo senso si restituisce al Servizio Sociale una competenza che nel tempo è stata anche trascurata per una concentrazione sull'emergenza e sulla presa in carico.</p>
RESPONSABILE	<p>Direttore Sociale: è l'operatore che ha funzione direzionale per facilitare percorsi assistenziali che garantiscano la <i>continuità delle cure</i>, l'integrazione tra le diverse reti, predisponendo azioni strategiche che utilizzino oltre le prestazioni sociosanitarie e sociali, anche le forme di solidarietà offerte dal territorio distrettuale. Come componente dell'Unità Distrettuale per i servizi integrati sociosanitari, assolve in particolare alle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rilevare la domanda sociosanitaria e organizzarne la risposta anche ai fini della elaborazione del Piano di DSS e del PAT; - organizzare e far funzionare, con il Direttore di Distretto sanitario, l'Unità Distrettuale; - programmare e pianificare gli interventi a favore dei minori, in particolare per quanto riguarda le azioni a contrasto degli abusi e dei maltrattamenti; - predisporre per il Comitato dei Sindaci di Distretto, in base agli schemi regionali, le convenzioni tra Comuni e ASL sulle attività integrate e sui rapporti tra Distretto Sociosanitario e ATS; - progettare nell'ambito dell'Unità Distrettuale azioni preventive per la salute e il miglioramento degli stili di vita; - programmare e pianificare gli interventi di assistenza domiciliare integrata, semiresidenziale e residenziale; - programmare e gestire il Fondo regionale per la Non Autosufficienza; - programmare e pianificare gli investimenti sociali e, nell'Unità Distrettuale, quelli sociosanitari; - attivare con il Direttore del Distretto sanitario le UVM, stabilendone la cadenza mensile, ordinaria e straordinaria; - progettare la comunicazione ai cittadini sull'accessibilità ai servizi, anche attraverso la carta dei servizi; - valutare efficacia, appropriatezza e impatto sulla domanda sociale (<i>outcome</i>) dei servizi resi. <p>Spettano altresì al Direttore attività di monitoraggio su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attività degli sportelli integrati - attività delle UVM - casi in assistenza domiciliare, secondo la diversa intensità ed i tempi di risposta - attività dei centri diurni - assistiti nelle strutture residenziali (numero e tipologie) - registro della non autosufficienza (anziani e disabili).

	<p>Una funzione “alta” del Direttore Sociale e del suo staff deve essere inoltre quella di valutare non solo le politiche integrate, ma tutte quelle connessioni di cittadinanza (piano regolatore sociale) che producono esclusione, proponendo al Comitato dei Sindaci di DSS gli interventi volti a rimuovere rischi che porterebbero solo ad aumentare, impropriamente, le risposte assistenziali.</p> <p>Nei termini indicati si sostanziano le competenze direzionali e di coordinamento che il Direttore Sociale assume nei confronti degli Ambiti per le funzioni sopraindicate di competenza del Distretto Sociosanitario.</p> <p>Non esiste una relazione gerarchica tra Distretto e Ambito, mentre si evidenzia un rapporto di collaborazione funzionale, dove il Distretto assume per “competenza” un compito di coordinamento tra le risorse dei diversi ambiti, sia per garantire l'erogazione dei livelli essenziali, che per realizzare una rete di protezione sociale equa e sostenibile. Tale collaborazione è assai rilevante per la “tenuta” degli assetti organizzativi, l'elaborazione del Piano di Distretto, il coordinamento delle attività sovra-ambito, l'integrazione sociosanitaria.</p> <p>Le attività e i compiti dei Coordinatori di Ambito che compongono lo staff (o segreteria tecnica) del Direttore sociale dovranno essere precisati nella convenzione tra Comune capofila del Distretto e Comuni degli Ambiti Territoriali.</p>
--	--

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE¹³

COMPETENZE	<p>Provvede ai servizi sociali di base:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sportello di Cittadinanza - informazione, consulenza e segretariato sociale - servizio sociale professionale (presa in carico) - assistenza domiciliare di carattere domestico-familiare, aiuto personale a favore di minori e disabili. <p>Si collega con gli attori sociali che forniscono informazione all'interno dell'Ambito (Patronati, Associazioni, etc.).</p> <p>Individua le modalità di applicazione dell'ISEE per l'Ambito.</p> <p>Predisporre Piano di Ambito, con riferimento a tutti i Comuni dell'Ambito.</p> <p>Designa l'assistente sociale per l'UVM Distrettuale anche per le valutazioni dell'indicatore di reddito (ISEE).</p> <p>Provvede alla raccolta dei dati per l'Ambito curando l'inoltro al Distretto per la parte di competenza di quest'ultimo.</p>
DOTAZIONE ORGANIZZATA	<p>L'organico minimo previsto è di:</p> <p>Un Assistente Sociale con funzioni di Coordinatore di Ambito + 1 ulteriore A. S. con popolazione fino a 10.000 abitanti per le attività assistenziali. Per gli ambiti superiori a 10.000 abitanti un Assistente Sociale ogni 5.000 abitanti. Oltre i 30.000 abitanti valutazione da parte del Comitato dei Sindaci in relazione alla domanda sociale esistente sul territorio.</p> <p>Unità Operativa Multiprofessionale (UOM)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistente Sociale - Educatore - Operatore per l'assistenza domiciliare - Personale Amministrativo - Psicologo con funzioni di supporto ad attività socio-educative ad esclusione delle attività cliniche di competenza del SSR.
ACCESSO	<p>Sportello di Cittadinanza: è la porta di accesso alle informazioni - anche come punto decentrato delle attività sociosanitarie - in grado di accogliere ed ascoltare i cittadini, singoli e associati, e le loro famiglie.</p> <p>Lo Sportello di Cittadinanza provvede alla erogazione delle prestazioni sociali di base attraverso l'Unità Operativa Multiprofessionale</p>
RESPONSABILE	<p>Coordinatore di Ambito Territoriale Sociale: è un assistente sociale, prioritariamente con esperienza in materia di organizzazione dei servizi.</p>

¹³ Regione Liguria – Piano sociale integrato regionale (Psir), p.41.

	<p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coordina l'UOM ed è il diretto responsabile delle attività svolte; - coordina il lavoro di predisposizione del Piano di Ambito Territoriale Sociale, che vede la partecipazione attiva della UOM, tenendo conto delle indicazioni e degli obiettivi presenti nel Piano di Distretto Sociosanitario; - è componente della segreteria tecnica del Direttore Sociale e del Comitato Distrettuale di Distretto Sociosanitario; - designa l'assistente sociale e/o altro operatore professionale competente per l'Unità di valutazione Multidisciplinare del Distretto Sociosanitario; - partecipa all'elaborazione del Piano di Distretto Sociosanitario.
--	--

«Per la realizzazione del nuovo assetto organizzativo, la Giunta regionale approva appositi schemi tipo di convenzione, che definiscono le condizioni necessarie per garantire rispettivamente l'operatività dell'integrazione sociosanitaria all'interno del Distretto e la gestione associata dei servizi sociali nell'Ambito Territoriale Sociale»¹⁴.

1.5 I livelli essenziali di assistenza

La Liguria, interpretando in maniera correlata sia la legge nazionale che quella regionale, evidenzia una lettura sui livelli essenziali che diventa il punto di riferimento "operativo" sia dei Distretti che degli Ambiti.

«L'articolo 22 della Legge 328/2000, al quarto comma, dispone che le leggi regionali e di conseguenza i piani, prevedano, tenuto conto della configurazione territoriale (aree urbane e rurali), l'erogazione delle sotto indicate tipologie di servizi:

- a) segretariato sociale (informazione, orientamento e consulenza sulla rete dei servizi sociali);
- b) servizio sociale professionale;
- c) assistenza domiciliare;
- d) servizio di pronto intervento sociale per situazioni di emergenza personali e familiari;
- e) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti fragili;
- f) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario»¹⁵.

Dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, è molto dubbio che lo Stato possa "disporre" qualcosa alle leggi ed ai piani sociali regionali, che godono di competenza esclusiva su questa materia. Tuttavia le Regioni, di concerto con le Autonomie Locali, hanno condiviso una posizione, rappresentata dalla Conferenza Stato-Regioni al Governo in data 26-6-2004, tesa non solo ad attenersi alle disposizioni (probabilmente superate) del quarto comma, ma ad assumere in senso più estensivo i "livelli essenziali delle prestazioni" fissati nei primi due commi dell'art.22 e residua competenza statale.

Ad esempio, rientrano tra questi – oltre a "servizi educativo assistenziali e di promozione della socialità" – anche i più rilevanti (ai nostri fini) "interventi per contrastare vecchie e nuove povertà e favorire l'inclusione sociale". Quindi una definizione possibile di LivEAS può essere conseguita in questa fase come:

- una programmazione concertata fra i diversi livelli istituzionali della sussidiarietà;
- che assicuri una crescente disponibilità di risorse;
- rispondendo al criterio della sostenibilità economica tenuto conto anche della priorità...

«alle persone con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché persone

¹⁴ *Ibidem.*

¹⁵ Regione Liguria – Piano sociale integrato regionale (Psir), p.42.

sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali» (art.2, comma 3, L. 328/2000).

I livelli essenziali di assistenza sono a carico dei Comuni, secondo quanto stabilito dalla Legge 328/2000 e dai trasferimenti del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, i quali partecipano – insieme al Fondo Regionale per le Politiche Sociali – cofinanziando le attività in oggetto. È previsto che ulteriori finanziamenti siano attinti dalle risorse finanziarie nazionali destinate agli emolumenti economici per l'invalidità civile, la cecità e il sordomutismo.

«L'articolo 4 della legge regionale 12/06 individua un serie di interventi che possono riassumersi in “**sistemi di tutela**” del cittadino che i Distretti e gli Ambiti dovranno costruire a partire da alcuni **livelli essenziali** esigibili [...] riorganizzando e riordinando in **reti** ed **obiettivi** organici quanto erogato, pur con differenti modelli, dai Comuni (singoli o associati) liguri.»¹⁶

Pertanto, un **accesso guidato** alle prestazioni disponibili, una **valutazione multi-dimensionale** del bisogno individuale, ed un conseguente **piano individualizzato di assistenza (PIA)**, sono i livelli essenziali esigibili e senza concorso alla spesa da parte dei cittadini che ogni territorio dovrà mettere in atto, a partire dalla prima annualità del Psir (2007). Nei tre anni successivi di vigenza del Piano, dovranno consolidarsi – in termini di esigibilità – anche le prestazioni di **assistenza domiciliare**, integrata o di aiuto domestico, **assistenza residenziale**, sia diurna che continuativa. Il Piano Sociale Integrato Regionale prevede le seguenti ipotesi di finanziamento:

	2007	2008	2009
Fondo Politiche Giovanili	1.800.000	1.800.000	1.800.000
Fondo Politiche per la Famiglia (per riorganizzazione e potenziamento dei consultori famiglia, asili nido e servizi socio-educativi ed altri indirizzi ministeriali)	4.915.000	4.915.000	4.915.000
Fondo Non Autosufficienza (risorse regionali + nazionali)	13.500.000	19.000.000	21.000.000
Fondo Nazionale per le Politiche sociali	23.700.000	23.700.000	30.000.000
Fondo Regionale di cui alla l.r. 12/06 (spesa parte corrente + conto capitale – bilancio pluriennale)	24.000.000	24.000.000	24.000.000

Il «Fondo Regionale per le Politiche Sociali» (art. 56, l.r. 12/06) è costituito dalle risorse provenienti dalla Regione e dal Fondo Nazionale delle Politiche Sociali, nonché dalle risorse provenienti da altri soggetti pubblici e privati. Questo Fondo ha il compito di cofinanziare i Piani di Distretto Sociosanitario, attuando una ripartizione delle risorse, distribuendole equamente tra gli Ambiti Territoriali Sociali e i Distretti Sociosanitari.

Assegnatari finali della gestione di tali risorse sono i relativi Comuni capofila, secondo le disposizioni della legge regionale; tuttavia i servizi e le prestazioni di cui sopra, dovranno essere erogati da Distretti e Ambiti in forma strutturata secondo quelle che sono definite come sei “reti integrate d'offerta”, di entrambi i comparti sociale e sanitario, a cui devono afferire le diverse politiche settoriali individuate dalla legge 12/06:

- «1. **Accesso**, cittadinanza e integrazione sociosanitaria
2. Famiglia
3. Non Autosufficienza
4. Promozione della socialità e **inclusione sociale**
5. **Emergenza sociale**
6. Politiche attive per l'invecchiamento»¹⁷

¹⁶ Regione Liguria – Piano sociale integrato regionale (Psir), p.43.

¹⁷ *Ibidem*.

In tal senso **ogni Distretto** dovrà adottare (“per il triennio 2007/2009 e comunque entro il 31/12/2010”): i sei **livelli essenziali** di assistenza sociale (ai sensi della L.328/2000 e della L.R. 12/06) e, partendo dall’offerta attuale, per ciascuna delle sei **reti integrate** specifici indicatori da raggiungere nel triennio (cfr. tabelle nei singoli territori). La tabella seguente, sempre estrapolata dal Piano Sociale Integrato Regionale, mostra gli orientamenti relativi alle politiche sociali a favore delle reti integrate d’offerta:

RETI DI SERVIZI	% FINANZIAMENTO 2007	% FINANZIAMENTO 2008	% FINANZIAMENTO 2009
Accesso, cittadinanza e integrazione sociosanitaria	17-22	15-20	10-15
Famiglia	35-40	33-38	30-35
Non Autosufficienza (anziani e disabili) e Invecchiamento Attivo	30-35	32-37	35-40
Promozione della socialità e inclusione sociale	7-12	8-13	9-14
Emergenza Sociale	5-10	7-12	8-15

1. Territorio: Distretto della Spezia.

Modalità di riconoscimento del bisogno sociale generale e specifico degli AID

La stesura di un report sull'area territoriale spezzina – come d'altronde per tutta la Regione ligure – è fortemente segnata dal momento particolare in cui viene a cadere. Di fatto, la situazione in cui si attua questa rilevazione (autunno 2007) è formalmente ancora quella definita dall'ultimo aggiornamento al «Piano sociale di Zona 1» (31 maggio 2005), anche se ormai le modifiche apportate nella normativa e nella pianificazione regionale di riferimento la rendono obsoleta e, soprattutto, comportano un impegno a tutti i livelli professionali già dispiegato alla ridefinizione dei nuovi assetti organizzativi.

Data rilevazione	Popolazione residente nel Distretto Spezzino	Comune della Spezia	Comune di Lerici	Comune di Portovenere
Censimento 2001	106.308	91.391	10.900	4.097
Al 31/12/2004	109.715	94.337	11.331	4047

Altri indici demografici (al 31/12/2004)	Distretto sociosanitario "Spezzino" (ex-Zona Sociale n.1)	Comune della Spezia	Comune di Lerici	Comune di Portovenere
Indice. Dipendenza strutturale	61,98	61,20	63,18	61,56
Perc. >65enni sul totale popolazione	27,44	27,13	29,43	28,02
Indice di vecchiaia	290,36	186,39	231,01	238,16
Perc. cittadini stranieri sul totale della popolazione	3,05	4,64	3,14	1,38

1.1. Morfologia territoriale

Le considerazioni sull'assetto del territorio non possono in effetti che partire dal cambiamento nelle forme organizzative e gestionali introdotto con la L.R. 12/2006 e con la sua applicazione nel Psir 2007/10.

Per un certo verso sembrerebbe di assistere ad un semplice slittamento sul piano lessicale – per cui viene dismesso il termine di “zona” (così legato all'impianto della l.328/2000), a favore del nuovo “distretto sociosanitario”; mentre i vecchi “distretti sociali” (articolazione sub-zonale già presente nella precedente organizzazione dei servizi sociali in Liguria) sono ribattezzati in “ambiti territoriali sociali” –.

Così, il Distretto socio-sanitario (già Zona) mantiene una gestione associata, con un Comune nettamente predominante (La Spezia, insieme con Lerici e Portovenere) e con la responsabilità programmatica generale, oltre a tutte le funzioni “sociali complesse” e ad “alta integrazione socio-sanitaria”, mentre ai due nuovi Ambiti (come già prima ai distretti sociali) è demandata l'organizzazione del servizio sociale di base, dove rientrano anche la “sede di accesso alla rete locale di interventi e servizi” e l'intervento sulla fascia sociale del disagio adulto.

Ciò probabilmente sottende l'ipotesi di una responsabilità più "vicina" al territorio per quanto attiene la raccolta della domanda, anche se forse una dimensione così ristretta (e anomala rispetto ai parametri statistici, che si rifanno alle unità amministrative esistenti) può ostacolare l'analisi del bisogno complessivo, che infatti – non a caso – rimane di competenza del nuovo Distretto.

Il punto, al fine della nostra ricerca, è che i due assi sul cui incrocio essa è impostata – vale a dire: porte d'accesso al sistema e misure di sostegno al disagio adulto – si spostano interamente di competenza ad una scala territoriale più bassa di quella della ex-Zona sociale; si abbandona in tal modo la tendenziale identità di bacino territoriale fra il distretto sanitario e l'unità gestionale di base dei servizi sociali, come elemento ritenuto favorente la loro integrazione,¹ per riprenderla su un piano programmatorio al livello superiore nel Distretto sociosanitario.

1.2. Architettura Istituzionale

Questa trasformazione, per quanto attiene al disegno di campionamento della nostra indagine di campo, comporta che – *su questi servizi e relativamente al caso della Spezia* – non ci troviamo più in presenza di "forme associative" per la loro gestione, quanto piuttosto di un ritorno alla dimensione comunale (Lerici, circa 12.000 abitanti) o addirittura sub-comunale, poiché una metà del capoluogo spezzino (la 4^a e 5^a Circoscr.) farà Ambito a sé, mentre l'altra parte (la 1^a, 2^a e 3^a Circoscr.) lo farà insieme al Comune di Portovenere (circa 4.000 abitanti).

1.3. Forme organizzative e gestionali

Rimane invece una gestione associata nel contesto del nuovo Distretto sociosanitario, per il quale la Regione ha predisposto dei protocolli d'intesa (vincolanti) per quanto attiene alle attività "ad alta integrazione"; la grande carenza evidenziata nel Piano di Zona ormai in scadenza, era stata infatti proprio il rapporto con l'A.S.L.

Un ruolo importante in questo senso potrebbe essere giocato dall'Osservatorio Provinciale per le Politiche sociali, la cui creazione era enfatizzata già nell'aggiornamento 2005 dell'ultimo Piano di Zona. Esso però è stato avviato da poco – tra l'altro la Provincia ha da poco una nuova amministrazione – e la prima azione su cui è impegnato è un "Censimento delle risorse esistenti" (quindi, di nuovo, centrato sull'offerta), per cui al momento non risultano prodotti.

1.4. Identikit dell'AID emerso dai dati ufficiali e dalle interviste

Dire che emerga un identikit dell'adulto in difficoltà (AID) dai dati ufficiali o di fonte amministrativa appare improponibile, dal momento che non sono disponibili (almeno presso i responsabili del settore) dati scientifici, epidemiologici o *surveys* su questa fascia di disagio potenziale o conclamato. L'osservazione empirica delle situazioni che più frequentemente i cittadini presentano ai servizi sociali si riferiscono alla "perdita di autosufficienza di un familiare" o a difficoltà economiche di chi "non ce la fa a tirare avanti" non contribuiscono ad un'analisi del bisogno, che si limita esclusivamente all'interpretazione professionale (fondata sull'esperienza) dei pochi dati raccolti sulla domanda espressa.

I profili del disagio adulto che emergono dal punto di vista degli operatori narrano invece di persone con lavori precari, saltuari e comunque "in nero", con bassa qualificazione scolastica, con grandi difficoltà ad accedere al mercato dell'abitazione. La situazione critica per quanto riguarda il problema

¹ Si vedano, per un confronto, le esperienze dell'ultimo Piano Integrato Socio-sanitario e delle stesse «Società della Salute» nei casi di studio sulla Toscana.

della casa è molto presente a Spezia e comporta una rilevante spesa su questa voce, oltre ad un nuovo servizio di “mediazione alloggiativa”.

Incide molto anche la presenza di donne sole, immigrate (per lo più domenicane), che arrivano con figli piccoli che poi non sanno dove collocare per mantenere lavori con orari anche prolungati. Secondo le parole della responsabile di area,...

«ormai non è più nemmeno un problema di servizi sociali: stiamo raccogliendo un tipo di disagio su cui il servizio sociale non può fare assolutamente niente! C'è un problema strutturale gravissimo».

1.5 La territorializzazione del welfare per gli adulti in difficoltà

In effetti, il cambiamento nell'impianto istituzionale non ha comportato significative modificazioni territoriali, poiché di fatto i nuovi “ambiti” subentrano ai vecchi distretti (*vedi sopra*) e quindi il servizio sociale professionale già operava su questa dimensione.

2. Servizio: l'accesso al sistema locale di servizi e interventi sociali

2.1 Il welfare di accesso

L'accesso al sistema dei servizi alla persona si presenta invece decisamente più attualizzabile in una dimensione istantanea. Seppur resti da vedere come saranno realizzati i previsti “sportelli di cittadinanza”, quando verranno istituiti ufficialmente i nuovi ambiti territoriali sociali, oggi i cittadini (e gli AID, in particolare) dispongono di un univoco punto d'accesso, rappresentato dal «segretariato sociale» che i servizi sociali comunali della Spezia svolgono per conto dell'intera zona.

Si tratta di una funzione specificamente distinta – sia in senso fisico spaziale, che in senso temporale – dal servizio sociale di base e dalla sua “presa in carico”; tuttavia, per una scelta che in occasione degli imminenti cambiamenti dovrebbe essere rivista, fino ad ora il ruolo di segretariato sociale è stato assunto con turnazione regolare da tutta l'équipe di assistenti sociali.

Poiché il segretariato sociale, sebbene non fisicamente costituito in “sportello unico” rappresenta il solo accesso formale al sistema dei servizi, la presenza di eventuali luoghi informali di accesso può essere ricavata soltanto dalle schede di registrazione compiute dallo stesso segretariato, ove si distingue tra soggetto “inviante” e “segnalante”.

In questo secondo caso l'utente non si presenta personalmente al servizio, ma la sua situazione problematica o di difficoltà viene rappresentata al segretariato sociale:

- da un “altro servizio pubblico”, situazione peraltro insignificante nella realtà (1 solo caso nel 2006);
- o da soggetti “privati” (12,5% nel 2006) - in entrambi questi casi da specificare -;
- o dalla persona stessa – “autosegnalazione”, telefonica o lettera – (34,2% nel 2006).

Da notare che in oltre la metà dei casi il soggetto segnalante è “non indicato”, inficiando in tal modo il contenuto informativo di questo dato.

Nel caso invece di soggetto “inviante” l'utente, che quindi accede direttamente al segretariato, dovrebbe essere disaggregato il dato relativo agli oltre 2/3 di persone che accedono inviate da “privati” (63%, nel 2006) o “conoscenti” (5%); è infatti da verificare se questi soggetti privati siano singoli cittadini – di norma appartenenti alle reti primarie (parentela, amicizia, vicinato) del

potenziale utente - o se si tratti anche di realtà organizzate del privato-sociale che, sulla base della costanza e ricorrenza dell'invio, possano essere considerate "luoghi informali di accesso".

2.2. I luoghi informali di accesso

In realtà esistono numerosi "punti di accesso" da parte degli AID, soprattutto una forte rete di centri d'ascolto della Caritas ma anche altri soggetti associativi, che hanno un loro luogo di raccordo nel "Tavolo sulle povertà" presso l'Assessorato al Welfare municipale. Tuttavia essi non svolgono solo una funzione di orientamento, ma agiscono anche sul piano delle risposte ai problemi e solo quando il problema si presenta in termini a cui non sono in grado di rispondere autonomamente, allora avviene un "accompagnamento" ai servizi sociali.

L'aspetto interessante è però che questo *by-passa* completamente il segretariato sociale e la segnalazione o l'invio della persona che accede direttamente al servizio sociale professionale e all'eventuale presa in carico. Quindi, gli utenti o potenziali tali che si rivolgono ad un luogo "informale" (e di questo si tratta poiché nessuna convenzione è in atto con queste realtà per la funzione di primo ascolto) possono sì accedere al "sistema dei servizi" ma non lasciano traccia al segretariato sociale e perciò non consentono alcun lavoro di tipo aggregato di analisi della domanda o del bisogno, salvo ricorrere alle cartelle individuali.

2.3 Le porte di accesso per gli AID

Di conseguenza i dati provenienti dal segretariato sociale si limitano a individui e famiglie che si rivolgono direttamente (di persona o tramite mediazioni personali) all'ente pubblico – e questo può aiutare a spiegare numeri relativamente modesti rispetto all'area di disagio di cui ci occupiamo.

Il segretariato sociale, distinto anche da una segreteria di accoglienza per le pratiche amministrative (localizzata esclusivamente presso la sede centrale dei servizi sociali comunali) è attivo nei tre giorni centrali della settimana lavorativa presso la sede centrale del «Dipartimento Servizi alla Persona» (già distretto sociale, ed oggi Ambito, Nord) per un totale di 6 ore settimanali in diversi orari di apertura; in altre due giornate (due ore, al mattino) presso le due circoscrizioni ubicate più lontano dal centro cittadino (già distretto sociale, ed oggi Ambito, Sud); e il sabato mattina presso il servizio «InformAnziani», gestito dall'associazione di volontariato Auser.

Tale segretariato costituisce il punto d'accesso per tutti i cittadini, senza alcuna particolare distinzione per la fascia degli AID. In effetti esistono altri quattro "sportelli dedicati" - uno a genitori e bambini (a gestione diretta), tre rispettivamente per anziani, portatori di handicap e immigrati (in convenzione). Può quindi dedursi che, sebbene in maniera residuale, l'utenza che si presenta al segretariato sociale (e non viene dirottata sugli altri sportelli) coincida in larga misura con la fascia del disagio adulto.

2.4 La codifica della domanda

Nella scheda con cui viene raccolta e codificata la domanda, oltre agli elementi già citati (circoscrizione di residenza o meno, porta d'accesso utilizzata, soggetto inviante o segnalante) sono stati registrati i seguenti dati anagrafici nel corso del 2006:

Genere	Maschile	34,7 %
	Femminile	62,2%
Presenza di conviventi	SI	39 %
	NO	61%
Presenza di figli	SI	59,3 %
	NO	40,7 %

Inoltre si registra la precedente conoscenza dell'utente al servizio (quasi 80% di nuovi utenti nel 2006 !), la tipologia di problema presentato (secondo un elenco chiuso che prevede 20 casistiche, oltre a due classi residuali: "altro problema", 6% e "non indicato", 8%) e l'esito della richiesta avanzata.

2.5. La risposta dei servizi

Le risposte fornite dal servizio di primo accesso – scontando un 21% di “non indicata (!?) – sono, in ordine d'importanza crescente:

- una funzione di filtro per richieste “improprie” (3,5%);
- una funzione informativa e di consulenza, per cui la richiesta viene considerata “esaurita” dopo il primo accesso (16%);
- una funzione di accoglienza e passaggio alla “équipe” dei servizi, che ne curerà la presa in carico (~ 20%);
- una funzione di orientamento e guida nell'accesso ad “altro servizio” (~ 40%).

3. Misure: gli interventi del welfare locale nei confronti degli adulti in difficoltà

Il Comune della Spezia – come capofila della ex-Zona, oggi sede del nuovo Distretto sociosanitario e destinato ad ospitare i due Ambiti territoriali sociali neo-istituiti – si è dotato (con Atto del Consiglio Comunale n°8 del 12/03/2007) di un «Regolamento del sistema dei servizi sociali», quale primo atto di recepimento della L.R. 12/06.

Tale documento – trasversalmente a tutta la gamma degli interventi attivabili – “stabilisce l'organizzazione, il funzionamento e le modalità di accesso del sistema dei servizi sociali”, inteso quale rete complessiva delle prestazioni del Comune².

Successivamente, nel corso del mese di maggio 2007, sono stati assunti – con altrettante Determinazioni Dirigenziali – cinque Atti Gestionali riferiti alle diverse «Modalità operative degli interventi e prestazioni sociali erogate dal sistema dei servizi sociali»³, che quindi nel loro insieme

² Dal momento che si individuano come destinatari “tutte le persone residenti nel territorio comunale (art.10, comma 1) [...] estesi anche a persone e famiglie presenti nel territorio comunale (art.10, comma 2)”, resta da definire in che modo sarà regolato l'accesso nel caso dell'ATS destinato ad includere anche un altro Comune.

³ N.180 del 08/05/07 – Modalità operative relative a “Servizi a contrasto del disagio sociale ed economico”

N.188 del 14/05/07 – Modalità operative relative a “Servizi a supporto alla domiciliarità e accoglienza residenziale”

N.192 del 15/05/07 – Modalità operative relative a “Servizi a sostegno della genitorialità”

N.197 del 18/05/07 – Modalità operative relative a “Servizi di sostegno alloggiativo”

costituiscono il repertorio di tutte le misure attualmente disponibili, ognuna elencata e dettagliata secondo articoli numerati da 1 a 70.

3.1 Le misure per gli AID

Tra le misure in vigore nell'annualità in corso, quelle che potenzialmente possono concernere gli ambiti d'interesse della presente indagine sono disseminate sotto quasi tutti i capitoli d'intervento, eccezion fatta forse per i sostegni alla "domiciliarità e accoglienza residenziale" (rivolta soprattutto alle condizioni di disabilità e non autosufficienza) e per la parte di "servizi promozionali" dedicata allo "sviluppo della reciprocità" (e cioè la valorizzazione dell'associazionismo e delle attività ricreativo-culturali).

Oltre ai "servizi rivolti all'informazione e all'orientamento" – dove troviamo non solo il **segretariato sociale** ma anche gli altri quattro sportelli d'accesso già citati – dalla rilevazione è risultata l'esistenza di un pacchetto di provvidenze sia di natura monetaria (*cash*) che di prestazioni in servizio (*kind*).

➤ Tutti gli **interventi di carattere economico**, come ogni altro accesso al sistema dei servizi sociali, sono subordinati alla presenza delle condizioni di cui all'art.11 del Regolamento: verifica professionale dell'effettiva condizione di bisogno, accettazione e rispetto del Piano di Lavoro Personalizzato, compatibilità con le risorse finanziarie disponibili.

Nondimeno, ogni specifico intervento prevede il possesso di specifici requisiti e determina prestazioni differenziate. I due parametri fondamentali di raffronto sono:

- «la soglia di natura economica al di sotto della quale la persona ed il suo nucleo familiare non sono in grado di soddisfare i più elementari e fondamentali bisogni del vivere quotidiano [...] denominata "**Reddito minimo**"» (RM), che il Regolamento comunale fissa al livello del trattamento pensionistico minimo INPS dei lavoratori dipendenti (euro 5.558,54 annui per il 2007);
- «la **situazione economica** del nucleo familiare **del richiedente** (SER) [...] determinata, di norma, tenendo conto del valore ISEE del nucleo nonché degli importi corrisposti da soggetti obbligati, delle somme percepite per finalità risarcitorie o assistenziali, di ogni altra entrata percepita dai componenti del nucleo familiare, comprese quelle provenienti dai lavori svolti saltuariamente, lavori socialmente utili, redditi prodotti all'estero, per i quali non vige la necessità di dichiarazione dei redditi».⁴

La filosofia che informa tutti i contributi economici s'ispira quindi al principio di colmare la differenza esistente tra la SER (che, come si è visto è più complessa del semplice reddito corrente e anche dello stesso ISEE) e la soglia di minimo vitale fissata dal RM. Abbiamo quindi:

- un "contributo economico continuativo" (CE), destinato agli inabili al lavoro, per consentire di raggiungere il RM a coloro che – individualmente o tramite i "familiari obbligati" – non vi arrivano e che presentino almeno un requisito di età (oltre i 60 anni) o invalidità (civile, a causa di lavoro, servizio o guerra, per minorazione sensoriale) o inabilità provvisoria (per disagio mentale, ad esempio, o gravidanza); in questo caso viene indagata anche la condizione patrimoniale (mobiliare e immobiliare) del nucleo;
- un "contributo economico temporaneo" (CET), con le stesse caratteristiche di eleggibilità, ma riservato agli abili al lavoro (disoccupati ma iscritti alle liste dei Centri per l'impiego) e con durata

N.203 del 22/05/07 – Modalità operative relative a "Servizi promozionali e di pronto intervento sociale"

⁴ Comune della Spezia, *Regolamento del sistema dei servizi sociali*, artt.22-21.

massima di sei mesi. In caso di presenza di figli minori nel nucleo, l'importo di RM può essere elevato di un terzo per le famiglie monogenitoriali, ovvero il contributo può essere ottenuto anche con un ISEE superiore se l'erogazione è finalizzata a permettere la partecipazione dei minori a programmi di servizio sociale;

- un “contributo economico straordinario” (CES), per rispondere “ad eventi e/o necessità particolari, che la persona non può affrontare senza un adeguato sostegno economico”, può essere erogato anche in presenza di una SER fino al doppio del RM, ma l'importo non può superare su base annua 1/3 di quest'ultimo (vale a dire, max euro 1.852,85 nel 2007); tale intervento può essere concesso anche in situazione di “urgenza” (CES/UR) – in contingenze nelle quali non sia possibile documentare tutti i requisiti richiesti – ma in questo caso l'ammontare è ulteriormente ridotto ad un massimo di 1/3 del CES ordinario;
- un “contributo economico a titolo di prestito” (CEP), anch'esso per permettere “alla persona di fronteggiare una situazione di bisogno, in caso di momentanea difficoltà senza un adeguato sostegno economico”, è ammesso fino ad una SER tripla del RM, per una cifra non superiore a 1/5 della SER stessa.

I dati sull'entità degli interventi economici sopra elencati, attivati fin ora nel corso del 2007 e in raffronto all'anno precedente, sono sintetizzati nella tabella che segue:

	N° interventi		Spesa sostenuta	
	2006	2007 (fino al 31/10/07)	2006	2007 (fino al 31/10/07)
CE	137	53	108.101,19	27.147,38
CET	18	61	4.326,97	16.661,21
CES	366	241	117.505,98	88.322,30
CES/UR	31	31	6.578,90	5.750,00
CEP	Non esisteva	Servizio attivato negli ultimi mesi, per ora 0	0	0

➤ Per quanto riguarda le **prestazioni di servizi** attivabili, riunite sotto il titolo di “percorsi di inclusione sociale”, esse sono aggregabili in tre aree - esaminate rispettivamente nei tre paragrafi seguenti - diverse per criteri e caratteristiche, ma che in varia maniera rispondono alle diverse condizioni di necessità (inserimento socio-lavorativo, responsabilità familiari, contrasto alla marginalità).

Tutti questi interventi non solo presuppongono l'accettazione di un “piano di lavoro personalizzato”, ma ne sono parte integrante e – in caso di mancato rispetto – ne comportano la revoca.

3.1.1 Il servizio di snodo in questo ambito è quello di “**mediazione sociale**”, specificamente destinata (art. 14, comma 2, Reg. Com.) ad “adulti in condizione di fragilità sociale, non affetti da patologia psichiatrica”; si tratta di un servizio prettamente professionale che “unisce azioni

riabilitative sul soggetto ad azioni promozionali sul contesto socio-ambientale”, in un’ottica che mira a coniugare i tradizionali approcci del *case-work* e del *community-work*.⁵

È come strumento della mediazione sociale che possono essere attivati gli “**interventi di inserimento lavorativo**” (art. 15), che sono di tre tipologie:

<i>Denominazione</i>	<i>Destinatari</i>	<i>Durata massima</i>	<i>Incentivo monetario</i>	<i>Interventi attivi (al 30/11/2007)</i>
• “Formazione in situazione”	Minori (post-obbligo) o giovani adulti (fino a 32 anni)	6 anni	<ul style="list-style-type: none"> • 80 euro (< 10 ore/settimana) • 155 euro (< 20 ore/settimana) • 258 euro (< 30 ore/settimana) 	26 disabili psico-fisici 2 AID
• “Borse lavoro”	Adulti con adeguate capacità produttive	2 anni (rinnovabile un 3° anno)	• da 155 a 258 euro (< 30 ore/settimana)	18 disabili psico-fisici 4 AID
• “Esperienza socializzante”	Adulti e minori, senza obiettivo occupazionale.	Tempo indeterminato	• max 103 euro (< 30 ore/settimana)	36 disabili psico-fisici 10 AID

3.1.2 Esiste inoltre un gruppo di servizi realmente *in kind*, che intervengono su specifici bisogni, sempre nell’ambito di un p.l.p., i quali non solo non contemplano un’erogazione economica, ma anzi prevedono una compartecipazione ai costi da parte dell’utente (art.23 Reg. Com). Anche in questo caso siamo di fronte a tre tipologie di **accoglienza residenziale**, nelle quali non sono garantiti né vitto né assistenza continuativa, ma che...

«permette di evitare l’isolamento della persona e il rischio di emarginazione, mantenendo il soggetto nel suo ambiente di vita e favorendo i rapporti con il contesto sociale esterno [...] al fine di costruire percorsi che recuperino l’autonomia della persona».

<i>Tipologia di disagio</i>	<i>Accoglienza in:</i>	<i>Durata massima</i>	<i>Partecipazione al costo (quota o tariffa)</i>	<i>Interventi attivi (al 30/11/07)</i>
• Adulti e anziani almeno parzialmente auto-sufficienti (art.16)	Comunità di tipo familiare (3-4 persone per appartamento, in stabili di civile abitazione)	Tempo indeterminato	Da minimo 27 euro a massimo 263 euro mensili, secondo il rapporto ISEE/RM	5 AID
• Maggiorenni, in carico ai S.S.M. con discreta autonomia (art.17)	Alloggi protetti	In relazione al progetto terapeutico individuale	Da minimo 27 euro a massimo 263 euro mensili, secondo il rapporto ISEE/RM	4 AID
• Donne vittime di violenza (art.18)	Idonea struttura	12 mesi, rinnovabili per giustificati motivi	Gratuita per i primi tre mesi. In seguito: Da minimo 27 euro a massimo 263 euro mensili, secondo il rapporto reddito personale/RM	1 AID

⁵ M.C. Plessi, *Servizio sociale: attore sociale e guida relazionale per “l’utente che non c’è”*, in: Pellegrino M. (a cura di), *Per una politica sociale non produttivista*, FrancoAngeli, Milano 2004, pp.85-segg.

Un altro gruppo di “**interventi alloggiativi**” non è rivolto a specifiche tipologie problematiche ma si lega direttamente al presentarsi di un'emergenza abitativa, in condizioni di forte disagio sociale, “assicurando una risoluzione temporanea”. I primi due interventi vengono attivati dal servizio sociale e sono subordinati anch'essi all'elaborazione di un p.l.p.:

- «il servizio di **ospitalità temporanea** offre una sistemazione alloggiativa per un tempo determinato e limitato [...] per il tempo strettamente necessario a che il soggetto si adoperi nella ricerca di una soluzione alternativa [...] in esercizi ricettivi alberghieri o in altra struttura d'accoglienza (art.54); [...] È prevista la gratuità del servizio per i primi tre giorni di pernottamento; dopo questo periodo il calcolo della spesa a carico degli utenti viene effettuato in modo personalizzato», da 0 – per un valore ISEE inferiore al minimo vitale – al costo totale – per un valore ISEE triplo al RM;
- «gli **alloggi sociali di transizione** sono appartamenti di proprietà del Comune e/o in gestione allo stesso (attualmente in numero di 31), riservati all'ospitalità temporanea di singoli e/o nuclei familiari. [...] È istituita l'Unità di Valutazione Alloggi [...] che provvede alla valutazione della situazione di transizione, all'attribuzione dei punteggi [...] e formula una graduatoria per l'accesso al servizio [...] almeno una volta al trimestre» (art.55).

Da notare che la priorità assegna maggior punteggio alla “condizione alloggiativa” che ai “requisiti soggettivi” (cioè alla situazione del nucleo), e dentro a quella il punteggio più alto (15 punti) è riconosciuto alle situazioni che già comportano un impegno per i servizi sociali (sistemazione in alberghi a carico del Comune, contributo economico per l'affitto pari almeno ad euro 3.000, alta conflittualità relazionale che chiama in causa il servizio sociale). La compartecipazione al costo del servizio è calcolata nello stesso modo delle Comunità familiari (art.16) e degli Alloggi protetti (art.17).

- L'ufficio per le politiche abitative, che in ambito comunale risponde ad un diverso Assessorato (alla Casa) ma è un'unità organizzativa interna al Dipartimento Servizi alla Persona, è responsabile invece per il “**sostegno economico alla locazione**”. Per questo procedimento in realtà il Comune effettua solo l'amministrazione di un provvedimento regionale, peraltro diffuso pressoché in tutta Italia.

«Al servizio si accede a seguito di richiesta dell'interessato. L'intervento consiste in un contributo economico, erogato a seguito dell'espletamento di un bando, che definisce le modalità e i requisiti di accesso. I contributi vengono assegnati in base allo stanziamento stabilito dalla Regione Liguria» (art.56).

Una specialità ligure – che rimanda alla sua vocazione marittima ed al suo essere stata terra di grande emigrazione - è invece un “**contributo una-tantum**, per una iniziale sistemazione, nei limiti dei criteri, delle modalità, degli importi e dei fondi destinati al servizio, stabiliti dalla Regione Liguria” per i cittadini italiani emigrati all'estero che rientrano definitivamente nel territorio comunale.

La tabella sotto riportata riassume l'importanza quantitativa delle prestazioni di questo gruppo.

<i>Denominazione</i>	<i>Interventi attivi (al 30/11/2007)</i>	<i>Spesa complessiva (a bilancio 2007)</i>
• ospitalità temporanea	46	117.000 euro
• alloggi sociali di transizione	76	12.000 euro
• sostegno economico alla locazione	816	873.264 euro
• contributo una-tantum	8	6.710 euro

3.1.3 Vi è infine un gruppo di “**interventi socio-assistenziali per il disagio sociale**” (art.19) che si rivolgono fondamentalmente alle cosiddette “aree di povertà estrema”: area delle dipendenze, area della grave emarginazione (persone senza dimora), area dell’immigrazione.

Si tratta in tutti i casi di interventi che non prevedono contributi individuali o accesso a strutture pubbliche (e non sono soggetti infatti a p.l.p.), ma sono tutti realizzati in convenzione con realtà di terzo settore che operano in questi campi, principalmente enti ausiliari (comunità terapeutiche, per le dipendenze), organizzazioni di volontariato (sulla grave marginalità), altre ONLUS (per e di comunità straniere).

Tuttavia, nell’ambito del Servizio di «Pronto Intervento Sociale» - predisposto dal Comune della Spezia – sono eccezionalmente previsti anche “**interventi a favore di soggetti transitanti o senza fissa dimora** [...che] consistono in contributi economici finalizzati oppure titoli d’acquisto, biglietti ferroviari – per favorire il rientro al domicilio [per un importo massimo di 100 euro] – o pernottamenti [per un massimo di tre notti]”.

4. Conclusioni.

4.1 Territorializzazione del *welfare*

Il caso spezzino mostra una tipica organizzazione dei servizi sociali a base pressoché *mono-comunale*. Anche in relazione alla morfologia geografica del Golfo della Spezia, la sola forma associativa praticata è quella con i due piccoli comuni adiacenti di Lerici e Portovenere. Trattandosi di due realtà a spiccata vocazione turistica, il capoluogo della Spezia è il centro amministrativo di riferimento in ogni campo, compreso il sistema di *welfare* locale.

Di fatto, i servizi sociali cittadini svolgono un ruolo che, se non fosse per le ridotte dimensioni complessive dell'area, potrebbe dirsi di tipo "metropolitano" – in cui vi è un'unità amministrativa che offre le proprie opportunità anche oltre i propri confini – piuttosto che "associato". Semmai, problemi di integrazione si pongono ad un livello territoriale superiore, in cui l'odierno «**distretto sociosanitario**» (già Zona sociale 1, formata dai tre Comuni) si rapporta con altri tre territori analoghi all'interno della medesima ASL – per il tema della integrazione con la sanità – e Provincia – cui spetta, ad esempio, il compito dell'Osservatorio sulle politiche sociali ed il coordinamento del sistema informativo dei servizi sociali.

Interessante sarà invece – non appena verrà tradotto operativamente il nuovo Piano integrato sociale regionale (2007/2010) – valutare l'effetto di "frazionamento" prodotto dai due nuovi Ambiti Territoriali Sociali (ATS) in cui si articolerà il Comune della Spezia, una metà insieme con quello di Lerici e l'altra con quello di Portovenere.

4.2 Adeguatezza dell'accesso al sistema.

L'innovazione qui anticipata, non ancora messa a regime, pare di grande rilievo ai fini della nostra indagine poiché, tra le specifiche competenze assegnate agli ATS, vi sono proprio la predisposizione del *canale d'accesso* al sistema e la responsabilità del "servizio sociale di base" (inteso in questo caso come distinto da quello "complesso" o "integrato", attribuito al Distretto), in cui rientra l'azione sul disagio adulto.

Quindi, su questi due aspetti di nostro interesse, il luogo deputato sarà il nuovo «**sportello di cittadinanza**», che nelle intenzioni dovrebbe agire ben più che come semplice segretariato sociale (informazione + orientamento), ma essere un vero collettore e – quando riguardi problematiche prettamente sociali – luogo di trattamento dei bisogni che salgono dalle fasce adulte in difficoltà.

I referenti intervistati confidano che tale nuova struttura di interfaccia con la popolazione migliori sensibilmente la qualità dell'attenzione alla domanda, a cominciare dalla scelta già adottata di affidare lo "sportello" a personale specializzato – non, come avvenuto finora per il segretariato sociale, ad ogni assistente sociale in servizio secondo turnazione – ed opportunamente selezionato e formato.

Dovrà quindi essere affinata la rilevazione rispetto all'attuale scheda-utenti (unica fonte informativa utilizzata) la quale, come detto nella sezione a questo dedicata, già pre-codifica la "tipologia" di utente e il "problema" presentato, con alcune incongruenze che abbiamo segnalato. I dati che di lì provengono, oggi che siamo all'inizio di un nuovo ciclo programmatico, ci parlano del pregresso, cioè ci dicono (con molta approssimazione) «chi e che cosa» ha richiesto nel corso del 2006, ma non dicono nulla su «chi e che cosa» potrebbe richiedere nel corso del 2008, se non presumendo che in qualche modo ci sia una consequenzialità storica abbastanza statica.

4.3 Conclusioni analitiche e critiche: punti di forza e punti di debolezza delle misure per gli adulti in difficoltà.

Riguardo alle misure è possibile pertanto fare solo un discorso retrospettivo, esaminando il sistema di offerta per come si è configurato durante il primo ciclo di pianificazione zonale.

➤ Un punto di forza nel contrasto al disagio adulto, nell'area spezzina, è senz'altro rappresentato dall'ampio "catalogo" di interventi potenzialmente attivabili. Il disporre di almeno una quindicina, tra erogazioni *cash* e prestazioni in servizi, testimonia di una comprensione e del tentativo d'inseguire la multi-dimensionalità delle difficoltà espresse da questo target: la carenza di reddito, l'esclusione lavorativa, i problemi abitativi possono avere diverse origini ed attrarre risorse diverse per la loro soluzione. È richiesta perciò una gamma variegata di strumenti "per l'inclusione sociale": per l'inserimento lavorativo, per l'accoglienza residenziale, per il sostegno alloggiativo.

➤ In realtà, e questo pare il principale punto di debolezza, una buona parte di questi interventi teoricamente disponibili non raggiunge nella realtà il "bersaglio" degli adulti in difficoltà, per come li abbiamo definiti in questo contesto. Le tre modalità di inserimento socio-lavorativo sopra descritte assomigliano più a forme di "terapia occupazionale", rivolte a soggetti disabili in percentuale quintupla rispetto agli AID (solo 16 casi nell'anno scorso); lo stesso dicasi per le tre tipologie di accoglienza residenziale (comunità familiari e alloggi protetti) che, fra donne maltrattate e altri adulti seguiti dai servizi ma con discreta autonomia, non superano in un anno la decina di utenti.

Restano a quel punto i due raggruppamenti più classici, di contributi economici e interventi alloggiativi. Tra questi ultimi, la parte del leone la fa l'annuale "Bando di sostegno economico alla locazione", che peraltro i Comuni semplicemente amministrano sulla base di fondi regionali che a loro volta discendono da un provvedimento di carattere nazionale (con 816 beneficiari nel 2007 raggiunge più utenti e la maggiore spesa complessiva di tutte le altre misure messe insieme). Le erogazioni economiche, pur diversificate secondo gli assi di durata e destinatari, hanno mostrato nel 2007 una significativa contrazione, sia del numero degli interventi (386, circa 1/3 meno dell'anno precedente) che della spesa comportata (138.000 euro, circa 100 mila in meno del 2006).

1. Territorio: Distretto di Imperia

Modalità di riconoscimento del bisogno sociale generale e specifico degli AID

1.1. Morfologia territoriale

Il nuovo Distretto Sociosanitario (già Zona Sociale) dell'Imperiese consta di trentacinque Comuni, articolati in quattro Distretti sociali ed una Comunità Montana, ognuno dei quali oggi corrisponde ad un Ambito Territoriale Sociale (ATS). L'area del Comune di Imperia, della quale ci occupiamo in questo *report*, per la sua densità abitativa è contraddistinta da due ambiti distrettuali (numeri 13 e 14): rispettivamente Imperia Ponente e Imperia Levante.

Tab. 1 – La Zona-Distretto sociosanitario Imperiese, suddivisione in Ambiti e Comuni

Zona sociale	Distretti Sociali	Comuni per distretto
Distretto sociosanitario (già Zona sociale) 3 Imperiese	ATS n. 12 (San Lorenzo al Mare)	San Lorenzo al Mare
		Costarainera
		Cipressa
		Civezza
		Dolcedo
		Pietrabruna
		Prelà
		Vasia
	ATS n. 13/14 Imperia Ponente e Levante	Imperia
	ATS n. 15 (Diano Marina)	Diano Marina
		Cervo
		Diano Arentino
		Diano Castello
		Diano San Pietro
		San Bartolomeo al Mare
	ATS n. 16 (Pontedassio)	Pontedassio
Aurigo		
Borgomaro		
Caravonica		

		Cesio
		Chiusanico
		Chiusavecchia
		Lucinasco
	ATS n. 17 Comunità Montana “Alta Valle Arroscia”	Aquila d’Arroscia
		Armo
		Borghetto d’Arroscia
		Cosio d’Arroscia
		Mendatica
		Montegrosso Pian Latte
		Pieve di Teco
		Pornassio
		Ranzo
		Rezzo
		Vessalico

Fonte: elaborazione su dati del Piano di Zona Imperiese 2005 – Analisi del triennio 2002-2004

Secondo quanto evidenziato dall’Anagrafe dei Comuni relativa all’anno 2005, la maggior parte della popolazione risiede nel Comune di Imperia, che rappresenta più della metà degli abitati dell’intera Zona, con il 60% circa di abitanti e con una preponderanza di persone in età compresa tra i 36 ed i 65 anni; seguita dalla zona di Diano Marina, con 14.763 persone (20%), San Lorenzo al Mare con 6.812 persone (9%), Pontedassio con 6.416 persone (9%) e la Comunità Montana Alta Valle Arroscia con 4.689 persone (6%), per un totale di 73.581 persone. Analizzando i dati più disaggregati (tab.2), si nota come l’articolazione per genere della fascia d’età 36-65 anni è pressoché omogenea, mentre considerando i totali per distretto appare una netta preponderanza della componente femminile rispetto a quella maschile.

Tab.2 – Residenti nei 5 Distretti della Zona : dettaglio per macro fascia d’età e genere
 (valori assoluti e percentuali sui totali di Distretto al 1° gennaio 2005)

Distretto	Macro fascia d’età	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale di Distretto
San Lorenzo al Mare	Under 35	610	565	1.175	20,5
	36-65	1.428	1.408	2.836	49,6
	over 65	732	976	1.708	29,9
Totale San Lorenzo al Mare				5.719	100,0

Imperia	under 35	3.722	3.613	7.335	21,0
	36-65	8.593	8.874	17.467	50,1
	over 65	4.032	6.048	10.080	28,9
Totale Imperia				34.882	100,0
Diano Marina	under 35	1.294	1.281	2.575	20,0
	36-65	3.040	3.235	6.275	49,0
	over 65	1.703	2.270	3.973	31,0
Totale Diano Marina				12.823	100,0
Pontedassio	under 35	493	474	967	21,2
	36-65	1.165	1.010	2175	47,7
	over 65	603	817	1.420	31,1
Totale Pontedassio				4.562	100,0
Comunità Montana Alta Valle Arroscia	under 35	407	338	745	17,8
	36-65	982	848	1.830	43,7
	over 65	716	891	1.607	38,5
Totale C.M. Alta Valle Arroscia				4.182	100,0
Totale		29.520	32.648	62.168	-

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

Secondo quanto evidenziato dal Piano di Zona Imperiese 2005, la popolazione extracomunitaria presente nell'anagrafe comunale si aggira in media attorno al 6,5%, con picchi massimi nell'ambito di San Lorenzo al Mare (9,6 %) e minimi in quello di Imperia (5%).

Tab. 3 – *Popolazione extracomunitaria registrata nelle anagrafi comunali – dati aggiornati al 31-12-2005*

Ambiti sociali	N° immigrati extra U.E. al 31-12-2005	Totale popolazione	%
Ambito n. 12 – San Lorenzo al Mare	653	6.812	9,59
Ambito n. 13 e 14 - Comune di Imperia	2.046	40.901	5,00
Ambito n. 15 – Diano Marina	1.010	14.763	6,84
Ambito n. 16 – Pontedassio	434	6.416	6,76

Ambito n. 17 – C.M. Valle Arroscia	326	4.689	6,95
Totale Distretto Sociosanitario n. 3	4.469	73.581	6,07

Fonte: elaborazione su dati del Piano di Zona Imperiese 2005 – Analisi del triennio 2002-2004

La distribuzione relativa al profilo formativo dei residenti risulta piuttosto omogenea tra le diverse aree territoriali, nonostante leggeri scostamenti si evidenzino tra i diversi titoli di studio. La frequenza maggiore nei residenti dell'Alta Valle Arroscia è per il 39% dei casi la licenza elementare; mentre nella zona di Diano Marina è la licenza media e/o l'avviamento professionale; nella misura del 33% circa. La presenza del polo distaccato dell'Università di Genova nel comune di Imperia si denota dall'elevata percentuale di laureati (9,7%) rispetto alle restanti aree territoriali.

Tab. 4 – Distribuzione dei titoli di studio dei residenti nella Zona (valori percentuali sui totali di Distretto)

Ambiti sociali	Laurea	Dipl. sup.	Lic. Med. / Adv. prof.	Lic. Elem.	Alfabeti privi di titoli di studio		Analfabeti		Totale
					Totale	Di cui: > 65 anni	Totale	Di cui: > 65 anni	
San Lorenzo al Mare	5,1	24,0	22,5	37,5	8,6	0,9	0,9	0,5	100,0
Imperia	9,7	29,8	28,5	21,9	6,5	2,0	1,1	0,5	100,0
Diano Marina	2,2	25,5	32,9	29,5	6,1	2,5	0,7	0,6	100,0
Pontedassio	4,9	21,4	29,9	33,1	7,0	3,0	0,5	0,2	100,0
Comunità Montana Alta Valle Arroscia	3,2	19,9	25,4	39,2	7,8	3,8	0,6	0,1	100,0

Il distretto di San Lorenzo al Mare si caratterizza per un elevato tasso di attività (48,8%), nonostante sia da rilevare che sussista un esiguo scarto (0,7 punti percentuali) con la zona di Pontedassio (48,1%). In quest'ultimo distretto si evidenzia una netta prevalenza di uomini attivi sul mercato del lavoro, dove la distinzione per genere è maggiormente marcata fino a raggiungere uno scarto di 20 punti percentuali, oltre che il più elevato tasso di occupazione (45,67%), mentre il maggior tasso di disoccupazione si riscontra nel distretto di Diano Marina (12,15).

Tab.5 – Tasso di attività dei residenti negli Ambiti Territoriali Sociali (dettaglio per genere)

Ambiti sociali	Genere		Totale
	Maschi	Femmine	
San Lorenzo al Mare	58,3	40,8	48,8
Imperia	56,5	38,5	46,8
Diano Marina	56,2	35,3	44,8
Pontedassio	58,0	38,9	48,1
Comunità Montana Alta Valle Arroschia/ Borghetto d'Arroschia	42,4	28,9	35,9

Fonte: elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

Tab. 6 – Tassi di occupazione e disoccupazione dei residenti negli Ambiti Territoriali Sociali

Ambiti sociali	Tasso di occupazione	Tasso di disoccupazione
San Lorenzo al Mare	44,8	8,2
Imperia	43,5	7,2
Diano Marina	39,4	12,1
Pontedassio	45,7	5,1
Comunità Montana Alta Valle Arroschia/ Borghetto d'Arroschia	32,5	9,5

Fonte: elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

La distinzione per settori di attività enfatizza una preponderanza del settore terziario che non risulta inferiore al 55,6% nell'Alta Valle d'Arroschia, fino a raggiunger una percentuale del 77% nel distretto di Diano Marina.

L'attività agricola è particolarmente presente nel distretto relativo alla Comunità Montana (19,1%), dovuta alla forte presenza di floricoltori, mentre l'attività industriale è percentualmente maggiore nel distretto di Pontedassio.

Tabella 7 – Settori di attività economica in cui sono impiegati i lavoratori residenti negli Ambiti Territoriali Sociali

Ambiti sociali	Attività economica			
	Agricoltura	Industria	Altre attività	Totale
San Lorenzo al Mare	44	127	375	546
Imperia	811	3.098	11.357	15.266
Diano Marina	110	395	1.690	2.195
Pontedassio	31	249	517	797
Comunità Montana Alta Valle Arroscia/ Borghetto d'Arroscia	29	37	86	152
Valori % sul totale del Distretto				
San Lorenzo al Mare	8,1	23,2	68,7	100,0
Imperia	5,3	20,3	74,4	100,0
Diano Marina	5,0	18,0	77,0	100,0
Pontedassio	3,0	31,1	65,9	100,0
Comunità Montana Alta Valle Arroscia/ Borghetto d'Arroscia	19,1	24,3	56,6	150,9

Fonte: elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

1.2 Architettura Istituzionale

L'analisi del territorio imperiese risulta piuttosto complessa ed articolata, a seguito della situazione transitoria dovuta al passaggio dalla precedente articolazione territoriale - definita dalla programmazione 2002/04 - all'attuale situazione. Per tale motivo l'organizzazione dei servizi risulta ancora legata agli obiettivi previsti dal (finora vigente) Piano Sociale di Zona, sebbene nel contempo sussista un forte fermento per la riorganizzazione dei servizi.

La ridefinizione in atto è dovuta all'entrata in vigore della L. 328/00, della conseguente L.R. 12/2006 e dalle relative delibere attuative, sulla base delle quali la Regione Liguria ha successivamente provveduto alla redazione del Pisr 2007/10, nel quale sono state fornite le indicazioni vincolanti per l'articolazione dei nuovi "ambiti territoriali sociali".

Tale riorganizzazione è in corso d'opera e ad oggi una analisi dei servizi è possibile solo approfondendo quanto previsto dall'aggiornamento del Piano di Zona attuato nel 2005, riferito all'analisi degli anni 2002-2004, al quale ha fatto seguito nel 2006 l'adozione della "Parte Sociale" del Piano Sociosanitario del Distretto.

L'analisi e la redazione del Piano di Zona era stata svolta attraverso una duplice chiave interpretativa, politica e tecnica, alla quale avevano partecipato tutti i sindaci e/o gli assessori ai servizi sociali

delegati dei 35 Comuni riuniti nella Conferenza di Zona, con il supporto dei membri dell'Ufficio di Coordinamento; mentre per l'analisi prettamente tecnica avevano partecipato alla redazione i membri della Segreteria Tecnica (nucleo fisso e nucleo mobile), in collaborazione con gli allora rispettivi Distretti sociali.

1.3 Forme organizzative e Gestionali

Le relazioni intercorse tra la Zona Sociale imperiese e l'Asl non si distinguono per una forma di integrazione ufficializzata, venendo a mancare accordi di programma relativi ai singoli casi. Nonostante tale complessità e la mancanza di una rete ufficializzata, sussiste una forma di cooperazione tra Asl e Comune di Imperia, attraverso riunioni di coordinamento, al fine di condividere risorse, competenze e problematiche. Un gruppo di lavoro integrato fra Distretto sanitario di Zona 3 e Distretti sociali è nato nel 2004 riunendosi mensilmente ed affrontando problematiche relativi all'integrazione. Il gruppo si è dotato di un regolamento riguardante la segnalazione e la presa in carico dei casi. In particolare nel 2005 sono stati affrontati i casi dei soggetti definiti "fragili".

Un livello di collaborazione piuttosto strutturata si riscontra anche tra assistenti sociali del Comune ed operatori del Ser.T., che in alcuni casi organizzano i loro incontri in scambi reciproci di relazioni scritte, per ottimizzare il progetto sulla persona concordando una linea comune di intervento, con l'approvazione dei rispettivi servizi.

Al fine di agevolare una futura integrazione sociosanitaria sono state costituite le Unità di Valutazione Multidisciplinare per la realizzazione di un gruppo di lavoro che operi sulla presa in carico del paziente che presenti bisogni socio-sanitari complessi. L'unità valutativa ha come obiettivo l'integrazione tra i servizi distrettuali e gli altri servizi dipartimentali sovra-distrettuali, servizi ospedalieri, residenziali e servizi sociali, pubblici e privati.

1.4 Identikit dell'AID emerso dai dati ufficiali

Nell'ultimo Piano di Zona (aggiornamento 2005) e nel successivo Piano di Distretto sociosanitario non emerge la figura dell'adulto in difficoltà e le analisi al riguardo si caratterizzano per focus relativi alla disabilità ed alle problematiche legate alla tossicodipendenza. Sono presenti brevi cenni alla situazione socio-economica, relativamente ai trend demografici della Zona ed in particolar modo alle aree anziani, disabili, minori e alla popolazione straniera.

1.5 Identikit dell'AID secondo gli operatori

Secondo quanto evidenziato dagli operatori, le problematiche maggiori vengono riscontrate da coloro i quali svolgono lavori precari e/o di tipo saltuario. L'imperiese si caratterizza per una economia basata principalmente sul turismo; il livello occupazionale si diversifica secondo quanto evidenziato nella tabella n. 7, dalla quale si può desumere che la maggior parte delle persone trova una occupazione in questo settore. Le condizioni contrattuali nel settore turistico non si caratterizzano per una stabilità di tipo economico ed in particolar modo la situazione si acuisce per gli extracomunitari, per i quali risulterebbe ancor più complessa la possibilità di ottenere forme di lavoro regolari, ancorché atipiche: il lavoro "in nero" risulta preponderante e le mansioni da loro svolte si traducono in profili medio-bassi.

Secondo quanto evidenziato dagli operatori, l'adulto in difficoltà è una persona estremamente giovane, di circa 24-25 anni, immigrato extracomunitario e sovente con famiglia al seguito. Sono molte, ad esempio, le giovani donne ecuadoriane in cerca di prima accoglienza, con un marito nel paese d'origine ma con un figlio al seguito; mentre gli uomini sono principalmente di nazionalità

albanese, della stessa età e anch'essi con una moglie e figli. Come primo bisogno manifestato durante i colloqui, la problematica principale risulta essere la condizione abitativa; gli affitti elevati, infatti, inficiano la possibilità di trovare una abitazione usuale e consona ad un famiglia. Sarebbe tuttavia riduttivo considerare esclusivamente la presenza della sola fascia giovanile e/o tipizzare secondo la provenienza dal paese d'origine.

Gli assistenti sociali sottolineano il fatto che nonostante una quota maggiore di persone straniere richieda il loro intervento, sono in aumento le giovani coppie di nazionalità italiana che si rivolgono ai servizi sociali per un aiuto nel pagamento dell'affitto oppure per le utenze del gas o per ottenere dei buoni-mensa. Molti problemi si riscontrano anche per l'aumento delle famiglie che si separano di fatto seppur non legalmente: una tale situazione comporta grandi difficoltà, soprattutto per le donne, di qualsiasi nazionalità ed età. Un'ulteriore tipologia d'utenza si riscontra negli uomini sulla quarantina con bassi livelli di scolarizzazione e una famiglia a carico; senza una occupazione, la loro ricollocazione lavorativa risulta essere molto complessa ed in questi casi i servizi sociali si attivano con il centro per l'impiego, al fine di individuare alternative o riqualifiche, relative alle competenze specifiche della persona.

1.6 La territorializzazione del Welfare per gli adulti in difficoltà

Pur considerando che quanto deliberato dalla nuova normativa e dalla pianificazione regionale non è ancora stato concretamente attuato, sul territorio in questione possiamo ipotizzare che la nuova definizione di "ambito territoriale" rispetto al vecchio "distretto sociale" non possa comportare sostanziali differenze nel prossimo futuro.

Invece, dal 2005 è in attività un coordinamento tra le segreterie tecniche delle tre ex Zone sociali della provincia imperiese (Ventimiglia, Sanremo ed Imperia), ove si stanno adottando metodologie di lavoro coordinate riguardanti diversi argomenti tra cui, di nostro interesse è il riparto dei fondi regionali FIR e di lotta alla droga ed alla povertà. Tali azioni, che pure hanno subito un arresto in alcune parti a causa dell'attesa di indicazioni da parte della Regione, hanno raggiunto l'obiettivo di allargare il Gruppo Integrato Distretto/Zona ai responsabili dei Dipartimenti, mentre manca ancora l'avvio dell'attività del Distretto sociosanitario vero e proprio, che prevederà l'assorbimento del coordinamento attuale.

2. Servizio: l'accesso al sistema locale di servizi e interventi sociali

2.1 - 2.3 Il Welfare di accesso e le porte di accesso per gli AID

Nella Zona 3 non è mai stato costituito l'Ufficio di Piano ma è presente il segretariato sociale, che svolge anche la funzione di *front-office*.

Ad oggi i punti di accesso sono tre: un presso la sede comunale ed altri due sportelli nelle aree del Ponente e del Levante imperiese, entro gli attuali ambiti 13 e 14. Una tale ripartizione trova giustificazione nella conformazione geografica del Comune esito della fusione tra le due cittadine di Oneglia e Porto Maurizio. Gli sportelli sono aperti tutte le mattine della settimana, escluso il sabato; la prima accoglienza avviene ad opera di un operatore nelle sedi distaccate Ponente e Levante, mentre nello sportello con sede nell'ufficio centrale del segretariato si alternano gli assistenti sociali.

In vista della riorganizzazione dei servizi, in ragione della legge e del piano regionale, si prevede la chiusura dello sportello nella sede centrale, mantenendo attivi gli altri due punti di accesso con il nome di "sportelli di cittadinanza". Al riguardo gli sportelli operativi non vengono contraddistinti con compiti ed obiettivi definiti, ma solo pensati come punti di accesso *tout court*, come semplice incontro tra domanda ed offerta.

È interessante rilevare che l'accoglienza svolta nello sportello centrale del Comune non si differenzia nel servizio dagli altri due punti di accesso, nonostante nella stessa sede siano collocati anche *l'équipe* operativa, articolata in educatori ed assistenti sociali, ed un ulteriore livello burocratico-amministrativo. Risulta un buon livello informativo sugli sportelli da parte della cittadinanza, in particolar modo dovuta all'agevole ubicazione e raggiungimento con i più diversi mezzi di trasporto, ma in particolar modo è risultata vincente la scelta di rendere uniforme il servizio offerto dagli sportelli di modo che il cittadino possa usufruire indifferentemente dello sportello a lui più vicino.

2.2 I luoghi informali di accesso

I luoghi informali di accesso sono diversi a seconda delle problematiche manifestate dall'adulto in difficoltà.

Il segretariato sociale riconosce nella "Consulta imperiese del volontariato sociale" uno strumento utile per individuare i bisogni della cittadinanza. Tra la Consulta ed il Comune è nato uno stretto rapporto collaborativo, sfociato negli anni in diverse convenzioni a seconda della problematica del periodo.

Tra gli altri centri si evidenziano i rapporti con il "Centro per la Vita e la Famiglia" e la Caritas Diocesana, con la quale in passato sono stati attivati accordi di diverso tipo. Il CE.S.P.IM. - Centro Servizi al Volontariato della Provincia di Imperia - ha tra i propri servizi anche uno sportello SPIN, nel quale viene fornito un supporto di prima accoglienza verso coloro che manifestano difficoltà di diverso tipo: da problematiche legate alla tossicodipendenza, al supporto ai familiari di detenuti, all'integrazione lavorativa di questi ultimi e quant'altro.

Le relazioni instaurate tra i centri informali e il segretariato sociale consistono nella segnalazione da parte dell'associazione in questione agli assistenti sociali, al fine di ottenere un colloquio di tipo individuale, volto a riconoscere eventuali problematiche non emerse precedentemente. Risulta estremamente importante la rete informale realizzatasi tra medici di base e segretariato sociale: attraverso questo canale è possibile individuare casi di persone che versano in condizioni di estrema povertà, ma che per diverse motivazioni personali non si presentano direttamente agli assistenti sociali.

In diverse occasioni alcune segnalazioni sono giunte direttamente dal sindaco, riscontrando *in primis* situazioni di povertà al limite, mentre altre volte da parte di vicini, conoscenti, sindacati e/o patronati. Una ulteriore istituzione di spicco alla quale le persone in difficoltà si rivolgono è la parrocchia, che per i casi che valuta come "temporanei" indirizza al Centro Caritas, mentre per i casi più complessi si attiva direttamente, segnalando la persona ai servizi sociali.

2.4 La codifica della domanda

La prima accoglienza è svolta in modo uniforme indifferentemente nei tre punti di accesso della Città di Imperia. Una tale uniformità è presente solo da pochi mesi, grazie alla compilazione con l'operatore di una scheda nella quale sono annotati i bisogni espressi dall'utente. Precedentemente la situazione era valutata esclusivamente dall'operatore, il quale rilevava le problematiche principali senza alcuna guida scritta e successivamente ne informava gli assistenti sociali.

A seguito della compilazione di tale scheda, gli assistenti sociali analizzano e studiano i singoli casi, fissando un colloquio individuale e tracciando un progetto di intervento. In alcune situazioni, a discrezione dell'assistente sociale, viene effettuata anche una visita domiciliare per rendersi conto della situazione socio-ambientale e in questo caso viene compilata una ulteriore scheda pre-constituita; nei casi in cui non vi sia una evidenza sul domicilio, i servizi sociali richiedono la presentazione dell'ISEE, per individuare eventuali parenti che potrebbero prendere in carico e/o

assistere l'adulto in difficoltà. A partire da tale documentazione si realizza la stesura di un rapporto che non viene divulgato esternamente, ed è stato predisposto anche un elenco nominativo di tutti gli utenti ("albo dei beneficiari") che hanno, in diversa misura, usufruito di un servizio.

Le domande pervenute, e registrate attraverso la compilazione delle schede relative alla prima accoglienza, non vengono sistematicamente codificate, ma *l'équipe* professionale individua tra le richieste le più pressanti tra cui per esempio la necessità di fornire un supporto nella condizione abitativa. Grazie anche ad un lascito privato, è stato emesso un bando rivolto ai titolari di alloggi in locazione con una procedura esecutiva di sfratto, oppure a persone con problematiche di morosità nelle utenze del gas e dell'energia elettrica, prevedendo un contributo mensile di 25 euro al mese per dodici mesi, oppure *una-tantum*, fino ad un massimo di 1.500 euro, per gli elettrodomestici e le utenze in generale.

2.5 La risposta dei servizi

Le informazioni rilevate dalla scheda compilata dall'utenza non vengono rielaborate in senso statistico, bensì utilizzate come filtro per la rilevazione del bisogno e per l'individuazione dell'assistente sociale di competenza, che attraverso il colloquio individuale, avrà modo di attuare un progetto personalizzato.

Rispetto alle difficoltà vincolate al *budget* ed ai capitoli di spesa, gli adulti in difficoltà non trovano un riscontro come categoria definita, bensì come soggetti rientranti trasversalmente in altre categorie, come ad esempio la tossicodipendenza, la disabilità, le povertà estreme. Nello specifico uno dei primi bisogni al quale i servizi sociali rispondono prontamente è soddisfare le necessità relative alla condizione abitativa nel caso in cui le persone siano "senza fissa dimora".

Al termine del progetto i servizi sociali svolgono una valutazione del caso, ma in corso d'opera viene svolto un monitoraggio sulle misure adottate e sull'efficacia di queste sulla persona. Entrambe le valutazioni vengono analizzate dalla "commissione sovra-distrettuale".

3. Misure: gli interventi del welfare locale nei confronti degli adulti in difficoltà

3.1 Le misure per gli AID

Le misure previste per il 2006-2007 sono distinte per macro-aree di utenza e per tipologia di intervento. Tra le diverse voci relative alla tipologia d'utenza spicca la categoria del "disagio adulto", che si aggiunge a "famiglia", "minori", "disabili", "anziani", "dipendenze", "immigrati" e "soggetti multi-utenza".

I capitoli di spesa previsti si distinguono in quindici differenti azioni, delle quali soltanto tre trasversali all'utenza e distribuite equamente: "attività di servizio sociale professionale"; "segretariato sociale, informazione e consulenza per l'accesso alla rete dei servizi"; "prevenzione e sensibilizzazione".

In particolare, il "disagio adulto", oltre alle attività comuni di cui sopra, possiede altri capitoli di spesa dedicati: "integrazione sociale", "contributi economici", ed "azioni di sistema". Nella "multiutenza" sono compresi invece i contributi per l'affitto ai sensi della legge 431/98.

3.2 – 3.3 Contrasto alla povertà e responsabilità famigliari

Rispetto alle forme di contrasto alla povertà, i due distretti sociali di Imperia destinano una quota piuttosto rilevante di risorse finanziarie, soprattutto nell'erogazione di aiuti economici, nonostante

emerge chiaramente il voler trasformare in futuro l'erogazione in denaro con la prestazione di servizi.

In particolar modo è emersa la necessità di considerare tale erogazione in un'ottica comprendente un progetto sociale riferito alla persona, realizzato effettuando una rilevazione dei bisogni del soggetto, sfruttando la messa in rete delle risorse. In questa forma di intervento rientra anche l'erogazione di contributi per l'acquisto di farmaci non mutuabili.

3.4 Inserimento lavorativo

Le azioni relative all'accesso del mercato del lavoro sono destinate sia a persone disabili sia ad altri soggetti che versano in condizioni di difficoltà (disagio, immigrazione e dipendenze). Al riguardo, sussiste una integrazione tra il Comune e la Provincia di Imperia che si concretizza nella gestione delle borse-lavoro, del "Gruppo Integra", di un Comitato Tecnico e del progetto comunale "Prometeo".

Nello specifico, il Gruppo Integra è composto dai responsabili delle segreterie tecniche e dei servizi distrettuali delle tre ex-Zone sociali afferenti alla Provincia di Imperia, dai servizi territoriali dell'Asl e dell'UEPE; il coordinamento è svolto dal servizio per l'impiego della Provincia di Imperia. Tra i suoi obiettivi possiamo distinguere:

- la definizione di progetti comuni e con l'utilizzo di risorse in modo sinergico e coordinato;
- lo scambio di informazioni;
- l'utilizzazione di nuovi strumenti.

Il Comitato Tecnico era stato costituito già con la L. R. n. 41/95 come strumento di coordinamento tra servizi territoriali, Asl e Provincia. All'interno del Comitato la segreteria tecnica formula pareri in merito alle decisioni ed alle analisi sugli inserimenti lavorativi.

3.5 Conclusioni analitiche e critiche: punti di forza e punti di debolezza delle misure per gli adulti in difficoltà

Secondo quanto evidenziato dalle interviste effettuate ai responsabili, sono emerse diverse problematiche relative ai bisogni sociali dei cittadini adulti extracomunitari, per i quali è molto più complesso attuare politiche di intervento. Al riguardo, sono stati effettuati interventi di sostegno alla famiglia, in alcuni casi con l'integrazione del reddito attraverso erogazioni con contributi economici di tipo straordinario, sotto forma di buoni spesa e *vouchers*, da spendere in esercizi commerciali e farmacie.

In alcuni casi viene fornito l'abbonamento dell'autobus e quello per le refezioni scolastiche, misure indirizzate principalmente ai minori ma che vengono anche attuate in contesti familiari difficili.

Un ulteriore punto di forza si riscontra nell'accompagnamento del giovane adulto in difficoltà nella ricerca di un lavoro, con l'ausilio ed il coordinamento con altre strutture provinciali, quali il centro per l'impiego, articolando un percorso personalizzato di inserimento al lavoro a tempo indeterminato, in alcuni casi anche con corsi di formazione specifica.

Un punto di debolezza manifestatosi riguarda la riduzione del Fondo sociale operata con il più recente Piano del Distretto Sociosanitario ("parte sociale") nel 2005, a seguito della quale è mancata una risorsa economica determinante per la messa in opera di varie misure, con problematiche a livello di organizzazione e di gestione dei servizi di assistenza alla persona. Per ovviare, i vari Ambiti Territoriali hanno attuato strategie di intervento per ridefinire il deficit di bilancio, in alcuni casi attingendo da fonti alternative di finanziamento.

4. Conclusioni.

4.1 Territorializzazione del *welfare*

L'organizzazione dei punti di accesso e la loro relativa dislocazione sul territorio rende agevole l'individuazione degli stessi per chi si trova in situazione di bisogno. I punti di accesso sono estremamente visibili e la cittadinanza ne è a conoscenza. Ciò deriva anche dall'ottimo rapporto instaurato negli anni con le organizzazioni di terzo settore.

Le chiavi di lettura circa i punti di forza e di debolezza relativi alle diverse azioni intraprese per le tipologie d'utenza si sovrappongono, creando squilibri tra la gestione del servizio da parte dell'istituzione e il riscontro per la cittadinanza. Ad esempio, nel caso dell'erogazione dei *vouchers*, esso risulta essere un servizio apprezzato ma al tempo stesso è anche percepito come un punto di debolezza per il Comune, a causa delle elevate spese relative soprattutto ai farmaci psichiatrici: nel 2005, ad esempio, sono stati spesi circa 50.000 euro. Una situazione analoga si può riscontrare circa la spesa relativa ai buoni per fruire gratuitamente del servizio di trasporto, che possono considerarsi quale spesa impropria.

Nell'ultimo periodo si registra un certo ripopolamento dell'entroterra; in tali zone i canoni di locazione di un alloggio sono nettamente inferiori a quelli delle abitazioni costiere e ciò ha anche consentito un ritorno a lavori più prettamente agricoli. Al riguardo sono state estremamente importanti le azioni relative ai corsi di formazione nella manutenzione del verde, pensati in collaborazione con il centro per l'impiego ed il supporto del gruppo Integra, al fine di mettere in rete l'offerta di lavoro, realizzando quindi progetti definiti sul singolo adulto ed attuando una politica di *matching* tra domanda e offerta.

4.2 Adeguatezza del *welfare* d'accesso

Emerge chiaramente una difficoltà relativa alla qualità del primo contatto con il punto d'accesso. Queste problematiche sono dettate, in parte, dal profilo professionale dell'operatore che svolge il *front-office*, non in grado di operare un filtro d'accesso nelle domande pervenute ai servizi sociali. Per ovviare a questo problema è stata introdotta una codifica della domanda attraverso la scheda menzionata sopra, grazie all'inserimento della quale viene svolta una certa scrematura, nonostante vi sia comunque una successiva fase di colloquio individuale. Le problematiche al riguardo continuano a sussistere, ma in misura minore e a breve i servizi sociali dovranno realizzare lo "sportello di cittadinanza", con il quale i responsabili pensano di ovviare al problema, mediante l'inserimento di personale professionale e qualificato *ad hoc*.

1. Territorio: «Comunità Montana Ingauna».

Modalità di riconoscimento del bisogno sociale generale e specifico degli AID

1.1. Morfologia territoriale

La Zona Sociale 4 - «Albenganese», fino alla recente riforma normativa e programmatoria della Regione Liguria (cfr. scheda regionale) - si componeva di venti Comuni della Provincia di Savona, organizzati al loro interno in cinque distretti: Distretto sociale di Alassio, Distretto sociale di Albenga, Distretto sociale di Andora, Distretto sociale di Ceriale - Cisano e Comunità Montana Ingauna, con comune capofila Albenga.

Tab. 1 – La Zona Sociale 4 Albenganese, suddivisione in Distretti Sociali e Comuni

Zona sociale	Distretti Sociali	Comuni per distretto	
Zona sociale 4 Albenganese	Alassio	Alassio	
	Albenga	Albenga	
	Andora	Andora	
	Ceriale / Cisano	Ceriale	Ceriale
		Cisano	Cisano
	Comunità Montana Ingauna	Arnasco	Arnasco
		Casanova Lerrone	Casanova Lerrone
		Castelbianco	Castelbianco
		Castelvecchio di R.B.	Castelvecchio di R.B.
		Erli	Erli
		Garlenda	Garlenda
		Laigueglia	Laigueglia
		Nasino	Nasino
		Onzo	Onzo
		Ortovero	Ortovero
Stellanello	Stellanello		
Testico	Testico		
Vendone	Vendone		
Villanova d'Albenga	Villanova d'Albenga		
Zuccarello	Zuccarello		

Fonte: elaborazione su dati del Piano di Zona 4 Albenganese (2002-2004)

I 58.486 residenti nell'area già di competenza della Zona risultano maggiormente concentrati nel Distretto di Albenga (38,9% sul totale); seguono il Distretto di Alassio (19,4%), la Comunità Montana Ingauna (17,9%), il Distretto di Ceriale e Cisano sul Neva (12,2%) e il Distretto di Andora (11,6%). Il numero medio dei componenti delle 26.202 famiglie censite nel 2001 nella Zona era pari a 2,1 persone (quindi sostanzialmente in linea con la media regionale pari a 2,2 soggetti), con un'oscillazione che va dalle 2,5 persone a Cisano sul Neva e Ortovero alle 1,8 persone di Testico. La distribuzione di genere si avvicina alla perfetta parità, pur considerando la leggera prevalenza della componente femminile (50,8%).

Tab. 2 – *Comuni appartenenti ai Distretti della Zona Sociale 4 Albenganese, dettaglio per zona altimetrica, popolazione, genere, densità chilometrica, numero di famiglie e numero medio di componenti per famiglia al 31/12/2000*

Distretto	Comuni per distretto	Zona altim.	Popolazione	Genere		Dens. Km ²	N.° famiglie	N.° medio comp.
				M	F			
Alassio	Alassio	4	11.364	5.227	6.137	657	5.380	2,1
Albenga	Albenga	4	22.759	10.989	11.770	623	10.172	2,2
Andora	Andora	4	6.740	3.180	3.560	213	3.107	2,2
Ceriale / Cisano sul Neva	Ceriale	4	5.516	2.572	2.944	492	2.608	2,1
	Cisano sul Neva	3	1.618	805	813	133	658	2,5
Comunità Montana Ingauna	Arnasco	3	585	288	297	97	251	2,3
	Casanova Lerrone	3	802	389	413	33	420	1,9
	Castelbianco	1	287	148	139	19	133	2,2
	Castelvecchio R.B.	1	204	103	101	12	106	1,9
	Erli	1	255	132	123	15	135	1,9
	Garlenda	3	922	490	432	112	458	2,0
	Laigueglia	4	2.268	1.086	1.182	816	1.092	2,1
	Nasino	1	226	125	101	10	123	1,8
	Onzo	3	226	107	119	27	109	2,1
	Ortovero	3	1.026	512	514	104	406	2,5
	Stellanello	3	749	382	367	43	385	2,0
	Testico	3	209	112	97	21	117	1,8
	Vendone	3	419	201	218	41	201	2,1
	Villanova d'Albenga	4	2.025	201	218	41	201	2,1
	Zuccarello	3	286	143	143	27	140	2,0
Totale			58.486	27.192	29.688	3.536	26.202	2,1

Legenda: 1 = montagna interna; 2 = montagna litoranea ; 3 = collina; 4 = collina litoranea ; 5 = pianura

Fonte : elaborazione su dati del Piano di Zona 4 Albenganese (2002-2004)

La distribuzione per macro fasce d'età mostra come la componente più anziana della popolazione pesi percentualmente in modo più consistente all'interno del Distretto di Alassio (25,7%), territorio che segna anche la minor percentuale di under 35 (32,4%); Albenga è al contrario il Distretto con la maggior percentuale di giovani (37,8%) e la minor presenza di over 65 (19,8%).

Il rapporto di genere tende (ovviamente) ad accentuare il divario in favore della componente femminile all'aumentare dell'età considerata, toccando la percentuale più alta tra gli over 65 del Distretto di Alassio (dei quali il 61,9% è donna).

Gli stranieri residenti nella Zona Sociale 4 Albenganese raggiungono, al 1° gennaio 2001, le 1.928 unità, con la presenza assoluta maggiore nel Distretto di Albenga (633 persone) e quella relativa all'interno della Comunità Montana Ingauna (5,1% sul totale dei residenti).

Tab. 3 – Residenti nei Distretti Sociali della Zona Sociale 4 Albenganese, dettaglio per macro fascia d'età e genere, valori assoluti e percentuali sui totali di Distretto al 1° gennaio 2001

Distretto	Macro fascia d'età	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale di Distretto
Alassio	under 35	1.708	1.700	3.408	32,4
	36-65	2.046	2.367	4.413	41,9
	over 65	1.031	1.674	2.705	25,7
Totale Alassio				10.526	100,0
Albenga	under 35	4.367	4.221	8.588	37,8
	36-65	4.708	4.934	9.642	42,4
	over 65	1.839	2.669	4.508	19,8
Totale Albenga				22.738	100,0
Andora	under 35	1.176	1.204	2.380	35,3
	36-65	1.349	1.439	2.788	41,4
	over 65	635	937	1.572	23,3
Totale Andora				6.740	100,0
Ceriale / Cisano sul Neva	under 35	1.239	1.263	2.502	37,0
	36-65	1.390	1.485	2.875	42,5
	over 65	555	828	1.383	20,5
Totale Ceriale / Cisano sul Neva				6.760	100,0
Comunità Montana Ingauna	under 35	1.964	1.845	3.809	36,8
	36-65	2.112	2.071	4.183	40,4
	over 65	1.029	1.338	2.367	22,8
Totale C.M. Ingauna				10.359	100,0
Totale		27.148	29.975	57.123	-

Fonte: elaborazione su dati ISTAT Demo

Tab. 4 – Popolazione straniera residenti nei Distretti Sociali della Zona Sociale 4 Albenganese, dettaglio per genere, valori assoluti e percentuali sui totali di Distretto al 31 dicembre 2000

Distretto	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale residenti
Alassio	224	232	456	4,0
Albenga	392	241	633	2,8
Andora	79	75	154	2,3
Ceriale / Cisano sul Neva	133	100	233	3,3
Comunità Montana Ingauna	244	208	452	5,1

Fonte: : elaborazione su dati del Piano di Zona 4 Albenganese (2002-2004)

Il profilo formativo dei residenti nella Zona presenta alcune difformità per appartenenza territoriale; se, infatti, il Distretto di Alassio ha la più alta percentuale di laureati (11,2%) e al suo interno sono comunque i diplomati a prevalere (31,2%), nei Distretti di Albenga, Andora e Ceriale / Cisano sul Neva circa un terzo della popolazione ha la licenza media o l'avviamento professionale. All'interno della Comunità Montana Ingauna a prevalere sono invece le persone in possesso della licenza elementare (33,0%). La più consistente presenza di alfabeti privi di titolo di studio e analfabeti è

situata all'interno del Distretto di Albenga (dove le suddette categorie coprono rispettivamente il 7,8% e l'1,1%).

Tab. 5 – Distribuzione dei titoli di studio dei residenti nella Zona Sociale 4 Albenganese, valori assoluti e percentuali sui totali di Distretto, anno 2001

Distretto	Laurea	Dipl. sup.	Lic. Med. / Avv. prof.	Lic. Elem.	Alfabeti privi di titoli di studio		Analfabeti		Totale
					Totale	Di cui: in età da 65 anni in poi	Totale	Di cui: in età da 65 anni in poi	
Alassio	1.119	3.128	2.956	2.366	439	111	21	16	10.029
Albenga	1.426	5.461	6.874	5.964	1.695	603	234	127	21.654
Andora	310	1.628	2.146	1.949	404	128	32	16	6.469
Ceriale / Cisano sul Neva	305	1.729	2.126	1.862	443	138	45	26	6.510
Comunità Montana Ingauna	503	2.371	3.062	3.263	652	201	34	16	9.885
Valori %									
Distretto	Laurea	Dipl. sup.	Lic. Med. / Avv. prof.	Lic. Elem.	Alfabeti privi di titoli di studio		Analfabeti		Totale
					Totale	Di cui: in età da 65 anni in poi	Totale	Di cui: in età da 65 anni in poi	
Alassio	11,2	31,2	29,5	23,6	4,4	25,3	0,2	76,2	100,0
Albenga	6,6	25,2	31,7	27,5	7,8	35,6	1,1	54,3	100,0
Andora	4,8	25,2	33,2	30,1	6,2	31,7	0,5	50,0	100,0
Ceriale / Cisano sul Neva	4,7	26,6	32,7	28,6	6,8	31,2	0,7	57,8	100,0
Comunità Montana Ingauna	5,1	24,0	31,0	33,0	6,6	30,8	0,3	47,1	100,0

Fonte: elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

Il tasso di attività oscilla all'interno della Zona dal 42,2% del Distretto di Alassio al 50,6% del Distretto di Ceriale e Cisano sul Neva, la percentuale di uomini attivi sul mercato del lavoro supera il valore registrato dalle donne di circa 20 punti percentuali in ogni Distretto, raggiungendo la massima disuguaglianza di genere nel Distretto di Alassio (dove la percentuale maschile supera di 22,2 punti quella femminile).

Tab.6 – Tasso di attività dei residenti nei Distretti Sociali della Zona Sociale 4 Albenganese, dettaglio per genere, anno 2001

Distretto	Genere		Totale
	Maschi	Femmine	
Alassio	54,4	32,2	42,2
Albenga	60,4	40,9	50,2
Andora	57,5	37,0	46,6
Ceriale / Cisano sul Neva	61,9	40,3	50,6
Comunità Montana Ingauna	54,1	35,5	44,8

Fonte: elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

La distribuzione dei tassi di occupazione e disoccupazione nei Distretti della Zona evidenziava ulteriormente come la componente femminile risulti svantaggiata nel mercato del lavoro locale, sia in termini assoluti che relativi; anche nei Distretti dove è maggiore il tasso di attività delle donne (Albenga e Ceriale / Cisano sul Neva) resta infatti ampio il divario di genere sia tra gli occupati che tra i disoccupati.

Tab. 7 – Tassi di occupazione e disoccupazione dei residenti nei Distretti Sociali della Zona Sociale 4 Albenganese, dettaglio per genere, anno 2001

Distretto	Tasso di occupazione			Tasso di disoccupazione		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Alassio	51,2	29,0	39,0	5,8	9,8	7,5
Albenga	56,2	36,9	46,1	6,9	9,7	8,1
Andora	52,7	33,0	42,2	8,3	11,0	9,4
Ceriale / Cisano sul Neva	58,3	36,7	46,9	6,1	9,3	7,4
Comunità Montana Ingauna	50,5	32,5	41,5	6,5	8,4	7,3

Fonte: elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

L'analisi dei settori di attività economica nei quali sono impiegati i lavoratori della Zona confermano la "vocazione" turistico-stagionale del territorio: all'interno di ogni distretto prevale la percentuale di impiegati nel terziario. Nei Distretto di Albenga e all'interno della Comunità Montana sono inoltre piuttosto rilevanti le percentuali di lavoratori agricoli, questo probabilmente a causa della tradizione produttiva locale particolarmente orientata verso il mercato della floricoltura.

Tab. 8 – Settori di attività economica in cui sono impiegati i lavoratori residenti nei Distretti Sociali della Zona Sociale 4 Albenganese, dettaglio per settore di attività, valori assoluti, anno 2001

Distretto	Attività economica			
	Agricoltura	Industria	Altre attività	Totale
Alassio	105	660	2922	3687
Albenga	1632	1884	5699	9215
Andora	216	527	1798	2541
Ceriale / Cisano sul Neva	463	554	1647	2664
Comunità Montana Ingauna	590	833	2598	4021
Valori % sul totale del Distretto				
Alassio	2,8	17,9	79,3	100,0
Albenga	17,7	20,4	61,8	100,0
Andora	8,5	20,7	70,8	100,0
Ceriale / Cisano sul Neva	11,5	20,8	61,8	100,0
Comunità Montana Ingauna	22,1	31,3	97,5	150,9

Fonte: elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

1.2 Architettura Istituzionale

Il piano di Zona 2002-2004, l'ultimo adottato, era stato redatto attraverso un processo di doppia articolazione: politico e tecnico. Il gruppo di lavoro politico era rappresentato dalla Conferenza di Zona costituita dai Sindaci e/o dagli Assessori ai Servizi Sociali delegati dei venti Comuni ricompresi nella Zona stessa, cui si affiancava un relativo Ufficio di Coordinamento; il gruppo di lavoro tecnico nasceva dalla collaborazione della Segreteria Tecnica (nucleo fisso e nucleo mobile) con il nucleo permanente composto dai Sindaci e/o dagli Assessori delegati in rappresentanza dei cinque Distretti Sociali della Zona.

1.3 Forme organizzative e Gestionali

I servizi sociali della Zona Albenganese sono stati organizzati secondo un disegno assimilabile al modello della "gestione comunale associata", che tuttavia non disponeva di una porta d'accesso unitaria al sistema attiva a pieno regime, mentre oggi in ognuno dei cinque Ambiti Territoriali Sociali (ATS – già Distretti sociali) è presente uno sportello unitario di accesso, la cui attività è gestita da assistenti sociali. La collaborazione con l'azienda ASL non risultava essere formalizzata a livello di Piano di Zona¹, per quanto all'interno dello stesso una maggiore sinergia con il Sistema Sanitario venga più volte indicata come obiettivo auspicabile².

1.4 Identikit dell'AID emerso dai dati ufficiali

Se una definizione "anagrafica" del profilo degli adulti in difficoltà (AID) della Zona Sociale 4 può essere desunta dai dati presentati nei paragrafi precedenti, pare significativo riportare un estratto da un'analisi SWOT allegata al Piano di Zona (2002-2004); in tale contesto, nella sezione dedicata all'area di intervento denominata "Forme di contrasto alla povertà" sono correttamente riportati come *rischi* alcuni aspetti che, come verrà approfondito nei paragrafi che seguono, caratterizzano il territorio:

- « - offerta occupazionale debole e nel campo turistico prettamente stagionale, inoltre elevata percentuale di lavoro nero;
- difficile reperimento di soluzioni abitative (alta percentuale di case sfitte e seconde case, affitti alti e spesso privi di contratto);
- difficoltà nella costruzione di una rete sociale attiva e di una mancata visione del territorio, pensato in termini di patto per il sociale, che coinvolga altre aree di sviluppo, che non sono strettamente sociali in senso stretto (economica, viaria, promozione turistica, culturale, etc.);
- cultura del territorio, ligure diffidente, mentalità chiusa, non aperta all'innovazione».

1.5 Identikit dell'AID emerso dalle interviste agli operatori

Pur avendo diverse declinazioni territoriali, il disagio degli AID residenti nella Zona Sociale 4 Albenganese presenta alcuni fattori comuni; peraltro, per motivazioni legate all'omogeneità del disegno di ricerca nel suo insieme, si è scelto di approfondire l'analisi esclusivamente della

¹ Si ricorda che quanto riportato va ricondotto al periodo immediatamente precedente al processo di adeguamento alle linee di integrazione sociosanitaria previste dal Piano Sociale Integrato per la Liguria del 1° agosto 2007.

² Dal gennaio 2007 è stato attivato lo Sportello Unico Integrato (Servizi Sociali/ASL) presso il Comune di Albenga ma, attualmente, l'azione svolta è limitata alle funzioni di segretariato sociale e erogazione dei "fondi per la non autosufficienza" dei quali si parlerà in un'altra sezione del report

«Comunità Montana Ingauna», sia per conformazione territoriale che (e in conseguenza di questa) per le dinamiche demografiche.

Tutti i soggetti intervistati hanno sottolineato l'emergenza di due problematiche "cardine" di un'ampia serie di ulteriori disagi: a) l'andamento discontinuo del mercato del lavoro locale e la crisi abitativa. L'origine di entrambi i fattori può essere ricondotta alla pluralità dei processi di precarizzazione e instabilità che, da alcuni decenni, attraversa trasversalmente i rapporti internazionali, il mondo del lavoro, gli assetti di *welfare*, lungo una catena che, a livello micro, termina con biografie individuali degli adulti a rischio di marginalizzazione, secondo una chiave interpretativa definita "glocale" (Bauman, 2005).

a) Dal punto di vista delle problematiche di carattere lavorativo, l'azione della porzione attiva della popolazione locale è resa più complessa dal movimento di oscillazione discontinua della domanda di lavoro, causato essenzialmente da due diverse (e non sempre coincidenti) "stagionalità": l'indotto turistico e quello agricolo. I distretti costieri (Albenga ed Alassio) hanno, per tradizione consolidata, una decisa vocazione turistica, mentre per buona parte della Comunità Montana è consistente l'investimento in ambito agricolo in generale e, più specificatamente, nella floricoltura. Una prima conseguenza di tali orientamenti è l'alternanza di periodi di maggiore occupabilità a momenti di forte stagnazione del mercato del lavoro locale, a fronte di una presenza costante di adulti in cerca di impiego; gli ultimi decenni hanno poi visto inasprirsi la concorrenza sul mercato del lavoro stagionale, a causa di una consistente quota di migranti che, impiegati in un primo momento per brevi periodi, non hanno sufficienti risorse per intercettare occasioni di impiego in altri territori e in periodi diversi, andando così ad aumentare la fascia di adulti e famiglie che si muove lungo il margine dell'esclusione. Ulteriore saturazione del mercato è data dalla sempre maggiore quota di donne che, in seguito a disgregazioni familiari o, più comunemente, per sopperire alle necessità di sostentamento del proprio nucleo di appartenenza, entrano (ed escono, ad intermittenza) dal mercato delle professioni non qualificate nei servizi turistici e alle persone.

b) Il rapporto tra le difficoltà occupazionali e quelle abitative è tanto stretto da rendere effettivamente inutile un'assegnazione di causa ed effetto alle due componenti; quello che pare rilevante è invece sottolineare come il numero di sfratti e morosità sia nettamente aumentato nell'ultimo decennio, andando ad impattare contro le disponibilità un'edilizia popolare locale decisamente carente (o, in alcuni territori, sostanzialmente inesistente). Questo vale soprattutto per le cittadine del litorale, mentre sarebbe inesatto parlare di vera e propria "crisi abitativa" per quanto riguarda la Comunità Montana Ingauna; la zona dell'entroterra ha infatti un costo medio di vita decisamente ridotto rispetto ai Comuni costieri, costo sul quale però incide di fatto la necessità di mobilità che i residenti hanno, considerato come il territorio della Comunità sia carente di servizi in loco e abbia ovviamente una bassa occupabilità.

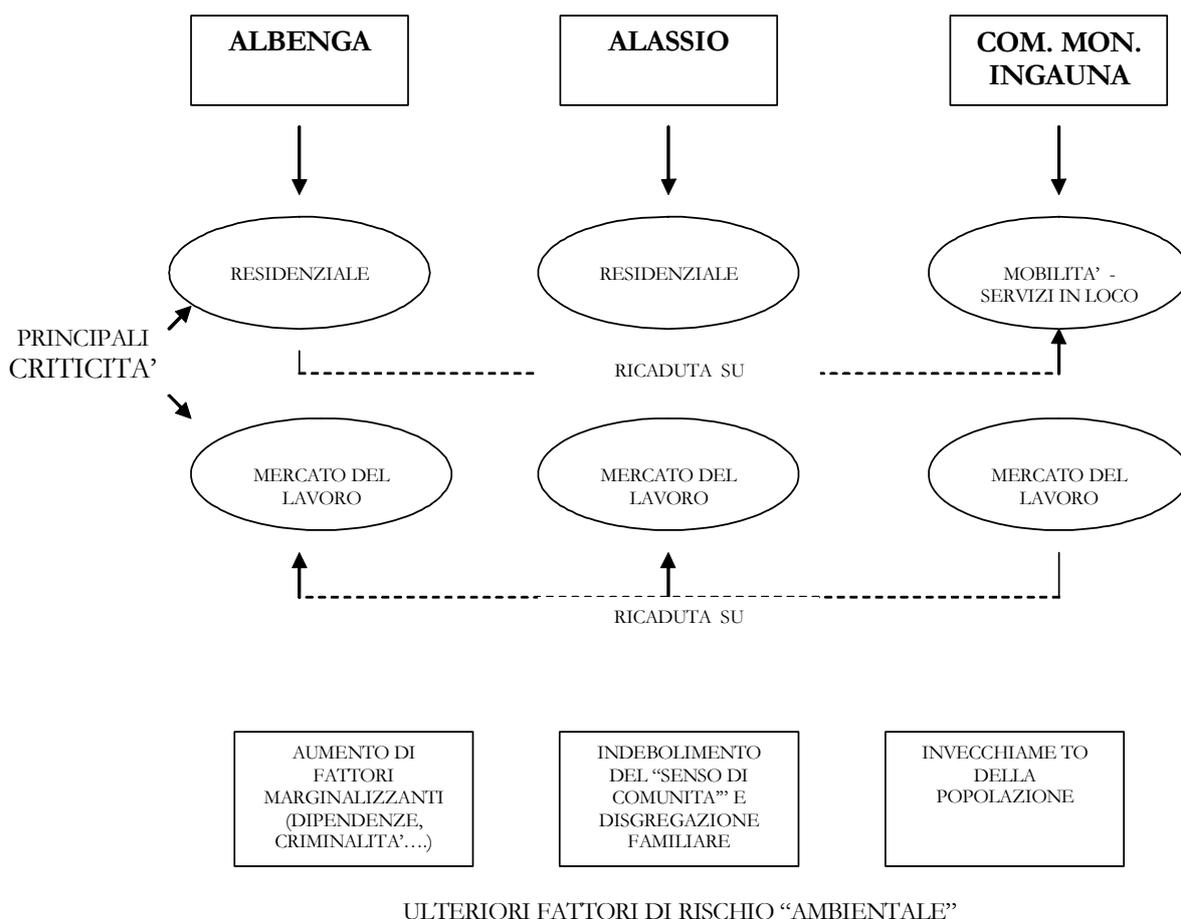
È pertanto piuttosto consistente la quantità di famiglie e single che si è spostata verso l'entroterra, pur mantenendo lavoro e rapporto con i servizi nei Comuni della costa; ha così preso forma l'ulteriore istanza di migliori collegamenti e maggiore capillarità di servizi, bisogno inedito per una comunità che nel recente passato si reggeva sulle forme compensative di solidarietà e "*welfare* spontaneo" tipiche dei tessuti sociali agricoli, dove gli anziani svolgono una funzione di garanzia e supporto fondamentale alle nuove generazioni - utilizzando a tal fine i risparmi accumulati in lunghe carriere e, soprattutto, i propri possedimenti immobiliari.

Effettivamente gli assistenti sociali intervistati hanno più volte sottolineato come i poli di maggiore attrattività turistica siano i luoghi dove gli esclusi (o semi-esclusi) più facilmente disperdono risorse individuali e familiari nella ricerca di un qualche canale di entrata nel sistema economico locale che viene erroneamente valutato come illimitatamente prospero. Non a caso è proprio in questi contesti che per gli AID aumenta il rischio di dipendenze (da sostanze, ma anche molto da gioco),

devianza e, seppure in maniera meno evidente, attraverso il ricorso ai finanziamenti ratealizzati, circoli viziosi di difficile risoluzione (prima di tutto economica).

Tutte le considerazioni fin qui elaborate vanno comunque contestualizzate a realtà decisamente poco numerose, quindi a tratti caratterizzate da rapporti coesi e diffusi, ma, per rovescio della medaglia, è la stessa intensità dei rapporti interpersonali a divenire un vincolo, soprattutto in termini di capacità di espressione del disagio individuale; le parole degli operatori sociali contattati nell'ambito dell'indagine lasciano trasparire come una parte consistente degli AID (o dei soggetti che nell'immediato futuro potrebbero rientrare in tale categoria) aumenti la propria caratteristica di scarsa visibilità agli occhi dei servizi proprio perché frenata dal senso di controllo (e relativo pudore) dato dalla piccola comunità.

Lo schema che segue sintetizza e riassume quanto riportato fin ora, cercando di evidenziare circolarità e reciprocità di influenza delle dinamiche descritte.



1.6 La territorializzazione del Welfare per gli adulti in difficoltà

Dal punto di vista territoriale, l'organizzazione dei cinque Distretti Sociali che compongono la Zona Sociale 4 Albenganese pare coprire in modo esaustivo le esigenze dell'utenza; per quanto riguarda invece la capacità di risposta al disagio multidimensionale tipico degli AID è necessaria qualche considerazione.

Innanzitutto è doveroso considerare come per tutti i Distretti Sociali sia "strutturalmente" ostico il processo di adattamento ad una pluralità di richieste espresse da una altrettanto multiforme tipologia di utenza; in questo senso il consolidamento e ampliamento della rete di presa in carico (considerata nell'accezione il più comprendente possibile) è volontà dichiarata da tutti i soggetti istituzionali coinvolti nella ricerca.

Se, dunque, la messa a regime del Distretto Sociosanitario diviene opportunità concreta di organizzazione della suddetta rete, allo stato attuale esistono alcune rigidità che in qualche modo frenano i percorsi "fluidi" di presa in carico, delle quali alcune hanno dimensioni macro (ad esempio la legge sulla *privacy*) ovviamente non risolvibili solo al livello locale, mentre altre appaiono superabili, previa qualche revisione organizzativa.

Nella loro prassi quotidiana, i nuovi Ambiti Territoriali Sociali sembrano riuscire a realizzare interventi adeguatamente - rispetto appunto alle diverse forme di disagio - flessibili, ma tale possibilità di personalizzazione della risposta pare derivare essenzialmente dalla capacità dei singoli operatori nel muoversi in un territorio locale istituzionale in cui, di fatto, una rete esiste ma, per buona parte, non è formalizzata.

Durante le interviste svolte è stato ricorrente il riferimento a contatti mantenuti con altre istituzioni locali - i Centri per l'Impiego su tutti, ma il discorso potrebbe valere anche per la ASL, la Salute Mentale e così via - proprio al fine di condividere conoscenza e obiettivi di intervento rispetto agli utenti, ma, appunto, si tratta di prassi tanto virtuose quanto poco modellizzate; il rischio in questo senso sembra risiedere nel margine di dispersività che la non istituzionalizzazione di queste pratiche porta in sé.

2. Servizio: l'accesso al sistema locale di servizi e interventi sociali

2.1 Il welfare di accesso

Tutti i cinque Ambiti Territoriali Sociali che componevano la Zona 4 Albenganese hanno oggi una porta unica di accesso ("sportello di cittadinanza", nella nuova legislazione regionale) all'interno del proprio Comune capofila, mentre fa eccezione proprio la Comunità Montana Ingauna, che ha sede decentrata in Albenga pur non facendone parte. Attualmente risulta attivo anche lo Sportello Unico Integrato (Distretto sociosanitario), ma le funzioni svolte allo stato attuale attengono alla segreteria amministrativa per la raccolta delle domande relative al "fondo per la non-autosufficienza" regionale; in ragione della sua parziale attivazione, lo Sportello non si avvale per il momento di assistenti sociali, ma è gestito da personale impiegatizio, un addetto proveniente dal Comune e una dalla ASL.

2.2 I luoghi informali di accesso

Secondo gli operatori e i funzionari intervistati, pare non sia possibile individuare punti di raccolta extra-istituzionali della domanda degli AID; tale informazione può valere da indicatore indiretto di una sufficiente capacità di avvicinamento all'utenza da parte dei servizi ma, allo stesso tempo,

potrebbe essere ulteriore conferma delle tendenze individualistiche cui si accennava nelle pagine precedenti.

In questo contesto la Comunità Montana Ingauna presenta qualche particolarità, considerato come non sia infrequente che alcuni casi vengano segnalati ai servizi da vicini di casa o comunque compaesani, è inoltre più intensa l'attività di "servizio" di alcuni parroci, ma, nella grande maggioranza dei casi, si tratta di interventi a favore di anziani.

2.3 Le porte di accesso per gli AID

Denominazione: «Sportello di cittadinanza» dell'ATS
Ente titolare: Comunità Montana Ingauna
Funzioni e azioni: Informazione telefonica; Informazione in loco; Informazione tramite internet; Accompagnamento; Monitoraggio domanda al servizio
Risorse umane (professionalità): 1 Coordinatore di ATS (responsabile); 1 amministrativo a tempo pieno; 2 assistenti sociali in ruolo; 1 assistente sociale proveniente da cooperativa in sostituzione maternità; 1 educatrice proveniente da cooperativa per la gestione degli affidi educativi territoriali per i minori

2.4 La codifica della domanda

La registrazione del flusso di utenza e la categorizzazione della relativa domanda vengono svolte dagli operatori dell'ATS con una duplice articolazione. Per ogni utente viene compilata la Cartella Sociale Regionale, strumento di codifica utilizzato dall'Osservatorio Sociale Regionale ma, in parallelo, è prevista anche la redazione di una scheda "interna" maggiormente sintetica e, di conseguenza, più facilmente aggiornabile.

I campi previsti dalla Scheda Sociale Regionale possono essere così sintetizzati:

- dati anagrafici dell'utente;
- riferimenti dell'utente e relativi dati anagrafici;
- medico curante;
- profilo formativo-professionale dell'utente;
- problemi emergenti dal colloquio con l'utente;
- aree di utenza;
- note relative al nucleo familiare di origine e di fatto;
- tipologia di intervento previsto per l'utente

La scheda dell'ATS della Comunità Montana Ingauna si articola a sua volta in:

- area di intervento;
- dati anagrafici dell'utente;
- presenza di eventuali parenti obbligati;
- professione dell'utente;
- eventuale stato di invalidità dell'utente;
- medico di base;

- note relative al primo contatto / segnalazione;
- note relative alle persone conviventi e al nucleo familiare / persone di riferimento;
- tipologia di richiesta di intervento
-

2.5 La risposta dei servizi

Una prima valutazione della capacità di risposta che i servizi in loco hanno rispetto alla poliedricità della domanda degli AID sul territorio della Comunità Montana Ingauna può essere condotta attraverso la lettura di alcuni dati quantitativi estrapolabili dal Piano di Zona 2002-2004; buona parte di tali dati andrà riferita all'anno 2001 e, per omogeneità con il piano stesso, le tabelle riportate (9 e 10) scorporeranno alcuni dati registrati presentando anche il dettaglio per Laigneglia e Villanova d'Albenga (unici due Comuni extra-montani facenti parte della C.M.).

Tab. 9 Utenti registrati dal Distretto Sociale della Comunità Montana Ingauna nell'anno 2001, dettaglio per tipologia - valori assoluti

Utenti	Distretto Montano Comunità Montana Ingauna	Comune di Laigneglia	Comune di Villanova d'Albenga
Minori	82	40	77
Anziani	142	26	18
Disabili	13	6	10
Tossicodipendenze	-	-	1
Immigrati	6	-	-
Senza dimora – povertà estreme	-	-	-
Famiglia	6	19	12

Fonte: elaborazione su dati del Piano di Zona 4 Albenganese (2002-2004)

Tab. 10 Servizi esistenti nel Distretto Sociale della Comunità Montana Ingauna, anno 2001, dettaglio per livello di assistenza, numero utenti e prestazioni - valori assoluti e percentuali

Distretto Montano Comunità Montana Ingauna						
Livelli di assistenza	A livello di Distretto	In più Comuni	N. utenti	Azioni/ Prestazioni	N. prestazioni per utente (in un mese)	% utenti con compartecipazione finanziaria
Informazione e comunicazione	X					
Consulenza sociale e orientamento	X		207			
Assistenza domiciliare e attivazione risorse sanitarie integrate	X					
Ricoveri in strutture diurne e residenziali	X		23	115	0,4	100,0
Interventi di affidamento e di sostegno familiare	X		7	309	25,0	
Promozione di servizi di prossimità e di reciprocità	X		60	15.720	26,0	75,0

Servizi alla persona (ad esclusione dell'assistenza domiciliare)	X	182	1.299	0,6	85,0
--	---	-----	-------	-----	------

Fonte: elaborazione su dati del Piano di Zona 4 Albenganese (2002-2004)

Tab. 11 Spesa del distretto per livello di assistenza, anni 2001, dettaglio per provenienza risorse - valori assoluti

Livelli di assistenza	Distretto Montano		
	Risorse proprie	Trasferimenti regionali	Altri trasferimenti
Informazione e comunicazione	25.648.511	22.465.489	
Consulenza sociale e orientamento	10.088.000	20.000.000	
Assistenza domiciliare e attivazione risorse sanitarie integrate			
Ricoveri in strutture diurne e residenziali	7.372.393		
Interventi di affidamento e di sostegno familiare		25.262.000	
Promozione di servizi di prossimità e di reciprocità	7.200.000	182.126.900	22.445.000
Servizi alla persona (ad esclusione dell'assistenza domiciliare)	17.054.669	91.240.511	6.960.900
Altro (specificare)	12.000.000 (socializzazione)		
Totale	79.363.573	341.094.900	29.405.900
Comune di Laigueglia			
Informazione e comunicazione			
Consulenza sociale e orientamento			
Assistenza domiciliare e attivazione risorse sanitarie integrate	24.293.600	7.257.000	
Ricoveri in strutture diurne e residenziali	22.575.600		1.500.000
Interventi di affidamento e di sostegno familiare			
Promozione di servizi di prossimità e di reciprocità			
Servizi alla persona (ad esclusione dell'assistenza domiciliare)	100.975.000	6.418.000	12.330.000
Totale	147.844.200	13.675.000	13.830.000
Comune di Villanova d'Albenga			
Informazione e comunicazione	9.728.938		
Consulenza sociale e orientamento	9.728.938		
Assistenza domiciliare e attivazione risorse sanitarie integrate			
Ricoveri in strutture diurne e residenziali	4.728.938		
Interventi di affidamento e di sostegno familiare	4.728.938		

Promozione di servizi di prossimità e di reciprocità *	58.035.238		
Servizi alla persona (ad esclusione dell'assistenza domiciliare)	74.272.160	12.110.000	
Altro (specificare)		128.693.610 (asilo nido)	
Totale	161.223.150	140.803.610	

3. Misure: gli interventi del welfare locale nei confronti degli adulti in difficoltà

L'ATS della Comunità Montana Ingauna dispone di diverse misure di sostegno; in questo contesto pare coerente riportare le tipologie di intervento distinguendo tra misure direttamente fruibili dagli AID e misure che, indirettamente, agiscono in favore degli AID attraverso la presa in carico o il supporto nella cura di componenti del nucleo familiare di riferimento.

3.1 Misure dirette agli AID (per tipologia di disagio)

➤ Disagio abitativo - l'obiettivo dichiarato in sede di intervista risulta essere “la prevenzione degli sfratti”, attraverso percorsi di reintegrazione lavorativa e il sostegno al reddito in favore dei membri del nucleo. Le situazioni più delicate sono attualmente gestite attraverso l'assegnazione degli appartamenti progetti gestiti dall'ATS: nello specifico sei alloggi sono attualmente occupati da famiglie prese in carico, mentre uno è tenuto libero, in modo da poter utilizzare la sistemazione per emergenze non previste dagli operatori del servizio. L'assegnazione degli appartamenti protetti non ha vincoli temporali.

I Comuni della Comunità Montana sono inoltre titolari dei bandi e gestori delle relative risorse per il fondo regionale di sostegno alle locazioni; in questo contesto l'ATS svolge funzione di segretariato sociale e informazione relativa ai bandi.

➤ Disoccupazione/inoccupazione/sottoccupazione – Progetto Equal «SOPHIA»³.

La Comunità montana Ingauna opera da diversi anni una lettura dei bisogni del territorio e, in questa sua attività istituzionale, raccoglie il coinvolgimento e la collaborazione di numerosi attori locali sia del tessuto economico produttivo che di quello socio assistenziale. L'attività di analisi è svolta soprattutto dal Sistema Bibliotecario Ingauno con la rete di soggetti attivata dallo stesso. Negli ultimi due anni consistente è stata l'attività di monitoraggio sulle tematiche sociali quali l'inclusione e il livello di occupazione; attraverso la Caritas e le scuole si sono coinvolte le famiglie degli alunni, soprattutto delle scuole dell'entroterra, e si è individuata la tendenza ha una precarizzazione dei rapporti di lavoro dovuta al fatto che la maggior parte delle persone è occupata nel settore turistico e nell'agricoltura.

Budget del Progetto SOPHIA: 500.000 – 1.000.000 €

³ In collaborazione con: Asso Consult s.r.l.; CONFCOMMERCIO SAVONA; Centro di Ascolto Caritas – Albenga; Consorzio cooperativo sociale «Agora»; le cooperative sociali a.r.l.: «Arcadia», «Il Cammino», «Progetto Città», «Tracce». Fonte: (<https://webgate.ec.europa.eu/equal/jsp/dpComplete.jsp?national=IT-G2-LIG-005&lang=it&cip=II>)

Tab. 12 Beneficiari del Progetto SOPHLA (al 22/11/2006):

Assistenza alle persone	M	F
Disoccupati	20.0%	30.0%
Occupati	10.0%	20.0%
Altre condizioni rispetto al mercato del lavoro	10.0%	10.0%
Totale	100.0%	
	M	F
Migranti, minoranze etniche	10.0%	10.0%
Richiedenti asilo	0.0%	0.0%
Altre tipologie di beneficiari non-migranti e non-richiedenti asilo	35.0%	45.0%
Totale	100.0%	
	M	F
Disabili fisici	5.0%	10.0%
Disabili psichici	5.0%	10.0%
Disabili mentali	0.0%	0.0%
Altre tipologie di beneficiari non disabili	35.0%	35.0%
Totale	100.0%	
	M	F
Tossicodipendenti	10.0%	15.0%
Senzatetto	0.0%	0.0%
(Ex-) detenuti	15.0%	10.0%
Altre forme di discriminazione (religione, orientamento sessuale)	0.0%	0.0%
Altre tipologie di beneficiari che non rientrano nella presente sotto - categoria	20.0%	30.0%
Totale	100.0%	
	M	F
< 25 anni	15.0%	25.0%
25 - 50 anni	20.0%	30.0%
> 50 anni	5.0%	5.0%
Totale	100.0%	

Fonte: elaborazione su dati reperibili all'indirizzo web
<https://webgate.ec.europa.eu/equal/jsp/dpComplete.jsp?cip=IT&national=IT-G2-LIG-005>

➤ Sostegno al reddito: contributo in denaro erogato sulla base di una lettura congiunta dei parametri ISEE e dei redditi esenti IRPEF; la somma può essere richiesta una sola volta all'anno e non deve superare i 1.500 euro, più un eventuale contributo speciale di massimo 500 euro; non esistono ulteriori vincoli temporali.

3.2 Misure indirette:

➤ Difficoltà nella gestione della cura di minori e/o anziani – servizio di assistenza domiciliare: prevede un contributo monetario o in kind; i beneficiari sono scelti sui parametri ISEE, contemplando anche i redditi esenti IRPEF.

L'applicazione delle misure presentate risulta essere piuttosto flessibile e adattabile alle esigenze specifiche degli utenti; gli aspetti di rigidità più evidenti (ma necessari) sono rappresentati dall'adeguamento ai parametri ISEE e dal tetto massimo di contributi erogati in sostegno al reddito. Per i casi di estrema emergenza è comunque possibile ricorrere al supporto della Caritas albenganese che, se necessario, può ulteriormente integrare i fondi per il sostegno.

Il Centro di Ascolto Caritas svolge pertanto un'azione di supporto parallela e integrativa ai servizi erogati dall'ATS, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale e sinergia tra enti.

Esiste infine un aspetto determinante nell'efficacia della presa in carico degli AID da parte degli operatori dell'ATS: la "contrattualità" dei servizi nei suoi confronti; in altre parole, in coerenza con una politica di attivazione del soggetto e non di mero assistenzialismo, i servizi richiedono un pieno impegno al beneficiario di eventuali misure di sostegno, promuovendo azioni finalizzate ad una sua progressiva emancipazione, secondo un'ottica di sforzo condiviso. Ciò risulta ancor più necessario se considerata la relativa disponibilità dei fondi finanziari e, comunque, appare condizione necessaria al mantenimento di un senso complessivo degli interventi.

3.3 Conclusioni analitiche e critiche: punti di forza e punti di debolezza delle misure per gli adulti in difficoltà

Una prima informazione significativa in merito al rapporto tra servizi del territorio e AID emerge dalla lettura dei vecchi piani di assistenza previsti dai Distretti Sociali: l'assenza di un livello esplicitamente mirato alla presa in carico degli AID può essere letto come indicatore di una certa difficoltà che i servizi hanno nel "mettere a fuoco" una porzione di utenza potenziale "grigia" per definizione. È pur vero che molte delle misure erogate dall'ATS della Comunità Montana Ingauna e, in parallelo, dal Centro di Ascolto Caritas vanno ad impattare proprio sulle diverse espressioni fenomenologiche del "disagio adulto", dando vita a dei processi che, per quanto non previsti a livello di strutturazione dei servizi, di fatto costituiscono una vera e propria presa in carico.

Da quanto introdotto, quindi, un primo punto di migliorabilità del sistema dei servizi locali potrebbe essere individuato in un potenziamento delle azioni di intercettazione, codifica e catalogazione dei bisogni degli AID, dinamica che, per rendersi effettivamente efficace nei termini dell'erogazione di risposte adeguate, non può prescindere da una condivisione di tali informazioni tra diversi enti; la prossima istituzione del Distretto Sociosanitario pare poter rappresentare una notevole opportunità in questo senso; ad ulteriore rafforzamento delle reti territoriali dovrebbe poi essere realizzata una mappatura dell'offerta formale e informale di servizi, al fine di razionalizzare gli interventi e utilizzare al meglio le risorse locali.

Dal punto di vista dei fattori di rischio ambientali citati nella pagine precedenti, quindi le dinamiche di frammentazione e dispersione dei legami interindividuali, sarebbe opportuno incentivare le forme di valorizzazione dei diversi "saperi" locali (dei quali un territorio molto variegato come quello preso in analisi è particolarmente ricco), promuovendo e supportando i movimenti di cittadinanza attiva e di radicamento a lungo termine, contenendo l'eccessivo orientamento locale alle mutevoli e "volubili" esigenze del turismo.

1. Il contesto regionale¹

1.1 La normativa

Importanti azioni di riordino e riorganizzazione dei servizi hanno percorso i tempi della riforma introdotta con la L.328/00: la Legge Regionale n. 72/97 “*Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati*”, ha posto le basi per un sistema di promozione dei diritti di cittadinanza e pari opportunità in una logica di integrazione con il sistema sanitario, indicando con forza le linee della sussidiarietà e della programmazione integrata.

Successivamente, con la riforma del titolo V della Costituzione e il recepimento della legge Quadro 328/2000, il Consiglio Regionale Toscano ha varato la legge n. 41/2005 “*Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale*” quasi in concomitanza con la legge n. 40/2005 “*Disciplina del servizio sanitario regionale*” e del Piano Sanitario Regionale per il 2005-2007.

Le scelte in tema di politiche sociali sono ispirate a logiche proattive, sistemiche ed integrate, adottando un’ottica di welfare che vede nel sociale un’opportunità e la politica sociale come prevenzione, in una prospettiva di universalità ed equità.

La legge 41/2005 evidenzia quattro aspetti fondamentali:

- diritti di cittadinanza sociale
- assetto istituzionale
- assetto organizzativo
- valutazione e monitoraggio del sistema.

Il sistema integrato punta a valorizzare:

- il ruolo peculiare delle famiglie come luoghi privilegiati per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona
- la partecipazione attiva dei cittadini singoli o associati, nell’ambito dei principi di solidarietà e di auto-organizzazione
- le professioni sociali per lo sviluppo e la qualificazione degli interventi.

Con il D.C.R. 155/2003 viene avviata la sperimentazione della Società della Salute che integra il sistema sanitario con il sistema socio assistenziale attraverso una inedita soluzione organizzativa dell’assistenza territoriale. Le S.d.S. si configurano come consorzi pubblici senza scopo di lucro, i cui titolari sono le Aziende sanitarie locali e i Comuni.

La L.R. 40/2005, all’art. 58 individua le politiche per le persone a rischio di esclusione sociale:

- a) gli interventi di promozione delle reti di solidarietà sociale, i servizi di informazione, accoglienza ed orientamento;
- b) gli interventi di sostegno, anche economico, finalizzati alla realizzazione di progetti individuali di inserimento sociale, lavorativo e formativo;
- c) i servizi di pronto intervento e di prima assistenza per far fronte alle esigenze primarie di accoglienza, cura e assistenza;
- d) i progetti innovativi di prevenzione delle nuove povertà e di contrasto dei fenomeni emergenti di esclusione sociale.

¹ (Principali Fonti: L’attuazione della riforma del welfare locale, Monografie Regionali (Formez 2006), e Istat <http://pianisocialiesanitari.istat.it/>).

1.2 Le competenze istituzionali

Nell'ambito della programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, la Regione Toscana riafferma i compiti istituzionali degli Enti preposti alla programmazione e gestione dei servizi così come stabiliti dalla normativa nazionale (Legge 328/2000, art. 3), sancendo che “la programmazione e l'organizzazione del sistema integrato, in conformità con i livelli essenziali delle prestazioni sociali definiti dallo Stato, compete alla Regione ed agli enti locali” (L.R. 41/2005, art. 2, comma 2, «Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale»).

Nel “modello toscano” il ruolo della sussidiarietà è centrale. Il sistema di programmazione partecipata, attivato già nel 1998 con la L.R. 72, vede presenti, ciascuno per il ruolo previsto dalla normativa, tutti i soggetti istituzionali e le rappresentanze associative della società civile, al fine di realizzare la più ampia condivisione sugli obiettivi e sulle modalità di perseguimento degli stessi. La programmazione sociale si configura così come il risultato di un processo partecipato sia nella dimensione locale che sul piano regionale².

Attraverso il Piano integrato regionale sociale (PISR), ed in particolare il Dispositivo di Piano, la **Regione** delinea gli obiettivi strategici e gli interventi di settore cui deve riferirsi la programmazione locale realizzata dai Comuni, dagli altri Enti locali e dalle Aziende Sanitarie Locali con i piani zonali di assistenza sociale e con i Piani integrati di salute della Società della Salute; nonché i criteri per l'autorizzazione e la vigilanza delle strutture e dei servizi, i requisiti di qualità per la gestione degli stessi e per la definizione delle tariffe da corrispondere ai gestori, i criteri per la concessione dei titoli e quelli per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni.

Le **Province** concorrono alla programmazione regionale e alla programmazione di ambito zonale; promuovono e realizzano interventi in materia di formazione professionale, inserimento lavorativo e curano la tenuta degli albi e dei registri regionali previsti dalla legislazione regionale in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo di promozione sociale, e promuovono la partecipazione dei soggetti interessati alla costruzione delle reti di solidarietà sociale. Esercitano, inoltre, funzioni finalizzate alla realizzazione del sistema regionale di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione dei fenomeni sociali, nonché di diffusione delle conoscenze, sulla base di intese, accordi o altri atti di collaborazione istituzionale stipulati con la Regione (art. 13 L.R. 41/2005).

Ai **Comuni** spettano le funzioni di programmazione locale del sistema integrato attraverso l'approvazione dei piani di ambito zonale, definiti in forma associata e di concerto con le ASL; ed hanno la titolarità di tutte le funzioni amministrative concernenti la realizzazione della rete locale degli interventi e servizi sociali, nonché della gestione e dell'erogazione dei medesimi (art. 11 L.R. 41/2005).

Le zone-distretto (come individuate nell'allegato A alla L.R. 40/2005), costituiscono l'ambito territoriale di riferimento per la gestione associata delle funzioni, dei servizi e degli interventi di competenza dei comuni (art. 33, comma 1, L.R. 41/2005).

Alle **Comunità Montane** possono essere delegate le funzioni amministrative in materia di assistenza sociale nel caso in cui coesistano le seguenti condizioni: a) vi sia totale coincidenza tra l'ambito territoriale della comunità montana e quello della zona-distretto; b) vi sia delega alla comunità montana da parte dei comuni delle funzioni amministrative di cui sono titolari. In tale caso spetta loro anche l'approvazione del piano di zona (art. 12 L.R. 41/2005).

² PISR 2007-2010, pag. 11.

1.3 La programmazione

Documento fondamentale per la programmazione e l'attuazione delle politiche sociali sul territorio è il **Piano Integrato Sociale Regionale** (PISR). Approvato con DCR 122/2002 il PISR 2002-2004 apre una «fase importante di riforma del sistema sociale toscano»³, che vedrà successivamente l'abrogazione della L.R. 72/1997 e l'approvazione della L.R. 41/2005, «Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale» e quindi gli aggiornamenti del PISR per il 2003 e il 2004.

Con il primo piano integrato sociale denominato **Piano Sociale Regionale**, e approvato nel 1998 (Delib.C.R. 15 luglio 1998, n. 228) con durata triennale ai sensi dell'art. 5 della Legge regionale 72/1997, la Toscana aveva anticipato le linee di riforma della L. 328/2000. Tra le priorità del Piano necessarie per la riorganizzazione del sistema degli interventi dei servizi sociali nella prospettiva di attuazione della L.R. n. 72 del 1997 rientravano⁴:

- «lo sviluppo di una programmazione integrata delle attività e degli interventi dei servizi sociali nel complesso delle politiche più direttamente incidenti sulla qualità della vita (Sanità, casa, lavoro, mobilità, formazione, istruzione, educazione, diritto allo studio, cultura, ricerca, tempo libero) »;
- l'applicazione di un modello di programmazione decentrata;
- la promozione e l'attuazione presso i distretti sociosanitari degli interventi di assistenza sociale coordinati e integrati con le prestazioni sanitarie e con gli interventi delle politiche di diretta incidenza sulle condizioni di vita;
- lo sviluppo dell'Osservatorio sociale, per l'analisi dei fenomeni e dei problemi di interesse del settore e per la valutazione delle politiche a livello regionale e locale;
- l'adozione di idonei e efficaci strumenti di informazione rivolta agli utenti e alla collettività;
- la promozione di nuovi strumenti partecipativi e di concertazione a diversi livelli;
- lo sviluppo e la promozione delle reti di protezione sociale (famiglie, volontariato, cooperazione sociale, forme strutturate e non di mutualità e solidarietà, giovani impegnati nel servizio civile) favorendone la corresponsabilità in azioni specifiche;
- lo sviluppo di interventi mirati alla famiglia ai fini dell'assunzione di responsabilità genitoriali, dell'ampliamento delle opportunità dell'infanzia, degli adolescenti e dei giovani, della risposta alle esigenze di assistenza degli anziani non autosufficienti e dei portatori di handicap.

Successivamente, dopo l'approvazione di un Piano Sociale Integrato con funzione transitoria per l'anno 2001⁵, nel 2002 sono state approvate:

- le «Linee Guida per la formazione del Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004»⁶;
- il PISR 2002-2004⁷ che delinea gli obiettivi e gli strumenti che orientano la definizione della programmazione in ambito zonale.

³ Formez, *L'attuazione della riforma del welfare locale*, Monografie Regionali, Regione Toscana, 2006.

⁴ Priorità del piano, Allegato A, Delib.C.R. 15 luglio 1998, n. 228, «Approvazione "Piano integrato sociale regionale", L.R. 3 ottobre 1997, n. 72 ».

⁵ «Il Piano Integrato Sociale Regionale 2001 ha rappresentato un importante strumento di definizione degli ambiti di programmazione delle politiche socio-sanitarie della Toscana, fondandosi sulla necessità di conciliare le tendenze normative dettate a livello nazionale ed europeo con le emergenze specifiche e i bisogni del territorio [...] Ha assunto un carattere transitorio proprio in ragione dei mutamenti avvenuti in ambito nazionale, con l'approvazione della legge 328/00, che ha istituzionalizzato gran parte dei principi espressi dalla legge toscana e ne ha introdotto di nuovi ». Cfr. Piano Integrato Sociale Regionale, anni 2002 – 2004, Relazione sociale, pag. 39.

www.rete.toscana.it/index.htm

⁶ DCR n. 60 del 9 aprile 2002.

⁷ Il 31 ottobre 2007 è stato approvato dal Consiglio della Regione Toscana il PISR 2007-2010.

«Una forte innovazione rispetto agli anni precedenti è rappresentata dal fatto che la programmazione viene richiesta su base triennale – rispetto alla programmazione annuale del ciclo precedente – con l'intento di favorire una programmazione di medio periodo che sottragga sempre più le politiche sociali a logiche di risposta e di emergenza per consegnarle ad un ruolo di programmazione e di sistema»⁸. Inoltre, l'integrazione tra politiche sociali e sanitarie, già fondamento della L.R. 72/97, è ripresa con forza sia dal Piano Sanitario Regionale che dal PISR, e le sperimentazioni delle Società della Salute, poste in essere nella parte finale del ciclo di vita del piano, assumono perciò particolare rilevanza»⁹.

In coerenza con il principio di sussidiarietà, verticale e orizzontale, il PISR 2002-2004 prevede la distinzione tra i diversi livelli di programmazione.

Al livello regionale avviene la definizione delle linee di programmazione generale (contenute nel PISR) mentre al livello zonale (articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci dei comuni componenti, con il supporto tecnico organizzativo di staff della Segreteria Tecnica) spettano la definizione delle politiche locali attraverso il Piano di Zona e la costruzione partecipata del sistema a rete dei servizi e degli interventi integrati, con il coinvolgimento degli attori del Terzo Settore, organizzazioni del privato sociale e le IPAB.

La **programmazione a livello locale**, iniziata nel triennio 1998-2000, avviene dunque attraverso il Piano di Zona che rappresenta lo strumento fondamentale attraverso il quale i Comuni di concerto con tutti gli attori coinvolti nella progettazione, delineano il sistema integrato locale dei servizi e degli interventi sociali individuando obiettivi strategici, strumenti e risorse per raggiungerli. Come già anticipato, con il PISR 2002-2004, il Piano di Zona deve avere durata triennale, e l'aggiornamento annuale avviene limitatamente agli aspetti finanziari e ad eventuali modifiche e integrazioni da apportare al piano approvato.

Il **piano integrato di salute**, previsto all'articolo 21 della L.R. 40/2005, è lo strumento con il quale sono integrate le politiche sociali di ambito zonale con le politiche sanitarie a livello di zona-distretto. Nel caso di sperimentazione delle Società della salute (art. 65 della L.R. 40/2005), ovvero in caso di intesa tra l'articolazione zonale della conferenza dei sindaci e l'azienda unità sanitaria locale di riferimento, il piano integrato di salute costituisce lo strumento unico di programmazione locale della zona-distretto (art. 29, commi 3 e 4 della L.R. 41/2005).

Gli **ambiti territoriali** individuati dal PISR 2002-2004 e dal PISR di recente approvazione, per la gestione unitaria del sistema locale sono confermati coincidenti con le zone-sociosanitarie e con le zone distretto, prevedendo incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali.

Con riferimento al target di utenza oggetto del nostro studio, nei documenti di programmazione non è presente un esplicito riferimento al disagio adulto bensì ad una serie di problematiche e di interventi, riconducibili a questa categoria di utenza che diviene così trasversale alle altre, quali: le azioni di contrasto alle povertà, le azioni di sostegno alla famiglia, il disagio abitativo¹⁰.

Nel PISR 2002-2004 si ritrovano tra gli obiettivi strategici:

«la promozione e il sostegno alle politiche di contrasto delle povertà, **nuove** ed estreme, e per l'inclusione sociale [...] lo sviluppo di azioni di prevenzione mirate ad intercettare bisogni individuali e familiari, prima che diventino motivo di disagio, ad incidere sui fenomeni di esclusione sociale...»¹¹.

⁸ Formez, *Il sistema di welfare toscano nell'ultimo triennio*, in Relazione Sociale della Regione Toscana (2002-2004), 2005, pag. 187.

⁹ La Società della Salute si propone di programmare e gestire in forma integrata le politiche sociali (di cui già comuni e province hanno piena titolarità) e quelle sanitarie territoriali (gestite dalle Aziende USL).

¹⁰ PISR 2002-2004, Dispositivo di Piano – Gli interventi di settore.

¹¹ *Ivi*, pag. 6.

Con riferimento agli obiettivi strategici il PISR indica inoltre gli obiettivi di settore che devono essere assunti nella redazione dei Piani zonali di assistenza sociale e che riguardano: responsabilità familiari (inclusi gli interventi sui tempi e gli spazi della città, tra cui rientra la previsione di interventi per la conciliazione dei tempi di lavoro e di cura per superare le asimmetrie nei carichi familiari¹²); diritti dei minori; autonomia delle persone anziane; sostegno per i cittadini con disabilità, interventi per gli immigrati, interventi per il reinserimento sociale di soggetti con dipendenze; **azioni di contrasto alla povertà**; interventi per l'inclusione sociale di soggetti appartenenti a fasce deboli; azioni di sostegno per la tutela della salute mentale; interventi per soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, quando si rendono necessari interventi assistenziali. Inoltre, già a partire dal PISR transitorio del 2001, la Regione stabilisce che tutti i Piani di Zona debbano contenere un Piano Territoriale per il contrasto delle povertà.

Nel documento di aggiornamento del PISR 2002 per il 2004, con l'introduzione della modifica della voce "Politiche in favore della famiglia", che diventa "Azioni di sostegno alla famiglia", si introducono interventi in favore di soggetti a rischio povertà, costituiti dall'erogazione di prestiti sociali, d'onore o a tassi estremamente ridotti al fine di contrastare fenomeni economici di usura e speculazione, e prevenire, in tal modo, la caduta di famiglie ed individui che presentano forme di fragilità in processi di marginalizzazione e situazioni di vera e propria povertà.¹³

Infine, anche nel PISR 2007-2010 di recente approvazione tra le priorità individuate non si rileva un'attenzione focalizzata sugli adulti in difficoltà bensì su altre categorie alle quali la multidimensionalità del disagio adulto può essere ricondotto.¹⁴

1.4 La morfologia territoriale

La Regione Toscana è composta da 10 province, 287 comuni, 150 dei quali contano meno di 5.000 abitanti. La popolazione toscana al 31/12/ 2003 è di 3.619.872 persone (dati istat 2005) su un territorio di 22.990,18 Km².

Le Aziende Sanitarie Locali (ASL) sono 12, articolate in 34 zone sociosanitarie e 52 distretti e subdistretti. Le aziende ospedaliere sono 4. Le Società della Salute sono 19.

Aziende USL	12
Zone sociosanitarie	34
Distretti (sub distretti)	52
Aziende ospedaliere	4
Società della Salute	19

¹² *Ivi.*, pag. 50

¹³ DCR n. 108 del 27 luglio 2004, pag. 8 <http://www.rete.toscana.it/index.htm>

¹⁴ Con riferimento agli scenari dei prossimi decenni, il PISR 2007-2010 individua precise priorità: « lo sviluppo dei servizi e il sostegno ai programmi di vita delle famiglie, dei giovani e delle nuove coppie, avendo quali obiettivi specifici soprattutto il rilancio della natalità, lo sviluppo di politiche sul disagio abitativo concentrato nei grandi centri urbani, la promozione delle pari opportunità; l'assistenza ai non autosufficienti e, in genere, a tutte le disabilità, per fronteggiare gli effetti sociali dell'invecchiamento della popolazione e aumentare la copertura assicurata dalle diverse forme di intervento; l'integrazione degli immigrati per favorire la fiducia verso le istituzioni e, nel contesto tracciato dal nuovo Statuto regionale, la ricerca di soluzioni legislative che rendano possibile la loro partecipazione al voto; la qualificazione della rete dei servizi attraverso la valorizzazione delle professionalità sociali. ». cfr. PISR 2007-2010, pagg. 20-21.

1.5 I livelli essenziali di assistenza

Il PISR 2002-2004 inserisce tra “i programmi di iniziativa regionale per la sperimentazione della innovazione organizzativa” (in particolare il PIR: “cittadinanza sociale e livelli di assistenza”)¹⁵ i livelli essenziali di assistenza fondati sul rafforzamento del sistema dei diritti di cittadinanza; un sistema di diritti che eroghi risposte certe, distribuite nel territorio, accessibili, capaci di affrontare in modo efficace i bisogni prioritari.¹⁶

La programmazione locale è chiamata ad individuare e organizzare l’offerta in modo coerente nel territorio, attraverso la definizione di almeno due livelli: quello del finanziamento e quello della erogazione. Al primo livello, le soluzioni individuate fanno leva sulle capacità delle amministrazioni coinvolte di ripartire la spesa, con riferimento ad indici di carico sociale, coerenti con i bisogni della popolazione, e indici di natura epidemiologica, rappresentativi della distribuzione dei bisogni del territorio. Per il secondo livello, si tratta di definire criteri per organizzare le risposte su scala zonale e i rispettivi fattori di produzione, così da renderle valutabili rispetto alla loro capacità di efficacia e sostenibilità. L’attuazione zonale dei livelli è definita contestualmente alla predisposizione del Piano di Zona o del Piano Integrato di Salute (nel caso della Società della Salute), sulla base di misure di finanziamento, di erogazione e di esito.¹⁷

Il programma finanziario allegato al PISR 2002-2004 prevedeva un finanziamento triennale del PIR sui Livelli di assistenza di entità pari a 406.592,66 Euro; di cui 129.576,66 provenienti dal F.R.A.S. (Fondo Regionale Assistenza Sociale istituito ai sensi della L.R. 72/1997) e 277.016,00 dal F.N.P.S. (Fondo Nazionale Politiche Sociali istituito con la legge quadro 328/2000).

Nel PISR 2007-2010¹⁸, approvato il 31 ottobre, si parla di definizione dei livelli base di cittadinanza sociale considerando le due dimensioni, tra loro connesse, relative a: livelli di spesa e livelli di prestazioni.

Relativamente al primo punto (livelli di spesa), la Regione intende innalzare il livello della spesa sociale in tutte le zone sociosanitarie in cui risulta una più bassa spesa pro capite. Si prevedono inoltre attivazioni e implementazioni di soluzioni avanzate relative al rapporto qualità/costi dei servizi, alla facilitazione dell’accesso e alla semplificazione amministrativa delle procedure. Per questo tipo di percorso la Regione prevede lo stanziamento di una quota finalizzata da destinare alle Zone sociosanitarie, con un livello di spesa medio alto individuato in una spesa pro capite pari o superiore ai 90 euro, da erogare sulla base di appositi progetti da presentare alla Regione con i Piani di zona o con i Piani integrati di salute.

Relativamente al secondo punto (livelli di prestazioni), oltre allo sviluppo dei servizi pubblici, dovranno essere assicurate dal sistema pubblico, su tutto il territorio regionale, le funzioni di accertamento, valutazione e definizione del percorso assistenziale personalizzato, attivando e/o implementando le funzioni individuate come obiettivi principali dagli indirizzi regionali:

- Servizio sociale professionale, come presidio di base per assicurare quanto previsto in termini di servizi e di prestazioni dalla L.R. 41/2005;

¹⁵ Il PIR (Programmi di Iniziativa Regionale) cui si fa riferimento intende perseguire il «rafforzamento e la qualificazione delle reti dei servizi, l’individuazione dei livelli essenziali di assistenza da garantire in ambito locale, il sostegno alle azioni che favoriscono il concreto esercizio dei diritti di cittadinanza sociale». In particolare viene stimolata « l’adozione di soluzioni organizzative e gestionali, che possano realizzare un’offerta di servizi che affronti i bisogni con risposte adeguate ed appropriate tali da garantire un efficace livello di tutela sociale». E «l’adozione di strumenti comunicativi specifici nel settore sociale, orientati alla realizzazione di attività dirette a fornire al cittadino informazioni e consulenza per la conoscenza delle prestazioni erogate».

Cfr. PISR 2002-2004, pag. 76.

¹⁶ *Ivi*, pag. 33.

¹⁷ Formez, *op.cit.*, 2006, pag. 254.

¹⁸ PISR 2007-2010, pagg. 35-40.

- Segretariato sociale, con compiti di informazione e primo orientamento;
- Pronto intervento sociale, attraverso l'assicurazione della reperibilità dei responsabili dei servizi sociali per i casi in cui debbano essere attivati interventi immediati;
- Punto unico di accesso, a partire dal modello previsto dalla deliberazione G.R. 402/2004, con l'estensione alle diverse aree di bisogno e tipologie di risposta.

1. Territorio: «Società della Salute» di Prato.

Modalità di riconoscimento del bisogno sociale generale e specifico degli AID

1.1. Morfologia territoriale

Sulla base delle logiche di campionamento della presente ricerca, tra i territori oggetto di studio della Toscana si è scelto di analizzare l'ambito pratese poiché rappresentativo di una realtà territoriale costituita da un Comune predominante in termini di popolazione, oltre che in ragione del fatto che in tale ambito sia in atto la particolare sperimentazione toscana della *Società della Salute*, una gestione associata ed integrata dei servizi socio-assistenziali e sanitari.

L'**ambito territoriale pratese** è costituito dai sette comuni della Provincia di Prato (Cantagallo, Carmignano, Montemurlo, Poggio a Caiano, Prato, Vaiano e Vernio), si estende su una superficie di 365 Km² e il solo Comune di Prato copre un'area di 97,45 km². Coincide con la zona-distretto individuata dalla normativa regionale sanitaria e sociale¹ e costituisce pertanto l'ambito di riferimento della programmazione e della gestione associata del sistema locale di interventi e servizi sociali.

La **popolazione** residente nella zona socio-sanitaria pratese, al 31 dicembre 2006, è pari a 245.033 unità, con una incidenza lievemente maggiore della componente femminile che risulta pari al 50.9%. Il 75.8% della popolazione dell'ambito si concentra nel capoluogo di Provincia caratterizzato da un peso demografico pari allo 0.76 e da una densità abitativa (1.902 abitanti per km²) superiore rispetto a quella presente negli altri comuni e rispetto al dato medio di ambito che si attesta sui 671 abitanti per km². La restante parte della popolazione risulta essere così suddivisa: il 9.2% nei comuni di Carmignano e Poggio a Caiano (comune al secondo posto, dopo Prato, per densità abitativa), il 7.6% nei comuni della Val di Bisenzio (Cantagallo, Vaiano e Vernio) ed il 7.4% nel comune di Montemurlo. (Tabella 1).

Tabella 1: Popolazione residente, peso demografico e densità abitativa nella Provincia di Prato al 31/12/06

Comuni	Maschi	Femmine	Totale	Peso Demografico	Densità abitativa (ab./km ²)
Cantagallo	1.477	1.453	2.930	0.01	31
Carmignano	6.553	6.685	13.238	0.05	343
Montemurlo	9.007	9.043	18.050	0.07	588
Poggio a Caiano	4.603	4.782	9.385	0.04	1.564
Prato	90.888	94.772	185.660	0.76	1.902
Vaiano	4.829	5.002	9.831	0.04	287
Vernio	2.866	3.073	5.939	0.02	94
Totale	120.223	124.810	245.033	1.00	671

Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale, *Dossier Statistico Sociale 2007*.

Dal confronto degli ultimi due censimenti Istat (1991 e 2001) emerge la vivacità demografica della provincia di Prato rispetto alle altre province della Toscana. L'incremento demografico registrato (+

¹ Allegato A della Legge regionale 40/2005, "Disciplina del Servizio sanitario regionale" e art. 33 della Legge regionale 41/2005, "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale".

4,9%) è infatti il più elevato tra i valori delle province caratterizzate da un ampliamento demografico (Arezzo: + 2.8%; Pistoia: + 1.5%; e Siena: + 0.6%); mentre sia nelle restanti province che a livello regionale la variazione percentuale della popolazione assume valori negativi (Firenze: - 3.5%; Livorno: - 3%; Grosseto: - 2.3%; Lucca e Massa Carrara entrambe: - 1.3%; e Pisa: - 0.2%. Toscana: - 0.9%).

Tale dinamicità demografica ha caratterizzato tutti i sette comuni della provincia, con il capoluogo che si colloca al quarto posto con una variazione percentuale del + 4.1% preceduto dai comuni di Carmignano (+23.7%), Cantagallo (+11.2%) e Poggio a Caiano (+ 8.6%)². Tuttavia, anche se è ancora presto per ipotizzare una nuova svolta dell'andamento demografico pratese, negli ultimi anni si rileva un rallentamento della crescita demografica ³.

Nel 2006, rispetto all'anno precedente, nella provincia si è avuto un incremento della popolazione residente pari all'1,1%, con una differenza in valori assoluti pari a 2.536 unità (tabella 2) (nei dodici mesi precedenti era stato dell'1,5%, pari a 3.671 unità). In tre anni (confronto tra il valore al 31.12.2003 e quello al 31.12.2006) il numero dei residenti nella provincia di Prato è cresciuto di quasi 10mila unità (da 235.402 a 245.033).

Tabella 2: *Variazione della popolazione rispetto all'anno precedente*

Comuni	2005	2006	Variazione (%)
Cantagallo	2.868	2.930	2.20
Carmignano	13.010	13.238	1.80
Montemurlo	17.970	18.050	0.50
Poggio a Caiano	9.247	9.385	1.50
Prato	183.823	185.660	1.00
Vaiano	9.681	9.831	1.60
Vernio	5.898	5.939	0.70
Totale	242.497	245.033	1.10

Fonte: Osservatorio Sociale/Asel su dati Anagrafi Comunali.

La provincia di Prato è la più giovane della Toscana, il **tasso di natalità** è infatti il più elevato tra le province toscane (11,7) ed è superiore anche rispetto al tasso regionale (8.7) e nazionale (9.5) (tabella 3). L'incremento complessivo della popolazione provinciale è determinato tuttavia principalmente dalle dinamiche migratorie. Come risulta evidente dalla tabella 4, il saldo migratorio, pari a + 1.971 unità al 31 dicembre 2006, con un valore più elevato per la componente femminile (+ 1.044), è superiore al saldo naturale (+ 565 unità) e in riferimento al saldo complessivo il 26,4% dei nuovi iscritti (2.352 unità) proviene dall'estero⁴.

² Osservatorio Sociale Provinciale di Prato, *Dossier statistico sociale 2007*, www.provincia.prato.it/w2d3/internet/cache/provprato/internet2/index.html?fldid=503

³ Sambo, P., *Il Sistema socio-demografico* pag. 1, in SdS Area Pratese, *Aggiornamento Profilo di Salute 2007*.

⁴ *Ivi*

Tabella 3: Tassi generici di natalità e mortalità nelle province toscane 2003-2006 (per 1.000 abitanti)⁵.

Province e Regione	Natalità				Mortalità			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Lucca	8.0	8.3	8.4	8.5	12.1	11.3	12.1	11.6
Pistoia	8.2	8.9	8.9	8.9	11.6	10.5	11.1	10.3
Firenze	8.6	9.5	9.1	8.7	12.0	10.6	10.8	10.7
Prato	9.6	10.8	10.7	11.0	9.6	8.8	8.9	8.7
Livorno	7.7	8.2	7.9	8.2	12.8	11.5	11.5	11.4
Pisa	8.1	8.7	8.8	8.9	11.4	10.6	11.0	10.7
Arezzo	8.2	8.9	8.6	8.8	11.4	10.8	11.4	11.0
Siena	8.2	8.6	8.4	8.4	12.9	11.9	12.4	11.9
Grosseto	7.3	7.6	7.6	7.7	13.2	12.1	12.7	12.3
Toscana	8.2	8.8	8.7	8.7	11.9	10.9	11.3	11.0
ITALIA	9.4	9.7	9.5	9.5	10.2	9.4	9.7	9.5

Fonte: Istat, *Demografia in cifre*, anno 2006
<http://demo.istat.it/altridati/indicatori/index.html#tabreg>

Tabella 4: Bilancio demografico anno 2006: movimento naturale e migratorio

Bilancio demografico anno 2006: movimento naturale e migratorio											
Comuni	Residenti al 1.1.06	Saldo naturale (nati-morti)			Saldo migratorio (iscritti-cancellati)			Saldo Complessivo			Residenti al 31.12.06
	M + F	M	F	M + F	M	F	M + F	M	F	M + F	M + F
Cantagallo	2.868	-5	-9	-14	47	29	76	42	20	62	2.930
Carmignano	13.010	47	45	92	56	80	136	103	125	228	13.238
Montemurlo	17.970	20	39	59	-20	41	21	-	80	80	18.050
Poggio a C.	9.247	-4	5	1	86	51	137	82	56	138	9.385
Prato	183.823	256	208	464	640	733	1.373	896	941	1.837	185.660
Vaiano	9.681	-8	-8	-16	94	72	166	86	64	150	9.831
Vernio	5.898	-7	-14	-21	24	38	62	17	24	41	5.939
Totale	242.497	299	266	565	927	1.044	1.971	1.226	1.310	2.536	245.033

Fonte: Osservatorio Sociale /ASEL su dati delle Anagrafi Comunali

La società pratese è stata sempre caratterizzata da alti **flussi migratori**. Lo stesso distretto industriale tessile è nato anche grazie ai flussi di migranti provenienti dalle campagne mezzadrili toscane (migrazioni “interne”) e dalle regioni meridionali (migrazioni “esterne”).

A partire dagli anni Novanta, l’immigrazione straniera, in particolare cinese, si è invece rivelata la componente più consistente delle dinamiche migratorie ed oggi i cittadini stranieri rappresentano una parte caratterizzante del tessuto sociale e produttivo del territorio. Al 31 dicembre 2006, gli stranieri residenti nella provincia di Prato risultano essere 26.118⁶ (di cui l’85,4 % vive nel comune capoluogo, il 5,8% si concentra nel comune di Montemurlo, il 5,2% nei comuni medicei ed il

⁵ Il **tasso di mortalità**: rapporto tra il numero dei decessi nell’anno e l’ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000. Il **tasso di natalità**: rapporto tra il numero dei nati vivi dell’anno e l’ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

⁶ Sambo P., *op.cit.*, pag. 10.

restante 3,6% nei comuni della Val di Bisenzio), di questi il 3,2% proviene da paesi comunitari⁷. Nel complesso nella provincia pratese la comunità più numerosa è quella cinese, che con 10.948 residenti (1.538 in più rispetto al 2005; +16,3%) rappresenta il 41,9% del totale della popolazione straniera residente e si concentra soprattutto nel comune capoluogo (10.077 unità), in particolare nelle Circoscrizioni Centro (4.235 unità) ed Ovest (2.013 unità), e nei comuni di Montemurlo (329 unità) e Carmignano (274 unità). A seguire in ordine decrescente: albanesi, pakistani, marocchini, romeni e bengalesi⁸. Rispetto alla popolazione complessiva residente nel territorio provinciale i cittadini stranieri costituiscono il 10,7%, e si concentrano principalmente nel Comune di Prato che possiede la proporzione percentuale sul totale dei residenti più elevata (12,0%) (tabella 5); a livello nazionale e regionale la proporzione di stranieri sul totale della popolazione è rispettivamente pari al 4,5% e al 6,0%. Dal confronto con l'anno precedente (2005) la popolazione straniera è aumentata di 2.774 unità, con un incremento percentuale più elevato nei comuni di Cantagallo e Prato (rispettivamente del 17,4% e 12,8%). Sebbene tale incremento, rispetto all'andamento degli ultimi dieci anni, rappresenti il valore più basso (+11,9% rispetto al +24,0% del 2004 e il 18,3% nel 2005) resta comunque un dato esplicativo significativo della dinamicità demografica del territorio. L'aumento della popolazione straniera ha interessato tutti i comuni della provincia; in particolare, l'incremento maggiore in valori assoluti, è stato registrato nel Comune di Prato (+ 2.537 unità; nel 2005 la crescita è stata pari a 3.398 unità) mentre in termini percentuali l'aumento più significativo ha interessato il Comune di Cantagallo (+17,4%)⁹.

Tabella 5: *Stranieri residenti, proporzione sul totale della popolazione (31/12/2006)*

Comuni	Totale residenti stranieri	Ripartizione % per comune	Proporzione % su tot. Residenti
Cantagallo	135	0.50	4.60
Carmignano	766	2.90	5.80
Montemurlo	1.525	5.80	8.40
Poggio a Caiano	588	2.30	6.30
Prato	22.308	85.40	12.00
Vaiano	491	1.90	5.00
Vernio	305	1.20	5.20
Totale	26.118	100.00	10.70

Fonte: Osservatorio Immigrazione/Asel su dati Anagrafi Comunali

Nella provincia di Prato la **popolazione in età attiva** (ovvero con un'età compresa tra i 15 e i 64 anni) rappresenta il 66,6% della popolazione totale (a livello regionale e nazionale, secondo i dati Istat aggiornati al 01/01/06, la popolazione attiva è pari rispettivamente a 64,7% e 66,2%).

⁷ UE a 25.

⁸ Per un maggiore approfondimento, si veda: Sambo P., *op.cit.*, pag. 11.

⁹ *Ivi.*

Tabella 6: Popolazione residente nei comuni della provincia di Prato per classi di età e popolazione attiva al 31/12/2006.

Comune	Popolazione residente	0-14 anni	15-64 anni	>64 anni	Popolazione attiva (%)
Cantagallo	2.930	337	1.876	717	64.03
Carmignano	13.238	2.011	8.930	2.297	67.46
Montemurlo	18.050	2.510	12.227	3.313	67.74
Poggio a Caiano	9.385	1.244	6.456	1.685	68.79
Prato	185.660	25.283	123.490	36.887	66.51
Vaiano	9.831	1.154	6.546	2.131	66.59
Vernio	5.939	652	3.751	1.536	63.16
Totale	245.033	33.191	163.276	48.566	66.63

Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale di Prato, *Dossier Statistico Sociale 2007*.
www.provincia.prato.it/w2d3/internet/cache/provprato/internet2/index.html?flidid=503

Nella tabella 7 sono riportati gli **indicatori di struttura** della popolazione residente nei comuni della provincia di Prato.

Tabella 7: Indicatori di struttura della popolazione¹⁰

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza senile	Indice di dipendenza giovanile
Cantagallo	2.13	0.56	0.38	0.18
Carmignano	1.14	0.48	0.26	0.23
Montemurlo	1.32	0.48	0.27	0.21
Poggio a Caiano	1.35	0.45	0.26	0.19
Prato	1.46	0.50	0.30	0.20
Vaiano	1.85	0.50	0.33	0.18

¹⁰ L'**indice di vecchiaia**, utilizzato come stima del grado di invecchiamento di una popolazione, è dato dal rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni);

l'**Indice di dipendenza strutturale**, è dato dal rapporto tra la parte di popolazione non attiva (minori di 15 anni e maggiori di 64 anni) e quella potenzialmente attiva (15-64 anni), e viene utilizzato come indicatore del peso che la fascia di popolazione potenzialmente attiva deve sostenere per il mantenimento della popolazione fuori dal mercato del lavoro;

Gli **indici di dipendenza senile** e quello **giovanile** rappresentano due coefficienti del precedente indicatore, e sono dati rispettivamente dal rapporto tra popolazione anziana (over 65) su popolazione attiva e tra popolazione giovanile (minori di 15 anni) su popolazione attiva.

Vernio	2.36	0.58	0.41	0.17
Totale	1.46	0.50	0.30	0.20

Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale di Prato, *Dossier Statistico Sociale 2007*.
www.provincia.prato.it/w2d3/internet/cache/provprato/internet2/index.html?fldid=503

I comuni più “giovani” sono Carmignano, Montemurlo e Poggio a Caiano mentre l’indice di vecchiaia più elevato si registra nei comuni di Vernio e Cantagallo, dove la popolazione anziana rappresenta circa un quarto della popolazione complessiva (rispettivamente 25.3% e 24.5%). L’indice di dipendenza strutturale, che indica il peso che la fascia di popolazione potenzialmente attiva deve sostenere per il mantenimento della popolazione fuori dal mercato del lavoro, è più elevato a Vernio (0.58) e Cantagallo (0.56).

Nel capoluogo l’indice di dipendenza strutturale è pari allo 0.50 con un’incidenza della componente anziana della popolazione più elevata di quella giovanile.

«L’**economia** dell’area pratese è strettamente legata all’andamento del settore tessile/abbigliamento, come dimostra il fatto che le aziende di questo settore costituiscono circa l’80% delle aziende manifatturiere ivi presenti. Il distretto tessile di Prato (comprendente i Comuni di Prato, Montemurlo, Vaiano, Vernio, Cantagallo, Poggio a Caiano e Carmignano della provincia di Prato, di Agliana, Quarrata e Montale della provincia di Pistoia; di Campi Bisenzio e Calenzano della provincia di Firenze) è il più importante centro dell’industria Tessile Abbigliamento in Italia. Da alcuni anni, tuttavia, il distretto sta attraversando una fase di forte trasformazione e riorientamento causata, in gran parte, dall’andamento negativo del settore tessile e manifatturiero, con forti ripercussioni su volumi produttivi, esportazioni e livelli occupazionali. Tali difficoltà sono evidenziate dai dati occupazionali che evidenziano una significativa flessione negli ultimi anni.»¹¹

A livello provinciale il **tasso di occupazione** nel 2006 era pari al 63,8%; in calo rispetto all’anno precedente quando il tasso di occupazione aveva raggiunto il 65,7%, aumentando di 2.1 punti percentuali rispetto al 2004. Anche il **tasso di disoccupazione** (5.9%) ha fatto registrare un calo rispetto al 2005 (6.2%) riavvicinandosi al dato del 2004 (5.6%); tuttavia se si analizza il dato alla luce delle differenze di genere si nota come ad essere in calo è la disoccupazione maschile mentre quella femminile è in netta crescita¹².

Tabella 8: Tassi di disoccupazione e occupazione, confronto tra provincia di Prato, Toscana e Italia - 2006 (%)

	Tasso di Occupazione	Tasso di Disoccupazione
Provincia di Prato	63.8	5.9
Toscana	64.8	4.8
Italia	58.4	6.8

Fonte: Rilevazione Forze Lavoro – Istat.

¹¹ Osservatorio Sociale Provinciale di Prato, *Dossier statistico sociale 2007, Lavoro e Previdenza*, pag. 1.
www.provincia.prato.it/w2d3/internet/cache/provprato/internet2/index.html?fldid=503

¹² Il **tasso di disoccupazione maschile** nel 2004 era pari al 3.3%, nel 2005 è aumentato fino al 5.5% per attestarsi al 2.5% nel 2006, mentre il **tasso di disoccupazione femminile** dopo aver fatto registrare un calo nel 2005 passando dal 9.1% del 2004 al 7.2% del 2005 è aumentato nel 2006 fino al 10,6%.

A livello comunale i dati più recenti disponibili si riferiscono al censimento realizzato dall'Istat nel 2001 e sono riportati nella tabella 9. I comuni di Montemurlo e Prato sono quelli dove il tasso di disoccupazione è più elevato (rispettivamente 5.96% e 5.68%) mentre i comuni con il più elevato tasso di occupazione sono Carmignano e Montemurlo (rispettivamente 54.15% e 53.80%).

Tabella 9: tassi di occupazione e disoccupazione nei Comuni della provincia di Prato (2001)

Comune	Tasso di occupazione	Tasso di disoccupazione
Cantagallo	48.20	4.97
Carmignano	54.15	4.25
Montemurlo	53.80	5.96
Poggio a Caiano	52.57	4.55
Prato	51.36	5.68
Vaiano	49.85	4.90
Vernio	45.91	4.52
Provincia di Prato	51.50	5.51

Fonte: Istat, Censimento 2001

Tabella 10: Indicatori sull'occupazione nella Provincia di Prato, confronto provincia di Prato, Toscana, Italia (valori %).

Territorio	Occupati in agricoltura per 100 occupati	Occupati nell'industria per 100 occupati	Occupati nei servizi per 100 occupati
Prato	0.70	49.68	49.62
Toscana	3.68	32.23	64.09
Italia	4.88	31.82	63.30

Fonte: Istat, Rilevazione trimestrale sulle forze lavoro, anno 2003

Come l'economia anche la società pratese sta vivendo negli ultimi anni delle profonde trasformazioni. In particolare la struttura della «famiglia tende a ridurre le sue dimensioni ed a

nuclearizzarsi, svincolandosi quindi almeno apparentemente dalla tradizionale forma della famiglia e dai legami interfamiliari su cui si è imperniato lo sviluppo del distretto industriale»¹³.

Negli anni si è infatti registrata una costante diminuzione del numero dei componenti delle famiglie residenti nei comuni della provincia di Prato. Tendenza, questa, in linea con i cambiamenti della struttura familiare che si stanno verificando a livello nazionale in risposta al processo di modernizzazione degli stili di vita e delle abitudini familiari. In particolare:

«nella specificità pratese tra i vari fattori concomitanti che possono incidere su questi cambiamenti rientrano sicuramente le trasformazioni dell'assetto economico del distretto (ad esempio, l'incertezza lavorativa, unita al costo della casa ed alla mancanza di adeguate alternative di edilizia sociale su misura per le giovani coppie, fa sì che molti giovani, anche in età adulta, continuino a vivere con i genitori, ritardando la formazione di un proprio nucleo familiare), ma anche le più elevate aspettative di vita prodotte negli individui non solo dai più alti livelli di istruzione ma anche dai processi di globalizzazione culturale. Non ultimo fattore, quando si tratta di cambiamenti della struttura familiare, è la progressiva emancipazione della donna dai suoi ruoli tradizionali.»¹⁴

Tabella 11: Dimensione media per numero di componenti delle famiglie residenti nei comuni della provincia di Prato – Confronto tra 31/10/01 (Censimento Istat) e 31/12/06 (Anagrafi comunali)

Comune	Dim. Media famiglie 2001	Dim. Media famiglie 2006
Cantagallo	2.51	2.36
Carmignano	2.76	2.70
Montemurlo	2.96	2.82
Poggio a Caiano	2.93	2.76
Prato	2.68	2.55
Vaiano	2.73	2.63
Vernio	2.42	2.36
Totale provincia	2.71	2.58

Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale di Prato, *Dossier Statistico Sociale 2007*.
www.provincia.prato.it/w2d3/internet/cache/provprato/internet2/index.html?fldid=503

1.2 Architettura Istituzionale

I sette comuni della Provincia di Prato e la Azienda Unità Sanitaria Locale n. 4 di Prato mono-zona, hanno costituito nel dicembre 2003, sotto forma di Consorzio pubblico, la **Società della Salute dell'Area Pratese** (S.d.S.A.P. o più semplicemente S.d.S.), sulla base delle linee indicate dal Piano Sanitario Regionale 2002-2004, dal Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004 e dall'Atto di indirizzo regionale¹⁵ per l'avvio della sperimentazione delle Società della Salute¹⁶.

¹³ Sambo P., *op.cit.* pag. 21.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Atto di indirizzo assunto con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 155 del 24 settembre 2003.

In Toscana le Società della Salute attualmente in fase di sperimentazione sono 19¹⁷, rappresentano la scelta della Regione di sviluppare l'integrazione del sistema sanitario con il sistema socio assistenziale e si fondano su tre scelte politiche che costituiscono i pilastri della Società della Salute:

- il decentramento della Regione verso i Comuni del governo della salute (essendo la parte sociale già appannaggio dei Comuni) coinvolgendo in pieno i Comuni sulle scelte di programmazione e sul controllo delle risorse sanitarie;
- l'integrazione di soggetti diversi e delle politiche per il benessere dei cittadini, collegando tra loro non solo il settore sanitario e sociale ma anche quelli relativi alla casa e al lavoro;
- l'azione sui determinanti di salute anche non sociosanitari (classificati da Macaluso in: non modificabili, socio-economici, ambientali, stili di vita, accesso ai servizi. Come: ambiente, traffico, casa, formazione, lavoro, cultura, sport) che sono di competenze e governo dei Comuni¹⁸.

I principi sanciti dall'art. 3 della L. 328/00 per la programmazione degli interventi e delle risorse¹⁹ sono dunque perseguiti in ambito pratese attraverso la sperimentazione della Società della Salute; sebbene si possa dire che tale sperimentazione raccolga i dettami dell'originaria legge 833/78 (E. Ranci Ortigosa 2004)²⁰.

L'articolo 1 dello Statuto della Società della Salute dell'Area Pratese sancisce che la sua costituzione avviene «per l'esercizio delle funzioni di indirizzo, programmazione e governo delle attività socio-assistenziali, sociosanitarie, sanitarie territoriali e specialistiche di base relative alla zona-distretto

¹⁶ A livello normativo, la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41, « Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale», all'art. 36 afferma che «la Regione sostiene ed incentiva forme innovative di gestione unitaria dei servizi sociali e sanitari denominate, ai sensi dell'articolo 65 della L.R. 40/2005, Società della salute, basate su modalità organizzative e di governo integrate tra comuni e aziende unità sanitarie locali, promuovendo la partecipazione attiva dei comuni e delle aziende unità sanitarie locali per quanto riguarda la conoscenza dei bisogni, la messa a disposizione delle risorse e l'assolvimento degli impegni.».

¹⁷ Lunigiana (Azienda Usl 1 Massa e Carrara); Valdinievole (Azienda Usl 3 Pistoia); Pratese (Azienda Usl 4 Prato); Alta Val di Cecina (Azienda Usl 5 Pisa); Pisana (Azienda Usl 5 Pisa); Val d'Era (Azienda Usl 5 Pisa); Bassa Val di Cecina (Azienda Usl 6 Livorno); Val di Cornia (Azienda Usl 6 Livorno); Val di Chiana Senese (Azienda Usl 7 Siena); Casentino (Azienda Usl 8 Arezzo); Valdarno (Azienda Usl 8 Arezzo); Amiata Grossetana (Azienda Usl 9 Grosseto); Colline Metallifere (Azienda Usl 9 Grosseto); Fiorentina Nord-Ovest (Azienda Usl 10 Firenze); Fiorentina Sud-Est (Azienda Usl 10 Firenze); Firenze (Azienda Usl 10 Firenze); Mugello (Azienda Usl 10 Firenze); Empolese (Azienda Usl 11 Empoli); Valdarno Inferiore (Azienda Usl 11 Empoli).

¹⁸ C. Macaluso, *La Società della salute dell'area pisana. Caratteristiche e processo di governo del territorio*, in *La Rivista delle Politiche Sociali, Il sistema socio-sanitario in Italia*, n.1/2007, pagg. 251-263.

¹⁹ I principi sono: «coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento lavorativo»; «concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4 (il terzo settore, ndr.), che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali (...), nonché le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio Sanitario Nazionale» (comma 2); infine, comuni, regioni e Stato devono «favorire la pluralità di offerta dei servizi, garantendo il diritto di scelta fra gli stessi servizi» e consentire «l'eventuale scelta di servizi sociali in alternativa alle prestazioni economiche» (comma 4).

²⁰ Il sistema di riforma sanitaria introdotto dalla legge 833/1978 sottolineava l'esigenza dell'integrazione socio-sanitaria e prescriveva la necessità di realizzare un sistema generale istituzionale e organizzativo dei servizi sanitari impegnati a proteggere, tutelare, restaurare la salute dei cittadini.

dell'Area Pratese, nonché delle funzioni di gestione diretta dei servizi e delle attività suddette secondo la convenzione con gli enti attualmente titolari»²¹.

Attraverso l'utilizzo sperimentale²² di tale strumento consortile, gli enti associati intendono perseguire l'obiettivo primario «della salute e del benessere fisico, psichico e sociale dei cittadini» con il governo unitario delle risorse. Inoltre, la S.d.S.

«è diretta a realizzare gli ulteriori obiettivi contenuti nel Piano Sanitario Regionale, in particolare:

- il coinvolgimento diretto delle comunità locali;
- il coinvolgimento di nuovi soggetti e l'integrazione tra pubblico e privato;
- l'universalismo ed equità dei servizi offerti;
- la garanzia di qualità e di appropriatezza dei servizi;
- il governo della domanda;
- il controllo e la certezza dei costi;
- lo sviluppo dell'imprenditorialità *no-profit*»²³.

L'assetto istituzionale della S.d.S. dell'area pratese riprende quello tipico dei consorzi: un Presidente, una Giunta, un Direttore e un Revisore dei Conti. La Giunta (organo istituzionale di governo composta dai rappresentanti degli enti consorziati, ovvero: assessori o sindaci dei sette Comuni dell'Area e il Direttore Generale dell'Azienda USL) ha assunto, con l'esclusione della rappresentanza aziendale, le funzioni e le competenze attribuite all'articolazione zonale della conferenza dei sindaci²⁴. Ad essa spettano le funzioni di indirizzo, programmazione, controllo, e approvazione degli atti fondamentali della S.d.S., mentre il Direttore, coadiuvato dallo staff di Direzione e dal gruppo tecnico di supporto²⁵, svolge le funzioni di coordinamento, elaborazione dei piani, dei programmi e degli indirizzi operativi, di controllo, di negoziazione e autorizzazione dei budget delle strutture organizzative, nonché la responsabilità dell'attuazione dei provvedimenti assunti dalla S.d.S.²⁶.

A livello tecnico, la segreteria tecnica è stata sostituita dall'Ufficio di Piano cui compete la delicata funzione di regia del processo di programmazione e di progettazione partecipata delle politiche integrate locali. L'Ufficio di Piano dell'ambito pratese è costituito da una coordinatrice²⁷ e da tre

²¹ Articolo 1 dello Statuto della Società della Salute dell'Area Pratese. www.sds.prato.it

²² «L'attività del Consorzio ha carattere sperimentale, così come previsto dal Piano Sanitario Regionale 2002/2004 e dal relativo atto di indirizzo per la sperimentazione della S.d.S., di cui alla deliberazione del Consiglio Regionale della Toscana n. 155 del 24 settembre 2003. Nella fase di avvio della sperimentazione, l'attività del Consorzio riguarderà le funzioni di indirizzo, programmazione e governo del sistema sociale e sanitario e di orientamento della domanda. **Le funzioni di gestione dei servizi relativi potranno essere trasferite solo dopo l'avvio della fase di sperimentazione** e previa attivazione della procedura di autorizzazione di competenza della Giunta Regionale. » (art. 2 dell'atto costitutivo della SdS dell'Area Pratese. www.sds.prato.it

²³ Art. 4, commi 1- 2, dello Statuto.

²⁴ Art. 36, comma 3 Legge regionale 24 febbraio 2005, n.41

²⁵ Lo **staff di direzione** è composto da: un esperto di pianificazione strategica e di programmazione; un esperto di controllo di gestione; un esperto di sistemi informatici e un esperto di comunicazione. Mentre il **gruppo tecnico di supporto alle scelte strategiche**, nominato dalla Giunta della S.d.S. tenendo conto delle diverse professionalità esistenti nel settore sanitario e sociale, viene convocato dal Direttore in forma plenaria ogni qual volta si verifichi la necessità di acquisirne il contributo tecnico professionale ai fini di rilevanti attività di programmazione (Art. 18 dello Statuto della S.d.S. A.P.).

²⁶ Art. 17, comma 4 dello Statuto della S.d.S. A.P..

²⁷ Dott.sa Fiammetta Zaniboni, coordinatrice dell'UdP e responsabile della progettazione delle politiche sociali del Comune di Prato, che ringraziamo per la Sua disponibilità e per le informazioni forniteci.

borsisti (in pianta stabile, attualmente due)²⁸ e ha assunto le funzioni di programmazione e governo della domanda.

Tra le funzioni della S.d.S. richiamate in precedenza vi è anche l'approvazione della Relazione annuale sullo stato di salute e di benessere sociale dell'ambito, il *Profilo di Salute*. Un documento tecnico-statistico che fotografa lo stato di salute dell'area pratese, raccogliendo ed elaborando i dati demografici, sanitari, sociali ed ambientali registrati nei territori e restituendo l'Immagine di salute del territorio. Per la sua redazione è stato sottoscritto, il 21 novembre 2005, un Protocollo di Intesa tra la Società della Salute e la Provincia di Prato²⁹.

Obiettivo del Protocollo è infatti l'utilizzo da parte della S.d.S. dei dati e delle conoscenze di competenza dell'Osservatorio Sociale Provinciale³⁰ al fine di redigere il documento di programmazione zonale. Per una lettura organica dei dati socio economici, ambientali e sanitari della provincia pratese e per la redazione del *Profilo* è stato costituito un gruppo di lavoro integrato formato da operatori dei tre soggetti principali detentori delle relative banche dati: il Comune di Prato (attraverso l'U.d.P.), l'Osservatorio Sociale Provinciale (che si è avvalso della collaborazione di un sociologo dell'ASEL) e la Azienda Usl (Dipartimento di epidemiologia). Inoltre sono stati organizzati tre *focus group* con "testimoni privilegiati" del privato sociale e delle istituzioni pubbliche tesi ad arricchire la parte relativa ai dati oggettivi (oggetti dei *focus* erano: "casa, lavoro, immigrati e povertà"; "Istruzione, stili di vita, dipendenze, ambiente e mobilità"; "salute mentale, anziani, traumi, minori e famiglie").

Il *Profilo* rappresenta dunque il ponte tra chi produce i dati e i decisori ed è pertanto uno strumento determinante per la costruzione del Piano Integrato di Salute (il documento di programmazione zonale negli ambiti di sperimentazione della società della Salute).

1.3 Forme organizzative e Gestionali

La **forma di gestione** dell'ambito pratese è dunque una gestione comunale associata ed integrata con la sanità. Tutti i comuni dell'Area hanno delegato alla Azienda Sanitaria la gestione dei servizi relativi a: anziani non autosufficienti, adulti disabili, tossicodipendenze, salute mentale e disabilità. Mentre i servizi relativi a: minori, sussidi, assistenza domiciliare, trasporto sociale, contributi alloggiativi e detenuti sono gestiti in proprio dal Comune di Prato e dalla Azienda Sanitaria per tutti gli altri comuni³¹. Tuttavia è il comune di Prato che per "opportunità", avendo maggiori risorse, si occupa della creazione ed erogazione di una serie di prestazioni-interventi (di inclusione sociale,

²⁸ Le tre borse di studio della Società della Salute Area Pratese sono: in sistemi informatici/informativi, in progettazione integrata e in epidemiologia.

²⁹ Il "Protocollo di Intesa tra la Società della Salute e la Provincia di Prato per le attività di programmazione socio-sanitaria a livello della zona socio-sanitaria – area pratese" rientra in quanto previsto all'art. 4 comma 5 dello Statuto della S.d.S. A. P. che afferma che in riferimento alle competenze assegnate dalla normativa regionale e nazionale, riguardanti la raccolta e l'organizzazione delle conoscenze dei dati sui bisogni e sulle risorse, la costituzione del sistema informativo dei servizi sociali, il monitoraggio e valutazione dell'offerta assistenziale (Osservatorio Sociale Provinciale), la S.d.S. istituisce permanenti rapporti di collaborazione con la Provincia di Prato.

Disponibile nel sito web della S.d.S. di Prato: www.sds.prato.it.

³⁰ Il rapporto di stretta collaborazione con la Provincia, formalizzato nel 2005 con la firma del Protocollo, risale tuttavia al periodo antecedente la costituzione della Società della Salute, quando veniva redatta la Relazione sociale, un documento, analogo al *Profilo*, sulla situazione socio-economica dell'ambito (Fonte: Intervista coordinatrice dell'UdP).

³¹ Piano Integrato di Salute, anno 2005, della Società della Salute dell'Area Pratese, pag. 27. www.sds.prato.it

povertà estreme, invalidità civile, adozioni) cercando di supplire alle difficoltà organizzative dei comuni più piccoli³².

Il **Piano Integrato di Salute (PIS)**, di cui all'articolo 21 della L.R. 40/2005, è lo strumento con il quale sono integrate le politiche sociali di ambito zonale con le politiche sanitarie a livello di zona-distretto e in caso di sperimentazione delle Società della salute costituisce lo strumento unico di programmazione locale della zona-distretto³³. Attualmente, fino al termine del 2007, nell'ambito pratese è in vigore il PIS 2005 approvato con delibera n. 9 del 19 dicembre 2005 dalla Giunta della S.d.S. dell'Area pratese.

Il PIS si configura come il "piano regolatore" dei servizi sociali e socio-sanitari della zona e come strumento di *governance* a più livelli tra istruzioni e soggetti della società civile che partecipano alla costruzione del sistema locale dei servizi e degli interventi sociali. Il principio guida del PIS è infatti quello di coinvolgere nella formazione del documento comunità di cittadini sempre più ampie e maggiormente consapevoli e in questa prospettiva la sua predisposizione si configura come *azione collettiva* che mobilita soggetti sociali tradizionalmente distanti dai più rilevanti processi decisionali³⁴.

Gli **organismi di partecipazione** della S.d.S. coinvolti durante la predisposizione del primo piano integrato sono: la *Consulta del Terzo settore* (istituita dalla Giunta ai sensi dell'art. 35 dello Statuto) e il *Comitato di partecipazione* (istituito dalla Giunta ai sensi dell'art. 36 dello Statuto e composta da membri rappresentanti della comunità locale, dell'associazionismo di tutela e soggetti rappresentativi dell'utenza, che non siano erogatori di prestazioni). A quest'ultimo spetta la verifica dei servizi erogati e il controllo della rispondenza ai bisogni dell'utenza; nella fase di programmazione è di sua competenza l'acquisizione dei dati statistici e di natura epidemiologica nonché l'espressione di pareri ed indicazioni e proposte di specifici progetti ed è per questo che il Comitato è stato coinvolto nella lettura del Profilo di Salute e nella scelta delle priorità da affrontare.

1.4 Identikit dell'AID emerso dai dati ufficiali

Nel paragrafo del PIS 2005 relativo la programmazione sono riportate le criticità dell'Area pratese emerse dalla lettura partecipata del *Profilo di Salute*, che, come anticipato precedentemente, ha visto coinvolti molti dei soggetti attivi nel territorio provinciale attraverso la costituzione di tre *focus group*. Focalizzando l'attenzione solo sul target oggetto del nostro studio le criticità segnalate riguardano:

- **«famiglia»**: i processi di nuclearizzazione della famiglie e la ridefinizione dei ruoli all'interno delle stesse determinano difficoltà nell'assolvimento delle responsabilità familiari-genitoriali. In particolare, oltre all'incremento delle famiglie unipersonali, costituite prevalentemente da anziani soli (che non rientrano nel nostro oggetto di studio) sono in aumento i nuclei familiari monogenitore, che evidenziano aspetti particolarmente problematici dal punto di vista delle politiche sociali. Tale tendenza è connessa anche al declino della stabilità e della istituzionalizzazione giuridica dei legami familiari che, come segnalato nella Relazione Sociale del PISR 2002-2004³⁵, si è verificata in modo più intenso in Toscana che in Italia.

³² Fonte: intervista alla coordinatrice dell'UdP.

³³ Art. 29, commi 3-4 della L.R. Legge regionale 24 febbraio 2005, n.41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale".

³⁴ PIS 2005, *Il sistema di partecipazione*, pagg. 10-11

³⁵ Il PISR, Piano Integrato Sociale Regionale, 2002-2004 è ancora quello attualmente in vigore.

Tabella 12: Numero di divorzi e separazioni nelle province toscane ogni 10.000 abitanti (2005)

Provincia	Numero
Arezzo	56,27
Firenze	48,26
Grosseto	72,76
Livorno	78,07
Lucca	88,05
Massa-Carrara	57,51
Pisa	58,79
Pistoia	68,11
Prato	82,7
Siena	45,17
Media Italia	55,81

Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale - Dossier statistico sociale 2007

In particolare, come risulta evidente dalla tabella 12, la provincia di Prato registra il secondo valore più alto in Toscana oltre ad essere la quinta provincia italiana per maggiore numero di divorzi e separazioni rispetto al numero di abitanti nel 2005. Secondo quanto rilevato dal censimento della popolazione e delle abitazioni del 2001, i nuclei familiari monogenitore nella provincia di Prato risultano essere 8.050 (ovvero l'11.8% del totale delle famiglie) e principalmente costituiti da madri che vivono con i figli (81% dei casi, ovvero 6.511 in valore assoluto contro i 1.539 casi in cui il genitore è uomo). La netta predominanza di nuclei monogenitoriali femminili è dovuta alla maggiore possibilità delle donne di ritrovarsi nelle condizioni di vedovanza (circa il 46% dei casi), ma anche di ottenere la tutela dei figli nei casi di separazione e divorzio (il 15% delle madri sole lo è per separazione legale, l'11% per divorzio e il 3% per separazione di fatto)³⁶ (figura 1).

Il problema delle “*madri sole*”, che secondo quanto emerso dalle interviste realizzate nell'ambito della presente ricerca si è rivelato prioritario³⁷, è stato oggetto di uno studio realizzato nel 2006 dall'Osservatorio Sociale Provinciale³⁸. Dall'analisi dei dati dei due ultimi censimenti (1991 e 2001) emerge che le madri sole residenti nel Comune di Prato in dieci anni sono aumentate del 52.3% passando da 3.378 nel 1991 a 5.146 nel 2001; rispetto al totale dei nuclei familiari anche la loro incidenza è aumentata passando dal 7.8% del 1991 al 10% nel 2001.³⁹

³⁶ Osservatorio Sociale Provinciale di Prato, Dossier statistico sociale 2007, *Demografia*, pag. 11.
www.provincia.prato.it/w2d3/internet/cache/provprato/internet2/index.html?fldid=503

³⁷ Coordinatrice Ufficio di Piano, Coordinatrice del Punto Unico di Accesso, Coordinatrice del Presidio territoriale Prato Centro, Assistente Sociale del Presidio territoriale Prato Centro.

³⁸ Baldanzi S., “*Con le mie forze. Uno studio sulle madri sole nella provincia di Prato*”, Le tele dell'Osservatorio Sociale Provinciale, n. 1, Prato, 2006.

³⁹ *Ivi*, pagg. 24-25.

Inoltre, attraverso l'utilizzo della tecnica delle storie di vita⁴⁰ dall'indagine condotta sono emerse le seguenti problematiche:

« - *l'occupazione femminile*: il lavoro significa indipendenza economica ed acquisizione di identità; purtroppo il lavoro della madre sole, spesso atipico e non facilmente cumulabile con altri aiuti, non è sempre sufficiente a difenderle dal rischio povertà;

- *la questione abitativa*: la casa come punto stabile delle loro vite, simbolo di protezione; dalle interviste emerge la richiesta di una politica più efficace di aiuti per gli affitti, di un'edilizia popolare con attese non estenuanti;

- *i servizi per la prima infanzia*: luoghi dove poter lasciare i figli anche per un paio di ore ad un costo inferiore rispetto a quelli spesso proibitivi delle baby sitter, con un'attenzione particolare ai periodi estivi e di festività; viene sottolineata la necessità [di] servizi più flessibili anche in base ai cambiamenti del mondo del lavoro;

- *la gestione dei tempi*: lavoro, trasporti, servizi commerciali, servizi all'infanzia;

i luoghi di incontro e di confronto: per rifarsi una rete di amicizie, vincere solitudine e paure, creare eventuali occasioni di incontro per rifarsi una vita affettiva;

- *l'informazione*: l'importanza di informare le donne delle loro potenzialità, dei servizi attivati sul territorio».⁴¹

- «**nuove povertà**»: emersione di nuove fasce a rischio povertà in quanto prive della protezione di una rete familiare (anziani, famiglie monoreddito con minori a carico, famiglie monoparentali ed immigrati). Nel Patto Territoriale, sottoscritto dal Comune di Prato, Azienda USL 4, ed esponenti del terzo settore, si riconosce...

«un aumento e diffusione dei rischi di povertà che si registrano in gruppi sociali che in passato sembravano esserne protetti: oltre alle tradizionali fasce di svantaggiati, si rivolgono ai servizi sociali nuovi soggetti o nuclei familiari, per i quali i redditi da lavoro inadeguati, condizioni di disoccupazione o sottoccupazione dei membri adulti, il basso livello delle pensioni, situazioni di precarietà abitativa incidono notevolmente sulla loro situazione economica. Senza considerare che le attuali [2003] trasformazioni socio-economiche del distretto industriale di Prato hanno accresciuto rischi di povertà anche per strati sociali finora ben integrati»⁴².

- «**casa**»: incremento delle situazioni di precarietà abitativa per quote crescenti della popolazione; esclusione abitativa per alcune categorie di soggetti (senza fissa dimora, immigrati, persone con disagio psichico) e saturazione del patrimonio di edilizia residenziale pubblica.

E' un problema emerso in modo drammatico solo negli ultimi anni anche in seguito all'incremento dei flussi di immigrati. Nel 2005 a Prato gli sfratti esecutivi sono stati 790, quasi tutti per morosità dell'affittuario. Secondo i dati elaborati dal Sunia, Prato è una della città italiane con più richieste di esecuzione di sfratto in proporzione al numero di famiglie residenti⁴³. Tra le province della Toscana Prato risulta quella con la minore disponibilità di alloggi di edilizia economica e popolare in proporzione al numero degli abitanti (7,9 alloggi ogni 1.000 abitanti, contro una media regionale di 14,7).

⁴⁰ Sono state condotte 25 interviste in profondità a donne accomunate dall'esperienza di trovarsi per un periodo più o meno lungo a crescere dei figli da sole. La più giovane intervistata aveva 23 anni mentre la più grande 47.

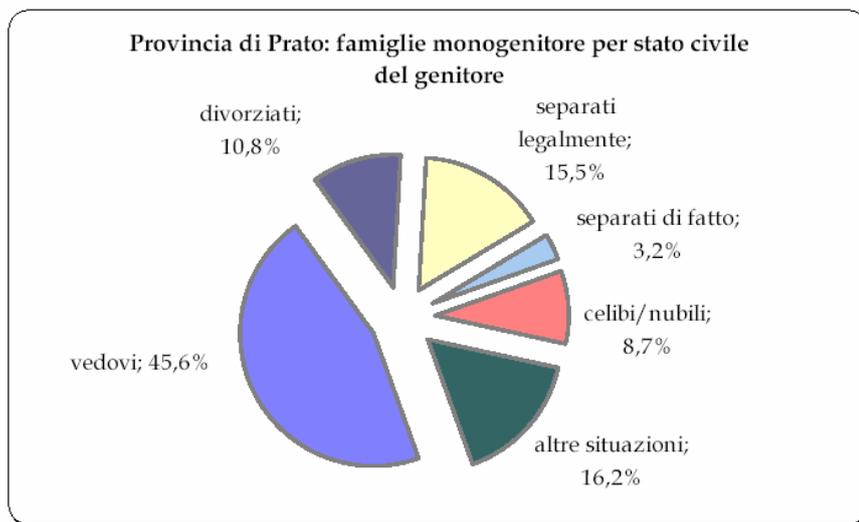
⁴¹ Società della Salute Area Pratese, *Aggiornamento Profilo di Salute 2007, Il sistema socio-demografico*, pag. 25.

⁴² Cfr. «*Patto territoriale per il contrasto della emarginazione e per l'inclusione sociale*», pag. 18.

⁴³ Società della Salute Area Pratese, *op. cit.*, pag. 46.

- «informazione»: necessità di un potenziamento dei circuiti informativi sulle modalità di accesso ai servizi socio-sanitari.

Figura 1: Famiglie monogenitore per stato civile del genitore



Fonte: Società della Salute Area Pratese, *Aggiornamento Profilo di Salute 2007*.

Con la crisi economica iniziata nel 2003, ed in particolare con la crisi del distretto industriale tessile, anche il **problema lavoro**, che nella provincia di Prato non aveva precedentemente costituito una priorità, inizia a diventare significativo. In particolare, oltre alle difficoltà incontrate dai giovani collegate alla precarizzazione del lavoro, diffusa è la difficoltà di re-inserimento lavorativo delle persone che per giustificato motivo oggettivo (cessazione dell'attività, riduzione di personale) sono state escluse dal mercato del lavoro⁴⁴. Sono circa 3.200 i lavoratori attualmente iscritti nelle liste di mobilità, persone (in media circa 1.000 l'anno) licenziate dalle aziende che ancora non sono riuscite a riposizionarsi sul mercato del lavoro.

«A questo numero devono aggiungersi altri 2mila disoccupati che, esaurito il periodo di mobilità (fino a 12 mesi per i lavoratori di età inferiore ai 40 anni, fino a 24 mesi per i lavoratori di età compresa tra 40 e 50 anni, 36 mesi per i lavoratori che hanno superato i 50 anni), non hanno trovato un nuovo impiego, nonostante gli sgravi fiscali previsti per le imprese eventualmente interessate ad assumerli. Soggetti in una situazione di forte disagio, che il distretto non è più in grado di riassorbire, e che, soprattutto se in età non più giovane, faticano a ricollocarsi in altri settori»⁴⁵.

Un'altra fonte di informazione sul disagio degli adulti nell'ambito pratese è rappresentata dal privato sociale, in particolare dall'Osservatorio Diocesano Caritas che rientra nel progetto MIROD (Messa In Rete degli Osservatori Diocesani), sviluppato dall'Osservatorio regionale Caritas e dalla Regione Toscana nell'ambito del programma di iniziativa regionale sulle "Reti di solidarietà e povertà estreme". Gli ultimi dati forniti dai Centri di ascolto Caritas (2006) evidenziano un incremento delle situazioni di disagio adulto, sia di ordine materiale (casa e situazione lavorativa) che immateriale (disagio psicologico e relazionale, con particolare attenzione alle rotture coniugali). Prendendo in

⁴⁴ PIS, 2005, pag.22

⁴⁵ Società della Salute Area Pratese, *Aggiornamento Profilo di Salute 2007, Il sistema socio-economico*, pag. 36.

considerazione la tipologia di utenza emerge che: la maggior parte delle persone che si rivolge ai centri è costituita da immigrati e un quarto da italiani (nel 2006 su 3.483 utenti il 24,8% è rappresentato da italiani e il 75,2% da stranieri); tra le persone prese in carico dalla Caritas si rileva una prevalenza della componente femminile (62,3%); le classi di età più rappresentate sono quelle tra i 25 ed i 34 anni e tra i 35 ed i 44 anni, mentre tra gli italiani quasi un terzo ha più di 55 anni⁴⁶.

1.5 Identikit dell'AID emerso dalle interviste agli operatori

Occorre prima di tutto segnalare che dalle interviste realizzate emerge una *difficoltà* del sistema di riconoscere le problematiche dell'adulto in difficoltà in quanto tale.

Per adulto si intende principalmente l'adulto solo; nella valutazione del bisogno e nella pianificazione dell'intervento personalizzato è infatti determinante, per la scelta della misura, per l'imputazione della spesa e del percorso da adottare, la presenza di un nucleo familiare o altri indicatori di rischio classici (dipendenza, detenzione ed ex-detenzione, disabilità).

Anticipando quanto sarà meglio approfondito nel paragrafo sul *welfare* d'accesso, le difficoltà dell'adulto, di tipo lavorativo, alloggiativo, economico, possono dunque ottenere risposta attraverso il ricorso a misure previste per altre "categorie" di utenza: famiglia, minori, dipendenze. Cercando di orientare la lettura del bisogno attraverso la lente dell'adulto in difficoltà, dalle interviste sono in ogni modo emersi dei profili di disagio presenti nel territorio.

Con la crisi del distretto tessile e la ristrutturazione del mercato del lavoro pratese, le **difficoltà lavorative** sono percepite in aumento, nonché fenomeno di recente emersione. In particolare, senza tener conto delle difficoltà di primo inserimento lavorativo (sicuramente presenti nel territorio e riguardanti i giovani, gli immigrati, soggetti poco qualificati e/o con difficoltà determinate da forme di dipendenza, disabilità, percorsi di fuori uscita dalla pena) viene rilevata una «forte presenza di soggetti in età lavorativa avanzata» (i «cinquantenni») che avendo perso il lavoro, a pochi anni dalla pensione, in seguito alla ristrutturazione del distretto tessile, non riescono a reinserirsi nel mercato del lavoro in quanto altamente qualificati per quel settore.

La difficoltà in questi casi si tramuta anche in difficoltà economica nella misura in cui pur riuscendo a trovare un'altra occupazione, questa non è tale da garantire lo stesso livello di reddito e quindi di benessere. In alcuni casi, è la donna (moglie) che entra, o rientra, nel mercato del lavoro cercando di coprire la fetta di stipendio mancante del marito, con lavori tuttavia a bassa qualifica professionale.

Un altro **disagio** in aumento in ambito pratese è quello **alloggiativo**. L'aumento del costo delle case sia in termini di affitto che di acquisto, unitamente ad una situazione lavorativa precaria o a bassa retribuzione, comporta situazioni di indebitamento e difficoltà di mantenimento delle spese assunte.

Sempre prescindendo dalle situazioni di povertà estrema, si tratta in questi casi di una «povertà nel sistema», ovvero di una povertà legata alle difficoltà dell'adulto di far fronte come singolo titolare di reddito alle spese relative all'alloggio e al mantenimento.

Un altro profilo di disagio dichiarato in aumento è quello delle **madri sole con figli** che, in seguito a vedovanza o interruzioni del rapporto coniugale, si trovano a dover affrontare il mercato del lavoro con le difficoltà di conciliazione dei tempi di cura e di lavoro che l'essere soli incrementa. Le difficoltà espresse sono dunque di gestione dei tempi di vita, di tipo lavorativo ed economico. Nei casi di separazione dal coniuge concorre a determinare il disagio economico, oltre l'eventuale condizione di disoccupazione, la difficoltà di ottenere dall'ex-coniuge l'assegno di mantenimento;

⁴⁶ *Ivi* pag. 42.

difficoltà che si rivela più elevata per quei casi in cui non si è scelto di procedere per vie legali per l'impossibilità di affrontarne le spese.

Negli ultimi anni, sono in aumento anche gli uomini che si rivolgono ai servizi sociali perché a seguito di interruzione del rapporto coniugale non riescono a far fronte contemporaneamente alle spese degli alimenti e al proprio mantenimento. Tendenze queste, individuate dagli operatori come elementi di cambiamento dei bisogni degli adulti negli ultimi anni.

1.6 La territorializzazione del *welfare* per gli adulti in difficoltà

L'impianto istituzionale di gestione associata ed integrata dei servizi socio-assistenziali e sanitari, che si è affermato con la costituzione della Società della Salute non ha inciso in modo determinante e specifico sulla programmazione delle misure per gli adulti in difficoltà⁴⁷. Le misure messe in campo dal Comune di Prato in favore delle nuove forme di povertà, derivano più dall'aver creduto e quindi investito nelle politiche di inclusione.

Quando si è costituita la S.d.S (dicembre 2003) era stato già definito il "Patto Territoriale per il contrasto della emarginazione e per l'inclusione sociale" sottoscritto nel 2004 (rif. 2.3), ed il progetto europeo «PERLA - Rete territoriale per l'inclusione», dalla cui esperienza nasce il "nucleo territoriale per l'inclusione sociale", era nella sua fase sperimentale.

Anche i rapporti con la Provincia consolidatisi nel 2005 attraverso la sottoscrizione del Protocollo di intesa tra la Società della Salute e la Provincia di Prato per la collaborazione tra il consorzio pubblico e l'Osservatorio sociale provinciale, si erano instaurati precedentemente per il perseguimento degli obiettivi del progetto PERLA. La stessa analisi del territorio provinciale, attività alla base della programmazione degli interventi, veniva già realizzata attraverso l'elaborazione della «Relazione sociale», oggi sostituita dal «Profilo di Salute».

Ciò nonostante, dal punto di vista della programmazione, da quanto emerge dal primo e ancora in vigore Piano Integrato di Salute (PIS 2005), non viene posta particolare attenzione da parte della SdS al disagio adulto. Sono stati infatti costituiti quattro «Tavoli di Salute»⁴⁸ sulla base delle quattro priorità individuate, ovvero: salute della donna, procreazione responsabile, infanzia e adolescenza; alimentazione del bambino, promozione della salute mentale; sostegno alla domiciliarità. Tuttavia, occorre ricordare che dal punto di vista dell'analisi delle criticità del territorio, come già riportato precedentemente (rif. 2.4), nel PIS è possibile riscontrare anche le problematiche ascrivibili al disagio degli adulti.

⁴⁷ Fonte: intervista alla coordinatrice U.d.P. della S.d.S.

⁴⁸ Nella Delibera di costituzione dei Tavoli (Delibera Giunta SdS Zona Pratese n. 21 dell'11/09/2006) era prevista la costituzione di 12 Tavoli (Anziani, Materno infantile, Disabilità, Immigrazione, Dipendenze, Salute Mentale, Alta marginalità, Contrasto violenza, Territorio e Ospedale, Casa e salute, Ambiente e salute, Lavoro e salute) da attivare con gradualità. Sulla base delle priorità individuate anche con la collaborazione dei rappresentanti del privato sociale ne sono stati costituiti attualmente quattro.

2. Servizio: l'accesso al sistema locale di servizi e interventi sociali

2.1 Il welfare di accesso

L'accesso, indicato dalla L. 328/2000 livello essenziale del sistema integrato di interventi e servizi sociali (art. 22, comma 4), è strettamente connesso all'esercizio dei diritti di cittadinanza e alla possibilità concreta di accesso universale alle prestazioni sociali disponibili sul territorio (Devastato 2005). La Toscana, con la L.R. n. 41/2005 stabilisce le modalità per l'accesso al sistema integrato (art. 7, comma1), sancendo che:

«I comuni, singoli o associati, in raccordo con i servizi territoriali della zona-distretto, di cui all'articolo 64 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale), attuano forme di accesso unitarie ai servizi del sistema integrato, al fine di assicurare:

- a) la presa in carico delle persone;
- b) la proposta di progetti integrati di intervento;
- c) l'erogazione delle prestazioni».

Come definito nel PISR 2007-2010 nell'ambito della trattazione degli interventi sociali e sanitari integrati, e già affermato nel PIS 2005 della S.d.S. Area Pratese:

«Il **criterio di accesso** al sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari è il bisogno, riconosciuto in termini di appropriatezza nell'accesso alle prestazioni [...] L'obiettivo generale del sistema integrato è quindi l'organizzazione, a livello di Zona/distretto di un percorso di accesso unitario ai servizi sanitari, sociali e socio-sanitari (PUA), attraverso specifiche modalità di accoglienza e di gestione della domanda, che saranno attuate ed incrementate secondo il principio di gradualità.»⁴⁹

Viene dunque confermato il distretto come fulcro per l'integrazione dei servizi sociali e sanitari e punto di riferimento unico per l'utenza. Il percorso assistenziale complessivo inizia a livello di distretto e prosegue per fasi successive in modo integrato con altri eventuali soggetti gestionali attraverso:

- ascolto della richiesta di intervento presentata dal cittadino e valutazione del bisogno;
- invio del cittadino al servizio socio-sanitario idoneo per la valutazione, la definizione del progetto personalizzato e l'individuazione delle risorse.

Nel territorio dell'ambito pratese, che comprende i sette comuni della provincia di Prato e coincide con la zona di competenza della Azienda USL 4, esiste un **punto unico di accesso** costituito da 9 punti di servizio con dislocazione territoriale molto capillare: 4 articolazioni territoriali coincidenti con le municipalità del Comune di Prato (Prato centro-est, Prato Nord, Prato ovest, Prato sud) e 5 presidi territoriali, ex distretti socio-sanitari (nei singoli comuni di: Carmignano, Montemurlo, Caiano, Vaiano e Vernio).

⁴⁹ Cfr. PISR 2007-2010, pag. 90.

Griglia descrittiva della porta d'accesso.⁵⁰

<p>Denominazione: Front office/Segretariato Ente titolare: Comune di Prato/Azienda USL 4 Funzioni e azioni: a) Informazione telefonica (<i>numero verde unico di riferimento per tutti i presidi e le articolazioni territoriali</i>); b) Informazione in loco c) Informazione tramite internet⁵¹ d) Accompagnamento e) Monitoraggio domanda al servizio f) Mappatura dell'offerta di servizi pubblici g) Mappatura dell'offerta di servizi privato sociale (<i>attraverso il Patto territoriale si è costituita una rete forte ed integrata con il privato sociale</i>) i) Collegamento con URP Informazioni tematiche (<i>c'è un invio reciproco</i>) k) Accesso diretto per alcuni servizi (<i>si, in caso di urgenze c'è un accesso immediato alla misura</i>) Risorse umane (professionalità): le risorse umane sono costituite da dipendenti del Comune e della Azienda USL 4. Le professionalità sono: Assistenti sociali; medici di medicina generale; gruppi multidisciplinari territoriali; mediatori culturali. Fonti finanziarie: Comune/ASL Integrazione interna ed esterna: c'è integrazione sia interna (tra i diversi sportelli che condividono le stesse procedure, schede-utenti, banche dati); che esterna (con i referenti del distretto ma anche con il privato sociale). Esternalizzazione: NO Funzionamento (organizzazione): All'interno di ogni articolazione e presidio è previsto un <i>front-office</i> con un assistente sociale che offre il servizio di prima accoglienza 3 volte la settimana (giorni dispari) cui l'utente può rivolgersi liberamente dalle 8.30 alle 10.30. Viene ascoltato il problema, compilata una prima scheda utente, (con indicati: data del contatto, dati personali; assistente sociale con cui ha avuto il colloquio; e assistente che lo prenderà eventualmente in carico), e preso un appuntamento con un assistente sociale per la valutazione del bisogno (che viene assegnato sulla base del cognome dell'utente o del minore, in caso di intervento su un nucleo con minori). L'assistente sociale che valuta il bisogno ed attiva eventualmente l'erogazione di un servizio/intervento compila una seconda scheda utente con i dati relativi alla persona per la quale si richiede la prestazione, alla composizione del nucleo, alla persona di riferimento (segnalante, volontario), motivo del ricorso, tipo di bisogno (urgente, sociale, sociosanitario) ed esito (eventuale appuntamento con l'assistente sociale che prenderà l'utente in carico, secondo due macro-aree: <ol style="list-style-type: none">1. Anziani (auto e non autosufficienti), disagio psichico, disabilità e adulti;2. Nuclei familiari con minori e minori soli.) Descrizione virtuale del percorso tipo di accesso unitario ai servizi ed integrazione delle responsabilità: <u>bisogno sociale semplice</u> L'assistente sociale competente per territorio valuta il bisogno, concorda il piano di intervento ed attiva l'erogazione di prestazioni e servizi sociali presso l'Ente erogatore; <u>bisogno sanitario semplice</u></p>
--

⁵⁰ Dietro indicazione degli operatori intervistati, in particolare della coordinatrice del punto unico di accesso, abbiamo analizzato ed effettuato le interviste in una sola porta d'accesso, l'articolazione *territoriale Prato centro - est*, indicata per la presenza di maggiori risorse e flusso di utenza e perché maggiormente rappresentativa della tipologia di domanda sociale di nostro interesse (ovvero problematiche abitative, lavorative).

⁵¹ Siti internet: S.d.S. area pratese www.sds.parto.it; Rete civica di prato www.po-net.prato.it; comune di Prato www.comune.prato.it/

Il medico di medicina generale valuta il bisogno, pianifica con l'assistito l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari, in forma domiciliare o ospedaliera;
bisogno complesso
Il gruppo multidisciplinare territoriale attiva la valutazione del bisogno, pianifica il piano di intervento personalizzato con il cittadino utente e con la sua rete familiare e/o parentale ed eroga prestazioni e servizi a valenza socio – sanitaria integrata.
Quale livello organizzativo (I e II): entrambi. Di primo livello (accoglienza e ascolto della richiesta e primo orientamento al sistema dei servizi pubblico e del privato sociale) e di secondo livello, come filtro ai servizi (*counseling*, progetto individualizzato e accompagnamento).
Sperimentazioni in corso: la porta unica di accesso è a regime. Tuttavia sul territorio, in risposta ad una forte sperimentazione della Regione Toscana⁵² in ambito di politiche socio-sanitarie integrate, è stato costituito un Punto Unico di Accesso (PUA) teso ad intercettare il bisogno di continuità di cura tra ospedale e territorio. E' costituito da una linea telefonica con operatori dedicati che dispongono di strumentazioni informatiche che permettono la messa in rete dell'unità di degenza e il Gruppo del progetto territoriale (ovvero, gli operatori del PUA del luogo di residenza della persona).

L'accesso al *welfare* in ambito pratese è dunque realizzato attraverso le articolazioni e i presidi territoriali, che assumono...

«la macrofunzione di porta unitaria di accesso alla rete dei servizi con modalità proattive e relazionali (accompagnamento e counseling)... [che] connette le domande ai servizi, i bisogni del singolo alle risorse formali e informali della sua comunità di appartenenza e che rimanda alla comunità il farsi carico dei bisogni emergenti dal territorio, come input permanente alla programmazione strategica»⁵³.

2.2 I luoghi informali di accesso

Da quanto rilevato sulla base delle interviste realizzate, non sono presenti nel territorio pratese luoghi di accesso ai servizi realmente informali; se non forse per alcune reti informali costituite da immigrati, che con il passaparola mettono al corrente i nuovi arrivati dei servizi presenti sul territorio⁵⁴. A Prato, in linea con la tendenza della Regione Toscana,

«la presenza di reti di impegno civico e di cooperazione, ha generato nel tempo un sistema di *welfare mix*, fatto di servizi pubblici ma forte anche di un apporto diffuso, sostanziale, concreto della società civile, vicina ai cittadini non soltanto nelle funzioni di *advocacy* ma anche offrendo risposte attive e strutturate ai bisogni»⁵⁵

Nel maggio del 2004 è stato sottoscritto dal Comune di Prato, dalla Azienda USL N°4 di Prato e da rappresentanti del privato sociale⁵⁶, il “**Patto Territoriale per il contrasto della emarginazione e per l'inclusione sociale**”, al fine di sancire formalmente la rete di protezione sociale che nel tempo si era andata consolidando nel territorio; una rete costituita da Enti pubblici e soggetti del Terzo

⁵² PIS – Sperimentazione di un modello di cure domiciliari.

⁵³ Devastato, *op.cit.*, pag. 356-7.

⁵⁴ Ipotesi avanzata dalle operatrici della porta d'accesso sulla base delle richieste puntuali ricevute da immigrati residenti da poco tempo nel territorio.

⁵⁵ Società della Salute Area Pratese, *Aggiornamento Profilo di Salute 2007*.

⁵⁶ Solidarietà Caritas, Caritas Diocesana, Cooperativa sociale “Ester”, Arci Nuova Associazione Comitato Provinciale di Prato, Coop. Sociale “Esperienze”, Coop. Sociale “La Bussola”, Associazione “G. La Pira”, Parrocchia S. Maria delle Carceri”, Società di S. Vincenzo De’ Paoli, Centro di Aiuto alla vita, Coop. Sociale “Alice”, Associazione “Il Casolare”, Coop. Sociale S.O.S. Casa. Associazione Amici di Suor Erminia, Centro di solidarietà di Prato, Associazione Comunità Emmaus.

Settore già attiva nella predisposizione dei piani di zona ed in una progettualità diffusa fondata su una sussidiarietà orizzontale praticata.

Con la sottoscrizione del Patto Territoriale si afferma in ambito pratese la nuova visione del rapporto tra Sistema istituzionale dei servizi e associazionismo solidale, «riconosciuto come affidabile nelle politiche di inclusione»; un rapporto ritenuto idoneo a consentire un'articolazione territoriale della rete di protezione sociale di prossimità per le persone in difficoltà, in grado di avere massima flessibilità rispetto ai bisogni e di valorizzare appieno le risorse umane ed economiche a disposizione del territorio.

La collaborazione tra pubblico e privato nelle politiche di inclusione sociale è perseguita anche al fine di sviluppare una qualità dei servizi che tenga conto della specificità e della complessità del singolo e che permetta di costruire percorsi personalizzati sulla base delle esigenze del singolo. Come riportato anche dalle assistenti sociali intervistate, esiste un continuo scambio tra il sistema pubblico dei servizi sociali e il privato sociale presente nel territorio al fine di trovare percorsi di realizzazione del piano personalizzato dell'intervento. Soprattutto quando i percorsi standardizzati del pubblico non permettono di dare adeguata risposta ai bisogni espressi, anche se, spesso, in particolar modo per le povertà estreme, l'utente arriva al pubblico quando il privato sociale non riesce più a sostenere l'intervento.

2.3 Le porte di accesso per gli AID

Non esistono sul territorio porte di accesso dedicate agli adulti in difficoltà, l'accesso al sistema è unico, avviene attraverso i presidi e le articolazioni territoriali strutturate in maniera accessibile a tutti senza barriere/distinzioni di categoria.

2.4 La codifica della domanda

La codifica della domanda avviene principalmente attraverso un **approccio categoriale** che riflette la suddivisione dei servizi sociali nelle due macro aree precedentemente descritte (rif. 3.1). Dopo il primo contatto con il *front office* che registra dati personali e motivo del contatto, viene fissato un appuntamento con un altro assistente sociale (assegnato sulla base del cognome dell'utente) il quale, dopo aver compiuto una valutazione del bisogno ne stabilisce la tipologia (sociale o sociosanitario) e la priorità, e provvede ad effettuare la segnalazione ad un assistente sociale di una delle due macro aree (così suddivise, una: anziani auto e non autosufficienti, disagio psichico, disabilità e adulti; e l'altra: nuclei familiari con minori e minori soli).

E' prevista una codifica della domanda anche attraverso il **Sistema Informativo Sociale** che tuttavia dopo la prima strutturazione del 2000 ha subito una battuta di arresto ed è ad oggi in fase di implementazione. Esso prevede tre categorie di utenza suddivise per età (minori, adulti e anziani) cui si aggiunge la tipologia di prestazione erogata.

All'interno del SIS viene creata una unica cartella utente identificata nominativamente, condivisa e costituita di due parti, una «sociale» relativa alle informazioni sull'utente e il bisogno espresso e un'altra «amministrativa» relativa all'istruttoria e all'esito degli interventi applicati. L'utilizzo a regime del SIS permetterà un monitoraggio più approfondito della domanda di accesso degli adulti e del «costo utente» per i servizi fruiti.

La codifica della domanda non è tuttavia rigidamente strutturata, in quanto sono presenti ed adottati anche un **approccio multidisciplinare** ed **in transizione** nei confronti dell'utente. Il primo è adottato nel caso di bisogno complesso (vedi griglia descrittiva delle porte d'accesso) e si

rende maggiormente necessario per utenti appartenenti alle categorie ricomprese nella macro area adulti, anziani, dipendenze, disabilità e salute mentale. Si può parlare anche di approccio in transizione poiché ci sono molti utenti con un lungo percorso assistenziale (vedi carriere assistenziali) che essendo perciò seguiti dai servizi sociali lungo il loro percorso di vita possono transitare da una categoria all'altra.

2.5 La risposta dei servizi

La cultura dei servizi sociali di Prato si basa sulla pratica dell'accoglienza e della risposta al bisogno espresso da ogni utente (la cultura del «*si interviene sempre!*»). Tuttavia le risorse economiche non sono illimitate ed i percorsi già precostituiti non sono sempre adeguabili alla molteplicità dei bisogni espressi, ma la procedura di risposta adottata, per così dire "standardizzata", è quella dell'intervento personalizzato.

Già negli anni '90, prima ancora della riforma quadro, la L.R. 72/97 prevedeva che si mettesse in campo una risposta "personalizzata" sulla base delle caratteristiche individuali, e quindi ogni volta diverse, dell'utente. Con la L.R. 41/2005 viene ribadita la necessità di un approccio individualizzato, di un approccio di «**counseling individuale**» per una progettazione personalizzata dell'intervento fondata su una valutazione globale del bisogno. La modalità di lavoro con cui i servizi intervengono sul bisogno non è mai definita una volta per tutte; si basa sull'attivazione di un processo di lavoro condiviso con l'utente, che è reso partecipe del proprio percorso di sostegno, percorso che non è mai definito una volta per tutte ma può essere sottoposto a verifica e modifica *in progress*.

Esistono misure a regime e percorsi standard applicati alle categorie di utenza appartenenti alle due macro aree più volte richiamate, e in prima istanza si cerca di dare risposta ricorrendo ad esse. Tuttavia il servizio non cerca di standardizzare quella domanda che non rientra nella programmazione degli interventi a regime, ma in questi casi cerca «di inventare una risposta e una soluzione» ricorrendo alle misure a regime, aderendo alla rete informale del territorio, oppure costruendo delle nuove risposte, che a volte diventano percorso sperimentale. Ed è perciò attraverso la personalizzazione dell'intervento che i servizi sociali cercano di dare risposta a tutta l'utenza che si presenta sebbene la temporaneità degli interventi, legata normalmente alla disponibilità delle risorse, nei casi di percorsi creati *ad hoc* generalmente risulti più breve.

In ambito pratese è avvenuta un'evoluzione nella risposta e ne è un esempio la sperimentazione sui contributi economici. In passato la valutazione del bisogno era correlata esclusivamente al bisogno economico e conseguentemente veniva realizzato un progetto di sostegno esclusivamente economico con durata definita e con fasce di contributo abbastanza fisse (es.: per una famiglia monogenitoriale con un minore a carico e con reddito da lavoro, il contributo era pari a 200 euro; mentre per una famiglia priva di reddito da lavoro e con un minore a carico il contributo ammontava a 400 euro al mese). Nel tempo la modalità di risposta ha subito un'evoluzione non solo per l'aumento delle richieste di sostegno economico ma anche perché il disagio stesso è divenuto più complesso e non meramente incentrato su quello di tipo economico. La sperimentazione consiste dunque in una valutazione separata dell'aspetto economico e dell'aspetto del bisogno successivamente integrata nella pianificazione del progetto di intervento individualizzato. L'adozione di questo *modus operandi* ha determinato una riduzione degli interventi economici che non significa riduzione del disagio bensì un utilizzo ponderato del sostegno economico messo a sistema con le altre situazioni di concreta difficoltà e con l'integrazione del supporto che una eventuale rete personale dell'utente può offrire, il tutto attraverso la valutazione e l'intervento di un gruppo multidisciplinare di professionisti.

3. Misure: gli interventi del welfare locale nei confronti degli adulti in difficoltà

3.1 Le misure per gli AID

Come emerso anche precedentemente, in ambito pratese non esiste una programmazione di servizi ed interventi sociali dedicata agli Adulti in difficoltà in quanto tali. Esiste tuttavia una serie di misure ed interventi attraverso i quali gli assistenti sociali danno riposta alla domanda sociale espressa da questa categoria di utenza che si inserisce in modo trasversale tra le altre previste dal servizio.

3.2 Contrasto alla povertà

Dai dati forniti dal Comune di Prato e dalla Azienda USL 4 (tabella 13) negli ultimi anni è evidente l'incremento del numero di adulti beneficiari di sussidi economici.

«Nel 2006 il costo complessivo sostenuto dai Comuni per l'erogazione di sussidi economici in favore di adulti è stato pari a circa 1 milione e 59mila euro (in media poco più di 2.000 euro a persona). Le richieste di sussidio economico provengono prevalentemente da soggetti caratterizzati da una forte precarietà lavorativa, da una bassa qualificazione professionale e da una scarsità di risorse familiari e personali. Tra i richiedenti vi sono inoltre spesso anche soggetti alle prese con problematiche di salute complesse»⁵⁷.

Tabella 13: *Adulti destinatari di contributi economici*

Comune	2004	2005	2006
Cantagallo	4	2	3
Carmignano	6	4	9
Montemurlo	12	16	14
Poggio a Caiano	9	10	12
Prato	186	331	442
Vaiano	17	17	20
Vernio	12	9	9
Totale	246	389	509
Fonte: S.d.S. Area pratese - <i>Aggiornamento Profilo di Salute 2007</i>			

⁵⁷ Società della Salute Area Pratese, *Aggiornamento Profilo di Salute 2007, Il sistema socio-economico*, pag. 40.

Contributo economico

La sperimentazione messa in campo dal Servizio Sociale professionale per l'erogazione dei contributi economici (cfr. 2.5) consiste nella valutazione separata del bisogno una volta riscontrato quello di tipo economico. L'obiettivo è quello di individuare altri elementi di fragilità concreta e di intervenire attraverso l'erogazione di un contributo economico unitamente all'attivazione di un percorso, per permettere all'utente di raggiungere l'autonomia nel più breve tempo possibile.

Alla base dell'erogazione di qualsiasi tipo di contributo economico, per ogni tipologia di utenza, vi è la valutazione della situazione economica attraverso gli indicatori ISE e ISEE⁵⁸.

Gli assistenti sociali delle porte di accesso provvedono a trasferire agli uffici amministrativi del Comune i dati dell'utente per la valutazione della situazione economica che avviene attraverso l'applicazione delle detrazioni previste dal regolamento per il calcolo dell'ISEE unitamente ad altre leggeremente maggiori, applicate sulla base di uno strumento interno del Comune (Sintesi Valutativa Economica, SVE). La pratica ritorna successivamente agli assistenti sociali che restituiscono all'utente l'ISEE, «strumento di accesso al servizio per gli aspetti economici».

Una misura prevista per le famiglie ma che si cerca di applicare anche agli adulti soli sono i contributi economici e alloggiativi in favore di nuclei familiari in difficoltà. Tale misura prevede l'erogazione di contributi economici a coloro che si trovano in temporanea difficoltà economica, sociale e/o lavorativa, e che non hanno quindi un reddito sufficiente a garantire le esigenze vitali del nucleo, siano esse riferite a componenti deboli (anziani, minori) o a tipologie di spesa ricorrenti (affitto) o straordinarie, per garantire un dignitoso inserimento nella vita sociale finché il momento di difficoltà non verrà superato. Requisito di accesso è avere una situazione economica familiare Isee non superiore a 5.460,26 euro. Il contributo viene accordato sulla base della situazione economica e del progetto di intervento individualizzato, attraverso il Regolamento che stabilisce anche la durata e l'ammontare del contributo stesso.

Microcredito

Il progetto *Microcredito* nasce dalla collaborazione tra Cittadinanzattiva, Caritas, Società di San Vincenzo de' Paoli, CariPrato e Fondazione Cassa di Risparmio di Prato. L'iniziativa si propone di finanziare i soggetti "non bancabili" con micro-prestiti fino ad un massimo di 5.000 euro, restituibili in cinque anni ad un tasso agevolato. Nel 2006 le richieste istruite sono state 85, di cui 63 accolte. Allo sportello per il microcredito si sono rivolte prevalentemente persone rimaste senza lavoro (soprattutto donne), rimaste indietro con il pagamento dell'affitto o della rata del mutuo, in difficoltà con il pagamento delle utenze (luce, acqua e gas) o delle spese odontoiatriche, ma anche persone che hanno contratto finanziamenti a tassi di interesse esorbitanti.

Sempre nel 2006 sono state 55 le domande presentate al Comune di Prato per l'accesso al Prestito sull'onore per famiglie in difficoltà economica. Il prestito può essere richiesto esclusivamente per far fronte a spese legate a cure mediche, istruzione e alloggio, per un importo massimo di 5.000 euro (gli interessi sono quasi interamente a carico del Comune, che ha stipulato una convenzione con la CariPrato). I soggetti ammessi ad usufruire dell'intervento sono le famiglie residenti nel Comune di Prato in possesso dei seguenti requisiti:

⁵⁸ L'ISE è l'Indicatore di Situazione Economica che viene calcolato tenendo conto del reddito, della situazione patrimoniale, delle spese di affitto e di mutuo per la prima casa e del numero di componenti della famiglia.

L'ISEE è l'Indicatore di Situazione Economica Equivalente e riconduce la situazione familiare ad un valore per i singoli componenti, in modo che si possano fare confronti tra nuclei familiari diversi per numerosità.

- nucleo familiare con figli minorenni, o in attesa di figlio
- redditi di lavoro o di pensione documentati
- assenza di altri prestiti in corso e di protesti
- proprietà di un solo alloggio
- reddito annuo lordo dell'intero nucleo familiare inferiore ai 20.000 euro.

Vengono comunque prese in considerazione anche situazioni di particolari difficoltà in deroga dei requisiti citati. Inoltre, anche la Regione Toscana istituisce periodicamente un bando per la concessione di **prestiti agevolati a tasso zero** per situazioni di difficoltà economica temporanea, tuttavia, attualmente, non ci sono bandi in corso.

3.3 Responsabilità famigliari

Anche per i problemi legati all'assolvimento delle responsabilità famigliari, in particolar modo le difficoltà di conciliazione dei tempi cura-lavoro, viene, come primo passo, valutata la situazione economica del nucleo familiare ed eventualmente erogato un contributo economico. Contestualmente vengono prese in considerazione diverse ipotesi in base alle necessità specifiche dell'utente. Può essere offerto un aiuto per l'inserimento del minore in un nido (aiuto nel reperimento informazioni, compilazione e presentazione della domanda), indicazioni per l'utilizzo della Banca del Tempo (dove è possibile trovare *baby-sitter*), oppure soluzioni diverse quali l'Affido part-time o il Servizio Educativo Individuale (S.E.I.).

L'affidamento viene infatti proposto non solo nel caso di situazioni di famiglie d'origine violente, ma anche per venire incontro ad esigenze di conciliazione dei tempi di cura e lavoro. Nella modalità di affido "part-time" possono essere previste infatti accoglienze diurne (ad esempio un bambino che dopo la scuola ha bisogno di essere seguito nei compiti o nel tempo libero), periodi di accoglienza estiva ed anche di fine settimana. Gli affidi "part-time" al 31.12.2004 erano 26 (22 nel 2003 e 17 nel 2002)⁵⁹.

Il servizio educativo individuale (S.E.I.) è rivolto a minori e adolescenti che a causa di problemi familiari, sociali e di disagio personale, oppure perché sono a rischio di emarginazione e devianza, necessitano di un sostegno educativo individuale e costante. L'educatore interviene fornendo aiuto e sostegno al minore e alla famiglia mediante la costruzione di un rapporto individuale costante modulato a seconda delle esigenze e delle difficoltà da superare (ad esempio difficoltà scolastiche, difficoltà di inserimento lavorativo, accompagnamento in percorsi formativi, pericolo di devianza). Il sostegno può durare per un periodo di tempo di due anni, due anni e mezzo. Nell'area pratese il servizio viene svolto da una A.T.I. costituita dalla cooperativa sociale «Alice», la Fondazione «Opera Santa Rita» e dalla cooperativa sociale «Pane & Rose».

E' inoltre prevista una forma di sostegno rivolta a gestanti e/o a madri con figli in tenera età che si trovano prive di supporti familiari e parentali. Attraverso l'accoglienza in strutture di accoglienza per donne in gravidanza e madri con figli piccoli (del privato sociale) viene proposta oltre alla soluzione abitativa, anche il recupero, il sostegno e l'attivazione delle competenze genitoriali. Il Servizio Sociale, in accordo con le madri, elabora un progetto di aiuto personalizzato per sostenerle nel recupero della propria autonomia e per fornire loro un appoggio nello svolgimento delle funzioni genitoriali. Il periodo di accoglienza può durare da sei mesi a un anno.

⁵⁹ Società della Salute Area Pratese, *Aggiornamento Profilo di Salute 2007*, pag. 129.

Esiste anche uno Sportello InformaDonna che eroga informazioni sui servizi e le iniziative sociali presenti nel territorio nell'ambito delle politiche di conciliazione famiglia-lavoro (www.annainformadonna.it). La creazione dello Sportello rientra nel progetto "Anna Informadonna" nato da un accordo tra il Comune e la Provincia di Prato con lo scopo di creare una rete tra tutti i soggetti che sul territorio si occupano di Pari Opportunità. A tal fine è stato stipulato un Protocollo d'Intesa⁶⁰ con alcuni enti, associazioni e organizzazioni che si impegnano a collaborare per promuovere una cultura di genere e delle pari opportunità tra uomini e donne.

3.4 Inserimento lavorativo

Percorsi di accompagnamento al lavoro

Nella zona pratese il modello dei percorsi di accompagnamento al lavoro è un modello sostanzialmente empirico/operativo⁶¹, che si è sviluppato nel corso degli anni a partire dai finanziamenti regionali e, in un primo tempo, impiegato per l'inserimento lavorativo di detenuti ed ex-detenuti in cooperative sociali di tipo B.

In una seconda fase, la collaborazione con il Centro per l'Impiego⁶² ha permesso di articolare maggiormente gli interventi, diversificando le tipologie di inserimento (tirocini formativi, assunzioni a tempo determinato, ecc.) e di estendere la platea degli interlocutori (anche ditte private). Attualmente i percorsi di inserimento al lavoro si basano essenzialmente sullo strumento delle "borse lavoro" (oltre che sugli inserimenti terapeutici, per esempio per soggetti con disagio psichico sociale o in situazione di handicap).

All'inizio dell'anno viene fornito al Servizio un budget finanziario da usare nel corso dell'anno per il sostegno agli inserimenti e da utilizzare secondo le direttive contenute nel Piano Esecutivo di Gestione (PEG), approvato dalla Giunta Comunale. Direttive flessibili che lasciano stabilire, a chi gestisce, il tipo di percorso e l'entità delle borse lavoro da concordare con gli organismi che assumono (Coop. Sociali e Ditte private). Il Servizio si è dotato di un esperto nei percorsi di inclusione, il quale opera in relazione con il suo omologo del Centro per l'Impiego della Provincia.

Il progetto delle borse-lavoro prevede lo svolgimento di tirocini retribuiti della durata di tre mesi (rinnovabili per altri tre mesi) presso aziende e cooperative; i soggetti beneficiari sono individuati su segnalazione dei Servizi Sociali, del Ser.T., del Dipartimento di Salute Mentale, del Centro per l'Impiego e dell'Ufficio di esecuzione penale esterna del Ministero di Giustizia. Nel 2006 le persone che hanno beneficiato di una borsa lavoro sono state 160⁶³ (in aumento rispetto al 2005: 110. Cfr. Servizi Sociali e Sanità del Comune di Prato "Le politiche di inclusione sociale nel Comune di Prato").

⁶⁰ <http://www.annainformadonna.it/progetto/?act=i&fid=1347&id=20060710153822110>

⁶¹ « [Manca] il necessario collante istituzionale che conferisca autorevolezza ai processi di inclusione, in modo che anche gli operatori di inclusione si sentano investiti di un "mandato forte" perché sentono dietro di loro il sostegno e la condivisione del livello politico/istituzionale. » (Cfr. Servizi Sociali e Sanità del Comune di Prato "Le politiche di inclusione sociale nel Comune di Prato").

⁶² Dagli incontri operativi tra Centro per l'impiego della Provincia, Azienda USL e Comune di Prato è scaturito un "Disciplinare operativo per la creazione di percorsi individuali di accompagnamento al lavoro di persone svantaggiate", che è servito come strumento di lavoro per gli operatori dei vari enti: Comune, Provincia (Centro per l'impiego), ASL (inserimenti socio-terapeutici), UEPE del Ministero di Giustizia. (Cfr. Servizi Sociali e Sanità del Comune di Prato "Le politiche di inclusione sociale nel Comune di Prato").

⁶³ Società della Salute Area Pratese, *Aggiornamento Profilo di Salute 2007*.

Tutto il sistema funziona in modo empirico: i singoli operatori dei diversi servizi contattano direttamente l'Esperto dei percorsi di inclusione che effettua colloqui con le persone inviate e collega i servizi inviati con le opportunità lavorative offerte dal territorio, utilizzando la sua esperienza e la sua conoscenza della realtà economico-sociale in cui opera.

Da un progetto europeo ormai concluso⁶⁴, si è costituito presso il Comune di Prato un "nucleo territoriale per l'inclusione sociale" costituito da *agenti di inclusione sociale*, da un coordinatore esperto in processi di inclusione e da un coordinatore socio/amministrativo per gli aspetti legati alla procedure e modalità attuative tecnico/amministrative. Attraverso il nucleo vengono realizzati percorsi di inclusione per soggetti svantaggiati soprattutto attraverso l'erogazione di borse-lavoro.

3.5 Disagio abitativo

Per far fronte all'emergenza abitativa, che come già accennato è emersa a Prato in modo drammatico solo negli ultimi anni, non è sufficiente l'edilizia residenziale pubblica ormai saturata, ed è dunque stata pianificata la costruzione di nuovi alloggi⁶⁵. Il patrimonio immobiliare gestito dalla società Edilizia Pubblica Pratese passerà così dagli attuali 1.830 alloggi (530 del Comune di Prato e 1.300 ex-ATER) ad oltre 2.000 alloggi, ovvero 9 alloggi ogni 1.000 abitanti, che difficilmente saranno però sufficienti a soddisfare le richieste di un numero sempre crescente di soggetti, spesso del tutto esclusi dal libero mercato dell'affitto, in quanto con introiti inferiori ai canoni stessi o comunque non tali da consentire di destinare il reddito residuo agli altri consumi⁶⁶. Le misure a sostegno del disagio abitativo previste, sono:

Alloggi temporanei per sfratto

Le persone sole e le famiglie disagiate, che hanno uno sfratto per morosità e non possono provvedere da soli a trovare un alloggio, possono essere inseriti in una sistemazione temporanea presso affittacamere, alberghi o *residences* con cui il Comune di Prato ha stipulato delle convenzioni.

La sistemazione viene accordata dai Servizi sociali sulla base di valutazioni economiche, del progetto di intervento e della disponibilità delle strutture, stabilendo la durata e l'entità della compartecipazione da parte del nucleo. Requisito d'accesso è un ISEE familiare non superiore a 5.460,26 euro. La sistemazione ha durata di sei mesi, prorogabili al massimo fino ad un anno. La domanda viene esaminata dall'assistente sociale e successivamente inoltrata all'Ufficio emergenza alloggiativa dei Servizi sociali per la valutazione finale.

Bando annuale contributi affitto (ex-legge 431/98)

Sulla base di un fondo nazionale istituito nel 1998, il Comune ogni anno pubblica un bando per l'assegnazione di contributi economici per il pagamento del canone di affitto della propria abitazione. Esistono inoltre contributi temporanei erogati dai servizi sociali del Comune di Prato. Può presentare domanda chi non è già assegnatario di un alloggio di edilizia residenziale pubblica e chi non ha ottenuto altri benefici pubblici di sostegno alloggiativo, erogati da qualunque ente e in qualsiasi forma. La graduatoria è distinta in due fasce, A e B, in relazione alla tipologia di reddito attestata dalla certificazione ISE/ISEE. I contributi vengono assegnati, fino ad esaurimento delle risorse disponibili, sulla base di tale graduatoria.

⁶⁴ Progetto *Perla*, iniziativa comunitaria Equal sull'asse dell'occupabilità che ha coinvolto i Comuni di Prato, Pistoia, Carrara e Livorno. <http://www.equalperla.it/>

⁶⁵ A Vergaio (32 alloggi), Poggio a Caiano (24), Tavola (72), Galciana (22 alloggi in locazione che si inseriscono in un più complesso programma integrato di intervento per 162 nuovi alloggi) e Vaiano (13), oltre al recupero delle strutture comunali di Villa Cipriani (13 alloggi) e via di Gello (18).

⁶⁶ Società della Salute Area Pratese, *Aggiornamento Profilo di Salute 2007*, pag. 43.

Associazione il Casolare

L'Associazione il Casolare opera dal 1996 come una vera e propria agenzia casa, attraverso un "fondo di garanzia" finanziato inizialmente dalla Regione Toscana e progressivamente dal Comune di Prato. Il Casolare attua un'attività di intermediazione facilitando l'accesso agli alloggi assumendoli in affitto e quindi subaffittandoli, senza incrementi, a cittadini italiani e stranieri individuati in accordo con il servizio di assistenza alloggiativa del Comune di Prato. Favorisce inoltre l'accesso alla casa a cittadini che reperiscono l'alloggio in modo autonomo, mediante l'erogazione, in tutto o in parte, dell'anticipo da versare alla proprietà e che dovrà essere restituito ratealmente durante il periodo di validità del contratto di affitto. Dalla sua costituzione ad oggi Il Casolare ha stipulato 175 contratti di affitto, ma le domande in giacenza sono oltre 400, con una maggioranza di stranieri ma con un incremento di domande da parte di italiani⁶⁷.

Mutui prima casa

Il Comune di Prato ha stipulato un accordo con la banca Cariprato per sostenere l'accesso dei giovani adulti alla prima casa, abbattendo gli interessi sui mutui. Nel 2004 (da gennaio a giugno quando sono esauriti i fondi a disposizione) sono stati stipulati 108 nuovi contratti di acquisto da parte di giovani coppie. In essere ad oggi sono circa 400⁶⁸.

3.6 Conclusioni analitiche e critiche: punti di forza e punti di debolezza delle misure per gli adulti in difficoltà

Punto di debolezza delle misure esistenti è principalmente l'assenza di una programmazione a sistema degli interventi orientati agli adulti in difficoltà, nonostante emergano dai monitoraggi della domanda sociale e dalla loro rielaborazione restituita nel Profilo di Salute, le criticità e il disagio degli adulti.

La programmazione sociale locale riflette tuttavia la pianificazione regionale (PISR), concentrata in modo più puntuale, in questo momento storico⁶⁹ sulla programmazione degli interventi a favore della non autosufficienza. Occorre sottolineare tuttavia che sia nel PISR 2007-2010 (Piano sociale regionale) che nel PIS 2005 (Piano sociale zonale) viene posta attenzione alle nuove forme di povertà e ai rischi ad esse connesse di esclusione ed emarginazione.

Come constatato attraverso le rilevazioni nel territorio, i servizi sociali tengono conto delle nuove forme di fragilità degli adulti ponendo molta attenzione, durante la valutazione del bisogno e l'elaborazione del piano di intervento individualizzato, alla presenza/assenza di una rete di sostegno personale dell'utente poiché una sua assenza criticizza le fragilità vissute (per esempio nel caso delle responsabilità familiari per le madri sole).

Punto di forza del sistema dei servizi è la cultura sottostante «*del si interviene sempre*» che determina una capacità da parte del servizio sociale professionale di trovare e dare in qualche modo risposta alle molteplicità di disagio presenti nel territorio.

In particolare, punto di forza da individuare nel modello di inserimento lavorativo, che come detto in precedenza è di tipo tecnico/operativo poiché privo di una «dimensione di Sistema», è la

⁶⁷ *Ivi*, pag. 46.

⁶⁸ *Ivi*, pag. 47.

⁶⁹ La Regione Toscana è infatti impegnata nella istituzione del Fondo per la non autosufficienza e nella elaborazione-definizione dei livelli e dei criteri per stabilire le soglie della non autosufficienza.

sburocratizzazione dei processi e dei procedimenti e quindi la massima adattabilità e flessibilità del modello stesso.

Punto di debolezza emerso dalle interviste realizzate ma anche individuato nel Profilo di Salute è la cronicità assistenziale. Da una valutazione integrata realizzata nel 2003 dal Comune di Prato e della Azienda USL, è emerso che più di un quarto degli utenti totali usufruiva di contributi economici da oltre 5 anni. Nel solo Comune di Prato, inoltre, il 6,9% degli utenti risultava in carico da oltre 10 anni. Inoltre per la maggioranza degli utenti al momento della rilevazione non erano previsti percorsi di uscita dall'assistenza. In un regime di risorse economiche sempre più limitate, la presenza di un numero significativo di famiglie in carico da così lungo periodo rappresenta certamente un elemento di iniquità, in quanto le risorse residue rischiano di non essere sufficienti per soddisfare i bisogni dei nuovi utenti.

Tuttavia la carenza di risorse economiche per soddisfare la domanda sociale, legata anche all'elevata cronicizzazione assistenziale, viene letta dagli operatori sociali del Comune di Prato non solo come una debolezza del sistema ma anche come un punto di forza, nella misura in cui la consapevolezza della temporaneità del sostegno sprona l'utente a percorrere nel più breve tempo possibile la via dell'autonomia.

Nella tabella 2 viene riportato il riepilogo della spesa (a consuntivo 2003) sostenuta dai Comuni dell'area pratese, per gli interventi sociali sia gestiti in proprio che delegati alla Azienda sanitaria. Tale spesa riportata nel documento di programmazione zonale della S.d.S., il PIS 2005, è costruita attraverso una ricomposizione delle cifre iscritte nella tabella (b) (Regione Toscana-Istat). Inoltre, il personale direttamente impiegato per servizi è ripartito proporzionalmente nei vari settori di intervento.

Tabella 14: Riepilogo spesa sociale anno 2003 (PIS 2005)

	Welfare d'accesso	Pronto intervento	Servizi comunitari	Servizi domiciliari	Servizi residenziali	Servizi semiresidenziali	Interventi economici	totale
Responsabilità familiari	464.875.64	78.000				183.227.48	1.407.809.44	2.133.912.66
Diritti dei minori	142.366.86		649.286.42	28.787.49	5.311.269.48	1.565.697.72	416.867.80	8.114.275.77
Anziani	261.266.03	30.000	1.433.469.53	1.429.571.48	476.147.55	5.241.705.08	217.442.93	9.089.602.60
Disabili	144.527.08	1.076.34	1.174.746.40	453.065.45	1.070.103.67	385.629.09	76.540.82	3.305.688.85
Immigrati			691.874.10		27.000	194.610	28.600	942.084.10
Dipendenze	113.031.01		14.416		24.273.49		1.669.08	153.389.58
Povertà	94.191.67	130.687.32	199.493.26			98.000	595.895.27	1.118.267.52
Salute mentale	65.551.65		204.910.24			333.805.50	25.854.69	630.122.08
Inclusione sociale	548.388.56		115.800	20.917.08	23.500	43.600	2.954.195.79	3.706.401.43
Azioni trasversali	746.024.20						71.432	817.456.20
totale	2.580.222.80	239.763.66	4.483.995.95	1.932.341.50	6.932.294.19	8.046.274.87	5.796.307.82	30.011.200.79

Spese per il personale di organizzazione	1.626.464.13
---	---------------------

TOTALE GENERALE	31.637.664.92
------------------------	----------------------

4. Conclusioni.

4.1 Territorializzazione del welfare e adeguatezza dell'accesso.

La sperimentazione della Società della Salute in ambito pratese non ha comportato cambiamenti nelle modalità di risposta dei servizi alla domanda proveniente dagli adulti in difficoltà. In particolare modo, come gli stessi operatori intervistati hanno dichiarato, risulta difficile per il sistema riconoscere e codificare l'adulto in difficoltà come categoria, in quanto non esistente nella programmazione sociale regionale e zonale.

Esiste tuttavia una profonda attenzione in ambito pratese alle nuove forme di povertà che si è concretizzata e formalizzata con il *Patto territoriale*. Caratteristica peculiare del welfare pratese è infatti la forte integrazione con la rete del privato sociale che affianca l'operatore pubblico nella realizzazione dell'intervento, permettendo di accogliere tutte le domande che si presentano alle porte di accesso, anche quei casi che non rientrano propriamente nelle categorie codificate o in cui le risorse economiche non sono sufficienti a risolvere il problema espresso.

Anche se non c'è completa corrispondenza tra le problematiche degli adulti in difficoltà e la codifica della domanda da loro espressa, non essendo prevista una categoria a loro dedicata, l'elaborazione da parte del servizio sociale professionale di un progetto di intervento individualizzato permette di valutare e mettere in campo altri tipi di risposte, o all'interno dei percorsi standard o attraverso l'elaborazione di risposte *ad hoc* ricorrendo a soluzioni in collaborazione con il privato sociale. Anche se in questi casi le misure adottate hanno una durata più breve.

Occorre però sottolineare che a livello di misure ed interventi esiste un gap nella programmazione sociale; anche se il servizio cerca di dare comunque una risposta e l'utente viene preso in carico, l'intervento è di breve durata. Lo stesso strumento di accesso ai contributi economici, la valutazione dell'ISE, risente della presenza di altri membri nel nucleo familiare (minori, persone non autosufficienti) aumentando così la possibilità di accesso alla prestazione economica in queste situazioni.

1. Territorio: «Area Grossetana».

Modalità di riconoscimento del bisogno sociale generale e specifico degli AID

1.1. Morfologia territoriale

La Zona socio-sanitaria “Area Grossetana” è composta da 6 comuni, Campagnatico, Castiglione della Pescaia, Civitella Paganico, Grosseto, Roccastrada e Scansano, dei 28 municipi in cui è suddiviso il territorio della provincia di Grosseto: nel complesso vi risiedono circa 100.000 cittadini, mentre 220.000 sono i residenti dell’intera provincia.

➤ Accennando agli aspetti socio-economici, dobbiamo prima di tutto considerare il fatto che l’Area Grossetana presenta un numero di imprese particolarmente elevato, circa 17.000 unità¹ che, rapportate al totale della provincia di Grosseto, ne costituiscono circa il 50%, la percentuale più accentuata tra le quattro zone in cui essa viene suddivisa, sia in termini socio-sanitari che politico-economici. Ad eccezione di quella Grossetana, infatti, le altre tre zone (“Amiata Grossetana”, “Colline Metallifere”, “Colline dell’Albegna”) sono istituzionalmente e politicamente aggregate in altrettante Comunità Montane, che riprendono il nome testuale delle zone, confermando l’esistenza di una progettualità e di una rete politico-istituzionale dei territori di competenza.² Dell’Area Grossetana fa parte il Comune capoluogo, il quale riveste un peso determinante, assorbendo il 67% delle imprese dell’area, e quasi un terzo di tutta la realtà imprenditoriale della intera provincia di Grosseto.

Il ruolo del Comune di Grosseto nell’ambito della zona è quindi di primaria importanza, ponendosi come centro di riferimento e di stimolo per tutte le attività economiche dell’area e per l’intera provincia. Entrando maggiormente nel dettaglio dei dati della zona, per quanto riguarda i settori economici più importanti in termini di numerosità di imprese, si distingue, in primo luogo, quello dell’agricoltura, seguito dal commercio e dalle costruzioni.

Nel settore primario dell’agricoltura³, insistono sull’Area Grossetana più del 40% del totale provinciale delle imprese registrate, di cui circa la metà si riferiscono a Grosseto. Un quarto delle imprese totali svolge invece attività commerciali, concentrate nel comune di Grosseto, con il 75,5% di unità sul totale. Analogamente, il terzo settore per incidenza sul tessuto imprenditoriale è quello delle costruzioni, nel quale rientrano circa 2.000 imprese, il 13% del totale, di nuovo concentrate in prevalenza nel comune di Grosseto che, infatti, ne assorbe il 77,5% del totale.

¹ *Crescita reale ed evoluzione strutturale del sistema economico*, Rapporto pubblicato da POLOS Grosseto (Osservatorio economico locale), a cura dell’Istituto Tagliacarne, in occasione della “5^ Giornata dell’economia” organizzata da Unioncamere il 10/05/2007. Anche i successivi dati riportati in questa parte sono tratti da suddetta ricerca.

² Il Decreto Legge che ha preso il nome dal Ministro Linda Lanzillotta, stabilisce che, in concomitanza con l’approvazione della Legge Finanziaria per il 2008, si dovrà provvedere ad una notevole riduzione di molti Enti Pubblici, con relativi consigli di amministrazione, compreso il 60% circa delle Comunità Montane: per la provincia di Grosseto, significherebbe la cancellazione della Comunità montana Colline dell’Albegna e di quella delle Colline Metallifere. Le istituzioni locali, unitamente a molte attività del mondo economico e associativo, si stanno muovendo per il loro mantenimento, alla luce della realizzazione dei progetti che le Comunità montane hanno realizzato dalla loro istituzione, determinando anche elemento essenziale delle politiche di sviluppo economico per i territori di competenza.

³ In provincia di Grosseto l’agricoltura è un settore tradizionalmente rilevante, vista la conformazione geografica del territorio, soprattutto al centro-sud, caratterizzato da ampie distese pianeggianti e fertili, la Maremma toscana su tutte, oltre che da diverse zone dell’entroterra collinare, dove negli ultimi anni si è sviluppato in modo quantitativo e qualitativo un settore vitivinicolo di rilievo a livello nazionale. I vini DOC e DOCG maremmani, dal Morellino di Scansano al Montecucco, l’ultimo vino che ha ottenuto la certificazione nel 1998, hanno raggiunto un livello di produzione tale da consentire discreti livelli di esportazione; di rilievo sono anche i recenti investimenti fatti sul territorio da produttori nazionali (Zonin), che hanno saputo ben valutare la peculiarità delle colline maremmane, battute dalle brezze e dai venti di mare, che costituisce l’habitat naturale di numerosi vitigni, tra i quali il Sangiovese ricopre la maggior produzione.

Segue, con un numero di imprese pari al 6-7% del totale, il settore manifatturiero, al cui interno spicca la concentrazione di imprese dell'industria alimentare, la quale comprende 289 unità, il 24,7% del totale, delle quali il 65,4% rientra nel comune di Grosseto. Con un numero di 145 imprese, il 12,4% del totale, il settore dei mobili risulta il secondo tra i diversi comparti manifatturieri ed oltre $\frac{3}{4}$ delle unità totali si riferiscono a Grosseto.

Una determinante essenziale per l'analisi dell'economia maremmana è la forte caratterizzazione in moduli e componenti stagionali. I più recenti studi hanno mostrato che le caratteristiche produttive della provincia di Grosseto presentano delle performance sempre migliori concentrate nel secondo semestre di ogni anno (riferito ai principali settori: agricoltura, manifatturiero, costruzioni, terziario, commercio e turismo) rispetto a quello del primo semestre. Ciò è dovuto, sostanzialmente, a tre fattori principali:

- la componente di domanda interna privata si concentra prevalentemente sulla spesa negli ultimi mesi dell'anno ("effetto Natale") e, in particolare, sulla "domanda turistica" nei mesi estivi di luglio e agosto;
- il settore della filiera agroalimentare ha un peso rilevante nell'economia provinciale ed è interessato da intensi fattori stagionali;
- il basso peso del settore manifatturiero e la sua scarsa apertura verso l'estero.

➤ Un altro elemento di riflessione, di tipo invece demografico, si fonda sul tendenziale invecchiamento della popolazione della provincia di Grosseto, che vede il peso sul totale della popolazione della classe over 65 passare dal 20,6% del 1991 al 24,9% del 2005. Un fenomeno dovuto alla bassa natalità da un lato e all'allungamento della speranza di vita dall'altro. Ciò ha determinato una riduzione del peso sulla popolazione totale della classe 0-14 (dall'11,5% nel 1991 all'11% del 2005) e della popolazione in età lavorativa (il peso della classe 15-64 anni si è ridotto dal 68% del 1991 al 64,1% del 2005). Il risultato di sintesi di un simile processo è riassunto nel più elevato indice di vecchiaia (227,8) presente in Toscana (192), con valori quasi doppi rispetto al dato nazionale (140,4).

Tab. 1 - L'indice di vecchiaia nelle province toscane ed in Italia (2005)

Grosseto	227,8
Siena	214,4
Massa Carrara	211,5
Livorno	207,4
Firenze	191,1
Lucca	189,9
Arezzo	185,2
Pisa	184,4
Pistoia	182,7
Prato	146,9
Toscana	192,0
ITALIA	140,4

Fonte: Istat

Un altro dato significativo è rappresentato dall'elevato tasso di occupazione, pari a circa il 62%, più alto della media italiana (57,5%) e tra i più elevati tra le province toscane, con punte del 75,4% del tasso di occupazione maschile ma con un valore dell'occupazione femminile molto basso (48,4% contro un dato regionale del 54,1%).

1.2. Architettura Istituzionale

Al fine di assicurare la gestione associata dei servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e delle politiche sociali allargate, prevista già dalla L. R. 72/97 e dalla Legge 328/2000, nonché da ogni altra legge e disposizione programmatica di settore, a partire dal 2001 i comuni di Campagnatico, Castiglione della Pescaia, Grosseto, Roccastrada e Scansano - e dal 2006 anche Civitella Paganico - hanno costituito, ai sensi dell'art. 113 bis della legge 18 agosto 2000, n. 267 e successive modificazioni ed integrazioni, una azienda speciale consortile per la gestione delle Politiche Sociali nell'Area Grossetana, denominata COeSO (Consorzio Sociale).

Al COeSO è stata delegata dai Comuni la competenza di organizzare il "sistema integrato d'interventi e servizi sociali", volto ad assicurare nel territorio i "livelli essenziali di assistenza" attraverso l'erogazione delle prestazioni di cui all'art. 22 della Legge 328/2000, nei limiti delle risorse assegnate dalle quote comunali del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, dal Fondo Regionale di Assistenza Sociale, dai bilanci comunali, nonché da ogni altra risorsa comunitaria, statale e regionale che il soggetto gestore può destinare al finanziamento del sistema, oltreché di disciplinare con appositi regolamenti l'accesso da parte degli utenti alle "reti di protezione sociale".

1.3. Forme organizzative e gestionali

Il sistema integrato gestito attraverso l'Azienda consortile COeSO assicura alle persone e alle famiglie servizi sociali integrati, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti dall'inadeguatezza di reddito, da difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli artt. 2, 3 e 38 della Costituzione. Inoltre promuove le attività dei soggetti del volontariato, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del privato sociale, delle reti anche informali di persone e di famiglie, favorendone lo sviluppo e la partecipazione.

I servizi sono erogati in base ai principi fondamentali indicati nella «Carta per la cittadinanza sociale» della Zona Grossetana⁴, approvata dall'Articolazione Zonale della Conferenza dei Sindaci, i quali recepiscono e si integrano con quelli contenuti nella «Carta dei servizi» dell'Azienda Sanitaria Locale n. 9 di Grosseto in relazione al sistema sanitario, e con le indicazioni contenute nel DPCM del 27 gennaio 1994 di definizione dei principi sull'erogazione dei servizi pubblici. Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato d'interventi e servizi sociali:

- a) i cittadini residenti nel territorio dei Comuni costituenti il consorzio, compresi gli stranieri e gli apolidi secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- b) i soggetti domiciliati o di passaggio sul territorio dei Comuni suddetti, bisognosi d'interventi d'urgenza e/o di primo soccorso;
- c) i minori, cittadini italiani o stranieri, residenti o non residenti.

L'accesso ai servizi e alle prestazioni, ad esclusione dei contributi economici, non è subordinato alle condizioni economiche dei soggetti richiedenti. La condizione economica tuttavia determina la quota di compartecipazione al costo del servizio a carico dell'utenza, secondo le fasce ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente). La valutazione della situazione economica del richiedente viene determinata con riferimento alle informazioni relative al nucleo familiare di appartenenza quale risulta nell'attestazione ISEE⁵, che è dato dalla somma dell'indicatore della situazione reddituale (ISE), divisa per il parametro della scala di equivalenza corrispondente alla specifica composizione del nucleo familiare.

⁴ Vedi www.coesoareagr.it/resources/ccsociale/carta%20cittadinanza.pdf.

⁵ ISEE = (INDICATORE DELLA SITUAZIONE REDDITUALE + INDICATORE DELLA SITUAZIONE PATRIMONIALE) / PARAMETRO SCALA DI EQUIVALENZA NUCLEO FAMILIARE. La Scala di equivalenza nucleo familiare Con riferimento al numero dei componenti il nucleo familiare si applicano i parametri desunti dalla seguente scala di equivalenza:

N° membri	valore parametro
1	1
2	1,57
3	2,04
4	2,46
5	2,85
6 o +	+ 0,35 per ogni ulteriore componente

Agli indici parametrici di cui sopra, si aggiungono per ogni singola voce presente:

- in caso di presenza di figli minori e di un solo genitore +0,2
- componenti con handicap psico-fisico o comunque invalidità superiore al 66% +0,5
- figli minori in cui entrambi i genitori (o l'unico genitore) hanno svolto attività di lavoro o d'impresa per almeno sei mesi nell'anno in cui sono stati prodotti i redditi di riferimento +0,2

I contributi, invece, spesso sono appena sufficienti a riportare la condizione economica familiare ai livelli minimi di sussistenza, stabiliti in proporzione alla scala di equivalenza del nucleo familiare. I soggetti a carico ai fini IRPEF, anche se componenti altra famiglia anagrafica, fanno parte del nucleo familiare della persona di cui sono a carico. I coniugi con la stessa o diversa residenza anagrafica, anche se risultano a carico ai fini IRPEF di altre persone, fanno parte dello stesso nucleo familiare, identificato sulla base della famiglia anagrafica di uno dei coniugi che è considerata di comune accordo corrispondente alla residenza familiare.

1.4. Identikit dell'AID emerso dai dati ufficiali e dalle interviste

Prima di descrivere il profilo di “adulto in difficoltà” che emerge dalla rete dei servizi messi in atto dal CoeSO, è opportuno accennare ai dati che si riferiscono alla diffusione della povertà nella Zona Grossetana.

Tab. 2 - Percentuale di popolazione al di sotto della soglia di povertà.

COMUNE	%
Campagnatico	20
Castiglione della Pescaia	19,5
Civitella Paganico	21,4
Grosseto	18,5
Roccastrada	23
Scansano	19,8
Area Grossetana	20,3
Provincia di Grosseto	20,8

(Stime IRPET 2003, dal Dossier Statistico 2006 dell'Osservatorio Sociale Provinciale)

Occorre evidenziare tuttavia la difficoltà di delineare un identikit dell'AID poiché, nella gestione operata dal COeSO, prevale la categoria di nucleo familiare, anche se, nella maggior parte dei casi affrontati dagli operatori, è il singolo che vi si rivolge per richiedere prestazioni a fronte di un disagio il più delle volte legato alla marginalità. Infatti, dalle interviste realizzate ai referenti del COeSO è emerso che gli AID sono principalmente soggetti che tendono ad essere marginali rispetto al processo di vita del territorio, sia per le proprie condizioni socio-economiche che per le minori capacità di attrezzarsi nei confronti di una società dinamica e competitiva: si tratta di persone che vivono ai margini della società senza, spesso, neanche possedere cognizione della propria situazione. Sono dunque in aumento le richieste di contributi economici, alle quali, dove possibile, si risponde anche con altre forme di assistenza, fondamentalmente per ricostruire, laddove non siano ancora del tutto compromesse, alcune reti di relazione.

A questa tipologia di bisogni si è aggiunto il fenomeno recente della “nuova povertà”, che colpisce maggiormente famiglie monogenitoriali con minori a carico e anziani soli, (spesso vedove che vivono con pensioni di reversibilità), vissuti sempre in una condizione di normalità, ma che a causa dell’aumento del costo della vita e della perdita di capacità d’acquisto degli stipendi e delle pensioni, si trovano in difficoltà proprio nella loro stessa sopravvivenza.

1.5 La territorializzazione del welfare per gli adulti in difficoltà

Nei cinque anni di vita aziendale il COeSO ha definitivamente messo a regime la propria organizzazione territoriale, nonché un “sistema” di carte e regolamenti tali da definire i primi diritti soggettivi alle prestazioni e ai servizi sociali; un sistema:

- **definito**: in cui l’attività regolatrice è cresciuta di pari passo con l’impianto dei servizi;
- **unificato**: da livelli e modalità comunali a un sistema di zona;
- **stabile**: da circa un 70% delle risorse provenienti dall’esterno, che rendevano i servizi molto dipendenti dalla variabilità di questi flussi, oggi tali risorse sono scese al 30%, la quota dei Comuni (spesa storica) è salita al 50% e un buon 20% di risorse sono dovute all’autonomia imprenditoriale dell’azienda (servizi a terzi, progettualità propria, sponsorizzazioni etc.);
- **perequativo**: dalla suddivisione comunale di tutte le risorse del Fondo Sociale Regionale, oggi i contratti di servizio prevedono budget territoriali (comunali o sub comunali) stabiliti su previsioni di bisogno ed obiettivi di implementazione di cui solo il 50% coperto da risorse comunali (tutte assegnate al territorio di riferimento);
- **appropriato**: in tutti questi anni, su questo fronte, la strategia è stata quella di operare con continue riorganizzazioni aziendali (dislocazione territoriale, implementazione e differenziazione dei servizi di integrazione socio-sanitaria) in modo da aderire il più possibile al mutare della domanda e con essa di rendere sempre più adeguata e appropriata la prestazione al bisogno.

2. Servizio: l’accesso al sistema locale di servizi e interventi sociali

2.1 Il welfare di accesso

Il Servizio sociale professionale svolge anche funzioni di prima accoglienza e accesso al sistema integrato d’interventi e servizi sociali, attraverso attività di:

Front-office: attivato sul territorio nelle sedi distrettuali e comunali, che si concretizza nell’incontro e nell’analisi dei bisogni;

Back-office: si concretizza nella discussione professionale, negli incontri multidisciplinari, nella formulazione dei progetti individuali, nell’esame dei percorsi e nella presa in carico.

Il Servizio è organizzato su base territoriale: nei 5 Comuni intorno a Grosseto esiste almeno uno “sportello sociale” con la presenza di un’assistente sociale, mentre Grosseto viene suddiviso in corrispondenza delle 8 Circoscrizioni (di cui 4 in città e 4 nel territorio aperto del resto del Comune), a cui è assegnato un’assistente sociale responsabile.

Da marzo 2007 anche a Grosseto esiste un punto unico di accesso del segretariato sociale, gestito dal CoeSO, dove chiunque si rivolga con dei bisogni riceve indicazioni e informazioni rispetto a spazi o posti dove potersi recare a seconda della problematica presentata. Tutti i cittadini, quindi, che hanno necessità di informazioni, di ascolto, di accoglienza e di servizi possono rivolgersi in questa sede.

In ogni altro comune del Consorzio esistono analoghi punti di accesso, di solito nei pressi o nei locali dell'Amministrazione comunale, ben indicati e individuati con i relativi giorni ed orari di apertura: questi sportelli forniscono anche il servizio di segretariato sociale. Il Regolamento dell'Azienda Consortile definisce il segretariato sociale come il servizio che “garantisce ai cittadini un’informazione sociale esatta controllata e verificata”. In particolare svolge le seguenti funzioni:

- comunica l'esistenza, la natura e le procedure per accedere ai servizi e alle prestazioni sociali;
- fornisce aiuto personale agli utenti diretto a esplicitare l'espletamento delle prassi e procedure necessarie per ottenere le prestazioni e/o accedere ai servizi;
- smista e/o segnala le richieste di prestazione ai soggetti competenti;
- collabora con i servizi territoriali esistenti per fornire supporti di assistenza tecnica;
- svolge attività di osservatorio sociale sulla situazione globale della zona, fornendo un panorama preciso dei servizi presenti, una valutazione costante del loro funzionamento, l'individuazione di determinate carenze e delle rispettive cause garantendo notizie sui bisogni oggettivamente emergenti nella zona;
- effettua analisi e sintesi quantitative e qualitative dei dati rilevati concernenti la situazione nella sua globalità al fine di contribuire al processo di programmazione degli interventi.

Sono destinatari del servizio tutti i cittadini e la comunità nel suo complesso: il servizio si attua attraverso ricevimento in ufficio, informazioni telefoniche, informazioni domiciliari, diffusione di notizie d'interesse generale.

2.2. I luoghi informali di accesso

I soggetti informali più accreditati, a cui le persone più spesso fanno affidamento, sono senza dubbio le parrocchie, presenti in tutte le più piccole frazioni, ed una serie di associazioni di volontariato presenti sul territorio, con i quali il COeSO ha costruito in questi anni una rete di collaborazione, opera quotidianamente, e con cui spesso si incontra collegialmente per aggiornare il sistema di protezione sociale.

Lo scambio con i punti informali è un flusso di andata e ritorno, cioè il punto informale svolge non solo una funzione di ascolto ma anche una funzione di accompagnamento verso il sistema formale, mentre il sistema formale svolge un'attività di coinvolgimento dei punti informali sia nei progetti assistenziali personalizzati sia nella costruzione anche di strategie di intervento in particolari categorie, come famiglie e minori.

Come dichiarato dalla Coordinatrice dei Servizi del CoeSO, a volte con i punti informali viene stipulata qualche forma di convenzionamento (un protocollo di intesa, o altro atto formale). Un esempio è rappresentato dall'AUSER, che nella realtà della Zona e dell'intera provincia rappresenta un punto di forte convergenza per quanto riguarda gli anziani, con cui i punti formali del COeSO hanno in essere una convenzione per le prestazioni integrative di supporto, come la fornitura di personale volontario adeguatamente sensibilizzato e formato, in cambio di un contributo per il pagamento delle spese e dei rimborsi.

Un altro punto è la Caritas Diocesana. A Grosseto, ma anche negli altri comuni del consorzio, è presente in ogni quartiere con almeno un accesso, generalmente un centro d'ascolto, che svolge una attività di segretariato, di ascolto, e anche di supporto concreto e fattivo alle persone che si trovano in condizione di disagio, di povertà o comunque in difficoltà estrema, economica, abitativa: nell'ambito dei servizi di bassa soglia la stessa Caritas gestisce una mensa quotidiana che distribuisce circa 100 pasti giornalieri, gestita con un protocollo sottoscritto dal COeSO, cui aderiscono anche altre associazioni. Quindi non avviene un pagamento per l'attività, tuttavia il cartello fatto dalle associazioni di volontariato è riconosciuto dall'ente come valore aggiunto e c'è un impegno (anche economico, con rimborsi spese) dell'Azienda sia nella programmazione che nella realizzazione dei progetti.

2.3 Le porte di accesso per gli AID

(Cfr. 2.1. e 2.2.)

2.4 La codifica della domanda

Dimensione non rilevata.

2.5. La risposta dei servizi

Nell'anno 2006 hanno presentato richiesta di prestazioni socio-assistenziali attraverso il circuito del servizio sociale professionale 1.656 persone residenti in tutto il territorio dell'area grossetana, di cui 980 già in carico ai servizi sociali nell'anno 2005 e 676 nuovi. A questi utenti vanno aggiunti 2.049 cittadini che hanno usufruito di prestazioni senza l'ausilio del servizio sociale professionale e 4.576 accessi al servizio di segretariato sociale. Si tratta complessivamente di 8.261 contatti che rappresentano circa l'8% della popolazione locale. Dall'analisi dei target registrati nella domanda di servizi socio assistenziali emergono:

- 568 anziani
- 410 nuclei familiari a rischio di povertà
- 332 minori
- 221 disabili
- 29 persone con dipendenza da sostanze
- 96 persone con disagio mentale

Si è registrato un forte incremento, a conferma del trend già notato negli anni precedenti, di richieste di sostegno economico da parte di nuclei familiari a rischio di povertà e di emarginazione sociale. Nella tabella seguente sono riportate tutte le richieste evase dal CoeSO, relativamente alle problematiche espresse dagli AID, nel corso del 2006:

Tab. 3 - *Utenti delle misure rivolte al disagio adulto*

Numero prestazioni	Tipologia di servizio
635	Persone che hanno usufruito di contributi economici di integrazione al reddito
73	Persone con inserimento lavorativo
60	Persone con Trasporto Scolastico Sociale
22	Famiglie affidatarie che hanno usufruito di C.E. previsto per legge

3. Misure: gli interventi del welfare locale nei confronti degli adulti in difficoltà

3.1 Le misure per gli AID

Gli interventi di sostegno economico sono diretti ai singoli o ai nuclei familiari in condizioni economiche che non consentono il soddisfacimento dei bisogni fondamentali della vita, oppure in stato di bisogno straordinario, al fine di promuoverne l'autonomia e superare gli stati di difficoltà. Hanno carattere di straordinarietà ed eccezionalità e fanno fronte a particolari situazioni di disagio individuale e familiare e devono, comunque, essere coordinati con altre prestazioni e servizi sociali allargati.

Gli interventi di sostegno economico possono essere adottati in sostituzione di altri tipi di prestazioni socio-assistenziali non erogabili, valutate indispensabili per il sostegno all'autonomia delle persone in difficoltà e per il superamento di contingenti situazioni di emarginazione sociale. Al fine di soddisfare i bisogni fondamentali della vita quotidiana gli interventi di sostegno economico possono avere carattere straordinario, temporaneo e continuativo.

L'erogazione dei contributi avviene a fronte di uno specifico e motivato progetto elaborato dai Servizi Sociali territoriali nel quale si prevedono i seguenti elementi minimi:

- analisi del bisogno;
- definizione degli obiettivi mirati al recupero complessivo della situazione finalizzati al superamento, ove possibile, dello stato di bisogno;
- definizione dell'entità del contributo;
- durata dell'erogazione del contributo;
- risultati attesi.

Il periodo massimo di erogazione dei contributi è previsto in 12 mesi nell'arco dell'anno solare, termine oltre il quale l'eventuale rinnovo è subordinato alla presentazione di una nuova domanda da parte dell'utente e alla predisposizione di una nuova proposta di intervento da parte dell'assistente sociale territoriale.

Per situazioni particolari motivate dal Servizio sociale si possono predisporre, in via eccezionale, interventi di sostegno economico al di fuori dei criteri e parametri abituali, tenuto conto che il bisogno va valutato individualmente con riferimento particolare a persone riconosciute a rischio. In alternativa agli interventi di sostegno economico è consentita l'erogazione di buoni pasto e/o buoni viveri. I buoni pasto e i buoni viveri vengono concessi, di preferenza, come alternativi alla prestazione monetaria quando i beneficiari non sono in grado di gestire correttamente le proprie risorse o si trovano in condizioni di precarietà sociale.

3.2. Conclusioni analitiche e critiche: punti di forza e punti di debolezza delle misure per gli adulti in difficoltà.

L'assistenza sociale del COeSO rivolta specificatamente agli AID, in cui si ricomprendono gran parte delle misure di contrasto alla povertà e di sviluppo delle responsabilità familiari, viene realizzata con operatori di cooperative sociali di servizi convenzionate con l'Azienda Consortile e tramite operatori addetti all'assistenza sociale dipendenti dalle amministrazioni comunali, ed eroga prestazioni con caratteristiche di polivalenza operativa attraverso la realizzazione di un progetto, con requisiti di flessibilità, in relazione al mutare delle esigenze, all'interno di un gruppo di lavoro.

Ma il principale punto di forza della gestione attuata dal COeSO è rappresentata dal sistema di controlli applicati al Bilancio dell'Azienda consortile. Oltre ai controlli previsti dalla legge (il collegio dei Sindaci revisori che svolgono il proprio lavoro redigendo relazioni periodiche al CdA), il COeSO si è dotato, infatti, di un sofisticato controllo di gestione, basato sulla contabilità analitica e su un *reporting* periodico che riferisce al Direttore.

Tale sistema permette oggi non solo di controllare i budget assegnati, ma di misurare il costo unitario delle prestazioni e quindi nel complesso gestire tutta la rete delle prestazioni e dei servizi con ampie garanzie di rispetto dei bilanci, pur avendo come assunto di non determinare “liste di attesa” e lasciare richieste di aiuto senza risposta.

4. Conclusioni

4.1 Territorializzazione del *welfare* e adeguatezza dell'accesso.

Con la scelta dell'Azienda Consortile, le decisioni politiche della Zona Grossetana vengono prese dalla Conferenza dei Sindaci che, mantenuto a sé il livello di direzione strategica, ha accentuato moltissimo le capacità organizzative, l'autonomia gestionale e la professionalità tipica delle aziende speciali.

Nell'assemblea consortile, opera un sistema di ripartizione delle quote tale per cui senza il Comune di Grosseto non ci sarà mai maggioranza, ma lo stesso Comune di Grosseto, da solo, non potrà mai avere la maggioranza per cui dovrà trovarsi sempre d'accordo con gli altri comuni più piccoli per poterla governare.

Per questo l'organizzazione territoriale rappresenta il principale limite all'ulteriore sviluppo del sistema di servizi e prestazioni e contemporaneamente la sfida più alta: il complesso dei servizi socio-assistenziali è oggi a regime; possono essere costruiti nuovi servizi ed implementati quelli esistenti, ma è solo un problema di risorse.

L'efficacia di questi servizi invece dipende ancora in massima parte dalla mancata integrazione, specie con i servizi sanitari territoriali. Gli accordi intercorsi neppure riescono a garantire quanto a suo tempo disposto dal D.Lgs. 229/99, dalla L. 328/2000 e dal successivo DPCM che stabiliva la ripartizione del carico di spesa su vari fondi. Non esiste integrazione professionale, presa in carico sociosanitaria, non è stato applicato l'art. 120 della L.R.40/2005 e meno che mai è stato affrontato un percorso comune verso la Società della Salute.

La situazione è grave, con l'unica eccezione di quanto realizzato in tema di domiciliarità con l'adesione della zona-distretto alla sperimentazione regionale. Sull'altro fronte, quello delle politiche sociali integrate, seppure in modo non sistematico e disomogeneo comune per comune, ci sono significativi passi in avanti sia sul piano delle gestioni associate (Civitella, Castiglione, Campagnatico) sia sul piano degli sportelli socio-educativi (Civitella e Roccastrada), sia con accordi con altri servizi comunali (Grosseto).

Nella tabella seguente (tab. 4) sono riportate le voci di spesa del COeSO sulla base del Bilancio 2006.

Tab. 4 Bilancio del COeSo 2006

	Responsabilità Familiari	Anziani	Minori	Disabili	Salute Mentale	SERT	Inclusione sociale	Contrasto povertà	Immigrati	Totale
SERVIZI DI ACCESSO	SERVIZI DI ACCESSO	SERVIZI DI ACCESSO	SERVIZI DI ACCESSO	SERVIZI DI ACCESSO	SERVIZI DI ACCESSO	SERVIZI DI ACCESSO	SERVIZI DI ACCESSO	SERVIZI DI ACCESSO	SERVIZI DI ACCESSO	SERVIZI DI ACCESSO
Segretariato sociale	€ 10.407,35	€ 10.407,35	€ 17.341,22	€ 10.407,35	€ 10.407,35	€ 10.407,35	€ 10.407,35	€ 10.407,35	€ 10.407,35	€ 100.600,02
Servizio Sociale Professionale	€ 1.216,24	€ 1.216,24	€ 1.216,24	€ 1.216,24	€ 1.216,24	€ 1.216,24	€ 1.216,24	€ 1.216,24	€ 1.216,24	€ 10.946,16
Segretariato socio-educativo	€ 4.953,04	€ 4.953,04	€ 4.953,04	€ 4.953,04	€ 4.953,04	€ 4.953,04	€ 4.953,04	€ 4.953,04	€ 4.953,04	€ 44.577,36
Servizio accesso a genit. non affidatario			€ 15.995,52							€ 15.995,52
Segretariato immigrati									€ 49.212,88	€ 49.212,88
TOTALE ACCESSO	€ 16.576,63	€ 16.576,63	€ 39.506,02	€ 16.576,63	€ 65.789,51	€ 221.331,94				
SERVIZI IN FAVORE DELLA DOMICILIARITA'										
Aiuto alla persona				€ 364.388,17						€ 364.388,17
Trasporto sociale	€ 4.035,45	€ 13.323,23	€ 8.472,06	€ 3.952,44						€ 29.783,18
Assistenza domiciliare integrata (ADI)		€ 13.267,03								€ 13.267,03
Assegni di cura		€ 75.932,92		€ 93.251,10						€ 169.184,02
Assistenza domiciliare sociale	€ 88.682,67	€ 507.338,69	€ 29.266,89	€ 152.992,30	€ 64.162,67					€ 842.443,22
Assistenza dom. socio-educativa			€ 33.216,44							€ 33.216,44
C.E. integrazione reddito familiare	€ 192.616,76	€ 24.238,13	€ 6.122,41	€ 1.545,97	€ 39.466,60	€ 16.031,71		€ 91.091,41		€ 371.112,99
C.E. servizi essenziali			€ 1.282,02					€ 5.930,80		€ 7.212,82
pasti a domicilio		€ 5.847,05			€ 9.478,74	€ 2.671,85				€ 17.997,64
Telesoccorso		€ 25.498,27								€ 25.498,27
C.e. pro.tti di sost.no socio-educativo			€ 17.078,45							€ 17.078,45
Inserimento socio-riabilitativo			€ 1.245,75	€ 53.300,77	€ 4.191,57			€ 46.316,14		€ 105.054,23
Attività educative di supporto scolastico			€ 7.389,68	€ 5.552,73						€ 12.942,41
C.e. assistenza domiciliare indiretta	€ 2.322,67	€ 6.271,55		€ 4.427,59	€ 7.460,76			€ 407,53		€ 20.890,10
Estate sicura		€ 17.645,69								€ 17.645,69
Progetto sperimentale (P.U.A.)		€ 72.303,93								€ 72.303,93
TOTALE DOMICILIO	€ 287.657,55	€ 761.666,49	€ 104.073,70	€ 679.411,07	€ 124.760,34	€ 18.703,56	€ -	€ 143.745,88	€ -	€ 2.120.018,59
SERVIZI SEMIRESIDENZIALI										
Centro diurno (GIRASOLE)				€ 245.706,08						€ 245.706,08
Centro diurno estivo			€ 267.442,68	€ 13.325,09						€ 280.767,77
TOTALE SEMIRESIDENZIALE	€ -	€ -	€ 267.442,68	€ 259.031,17	€ -	€ 526.473,85				

Centro di costo	Responsabilità Familiari	Anziani	Minori	Disabili	Salute Mentale	SERT	Inclusione sociale	Contrasto povertà	Immigrati	Totale
SERVIZI RESIDENZIALI										
Comunità educativa residenziale			€ 328.485,88	€ 140.361,13				€ 2.254,10		€ 471.101,11
Integrazione retta in struttura residenziale		€ 219.866,10		€ 81.062,99						€ 300.929,09
residenza CASA ALBERGO		€ 355.464,79								€ 355.464,79
TOTALE RESIDENZIALE	€ -	€ 575.330,89	€ 328.485,88	€ 221.424,12	€ -	€ -	€ -	€ 2.254,10	€ -	€ 1.127.494,99
SERVIZI DI PROSSIMITA'										
Servizio di buon vicinato		€ 37.254,46								€ 37.254,46
TOTALE PROSSIMITA'	€ -	€ 37.254,46	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 37.254,46
SERVIZI DI SOCIALIZZAZIONE E TEMPO LIBERO										
Soggiorno estivo		€ 3.976,72	€ 6.418,74							€ 10.395,46
Centro di aggregazione sociale TLI				€ 15.128,66						€ 15.128,66
Utilizzo educativo del tempo libero		€ 20.608,53	€ 82.170,52				€ 1.212,43			€ 103.991,48
TOTALE SOCIALIZZAZIONE	€ -	€ 24.585,25	€ 88.589,26	€ 15.128,66	€ -	€ -	€ 1.212,43	€ -	€ -	€ 129.515,60
ALTRI SERVIZI										
Affido familiare			€ 121.992,67							€ 121.992,67
Servizio adozione			€ 14.395,95							€ 14.395,95
Servizio di tutela (vittime di maltrattamento ed abuso)			€ 42.654,69							€ 42.654,69
Trasporto scolastico			€ 2.833,72	€ 39.963,01						€ 42.796,73
Povertà estreme								€ 1.821,91		€ 1.821,91
Assistenza scolastica educativa			€ 1.354,71	€ 13.713,69						€ 15.068,40
Servizi amministrativi gestione associata	€ 1.147,14	€ 1.147,14	€ 1.147,14	€ 1.147,14	€ 1.147,14	€ 1.147,14	€ 1.147,14	€ 1.147,14	€ 1.147,14	€ 10.324,26
Progetto prevenzione scuola primaria			€ 12.243,12							€ 12.243,12
TOTALE ALTRI SERVIZI	€ 1.147,14	€ 1.147,14	€ 196.622,00	€ 54.823,84	€ 1.147,14	€ 1.147,14	€ 1.147,14	€ 2.969,05	€ 1.147,14	€ 261.297,73
UTENTI CON PROGETTI	302	568	332	219	98	29	19	89	0	1.656
UTENTI A SPOT	516	38	380	17	0	0	0	0	1.146	2.097
segretariato sociale										4.576
TOTALE UTENTI	818	606	712	236	98	29	19	89	1146	8.329
COSTO TOTALE SERVIZI	€ 305.381,32	€ 1.416.560,86	€ 1.024.719,54	€ 1.246.395,49	€ 142.484,11	€ 36.427,33	€ 18.936,20	€ 165.545,66	€ 66.936,65	€ 4.423.387,16

1. Territorio: Comunità Montana della Valdinievole.**Modalità di riconoscimento del bisogno sociale generale e specifico degli AID****1.1. Morfologia territoriale**

Il territorio della Valdinievole, è una delle due zone-distretto della Provincia di Pistoia. Si estende per 266 kmq con una popolazione di 116.337 unità (dato Regione Toscana 2006). Conta 11 comuni ed è caratterizzato da un forte policentrismo territoriale, amministrativo ed economico, dovuto all'assenza di un comune dominante.

Comuni	Popolazione residente		Popolazione Stranera residente
	abitanti	densità	
Buggiano	8.462	525	328
Chiesina Uzzanese	4.139	571	204
Lamporecchio	7.078	319	411
Larciano	6.028	242	295
Massa e Cozzale	7.502	469	412
Monsummano Terme	20.219	617	767
Montecatini Terme	20.766	1.177	2291
Pescia	18.711	237	947
Pieve a Nievole	9.387	739	435
Ponte Buggianese	8.161	277	331
Uzzano	4.936	633	156

Dati al 1/1/2005: Osservatorio Provinciale sulle Politiche Sociali

La popolazione della Valdinievole ha visto un significativo incremento negli anni sessanta, dovuto allo sviluppo economico della zona, mentre negli ultimi anni, l'aumento della popolazione è rallentato anche se si rileva comunque un saldo positivo dovuto prevalentemente alle dinamiche migratorie, con movimenti consistenti fra comuni italiani.

La densità abitativa media nel 2005 era di 434 residenti per kmq, con una punta di 1.177 abitanti per kmq a Montecatini terme.

Secondo il censimento 2001 nella Val di Nievole vi è una prevalenza di famiglie composte da due o tre persone, il 17,5 % è composta da 4 membri, il 5,1 da cinque e l'1,8 da sei. Le famiglie con un solo genitore con figli sono il 13,1% con una punta del 18% a Montecatini Terme. Il 19% dei minorenni della Valdinievole vive con un solo genitore, andando dal 26% di Montecatini al 10% di Larciano¹.

La popolazione anziana è del 21,3% con un 10,2% di ultrasettantacinquenni. Nel 2003 circa un terzo della popolazione ultrasettantacinquenne viveva sola e la percentuale aumenta per gli

¹ elaborazioni dell'Osservatorio Provinciale su dati anagrafe 30/06/2003.

ultraottantacinquenni fino a superare il 45% nei comuni di Uzzano, Pescia e Monsummano Terme. L'indice di vecchiaia, al 31/12/2004 è di 174,5.

Il 37% degli uomini, e il 23% delle donne dai 30 ai 34 anni vive in famiglia nella posizione di figlio. Nella fascia di età dai 34 ai 39 anni vivono in famiglia il 19% degli uomini e l'11% delle donne. Fra le persone che vivono sole, la percentuale maggiore si ha per le donne nella fascia di età dai 55 ai 65 anni (15,5%), per gli uomini nella fascia di età fra i 30 e i 44 anni (11,2%).

I residenti stranieri, al 1/1/05, sono 6.577, circa il 5,7 della popolazione totale. I paesi di provenienza prevalente sono per il 31,4% l'Albania e il per il 17% la Romania. Complessivamente le donne sono il 55% ma sono presenti squilibri di genere fra i vari gruppi nazionali, come osservato in tutta Italia. Le collettività straniere a netta maggioranza femminile sono quelle che provengono dall'est Europa (Russia con il 92%, Polonia 86%, Ucraina 86%, Romania 67%) segue l'America Latina (Repubblica Dominicana con il 68% e Perù 63%), poi le Filippine 61%. I gruppi nazionali a maggioranza maschile provengono dal Marocco con il 66%, l'Albania con il 60%. Nella comunità cinese si rileva un maggior equilibrio fra i generi.

Montecatini Terme è il comune con una maggiore presenza di residenti stranieri che rappresentano l'11% della popolazione. Sempre nello stesso comune si rileva la maggior percentuale di coppie con un componente straniero 7,7% .

Come rilevato nel "Profilo e immagine di salute della Valdinievole" della Società della Salute, redatto dall'Osservatorio Provinciale, dal quale sono stati attinti i dati riportati, si assiste quindi ad una progressiva fluidificazione del tessuto sociale (diminuzione dei nuclei familiari tradizionali, aumento delle famiglie unipersonali, progressivo invecchiamento della popolazione e presenza sempre più accentuata di immigrati).

L'economia nella Valdinievole è stata caratterizzata da una forte espansione nel secondo dopoguerra in particolare trainata dai settori della lavorazione della pelle, calzaturiero, tessile - abbigliamento, legno e mobili, floro-vivaistico e nel settore terziario con le attività legate allo sfruttamento delle risorse termali. Il tessuto imprenditoriale è articolato in imprese di piccole e medie dimensioni in settori ad alta specializzazione che negli ultimi anni hanno visto una progressiva flessione.

Negli anni dal 2002 al 2005 complessivamente l'industria ha registrato una flessione del -6,2% e l'agricoltura del -5,8%. Più in particolare il settore tessile -abbigliamento registra un -14,9 %, la concia e lavorazione del cuoio -13,6%, la lavorazione del legno e mobili -8,3 %, chimica/gomma/plastica e petrolio -15,5%. In crescita alimentari e bevande +6,2%, carta e stampa +4,6%, e altra industria con un + 7%. In crescita complessivamente il settore dei servizi con +3,6%, che impiega il 63% della forza lavoro complessiva.

Il rallentamento dell'economia degli ultimi anni e la dinamica economica descritta portano a significative trasformazioni nel mercato del lavoro. Il dato complessivo sull'occupazione nell'anno 2005 nella provincia di Pistoia è il seguente:

Uomini			Donne		
Tasso attività	Tasso occupazione	Tasso disoccupazione	Tasso attività	Tasso occupazione	Tasso disoccupazione
84,2	81,2	3,5	58,5	51,8	11,5

Fonte: "Profilo e immagine di salute della Valdinievole" dell'Osservatorio Provinciale.

Ma i cambiamenti più significativi si hanno per la tipologia di impiego: negli anni 2002-2004 diminuisce del 45,6% il lavoro a domicilio, e del 20,6% l'occupazione a tempo indeterminato, mentre aumentano del 139,1% i rapporti parasubordinati e del 182,1% le forme di lavoro in somministrazione, per quanto il 70% dei contratti di impiego sia in forma tradizionale, l'80% dei nuovi avviamenti avviene in maniera non standard.

1.2 Architettura istituzionale

L'ambito territoriale Valdinievole coincide con la zona sociosanitaria all'interno della Azienda Usl n.3 di Pistoia, con il Sistema Economico Locale (SEL) 6², con il Distretto scolastico e con l'Ambito Turistico.

I Centri per l'Impiego che insistono sul territorio sono due: uno nel comune di Monsummano Terme e uno nel comune di Pescia.

Gli undici comuni presentano differenziazioni profonde e nessun comune ha avuto nel tempo una funzione di leadership e di aggregazione nei confronti degli altri. Per questo motivo, da sempre, la gestione dei servizi sociali è associata e delegata alla Azienda Usl n. 3 di Pistoia.

La situazione nel tempo è mutata e si è passati da una totale delega iniziale, e forse "de-responsabilizzazione" da parte di alcuni comuni verso le problematiche sociali, ad un progressivo coinvolgimento, sia per la gestione diretta di alcune misure economiche (esenzioni/riduzioni tariffarie, libri di testo, contributi affitto, ecc.), sia perché l'elezione diretta del sindaco pone la cittadinanza in una relazione più diretta con i propri amministratori. Questi aspetti impattano notevolmente l'oggetto stesso della ricerca e verranno approfonditi in seguito.

Questo progressivo coinvolgimento dei comuni, in assenza di una titolarità sugli interventi socio-assistenziali, il crescere delle sensibilità e delle diverse iniziative a livello comunale, ha provocato tensioni e ambiguità. Probabilmente anche per comporre questi potenziali conflitti e promuovere una integrazione il più possibile efficace, nell'agosto 2004 la conferenza dei Sindaci della Valdinievole ha approvato il progetto di sperimentazione della Società della Salute Valdinievole previsto dal Piano sanitario regionale 2002-2004, e dalla Delibera del Consiglio Regionale n. 155 del 2003 "*Atto di indirizzo regionale per la sperimentazione della Società della Salute*" e in data 2/12/05 è stato istituito il Consorzio Pubblico denominato Società della Salute Valdinievole.

La Società della salute rappresenta per la Regione Toscana una soluzione organizzativa innovativa per sviluppare l'integrazione del sistema sanitario con il sistema socio assistenziale. Le S.d.S. si configurano come consorzi pubblici senza scopo di lucro, i cui titolari sono le Aziende sanitarie locali e i Comuni che perseguono gli obiettivi di:

- coinvolgimento delle comunità locali;
- garanzia di qualità e di appropriatezza;
- controllo e certezza dei costi
- universalismo ed equità;
- valorizzazione dell'imprenditoria non profit

La S.d.S. della Valdinievole, al momento esercita le funzioni di indirizzo, programmazione e governo delle attività socio-assistenziali, socio-sanitarie, sanitarie di base e specialistiche del territorio. Ha elaborato, in collaborazione con l'Osservatorio Sociale Provinciale il "Profilo e immagine di salute della Valdinievole" (2006), e il Piano Integrato di Salute della Valdinievole 2007-2009.

² la cui sperimentazione è stata approvata con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 219 del 26.07.1999

La S.d.S ha provveduto alla "Regolamentazione delle forme di partecipazione della cittadinanza per la realizzazione di un sistema locale per la salute"³ attivando "La Consulta del Terzo Settore", "Il Comitato di Partecipazione", "I Tavoli di Concertazione Settoriali per la Salute". Inoltre è stato approvato il "Regolamento dei servizi sociali, socio-sanitari e socio-educativi integrati"⁴

1.3 Forme organizzative e gestionali

L'Azienda ASL n. 3

L'organizzazione e la gestione dei servizi socio-assistenziali è delegata al Servizio Sociale della Azienda USL n.3 di Pistoia, che è suddivisa in due Zone-distretto. La Zona distretto Valdinievole ha un Responsabile dell'Unità Operativa Assistenza sociale e complessivamente conta su 17 assistenti sociali (10 di ruolo, 2 comandate da comuni e 5 da cooperativa).

Tutte si occupano di tutte le tipologie di utenza sociale, la scelta è infatti quella di non suddividere le competenze per aree (anziani, minori, adulti, disabili ecc.) in quanto si ritiene che con la specializzazione si perda la visione globale delle problematiche e che nell'intervento in nuclei complessi sia più efficace una presa in carico unitaria. Le Assistenti Sociali ricevono in tutti i comuni, una o due volte la settimana, prevalentemente presso i presidi socio-sanitari.

La Zona è organizzata in 3 ADO (Area Demografica Omogenea): ciascuna ADO ha un referente sociale e uno sanitario.

ADO	Comuni associati	Popolazione	Assistenti sociali
Pescia	Uzzano, Chiesina Uzzanese, Buggiano	36.248	n. 5 assistenti sociali di cui 2 di ruolo, un incarico a tempo determinato, 2 cooperativa di cui 1 a 21 ore
Montecatini	Massa e Cozzile, Pieve a Nievole, Ponte Buggianese	45.816	n. 6 assistenti sociali di cui 2 di ruolo, una comandata da un comune (24 ore), 3 cooperativa di cui 1 a 15 ore
Monsummano	Larciano, Lamporecchio	33.325	n. 4 assistenti sociali di cui 2 di ruolo (1 a 30 ore), una comandata da un comune, 1 cooperativa

Inoltre, per gli interventi rivolti ai minori, anche con handicap, sono impegnati n.6 educatori professionali (di cui tre da cooperativa). Il ricorso a personale della cooperativa rappresenta un nodo problematico in quanto si rileva un alto livello di turn over con disagio per i servizi e per i cittadini.

Forme di coordinamento intra e inter- istituzionali

Il coordinamento interno e verso l'esterno, in particolare con i comuni, è definito e strutturato:

coordinamento interno:

- una volta al mese incontro delle referenti di ADO con l'amministrazione
- due volte al mese la Responsabile Servizi Sociali Valdinievole riunisce tutte le Assistenti Sociali, gli educatori e la responsabile strutture, in genere su un tematica specifica

³ Delibera. n. 1 del 12/04/2007

⁴ Delibera. n. 6 del 12/07/07.

- ogni settimana (da tre mesi a questa parte) incontro della responsabile con le referenti di ADO per uniformare percorsi, modulistica, informazioni dell'ente
- a livello di ADO: riunioni settimanali sui casi, commissioni contributi ecc.

coordinamento con i comuni: Commissione Zonale per i Servizi Sociali

- ogni mese la referente ADO e la o le Assistenti Sociali che operano in un comune si incontrano con il Sindaco, funzionario o loro delegati

coordinamento con i Centri per l'Impiego: un incontro semestrale.

Il rapporto con il Centro per l'Impiego si è rafforzato a partire dal progetto "Fasce deboli" promosso dalla Provincia di Pistoia⁵, finalizzato a realizzare percorsi integrati volti a promuovere l'occupazione e contrastare l'insorgenza e il consolidamento di fenomeni di assistenzialismo e marginalità. Nel giugno 2005 è stato elaborato un documento "linee guida per la sperimentazione di percorsi di inclusione sociale per i soggetti definiti fasce deboli".

Dalle interviste viene riportata una intensa collaborazione nella gestione dei singoli casi con i Comuni, il Centro per l'Impiego, le associazioni di volontariato. In molti casi si tratta di progettazioni congiunte.

Parallelamente i Comuni hanno una serie di competenze in ambito sociale, e socio-educativo:

- Agevolazioni TARSU e TIA
- Assegno di maternità
- Assegno per i nuclei con tre figli minori
- Contributi ad integrazione dei canoni di locazione
- Assegnazione e gestione alloggi
- Servizi scolastici e educativi
- Attività ricreative e di aggregazione rivolte ai giovani
- Contributi per libri scolastici
- Assegni borse di studio
- Gestione Punto Informa Giovani
- Agevolazione sui costi dei soggiorni estivi per anziani
- Gestione sportello integrato del lavoro
- Gestione sportello stranieri (in forma associata per i comuni di Buggiano, Chiesina Uzzanese, Massa e Cozzile, Ponte Buggianese, Uzzano, affidato ad una cooperativa Sociale).

Molti di questi interventi prevedono l'applicazione dell'ISEE.

Tutti i Comuni accolgono i cittadini, sono dotati di un Ufficio Sociale con personale amministrativo, che svolge una significativa funzione di segretariato. Da quanto emerso dalle interviste, alcuni comuni concedono aiuti di tipo economico per interventi di emergenza, prevalentemente inerenti le problematiche abitative, che dal mese di luglio 2007 sono di completa competenza comunale. I Comuni di Montecatini Terme e Pescia si sono dotati di una assistente sociale. Le forme organizzative e gestionali sono peculiari per ogni realtà, comune a tutti è il collegamento continuo con il Servizio Sociale Asl.

⁵ Protocollo di intesa stipulato il 7/11/2003 tra l'amministrazione provinciale di Pistoia, Comuni dell'area Pistoiese, Comuni dell'area Valdinievole, Azienda USL n. 3 di Pistoia intitolato "Azioni e percorsi di integrazione delle politiche sociali e delle politiche attive del lavoro rivolte alle fasce deboli"

1.4 L'identikit dell'AID emerso dai dati ufficiali

Il **“PIS 2007-2009”** della Società della Salute Valdinievole, al programma n. 3 *“Sostegno alle persone e alle famiglie finalizzato al superamento degli svantaggi sociali”*, prevede due progetti che hanno a che fare con gli AID, uno relativamente alla *“attivazione di un servizio di accoglienza a bassa soglia per soggetti a forte marginalità”*, uno che fa riferimento al sostegno/supporto alle *“famiglie fragili e con alto carico assistenziale”*. In questo progetto, oltre ad un riferimento iniziale al Protocollo stipulato con la Provincia di Pistoia sulle *“fasce deboli”*, che esamineremo successivamente, si fa esplicito riferimento a famiglie che hanno componenti con disagio psichico e alle vittime di violenze e maltrattamenti.

Il **“Profilo e immagine di Salute della Valdinievole”** a fronte di una analisi estesa e approfondita del quadro demografico, economico, culturale, dell'ecosistema, dei rischi comportamentali nella zona, nelle aree di intervento individua un'area marginalità dove prende in esame i fenomeni dell'immigrazione e della prostituzione .

Il **“Regolamento dei servizi sociali, socio-sanitari e socio-educativi integrati”**, approvato dalla Giunta della Società della Salute nel luglio 2007 ma non ancora adottato, all'art. 6 *“Priorità d'accesso”* fa riferimento a:

«cittadini in condizione di povertà, o con limitato reddito, o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità d'ordine fisico o psichico, ai cittadini con difficoltà d'inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché a soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendano necessari interventi assistenziali».

Il **“Disciplinare di funzionamento dei servizi e degli interventi socio-assistenziali socio-sanitari e socio-educativi”** (Titolo IV), al cap.2 *“Area degli interventi dei diritti di cittadinanza - interventi di natura economica”*, tra i destinatari individua:

«Cittadini in condizione di povertà o di limitata capacità economica per far fronte con le proprie risorse a bisogni non differibili che si trovano in una delle seguenti condizioni:

- nuclei monoparentali e persone sole con figli minori a carico, nel primo anno successivo alla separazione/vedovanza/allontanamento dalla famiglia, in assenza di rete parentale di sostegno;
- nuclei familiari in cui l'unico componente occupato perda il lavoro a causa di fallimento della ditta, messa in mobilità, cassa integrazione, sopravvenuta grave malattia che sia causa di licenziamento o di riduzione dello stipendio;
- persone ex detenute e famiglie di detenuti nel primo periodo di detenzione o successivo ad esso;
- persone tossicodipendenti o etilisti in presenza di un progetto riabilitativo concordato coi i servizi competenti;
- persone con modalità di vita marginali o a rischio di marginalità in presenza di un progetto di reinserimento sociale;
- giovani tra i 18 e i 21 anni già in carico al servizio con provvedimenti dell'Autorità giudiziaria in presenza di un progetto di autonomia personale»;

al Cap. 3 *“Interventi a tutela delle donne finalizzato al contrasto della violenza”*, vengono identificate:

- donne sole o con figli vittime di violenza psicologica, fisica ed economica.

Nelle **“Linee guida per la sperimentazione di percorsi di inclusione sociale per soggetti definiti fasce deboli”** del 2005, vengono individuati i seguenti criteri per accedere alla sperimentazione:

- una fascia di età compresa fra i 18 e i 65 anni
- giovani adulti soli con bassa scolarizzazione, donne sole con figli, uomini adulti con grave carico familiare
- persone in cerca di prima occupazione, con lavori irregolari o fortemente precari, disoccupati

Dal **“Dossier 2004 sulle povertà in toscana rapporto annuale”** - rilevazione di dati dei Centri d’ascolto Caritas della Toscana - la Caritas di Pescia individua le seguenti tipologie di utenti più frequenti che si sono rivolti ai Centri di Ascolto nell’anno 2004:

- persone singole straniere, regolari e irregolari, che cercano lavoro;
- famiglie italiane e straniere con necessità di aiuti per il pagamento delle bollette, gli affitti e anticipi per le caparre degli appartamenti;
- persone italiane e straniere con problemi di dipendenza da alcool e disagio psichico.

1.5 Identikit dell’AID emerso dalle interviste agli operatori

Attraverso le interviste sono stati raccolti fondamentalmente tre punti di osservazione: i settori sociali dei Comuni, i servizi sociali della ASL e il volontariato organizzato. Inoltre anche il ruolo ricoperto (funzionario, responsabile o assistente sociale; referente del volontariato) offrono ulteriori specificità: i primi hanno una visione più estesa, gli altri più approfondita, i primi più centrati sulla domanda, i secondi sui percorsi. Le problematiche prevalenti sono riconducibili a due tipologie generali:

- la perdita del lavoro e difficile ricollocabilità dei soggetti (45-60 anni)
- la famiglia monoreddito con minori che non riesce a far fronte alle spese.

A questo fa da sfondo l’alto costo della casa con le conseguenze relative: sfratti per morosità, necessità di versare 4 mensilità anticipate per i nuovi contratti di affitto, mutui insostenibili, precarie condizioni abitative.

Si tratta di un quadro che rispecchia le caratteristiche socio-economiche del territorio con una crisi del settore produttivo e una progressiva precarizzazione del lavoro. L’elemento che colpisce è che molte persone in difficoltà vivevano una situazione di “normalità”, di “equilibrio” che ad un certo punto, in seguito ad un evento spiazzante (prevalentemente perdita del lavoro, ma anche separazione, ridotta capacità di lavoro) si trovano a non riuscire più a gestire la quotidianità. I funzionari dei comuni sembrano maggiormente in contatto con l’elemento di “rottura di un equilibrio”, riportano un vissuto di vergogna a rivolgersi ai servizi:

«molte persone arrivano con grandissimo imbarazzo, mentre in passato arrivava l’utenza “abituata” a far ricorso a servizio sociale, ora abbiamo questa utenza imbarazzata, che si vergogna, impiegati che lavoravano, si separano e non ce la fanno, padri di famiglia che hanno perso il lavoro con un’età dai 45 ai 60 anni...»⁶.

Le assistenti sociali della Azienda USL e la referente della Caritas, pur all’interno delle stesse categorie principali identificano profili più dettagliati:

- uomini fra i 45 e i 60 anni che perdono il lavoro, di difficile collocabilità per l’età, la poca formazione, la bassa scolarità.
- famiglie straniere dopo il ricongiungimento familiare quando il reddito del capofamiglia non è sufficiente a sostenere il nucleo

⁶ da una intervista con funzionario comunale.

- adulti inseriti nel settore alberghiero (che forniva anche l'alloggio) che perde il lavoro o che lavora in modo discontinuo
- immigrati italiani (Sardegna, sud Italia) che avevano trovato una stabilità lavorativa in agricoltura o nell'azienda florovivaistica che ora lavorano solo saltuariamente
- persone indebitate (mutui, finanziarie), che non lavorano per qualche mese e non riescono a pagare le rate
- uomini soli 50enni che perdono il lavoro che avendo perso dei punti di riferimento si lasciano andare alla deriva
- donne con problemi di abuso e maltrattamento

1.6 La territorializzazione del welfare per gli adulti in difficoltà

Di fatto gli adulti in difficoltà gravitano intorno a tre poli significativi: i Comuni, i Servizi Sociali Asl, le organizzazioni del volontariato. Queste tre polarità, pur muovendosi autonomamente, sono molto connesse fra loro e spesso tutte coinvolte nei singoli progetti assistenziali. Per le problematiche legate al lavoro una funzione importante la svolgono i Centri per l'Impiego della Provincia che sono in rete con le tre polarità. Se da un parte questo consente la possibilità di rendere più accessibili e diffuse le informazioni perché tutti fanno segretariato, dall'altra il rischio è che non si identifichino chiaramente percorsi e diritti per tutti i cittadini della zona.

2. Servizio: l'accesso al sistema locale di servizi e interventi sociali

2.1 Il welfare di accesso

Le assistenti sociali Asl ricevono presso i distretti in tutti i comuni. Nei comuni piccoli un giorno la settimana, nei comuni più grandi due giorni. Il Punto Unico di Accesso è previsto, a Monsummano, solo per gli anziani non autosufficienti.

Il ricevimento è una attività di segretariato rivolta a tutti i cittadini, vengono date informazioni ed eventualmente si indirizzano le persone presso i servizi specifici (Centro per l'Impiego o agenzie di lavoro interinale, al comune per le sue competenze ecc.).

Il segretariato sociale ha una funzione di filtro, *“solo dopo che la persona ha ricevuto le informazioni e pensa al da farsi si ripresenta e si struttura un percorso”*⁷. Viene fissato un appuntamento per un colloquio più approfondito e in genere segue una visita domiciliare.

L'obiettivo è quello di elaborare un percorso personalizzato finalizzato all'autonomia della persona attraverso l'attivazione delle proprie risorse. Il progetto prevede un accordo/contratto con il cittadino dove si individuano e si stabiliscono impegni reciproci. La mancata osservanza dell'accordo da parte del cittadino, comporta l'immediata sospensione degli interventi. Questo per disincentivare una modalità assistenzialistica di approccio ai servizi.

Le assistenti sociali portano una proposta di intervento, corredata da tutta la documentazione necessaria, all'interno della riunione di servizio di ADO che valuta l'eventuale necessità di ulteriori approfondimenti e che decide se il percorso proposto è adeguato o meno al bisogno della persona. In quella sede vengono approvati gli eventuali interventi previsti. Il cittadino riceve una risposta scritta sull'accoglimento o meno della domanda.

Le referenti di ADO sono di fatto i decisori sugli interventi da attivare. Non è mai stato rifiutato un intervento anche se, non avendo informazioni sul budget a disposizione, sono invitate ad attenersi

⁷ Da una intervista con Assistente Sociale Asl

complessivamente alla spesa dell'anno precedente. L'amministrazione le incontra periodicamente per dare indicazioni su come procedere, in genere per invitarle a contenere la spesa.

Gli interventi rivolti alle persone in difficoltà prevedono spesso percorsi di orientamento/formazione presso il Centro per l'impiego, interventi del comune in merito alle problematiche abitative, attivazione di aiuti erogati dalle associazioni di volontariato.

Accanto a questa organizzazione c'è un'altra organizzazione: i comuni, pur avendo delegato la gestione dei servizi alla Azienda USL, negli anni hanno costruito un loro settore (con diverse denominazioni), con un bilancio economico abbastanza consistente, un proprio funzionario, organizzato propri sportelli, propri servizi sociali e un minimo di organizzazione a partire dalle loro competenze (es. contributi ad integrazione dei canoni di affitto).

Il Comune di Pescia e il Comune di Montecatini hanno una propria Assistente Sociale. Non si occupano direttamente di percorsi socio assistenziali ma sono una presenza forte per i cittadini. Nel Comune di Pescia l'assistente sociale arriva a ricevere 1200 persone l'anno e si occupa in particolare di politiche per il lavoro. I comuni gestiscono un fondo per contributi economici in situazione di emergenza. Tranne situazioni particolari, i Comuni tendono a coinvolgere il servizio sociale della Asl per la formulazione del progetto all'interno del quale attivano le risorse.

Questo rapporto è molto ambivalente e ambiguo, da una parte il Servizio Sociale è il soggetto formalmente demandato ad occuparsi degli interventi socio-assistenziali, e i comuni hanno interesse a sollecitare l'Azienda su questi percorsi, poi però lamentano le modalità, i tempi lunghi, la scarsità di risorse, le mancate risposte, e quindi cercano di trovare soluzioni alternative in regime di emergenza. In alcuni casi la collaborazione è molto stretta, facilitata anche dalla vicinanza fisica dei due servizi, il rapporto è quotidiano e si realizza un "noi" che prende in carico la situazione; in altri casi il rapporto è molto formale e i servizi comunali si sovrappongono o giustappungono a quelli della Asl.

Come si è più volte ricordato i comuni rappresentano realtà molto diverse e ciascuno trova le proprie modalità per farsi carico comunque in qualche modo della crescente domanda di sostegno. Alcune di queste modalità verranno esplorate più diffusamente nel capitolo dedicato alle misure.

2.2 I luoghi informali di accesso

Nella Valdinievole c'è una significativa presenza del terzo settore. Dai dati rilevati nel "Profilo e immagine di salute" emerge una realtà articolata e consolidata nel tempo, infatti il 56% delle associazioni di volontariato è iscritta all'albo provinciale da più di 15 anni contro il 35% di quelle dell'area pistoiese.

Settore prevalente	Iscritte albo provinciale		Iscritte CESVOT	
Protezione ambientale	3	4%	1	1%
Beni culturali	5	6%	8	8%
Protezione civile	1	1%	1	1%
Sanità	31	40%	45	44%
Sociale	14	18%	25	25%
Socio-sanitario	24	31%	17	17%
Volontariato internazionale	0		1	1%
Non conosciuto	0		3	3%
TOTALE	78		101	

Tuttavia, in rapporto all'area Pistoiese, dove le associazioni sono presenti in misura più che doppia, si rileva una differenza significativa nella distribuzione dei settori di intervento: nella Valdinievole le

associazioni che operano nell'ambito sanitario sono più numerose mentre nel Pistoiese rappresentano dal 15 al 20% del totale; mentre si ha la situazione inversa rispetto alle associazioni che operano in ambito sociale: nel Pistoiese la presenza incide in una misura che va dal 36 al 44%.

Da un punto di vista istituzionale, nell'aprile 2007 è stata approvata dalla Società della Salute la **“Regolamentazione delle forme di partecipazione della cittadinanza per la realizzazione di un sistema locale per la salute”** che prevede l'istituzione della Consulta del Terzo settore, il Comitato di partecipazione, e i Tavoli di Concertazione Settoriali per la salute.

La Consulta del terzo settore è un organismo di partecipazione costituito da tutte le organizzazioni del terzo settore in rapporto di convenzione con l'Azienda Usl n.3 di Pistoia, gli 11 comuni della Valdinievole e con la SdS della Valdinievole. Le funzioni sono prevalentemente di proposta per la predisposizione degli atti di programmazione e governo di competenza della SdS; esprime un Coordinatore che rappresenta la Consulta all'interno della Giunta della SdS.

Il Comitato di partecipazione elabora proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e governo, esprime pareri sulla qualità dei servizi e prestazioni erogate, fornisce una valutazione sul Piano Integrato di Salute e sulla relazione annuale della SdS, redige un rapporto annuale sulla attuazione del PIS e sullo stato dei servizi.

I Tavoli di concertazione territoriali sono composti da soggetti sia pubblici che del privato sociale. Rappresentano un luogo di incontro, di scambio e propulsione dei saperi espressi dai soggetti che incidono sullo stato di salute del territorio, realizza una lettura partecipata e contribuisce a costruire la programmazione del PIS.

I tavoli attualmente istituiti e attivati negli ultimi mesi sono:

- anziani
- donne, minori e famiglie
- persone con disabilità
- marginalità sociale
- dipendenze
- salute mentale
- cure primarie e interazione territorio/ospedale
- cooperazione sociale
- cultura della solidarietà e promozione della cittadinanza
- migranti
- ambiente e territorio
- sport e cultura.

Sul piano operativo emerge dalle interviste con i funzionari comunali e con i Servizi Sociali una intensa collaborazione con le diverse associazioni. Non sempre queste collaborazioni sono formalizzate: ad esempio la Caritas Diocesana di Pescia, che è una delle realtà organizzate più capillarmente sul territorio, mantiene i rapporti con le istituzioni ad un livello di collaborazione non formalizzata. I rapporti formalizzati in genere sono con i Comuni.

E' difficile operare una mappatura completa dei rapporti fra tutti i Comuni e realtà del terzo settore; tuttavia, riporteremo di seguito le realtà emergenti, pur in quadro probabilmente non completo:

ADO	Soggetti	Servizi
Montecatini	Società di soccorso pubblico	Trasporti sociali* Distribuzione generi alimentari Servizio legale Sportello immigrati* Punto igiene (bagni docce)*
	Caritas	Centri di ascolto, distribuzione viveri e vestiti, mensa
	Misericordie	distribuzione viveri e vestiti
	Centro anti violenza	Accoglienza rifugio, prevenzione, consulenza legale e psicologica
Pescia	Pubblica Assistenza	Buoni viveri, generi di prima necessità *
	Misericordia	Raccolta e distribuzione viveri e vestiario*
	Caritas	Centri di ascolto, distribuzione viveri e vestiti
	Ente morale Camposampiero	Progetto Mentor, accompagnamento al lavoro*
	AUSER	Conto cassa per l'assistenza, buoni libri e materiali per la scuola
Monsummano	Caritas	Centri di ascolto, distribuzione viveri e vestiti
	Croce Rossa	Distribuzione viveri
	Misericordia	distribuzione viveri e vestiti

* servizi in convenzione con i Comuni

2.3 Le porte di accesso per AID

È possibile ipotizzare delle tipologie di AID, all'interno dei profili già esplorati, che iniziano il loro percorso da una precisa porta di accesso. Gli adulti in difficoltà, nella accezione descritta fino a questo punto, prioritariamente si rivolgono al **Comune**, al sindaco direttamente o al funzionario.

«Il cittadino viene sempre e comunque in Comune...dal Sindaco, perché vota e riconosce come autorità per chiedere aiuto la persona che ha messo a governare, perché gli uffici del Comune non sono uffici assistenziali ma sono uffici di confronto e di colloquio dove si sentono accolti, perché si vergognano ad andare in un luogo dove si fa dell'assistenza ...all'Asl ci va l'assistito storico, colui che ha delle problematiche che vanno al di là del disagio... Il cittadino "normale" con disagio, si vergogna, non ci vuole andare, soltanto a pensare di andare dall'assistente sociale dell'Asl si sente con l'etichetta. Venire qui e parlare lo stesso con l'assistente sociale per loro è diverso, venire qui dove c'è il proprio Sindaco, dove possono venire a parlare con un funzionario, di tutto... i cittadini qui si sentono meglio...c'è un codice d'onore del Comune... "vediamo Sindaco, ci sono pochi soldi, lo buttano fuori di casa, ha figli...vediamo come fare", si va per urgenza anche se come Comune non vorremmo dare risposte fuori dal canale ufficiale, che è la Asl».

Quando il problema prioritario è la perdita del lavoro e la persona è a conoscenza dei servizi e sa come muoversi, si rivolge al **Centro per l'Impiego** che ha attivato un apposito sportello *over 40*. In alcuni casi, quando si prevede un percorso di formazione o di stage e la persona non ha un reddito per sostenersi il C. p. I. coinvolge il servizio sociale. Uno degli esiti del progetto "fasce deboli" è proprio la creazione di questo raccordo, la condivisione di un approccio metodologico e la chiarificazione dei reciproci ruoli.

Al **Servizio Sociale** dell'Asl, dov'è interessante notare come venga/non venga percepito l'invio da parte del Comune,

«[...] arrivano come primo accesso utenti "inviati" (primo accesso CPI o medico di famiglia, o associazioni di volontariato, o l'ospedale), significa che sono stati conosciuti da altri. Quelli dal Comune non sono definiti "inviati" perché fra noi siamo collegati, poiché in altre zone hanno come riferimento quello. La persona che arriva al servizio sociale per cercare lavoro ha meno risorse perché non ha i canali formali o informali per rivolgersi direttamente al servizio. Quando arriva qui la domanda si tratta di persone che non hanno supporti, o non riescono a seguire tutti i percorsi e la semplice informazione non è sufficiente, vanno accompagnati».

2.4 La codifica della domanda

Le modalità di informazione, orientamento e accompagnamento non sono standardizzate ma dato il consistente lavoro di coordinamento e di rete fra tutti gli attori sociali istituzionali e non, le informazioni sono abbastanza univoche diffuse e i rapporti di collaborazione consentono un orientamento e accompagnamento adeguato.

Le porte di accesso generalmente non mettono in atto strumenti per conoscere l'utenza potenziale, i Comuni in fase di predisposizione di bilancio raccolgono prevalentemente le informazioni relative all'anno in corso, e analizzano gli andamenti nel tempo di particolari problematiche. Non risultano valutazioni sulla qualità e l'adeguatezza delle risposte dei servizi.

La Caritas invece elabora annualmente un dossier sulle povertà in Toscana sulla base della rilevazione dei dati dei Centri di Ascolto.

2.5 La risposta dei servizi

Una prima osservazione è relativa alla rappresentazione dell'AID da parte degli attori intervistati.

I Comuni sembrano maggiormente in contatto con la componente "sana" del disagio, con l'elemento di crisi, sono maggiormente focalizzati sulla domanda e valorizzano la dimensione tempo. Evidenziano il cambiamento del "disagio":

«vengono proprio per il bisogno, il disagio è cambiato... spesso è un aiuto al cittadino a superare la crisi. E' cambiata proprio la tipologia - senza etichettare, se mi dai una mano poi risalgo -...»

li inquadrano nell'ambito dei disagi straordinari ma in realtà molti sono disagi quotidiani, soprattutto quelli del lavoro e della casa...gli adulti in difficoltà se chiedono un solo intervento lo possiamo fare noi, coloro che tornano in modo ripetitivo, per i quali c'è bisogno di un progetto, li inviamo all'Asl».

I servizi sociali ASL entrano in maggiore sintonia con la componente da "riabilitare", con le risorse personali da ri-attivare, sembrano più orientati al percorso che sono in condizione di proporre e la dimensione temporale è dilatata.

«I servizi sono quelli e si cerca di fare un progetto personalizzato in base anche alle risorse che la persona ha da investire, c'è un po' di tutti e due...la domanda posta può essere riformulata in una cosa ben specifica e qui sta al professionista dire se dietro all'apparente richiesta/bisogno c'è qualcos'altro, per cui si ridetermina la domanda, la riproponiamo all'utente, se l'utente è d'accordo nel fare un certo percorso piuttosto che quello che ha richiesto, si fa un progetto vero e proprio».

Per quanto riguarda i servizi gestiti direttamente dai Comuni, un criterio generale di accesso alle prestazioni è il calcolo dell'ISEE. Questo non impedisce comunque una certa flessibilità nelle situazioni controverse: ad esempio il "contributo regionale per l'integrazione del canone di locazione" prevede l'esistenza di un regolare contratto di affitto, se il contratto non c'è (come spesso succede) viene valutata la situazione e vengono eventualmente applicate delle deroghe attingendo ad altre risorse.

Il «Regolamento dei servizi sociali, socio-sanitari e socio-educativi integrati», approvato nel luglio 2007, non è ancora adottato e quindi i Servizi Sociali della Asl e dei Comuni fanno ancora riferimento ad un vecchio regolamento (mai recepito da tutti i Comuni) che tacitamente fa da punto di riferimento per tutti. Questa situazione se da una parte consente una certa flessibilità, dall'altra espone ad una estesa discrezionalità. Come rilevato nel documento ***Linee guida per la sperimentazione di percorsi di inclusione sociale per soggetti definiti "fasce deboli"***:

«per le persone prive di handicap e in età lavorativa i requisiti per essere titolari di un sussidio e il suo ammontare possono essere più discrezionali. Può inoltre intervenire una valutazione di "merito" dei destinatari...[Di fatto] non ci sono criteri, si fa un progetto individualizzato sulla persona...Si dà risposta a tutti, bisogna vedere in quale modalità... con dei progetti, e va visto come la persona "sta" a quel progetto... C'è una presa in carico e il primo criterio è che il soggetto sia d'accordo a seguire un certo percorso. Ogni progetto è individualizzato».

3. Misure: gli interventi del welfare locale nei confronti degli adulti in difficoltà

3.1 Le misure per gli AID

La persona in difficoltà ha diritto con certezza all'accoglienza ed al segretariato sociale, ad un progetto individualizzato finalizzato alla ri-attivazione delle risorse personali, che comprende: informazione, consulenza, sostegno, accompagnamento verso gli altri servizi e risorse del territorio. Interventi di sostegno economico sono possibili, in misura limitata, per periodi circoscritti e valutati in base alla definizione del bisogno.

Appare altrettanto chiaro che se la persona ha problemi abitativi ha diritto a fare domanda presso il proprio Comune per accedere ai contributi ad integrazione del canone di affitto, se ha figli minori ha diritto a tutta una serie di agevolazioni sia di tipo economico, sia per l'inserimento dei figli presso gli asili nidi (nei comuni dove sono presenti) o ai progetti ricreativi e socio-educativi presenti sul territorio, sempre a carico del Comune.

Volendo semplificare: in genere le difficoltà portate ai servizi hanno a che fare con la perdita/mancanza/insufficienza di un reddito da lavoro, di costi della casa (affitto/mutuo) troppo alti e quindi non sostenibili, se ci sono figli minori c'è la difficoltà di conciliare tempi di cura con i tempi di lavoro e la difficoltà a far fronte alle spese, in particolare per la scuola. Quindi gli interventi cercano di affrontare contestualmente tutti questi aspetti.

3.2 Contrasto alla povertà

Per i Comuni le misure più esplicite, con criteri di accesso chiari, sono quelle messe a disposizione sotto forma di contributi, esenzioni e riduzioni. Nel budget virtuale 2006 della S.d.S. della Valdinievole si indica complessivamente la seguente spesa per :

<i>misura</i>	<i>spesa</i>
Contributo affitto	Euro 276.524
Riduzioni e contributi TARSU	“ 86.648
Riduzioni e contributi ICI	“ 7.568
Esenzione mensa scolastica	“ 204.157
Esenzione trasporto scolastico	“ 62.735
Esenzione asilo nido	“ 16.321
Contributi economici	“ 54.293

Si accede a questi benefici attraverso una domanda corredata dall'ISEE, o con relazione dei servizi sociali. Per i contributi economici i Comuni hanno modalità diverse, intervengono direttamente in regime di urgenza, o di nuovo su relazione dei servizi sociali. Inoltre, come abbiamo visto, i Comuni hanno convenzioni con il volontariato per la distribuzione di generi di prima necessità. Generalmente questi interventi stanno all'interno del progetto individualizzato.

I Servizi Sociali Asl hanno a disposizione dei fondi per contributi economici trasversali alle varie tipologie di utenza:

- contributi una tantum: vengono concessi per sostenere la persona nel risollevarsi da una difficoltà contingente;
- contributi ad integrazione del minimo vitale: in realtà non arrivano ad integrare il corrispettivo di una pensione minima, possono coprire le utenze, e piccole spese; ne viene valutata di volta in volta la misura e la durata che non supera i 3 o 4 mesi, eventualmente rinnovabili nell'arco dell'anno, ma non consecutivamente;
- buoni alimentari: in convenzione con supermercati
- buoni farmacia

L'accesso a queste misure dipende dalla valutazione professionale del servizio ed è vincolato ad un progetto individualizzato formalizzato in un accordo con il cittadino. La mancata osservanza dell'accordo comporta la sospensione delle misure. Nel "Profilo e immagine di salute" sono riportati i dati relativamente agli interventi di sostegno economico, che nel 2005 sono stati: integrazione minimo vitale n. 121, buoni alimentari n. 129, contributi per l'affitto n.42. Questi dati non ci informano sull'effettivo numero dei nuclei familiari seguiti e, mancando altri dati di confronto, sull'incidenza della presenza di minori nell'assegnazione di interventi di tipo economico.

3.3 Responsabilità familiari

«Alle problematiche conosciute che generano situazioni di rischio per i minori, quali scarse risorse economiche, emarginazione sociale del nucleo familiare, dipendenza da sostanze o da alcool, si sono aggiunte problematiche legate alla fragilità della coppia ed alla incapacità dei genitori di gestire il processo educativo dei minori che spesso viene delegato alla scuola o agli specialisti».⁸

L'Azienda Sanitaria Locale dal 2002 ha attivato il "Progetto di educativa familiare" che prevede un sostegno alle figure genitoriali, riconoscendo e rafforzando le competenze e le risorse della famiglia stessa, attraverso l'intervento domiciliare di educatori professionali. Nel 2005 sono stati coinvolti 26 nuclei familiari.

I comuni della Valdinievole hanno investito da tempo nella realizzazione di servizi socio-educativi e socio-ricreativi rivolti ai bambini e ragazzi che consentano loro e alle famiglie di avere un punto di riferimento nell'orario pomeridiano extrascolastico e nei periodi di chiusura delle scuole. La fruizione di questi servizi serve a facilitare l'accesso al lavoro o il suo mantenimento, in particolare per la componente femminile dei nuclei in difficoltà. Analizzando ancora una volta il budget virtuale della S.d.S. si rileva una spesa da parte dei comuni di 283.826 euro per la gestione di queste attività. Anche in questo caso l'accesso può essere gratuito per le situazioni segnalate dal servizio sociale.

3.4 Inserimento lavorativo

La perdita del lavoro o la difficoltà ad inserirsi o re-inserirsi nel circuito produttivo è uno degli aspetti che viene maggiormente riportato come causa o concausa di disagio. Il canale privilegiato è l'invio ai Centri per l'impiego. Una esperienza interessante è quella del Comune di Pescia che ha inserito le politiche per il lavoro all'interno dell'area Politiche sociali e socialità: dispone di un'assistente sociale che si occupa di questo, oltre che di politiche giovanili e immigrazione, ed hanno affrontato le problematiche lavorative con due ordini di azioni:

- un rapporto di collaborazione, non formalizzato, con le agenzie di lavoro interinale: quasi quotidianamente le schede dei cittadini in cerca di lavoro vengono presentate ad un addetto delle agenzie e confrontate con le offerte presenti al momento. Questa modalità di lavoro oltre ad aver consentito numerose assunzioni a tempo indeterminato, permette di ridurre i tempi rispetto ai percorsi istituzionali, ed è particolarmente adatta per le persone che sono più facilmente collocabili;

Per le persone che hanno bisogno di essere accompagnate, adulti in difficoltà anche con problematiche particolarmente complesse è stato avviato il "Progetto Mentor" che attiva borse lavoro e inserimenti lavorativi. Il progetto è gestito dall'Ente Morale Camposampiero: uno psicologo coordina i colloqui ed un altro tiene i rapporti con le aziende e cura la parte amministrativa delle borse lavoro. Annualmente si seguono 8-9 soggetti e si arriva a realizzare una media di tre assunzioni a tempo indeterminato annue. Il costo complessivo del progetto è di 15.000 euro per anno.

Il Progetto "Fasce deboli" promosso dalla Provincia di Pistoia ha proposto una sperimentazione che "prevede l'inserimento sociale e lavorativo dei cittadini definiti fasce deboli, attraverso un progetto individualizzato, una misura di sostegno economico e un tutoraggio sociale"; tale progetto è stato attivato sperimentalmente per 10 soggetti.

In effetti il problema del sostegno al reddito, mentre le persone si impegnano in percorsi di formazione o riqualificazione di professionalità deboli, è molto sentito. Risulta possibile infatti attivare borse lavoro per adulti in difficoltà ma solo se hanno o hanno avuto problematiche socio-sanitarie (ad esempio alcol dipendenza) anche diversi anni prima e sono usciti dai percorsi riabilitativi.

⁸ S.d.S., *Profilo e Immagine di Salute*

«Se è una persona adulta che non ha invalidità e non ha o ha avuto problematiche, non rientra in niente, rimane in carico a noi...borse lavoro solo nel caso abbiano avuto un problema, se hanno avuto una vita sana sono più in difficoltà».

3.5 Conclusioni analitiche e critiche: punti di forza e punti di debolezza delle misure per gli adulti in difficoltà

Le misure nell'ambito del sostegno alle responsabilità familiari sono complessivamente diversificate e accolgono i diversi aspetti delle difficoltà delle famiglie:

- nella gestione della vita scolastica dei figli: esenzioni per trasporti, mensa, aiuti per l'acquisto di libri e materiale scolastico,
- nella gestione del tempo da dedicare al lavoro, attraverso l'asilo nido e i progetti socio-educativi pomeridiani
- nella gestione della funzione genitoriali attraverso servizi di educativa familiare

Il "Regolamento dei servizi sociali, socio-sanitari e socio-educativi integrati"⁹, anche se ancora non adottato, può essere utile per comprendere le tendenze verso le quali la società della Salute si sta orientando. Nel disciplinare di funzionamento relativo al regolamento, nell'area delle responsabilità familiari e tutela del minore vengono individuati:

- servizi di supporto alla domiciliarità, (assistenza domiciliare, educativa familiare, servizi educativi extrascolastici, affidamenti familiari, incontri protetti fra bambini e familiari);
- interventi economici di sostegno alla genitorialità, (contributi economici mensili finalizzati al reddito di cittadinanza e contributi straordinari);
- servizi residenziali (anche per la gestante e la madre con figlio).

Quando il focus è rivolto sui minori, le problematiche sembrano più visibili, e la funzione di "tutela" dei servizi sociali rendono più accessibili le risorse.

Per quanto riguarda le misure di contrasto alla povertà, quelle messe a disposizione dal Servizio Sociale sembrano essere limitate. In particolare quando il disagio è legato alla difficoltà di inserirsi o re-inserirsi nel mondo del lavoro, se da una parte i servizi e i percorsi del Centro per l'impiego (orientamento, bilancio di competenze, stage, formazione ecc.) consentono di attivare risorse proprie, dall'altra, la mancanza di un adeguato sostegno al reddito rendono questi percorsi di medio/lungo periodo insostenibili.

Nel disciplinare già citato, nell'area di intervento dei diritti di cittadinanza vengono individuati tre tipi di intervento:

- percorsi di inclusione sociale: interventi ed attività finalizzate a sostenere il percorso di integrazione sociale e di accompagnamento al mondo del lavoro anche attraverso lo sviluppo di specifiche intese fra soggetti pubblici (Provincia, Azienda Usl, Comuni) e del privato sociale (Cooperative sociali di tipo B) anche con la individuazione degli oneri a carico di ogni Ente... A questi percorsi possono accedere i cittadini con ridotte capacità psico-fisiche e non in grado di sostenere una normale attività lavorativa;
- contributi di natura economica: contributi economico mensile temporaneo finalizzato al reddito di cittadinanza, contributo straordinario (una tantum) per specifiche esigenze;
- interventi a tutela delle donne finalizzato al contrasto della violenza (centro anti-violenza).

⁹ Approvato dalla SdS con Deliberazione della Giunta n. 6 del 12/07/07. Non è adottato in quanto non sono stati ancora definiti i valori ISEE di riferimento per l'accesso ai servizi.

Si riconferma che adulti in difficoltà, che non abbiano ridotte capacità psico-fisiche, non hanno diritto a misure forti di accompagnamento al re-inserimento lavorativo. Una misura che viene riconosciuta come efficace è il Fondo ad integrazione del canone di locazione¹⁰ e l'impegno che si sono assunti i comuni di attivare risorse per far fronte al problema casa.

¹⁰ L. 431/1998 “Disciplina delle locazioni e del rilascio di immobili ad uso abitativo” che art.11 istituisce un Fondo Nazionale da ripartire annualmente fra le Regioni per l'erogazione di contributi integrativi al pagamento dei canoni di affitto e per il sostegno alle iniziative dei comuni per il reperimento di alloggi da concedere in locazione.

1. Il contesto regionale

1.1 La normativa

L'indirizzo delle politiche socio-assistenziali della Regione Lazio è stato stabilito nella seconda metà degli anni Novanta, con la L.R. n. 38 del 9 Settembre 1996¹, precedendo la legge quadro 328/00. La L.R. 38/96 detta norme per il riordino, la riqualificazione, la programmazione e la gestione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali nell'ambito territoriale regionale. Con la successiva L.R. 6 agosto 1999 n. 14², in attuazione DLgs 112/98, vengono precisate le ripartizioni delle competenze istituzionali e completato il quadro della riforma per il decentramento amministrativo. La Regione ha poi approvato il primo Piano Socio-Assistenziale per il triennio 1999-2001 con DCR n. 591 del 1° dicembre 1999, avviando così il processo programmatico di sua competenza e delineando nel territorio regionale un sistema di interventi e servizi sociali che risulta coerente alle indicazioni della legge di riforma. La DGR 860/2001 “Determinazione dei criteri e delle modalità per la ripartizione del fondo per l’attuazione del primo piano socio assistenziale 2001” contiene in allegato le “Linee guida ai Comuni per l’esercizio delle funzioni sociali” (Formez, 2006): in questi documenti si anticipano i contenuti della successiva legge quadro nazionale sulla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (L. 328/00), individuando nei distretti socio-sanitari il *locus* della programmazione e gestione dei servizi sociali. Lo spirito della Legge regionale sul riordino dei servizi socio-assistenziali e del primo Piano socio-assistenziale, restituisce un quadro di riforma e gestione dei servizi che mira a:

- garantire livelli minimi di assistenza;
- implementare soluzioni innovative di stampo locale;
- condividere la programmazione e la gestione degli interventi socio-assistenziali non solo tra gli organismi pubblici ma anche con gli organismi di terzo settore e con i cittadini, incoraggiando e costruendo una “logica di politica di comunità”.

Dopo l’entrata in vigore della Legge n. 328/2000, la Regione Lazio ha proseguito questo percorso attraverso l’approvazione di specifiche leggi di settore e la predisposizione di atti di programmazione e linee guida relativi alle politiche sociali e socio-sanitarie³ (Cortese 2007).

Relativamente ai servizi di accesso, le strutture⁴ presenti nella Regione sono:

a) il *segretariato sociale*⁵, che fornisce informazioni ed orientamento ai cittadini in merito alle risorse sociali disponibili sul territorio, ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi. Oltre alle informazioni relative al sistema dell’offerta pubblica, gli sportelli di segretariato sociale informano i cittadini anche sui servizi a pagamento erogati da soggetti privati, sulle tariffe praticate e sulle caratteristiche dei servizi erogati.

b) il *servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare*⁶. Questo servizio è teso ad assicurare prestazioni tempestivamente, nell’arco delle 24 ore, e per un periodo non superiore alle 48 ore, a persone che, per improvvise ed imprevedibili situazioni contingenti, personali o familiari, si trovino in condizioni di incapacità o non siano in grado di trovare autonomamente una soluzione alle criticità accorse in quanto privi di mezzi necessari al soddisfacimento dei bisogni primari di vita. Il servizio assicura la fase di primo intervento, predisponendo in seguito le azioni

¹ “Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio assistenziali”.

² “Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per la realizzazione del decentramento amministrativo”

³ Tali atti amministrativi determinano i criteri e le modalità di ripartizione delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e dal Fondo Regionale e contengono le Linee Guida per i Comuni.

⁴ Le note sulle strutture sono tratte dal portale sociale della Regione Lazio, www.socialelazio.it

⁵ Art. 22 comma 4 lettera A L. 328/2000.

⁶ Art. 22 comma 4 lettera B, L. 328/2000; D.G.R. 1304 paragrafo I.B.3.

necessarie all'attivazione delle risorse di competenza da parte dei servizi territoriali attraverso una centrale telefonica e la partecipazione di unità mobili su strada per l'intercettazione e la presa in carico di situazioni di disagio estremo.

c) il *servizio sociale professionale*⁷, finalizzato alla lettura e codificazione della domanda, alla presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale, all'attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse in rete, all'accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione.

d) lo *sportello famiglia*⁸, che offre attività di supporto ai nuclei familiari, sia per agevolare la conoscenza delle norme e dei provvedimenti nazionali, regionali e locali in materia di politiche familiari, sia per favorire l'accesso ai servizi.

1.2 Le competenze istituzionali

Con l'approvazione annuale delle Linee guida inviate ai Comuni, la Regione Lazio provvede a consolidare un sistema di welfare cosiddetto "a responsabilità condivise" che si basa sui principi della "centralità del territorio" e della "sussidiarietà" prefigurando un modello nel quale la Regione affida ai Comuni un'ampia autonomia programmatica e gestionale.

Riconoscendo infatti l'impossibilità di pervenire ad un sistema omogeneo di welfare regionale, data l'estrema differenziazione territoriale, l'obiettivo della Regione Lazio è quello di chiarire il più possibile i ruoli e le funzioni assegnate ai Comuni, stabilire gli strumenti e i soggetti della programmazione, definire i livelli essenziali delle prestazioni nonché le modalità di integrazione con l'Asl e con le organizzazioni sociali presenti sul territorio, esercitando esclusivamente funzioni di indirizzo (Cortese 2007).

La Provincia, quale organo istituzionale che concorre alla pianificazione sociale impegnandosi nel favorire l'integrazione delle politiche sociali con le altre politiche di settore (politiche del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione, ecc) svolge "un ruolo di interlocutore naturale dei Comuni capofila sul tema dell'integrazione con la Asl e con le organizzazioni di Terzo settore" (vedi D.G.R. n. 81/2006), partecipa attivamente alla costruzione del Piano di zona convocando tavoli tecnici sulle singole tematiche sociali, forniscono un supporto informativo e tecnico avvalendosi di osservatori provinciali sulle politiche sociali, individua in collaborazione con la Asl eventuali servizi di dimensione sovra-distrettuale e coordina la rilevazione dei dati sui servizi inseriti nei Piani di zona servendosi delle informazioni inviate da ogni Ente locale o Comune capofila presso l'amministrazioni provinciale competente (Cortese 2007).

I dispositivi e gli strumenti preposti sono:

- il Piano Regionale socio-assistenziale, che programma e dà l'indirizzo sulle politiche d'intervento generale;
- il Piano Sociale di Zona, che pianifica e organizza gli interventi. I due strumenti corrispondono ai due livelli gerarchici della Regione e del Distretto.

I Distretti socio sanitari, a partire dalle Linee guida che la Regione detta annualmente, e in considerazione dei criteri per la ripartizione del Fondo Regionale per le politiche sociali, procedono a:

- analizzare e "mappare" i bisogni sociali del proprio territorio;
- definire le modalità e gli spazi di collaborazione con le Asl e gli organismi di Terzo Settore⁹.

⁷ Art. 22 comma 4 lettera A L. 328/2000.

⁸ Art. 9 L.R. 32/2001

⁹ Come indicato nella DGR n. 860 del 28 giugno 2001 e nella DGR n. 1042 del 17 luglio 2001 obiettivo prioritario della programmazione regionale è l'integrazione socio sanitaria, da realizzare attraverso

Il Piano di Zona è lo strumento per la costruzione e la programmazione dell'offerta integrata in interventi e servizi sociali.

1.3 La programmazione

Per la programmazione¹⁰ e la gestione dei servizi all'interno dei bacini distrettuali, gli enti locali devono adottare il metodo della pianificazione di zona. Il Piano di zona è lo strumento fondamentale attraverso cui i Comuni del distretto associati tra di loro e di intesa con la ASL, con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, possono disegnare il sistema integrato di interventi e servizi sociali con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi e alle risorse da attivare. L'art. 19 della L. 328/00 indica come requisiti preliminari affinché tutti i Comuni, attraverso forme associative, possano predisporre il Piano di Zona:

- a) realizzazione delle forme associative a livello distrettuale e di decentramento nel Comune di Roma;
- b) Intesa con le ASL;
- c) Individuazione delle risorse disponibili, di carattere finanziario e umano, pubbliche e accreditate, del volontariato, dell'associazionismo e delle organizzazioni non lucrative. I finanziamenti regionali sono sussidiari rispetto alle risorse che ciascun Comune deve rendere disponibili per il funzionamento della rete dei servizi sociali;
- d) Seguire gli obiettivi e priorità regionali di riferimento che i Piani di Zona (d'ora in poi PdZ) devono riprendere, per localizzarli nel territorio di competenza.

Il PdZ deve:

- a) favorire la formazione dei sistemi sociali integrati, promuovendo le risorse di solidarietà e di auto-aiuto;
- b) responsabilizzare i cittadini e le strutture nella programmazione, nella co-progettazione e nella verifica dei servizi;
- c) qualificare la spesa con un impiego coerente delle risorse finanziarie e con l'adozione di procedure efficienti di spesa e di controllo della stessa;
- d) promuovere iniziative di formazione e altre azioni di sistema, per consentire la crescita delle competenze professionali delle risorse umane impegnate nella promozione e nell'attuazione del Piano di zona, ma anche per supportare la costituzione di una struttura organizzativa, coerente con il complesso di azioni da realizzare, ivi compreso l'avvio del sistema informativo sociale.

Il comune di Roma rappresenta, in ambito regionale una specificità, in quanto gli ambiti territoriali ottimali si realizzano attraverso la suddivisione del territorio comunale; tuttavia in coerenza con quanto stabilito per tutto il territorio regionale, gli ambiti territoriali ottimali sono individuati nei distretti sanitari, che coincidono con i Municipi.

Anche nel caso del comune di Roma, la Regione assegna un budget ad ogni distretto secondo i criteri già individuati. Ciascun distretto predispose il proprio Piano di zona e, nell'ambito e nei limiti della quota preventivamente assegnata, i relativi progetti operativi. Il comune di Roma – Assessorato alle Politiche Sociali e alla Promozione della salute - invia alla Regione il Piano di zona comunale dove confluiscono i singoli Piani di zona distrettuali e relativi progetti operativi.

La Regione esamina il Piano di zona comunale ed i singoli Piani distrettuali, valuta i singoli progetti operativi in relazione al Piano di Zona, verificandone la conformità alla programmazione regionale e

l'attivazione ai vari livelli istituzionali – Regione, A.S.L. e EE.LL. – di strategie, programmi nonché modelli organizzativi coerenti e funzionali.

¹⁰ Le note sulla programmazione sono tratte da
http://cedoc.sirio.regione.lazio.it/DOCUMENTI/RL_LG_fondo-soc.doc

alle presenti Linee guida e adotta i provvedimenti per l'erogazione del contributo totale o parziale in relazione all'ammissibilità dei singoli progetti operativi.

1.4 La morfologia territoriale

Garantendo il rispetto delle linee di indirizzo configurate dalla legge nazionale 328 del 2000, la regione Lazio provvede, di concerto con gli enti locali, a ripartire il proprio territorio in «ambiti territoriali» o «zone sociali», di norma coincidenti con i Distretti socio-sanitari, entro i quali un gruppo di comuni esercita, in modo associato, le funzioni sociali e sanitarie. Tale scelta, dettata anche dalla necessità di sostenere i piccoli e i piccolissimi comuni nell'erogazione dei servizi socio-assistenziali¹¹, ha prodotto la realizzazione di 55 distretti, di cui 19 sono costituiti dai Municipi del Comune di Roma, che rappresentano una sorta di livello istituzionale aggiuntivo interposto tra Regione e Comune.

Tali ambiti territoriali, che rappresentano di fatto un insieme aggregato di territori e di soggetti uniti da un senso di vicinanza e di prossimità, non avendo poteri amministrativi, detengono le funzioni di programmazione e di coordinamento delle azioni e degli interventi che rimangono una prerogativa del singolo comune (Cortese 2007).

1.5 I livelli di assistenza

L'art. 22 della legge 328/2000 prevede che il sistema integrato di interventi e servizi sociali garantisca al cittadino, negli ambiti territoriali ottimali, l'erogazione di alcune prestazioni essenziali, che rappresentano, i Livelli Essenziali delle Prestazioni di Assistenza Sociale (LIVEAS)¹².

I LIVEAS garantiscono un sistema di prestazioni e servizi sociali idonei a garantire cittadinanza sociale e qualità di vita alle persone e alle famiglie, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli.

Si indicano, di seguito, servizi, interventi e prestazioni che devono comunque essere assicurati:

- a) segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b) servizio sociale professionale;
- c) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare;
- d) assistenza domiciliare;
- e) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- f) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario;

A ciascun distretto, la Regione attribuisce una quota dei finanziamenti provenienti dal Fondo Nazionale per le politiche sociali, quantificata secondo due direttrici: per macro aree di intervento e sulla base di parametri demografici e di indicatori di disagio sociale. Ai fini del riparto delle somme disponibili, sono definite prioritarie le seguenti macro aree di intervento.

Nel 2001 le aree di intervento previste sono state:

¹¹ Di recente la Regione Lazio ha approvato la L.R. n. 62/2004 (e successiva D.G.R. n. 360/2007) che destina specifici interventi di finanziamento ai Comuni con popolazione inferiore ai 2000 abitanti. Tali risorse devono essere utilizzate dai Comuni interessati per far fronte a situazioni di particolare emergenza tali per cui si rende necessario un intervento straordinario della Regione.

¹² Le note sui Liveas sono tratte da http://cedoc.sirio.regione.lazio.it/DOCUMENTI/RL_LG_fondo-soc.doc e da "Piano di riparto delle risorse del Fondo Nazionale per le politiche sociali relativo all'anno 2005 in favore del Comune di Roma e dei Distretti Socio Sanitari del Lazio".

1. responsabilità familiari
2. diritti dei minori
3. persone anziane
4. contrasto della povertà
5. disabili
6. avvio della riforma

La ripartizione è stata la seguente:

AREE DI INTERVENTO	INDICATORI	PERCENTUALI
Responsabilità familiari	Popolazione residente	15%
Diritti dei minori	Popolazione <18 anni	5%
	Popolazione <4 anni	5%
Persone anziane	Popolazione <65 anni	30%
	Popolazione <75 anni	30%
Contrasto povertà	Disagio socio-economico (Rapporto Censis 2002)	7%
Disabili	Numero delle pensioni di invalidità	7%

Nel 2006 invece la ripartizione è stata la seguente:

AREE DI INTERVENTO	INDICATORI	PERCENTUALI	SOMME
Responsabilità familiari	Popolazione residente	11%	3.809.344,00
	Territorio	5%	1.731.520,00
Diritti dei minori	Popolazione <18 anni	10%	3.463.040,00
	Popolazione <4 anni	10%	3.463.040,00
Persone anziane	Popolazione <65 anni	25%	8.657.600,00
	Popolazione <75 anni	25%	8.657.600,00
Contrasto povertà	Disagio socio-economico (Rapporto Censis 2002)	7%	2.424.128,00
Disabili	Numero delle pensioni di invalidità	7%	2.424.128,00

1. Territorio: Roma – V Municipio.
Modalità di riconoscimento del bisogno sociale generale e specifico degli AiD

1.1 Morfologia Territoriale

Il V municipio si estende nella parte centro-est del comune di Roma, storicamente l'ala proletaria e di insediamento operaio a seguito dei processi di inurbamento iniziati negli anni '50, di mano d'opera proveniente dalle aree rurali limitrofe ai confini della capitale.

E' un'area relativamente vasta che si caratterizza per un ampio livello di disparità socio-economica e di qualità delle abitazioni e dell'arredo urbano con un andamento decrescente mano a mano che ci si allontana dalla città consolidata e si entra nella periferia intermedia sino ad arrivare ai confini comunali.

Le sezioni più periferiche sono caratterizzate da un numero significativo di impianti industriali e negli anni recenti di agglomerazioni di media distribuzione. Tra i primi è doveroso segnalare il comparto dell'elettronica e dell'aerospaziale della "Tiburtina valley" (ovvero unità sorte ai lati della consolare che attraversa il Municipio) e le piccole e medie imprese artigiane di Tor Cervara, che assorbono gran parte della forza lavoro del territorio municipale.

Dal punto di vista demografico, il V Municipio si caratterizza per una rilevante presenza di over 65, e di incidenza di adulti 45-64 superiore alla media comunale.

Tab. 1 - Popolazione iscritta in anagrafe al 31 dicembre 2006 per classe di età

Municipi	0-14		15-29		30-44		45-64		65-84		85+		Totale
	v. a.	%	v. a.	%									
I	1175	9,6	15739	12,8	31722	25,9	35684	29,1	23064	18,8	4652	3,8	122611
II	14911	12,1	15484	12,6	27736	22,6	34155	27,8	24812	20,2	5814	4,7	122912
III	5798	10,7	7419	13,7	12516	23,1	15176	28,0	10889	20,1	2443	4,5	54241
IV	23616	12,0	27623	14,0	47869	24,3	54289	27,5	38882	19,7	4977	2,5	197256
V	23168	13,0	28298	15,8	44216	24,7	49993	28,0	30172	16,9	2813	1,6	17866
VI	14369	11,5	17347	13,9	30828	24,7	31886	25,5	27007	21,6	3409	2,7	124846
VII	16146	13,3	1867	15,4	30582	25,3	31034	25,7	21898	18,1	2628	2,2	120958
VIII	3182	15,5	36733	17,9	55946	27,2	50355	24,5	28245	13,7	2433	1,2	205532
IX	14084	11,1	15749	12,4	30558	24,0	34347	27,0	27347	21,5	507	4,0	127155
X	2324	13,0	26344	14,7	45023	25,1	47626	26,6	33314	18,6	3751	2,1	179298
XI	15767	11,7	17756	13,2	31912	23,7	37012	27,5	28008	20,8	4341	3,2	134796
XII	24569	14,9	24442	14,8	42258	25,6	44926	27,3	25963	15,8	2603	1,6	164761
XIII	29837	14,9	29134	14,6	5489	27,4	52106	26,0	31016	15,5	3131	1,6	200114
XV	18889	12,7	20303	13,7	39501	26,6	38243	25,8	28763	19,4	2774	1,9	148473
XVI	17092	12,2	17434	12,4	33705	24,0	3802	27,1	29917	21,3	4292	3,1	14046
XVII	7415	10,3	8593	12,0	16703	23,3	2007	28,0	15773	22,0	3197	4,5	71751
XVIII	1719	12,8	1797	13,4	34515	25,8	34926	26,1	25741	19,2	3489	2,6	133831
XIX	24217	13,6	25241	14,2	45066	25,4	45969	25,9	32534	18,3	4391	2,5	177418
XX	19919	14,0	20221	14,2	36884	25,9	38186	26,8	2445	17,1	2956	2,1	142616
non loc.	12152	15,7	11121	14,4	23592	30,5	19282	24,9	9574	12,4	1667	2,2	77388
Totale	365949	13,0	401621	14,2	716022	25,3	753285	26,7	517369	18,3	70831	2,5	2825077

Fonte: Mosaico Statistico Municipale 2007

L'indice di dipendenza¹ mostra come negli ultimi 15 anni il Municipio sia “invecchiato” progressivamente, sebbene in confronto alla media comunale sia uno dei comuni più giovani, dato quest'ultimo chiaramente dipendente dal processo insediativo degli anni '50.

Tab. 2 - Indice di dipendenza 1991-2001

Municipi	1991	2001	2002	2003	2004	2005	2006
I	40,3	45,3	45,9	46,8	46,8	47,2	47,5
II	47,1	55,5	56,1	56,5	57,1	57,9	58,9
III	45,8	52,1	52,6	52,7	53,4	54,0	54,5
IV	35,2	45,7	46,9	47,9	49,1	50,6	52,0
V	32,4	40,4	41,4	42,3	43,5	44,7	45,8
VI	37,1	50,6	51,9	52,8	53,7	55,0	55,9
VII	37	47,1	48,2	48,9	49,6	50,1	50,7
VIII	34,8	41,1	41,7	42,2	42,3	42,9	43,7
IX	43,4	53,2	54,2	55,1	55,9	56,8	57,7
X	34,8	45,3	46,6	47,7	48,9	49,8	50,7
XI	39,4	49,1	50,4	51,5	52,7	54,4	55,5
XII	32,4	41,2	42,2	43,5	44,7	46,2	47,6
XIII	31,7	40,3	41,7	42,8	44	45,4	47,0
XV	30,5	42,5	44,2	46	47,6	49,6	51,4
XVI	36,2	50,4	51,9	53,4	54,8	56,4	57,5
XVII	45,6	52,8	53,4	54,3	55,3	57,1	58,2
XVIII	36,7	47,2	48,2	49,4	50,4	51,5	53,1
XIX	36,7	48	49	49,9	50,7	51,7	52,6
XX	34,2	44,2	45,6	46,4	47,1	48,4	49,7
Totale	36,6	45,9	47	48	48,9	50,1	51,0

Fonte: Mosaico Statistico Municipale 2007

Analizzando i principali indicatori socio-economici, vediamo che il tasso di attività è più elevato della media capitolina (46 e 44.8%), dovuto alla significativa presenza di popolazione nelle fasce d'età centrali. Anche il tasso di occupazione supera lievemente la media di Roma, (42,1 e 41,5%), correlato presumibilmente con la presenza di piccole e medie imprese artigiane e alcuni assembramenti industriali e commerciali che assorbono l'offerta di lavoro. Il tasso di disoccupazione risulta invece più elevato di quello comunale di 1,1 punti percentuali (8,5 e 7,4%), nonostante le caratteristiche produttive dell'armatura economica municipale.

¹ Calcolato come rapporto tra la popolazione nelle classi d'età 0-14 e over65 e la popolazione 15-64 anni.

Tab. 3 - Principali indicatori socio-economici – 2001

Municipi	Tasso disocc.	Tasso occ.	Tasso att.
I	5.9	45.6	48.5
II	4.6	42.4	44.4
III	5.3	41.8	44.1
IV	7.4	41.4	44.7
V	8.5	42.1	46.0
VI	8.1	39.0	42.4
VII	9.0	39.5	43.4
VIII	11.3	38.5	43.3
IX	5.9	41.6	44.2
X	7.3	41.9	45.1
XI	5.9	42.1	44.7
XII	6.4	44.0	47.0
XIII	8.4	41.0	44.8
XV	7.8	41.6	45.1
XVI	6.0	42.0	44.7
XVII	4.9	42.5	44.7
XVIII	7.5	41.9	45.3
XIX	7.6	40.8	44.2
XX	6.7	41.8	44.7
Roma	7.4	41.5	44.8

Possiamo provare a spiegare la disoccupazione osservando la variazione degli addetti alle imprese per settore di attività economica (cfr. tab. seguente). Vediamo infatti che i settori maggiormente in espansione tra l'inizio degli anni Novanta e Duemila si trovano l'edilizia, il settore alberghiero e la ristorazione e "altri servizi". Non potendo entrare nel dettaglio di quest'ultimo aggregato, possiamo però dire che gli altri settori sono caratterizzati da picchi produttivi alternati a una forti diminuzioni dell'attività durante alcuni periodi dell'anno, elemento che potrebbe forse determinare una disoccupazione stagionale dei lavoratori che si offrono su questo mercato.

Tab. 4 - Variazioni degli addetti delle imprese e delle istituzioni per settore di attività economica tra il 1991 e il 2001

Municipi	Agricoltura	Industria	Costruzioni	Commercio	Alberghi ristor.	Trasporti e telecom.	Interm. finanz.	Altri servizi	Totale
V	28,6	-24,5	89,0	32,7	82,2	59,4	34,8	114,5	45,4
Roma	-28,1	-25,6	42,1	-5,5	30,0	-6,4	-3,9	38,2	15,1

Fonte: Mosaico Statistico Municipale 2007

1.2 Architettura Istituzionale

Lo strumento di programmazione e progettazione delle politiche sociali del V Municipio, il Piano di Zona, è stato stilato nel 2002/2003 e sono succeduti ad esso due aggiornamenti che hanno lasciato la struttura di base sostanzialmente invariata: per febbraio 2008 è prevista l'emanazione di un nuovo Piano di Zona. Nel Municipio è presente un Ufficio di Piano, che recentemente attraversa un

momento di passaggio, poiché il responsabile è stato trasferito e al suo posto è subentrata la responsabile del servizio sociale professionale.

Il Municipio e la ASL fanno parte congiuntamente dell'ufficio di gestione dell'Accordo di Programma. Sono inoltre attivi 7 tavoli tematici: famiglia, infanzia e adolescenza, anziani, disabilità, diritto alla cittadinanza, lavoro, formazione e orientamento.

Sul territorio del V Municipio è inoltre attivo il progetto “porte sociali” (cfr. oltre cap. 2), del quale è responsabile il V Dipartimento del Comune di Roma (Politiche sociali), e il segretariato sociale municipale svolge il ruolo di coordinamento territoriale delle porte sociali dislocate sul territorio nelle sedi INCA-CGIL, ITAL-UIL, INAC-CIA e presso la Coop. Soc. O.SA.LA. (Rete Penelope) ed il centro di ascolto della Caritas.

1.3 Forme organizzative e Gestionali

Il Municipio V lavora in modalità integrata con la ASL.

1.4 Identikit dell'AiD emerso dai dati ufficiali

Dai dati ufficiali emerge come la problematica più rilevante sia quella del lavoro (cfr. par. 2.1).

1.5 Identikit dell'AiD emerso dalle interviste agli operatori

Dagli operatori il disagio che emerge è quello degli adulti senza lavoro: *«persone over 50, che ancora non hanno la possibilità di andare in pensione e che vengono a chiedere aiuto ai servizi ma con molta vergogna, loro non vogliono il sussidio, ma un aiuto per tirare avanti, cercano lavoro».*

1.6 La territorializzazione del Welfare per gli adulti in difficoltà

Se l'assetto istituzionale dimostra essere capillare, ben distribuito territorialmente a livello di sportelli e nel numero di operatori, i target principali recepiti dal territorio sono anziani e disabili. Non emerge, anche a detta degli operatori, una attenzione al disagio degli adulti, che in questo momento viene solo registrato e, poiché si tratta di disagio occupazionale per lo più, orientato o gestito in collaborazione con il Centro di Orientamento al Lavoro del V Municipio.

2. Servizio: l'accesso al sistema locale di servizi e interventi sociali

2.1 Il welfare di accesso

L'accesso al sistema dei servizi sociali si caratterizza nel V Municipio per la sperimentazione delle “porte sociali” e la presenza sia di uno “Sportello Unico Socio Sanitario” che di uno “Sportello Famiglia”.

2.2 I luoghi informali di accesso

Con la sperimentazione delle “porte sociali” (vedi par. successivo), i pre-esistenti accessi di natura informale sono stati istituzionalizzati, per cui non può parlarsi in senso proprio di una loro *informalità*.

2.3 Le porte di accesso per gli AiD

Nel V Municipio sono presenti lo Sportello Unico Socio Sanitario (SUSS) e lo Sportello Famiglia. Il primo, costituito nel 2004 con l'impiego dei fondi della L. 328/00, è frutto della cooperazione con la ASL a seguito di una ricerca, condotta in comune, sulla fattibilità della creazione di uno sportello unico per l'handicap. A seguito di successive valutazioni congiunte è stato ritenuto opportuno creare lo SUSS, rivolto però agli anziani oltre che alla disabilità.

Nel 2005 è stato invece istituito lo “Sportello Famiglia”, con fondi prima del Dipartimento XVI del Comune di Roma (Dipartimento Politiche di Promozione dell'Infanzia e della Famiglia), successivamente integrati con fondi del Ser.T. Anch'esso è gestito in collaborazione con la ASL ed è tale sportello raccoglie la domanda degli adulti.

Sia il SUSS che lo Sportello Famiglia sono gestiti dalla stessa cooperativa («Data Coop», la stessa a cui nel 2002/2003 era stata commissionata la ricerca sullo sportello unico per l'handicap) che si occupa delle attività di *front-office* e di monitoraggio, attraverso un unico protocollo di intesa che ha uniformato gli strumenti di rilevazione e di monitoraggio dei due sportelli. Sono previsti due coordinatori professionali referenti, indicati dal Municipio e dalla ASL, a cui è affidato il compito di coordinare le attività, monitorare l'andamento dei progetti e attuare la valutazione periodica dei risultati. «Inoltre le azioni di primo livello previste per il progetto SUSS sono integrate e realizzate congiuntamente con le azioni di primo livello previste per lo Sportello Famiglia».

Come abbiamo detto precedentemente, le porte informali sono state istituzionalizzate nel progetto “porte sociali” (ci riferiamo ai patronati e alla Caritas diocesana). La sperimentazione del progetto “porte sociali” è iniziata ad Aprile 2007. Dato il recente inizio del progetto, in questi primi mesi il lavoro si è concentrato sull'avvio operativo, gestionale e comunicativo.

IL PROGETTO PORTE SOCIALI (da www.portesociali.org)

Il processo di innovazione della P.A. è caratterizzato da un maggior **riconoscimento dei diritti** del cittadino utente in relazione alla trasparenza degli atti, alla semplificazione amministrativa, alla tutela delle informazioni personali (D.lgs 196/2003), alla certezza dei tempi (L.241/90 e successive modificazioni) e alla qualità dei servizi.

Nel settore delle politiche sociali sono state introdotte profonde innovazioni e modelli di intervento improntati sulla valorizzazione della comunità locale, delle risorse del territorio, della comunicazione tra organismi pubblici e del terzo settore e tra questi e i cittadini, in quanto utenti e in quanto “operatori sociali”.

Questi **modelli d'intervento** sono volti a rafforzare:

1. la partecipazione democratica,
2. il miglioramento dei servizi e delle risposte,
3. la riduzione dei costi e degli sprechi,;
4. la qualità o il gradimento del servizio da parte dell'utente;
5. la responsabilità del cliente-utente valorizzando la partecipazione, cioè la presenza attiva dei cittadini, delle associazioni, dei soggetti economici e produttivi, nelle fasi decisionali, nella definizione degli obiettivi, nel controllo dei risultati.

Le innovazioni legislative hanno fatto da sfondo anche ad interessanti innovazioni strategiche e organizzative dei servizi sociali. Nuovi bisogni sociali hanno indotto la trasformazione del concetto stesso di **intervento sociale** e dei suoi destinatari: cittadinanza, centralità dell'Ente Locale, pluralità dei soggetti sono i caratteri innovativi che caratterizzano questo graduale e complesso cambiamento

del sistema dei servizi e delle politiche sociali nel nostro paese.

La comunità dei cittadini si trasforma da una situazione passiva indifferente e assistita in una comunità competente che conosce i suoi bisogni, si prende cura dei membri più deboli e delle situazioni di disagio e che contribuisce a creare benessere.

In questa prospettiva il ruolo dei Municipi e dei servizi sociali municipali, nonché del privato sociale e degli enti del terzo settore, richiede un'operatività più snella, meno dispendiosa e più rispondente ai bisogni dell'utente. Uno strumento che garantisce tutto ciò è il **lavoro di rete**, di **concertazione** e di **trattativa** tra i diversi enti erogatori di servizi. È un esempio di *governance*: di erogazione di servizi integrata tra P.A. e terzo settore

Le modalità operative degli addetti devono essere propositive, sviluppare capacità progettuali, di risoluzione del problema, di partecipazione e comunicazione, anziché di isolamento.

Con il *Piano Regolatore del Sociale* sono state intraprese azioni di welfare e di sistema rivolte all'attivazione di “porte sociali” nel Comune di Roma. Strutture di *front-office* organizzate nei punti strategici del municipio dove il cittadino può interagire con le istituzioni locali per esprimere bisogni e richiedere interventi, per garantire una **rete di informazione di accoglienza e orientamento diffusa sul territorio**.

L'obiettivo è quello di facilitare e **promuovere l'accesso** di tutti i cittadini ai servizi sociali pubblici e del privato sociale. In attuazione dello strumento di *governance*, nella fase di sperimentazione avviata nel 2005 si prevede l'apertura di 38 porte sociali con il coinvolgimento dei seguenti attori:

- **Comune di Roma** – Dipartimento V, Dipartimento XVIII, Municipi I – IV – V – VII – XIII e XVIII;
 - **IPAB ISMA** – Istituti Santa Maria in Aquino;
 - i patronati **INCA, ITAL e ACLI**;
 - l'Associazione di Imprese Sociali “**Città Visibile**” Onlus;
 - i Centri di ascolto parrocchiali della **Caritas Diocesana di Roma**, presenti nei Municipi;
- Università Cattolica del Sacro Cuore – Policlinico Gemelli .**

Nel corso nell'anno 2006 la sperimentazione vedrà il coinvolgimento di tutti gli altri municipi ed è già in corso l'estensione al Municipio VIII. Gli attori coinvolti hanno delineato, mediante la sottoscrizione di un protocollo di sperimentazione, le linee guida per la redazione di un modello operativo di Porta Sociale la cui leva strategica è la **valorizzazione del capitale esistente nella rete delle organizzazioni territoriali** che grazie alla loro consolidata presenza ed esperienza nel territorio sono in grado di permettere un incontro capillare con la cittadinanza.

Il lavoro di rete è alla base delle modalità d'intervento nel territorio ed è una grande sfida sul piano operativo ed organizzativo, che richiede la capacità di integrare, mediante la Porta Sociale, l'esperienza e i saperi di enti pubblici e privati che hanno identità e competenze differenziate e che continuano a mantenere le loro specificità.

La Porta Sociale non è l'istituzione di un nuovo servizio ma è dunque una **nuova modalità di lavoro tra enti** che erogano servizi sociali. Gli sportelli già esistenti sul territorio che svolgono attività diverse e sono gestiti da soggetti di varia natura possono rappresentare un terminale avanzato di ascolto, orientamento e accompagnamento per i cittadini, divenendo un nodo informativo e di servizio, una sorta di “antenna sociale” territoriale che diventa parte integrante di un sistema di servizi locali coordinati dal segretariato sociale municipale.

Finalità principale della Porta Sociale è quindi di rispondere all'esigenza primaria dei cittadini di:

- avere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni e alle modalità di accesso ai servizi sociali;
- conoscere le risorse sociali pubbliche e private disponibili sul territorio cittadino;
- accedere più facilmente e in modo assistito, alla rete integrata degli interventi e dei servizi

sociali di un contesto locale.

Le sue **funzioni** fondamentali sono pertanto di:

1. accoglienza e ascolto
2. informazione
3. accompagnamento
4. osservatorio-monitoraggio

La **responsabilità** del progetto è del Comune di Roma – Dipartimento V, Politiche sociali e della salute - che ne ha la piena titolarità e si avvale del “Tavolo di coordinamento cittadino” per «avviare e coordinare la sperimentazione delle Porte Sociali».

Quest’ultimo, costituito dai rappresentanti di tutti gli enti coinvolti, a sua volta è suddiviso in “sottogruppi tematici” che hanno i seguenti compiti:

1. coordinare le attività di mappatura delle risorse e rilevazione degli accessi del cittadino mediante il supporto di strumenti informatici: Scheda delle risorse e Scheda utente;
2. coordinare le attività di monitoraggio delle Porte Sociali: valutare i processi in corso, elaborare azioni e attività di supporto alla sperimentazione (es. formazione, accompagnamento, ecc.); assicurare la raccolta documentale e un’attività redazionale e la successiva diffusione su tutto il territorio cittadino;
3. coordinare l’attività di comunicazione tra le Porte Sociali – comunicazione interna - e a livello cittadino – comunicazione esterna – per un’efficace diffusione della conoscenza del servizio, per il miglioramento dello scambio delle informazioni e delle pratiche di lavoro in rete, tra le Porte Sociali e il Segretariato Sociale, costituente la Microrete Municipale.

Il “segretariato sociale municipale” è titolare delle funzioni di coordinamento delle Porte Sociali e garantisce le seguenti attività:

- cura l’aggiornamento periodico, con cadenza almeno mensile, della banca dati delle risorse del territorio Municipale, con la fattiva collaborazione degli enti coinvolti, in termini di acquisizione delle informazioni sui nuovi servizi sorti nel territorio e/o delle variazioni dei servizi già presenti nella banca dati;
- assicura l’accesso e la fruibilità delle informazioni aggiornate della banca dati condivisa, nonché lo scambio dei dati territoriali tra le singole Porte Sociali;
- individua forme periodiche e costanti di scambio e confronto tra gli operatori delle Porte Sociali per una verifica della buona pratica in atto;
- aggiorna le Porte Sociali sulle novità normative e regolamentari e alle prestazioni sociali;
- promuove corresponsabilità svolgendo un ruolo di coordinamento negli interventi di comunicazione condivisi con le Porte Sociali.

Compiti fondamentali della Porta sociale sono pertanto in sintesi:

1. **Analizzare e documentare la domanda**
-> *comprendere il reale contenuto della richiesta espressa dal cittadino fruitore del servizio*
2. **Informare e orientare alle risorse**
-> *orientare il cittadino alle risorse disponibili in grado di dare una risposta alla domanda*
3. **Accompagnare**
-> *prendersi cura con i propri mezzi e competenze dell’attivazione di un percorso di risposta*
4. **Inviare al Segretariato sociale del Municipio**
-> *Prendere contatto con il Servizio Sociale Municipale in vista di una possibile presa in carico dei servizi*
5. **Inviare ad altra Porta sociale**
-> *prendere contatto con una Porta Sociale di cui si conoscono le competenze per il sostegno alla risposta*

6. Inviare ad altri servizi

-> indirizzare il cittadino a servizi del territorio che possano rispondere alla domanda espressa

E' importante sottolineare che il progetto "porte sociali" non prevede l'adesione della ASL come porta sociale. Ma nel Municipio V, nell'ambito del SUSS e dello Sportello Famiglia, in accordo con i delegati del Sindaco di Roma e del Direttore Generale dell'ASL per l'integrazione sociosanitaria, i referenti degli Sportelli hanno concordato con il Dipartimento V la possibilità di inserire anche la ASL Roma B (Distretto I, ovvero V Municipio), per cui si prevede una ulteriore sperimentazione sul territorio con l'ingresso nel Sistema delle Porte Sociali anche della Azienda Sanitaria Locale.

2.4 La codifica della domanda

La codifica della domanda nello Sportello Famiglia, laddove la richiesta dell'utente comporti la presa in carico da parte degli assistenti sociali municipali, gli operatori dello sportello provvedono a compilare una scheda di segretariato sociale, che nel servizio sociale rappresenta un primo colloquio; nella successiva riunione d'*équipe*² si provvede alla decodifica della domanda e l'assegnazione della presa in carico all'area individuata.

Gli strumenti della rilevazione e della codifica sono:

- l'ipertesto: la scheda elettronica prevede un set di informazioni (descrizione, modalità di accesso, documentaristica necessaria) relative a circa 100 servizi e prestazioni fornite dalla ASL, dal Municipio, dal privato sociale e da altre istituzioni pubbliche. Si seleziona su questa scheda la domanda dell'utente e si reperisce direttamente l'informazione da fornirgli;
- la scheda di monitoraggio: registrando i contatti consente di monitorare le caratteristiche dell'utenza e delle domande/bisogni formulati e di valutare le risposte fornite;
- la rilevazione del servizio: l'ente gestore dello sportello presenta trimestralmente al Municipio V e alla ASL una relazione sull'attività svolta dallo sportello.

2.5 La risposta dei servizi

Per quanto riguarda gli interventi di primo livello lo sportello fornisce attività di accoglienza e documentazione, informazione, orientamento, invio e accompagnamento ai servizi sanitari e sociali del territorio. Sul secondo livello, mentre per disagi di famiglie con minori a carico prevede il servizio "Spazio Neutro" (gestito da uno psicologo, è il luogo dove poter esercitare il "diritto di visita" tra genitori e figli che hanno avuto un'interruzione del rapporto determinata da dinamiche gravemente conflittuali interne al nucleo familiare, o a seguito di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria), di mediazione e consulenza orientativa, per gli adulti in difficoltà alloggiative o economiche il caso passa, vedremo nel paragrafo successivo con quali misure, al servizio sociale professionale.

3. Misure: gli interventi del welfare locale nei confronti degli adulti in difficoltà

3.1 Le misure per gli AID

² Alle quali partecipano la responsabile del servizio sociale del municipio, le coordinatrici della ASL e del Municipio, gli operatori dell'ente gestore dello sportello, le assistenti sociali del Municipio dell'area adulti e famiglia)

➤ Gli aiuti economici attivabili sono di due categorie: “in automatico” o “per microprogetti”.

1. “in automatico” – il cittadino, esposta la condizione di bisogno, sulla base di dati “oggettivi” (Isee, le bollette allegate, certificazioni che attestano lo stato di bisogno) viene inserito in una graduatoria (che si stila a fine anno, per cui il contributo è non solo incerto ma anche non tempestivo). In base alla graduatoria si eroga il contributo economico (si parte dall’Isee 0 e si considera anche se l’utente usufruisce già di altri servizi).

2. “per microprogetti” – viene concordato con l’utente un progetto di intervento. La domanda si concentra sui temi forti del lavoro e della casa, recentemente richieste di aiuto a persone senza dimora e nel pagamento delle utenze. Per quest’ultimo, l’intervento che viene posto in essere è una relazione che l’assistente fa direttamente alle società di fornitura (Acea, Italgas, ecc) per non far sospendere la fornitura dei servizi primari. Una seconda tipologia di micro progetti sono le borse lavoro. L’erogazione del contributo economico avviene attraverso la delibera 154, nella quale è contemplata una ampia flessibilità del quantum e dei criteri di eleggibilità per avere il contributo.

➤ Per il sostegno alle responsabilità familiari sono attivi:

- assistenza domiciliari per minori
- progetti integrati per gli adolescenti
- intervento con asili nido e associazioni sportive

3.2 Conclusioni analitiche e critiche: punti di forza e punti di debolezza delle misure per gli adulti in difficoltà

Per chi non ha un problema specifico (disabilità, ex tossicodipendenza, ecc) si cerca di trovare una ricollocazione nel mercato del lavoro, sebbene su questa fascia di utenza l’intervento sia difficile.

Se c’è un disagio economico gli operatori possono provare un tamponamento del problema, attraverso la forma del contributo economico. La fascia degli adulti in difficoltà, senza problemi di dipendenze, devianze o disabilità è indicata dagli operatori come la meno assistita perché mancano i progetti e i fondi a loro assegnati.

1. Territorio: Distretto di Viterbo

Modalità di riconoscimento del bisogno sociale generale e specifico degli AID

1.1. Morfologia territoriale

La morfologia territoriale dell'ambito Viterbo 3 è quella un distretto con un Comune predominante, il capofila, in termini di incidenza di popolazione, ampiezza e diffusione territoriale e di ricettività del mercato del lavoro.

La popolazione residente al 2006 nell'ambito sfiora le 90mila unità, di cui il 70% circa è residente nel Comune di Viterbo.

Tab. 1 – Popolazione residente- 2006

<i>Comuni</i>	<i>0-30</i>	<i>31-44</i>	<i>45-64</i>	<i>65+</i>	<i>Totale</i>
Bassano in teverina	338	259	332	297	1226
Bomarzo	501	335	439	413	1688
Canepina	1002	687	764	662	3115
Celleno	377	250	358	316	1301
Orte	2463	1881	2132	1893	8369
Soriano nel cimino	2642	1882	2203	1746	8473
Viterbo	18104	13779	15907	12464	60254
Vitorchiano	1398	1054	914	577	3943
<i>Totale Distretto</i>	<i>26825</i>	<i>20127</i>	<i>23049</i>	<i>18368</i>	<i>88369</i>

Fonte: NS elaborazioni dati Istat

La popolazione adulta (31-64) costituisce il 50% dei residenti del distretto, equamente distribuita in un segmento più giovane (31-44) ed uno più maturo (45-64) (rispettivamente il 25 e il 26% della popolazione totale).

Osservando il numero di componente per nucleo familiare, possiamo individuare nell'alto numero di famiglie unipersonali una rilevante presenza di anziani nel distretto.

Tab. 2 – Numero di componenti per famiglia

<i>COMUNI</i>	<i>Numero di componenti</i>						<i>Totale</i>
	<i>1 persona</i>	<i>2 persone</i>	<i>3 persone</i>	<i>4 persone</i>	<i>5 persone</i>	<i>6 o più persone</i>	
Bassano in Teverina	185	153	82	72	16	4	512
Bomarzo	211	217	104	102	30	11	675
Canepina	262	263	254	278	69	13	1139
Celleno	132	145	109	103	23	3	515
Orte	763	906	736	560	105	27	3097
Soriano nel Cimino	835	885	631	670	164	28	3213
Viterbo	6074	6634	5173	4348	973	190	23392
Vitorchiano	240	330	278	223	70	21	1162
<i>Totale distretto</i>	<i>8702</i>	<i>9533</i>	<i>7367</i>	<i>6356</i>	<i>1450</i>	<i>297</i>	<i>33705</i>

Fonte: Censimento Istat 2001

Le *performance* occupazionali dell'ambito di Viterbo 3 si discostano di poco dai valori medi nazionali. Il tasso di disoccupazione del distretto è minore rispetto a quello nazionale di quasi un punto percentuale, a fronte però di minori tassi di attività e di occupazione. La componente femminile registra un tasso di attività inferiore alla media nazionale di quasi 6 punti percentuali, mentre quello maschile è quasi in linea, con meno di un punto percentuale di scarto.

Tab. 3 – *Principali indicatori socio-economici*

COMUNI	Tasso di disocc.	Tasso di occup.	Tasso di attività		
			Maschi	Femmine	Totale
Bassano in Teverina	16.4	34.6	57.0	26.3	41.4
Bomarzo	8.7	36.1	54.8	26.1	39.6
Canepina	10.3	42.0	61.7	32.4	46.8
Celleno	7.2	40.7	60.1	29.4	43.8
Orte	10.2	40.2	57.5	33.3	44.8
Soriano nel Cimino	11.6	41.2	61.0	33.1	46.6
Viterbo	11.4	41.7	58.0	37.3	47.1
Vitorchiano	7.4	44.3	60.5	35.9	47.8
Media distretto	10.4	40.1	58.8	31.7	44.7
Media Italia	11.6	42.9	60.5	37.6	48.6

Fonte: Censimento Istat 2001

Tab. 4 – *Occupati per settori di attività economica*

COMUNI	Attività economica			
	Agricoltura	Industria	Altre attività	Totale
Bassano in Teverina	14	104	234	352
Bomarzo	47	129	336	512
Canepina	165	324	622	1111
Celleno	54	106	320	480
Orte	84	627	2032	2743
Soriano nel Cimino	253	919	1724	2896
Viterbo	870	3471	17259	21600
Vitorchiano	73	290	835	1198
Totale distretto	1560	5970	23362	30892

Fonte: Censimento Istat 2001

Il 75% degli occupati si concentra nelle attività terziarie e commerciali: ricordiamo inoltre che Viterbo riveste anche una significativa attrattiva per il turismo, è il principale centro nel Nord del Lazio per quanto riguarda strutture e sedi della pubblica amministrazione e dell'offerta scolastica e formativa della Provincia.

Tab. 5 – Luogo di lavoro intra o extra comunale - 2001

COMUNI	Luogo di destinazione		
	Nello stesso comune di dimora abituale	Fuori del comune	Totale
Bassano in Teverina	123	284	407
Bomarzo	276	322	598
Canepina	705	693	1398
Celleno	240	316	556
Orte	1996	1457	3453
Soriano nel Cimino	2052	1598	3650
Viterbo	24826	2850	27676
Vitorchiano	513	1066	1579
Totale distretto	30731	8586	39317

Fonte: Censimento Istat 2001

L'economia viterbese si concentra perciò dentro le mura comunali, fatta eccezione per le imprese edili che lavorano su tutto il territorio provinciale. La percentuale di occupati che svolge il proprio lavoro al di fuori del proprio è molto bassa (2%) nel distretto. Questo dato rispecchia la condizione del Comune capofila, e si dimostra opposta nei restanti Comuni, ad eccezione fatta di Soriano del Cimino, piccolo polo turistico e agricolo. Nei piccoli Comuni la percentuale di occupati pendolari supera in molti casi il 50%.

1.2. Architettura istituzionale

Descrivendo l'architettura istituzionale del distretto, e dividendo questa in due segmenti, quello tecnico e quello politico, possiamo schematicamente rappresentarla nel seguente modo:

Livello Politico:

E' costituito dall'Assemblea dei Sindaci, che si compone dai sindaci e dai suoi delegati, dall'assessore alle politiche sociali, dal direttore della ASL, dal direttore generale e da un suo delegato e da un direttore del distretto socio-sanitario. Quest'ultimo è l'interfaccia dell'azienda sanitaria con i Comuni. In sede assembleare il direttore del distretto dovrebbe portare le esigenze di tutti i servizi sanitari della ASL, che devono essere integrati con i servizi sociali dei Comuni. E' da questo dialogo politico che nasce la sinergia e l'incontro che si concretizza in un sistema di servizi integrato con la sanità.

Accanto all'Assemblea dei Sindaci è stata istituita una sorta di piccola giunta esecutiva, il Comitato dei Sindaci, che dialoga con più frequenza con i responsabili dell'Ufficio di Piano:

«perché noi siamo quelli che conosciamo il bisogno del territorio, e nel rispetto dei Liveas, possiamo dire ci sono da incentivare i servizi per i minori piuttosto che per gli anziani. Noi siamo il termometro del disagio sociale, e siamo quelli che dovrebbero portare equilibrio e siamo quelli che lo suggeriamo ai delegati del popolo, che poi sono i sindaci, la scelta è a loro»¹

Livello Tecnico:

L'ufficio di Piano è composto da:

¹ (Responsabile Ufficio di Piano)

- 1 responsabile distrettuale
- 1 assistente sociale coordinatrice ASL
- 1 referente tecnico del distretto (degli altri comuni)
- 1 referente amministrativo (degli altri comuni)
- 1 referente amministrativo comune capofila (Viterbo)

Questo ufficio si occupa di programmazione e della stesura del piano, da sottoporre all'assemblea dei sindaci come l'accordo di programma prevede.

E' significativo sottolineare la presenza, prima della costituzione del distretto socio sanitario, di una associazione tra i 7 Comuni che fanno ora parte dell'ambito ad esclusione di Viterbo. Entrata in vigore la L. quadro 328/00, Viterbo è diventato capofila di questi comuni che già avevano una associazione. Questa forma associativa non è più attiva, ma le azioni intraprese dal distretto hanno cercato di rispettare e mantenere l'autonomia, e lo *status* dei 7 Comuni prima associati. A dimostrazione di questo, la presenza di un amministrativo dei comuni nell'Ufficio di Piano mira a garantire una certa continuità con la precedente associazione intercomunale, per non vanificare i risultati e le conquiste che questi avevano fatto. Questo assetto precedente è stato in parte rispettato nella gestione dei servizi, che erano gestiti in forma associata da questi 7 Comuni, con Canepina come capofila, come Soriano era stato il Comune capofila per l'implementazione della 285/97².

«Con la 328 Viterbo è capofila, ma se loro vogliono fare riferimento a Canepina per alcuni servizi perché c'è uno storico, noi li sosteniamo»³.

1.3 Forme organizzative e gestionali

Il Distretto 3 ha una gestione integrata con la Asl, che ha aderito all'Accordo di programma. La gestione integrata riguarda iniziative, progetti e attività sanitarie a rilevanza sociale dei servizi territoriali della ASL VT Distretto 3 e le attività sociali a rilevanza sanitaria dei comuni del distretto che, direttamente o in convenzione, si occupano della gestione dei servizi sociosanitari.

Il Comitato di coordinamento dell'accordo di programma è costituito da: - il Sindaco del Comune capofila, - due Sindaci in rappresentanza del distretto, - il Direttore Generale della ASL, - il Direttore del Distretto 3 ASL VT, o loro delegati. Esso è convocato e presieduto dal Sindaco del comune capofila o suo delegato, e ha come funzione il compito di favorire e sviluppare sul piano politico e strategico l'integrazione globale a livello territoriale dei servizi sociali con quelli sanitari. Tra le sue funzioni sembra utile ricordare che esso:

- a) sovrintende all'esecuzione dell'Accordo di Programma e propone indirizzi programmatici per il coordinamento dei servizi sociali e sanitari integrati e di coordinamento con gli altri soggetti del territorio;
- b) procede all'istituzione dell'Ufficio di Coordinamento dei Servizi Socio-Assistenziali provvedendo alla nomina del Coordinatore Tecnico e del Responsabile Amministrativo;
- c) verifica e valuta i risultati prodotti e la rete dei servizi, rispetto alla domanda individuata ed agli obiettivi prefissati;
- d) approva il documento programmatico annuale predisposto dall'Ufficio Tecnico-Amministrativo, in coerenza con le linee della programmazione sociale indicate dal Comitato.

² La legge nazionale 285/97 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" del 28 agosto 1997, assume tra le proprie finalità la promozione sia di interventi rivolti alle situazioni di difficoltà, marginalità e disagio in cui si trovano i bambini, gli adolescenti e le loro famiglie, sia di interventi che riconoscano i bambini e gli adolescenti come soggetti di diritti ed offrano loro opportunità nella vita quotidiana delle proprie comunità.

³ (Responsabile Ufficio di Piano)

Il documento programmatico annuale è predisposto dall' Ufficio di Coordinamento dei Servizi Socio Assistenziali su indicazione del Coordinamento dell'Accordo di Programma e costituisce l'atto d'intesa sugli interventi sociali e sanitari integrati dei soggetti sottoscrittori. Tale documento, redatto in base alla conoscenza dello stato della rete dei servizi riferiti alle diverse aree di intervento, deve :

- a) individuare le priorità degli interventi per il riequilibrio territoriale dei servizi sociali e sanitari, dei criteri da utilizzare in relazione alla consistenza delle risorse umane e materiali esistenti, nonché al budget utilizzabile per i vari servizi;
- b) definire il modello organizzativo da realizzare in relazione all'integrazione dei singoli servizi, prevedendo l'adeguata utilizzazione del personale già impiegato nei servizi;
- c) definire le modalità di aggiornamento del personale in base ai servizi integrati da attuare;
- d) promuovere e realizzare sperimentazioni ulteriori in ordine a nuove tipologie di risposta e di modelli organizzativi da attivare;
- e) realizzare e favorire modalità di relazione e di collaborazione tra servizi ed istituzioni, coinvolte secondo un'ottica di rete e di reciprocità;
- f) determinare le risorse finanziarie, di personale ed organizzative che possono concorrere al perseguimento degli obiettivi;
- g) determinare i criteri di compensazione in rete del carico in eccesso o in difetto di assistiti.

1.4 Identikit dell'AID emerso dai dati ufficiali

Nel PdZ del Distretto di Viterbo 3 si dice:

«in seguito al crescente impoverimento della rete parentale si evidenzia la sempre maggiore necessità di servizi a sostegno di anziani, disabili e, soprattutto nei comuni più piccoli, della prima infanzia. Nel territorio del Distretto emerge un incremento di famiglie a basso reddito, molte delle quali anche multiproblematiche (da tenere presente il dato crescente sull'immigrazione, sulla disoccupazione e l'aumento dell'incidenza sul reddito familiare del costo degli affitti)».

I dati ufficiali sono di matrice censuaria, mancano analisi *ad hoc* sul disagio adulto nel Distretto o nella Provincia di Viterbo. Le problematiche evidenziate dai dati aggregati, riportati nel primo paragrafo di questo capitolo, evidenziano la bassa partecipazione al mercato del lavoro femminile, ma non colgono l'emergere di nuove problematiche, le nuove povertà, come invece risulta dalle interviste.

Ci sembra importante ricordare che uno dei Comuni facenti parte del distretto, Canepina, ha partecipato alla sperimentazione del Reddito Minimo di Inserimento. Questo Comune si caratterizza per non aver previsto nessuna assistenza economica continuativa precedente alla sperimentazione del RMI (e di non averla disposta neanche a seguito della sperimentazione).

Tab. 6 – Principali dati finanziari della sperimentazione RMI a Canepina

Spese per il personale	5.681,03
Altre spese	2.065,83
Spesa per personale a famiglia	315,61
Tot. nuclei in carico al 31/12/2000	18

Tab. 7 – Principali dati di copertura della sperimentazione RMI a Canepina

Comune	Pop.	Presentate /abitanti v.a.	Presentate /abitanti %	Accolte /presentate v.a.	Accolte /presentate %	Accolte/ Abitanti %	Totale beneficiari al 31/12/2000	Beneficiari/ Abitanti 2001
Canepina	3.072	35	1,1	28	80,0	0,9	46	1,5

I beneficiari a Canepina sono state per lo più coppie con figli (75%), mentre il restante 25% era composto da monoparentali. E' strategico in questa sede sottolineare inoltre che quasi il 43% dei beneficiari rientrava nella tipologia "Altri gruppi a rischio di esclusione sociale", quali monoparentali, disoccupati, persone in grave disagio socio-economico, ovvero tipologie di disagio adulto che sono emerse anche dalle interviste le principali nell'intero distretto.

Segnaliamo inoltre che nella II sperimentazione, si è verificato un significativo contenimento delle domande, che in sede di valutazione è stato attribuito alla **riuscita della misura**, che sarebbe risultata fondamentale nella risoluzione di molte situazioni di disagio⁴.

1.5 Identikit dell'AID emerso dalle interviste

Le interviste condotte nelle diverse sedi (Servizi sociali, Asl, Caritas, Crocerossa) hanno evidenziato come la criticità del distretto si concentra su:

- disagio socio-economico (sia inserimento lavorativo che *qualità* del lavoro in termini contrattuali, di retribuzione e di continuità);
- frammentazione e disagio familiare (monoparentali e responsabilità genitoriali).

La categoria degli anziani, che aveva raccolto importanti sforzi economici, organizzativi e gestionali negli anni precedenti si è andata affievolendosi a seguito della messa a regime di interventi socio-sanitari: «*La criticità non è della terza età, anche per una mentalità locale di 'risparmiatori'?*»

Le famiglie di medio/basso reddito sono quelle più esposte al disagio, «*a maggior ragione se pagano l'affitto e se hanno minori a carico*». Nell'evoluzione del profilo del disagio inoltre da più testimoni emerge come significativo il differente approccio tra "vecchi assistiti" e "nuovi assistiti":

«*Rispetto agli anni in cui si è iniziato il servizio sociale, 35 anni fa, quando si doveva fare contrasto alla povertà, più gli davi e meno crescevano, adesso ci sono situazioni, che se gli dai una mano nel momento di criticità forse si sollevano*»

«*C'è una forte differenza di impostazione nell'aiuto e nel modo di porsi tra le vecchie e nuove famiglie: da un lato le nuove sono sempre in affitto, mentre le 'vecchie' sono riuscite negli anni 80 a farsi assegnare una casa popolare, quindi sono più favorite, e in genere denotano una grande difficoltà a inserirsi nel mercato del lavoro (le nuove famiglie, nda)*»

Sembra perciò che in alcuni casi si verifichi un "picco di disagio": una sfavorevole congiuntura economica, oppure spese improvvise, una problematica lavorativa (un "buco" più lungo tra un lavoro e un altro), di fronte alla quale il nucleo familiare (difficilmente gli intervistati ragionano in termini di adulto in difficoltà solo: sembra che l'unico solo ad avere problematiche riconosciute sia l'anziano) non riesce a reagire.

Il problema di inserimento lavorativo emerge più tra gli uomini che tra le donne: l'edilizia è un settore trainante, e come noto è legato a forti dinamiche stagionali con uno stallo nei mesi invernali. La manodopera femminile sembra invece più facilmente orientarsi sui servizi alla persona (assistenza anziani, colf, *baby-sitting*), che hanno un andamento meno discontinuo di quello evidenziato poco sopra del settore edile.

⁴ Relazione al parlamento, "Attuazione della sperimentazione del Reddito Minimo di Inserimento e risultati conseguiti", Direzione Generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale, 2007.

1.6 La territorializzazione del welfare

Il sistema dei servizi sociali per gli adulti in difficoltà ha nel Distretto n.3 di Viterbo una organizzazione peculiare: la responsabile del settore la definisce “un’organizzazione che parte dal basso”.

Il servizio è diviso in un *Servizio sociale di base* e uno *specifico*: gli adulti in difficoltà rientrano nei compiti del primo, al quale gli utenti si rivolgono sulla base della residenza o del domicilio.

«Tutti i cittadini per qualsiasi problema, dalla disoccupazione, alle misure di contrasto alla povertà, al bambino da mettere al nido, si rivolgono ad un’assistente del servizio di base, che attraverso il colloquio sociale, valuta quale è il bisogno primario di quella persona, o da attraverso il servizio di segretariato sociale professionale, per il quale noi siamo abilitati, dà l’indicazione: per la casa rivolgiti lì, per il nido là; funge anche da segretariato insomma, dando delle indicazioni precise, poi ci sono delle colleghe, sempre qua dentro, che hanno dei servizi specifici rivolte a fasce d’utenze specifiche. Per esempio c’è una équipe che si occupa solo di minori, anziani ...»

Il servizio si divide perciò in prestazioni di welfare “leggero”, erogate dal servizio sociale di base, e “pesante”, gestite dal servizio sociale specifico. Nel caso incorrano ulteriori problematiche l’utente passa dal servizio di base a quello specifico, rimanendo in carico allo stesso operatore. Peculiare non è solo la distinzione tra servizio di base e servizio specifico, ma anche, come accennato sopra, la titolarità di alcune misure e progetti.

Tab. 9 – Servizi realizzati nel distretto Viterbo 3 per il disagio adulto e relativi capofila

Finanziamento 2002	Distretto/municipio	Servizi realizzati con ognuno dei singoli fondi
Let. A Fondo assegnato ai Comuni in proporzione alla popolazione ed al territorio (somma di tutti i Comuni afferenti al Distretto)	9.074,34 Bassano T. 14.706,78 Bomarzo 22.680,67 Canepina 11.244,25 Celleno 59.454,52 Orte 63.121,27 Soriano 441.739,66 Viterbo 24.186,10 Vitorchiano	Misure contrasto povertà e disagio sociale famiglie e terza età Assistenza minori stato bisogno Assistenza domiciliare Rette istituzionalizzazione anziani e minori Attività ricreative estive e invernali e centri terza età Attività ricreative estive e invernali e centri minori Trattamenti riabilitativi estivi handicap Contributi terzo settore Impiego anziani attività rilevanza sociale Prevenzione primaria e secondaria Assistenza scolastica alunni in situazione di handicap Affido familiare minori Emergenze abitative
L.285/1997 (infanzia e adolescenza)	VT3 Capofila Soriano € 116.078,86	Iniziative di promozione dei diritti infanzia e adolescenza Iniziative per il tempo libero Sostegno alla genitorialità Concorsi tematici su problematiche giovanili Progetti scolastici
D. Lgs 68/1998 (emigrazione)	€ 9072,99 Orte	Assistenza emigrati rimpatriati
L.R. 32/2001 Assegni una tantum alle famiglie	VT3 Capofila Soriano € 31.000,00	Erogati n. 31 assegni nuclei familiari aventi diritto in base alla graduatoria distrettuale

Se la gran parte degli interventi (non solo per gli adulti in difficoltà), fa capo a Viterbo, in quanto capofila del distretto, altri fanno capo a Canepina, a Soriano, e a tutti i Comuni del distretto. La divisione risulta essere in finanziamenti e gestione di interventi a livello distrettuale o sub-distrettuale (ovvero di tutti i Comuni ad esclusione del capofila).

2. Servizio: l'accesso al sistema locale di servizi e interventi sociali

2.1 Il welfare di accesso

«Grazie alla sperimentazione per l'integrazione socio-sanitaria (L.R. 38/96 1998-2001 - area ex sperimentazione - con comune capofila Canepina) i Comuni del distretto, con l'aggiunta di quello capoluogo di provincia di Viterbo, hanno istituito punti chiari di accoglienza ed orientamento della domanda del cittadino relativa ai bisogni di tipo sociale.

Tali sportelli di segretariato sociale sono in grado di accogliere la più ampia tipologia di esigenze informando la popolazione, non solo in merito agli interventi per le fasce deboli e neppure soltanto in merito ai servizi pubblici, bensì sull'intero spettro delle "risorse sociali disponibili nel territorio che possono risultare utili per affrontare esigenze personali e familiari nelle diverse fasi della vita [cfr. Piano Nazionale Sociale]»⁵.

Gli sportelli di Segretariato Sociale fanno riferimento ad un numero verde che risponde tutti i giorni la mattina (8,30-13,30), mentre due volte a settimana l'assistente sociale è presente in ciascuno dei sette comuni, con l'eccezione di Soriano nel Cimino (tutti i giorni) e Orte (tre volte a settimana). È stato inoltre istituito un sito web, distribuite brochure informative e manifesti.

Assistenti sociali dei Comuni dell'area periferica e della ASL hanno cominciato ad utilizzare modalità di presa in carico e di accoglienza comuni, lavorano in stretta integrazione e collaborano all'individuazione delle risposte più adatte alle singole persone. Questa nuova metodologia di lavoro sta portando all'istituzione di un vero e proprio Servizio Sociale Integrato che costituisce una "porta unitaria d'accesso" in grado di orientare il cittadino nel circuito dei servizi socio-assistenziali e sociosanitari e nella conoscenza delle risorse disponibili nel territorio.

Dall'istituzione di tali punti chiari di accoglienza è aumentata la consapevolezza dei cittadini in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi e di pari passo è aumentata anche la domanda di prestazioni a carattere socio-assistenziale e sanitario.

«Stanno emergendo richieste per lungo tempo rimaste sommerse per questo diventa indispensabile consolidare, ma soprattutto potenziare il segretariato sociale e il servizio sociale professionale strumenti indispensabili perché la domanda dei cittadini non resti inevasa».

Dalle interviste il quadro del welfare d'accesso non dista dalla descrizione che se ne dà nel PdZ. Esiste una porta di accesso sociale unica, che svolge funzione di segretariato e di servizio sociale professionale. Emerge invece la scarsa integrazione con la Asl non solo, come vedremo in seguito, riguardo la modulistica e la codifica della domanda, ma rimangono ancora fortemente scollegati i servizi sociali da quelli sanitari.

Infatti non esiste una porta di accesso unica socio-sanitaria, l'accesso a questi due settori avviene seguendo due canali diversi: la porta sociale e quella sanitaria. Il collegamento tra le due non è formalizzato e si basa sulla buona capacità di orientamento dell'utenza (che risulta rivolgersi "correttamente" alle due porte, ovvero non si presenta con bisogni sanitari alla porta sociale e viceversa), mentre le situazioni "grigie" vengono gestite informalmente, prevalentemente al telefono, tra assistenti sociali e operatori Asl.

Ogni comune del distretto ha una propria porta d'accesso:

«Quando sono arrivati i fondi del fondo nazionale, abbiamo cercato di rispettare i Liveas, uno dei primi è il servizio sociale professionale. Noi eravamo già in una posizione favorevole perché considera che il nostro servizio sociale ha 35 anni di storia, quindi, quello di Viterbo è un servizio strutturato, in altri comuni no. Alcuni sindaci hanno fatto un investimento consistente sul servizio sociale professionale. Abbiamo fornito a tutti i comuni una porta di accesso.»

⁵ Piano di Zona, Distretto n.3.

Il servizio sociale del Comune di Viterbo, capofila del distretto Viterbo 3, conta 8 assistenti sociali, 1 psicologa e un responsabile distrettuale ufficio di Piano. La sede fisica del servizio è unica, ed è stata compattata negli ultimi anni, prima c'era una porta in ogni circoscrizione. Rimangono due sezioni dislocate, che offrono un servizio decentrato ma coordinate dalla porta centrale. Gli operatori a rotazione aprono il servizio in queste due sedi decentrate.

Due volte al mese sono indette le riunioni di coordinamento, dove si analizzano le problematiche emerse e si confrontano le soluzioni da approntare. Un'importante porta di accesso è lo "Sportello Famiglia", che ha sede nello stesso edificio (e dagli stessi operatori).

Inoltre il servizio sociale lavora formalmente con le cooperative (che gestiscono i servizi), e ha stipulato delle convenzioni con i consorzi delle cooperative. Volutamente il Comune non accredita le cooperative e le associazioni, perché «l'accreditamento emargina le competenze di valutazione del bisogno del Comune, che non possono essere delegate».

Il rapporto con le cooperative è importante e centrale nell'offerta di servizi, ed è il frutto di un forte lavoro di formazione (11 anni) che gli operatori del Comune hanno rivolto ai futuri gestori delle odierne cooperative sociali. La Asl ha una porta di accesso unica, e una sede informativa dislocata nella zona di Belcolle. E' emerso però che alla Asl si rivolge una utenza con bisogni prettamente sanitari: in questo senso c'è una forte cultura del territorio, riguardo a "che cosa si può chiedere e dove". Perciò allo sportello Asl non arrivano casi socio-assistenziali ma sanitari. In questo momento stanno lavorando per la creazione di uno sportello socio/sanitario unico e sulla modulistica per sviluppare una banca dati comune.

2.2. I luoghi informali di accesso

Le porte informali a Viterbo emergono come portanti: è interessante notare come questo avvenga in un quadro di forte radicamento nel territorio del servizio sociale. Sul territorio operano in questa funzione:

- La **Croce Rossa**, in particolare la sua sezione femminile, su fondi regionali e sulle donazioni dei privati, fornisce agli adulti in difficoltà (a dispetto del nome, di ambo i sessi) non solo orientamento e informazione nella sede (unica) di Viterbo, ma eroga direttamente dei servizi agli utenti, ovvero:
 - distribuzione di generi alimentari;
 - assistenza nel pagamento di bollette/utenze.

Essa non ha nessuna convenzione con l'ente pubblico, eppure questa *di concerto* con gli assistenti sociali, è chiamata in causa nel risolvere problematiche di prima necessità (come la distribuzione di generi alimentari) e di contrasto alla povertà (come l'aiuto a pagare le utenze). Spesso c'è una compresenza sia del servizio sociale che della Croce Rossa (ma avviene anche con la Caritas allo stesso modo), per cui le utenze o il canone viene pagato, quando ritenuto opportuno, a metà tra i servizi sociali e queste organizzazioni.

- La **parrocchia** ha invece una funzione prevalentemente informativa e di accompagnamento ai servizi sociali. Il parroco infatti chiama direttamente il servizio quando si presentano da lui casi bisognosi e in qualche modo "presenta" questi all'assistente, che li riceverà in seguito.

- Stessa funzione di informazione e accoglienza è fatta dal **sindacato**, la cui utenza si concentra nella popolazione immigrata e dai presidenti delle circoscrizioni che rappresentano un nodo di orientamento e informazione soprattutto sulle tematiche lavorative. E' interessante notare come questi non orientino i cittadini ai Servizi per l'Impiego.

- La **Caritas** riveste un ruolo fondamentale: con la Croce Rossa sono i principali collaboratori informali dei servizi sociali, e come in quel caso la Caritas non solo fa informazione e accoglienza,

ma eroga direttamente dei servizi. E' importante ricordare che l'azione della Caritas si basa sul lavoro volontario, ed è finanziata attraverso "1'8 x 1000" e con le offerte dei privati. Le sue strutture sono:

- il centro ascolto (che fa prevalentemente orientamento);
- il centro orientamento al lavoro (che si occupa del raccordo domanda/offerta di lavoro; funziona come un Centro per l'Impiego, raccoglie la domanda di lavoro, ha una sala di autoconsultazione, collegato col sito delle offerte di lavoro della provincia e raccoglie anche le inserzioni sui giornali locali "l'occasione" e "il giornale");
- la mensa;
- il dormitorio (centro d'accoglienza solo notturno, nel quale si può rimanere un tempo breve, al massimo 1 settimana e in casi particolarmente bisognosi 2 settimane);
- servizio distribuzione viveri e indumenti;
- casa famiglia per donne in difficoltà Maria Teresa di Calcutta

2.3 Le porte di accesso per gli AiD

Servizio sociale

Denominazione	Ufficio servizi sociali
Ente titolare	Comune di Viterbo
Funzioni*	a; b; d; e; f (a livello formale no, mentre sì livello informale); g; k.
Risorse umane	4 di base e 4 specifiche
Fonti finanziarie	Comune, Regione e Provincia
Integrazione interna ed esterna	Si entrambe (sia in modo informale che formale)
Esternalizzazione	No

Asl

Denominazione	Sportello sanitario Asl
Ente titolare	Comune di Viterbo
Funzioni*	A, b, d, f,g
Risorse umane	4 di base e 4 specifiche
Fonti finanziarie	Comune, Regione e Provincia
Integrazione interna ed esterna	Si entrambe (sia in modo informale che formale)
Esternalizzazione	No

* *funzioni/ azioni classificate nelle seguenti modalità:*

- a) Informazione telefonica
- b) Informazione in loco
- c) Informazione tramite internet
- d) Accompagnamento
- e) Monitoraggio domanda al servizio
- f) Mappatura dell'offerta di servizi pubblici
- g) Mappatura dell'offerta di servizi privato sociale
- h) Collegamento CUP e prenotazioni
- i) Collegamento con URP Informazioni tematiche
- k) Accesso diretto per alcuni servizi

2.4 La codifica della domanda

La domanda non viene codificata in nessun modo condiviso tra le due parti.

Le assistenti sociali riempiono una scheda, però questa è frutto dell'elaborazione personale di ognuna di loro (e viene usata come metodologia di lavoro, individualmente, non avendo nessun fine di codifica o monitoraggio), e non sono tutte uguali, perciò non esiste una scheda *standard*. Anche alla Asl non c'è la codifica della domanda socio-sanitaria: la responsabile dichiara in fase di progettazione una scheda comune socio-sanitaria (ma questa informazione non è stata avvalorata dai due operatori intervistati!).

Inoltre non si svolge nessuno studio sui bisogni e non si fa monitoraggio della domanda. Viene compilata una scheda (che non può essere definita prettamente di monitoraggio del bisogno), che è uguale per tutti gli uffici del Comune e registra la quantità di utenti e i finanziamenti erogati: questa scheda viene inviata poi alla Responsabile dei Servizi sociali per il *controllo di gestione*. Per la registrazione del bisogno emerso si compila la cartella dell'utente, contenente il diario interno con le informazioni sull'utente, sul bisogno espresso e sul *progress*, ma queste informazioni rimangono separate utente per utente (e assistente sociale da assistente sociale), senza una forma di raccordo.

C'è una sorta di monitoraggio interno/informale dei servizi sociali, in quanto le proposte degli utenti che chiedono l'erogazione di un contributo viene vagliata nelle riunioni bisettimanali che si svolgono al servizio sociale. Il quadro rimane comunque altamente frammentato e la visione di insieme si perde nella descrizioni di condizioni particolari, restituendo a seconda dell'intervistato un quadro piuttosto fumoso.

L'unica sorta di codifica e monitoraggio viene fatta dallo sportello informativo della Asl: esso è gestito da una ditta privata, che per *uso interno* compila annualmente un rapporto di verifica e valutazione delle richieste degli utenti. Questo rapporto si basa sulla raccolta del bisogno espresso dall'utente e sulle sue principali caratteristiche socio-anagrafiche. Inoltre questo sportello svolge una importante funzione di indirizzo, poiché orienta l'utente verso l'accesso alle prestazioni sanitarie (Cup, radiologia, ecc), oppure indirizza ai servizi sociali in caso di:

- IVG (Interruzione Volontaria di Gravidanza) per stranieri;
- Disturbi alimentari (es. anoressia);
- Dipendenze da sostanze e da alcool.

2.5. La risposta dei servizi

Come risulta "deregolamentata" la codifica e la mappatura del bisogno, così risulta discrezionale la risposta dei servizi. Non esiste un regolamento comunale, relativo alle situazioni nelle quali dare un aiuto economico o iniziare un percorso, per cui tutto è a discrezione dell'operatore, che ogni 15 giorni porta in comitato le proposte.

Da un lato la situazione che si delinea è di alta personalizzazione della risposta, perché la condizione dell'utente viene analizzata in profondità: il momento dell'istruttoria emerge come momento chiave. Secondo gli operatori sociali la domanda viene interamente accolta, e in molti casi viene soddisfatta, anche se si sostiene che rivolgendo la stessa domanda agli utenti, questi potrebbero dire che sono "parzialmente soddisfatti".

Emerge una condizione di scarsità di risorse, con una ottima e funzionale integrazione informale con la Caritas e la Croce Rossa, che come detto erogano direttamente i servizi, talvolta in modo concertato con il servizio (soprattutto per l'erogazione di contributi economici). Questo emerge come essere un forte valore aggiunto nel distretto di Viterbo.

3. Misure: gli interventi del welfare locale nei confronti degli adulti in difficoltà

3.1 Le misure per gli AID

Le misure per gli adulti in difficoltà si concentrano nel disagio abitativo, nel supporto alla genitorialità e alle responsabilità familiari ed è prevista l'erogazione di un contributo economico in situazioni di disagio (contrasto alla povertà). Rispetto a quest'ultima forma di intervento c'è una assistente sociale deputata specificatamente all'analisi del bisogno, che sceglie se presentare o meno in sede di commissione la richiesta del contributo.

Per analizzare meglio il suo operato facciamo riferimento alle vignette somministrate:

Profili	Istruttoria	Attivazione di un percorso	Azioni	Erogazione del Contributo
C	Percorso di verifica: dove l'utente ha agito bene e dove male nei 5 anni dopo il divorzio.	Accompagnamento al lavoro (centro per l'impiego, centro orientamento al lavoro, sportello lavoro Caritas).	Accompagno alla caritas o alla crocerossa per i pacchi viveri, e le darei appuntamenti settimanali per verificare come si muove	NO
D	Analisi condizione familiare e amicale per sapere se può ricevere aiuti. Verifica delle richieste in sede Inps, se si possono "attivare" cassa integrazione o mobilità	Accompagnamento al lavoro (centro per l'impiego, centro orientamento al lavoro, sportello lavoro Caritas).	Se lo sfratto avviene, inserimento al dormitorio Caritas	NO
	Analisi condizione familiare e amicale per sapere se può ricevere aiuti.	Se è single parents si chiede se qualcuno nella rete familiare e amicale possa occuparsi del minore, in cambio di un contributo che il servizio chiederebbe di pagare al sindacato	Inserire il minore in servizi educativi (nido, scuola materna)	NO
E	Valutazione gestione economica e responsabilità familiari	Divisione del lavoro di cure: la madre a casa a occuparsi dei minori.		NO
A	Valutazione gestione economica e capacità lavorative	Accompagnamento al lavoro (centro per l'impiego, centro orientamento al lavoro, sportello lavoro Caritas).	Dialoghi con il padrone di casa per limitare il rischio imminente di sfratto	NO, a meno che non ci fosse a breve una prospettiva lavorativa
F	Valutazione gestione economica e capacità lavorative	Accompagnamento al lavoro (centro per l'impiego, centro orientamento al lavoro, sportello lavoro Caritas).	Iscrizione liste protette	SI

Nota: Le occupazioni più comuni reperibili nel mercato del lavoro locale per gli utenti che si rivolgono al servizio sono muratore per lui e colf/badante per lei.

➤ **Problematiche abitative**

Le competenze dell'Ufficio Casa riguardano soprattutto i servizi inerenti l'Edilizia Residenziale Pubblica (E.R.P.) quali:

- accertamento requisiti per l'accesso ai benefici dell' E. R. P.
- emanazione bandi di concorso per la partecipazione alla assegnazione alloggi di E.R.P. (attualmente è in vigore bando generale di concorso del 15.4.2003 e graduatoria generale permanente continuamente aggiornabile non essendoci termini di scadenza per la presentazione delle domande);
- predisposizione e distribuzione della apposita modulistica;
- istruttoria domande;
- verifiche tecniche, ai sensi della vigente normativa, su abitazioni di richiedenti ai fini di valutazioni su stato di manutenzione scadente o di affollamento;
- nomina Commissione Alloggi competente per la formazione delle graduatorie;
- assegnazione alloggi messi in disponibilità dall'A.T.E.R. (ex IACP) nell'ambito territoriale del Comune di Viterbo;
- costituzione riserve di alloggi E.R.P. per sistemazioni di emergenze abitative;
- decadenze dalla assegnazione (previo accertamenti).

Inoltre l'Ufficio Casa ha le seguenti competenze:

- contributi integrativi canonici di affitto per i meno abbienti ("Fondo Regionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione");
- rilascio certificazioni tecniche per ricongiungimenti familiari di extra comunitari e gestione domande di richiesta contributi per eliminazione barriere architettoniche.

➤ **Famiglia**

Il servizio sociale professionale è una "centrale d'ascolto", confronto e sostegno per le famiglie in difficoltà, che opera anche attraverso la rete dei servizi territoriali. Gli interventi abbracciano tutte le problematiche familiari riferite a tutti i componenti il nucleo nel corso della loro vita. L'informazione e l'istruttoria delle provvidenze di legge a sostegno della famiglia, è svolta in sinergia con gli uffici del Settore servizi sociali e scuola.

«Abbiamo molto sfruttato la Legge Regionale 32/01, che è una legge sull'accompagnamento sociale, su progetti individualizzati, che partivano dall'idea base di riconoscere le potenzialità individuali, e quindi ci riesci a fare un processo di crescita, e ti aiuto in maniera consistente, perché si poteva dare anche 1000 euro in unica soluzione, oppure vieni a prendere dei ticket restaurant che sono quelli che danno a noi, e ci vai a fare la spesa. Potevi essere scambiato per un impiegato comunale, salvavamo anche la sua dignità. In qualche modo pilotiamo le tue scelte economiche perché ci devi fare la spesa. Ha funzionato, perché hanno bisogno di essere sostenuti nel menage familiare».

Vediamo ora nel dettaglio come sono stati "spacchettati" i servizi per area di intervento: la scelta dell'uso dei fondi della 32/01 ha permesso la messa in campo di «progetti più cospicui, orientati alle nuove famiglie, per dare maggiore autonomia, cioè provare ad emanciparsi dal bisogno».

Assistenza economica

Se la famiglia attraversa un periodo di difficoltà economica, può chiedere l'intervento del Servizio Sociale che può sostenerla in vario modo: erogazione di contributi in denaro, buoni per la spesa, esonero (parziale o totale) dal pagamento dei ticket per la mensa e della retta per l'asilo nido. Questi contributi possono essere concessi in momenti di urgenza, per situazioni straordinarie e, a volte, anche per un periodo più lungo.

Sostegno Psico-sociale

Se la famiglia nel corso della vita si trova ad attraversare momenti di difficoltà legati al verificarsi di eventi critici che sconvolgono in parte la routine quotidiana, può chiedere l'intervento del Servizio Sociale che può sostenerla con un intervento psico sociale nella gestione familiare, nei rapporti interpersonali e nel superamento di questi momenti di difficoltà.

Sostegno alla genitorialità

Se la famiglia, nel percorso educativo dei figli, nella gestione della quotidianità e delle relazioni familiari, si trova in difficoltà, può chiedere l'intervento del Servizio Sociale che può sostenerla con un supporto qualificato finalizzato ad attivare le risorse esistenti per contrastare il sorgere di situazioni di disagio.

L'affido educativo, ad esempio, è un servizio rivolto alle famiglie e ai minori che necessitano della presenza e supporto da parte di figure professionali qualificate. E' una risorsa utilizzata nei casi in cui è necessario affiancare al minore una figura di appoggio, per un certo numero di ore al giorno o alla settimana, nelle situazioni in cui il Servizio Sociale ritiene che la famiglia, se adeguatamente supportata, possa costituire per il figlio un significativo punto di riferimento. Affinché l'affido educativo possa essere attuato e gestito in maniera soddisfacente è necessaria la consapevolezza e la condivisione del progetto da parte di tutta la famiglia. L'intervento è organizzato per obiettivi ed ha quindi un fine e dei momenti di verifica.

Assistenza alloggiativa

Molte famiglie si trovano spesso ad affrontare problemi inerenti il proprio alloggio, sia perché non idoneo alla composizione del nucleo, sia per il canone troppo elevato rispetto al reddito, sia perché si è sfrattati o addirittura privi di tetto ecc.

Contrasto alla povertà

Ogni cittadino residente, che si trova in stato di bisogno, ha diritto a prestazioni economiche e psico-sociali. Tali prestazioni, attraverso una presa in carico da parte del Servizio Sociale, sono finalizzate a rimuovere la situazione di emergenza dovuta a fragilità sociale, ad accompagnare la persona e la famiglia a fruire delle prestazioni offerte dalla rete dei servizi appropriate al bisogno. Si veda sotto nel dettaglio i servizi offerti alle varie categorie di utenti (famiglia, minori, anziani, disabili).

Inoltre il Distretto si occupa dell'amministrazione delle nuove erogazioni economiche per i carichi familiari, introdotte dal 1998 al livello statale:

Assegno di maternità: è un sostegno economico, per 5 mesi viene corrisposto un assegno mensile di 278,35 euro, alla perdita di reddito delle donne in occasione della gravidanza non dispongano di altra forma di tutela previdenziale di maternità; anche in questo caso tuttavia è possibile richiedere al Comune l'assegno, che sarà integrativo dell'importo rispetto a quanto già percepito.

Assistenza per i nuclei familiari numerosi: sostegno economico rivolto per 13 mesi alle famiglie che hanno tre (o più) figli minorenni. Il suo importo massimo è di 116,06 euro mensili.

Assegno per il secondo figlio: misura straordinaria disposta nel 2004 per ogni secondo od ulteriore figlio per ordine di nascita, per cui era sarà concesso un assegno di 1000 euro, senza limiti di reddito.

Ripartizione dei fondi

Fondo nazionale per le politiche sociali – art. 20 Legge 328/2000	VT 3 667.063,00	Segretariato sociale e servizio sociale professionale Assistenza domiciliare integrata Centri socio riabilitativi e attività portatori di handicap Trasporto disabili Gruppo appartamento disagiati psichici Inserimento lavorativo protetto Misure di contrasto povertà Funzionamento Ufficio Piano Zona
L. 162 /1998 (handicap grave)	€ 45.000,00 Viterbo € 65.000,00 Canepina (per l'ex sub distretto)	Assistenza diretta (9 utenti) e indiretta (1 utente) (Viterbo) Assistenza diretta (ex sub distretto) 14 utenti
L. 284/1997 (privi di vista)		
L. 285/1997 (infanzia e adolescenza)	VT3 Capofila Soriano € 116.078,86	Iniziative di promozione dei diritti infanzia e adolescenza Iniziative per il tempo libero Sostegno alla genitorialità Concorsi tematici su problematiche giovanili Progetti scolastici
L.104/1992 (comunità alloggio)	Viterbo € 59.329,56	Integrazione rette e/o sostegno alle comunità alloggio e case famiglia
L.45/1999 (tossicodipendenza) : prevenzione primaria e reinserimento	0	
L. R. 41/1993 (R.S.A.)	134.278,79 Viterbo 7.746,85 Canepina 24.858,88 Vitorchiano 2.470,09 Orte	Integrazione retta soggetti inseriti in RSA
L.R. 59/1980 (gestione Asili Nido)	Viterbo € 212.594,90	Gestione n. 2 nidi comunali
L.R. 17/1990 (immigrazione)	Viterbo € 10.329,14 Soriano € 5.307,29 Celleno € 2.893,71	Sostegno extrascolastico per l'apprendimento della lingua italiana Accoglienza Iniziative culturali
D. Lgs 286/98 (immigrazione)	VT 3 € 138.133,08	Piano per le scuole in collaborazione CIF (€ 62.000,00) Progetto di integrazione dei cittadini immigrati attraverso la cultura del Lavoro (€ 76.000,00)
D. Lgs 68/1998 (emigrazione)	€ 9072,99 Orte	Assistenza emigrati rimpatriati
Finanziamenti ricevuti da altre Amministrazioni pubbliche	0	
Art. 80 c. 14 L. 389/00 Telefonia	VT3 Capofila Canepina € 92.084,00	Installazione n. 69 apparecchi domiciliari sul territorio distrettuale Servizio di telecontrollo e telessoccorso

L.R. 18/2002 Ludoteche	VT3 € 2551,00	Contributi funzionamento ludoteche
L.R. 32/2001 Assegni una tantum alle famiglie	VT3 Capofila Soriano € 31.000,00	Erogati n. 31 assegni nuclei familiari aventi diritto in base alla graduatoria distrettuale
L.R. 49/83 Disagio psichico	VT3 € 84.695,85	Trasferiti ASL per provvidenze economiche aventi diritto
Totale finanziamenti	2.684.903,60	

4. Conclusioni

4.1 Territorializzazione del welfare e adeguatezza del welfare d'accesso

Il sistema dei servizi di Viterbo risulta piuttosto complesso sia nella sua gestione territoriale (capofila di alcuni servizi altri Comuni che non sono il capofila del distretto, *overlapping* di associazioni tra Comuni nel tempo), che nella articolazione del servizio, tra le assistenti di base e quelle del servizio specifico. La complessità di questa organizzazione rispecchia una notevole stratificazione nel tempo di mezzi e strumenti: emerge in qualche modo una sorta di organizzazione e gestione “su misura” del distretto, frutto delle passate segmentazioni normative (L. 38/96 e 328/00), dei diversi Capofila, della organizzazione del servizio che secondo gli operatori coglie le necessità del territorio.

Sembra interessante sottolineare che parola chiave degli assistenti sociali è quella di “attivare” gli utenti. Non è prevista infatti nessuna erogazione monetaria o in *kind* se l'utente non si dimostra disponibile a iniziare percorsi occupazionali e a “guadagnarsi” una certa autonomia. Gli operatori dell'area adulti inoltre dimostrano una certa stigmatizzazione del “povero abile”, che ricorda i toni delle politiche vittoriane in merito ai sussidi di disoccupazione. Si è in presenza di un forte dualismo tra:

- vecchi assistiti (modalità e approccio al servizio di stampo assistenziale);
- nuovi assistiti (obbligo all'attivazione).

Inoltre è emerso un doppio binario, tra utenti “noti” e “ignoti”. L'erogazione di contributi, soprattutto monetari spesso viene elargita in modo cadenzato (ogni anno e mezzo) a certi nuclei familiari che il servizio “conosce”, e dei quali ritiene buona la gestione delle risorse.

La gestione capillare dei servizi, il riconoscimento di precedenti *asset* organizzativi e gestionali rende il distretto un luogo poco “statico”, con responsabili sia dei servizi sociali che delle organizzazioni quali Caritas e Crocerossa “illuminati”, attivi e appassionati, alla ricerca di soluzioni per i bisogni dei cittadini.

Eppure il segmento degli adulti in difficoltà sembra essere penalizzato da:

- una scarsa conoscenza del disagio adulto (non si conducono ricerche per lo scarso budget, e le nuove povertà sembrano sfuggire dal *core* delle azioni del servizio, che però non riconosce questo *deficit* informativo);
- una stigmatizzazione del povero abile, del capofamiglia che non riesce a mantenere il proprio nucleo, etc.

Appare che questo limite conoscitivo e culturale influenzi fortemente le azioni dei servizi, escludendo parte del target adulto dai propri interventi. Forse è anche per questo che la Caritas e la Croce Rossa, che invece risultano particolarmente attente alle nuove povertà degli adulti, rinvestono un ruolo centrale non solo nel supporto e nell'erogazione di contributi agli adulti, ma sono anche due fondamentali porte di accesso al welfare *per gli adulti*, sebbene il loro operato non lavori formalmente con quello dei servizi.

1. Territorio: Distretto di Subiaco**Modalità di riconoscimento del bisogno sociale generale e specifico degli AID****1.1. Morfologia territoriale**

Il distretto G/4, di cui il Comune capofila è Subiaco, è un ambito frammentato, costituito da 22 comuni, per lo più montani, *che presentano grosse distanze chilometriche, con una viabilità difficile e con pochi mezzi pubblici di comunicazione tra un comune e l'altro* (PdZ 2006/7).

La popolazione totale del distretto si attesta di poco al di sotto delle 35mila unità. La componente adulta, considerando gli individui dai 31 ai 64 anni, rappresenta il 47% della popolazione totale.

Tab. 1 – Popolazione residente - 2006

Comuni	0-30	31-44	45-64	65+	Totale
Affile	558	299	405	362	1624
Agosta	568	336	436	327	1667
Arcinazzo romano	431	300	363	352	1446
Canterano	130	63	85	85	363
Rocca canterano	60	42	63	58	223
Rocca santo stefano	323	202	230	230	985
Bellegra	1032	646	760	582	3020
Jenne	101	61	109	175	446
Vallepietra	79	55	102	109	345
Anticoli corrado	273	211	237	228	949
Arsoli	457	359	415	336	1567
Cervara di roma	95	92	128	139	454
Camerata nuova	131	92	123	139	485
Cineto romano	168	151	156	198	673
Marano equo	225	149	199	231	804
Riofreddo	218	146	218	168	750
Roviano	401	281	394	338	1414
Vallepietra	79	55	102	109	345
Vivaro romano	40	40	58	73	211
Olevano romano	2085	1544	1621	1343	6593
Roiate	233	154	212	193	792
<i>Subiaco</i>	<i>3103</i>	<i>1899</i>	<i>2481</i>	<i>1813</i>	<i>9296</i>
Totale	10790	7177	8897	7588	34452

Fonte: NS elaborazioni dati Istat

Dividendo gli adulti in due gruppi, uno più 'giovane' e il secondo più maturo, notiamo che la componente 31-44 rappresenta il 21% della popolazione totale, mentre il gruppo più maturo (45-64) raggiunge il 26%.

Osservando la composizione delle famiglie per numero di componenti, emerge che una porzione significativa di residenti, il 29% circa, vive da solo: questo ci fa ipotizzare un numero rilevante di anziani soli che risiedono nel distretto.

Tab.2 - Famiglie per numero di componenti - 2001

COMUNI	Numero di componenti						Totale
	1 persona	2 persone	3 persone	4 persone	5 persone	6 o più persone	
Affile	193	134	101	103	61	26	618
Arsoli	202	150	136	116	24	7	635
Agosta	210	145	121	130	36	8	650
Anticoli Corrado	155	94	79	63	11	3	405
Arcinazzo Romano	142	137	82	104	41	8	514
Bellegra	269	264	211	266	81	20	1111
Camerata Nuova	96	53	35	29	9	1	223
Canterano	51	34	30	28	9	1	153
Cervara di Roma	93	48	32	26	10	5	214
Cineto Romano	102	75	56	29	10	3	275
Jenne	89	61	31	37	7	1	226
Marano Equo	146	66	58	51	16	4	341
Olevano Romano	588	625	516	536	120	32	2417
Riofreddo	187	79	44	55	13	0	378
Rocca Canterano	56	21	17	15	6	2	117
Rocca Santo Stefano	95	86	61	70	43	10	365
Roiate	101	103	47	58	20	3	332
<i>Subiaco</i>	<i>783</i>	<i>805</i>	<i>618</i>	<i>798</i>	<i>246</i>	<i>45</i>	<i>3295</i>
Vallepietra	88	50	19	26	2	2	187
Vallinfreda	66	32	27	16	3	0	144
Vivaro Romano	63	30	14	9	2	2	120
Totale	4058	3385	2630	2881	867	216	14037

Fonte: dati Istat Censimento 2001

Seguendo alcune indicazioni emerse dalle interviste ai Testimoni Privilegiati, abbiamo raccolto i dati relativi al pendolarismo nei diversi comuni del distretto. La percentuale di pendolari per lavoro sfiora il 50% degli occupati, percentuale che viene abbondantemente superata in alcuni comuni più piccoli.

Tab.3 - *Luogo di lavoro intra o extra comunale - 2001*

COMUNI	Luogo di destinazione		
	<i>Nello stesso comune di dimora abituale</i>	<i>Fuori del comune</i>	<i>Totale</i>
Affile	353	338	691
Agosta	276	450	726
Anticoli Corrado	153	212	365
Arcinazzo Romano	230	300	530
Arsoli	237	391	628
Bellegra	574	643	1217
Camerata Nuova	65	96	161
Canterano	46	113	159
Cervara di Roma	48	107	155
Cineto Romano	102	148	250
Jenne	81	58	139
Marano Equo	80	241	321
Olevano Romano	1500	1297	2797
Riofreddo	132	175	307
Rocca Canterano	24	89	113
Rocca Santo Stefano	163	257	420
Roiate	88	214	302
Subiaco	2919	1188	4107
Vallepietra	89	39	128
Vallinfreda	26	83	109
Vivaro Romano	13	41	54
Totale	7780	7479	15259

Fonte: dati Istat Censimento 2001

Il mercato del lavoro nel distretto emerge come povero di possibilità, che comunque si concentrano nei comuni più grandi e nei settori dei servizi e della pubblica amministrazione. Gli occupati nel secondario, secondo gli intervistati, sono i pendolari che ruotano intorno ai bacini di lavoro urbani e peri metropolitani, con una spiccata preferenza verso il comune di Roma e quello di Tivoli.

Tab.4 - Occupati per settore di attività economica - 2001

<i>COMUNI</i>	<i>Attività economica</i>			<i>Totale</i>
	<i>Agricoltura</i>	<i>Industria</i>	<i>Altre attività</i>	
Affile	19	156	289	464
Agosta	13	137	373	523
Anticoli Corrado	7	79	192	278
Arcinazzo Romano	14	112	264	390
Arsoli	8	148	376	532
Bellegra	24	234	557	815
Camerata Nuova	10	42	79	131
Canterano	4	36	88	128
Cervara di Roma	3	30	118	151
Cineto Romano	1	33	174	208
Jenne	7	26	83	116
Marano Equo	8	44	212	264
Olevano Romano	138	545	1362	2045
Riofreddo	5	90	146	241
Rocca Canterano	2	17	70	89
Rocca Santo				
Stefano	8	72	206	286
Roiate	3	33	177	213
<i>Subiaco</i>	<i>61</i>	<i>671</i>	<i>2137</i>	<i>2869</i>
Vallepietra	19	20	84	123
Vallinfreda	4	21	69	94
Vivaro Romano	5	15	33	53
<i>Totale</i>	<i>383</i>	<i>2866</i>	<i>7864</i>	<i>11113</i>

Fonte: dati Istat Censimento 2001

Le *performance* occupazionali del distretto si attestano di gran lunga sotto la media nazionale. Il tasso di attività maschile del distretto è di 7 punti percentuali inferiore a quello medio nazionale, mentre lo scarto di quello femminile raggiunge quasi i 10 punti percentuali. Il tasso di disoccupazione, che nei comuni più piccoli supera il 20%, ricordando andamenti tipici del Sud piuttosto che del Centro Italia, sfiora nel distretto il 15% (media nazionale 11,6). I bassi tassi di disoccupazione di alcuni piccoli Comuni, sono da ricondursi all'elevata presenza di inattivi, specialmente di *over 65*.

Tab.5 - Tassi di attività, occupazione e disoccupazione - 2001

COMUNI	Tasso di disocc.	Tasso di occup.	Tasso d'attività'		
			Maschi	Femmine	Totale
Affile	10.6	34.0	55.3	22.0	38.0
Agosta	11.8	38.3	58.9	29.4	43.4
Anticoli Corrado	14.2	34.5	55.6	25.6	40.3
Arcinazzo Romano	10.1	34.3	52.8	24.2	38.1
Arsoli	11.8	38.9	56.5	32.8	44.1
Bellegra	28.6	31.5	57.4	31.0	44.1
Camerata Nuova	16.0	31.9	53.0	23.9	38.0
Canterano	13.5	39.8	55.2	37.5	46.0
Cervara di Roma	10.7	35.1	52.9	24.9	39.3
Cineto Romano	15.1	38.2	55.5	35.1	45.0
Jenne	16.6	26.4	42.3	21.4	31.7
Marano Equo	15.4	38.3	54.9	35.6	45.3
Olevano Romano	15.6	37.4	58.9	30.4	44.3
Riofreddo	9.7	36.2	54.9	25.8	40.2
Rocca Canterano	9.2	40.6	55.9	31.7	44.8
Rocca Santo Stefano	20.1	33.0	51.6	30.4	41.2
Roiate	22.3	30.2	51.6	27.2	38.8
<i>Subiaco</i>	<i>17.1</i>	<i>36.8</i>	<i>56.9</i>	<i>31.0</i>	<i>43.3</i>
Vallepietra	6.1	35.1	56.2	33.0	44.3
Vallinfreda	19.0	35.6	47.2	27.1	37.4
Vicovaro	21.1	34.4	56.1	30.4	43.9
Vivaro Romano	10.2	26.6	39.8	19.8	29.7
Media Distretto	14.8	34.9	53.6	28.6	41.0
Media Italia	11.6	42.9	60.5	37.6	48.6

Fonte: dati Istat Censimento 2001

Il tasso di occupazione presenta livelli decisamente bassi: la forbice tra la media del distretto e quella nazionale raggiunge gli 8 punti percentuali, distribuendosi disomogeneamente tra i Comuni più piccoli e quelli più grandi del distretto: le performance migliori sono concentrate negli agglomerati più rilevanti e in alcuni dei più piccoli, sui quali però è da considerare, proprio come fatto per il tasso di disoccupazione, l'alta presenza di inattivi che 'distorce' il risultato.

1.2 Architettura istituzionale

Descrivendo l'architettura istituzionale del distretto, e dividendo questa in due segmenti, quello tecnico e quello politico, possiamo schematicamente rappresentarla nel seguente modo:

Livello Politico:

Le decisioni vengono prese e ratificate all'interno del **Comitato Istituzionale Accordo di Programma**, che è costituito dalla *Conferenza dei Sindaci*, allargata a tutti e 22 i sindaci dei comuni facenti parte il distretto. Dal PdZ 2006/07 è stata costituito, mediante un ordinamento emanato dalla totalità dei sindaci, un *Comitato Esecutivo*. La proposta per costituire questo Comitato si ritrova

come voce di spesa già nel PdZ 2005, alla quale però non è seguita una effettiva realizzazione, perché alcuni sindaci avevano di fatto ostacolato la concretizzazione di questa proposta. Il *Comitato Esecutivo*, ora operante, funziona come una piccola Giunta, che lavora a stretto contatto con l'Ufficio tecnico di Piano (d'ora in poi Utdp) nella programmazione e progettazione degli interventi. Fanno parte del *Comitato Esecutivo* quasi la metà dei sindaci del distretto, quelli che 'storicamente' si sono distinti come i più attenti e attivi nella progettazione e programmazione. Le decisioni prese all'interno del *Comitato Esecutivo*, sotto forma di accordo su iniziative/interventi/azioni, sono sottoposte alla *Conferenza dei Sindaci*, che ratifica 'in automatico' l'accordo che il Comitato ha proposto. In questo modo il procedimento politico/burocratico è stato snellito nei tempi e nei modi, aumentando la portata d'azione del distretto e rendendola di fatto più pertinente nei contenuti e nella realizzazione ai bisogni del territorio.

Livello tecnico:

L'Ufficio tecnico di Piano (Utdp) si occupa di mettere a punto la progettazione e programmazione degli interventi nel distretto e lavora a stretto contatto con il livello politico. Il coordinatore dell'Utdp è anche Responsabile dei Servizi Sociali Professionali e lavora con uno staff di 3 colleghi, 2 dei quali "prestati" dalla Asl. Anche il coordinatore dell'Utdp divide il suo lavoro tra la Asl e l'Ufficio di Piano. Nel distretto operano 13 assistenti Sociali, per tutti e 22 i Comuni.

Rimandiamo al paragrafo successivo la parte relativa ai tavoli tecnici per una questione di completezza di informazioni legate al rapporto e all'integrazione tra Asl e Distretto, e concludiamo questa sezione con una nota sulle forme associative tra i Comuni.

Come già accennato, il Distretto G/4 è un ambito fortemente frammentato dal punto di vista territoriale. Tutti i Comuni che lo compongono fanno parte della Comunità Montana dell'Aniene (zona X del Lazio), istituita ufficialmente il 5/03/1975, quando il Consiglio Regionale del Lazio ne approva lo Statuto.

La Comunità Montana (d'ora in poi CM) è firmataria dell'accordo di programma, è un elemento del Distretto, ma non è l'elemento raccogliitore di tutti i Comuni. Certamente la presenza radicata della CM ha favorito il processo di messa in rete delle diverse realtà territoriali. Dalle interviste più che al riferimento alla CM, è emersa la presenza di due Associazioni tra Comuni (5), il *Met.Aniene*, e un'altra Associazione con capofila Olevano Romano. Queste Associazioni si occupano esclusivamente degli aspetti di valorizzazione del territorio dal punto di vista economico, occupandosi di artigianato, agricoltura e turismo. Tutti gli aspetti relativi ai servizi socio-assistenziali sono di competenza del Distretto.

Ci sembra significativo riportare questo stralcio d'intervista della responsabile dell'Utdp:

«C'è un forte lavoro, far sentire importanti tutti, anche i Comuni più piccoli. Tutto è nato con il primo PdZ. Con la 328 da parte della Regione ci è stato detto chiaramente che non ci saremmo messi in rete con una forma consorziata i fondi sul sociale non sarebbe più arrivati. E questa è stata una grande molla. Poi hanno anche rilevato la facilità di gestire in forma associata i servizi. I singoli Comuni partecipano attivamente, versano una quota che hanno stabilito loro di 4,5 euro per ogni residente, e quello fa budget del Distretto e li motiva a partecipare. Si sono stabilite alleanze, amicizie, rapporti umani che ti portano a lavorare per obiettivi condivisibili, i nostri sono più tecnici per loro conta la maggiore visibilità. Si è trovato un canale di comunicazione utile per tutti.

Noi assistenti sociali in totale (tolte le ultime 5) siamo 8 operanti sulla ASL, siamo state assunte nello stesso periodo, c'è un rapporto di amicizia, lavorare in rete è stato facile, anche superando alcune rivalità, dando spazio a tutti. Il bello di questo lavoro è che è tutto da inventare. Puoi fare tutto o fare niente se vuoi. Se ti limiti a quello che ti dice la legge, ai Liveas, ti fermi lì, se hai voglia di provare a proporti in altri modi lo fai. Noi in ASL lavoriamo in settori specifici, confrontarsi con colleghe che fanno altro ti aiuta ad avere una visione globale del territorio.

1.3 Forme organizzative e Gestionali

Il distretto mostra una forma *integrata con la Asl*, seppure in costruzione. La Asl è firmataria dell'accordo di programma, ed è parte integrante delle azioni che si realizzano con il PdZ, *sulla carta*. Questa è stata descritta come situazione di partenza, poi, a seguito del trasferimento (part-time) di una dipendente Asl al coordinamento dell'Ufficio Tecnico, il ruolo della Asl è lentamente cambiato in direzione di un maggior coinvolgimento.

Oggi si cerca di rendere questa associazione più forte, di costruire una vera e propria rete: questo coinvolgimento sta passando attraverso il reclutamento di personale Asl in forme di mezzo servizio all'interno della programmazione e progettazione del distretto (e quindi nell'Utdp). In questo senso si sta lavorando, sfruttando l'ultima normativa sugli atti di indirizzo regionale per le ASL, alla costituzione all'interno delle ASL di un ufficio di coordinamento socio sanitario; nel caso in cui questo ufficio non possa essere costituito in ASL si prevede un potenziamento dell'Utdp.

E' stato costituito un *tavolo tecnico allargato*, che coinvolge Comuni e Asl, e incoraggia quest'ultima a partecipare più attivamente alla progettazione e programmazione di interventi nel distretto. Questo coinvolgimento è stato pilotato fortemente dal coordinatore dell'Utdp, che come detto è un dipendente Asl. Per questo, facendo forza anche sui rapporti informali, l'azione di coinvolgimento della Asl assente nei primi PdZ è stata recuperata soprattutto grazie ai rapporti amicali e al capitale informale presente nel territorio.

“In qualche modo abbiamo “pilotato” il momento politico per chiedere alla ASL delle cose specifiche, tra le quali ad esempio, i referenti dei tavoli” (M. Colazingari, responsabile Utdp, responsabile servizio sociale professionale e operatrice Asl¹)

I referenti dei tavoli sono in via di definizione. Alcuni di essi sono già operativi, come il tavolo sul disagio giovanile e le dipendenze, sotto la guida di una cabina di regia attiva dal 2005. Altri tavoli già attivi sono quelli del disagio psichico, dell'immigrazione e un tavolo di coordinamento.

Anche se in tutti i tavoli manca la rappresentanza 'formale' di alcune realtà del territorio (come appunto la Asl oppure le associazioni e le cooperative), c'è – a detta degli intervistati - un ampio e significativo confronto informale, che non è stato finora formalizzato in attesa della definizione da parte della Asl di referenti *ad hoc*. Tra i tavoli tematici non ne è previsto uno per gli Adulti in Difficoltà. Eppure, la trasversalità del target sembra intercettata dai tavoli già attivati e da quelli in via di definizione, come il tavolo sulla famiglia.

Il distretto è inoltre in rete con le cooperative che lavorano nel territorio, supportate e spronate a crescere anche dai sindaci, che hanno puntato a valorizzare le risorse presenti sul territorio stesso, formando figure professionali che potessero essere assorbite nel mercato del lavoro: essendo un territorio povero di possibilità occupazionali c'è stata una azione importante di orientamento e supporto di lavori e professionalità utili al territorio.

Con il sindacato emergono dalle interviste grossi problemi di partecipazione. Inoltre talvolta i partecipanti ai tavoli sono di Castel Madama o Tivoli, con poche o nulle conoscenze sul territorio. Le forme di collaborazione riguardano quasi esclusivamente la rappresentanza o la contrattualistica, sul sociale sono di difficile coinvolgimento. Timide forme di integrazione con i CPI, da quando è stato istituito il distretto, concretizzate nello scambio di informazioni tra ufficio dei servizi sociali e centro per l'impiego delle domande e delle offerte di lavoro.

¹ Sembra rilevante osservare la sovrapposizione di funzioni e l'elevato “multitasking” degli operatori socio-sanitari, che oscillano tra mansioni più tecniche/operative a ruoli di raccordo/indirizzo e progettazione

1.4 Identikit dell'AID emerso dai dati ufficiali

Nel distretto manca l'attività di ricognizione, monitoraggio e analisi del disagio adulto, e in genere delle situazioni di bisogno. Le motivazioni per l'assenza di ricerche sul disagio e sui bisogni della popolazione sono riconducibili a due aree: una economica, ovvero la mancanza di fondi da un lato e la convinzione che allocare le già scarse risorse economiche in attività di ricerca sia una cattiva gestione delle risorse dall'altro, e una seconda che sostiene la conoscenza 'informale' e radicata del territorio, a fronte della quale una ricognizione risulta 'superflua'. Nel PdZ non vi è un riferimento specifico agli adulti, ma ai soggetti diversamente abili e agli anziani come i target fragili del distretto.

Le aree di intervento previste sono quelle minori e famiglia (in caso di difficoltà indotte da mutamenti legati alla crescita dei figli e al tamponamento del disagio adolescenziale), quella anziani, disabili e immigrati.

Dai dati Istat presentati all'inizio del capitolo, emerge come rilevante il problema occupazionale, con alti tassi di disoccupazione e bassi tassi di occupazione. Inoltre, è emersa una forte consuetudine al pendolarismo, pratica che risulta particolarmente pesante in termini di tempo per gli spostamenti, data la natura montana del territorio, e che naturalmente incide sul tempo per sé e per la propria famiglia: riprenderemo queste considerazioni nel prossimo paragrafo, poiché sono il frutto delle interviste.

Per quanto riguarda i dati ufficiali questi risultano scarsi, potendo contare sulle analisi censuarie e le rilevazioni sul mercato del lavoro Istat, e considerando l'assenza di ricerche territoriali *ad hoc*. Riportiamo alcune generiche note tratte da un rapporto Censis 2002 e relative al distretto G/4. La sua conformazione territoriale, con la prevalenza di numerosi piccoli comuni, la connessa ridotta densità di popolazione ed altri fattori legati alle caratteristiche socio-demografiche e del tessuto produttivo, lo rendono piuttosto anomalo rispetto agli altri Distretti della stessa provincia. Sul piano dell'economia locale, si segnala il ridimensionamento delle poche attività industriali presenti, la scarsa dinamicità espressa da un numero di operatori economici per abitante che risulta il più basso di tutta la regione, mentre il suo tasso di crescita è stato pari a meno del 50% di quello registrato a livello regionale; inoltre, il livello del reddito pro-capite è del 7% inferiore a quello medio regionale, mentre la sua distribuzione indica un addensamento di contribuenti nella fascia medio-bassa.

Da notare che le pensioni di invalidità e di vecchiaia giocano un ruolo primario nella formazione dei redditi locali. In termini di mappa del disagio, nel territorio distrettuale si concentrano patologie sociali tipicamente legate a fenomeni di scarsa crescita strettamente connessi con la crisi di attività industriali ed artigianali che, in passato, hanno giocato un ruolo primario nell'economia locale. Da segnalare come problematica emergente quella relativa all'accoglienza degli immigrati extracomunitari che sono attratti dalla disponibilità di abitazioni a fitti contenuti e dalla relativa vicinanza con la città di Roma.

1.5 Identikit dell'AID emerso dalle interviste agli operatori

L'identikit dell'adulto in difficoltà emerso dalle interviste risulta piuttosto controverso e non uniforme, a seconda del testimone interpellato e varia fortemente a seconda della sua posizione e del suo ruolo all'interno del distretto (dalla progettazione al *birocrat street level*).

Questo ci fa riflettere, relativamente a quanto detto nel paragrafo precedente, sulla effettiva conoscenza del territorio, e sulla utilità 'negata' dagli intervistati di ricerche sui bisogni. Le problematiche degli adulti in difficoltà sono legate a:

- *Responsabilità familiari e al Disagio socio-economico*

In particolare per supporto al disagio giovanile (devianza e bullismo negli adolescenti). Questa descrizione ricorre nel PdZ ed è sottolineata dagli operatori dell'Utdp: rimane tuttavia una voce isolata se confrontata con le tipologie di adulti in difficoltà più omogenee che emergono dagli operatori Asl e dei servizi sociali e dai luoghi informali.

Questi collegano le problematiche familiari e quelle economiche. Emergono due profili 'standard', che schematicamente identifichiamo con:

➤ *Disagio femminile*: i bassi tassi di occupazione femminile sono lo specchio di una gestione familiare che vedeva il *male breadwinner pendolare*, per cui i carichi di cura erano di competenza esclusiva femminile. Con l'aumento delle separazioni e dei divorzi, emergono due problemi: come si possono sostenere (quindi occupare) queste donne e come possono conciliare i carichi di cura, ancora culturalmente a totale appannaggio delle donne (a fronte del pendolarismo dell'ex marito)?

➤ *Disagio socio-economico delle famiglie*: gli operatori riconoscono un 'capovolgimento dell'utenza'. Mentre prima si rivolgevano al servizio i 'senza reddito' o i 'monoreddito', ora si presenta al servizio anche una utenza dal reddito sicuro, stabile, che non riesce a fare fronte alle molteplici spese (canoni di affitto, utenze, spese mediche, ecc) e rischia di scivolare in situazioni di disagio e marginalità.

1.6 La territorializzazione del welfare per gli adulti in difficoltà

Il target degli adulti in difficoltà non sembra essere raccolto e compreso nella strutturazione dei tavoli e nella priorità degli interventi.

Il recepimento ancora basso della consapevolezza del disagio adulto, nelle sue molteplici forme, si scontra con una modalità di leggere il bisogno legata alle categorie 'storiche', quali famiglia e minori, anziani, disabili e immigrati (quest'ultima di recente interesse nella realtà del distretto, legata ad un aumento delle presenze di immigrati, prevalentemente dell'Est Europa, che ruotano nel bacino lavorativo metropolitano e che risiedono nel distretto per l'offerta di abitazioni a canoni contenuti rispetto non solo al comune metropolitano, ma anche ai comuni di prima fascia, che hanno raggiunto canoni simili a quelli romani).

I livelli politico e tecnico sembrano fortemente interessati a rispondere ai bisogni del territorio, e si distinguono per una forte attività e un alto coinvolgimento, complice un sentimento di appartenenza territoriale derivato dai precedenti assetti (comunità montana, associazioni intercomunali). Sembra però che il target dell'adulto in difficoltà 'sfugga' in quanto trasversale, multiforme, e in quanto categoria 'nuova' non formalizzata dalla modulistica ufficiale.

Gli interventi e il modo di pensarli sembra seguire il solco delle problematiche familiari (siano esse di cura, che economiche o abitative) piuttosto che essere concepite come problematiche degli adulti.

2. Servizio: l'accesso al sistema locale di servizi e interventi sociali

2.1 Il welfare di accesso

Prima del PdZ del 2003 l'unico Comune che aveva un Servizio Sociale era Subiaco. Nel territorio del distretto era assente qualsiasi forma di servizio socio-assistenziale. L'unica presenza riscontrabile è stata quella della ASL ma con una scarsità di operatori *penosa* (aggettivo usato dalla Responsabile del servizio sociale professionale), che operavano nei consultori (sarebbe meglio dire operava perché era presente una sola risorsa). Il consultorio era diventato impropriamente uno sportello sociale, presente nei Comuni del distretto, con un solo operatore che a turno lavorava nei Comuni.

La prima esigenza quando si è costituito il distretto è stata perciò quella di dare una risposta a questo "vuoto", creando degli sportelli. Inizialmente nei Comuni si sono aperte porte di segretariato sociale, che svolgevano funzioni di accoglienza e orientamento. Infatti la necessità era non solo quella degli utenti di trovare un interlocutore e un sostegno ai propri bisogni, ma anche da parte degli operatori capire l'utenza, sino ad allora una sconosciuta. In seguito il segretariato è stato sostituito con il servizio sociale "vero e proprio" (dalla intervista della Responsabile del servizio sociale professionale), che nel tempo ha triplicato l'utenza.

In ogni Comune quindi è assicurato il servizio sociale, con funzioni di accoglienza, orientamento, indirizzo e presa in carico. La rapida trasformazione del sistema di accesso è stato il frutto di uno sforzo notevole da parte dei pochi operatori (diventati 13), anche in termini di *formazione*. Potendo contare su un numero esiguo di operatori a rotazione nei diversi Comuni, questi stessi operatori si sono fatti carico di un'azione formativa nei confronti degli amministrativi presenti nella porta di servizio sociale, potenziando in modo 'informale' il personale degli uffici dei servizi sociali.

Il lavoro in rete funziona perché chi si rivolge ad una porta d'accesso che non sia l'ufficio di servizio sociale, è poi indirizzato e informato correttamente. Recentemente nelle ASL si è costituito lo sportello URP che prima non era attivo, e che sta diventando un centro unico di indirizzo e raccolta dei bisogni più "sanitari".

La Caritas è una importante porta di accesso formale, in quanto lavora in rete con gli uffici di servizio sociale. Rispetto a questo, una problematica avvertita è quella dell'utenza "pluriassistita" (es dalla Caritas e dal servizio sociale), mentre altri utenti più isolati versano in condizioni di difficoltà (sia per disinformazione che per riservatezza e paura dell'"addito" sociale": questi si rivolgono solo in situazioni estreme al servizio).

2.2 I luoghi informali di accesso

I luoghi informali individuati sono tre:

- la parrocchia;
- il medico di base;
- i sindaci.

La parrocchia di Subiaco funziona oltre che come primo accesso anche come prima accoglienza al bisogno, e raccoglie prevalentemente l'utenza giovane. L'azione di due giovani parroci, ha un elevato valore aggiunto, perché sono risultati essere informati sull'organizzazione del distretto, e quindi riescono a indirizzare e accompagnare efficacemente chi si rivolge loro.

Nei Comuni più piccoli risulta rilevante l'operato dei sindaci e del medico di base. Se ai primi si rivolge un'utenza dai diversi bisogni sociali, concentrati prevalentemente sulle tematiche lavorative e

di sostegno economico, ai secondi arriva la parte di bisogno legata prevalentemente agli aspetti sanitari. E' emerso come questi soggetti abbiano una buona conoscenza delle strutture del distretto e delle funzioni a loro preposte, per cui svolgono una efficace azione di indirizzo.

Sembra quindi che giochi un ruolo determinante l'azione degli amministratori dei Comuni più piccoli, interpellati dagli adulti per tematiche relative al lavoro. E' infatti ai sindaci più chiaro che ad altri soggetti la difficoltà degli adulti rispetto ai recenti cambiamenti nella struttura familiare (donne separate disoccupate, ad esempio) e del mercato del lavoro (precarizzazione del lavoro e aumento dell'intermittenza dei lavoratori), ai quali questi si rivolgono principalmente per trovare una occupazione.

E' da segnalare in questo senso l'operato di alcuni amministratori illuminati e capaci, che hanno programmato, di concerto con l'ufficio dei servizi sociali, un inserimento lavorativo nell'ambito comunale, ad esempio nelle mense scolastiche, per le donne separate e divorziate. Questi impieghi hanno tempi flessibili e una alta conciliazione con i carichi di cura, anche se sono lavori temporanei e perciò insufficienti a creare una stabilità economica, e psicologica, per queste donne.

2.3 Le porte di accesso per AID

ASL

Denominazione	URP ASL
Ente titolare	ASL
Funzioni*	Tutte tranne c;h;i.
Risorse umane	1 + 1 tirocinante l'anno
Fonti finanziarie	ASL
Integrazione interna ed esterna	Si entrambe (sia in modo informale che formale) Ora in corso elaborazione scheda unica rilevazione del bisogno, ecc
Esternalizzazione	No

*** classificare le funzioni/azioni nelle seguenti modalità:**

- a) Informazione telefonica
- b) Informazione in loco
- c) Informazione tramite internet
- d) Accompagnamento
- e) Monitoraggio domanda al servizio
- f) Mappatura dell'offerta di servizi pubblici
- g) Mappatura dell'offerta di servizi provato sociale
- h) Collegamento CUP e prenotazioni
- i) Collegamento con URP Informazioni tematiche
- k) Accesso diretto per alcuni servizi

All'Urp della ASL arrivano, naturalmente, più richieste sanitarie che sociali. Le richieste sociali si rivolgono prevalentemente a:

- responsabilità familiari (cura minori);
- conflitti familiari (cura adolescenti e fragili psichici);
- gestione persone anziane (non disabili)

Rispetto a quest'ultima esigenza, l'atteggiamento degli amministratori (ovvero ciò che è stato deliberato dalla conferenza dei sindaci) è stato quello di promuovere una minore disponibilità di ore a fronte di un allargamento dell'utenza raggiunta.

A parere dell'operatore ASL, in questo modo si fornisce una assistenza traballante (es. se prima erano due ore al giorno, un 'aiuto pasti', ora riescono a coprire un solo pasto..)

Ufficio servizi sociali Comune capofila

Denominazione	Ufficio servizi sociali
Ente titolare	Comune di Subiaco
Funzioni*	Tutte tranne c;h;i.
Risorse umane	1 + 1 part time
Fonti finanziarie	Comune, Regione e Provincia
Integrazione interna ed esterna	Si entrambe (sia in modo informale che formale)
Esternalizzazione	No

Questa struttura è radicata e conosciuta nel territorio. L'operatrice vi lavora dagli anni '80 (e rileva i pro e i contro di vivere e lavorare nello stesso piccolo centro, richieste continue, confusione dei rapporti e delle possibilità, ecc).

Data la scarsità di operatori, gli orari dell'ufficio sono inesistenti, infatti è sempre aperto. Una problematica frequente infatti è proprio la disponibilità: se l'assistente deve andare a seguire una pratica in tribunale, allora il servizio rimane scoperto e in questo senso non possono funzionare orari stabiliti, ecco perché il servizio è aperto tutti i giorni tutto il giorno.

2.4 La codifica della domanda

➤ *Codifica della domanda UFFICIO SERVIZIO SOCIALE*

E' stata approntata una scheda di accesso, che dall'ufficio del servizio sociale arriva all'Ufficio Tecnico di Piano.

Questa scheda è piuttosto generica, e prevede una descrizione sommaria del bisogno espresso dall'utente con poche note anagrafiche e socio-professionali.

E' compito dell'Ufficio Tecnico di Piano rilevare le problematiche emerse, per vagliare la domanda complessiva degli utenti. Ogni 15 giorni il gruppo di coordinamento di lavoro, presenti operatori dell'Utdp, espone tutte le difficoltà incontrate dal e nel servizio. Il passo successivo è portare le nuove istanze rilevate al Comitato dei Sindaci.

C'è inoltre un modello di scheda per l'aiuto economico, che oltre ai dati anagrafici raccoglie il motivo della richiesta del contributo, la spesa prevista e quella richiesta, alla quale va allegata l'autocertificazione relativa ai redditi e alle proprietà immobiliari. In realtà i cittadini non indicano pressoché mai i risparmi (pochi controlli e a campione). Nella scheda ISE compilata, la parte patrimoniale... è sempre vuota! Per gli altri casi non si prevede nessuna forma di rilevazione predeterminata.

➤ *Codifica della domanda ASL*

Si sta lavorando sulla costruzione di una scheda integrata sanitaria/sociale. Ora la raccolta è svolta in modo informale, e la domanda è indirizzata al servizio di competenza a discrezione dell'operatore.

L'assistente sociale dell'ASL ha le schede da "ospedale", ovvero quelle che l'amministrazione ASL le fornisce per le uscite (dimissioni) dei pazienti "fragili".

Ora è in vigore una scheda 'integrativa' tra sanitario e sociale, ovvero i casi 'sociali' vengono inseriti nelle schede 'di segnalazione ai servizi sociali', dove viene tratteggiato il bisogno. Fino a poco tempo fa dovevano essere compilate schede di analisi dei bisogni raccolti dalla ASL (pratica ora in disuso, perché legata a fini di *'fund raising'*; su questo vige una grande discrezionalità dell'amministrazione).

2.5 La risposta dei servizi

Come vedremo più nel dettaglio nel prossimo paragrafo, la parola d'ordine della risposta dei servizi è "discrezionalità".

I criteri di eleggibilità non sono stabiliti con precisione, e comunque – per consuetudine – l'assistente sociale ha la facoltà di aggirare le deboli soglie che sono in qualche (raro) caso fissate, se lo ritiene opportuno.

L'integrazione socio-sanitaria, sebbene non ancora a regime, sembra promettere una sinergia tra i due comparti. Meno promettente l'integrazione con i servizi per l'impiego, anche se forme di contatto, come ricordato precedentemente, sono emerse.

Dalle interviste inoltre emerge una certa "stizza" degli operatori nei confronti degli utenti che si affidano a più servizi sociali, quelli erogati dal Comune e quelli di supporto dati dalla Caritas, per esempio (mensa, ecc). L'atteggiamento degli operatori nei confronti di questo "shopping welfaristico" da parte degli utenti più informati e attivi è di forte critica e stigma.

3. Misure: gli interventi del welfare locale nei confronti degli adulti in difficoltà

3.1 Le misure per gli AID

Le misure previste sono contenute nel regolamento comunale del Comune di Subiaco. Questo regolamento (del quale non è stato possibile avere una copia, in quanto documento interno), è stato approntato nel 2000. A detta dell'operatrice sociale, le misure previste da questo regolamento sono ormai 'superate', perché questo non prevede misure di sostegno per i problemi odierni (principalmente le nuove povertà): ad esempio è previsto un aiuto per l'affitto solo in caso di pericolo di sfratto (e non in caso di difficoltà a pagare il canone di locazione).

Tale regolamento stabilisce delle forme di intervento, quali il sostegno economico in cambio di lavoro utile socialmente (per gli uomini mansioni quali pulire i giardini, per le donne pulire stabili pubblici (comune, servizi sociali, ufficio di piano), innaffiare le piante, servizio alla mensa sociale, ecc.). Le misure previste sono sintetizzabili in:

- aiuti economici;
- interventi una tantum.

L'assistente sociale puntualizza che per l'utenza che si presenta oggi si richiederebbero interventi a lungo termine più strutturati.

➤ Aiuti Economici

L'intervento di assistenza economica & lavori socialmente utili è stabilito con l'erogazione di 309 euro al mese per un periodo di 3/6 mesi. I fondi per l'erogazione di questa misura sono fondi ordinari, nel 2007 recuperati dai fondi provinciali. I criteri sono disoccupazione di lunga durata e

iscrizione ufficio di collocamento. Ad oggi nel Comune di Subiaco gli assistiti sono 20 (equamente distribuite per genere).

Nelle intenzioni sarebbe un intervento finalizzato al recupero, che spesso agisce d'intesa con altri servizi, specialmente rispetto a tossicodipendenze e diversamente abili. Sono attive infatti le collaborazioni con CIM e SERT. **Ma questa misura viene discrezionalmente concessa** a chi, a fronte di un reddito, vive una situazione particolarmente disagiata: es: carichi di cura, vedovanza, depressione in conseguenza di eventi traumatici, ecc.

➤ *Interventi Una Tantum*

Gli interventi una tantum a disposizione del Comune di Subiaco sono:

- servizio alla mensa sociale;
- buoni viveri;
- mensa scolastica;
- esonero trasporto
- aiuto per il pagamento delle utenze²

A livello distrettuale invece si fa ricorso alla L. 32/2001 (sul sostegno economico alle famiglie): nel 2007 le domande arrivate sono state 300, quelle accolte 70. Inoltre viene amministrato "l'assegno per il terzo figlio" (A3F, è previsto lo stanziamento di 1400 euro annui, corrispondente a 13 mensilità, erogate in 2 soluzioni).

Gli interventi economici una tantum e gli interventi *in kind* (che per gli adulti sono unicamente il gruppo genitori aiuto-mamme, che prevede aiuti nel carico di cura tra mamme che a rotazione si occupano dei minori, ecc) sono rivolti quasi unicamente alle famiglie, come possiamo vedere nella tabella seguente relativa al finanziamento:

Titolo Progetto	Finanziamento regionale	Ammontare per specifiche destinazioni*	Cofinanziamento	Finanziamento Totale
Centro di Sostegno alla Famiglia	86.560	20.653 L.285/97 39.347 Cofinanziamento	Provincia Roma: 10.000 Asl: 16.560	86.560
Gruppi genitori aiuto mamme	36.560	Provincia Roma 20.000	Asl 16.560	36.560
Interventi di Sostegno Economico alle famiglie L. 32/01	36.000	Progetto con specifico finanziamento Regione Lazio		36.000

Fonte: Utdp Subiaco, Tabella riassuntiva progetti, 2006.

² Date le difficoltà economica spesso non si pagano le bollette, e in caso di stacco interviene il Comune.

L'assistente sociale precisa che l'acqua non la staccano in quanto bene primario, per quanto riguarda la luce i nuovi contatori aiutano a ridurre il consumo, e quella del gas, che era problematica anche per il car-riscaldamento, beneficia ora di un accordo Italgas-Comune, che prevede agevolazioni per pagare le insolvenze.

* Finanziamenti assegnati a: Segretariato sociale; Interventi per anziani non autosufficienti, per disabili gravi, per l'infanzia e l'adolescenza

La somministrazione delle vignette fa emergere un orientamento dell'operatore che si basa sulla necessità di attivare gli utenti, perché altrimenti si creano dei "mantenuti".

Inoltre, trasversalmente a tutti i profili, emerge come anche a fronte di un diritto al sostegno, questo non si concretizza per gli scarsi fondi. E' di cruciale importanza ricordare quanto accennato precedentemente: ***l'assistente compila la relazione sociale che passa all'amministrazione, ed è quest'ultima che decide se intervenire e come.***

Sembra importante inoltre sottolineare che:

- per risolvere i casi di cattiva conciliazione lavoro/cura verso un minore, la soluzione è impegnare il più possibile il minore fuori casa: dal tempo pieno all'attività sportiva (fornendo servizi al minore quali mensa e campi sportivi);
- con un problema di invalidità diretto, anche se non sufficiente per ricevere l'assegno di invalidità, si procede quanto prima all'iscrizione alle liste protette;
- vive una sorta di pregiudizio nei confronti degli adulti se soli, di persone che si possono arrangiare (in confronto a anziani, disabili e minori), che si traduce con importanti sforzi di attivazione (accompagnamento a CPI, passaparola lavorativo, ecc) e parimenti importanti sforzi che puntano a sfruttare tutte le risorse del soggetto, come ad esempio "raschiare" le disponibilità finanziarie familiari e amicali;
- approccio familiare al problema (es. se difficoltà economiche familiari e difficile conciliazione di cura, si punta a operare una divisione dei ruoli e dei compiti lavorativi e familiari tra i generi).

3.2 Conclusioni analitiche e critiche: punti di forza e punti di debolezza delle misure per gli adulti in difficoltà

Il quadro delle misure per gli adulti in difficoltà presenta due facce decisamente in contrapposizione tra loro.

Se da un lato l'estrema discrezionalità delle misure fa in modo che tutta la domanda venga accolta, e che la risposta data sia altamente personalizzata in rapporto col bisogno espresso, d'altro lato la scarsità dei fondi non permette il pieno soddisfacimento del bisogno espresso, che risulta sempre essere soddisfatto in maniera parziale. Insomma: qualcosa si fa sempre, ma difficilmente è abbastanza per risolvere il bisogno emerso.

Punto cruciale è come detto la disponibilità economica del Comune: *occorrerebbe una programmazione sociale che vada di pari passo con quella politica e economica* (Assistente Sociale Subiaco). La maggiore attenzione alle famiglie riscontrata (abbiamo già detto che di adulti ancora è difficile parlare se non in termini di problematiche familiari), non risolve chiaramente le esigenze degli adulti in difficoltà, la cui domanda viene vagliata parzialmente, e non tenendo conto della possibilità che gli adulti possano essere un target formalizzato di bisogno.

4. Conclusioni

4.1 Territorializzazione del welfare e adeguatezza del welfare d'accesso

Sebbene la situazione emerga come in movimento e supportata con entusiasmo sia dal livello tecnico che da quello politico, emerge con chiarezza la difficoltà di dare risposta ai bisogni degli adulti in difficoltà, ai bisogni delle nuove povertà.

Mi sembra che su questo non sia tanto una componente territoriale a pesare, quanto la mancata formalizzazione dell'adulto in difficoltà come target di bisogno.

Mancando questo riferimento mi sembra che manchi una certa spinta da parte dei politici, dei tecnici e degli operatori a impostare una programmazione, economica e sociale, di misure per gli adulti in difficoltà.

A questo proposito rilevo la dichiarata inutilità da parte degli intervistati a condurre azioni di rilevazione dei nuovi bisogni sul territorio, a fronte di una profonda conoscenza del territorio. Mi sembra che la conoscenza del territorio ci sia, ma manchi, e credo che questo sia inevitabile, una conoscenza delle trasformazioni socio-economiche del territorio, legate indissolubilmente all'emergere delle nuove povertà. Credo perciò che su questo gli operatori facciano un errore di valutazione. Conoscere il territorio per come è non significa riuscire a cogliere i cambiamenti significativi che sono ora in corso e che stanno avendo rilevanti ripercussioni sull'utenza.

La struttura del Welfare di accesso risulta invece funzionale: una caratteristica che colpisce è l'alto livello di trasformazioni (consultori, segretariato, ufficio dei servizi) che ha subito il welfare d'accesso in poco tempo. Questi cambiamenti lo hanno reso di volta in volta più vicino al territorio, e ha consolidato le strutture, che sono riconosciute nel territorio e sono diventate le vere porte di accesso. I luoghi informali si sono o "formalizzati" (es. Caritas), oppure sono rimasti nei Comuni più piccoli più che luoghi informali, *rapporti* informali col potere politico (ci si rivolge al sindaco) e sociale (al medico di base).

1. Il contesto regionale

1.1 La normativa

La riforma dei servizi sociali, introdotta in Italia dalla Legge 328/00 e riletta a seguito anche della riforma del titolo V della Costituzione, è stata recepita in Puglia attraverso una serie di passaggi normativi che – a partire dalla L.R. 12 luglio 2002, n.13 “Individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio-assistenziali”, primo atto formale di introduzione della Riforma, per giungere alla più complessiva L.R. 10 luglio 2006, n.19 “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità ed il benessere delle donne e degli uomini di Puglia”, con relativo regolamento n.4 del 18 gennaio 2007 – hanno disegnato il nuovo sistema regionale di *welfare*. Tutti i passaggi normativi intercorsi tra il 2002 ed il 2007 hanno di fatto sostituito un settore assistenziale basato su numerosi e frammentari interventi specifici di area, ciascuno dei quali interveniva su una problematica o su una emergenza sociale del territorio, attraverso una legge organica sui servizi sociali.

Altri due passaggi ineludibili e fondamentali di questo iter normativo sono rappresentati dalla L.R. 17/2003 “sistema integrato di interventi e servizi sociali in Puglia” e dal Piano Sociale Regionale due atti, normativo il primo e programmatico il secondo con i quali realmente la Regione disegna priorità e linee guida del nuovo sistema di welfare, ma soprattutto distribuisce le competenze amministrative, programmatiche e gestionali tra Regione, Province e Comuni recependo la legge nazionale così come ridefinita alla luce della Riforma del titolo V della Costituzione.

La prima legge regionale varata, la n.13/02, stabilisce alcune cose fondamentali:

- il passaggio del nodo territoriale competente per la realizzazione dei servizi sociali dal singolo comune all'Ambito territoriale che coincide con il Distretto sociosanitario;
- la gestione associata obbligatoria per i comuni di piccole dimensioni;
- la libera scelta per i comuni non piccoli rispetto alla forma gestionale.

La Legge Regionale 17/03 invece è il primo vero tentativo di disegnare un quadro complessivo del sistema dei servizi, a partire da finalità e principi fino a definire l'architettura generale del sistema di welfare, la programmazione, il suo iter, la rete dei servizi, ed i criteri di qualità del sistema.

Alla stessa fa seguito il primo Piano Sociale Regionale, uno strumento non normativo ma deliberativo, ampio e corposo, in cui è tracciato tutto quanto necessario al primo ciclo di programmazione ed è arricchito di ulteriori dettagli rispetto alle legge 17/03, di cui è strumento consequenziale.

Tra la prima legge regionale in materia, il Piano Sociale Regionale e la Legge 19/06 c'è un'importante svolta nell'orientamento dell'Amministrazione regionale, che di fatto cambia sia nei suoi vertici politici, a seguito di elezioni, che nella sua articolazione dirigenziale. Se in termini di iter e procedure questo passaggio avviene cercando di tutelare tempi e processi già avviati, è l'impianto generale a cambiare profondamente.

La Legge regionale 19/06 giunge dunque a mettere ordine e definire tutti questi cambiamenti, disegnando il volto definitivo del nuovo *welfare* pugliese. Pertanto è a queste legge che faremo riferimento nei paragrafi che seguiranno, volti a descrivere nei suoi vari aspetti il sistema. Tale legge inoltre assorbe in sé ed abroga, oltre alla legge n.17/03, quasi tutte le norme *ad hoc* e specifiche per particolari categorie ed interventi preesistenti proponendosi, nel panorama legislativo regionale come una sorta di testo unico in materia di politiche sociali regionali. Un esempio di interesse per la presente trattazione è quello della legge regionale del 2 aprile 2004 n.5 (legge quadro sulla famiglia) che risulta completamente abrogata. Al suo posto nella legge regionale n.19 alla famiglia è dedicato l'intero titolo III.

Non esistono pertanto, fuori dall'attuale quadro legislativo, altre indicazioni normative inerenti il *target* preso in considerazione in particolare per questa ricerca. Il carattere universalistico delle prestazioni, cui è fortemente improntato l'impianto di questa nuova legge cerca, quanto più possibile, di eliminare steccati e definizioni di categorie e di porre la persona ed il cittadino al centro

delle prestazioni, a prescindere da definizioni a priori e partendo invece dai suoi bisogni concreti e dalla condizione in cui si trova la persona in un dato momento (es. condizione di povertà), dai risultati che si vogliono conseguire (es. politiche per lo sviluppo e la riqualificazione urbana, conciliazione tempi di vita e tempi di lavoro) o dal tipo di interventi che si attivano (es. politiche abitative).

L'articolazione invece era un asse portante del I Piano Sociale Regionale 2004-2006 che prevedeva infatti la presenza delle seguenti aree prioritarie di intervento:

1. Responsabilità familiari
2. Diritti dei minori
3. Autonomia delle persone anziane
4. Sostegno per i cittadini con disabilità
5. Interventi per gli immigrati
6. Interventi per il reinserimento sociale dei soggetti con dipendenze
7. Azioni di contrasto della povertà ed altri interventi di inclusione sociale
8. Azioni di sostegno della tutela della salute mentale
9. Azioni trasversali e di sistema

Non esisteva, né esiste oggi, un'area dedicata agli “adulti in difficoltà in quanto tali”, come categoria, ma possono essere rintracciate azioni di sostegno a questa fascia in alcune aree prioritarie: responsabilità famigliari, sostegno ai cittadini con disabilità, interventi per gli immigrati, interventi per il reinserimento sociale dei soggetti con dipendenze, azioni di contrasto alla povertà e quelle di tutela alla salute mentale. Questo impianto iniziale, insieme alla cultura sedimentata nel contesto del *welfare* regionale, hanno impedito che anche a livello territoriale, di singoli Ambiti e Piani di Zona, fossero rintracciabili direttamente interventi in favore degli AiD.

Tale impianto, inoltre, sembra superato dalla legge regionale n.19/06, ma una reale conferma potrà ottenersi solo in fase di approvazione del II Piano Sociale Regionale, primo atto pianificatorio conseguente alla nuova legislazione.

1.2 Le competenze Istituzionali

Il rapporto tra la Regione e gli Enti Locali si configura, in linea con quanto previsto dalla riforma del titolo V della Costituzione, come un rapporto di stretto raccordo e cooperazione inter-istituzionale caratterizzato da una articolazione delle competenze improntata ai principi di sussidiarietà verticale: si rimette in capo alla Regione il potere legislativo, peraltro con competenza prevalente in materia di servizi sociali rispetto allo Stato, e la competenza programmatica, con la quale vengono definite le regole nell'ambito delle quali i Comuni e gli Ambiti territoriali debbano muoversi. La Regione esercita le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo per costruire un sistema integrato con tutte le politiche che mirano al benessere delle persone e alla qualità della vita.

In dettaglio la **Regione**, in conformità delle disposizioni di cui all'articolo 117 della Costituzione:

- a) definisce gli ambiti territoriali d'intervento e gli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali;
- b) approva il Piano regionale delle politiche socio-sanitarie e assegna le risorse finanziarie;
- c) esercita l'attività di monitoraggio e valutazione dell'efficacia e dell'efficienza della spesa;
- d) promuove e finanzia lo sviluppo dei servizi, la tutela dei diritti sociali e la sperimentazione degli interventi innovativi;
- e) promuove, finanzia e coordina le azioni di assistenza tecnica per l'istituzione e la gestione degli interventi sociali da parte degli enti locali;

- f) definisce i requisiti minimi e le procedure per l'autorizzazione delle strutture e dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari pubblici e privati;
- g) definisce i requisiti e le procedure per l'accreditamento delle strutture e dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari pubblici e privati;
- h) determina le modalità per l'esercizio della vigilanza sulle strutture e sui servizi socio-assistenziali pubblici e privati;
- i) istituisce e gestisce i registri regionali delle strutture e dei servizi socio-assistenziali pubblici e privati autorizzati all'esercizio delle attività ai sensi dell'articolo 16, comma 2, lettera d);
- j) definisce i requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni;
- k) definisce i criteri per la concessione da parte dei Comuni dei titoli di acquisto dei servizi sociali;
- l) definisce i criteri generali per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni;
- m) determina i criteri per la definizione delle tariffe che i Comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti titolari delle strutture e dei servizi accreditati;
- n) individua le figure professionali sociali, disciplina i percorsi formativi, nei limiti delle proprie competenze, in stretta connessione con il sistema universitario e della formazione professionale regionale, e il contenuto professionale dei servizi sociali;
- o) promuove, finanzia e realizza iniziative informative e di assistenza formativa e tecnica rivolte ai soggetti pubblici per sostenere il percorso di programmazione sociale negli ambiti territoriali, nonché iniziative informative e formative, anche con il concorso delle Province, per i soggetti pubblici e privati operanti nel settore dei servizi sociali per favorire il concorso alla progettazione sulle iniziative comunitarie e l'accesso ai fondi dell'Unione europea;
- p) disciplina l'attività di controllo dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi sul territorio e di valutazione dei risultati delle azioni previste;
- q) disciplina le modalità per il concorso degli enti locali alla programmazione regionale e la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 4, comma 2;
- r) esercita il potere sostitutivo nei casi e con le modalità previste dalla vigente normativa;
- s) disciplina le procedure amministrative, le modalità per la presentazione dei reclami da parte degli utenti delle prestazioni sociali e l'istituzione degli uffici di tutela degli utenti;
- t) disciplina le modalità di partecipazione e di promozione civica, d'intesa con le diverse espressioni della cittadinanza attiva, per lo sviluppo dei servizi e la realizzazione d'interventi innovativi e di tutela dei diritti sociali nelle fasi della programmazione, verifica e controllo;
- u) definisce i criteri generali per le procedure di rilascio della concessione di nuovi trattamenti economici a favore degli invalidi civili e per i raccordi con la fase dell'accertamento sanitario e per gli eventuali benefici aggiuntivi di cui all'articolo 130, comma 2, del d.lgs. 112/1998;
- v) assume i provvedimenti contingibili e urgenti d'interesse non esclusivamente comunale.

I **Comuni** sono titolari dal canto loro di tutte le funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale, adottano sul piano territoriale gli assetti organizzativi e gestionali più funzionali alla gestione della rete dei servizi, alla spesa e al rapporto con i cittadini e concorrono alla programmazione regionale. Ai Comuni – oltre alle competenze già trasferite a norma del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616 (Attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382) e alle funzioni attribuite, ai sensi dell'articolo 132, comma 1, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59), con il decreto legislativo 30 marzo 1999, n. 96 (Intervento sostitutivo del Governo per la ripartizione di funzioni amministrative tra regioni ed enti locali a norma dell'articolo 4, comma 5, della legge 15 marzo 1997, n. 59 e successive modificazioni) – spettano, nell'ambito delle risorse disponibili in base al Piano regionale e di zona, l'esercizio delle seguenti attività:

- a) programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con l'obbligatorio coinvolgimento dei soggetti di cui all'articolo 4, comma 2;

- b) erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche diverse da quelle disciplinate dall'articolo 22 della l. 328/2000 e dei titoli di acquisto dei servizi sociali;
- c) progettazione e gestione, d'intesa con le istituzioni scolastiche autonome presenti sul territorio, degli interventi in materia di assistenza scolastica e istruzione ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria e socio-assistenziale), convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67, in applicazione dell'articolo 8, comma 5, della l. 328/2000, nell'ambito delle misure previste nei Piani sociali di zona per il contrasto alle povertà e per le responsabilità familiari, con specifico riferimento alle madri sole con figli;
- d) autorizzazione, accreditamento, vigilanza e controllo dei servizi socio-assistenziali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o privata;
- e) partecipazione al procedimento per la definizione degli ambiti territoriali con le modalità stabilite dalla legge regionale 30 novembre 2000, n. 22 (Riordino delle funzioni e dei compiti amministrativi della Regione e degli enti locali);
- f) definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 3, comma 6, della presente legge ai fini della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi, coinvolgendo le rappresentanze associative di cui all'articolo 4, comma 2.

In particolare nell'esercizio delle funzioni a) e b) i Comuni provvedono a:

- a) promuovere, nell'ambito del sistema locale dei servizi sociali a rete, l'apporto delle risorse delle collettività locali tramite forme innovative di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e per favorire la reciprocità tra cittadini nell'ambito della vita comunitaria;
- b) coordinare programmi e attività degli enti che operano nell'ambito di competenza, secondo le modalità fissate dal regolamento regionale di cui all'articolo 64, tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale e intese con le AUSL per le attività socio-sanitarie e per i Piani di zona;
- c) adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia e i risultati delle prestazioni;
- d) adottare modalità e strumenti per la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 4, comma 2, alla valutazione della qualità e dell'efficacia dei servizi e per la formulazione di proposte ai fini della predisposizione dei programmi;
- e) garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli statuti comunali, dai regolamenti e dalle carte dei servizi;
- f) promuovere interventi e servizi specifici per l'inserimento sociale e l'integrazione socio-culturale dei cittadini stranieri immigrati, nell'ambito della definizione dei Piani di zona;
- g) promuovere l'inserimento lavorativo di persone socialmente svantaggiate, anche mediante l'individuazione di servizi e lavori da affidare ai sensi dell'articolo 5 della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali).

2. La programmazione

Il processo di programmazione prende avvio per ogni ciclo triennale con l'approvazione da parte della Regione del Piano regionale triennale delle politiche sociali in armonia con gli altri piani di settore. Il Piano regionale in particolare individua:

- a) i bisogni del territorio;
- b) le priorità degli interventi;
- c) il riparto delle risorse;
- d) i livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi;
- e) gli indirizzi per la realizzazione e lo sviluppo del sistema;
- f) i comuni di minore dimensione demografica, ai fini dell'applicazione dell'articolo 7, comma 1, della presente legge, tenuti alla gestione associata dei servizi e fissa il termine entro cui deve essere individuata la forma di gestione;

- g) le modalità per il raccordo tra la pianificazione regionale e quella zonale e in particolare le linee d'indirizzo e gli strumenti per la pianificazione di zona, garantendo comunque l'uniformità dei servizi offerti sul territorio regionale;
- h) i criteri per il concorso dei soggetti di cui all'articolo 4, comma 2, lettera c), alla definizione dei Piani di zona;
- i) l'integrazione socio-sanitaria, in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario regionale;
- j) il coordinamento per l'integrazione con le politiche dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale, dell'avviamento al lavoro, del reinserimento nelle attività lavorative, dello sviluppo locale, della riqualificazione urbana, dell'ambiente, della cultura, del tempo libero, dei trasporti, delle comunicazioni, dell'urbanistica e delle politiche abitative;
- k) la quota delle risorse da riservare per l'anticipazione ai Comuni degli oneri derivanti dagli interventi di cui ai commi 3 e 4 dell'articolo 3, nelle more dell'azione di rivalsa, e per gli interventi dei Comuni in ottemperanza alle ordinanze dei Tribunali per i minorenni;
- l) gli interventi di promozione e coordinamento delle azioni di assistenza tecnica per l'istituzione e la gestione degli interventi sociali da parte degli enti locali;
- m) gli interventi di sperimentazione dei modelli innovativi di servizi in grado di coordinare le risorse umane e finanziarie presenti a livello locale e di collegarsi, inoltre, alle esperienze sviluppate a livello europeo;
- n) le altre forme di interventi oltre a quelle contemplate nella presente legge;
- o) gli interventi di promozione di metodi e strumenti per il controllo di gestione atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi e i risultati delle azioni previste;
- p) il programma e il finanziamento per la formazione, la riqualificazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali;
- q) gli indicatori per il monitoraggio dell'efficacia, dell'efficienza e della qualità dei servizi erogati con i Piani sociali di zona.¹

E' lo stesso piano regionale, con i seguenti atti deliberativi di Giunta, a definire le tappe e le modalità del processo programmatico a livello locale, che porta poi alla redazione dei Piani di Zona, gli strumenti di pianificazione che i comuni dovranno predisporre. La Legge regionale stabilisce che essi hanno valenza triennale, sono approvati dai Comuni con un Accordo di programma, d'intesa con le Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL), e con la più ampia partecipazione dei soggetti del terzo settore presenti sul proprio territorio.

Secondo le indicazioni fornite dal I piano sociale regionale, la predisposizione dei PdZ avviene in due fasi:

- una prima, con taglio e contenuto più programmatico;
- una seconda, contenente le progettazioni di dettaglio di tutti i servizi programmati.

La prima fase per la predisposizione dei PdZ consiste nell'attivazione della procedura attraverso i seguenti tre passaggi:

- a. attivazione degli organismi politici e tecnici a livello di Ambito Territoriale (Coordinamento istituzionale e Ufficio di piano), per l'elaborazione e poi la gestione del PdZ;
- b. individuazione di tutti gli altri soggetti da coinvolgere nella fase di programmazione;
- c. attivazione della rete dei soggetti chiamati alla gestione integrata degli interventi e dei servizi per la condivisione delle modalità di gestione e dei criteri di scelta dei soggetti erogatori.

Il Piano Regionale auspica la sottoscrizione preliminare di un Protocollo di Intesa tra tutti gli interlocutori coinvolti in cui siano definiti ruoli, competenze e processi condivisi da tutti, che dunque fungano da guida per il processo che segue.

¹ Art.9 Legge Regionale 19/07

2.2 La morfologia territoriale

L'articolazione territoriale per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari è organizzata per ambiti territoriali che corrispondono alle circoscrizioni territoriali dei distretti sociosanitari. Il capofila dell'ambito territoriale è di norma il Comune sede del distretto sociosanitario, salvo diversa decisione della Conferenza dei sindaci dell'Ambito territoriale. La Giunta regionale, su proposta dei Comuni interessati e sentito il parere delle Province territorialmente competenti, può determinare un diverso assetto circoscrizionale degli ambiti territoriali. Le modifiche dei confini amministrativi dei distretti sociosanitari non modificano quelli degli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi, fino alla scadenza del triennio di programmazione sociale dei Piani sociali di zona in corso alla data delle modifiche intervenute, salvo diversa decisione degli stessi Comuni interessati.

2.3 I livelli di assistenza

Nelle more della definizione a livello statale dei Livelli Essenziali di Assistenza, la Regione Puglia ha definito con la L.R.19/06, alcuni obiettivi da raggiungere in maniera omogenea su tutto il territorio regionale attraverso il sistema integrato degli interventi e servizi sociali quali:

- a) mantenimento a domicilio dei cittadini e sviluppo della loro autonomia;
- b) sostegno delle puerpere e dei neonati e promozione dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari a tutela dei diritti di cittadinanza dei minori e degli adulti, delle donne in difficoltà e delle situazioni di monogenitorialità;
- c) piena integrazione sociale e lavorativa delle persone diversamente abili;
- d) soddisfacimento delle esigenze di tutela residenziale e semiresidenziale delle persone non autonome e non autosufficienti;
- e) informazione e consulenza diffuse per favorire la fruizione delle opportunità di accesso ai servizi per le persone e le famiglie;
- f) garanzia di ogni altro intervento qualificato a carattere socio-assistenziale e socio-sanitario, per quanto di competenza, al fine di garantire l'esigibilità dei diritti sociali di cui all'articolo 117, comma secondo, lettera m), della Costituzione.

In termini di servizi essenziali questo vuol dire che la regione e gli enti locali si impegnano a garantire, tenendo conto delle risorse disponibili e delle esigenze delle diverse articolazioni territoriali, le seguenti tipologie di servizi:

- a) il servizio sociale professionale;
- b) il servizio di segretariato sociale per favorire l'accesso ai servizi, mediante l'informazione e la consulenza ai cittadini;
- c) il servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza;
- d) il servizio di assistenza domiciliare per soggetti e nuclei familiari con fragilità sociali e il servizio di assistenza domiciliare integrata per le prestazioni di cura domiciliari sociali e sanitarie integrate;
- e) le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- f) i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario;
- g) il servizio di assistenza economica.

Inoltre i Comuni, nell'ambito dei rispettivi Piani sociali di zona, concorrono alla programmazione, organizzazione e gestione dei livelli essenziali di assistenza a elevata integrazione socio-sanitaria di cui all'Allegato 1C del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), concorrendo alla relativa spesa, corrispondente alle prestazioni sociali e alberghiere che accompagnano le prestazioni sanitarie a rilievo sociale, con le risorse finanziarie assegnate al Piano di zona e con la compartecipazione dell'utente.²

² Art.12 L.R.19/06

1. Territorio: Distretto di Brindisi.

Modalità di riconoscimento del bisogno sociale generale e specifico degli AID

1.1. Morfologia territoriale

L'Ambito territoriale di Brindisi è composto da due comuni: Brindisi, città di 90.439 abitanti¹ capoluogo di provincia, e San Vito dei Normanni comune di 19.817 abitanti distante circa 18 km dalla città di Brindisi. Si tratta dunque di un Ambito con un comune fortemente predominante e caratterizzato perciò da una forte disomogeneità tra i due comuni componenti l'Ambito sia sotto il profilo dei bisogni e delle “dinamiche del disagio” che sotto il profilo dell'offerta e dell'organizzazione dei servizi.

Il 48% della popolazione brindisina è costituita da maschi, contro il 52% di femmine; a San Vito dei Normanni invece il 47,6% della popolazione è maschile mentre il 52,4 % è composta di donne. Guardando i dati relativi alla popolazione ed al numero delle famiglie residenti si può notare che dal 2001 al 2006 si assiste ad una progressiva riduzione del numero medio di componenti delle famiglie sia a Brindisi città che a San Vito dei Normanni. Nella tabella che segue possiamo osservare questo fenomeno:

Tab. 1 Popolazione residente, N. famiglie e composizione

Brindisi	2001	2004	2006
Popolazione	91.664	87.935	90.439
N. famiglie	31.524	31.660	34.089
Composizione media	2,9	2,77	2,6

Fonte: elaborazione su dati Istat

San Vito dei Normanni	2001	2004	2006
Popolazione	20.071	19.807	19.817
N. famiglie	7.017	7.168	7.274
Composizione media	2,86	2,76	2,72

Fonte: elaborazione su dati Istat

Come si vede a fronte della riduzione della popolazione c'è una continua crescita del numero delle famiglie. Questo andamento di fatto comporta che sia il numero dei componenti medi per famiglia a ridursi progressivamente, cosa che nell'arco di un quinquennio porta il dato del numero dei componenti medi per famiglia da essere decisamente sopra la media nazionale ad allinearsi progressivamente con il dato italiano.

Il totale delle famiglie inoltre si distribuisce per numero dei componenti nel modo seguente (vedi tab 2):

La maggioranza delle famiglie è composta, per tutti e due i Comuni dell'ambito, da 2 o 4 persone (rispettivamente quasi un quarto ed un quarto), in linea con i dati provinciali. Inferiori alla media nazionale sono, invece, le famiglie unipersonali, in particolare nel Comune di S. Vito – che ha anche valori inferiori alla media provinciale – con quasi sei punti percentuali di differenza.

¹ Tutti i dati, ove non diversamente indicato sono Fonte Istat, 1 gennaio 2006; fanno eccezione i dati su forze di lavoro ed occupazione che sono tratti dal Censimento 2001

Abbiamo un numero di famiglie numerose, con 4 e più componenti, nettamente superiore alla media nazionale. In particolare a S. Vito dei Normanni le famiglie di 4 componenti sono di 6 punti percentuali superiori alla media nazionale. Anche le famiglie con 5 componenti sono maggiormente presenti (3 punti percentuali in più) rispetto al resto della nazione, sebbene con valori minori rispetto alla situazione provinciale.

Tab. 2 *Composizione dei nuclei familiari, per Comune di ambito, provincia e Italia (2006) – val. %*

N. Componenti nucleo fam.	San Vito dei Normanni	Brindisi	Provincia di Brindisi	Italia
1	18,88	20,54	20,45	24,89
2	24,95	24,91	24,49	27,08
3	21,02	20,77	20,34	21,58
4	25,02	23,47	23,69	18,96
5	8,08	8,12	8,84	5,8
≥6	2,0	2,18	2,19	1,69
	100	100	100	100

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat.

La densità demografica assume in questo Ambito i valori più elevati dell'intera provincia di Brindisi (219,5 Ab/Kmq): a Brindisi città si attesta su 275,33 Ab/Kmq e a San Vito dei Normanni risulta ancora più elevata 298,54. Nelle classi di età di nostro interesse troviamo a Brindisi 20.787 (23%) abitanti di età compresa tra i 31 e 45 anni e 22.999 (25,4%) tra i 46 e 65², a San Vito dei Normanni tra i 31 e 45 anni troviamo 4231 persone (21,3%) e 4968 (25%) tra i 46 e 65 anni. Per quanto invece attiene gli stranieri, la loro presenza è così articolata:

Tab. 3 *Numero di immigrati, per genere, presenti al 1 gennaio 2006 – (valori assoluti)*

Comuni	Uomini	Donne	Totale
Brindisi	561	642	1203
San Vito dei Normanni	68	74	142
Ambito	629	716	1345

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat.

Nella città di Brindisi ogni 100.000 abitanti ci sono 1330 stranieri, 329 in più che nell'intera provincia di Brindisi, segno di una maggiore concentrazione degli stessi nella città capoluogo. Gli indici di dipendenza e di vecchiaia dell'Ambito inoltre sono inferiori di diversi punti % rispetto al dato provinciale: i.d. 47,16% contro il 49,67%, e i.v. 113,60% contro 120,08% della provincia. La popolazione anziana dunque pesa molto di più in provincia che in questo Ambito ed ancor meno nel comune capofila che fa registrare un i.d. di 46,25 % e i.v. 107,62%. Nella città capoluogo dunque troviamo, rispetto alla provincia, una popolazione attiva ed adulta, più significativa della media provinciale.

² Consideriamo anche la classe di età tra i 31 e 45, oltre che quella tra i 46 e 65, come indicato nel pacchetto metodologico perché spesso le persone in difficoltà mettono su famiglia ed hanno figli a carico in età molto precoce: a 31 anni sono già da tempo AID.

1.2 Architettura Istituzionale

Una premessa è obbligatoria: l'attuazione della riforma nell'Ambito di Brindisi è molto in ritardo. L'UdP è formalmente costituito e dotato di un organico definito, ma di fatto ha fin ora svolto solo un ruolo programmatico redigendo il Piano di Zona. Nessuna delle azioni legate al nuovo *welfare* disegnato dallo strumento programmatico ha ancora impegnato l'UdP che è invece alle prese con il completamento dell'assetto organizzativo, *in primis* nell'organizzazione delle porte d'accesso.

L'Ambito dal punto di vista organizzativo è composto rispettivamente dal Coordinamento Istituzionale, dal Coordinatore del Gruppo Tecnico di Piano e dall'Ufficio di Piano (Gruppo Tecnico), con ruoli e funzioni tra loro collegati.

L'Ufficio di Piano – Gruppo Tecnico rappresenta l'unità di natura tecnico-operativa dell'Ambito ed ha la funzione prioritaria di supportare e coadiuvare il Coordinamento Istituzionale in ogni determinazione e decisione da adottare o programmare nei diversi settori di intervento sociale. Nella sua qualità di organo di natura tecnica, esso attende alla predisposizione della programmazione del Piano di Zona e ne cura la fase attuativa.³

L'Ufficio di Piano formalmente è stato costituito sia a livello politico che tecnico. In conformità alle linee regionali e nazionali:

a) il livello tecnico è formato dal Dirigente dell'UdP e dei Servizi Sociali del Comune capofila (che nel caso di Brindisi coincidono nella stessa persona), che automaticamente è nominato Coordinatore Tecnico dell'UdP, e dal Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di San Vito dei Normanni. Il personale tecnico invece è costituito da tre funzionari (due figure organizzative e una amministrativa) del Comune di Brindisi (una psicologa, un assistente sociale e il responsabile di servizio amministrativo) e due funzionari del Comune di San Vito dei Normanni (un assistente sociale e un sociologo) , a rotazione, in aggiunta, un assistente sociale di riferimento per area prioritaria d'intervento (anziani, disabili, ecc). Rientra anche il lavoro delle assistenti sociali già in organico dei singoli Comuni.

b) A livello politico fa capo il Coordinatore del Gruppo Tecnico di Piano; i due assessori dei Servizi Sociali dei due Comuni; il Direttore dell'Azienda USL BR/1.

Le figure menzionate sono “persone fisiche” reali e sono in parte le stesse che hanno curato la stesura della II parte del PdZ dell'Ambito di Brindisi (la I parte è stata esternalizzata a terzi), ma i lenti tempi di attuazione e organizzazione dell'UdP non consente al Gruppo Tecnico di essere operativo.

Per quanto riguarda invece i servizi gestiti in forma associata tra i due comuni dell'Ambito nel Piano di Zona è previsto che le forme associative riguardino: il servizio di assistenza domiciliare per i disabili che include interventi sociali e sanitari ed il telesoccorso e teleassistenza, il centro contro l'abuso ed il maltrattamento, il centro per le famiglie.

Vi sono poi due servizi realizzati su un territorio sovra-ambito perché finanziati da progetti *ad hoc*, come lo sportello per gli immigrati ed il progetto “Dopo di noi”, dedicato alla disabilità in età adulta. Attualmente non vi è nessun servizio gestito in forma associata tra i due comuni. L'unico in previsione è l'assistenza domiciliare per i disabili.

1.3 Forme organizzative e Gestionali

Anche in questo caso possiamo ragionare in termini di previsioni indicate nel Piano di Zona: secondo il documento programmatico saranno gestiti in maniera integrata con la Asl i servizi di assistenza domiciliare per i disabili e per gli anziani. In realtà l'assistenza domiciliare nel comune di Brindisi anche in passato veniva realizzata in forma integrata con la Asl. L'instaurarsi dei nuovi

³ Il PdZ dell'Ambito di Brindisi, II parte, è stato elaborato e consegnato alla Regione Puglia (in ritardo rispetto ai tempi previsti) ed è in fase di valutazione, per cui non è stato ancora approvato.

processi gestionali previsti dalla Riforma ha però di fatto interrotto le pratiche precedenti di dialogo con la Asl senza riuscire a crearne di nuove. Vi sono infatti numerose difficoltà di dialogo con la Asl che partecipa poco al processo di programmazione e realizzazione dei servizi così come disegnato in seguito alla Riforma. Il rallentamento dei tempi di elaborazione del documento di programmazione degli interventi socio-sanitari nell'Ambito (il Piano Sociale di Zona) e nell'organizzazione del Gruppo Tecnico di Piano e dello stesso Ufficio di Piano, in parte è imputabile a problemi di carattere organizzativo in generale e di concertazione con l'Azienda USL BR/1, a causa di processi poco funzionali e di interventi unidirezionali.

Al momento di fatti l'ADI è formalmente realizzata in maniera integrata, ma l'integrazione consiste nel fatto che la Asl rimanda al comune per le prestazioni e le relative spese sociali; non vi è dunque un luogo reale di concertazione delle prestazioni. Sempre in fase di attuazione vi è la collaborazione tra l'Ambito di Brindisi e la rispettiva Asl per la progettazione partecipata con il terzo settore per i progetti da realizzare nell'ambito dell'area prioritaria delle tossicodipendenze, così come da documento di programmazione.

1.4 Identikit dell'AID emerso dai dati ufficiali

Non essendoci dati ufficiali recenti, il profilo degli AID, si può ricavare per deduzione dal Piano di Zona (PdZ) di ambito.

Nel PdZ elaborato dall'Ambito di Brindisi non troviamo un'area dedicata al "disagio adulto", ma è possibile trovarne traccia soprattutto in due aree prioritarie, che sono l'Area famiglie (e adulti in difficoltà)⁴ e l'Area di contrasto alla povertà e altri interventi per l'inclusione sociale.

“Il quadro conoscitivo si è sviluppato tramite un percorso con al centro la famiglia, i minori, le persone anziane, le persone con disabilità, gli **adulti in difficoltà** e gli stranieri; gli obiettivi strategici di priorità sociale possono essere individuati nel valorizzare e sostenere le responsabilità familiari, rafforzare i diritti dei minori, potenziare gli interventi a contrasto della povertà, sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti (in particolare anziani e disabili), contrastare l'esclusione sociale e la povertà e favorire l'inserimento delle persone immigrate.”⁵

Quindi, sembrerebbe che gli AID rientrino generalmente in tutte le aree prioritarie rivolte a categorie di persone che dichiarano per la loro specifica condizione una o più difficoltà: genitori, persone con disabilità, immigrati, adulti in povertà o emarginati socialmente (tossicodipendenti, ex detenuti, ecc.), donne che subiscono violenza.

Soprattutto, la condizione di AID è legata alle responsabilità familiari. Infatti, nella stessa parte del PdZ da cui abbiamo tratto il passaggio precedente, al paragrafo successivo intitolato "Area famiglie e adulti in difficoltà" si delinea il quadro della famiglia e gli interventi sociali da attuare a suo sostegno, considerando le varie problematiche che possono interessare i componenti del nucleo familiare superata l'età minorile:

“Prioritario risulta sia fornire un supporto alle famiglie che hanno un componente con problema (psichiatrico, di dipendenza da alcool o sostanze, ecc.) ed alle famiglie immigrate;...aiuto e consulenza per il disagio psichico nella famiglia...Vi sono nuove forme di povertà non solo economiche ma di vera deprivazione socio-psicologica, causata soprattutto da mancanza di relazioni significative all'interno della famiglia, di relazioni sociali, amicali, di solitudine e di isolamento; inoltre la carenza di alloggi di edilizia popolare porta molte persone ad entrare nel circuito assistenziale. Molte famiglie inoltre necessitano di un supporto per affrontare le difficoltà educative e di gestione

⁴ Piano Sociale di Zona, I parte, pag.80 "Area famiglie e adulti in difficoltà",

⁵ Ibidem, pag. 79

dei preadolescenti ed adolescenti che presentano problematiche di natura alimentare e/o di dipendenza, o dei figli già adulti che hanno difficoltà a rendersi autonomi. In relazione alle problematiche indotte dalla disoccupazione, si reputa necessario, accanto a progetti sociali di reinserimento al lavoro, individuare forme di accompagnamento – sostegno, anche collegate a percorsi terapeutici integrati.”⁶

Il profilo degli AID descritto in quest'area prioritaria risulta , quindi, essere:

1. persone con disagio (dipendenze, salute mentale etc);
2. persone con a carico familiare/i portatori di disagio;
3. genitori con difficoltà educative;
4. immigrati;
5. persone sole
6. persone con problemi abitativi.

Un'altra area che prevede misure d'intervento in favore di soggetti svantaggiati e in difficoltà è l'Area di contrasto alla povertà e inclusione sociale. I destinatari degli interventi previsti dall'Ambito per questa determinata area prioritaria è quella fascia di cittadini in età adulta, italiani e stranieri, che vivono in condizioni non confortevoli, hanno difficoltà a gestire in maniera più o meno dignitosa la propria vita e a causa, spesse volte, di un instabile inserimento nel mercato del lavoro vivono forti disagi economici e di esigenza abitativa. Si tratta di soggetti che vivono una condizione di povertà più o meno conclamata.

In sintesi si tratta di adulti italiani e stranieri:

1. disoccupati;
2. con precarietà lavorativa;
3. con difficoltà abitative;

In conclusione, possiamo sostenere che il profilo dell'AID tracciato a partire dal Piano Sociale di Zona dall'Ambito di Brindisi è l'adulto uomo/donna che richiede interventi che più di altri fanno capo a due aree prioritarie che sono appunto le Responsabilità familiari e l'area di Contrasto alla povertà e inclusione sociale. *L'identikit* degli AID che abbiamo delineato in questo paragrafo verrà confermato anche da altre fonti, come ad esempio dalle interviste agli operatori delle porte informali di accesso.

1.5 Identikit dell'AID emerso dalle interviste agli operatori

La definizione da noi fornita di adulti in difficoltà, quali “ soggetti appartenenti alle età centrali, dai 35 fino a comprendere i 65enni, uomini o donne, cui di regola competono responsabilità ‘per sé ’ e familiari, non in grado di condurre vite dignitose, o comunque non in grado di garantire a se stessi o al proprio nucleo condizioni adeguate, sotto il profilo affettivo ed educativo, di sicurezza nei confronti di malattie invalidanti, psichiatriche, oppure anche legate agli ormai processi lunghissimi di invecchiamento.”, è stata condivisa e arricchita, in riferimento al contesto territoriale dell'Ambito di Brindisi, dalle interviste agli operatori.

Dalle interviste somministrate al Dirigente dell'Ufficio di Piano (nonché dei Servizi Sociali del comune capofila di Ambito) e agli operatori stessi dei servizi sociali emerge l'identikit dell'adulto in difficoltà: si tratta di persona di età compresa tra i 45-65 anni, che non rientra necessariamente in una categoria protetta come nel caso dei soggetti dipendenti o dei diversamente abili.

Si tratta di soggetti, per definizione in età produttiva, ma che non riescono più a prendersi cura di sé e di una eventuale famiglia, soprattutto a causa di problemi di natura economica che nell'ultimo

⁶ Ibidem, pag.80.

decennio storico colpiscono anche fasce di reddito più elevate, come nel caso di famiglie di classe media. Le stesse famiglie monoreddito che in passato riuscivano a vivere dignitosamente oggi a fatica arrivano alla fine del mese, rivolgendosi sempre più spesso al Comune per richiedere forme di sostegno economico. I problemi più emergenti per gli AID, nel contesto dell'Ambito di Brindisi sono prevalentemente due:

1. disoccupazione
2. esigenza abitativa

La disoccupazione favorisce il lavoro sommerso, negli ultimi anni fortemente in aumento, come anche le attività illegali (soprattutto il contrabbando); tra le cause del fenomeno della disoccupazione la chiusura del polo chimico-farmaceutico della città di Brindisi che storicamente garantiva negli anni l'incremento dell'occupazione, soprattutto del sesso maschile.

L'identikit degli AID, per gli uomini comprende:

1. adulti lavoratori con famiglia (famiglie monoreddito);
2. disoccupati;
3. adulti con problemi abitativi.

Per quanto riguarda le donne, si tratta di adulte ma che non hanno ancora raggiunto l'età della pensione, disoccupate o lavoratrici saltuarie che non avendo competenze specifiche e/o un basso titolo di studio trovano difficoltà di inserimento nel mercato del lavoro. Molto spesso vivono a casa dei genitori avendoli in custodia perché anziani, malati o perché hanno ricevuto la casa in eredità dopo la morte dei genitori. Anche se proprietarie di casa trovano difficoltà a sostenere le spese di gestione e manutenzione, situazione che peggiora nei casi in cui l'abitazione è in affitto. L'identikit delle donne in difficoltà include le donne sole con figli, con problemi di salute diretta o indiretta e donne compagne di detenuti o ex detenuti. Per loro l'identikit che emerge è, quindi, il seguente:

1. età inferiore ai 65 anni, senza lavoro e senza esperienza lavorativa;
2. con lavoro precario e bassa professionalizzazione;
3. sole con figli minori;
4. compagne di detenuti o ex-detenuti.

Tra le tipologie di adulti in difficoltà quella che risulta vivere più problemi, stando al numero di richieste pervenute agli assistenti sociali è la **famiglia monogenitoriale**. Questa tipologia di famiglia vive grosse difficoltà soprattutto di tipo economico. Il problema si è avuto dall'entrata in vigore dell'euro e i relativi aumenti. Molte delle domande di alloggio comunale vengono avanzate soprattutto da famiglie monogenitoriali, in cui il capo-famiglia è spesso volte la donna senza coniuge con a carico uno o più figli. Per queste donne le difficoltà aumentano in presenza di problemi di salute o di disabilità, o perché devono sostenere figli in età scolare o figli adulti ma che non lavorano. Ad oggi, non ci sono Osservatori costruiti ad hoc per il monitoraggio della domanda sociale, o a fenomeni emergenti come la povertà o i flussi migratori, anche se vi sono delle proposte di costituzione di osservatori ad hoc, come l'Osservatorio Permanente delle Povertà.

Un'altra fonte a cui anche gli operatori sociali comunali fanno spesso ricorso per un "monitoraggio" informale della domanda è costituita dai data base e degli archivi sull'utenza presso i servizi del terzo settore presenti sul territorio. Da questi archivi infatti sono stati tratti i dati sulla domanda sociale inseriti poi nel PdZ, che rimangono la principale fonte di conoscenza, sia per la domanda che per l'offerta sociale dei singoli territori.

1.6 La territorializzazione del *welfare* per gli adulti in difficoltà.

Premesse le problematiche istituzionali (legate all'Ambito e all'attuazione del PdZ) e territoriali (fenomeni di disoccupazione, di esigenza abitativa, di immigrazione e povertà) che abbiamo già discusso, l'impianto complessivo dell'Ambito di Brindisi sembra inadeguato a rispondere ai problemi sociali del suo territorio che riguardano soprattutto gli AID.

Non esistono gli AID come destinatari di interventi *ad hoc*, ma soprattutto la programmazione improntata dal nuovo sistema territoriale di *welfare* ha lasciato scoperte aree prioritarie di intervento dove è maggiore la presenza di AID. Il problema stesso dell'inserimento lavorativo, che in prevalenza riguarda la fascia di età adulta compresa tra i 45 e i 65 anni, spesso persone svantaggiate (ad esempio ex-tossicodipendenti o ex-detenuiti), resta un problema senza intervento.

Date anche le testimonianze raccolte dalle interviste somministrate sull'Ambito possiamo affermare che poche sono le misure di contrasto al disagio adulto e poco del programmato è stato ancora realizzato. Le uniche aree problematiche nelle quali è stato considerato il disagio adulto sono le responsabilità familiari e il contrasto alla povertà; si tratta comunque di interventi non continuativi e quindi insufficienti e non proporzionati all'effettiva domanda sociale.

2. Il *Welfare d'accesso*

2.1 Il *welfare d'accesso*

Tra i servizi per favorire l'accesso al *welfare*, previsti dalla L.328/00, c'è la "porta unica di accesso" (P.U.A.), intesa come ufficio rivolto a tutta la popolazione in cui viene svolto un servizio sociale di primo livello con funzioni di Ascolto, Osservazione del Territorio, Sostegno, Mediazione, Orientamento.

Allo stato attuale l'Ambito di Brindisi non ha ancora attivato la P.U.A., per cui parte delle funzioni che spettano all'ufficio come sopra descritto vengono svolte dal Servizio Sociale Professionale di ogni singolo Comune in maniera autonoma e non coordinata a livello di ambito. Inoltre non esiste alcuna forma di integrazione e collaborazione con la ASL per l'accesso unitario ai servizi dei due comuni dell'ambito.

Nel PdZ è dedicato spazio alla progettazione dei servizi di accesso, in linea con i dettami della Legge di riforma dei servizi socio-assistenziali (L. 328/00) e del Piano Sociale Regionale.

La P.U.A, così come prevista nel PdZ, deve garantire la massima integrazione con gli altri sportelli attivi sul territorio, al fine della realizzazione di un sistema di accesso unico ed integrato, con una prima fase dedicata alla integrazione con l'Azienda Sanitaria Locale BR/1. L'AUSL dovrebbe mettere a disposizione la banca dati relativa alle strutture socio-sanitarie e di riabilitazione.

Per facilitare l'accesso ai servizi integrati è prevista l'istituzione di sportelli unificati per l'accesso, unico di sintetizzazione delle procedure e la messa in rete dei punti di accesso del distretto.

In tale contesto, nella nuova organizzazione dei Servizi Sociali è intendimento delle Amministrazioni Comunali dotare l'Ambito Territoriale di sportelli di segretariato sociale, le cui funzioni sono quelle di:

✓ fornire informazioni complete sulla gamma dei diritti, delle prestazioni e delle modalità d'accesso al sistema locale dei servizi socio-sanitari;

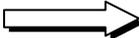
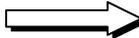
- ✓ **far conoscere** le risorse socio-sanitarie disponibili nel territorio in cui i cittadini vivono;

L'attività di segretariato sociale è finalizzata a garantire:

1. unitarietà di accesso;
2. capacità di ascolto;
3. funzione di orientamento e filtro;
4. accompagnamento;
5. funzione di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse;
6. funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa per l'accesso ai servizi stessi.

Per la realizzazione del sistema unico di accesso nei due Comuni dell'Ambito, il PdZ prevede 5 P.U.A., più quella distrettuale prevista "a carico" dell'Azienda USL BR/1, che dovrebbero lavorare in collaborazione con il personale dell' Azienda USL BR/1. Inoltre, già nella prima fase di vigenza del Piano Sociale di Zona si prevedeva la sperimentazione della collaborazione con le Associazioni di Patronato e di Volontariato per la gestione di P.U.A.

Di seguito si riporta lo schema in cui è disegnata la P.U.A attraverso le sue funzioni:

Funzioni PUA		
Ascolto		qual è il problema
Informazione e Comunicazione		le soluzioni possibili
Orientamento e Accompagnamento		si creano le relazioni necessarie verso la soluzione del problema
Erogazione diretta		compilazione domande, raccolta istanze, prestazioni di ufficio di base.
Punto di raccolta di Informazioni indispensabili Per la programmazione sociale		È il luogo in cui la cittadinanza fa pervenire le richieste ed è quindi il nodo cruciale per verificare l'efficacia degli interventi e valutare la loro eventuale riprogrammazione.

Nelle schede di progettazione degli interventi per il triennio 2005-2007, viene disegnato il nuovo sistema integrato di accesso ai servizi, rimanendo fedeli a funzioni e obiettivi individuati a livello programmatico. L'articolazione del sistema di accesso che si delinea sembra seguire questo modello:

- realizzazione di 5 PUA sul territorio dell'Ambito, corrispondenti agli odierni uffici dei servizi sociali con funzioni di segretariato sociale (4 su Brindisi ed uno su S. Vito dei Normanni), con forma di postazioni front office,
- gestione unitaria del servizio sociale professionale localizzato presso l'UdP nel Comune capofila,

– realizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) in maniera integrata con la AUSL, localizzato presso l'UdP avvalendosi delle postazioni di Segretariato sociale presenti sul territorio.

Le PUA

Le 5 PUA così come progettate, avranno il compito di:

- Orientamento e filtro della domanda;
- Supporto alla programmazione dell'offerta dei servizi;
- Accoglimento all'interno dell'Ambito distrettuale di tutte le domande
- Attivazione degli altri referenti territoriali competenti della rete formale ed informale degli utenti per un approfondimento della richiesta;
- Gestione dell'Agenda UVM (organizzazione del calendario dei lavori);
- Monitoraggio continuo dei bisogni, della domanda sociale e delle risorse attivabili in una logica di rete.

Sono previste

Attività di front office con azioni dirette al cittadino attraverso:

- Informazione sui servizi e prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitari esistenti nell'Ambito;
- Raccolta e decodifica della domanda avanzata dal cittadino;
- Istruttoria d'istanza per l'accesso alle prestazioni di competenza dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari;
- Azioni di orientamento ed accompagnamento per l'attivazione delle risorse esistenti per il soddisfacimento del bisogno espresso dal cittadino;
- Invio al servizio sociale professionale e/o all'Unità di Valutazione Multidimensionale di Ambito per la presa in carico dei casi;
- Raccolta reclami o proposte degli utenti.

Attività di back office con azioni dirette al monitoraggio e valutazione dei servizi con aggiornamento periodico nonché con l'attività di elaborazione dati della P.U.A. attraverso :

- Monitoraggio dei bisogni
- Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi
- Analisi dei risultati

- Costituzione di una Banca Dati informatica, omogenea e fruibile a livello di Ambito.

L'UVM

Al fine di garantire una dettagliata analisi dei bisogni sanitari e sociali della persona e dotarsi di organismi che realizzino l'integrazione di Servizi alla Persona; è prevista la costituzione dell'UVM, secondo le seguenti attività:

- Costituzione dell'UVM;
- analisi dei bisogni socio-sanitari dell'utente;
- valutazione dell'ammissibilità del caso alla presa in carico;
- definizione del progetto sociosanitario personalizzato per ogni utente;
- presa in carico integrata del caso.

Come abbiamo già accennato, il dialogo con la AUSL non è particolarmente facile.

Il Servizio sociale Professionale

Il Servizio Sociale Professionale di Ambito completa il sistema di accesso ai servizi, svolgendo funzioni di:

- presa in carico dei casi e predisposizione di progetti individualizzati;
- coordinamento tecnico;
- supervisione;
- monitoraggio e valutazione dei Servizi d' Ambito;
- programmazione;
- organizzazione;
- valutazione degli interventi di Servizio Sociale;
- Analisi, indagine e ricerca sociali;
- realizzazione di forme di cooperazione tecnica ed integrazione con altri attori sociali, pubblici e privati.

2.2 I luoghi informali di accesso

Dalle interviste emerge che l'AID si rivolge prioritariamente ai servizi sociali del comune, mentre si rivolge agli altri servizi presenti sul territorio solo se vi è stato inviato o se era già a conoscenza della struttura.

Quindi, quelle che sono state individuate come porte informali, spesso non rappresentano il primo punto di accesso ai servizi, ma svolgono le funzioni di accoglimento della domanda, informazione, orientamento parallelamente alle funzioni di prestazione di servizi che gli sono più proprie.

La mappatura delle porte informali, così come delineata dagli intervistati, individua diverse tipologie di Enti:

- organizzazioni del Terzo Settore;
- servizi comunali esternalizzati;
- altri servizi pubblici;
- la rete informale.

Il tessuto del Terzo Settore

Come punti di accesso informali si individua sul territorio dell'Ambito di Brindisi una forte incidenza dei Patronati (i Caf soprattutto), della Caritas e delle Parrocchie (che gestiscono centri d'ascolto). Si tratta di luoghi presso i quali i cittadini si rivolgono per ricevere delle informazioni o per chiedere direttamente un servizio, fortemente presenti sul territorio.

I rapporti tra i soggetti che costituiscono il Terzo Settore (giuridicamente perlopiù Enti Morali e Onlus) nell'Ambito di Brindisi sembrano funzionare abbastanza bene: ci sono progetti in corso, scambio e circolarità di materiali e informazioni. Tuttavia la collaborazione resta a livello comunale e non tra i comuni dell'Ambito. Il nodo critico sembra essere l'intervento delle amministrazioni pubbliche nei confronti del terzo settore: si lamenta difatti uno scarso coinvolgimento e un livello basso di attenzione verso la domanda sociale e il lavoro di rete.

Un rapporto avviato da tempo e funzionale è tra il Settore dei Servizi Sociali del Comune di Brindisi e l'ANMIC (Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili) che accoglie molte domande (suppergiù 800 nel corso del 2007) di invalidità. Gli assistenti sociali del Comune vorrebbero inserire l'invalidità civile come area d'intervento tra le prioritarie del territorio. Tale associazione, offre dati ed informazioni sugli utenti da essi presi in carico, svolgendo funzione di antenna sociale per l'analisi della domanda, ma la stessa, contattata per un'intervista, non si è resa disponibile, dicendo che non svolge funzioni di porta di accesso.

Le organizzazioni del terzo settore che in parte svolgono alcune funzioni di porte di accesso, sono distribuite su tutto il territorio dell'Ambito di Brindisi. La loro presenza non sembra, però, essere localizzata in quartieri più bisognosi o nelle zone periferiche. Certamente la presenza di porte informali è più presente nella città di Brindisi che nel comune di San Vito dei Normanni; tale situazione in parte è dovuta alla strutturazione stessa dei due comuni assai differenti tra loro e in parte alla più alta concentrazione di disagio sociale nel Comune di Brindisi.

I servizi comunali esternalizzati

Alcuni servizi comunali esternalizzati attraverso convenzioni fungono, a detta del Comune capofila dell'Ambito, come punti di accesso della domanda. In particolare, è il caso del servizio dell'Assistenza Domiciliare per anziani che raccoglie in maniera informale la domanda da parte dell'utenza (le famiglie) per poi trasferirle interamente all'addetta area del Comune che si occupa della programmazione dell'intervento. Ovviamente si tratta di una forma non strutturata di "sportelli" né di raccolta formalizzata della domanda, ma che funziona perché va direttamente dal potenziale latore di domanda, invertendo il percorso classico. Si ripropone il modello di funzioni di porta d'accesso integrate nella prestazione di servizio.

Altri servizi pubblici

Oltre quelli menzionati rientrano, come punti di accesso anche la ASL, la Provincia (ha meno rapporto con l'utenza ma ha attivato un numero verde per il pubblico), il Consultorio Familiare.

Presso il Consultorio Familiare la famiglia, inteso come nucleo principale ma anche allargato, da sempre si rivolge per accedere a servizi rivolti maggiormente alla donna e alla coppia. Molto spesso si stabilisce tra gli operatori del Consultorio e l'utente (in prevalenza femminile) un rapporto di fiducia che dura nel tempo, dunque spesso volte capita che la domanda arrivi direttamente al Consultorio e che poi a sua volta segnala agli uffici sociali.

Un servizio che non sembra risultare come una risorsa importante è il Centro per l'Impiego. Forse per una scarsa conoscenza da parte dei cittadini delle sue funzioni o perché per un substrato culturale la ricerca del lavoro si attiva per contatti personali.

La rete informale

Sembra ancora esistere e in una forma abbastanza strutturata la rete parentale, di vicinato e di solidarietà della gente comune nei confronti delle persone che vivono situazioni di disagio. Infatti è sovente che alle assistenti sociali o alle associazioni la segnalazione di un caso arrivi tramite il prodigarsi di un cittadino che chiede d'intervenire su quella determinata persona o determinata famiglia.

Le porte d'accesso analizzate

Delle porte d'accesso informali segnalateci, abbiamo intervistato la Caritas e il Centro anti-violenza Crisalide.

La Caritas

Denominazione CARITAS
Ente titolare CARITAS DIOCESIANA BRINDISI-OSTUNI
Funzioni e azioni*A-B-D-E-K
Risorse umane (professionalità) 2 DIRETTORI, 1 SEGRETARIO, 1 ECONOMO, 1 COORDINATORE, 1 ASS. SPIRITUALE, 1 ESPERTO AFFARI GENERALI, 4 COLLABORATORI, 1 MEDICO, 2 LEGALI, 8 RAGAZZI SERVIZIO CIVILE (TUTTI VOLONTARI TRANNE IL SEGRETARIO CHE RIVECE UN COMPENSO)
Fonti finanziarie 8 PER MILLE E OFFERTE VOLONTARIE
Integrazione interna (condivisione di modulistica tra sportelli, ecc..) ed esterna (incontri tra referenti del distretto, ufficio di piano, protocollo di intesa ASL, ecc..)
➤ SI, RETE CON IL TERZO SETTORE
➤ NO, RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI (O COMUNQUE SALTUARI)
Esternalizzazione NESSUNA

Funzionamento (organizzazione) ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO
Quale livello organizzativo (I e II) I
Sperimentazioni in corso: PROGETTO INTERREG III ITALIA-GRECIA 'OSSERVATORIO FLUSSI MIGRATORI'

*** classificare le funzioni/azioni nelle seguenti modalità:**

- a) Informazione telefonica
- b) Informazione in loco
- c) Informazione tramite internet
- d) Accompagnamento
- e) Monitoraggio domanda al servizio
- f) Mappatura dell'offerta di servizi pubblici
- g) Mappatura dell'offerta di servizi provato sociale
- h) Collegamento CUP e prenotazioni
- i) Collegamento con URP Informazioni tematiche
- k) Accesso diretto per alcuni servizi

La Caritas opera sui comuni di Brindisi e Ostuni facendo capo alla Diocesi Brindisi-Ostuni e coincidendo quindi con il territorio dell'Ambito. Le informazioni che abbiamo richiesto si sono limitate, quindi, al territorio brindisino. Su Brindisi la Caritas opera da più di trenta anni e conosce molto bene il fenomeno della povertà e l'evoluzione dei bisogni che negli anni hanno richiesto una prestazione d'interventi più cospicua. Dai dati della Caritas (che ritroviamo anche nel PdZ) sono aumentati i bisogni di tipo economico e occupazionale e di abitazione. Anche l'afflusso degli immigrati è cresciuta di molto negli ultimi anni. La Caritas gestisce un dormitorio per gli immigrati di 70 posti letto, insufficienti alle richieste che pervengono ogni giorno. Oltre gli immigrati sono gli stessi brindisini che fanno richiesta di alloggio a causa degli sfratti, ma per loro oltre qualche posto letto d'emergenza presso le Parrocchie locali non vi è altro intervento di aiuto. Il tipo di utenza è prevalentemente femminile per i cittadini italiani mentre gli immigrati sono prevalentemente di sesso maschile. Per quanto riguarda l'età gli immigrati sono quasi tutti giovani in età compresa tra i 20 e i 30 anni; mentre è nettamente in aumento l'età degli italiani che arriva ai 45 anni, oltre alla presenza di una percentuale di pensionati che richiede il pasto poiché la pensione minima è insufficiente a far fronte a tutte le spese. La povertà è visibilmente in aumento, sostiene la Caritas, perché sono aumentati i pasti giornalieri. Abbiamo chiesto alla Caritas di descriverci la famiglia "tipo" che si rivolge presso di loro: si tratta di famiglie con problemi di disoccupazione, di tossicodipendenze e di detenzione.

Il Centro Anti-violenza "Crisalide"

Denominazione CENTRO ANTI-VIOLENZA CRISALIDE
Ente titolare COOP. SOLIDARIETA' E RINNOVAMENTO
Funzioni e azioni* COUNSELING, PSICOTERAPIA, INFORMAZIONE E PREVENZIONE, CAMPAGNE EDUCATIVE. (NESSUNA DI QUELLE SPECIFICHE)
Risorse umane (professionalità) 1 SOCIOLOGO DIRETTORE, 2 PSICOLOGI, 2 EDUCATORI PROFESSIONALI, 2 ASSISTENTI SOCIALI
Fonti finanziarie 285/97 (CENTRO ANTI-VIOLENZA ISTITUZIONALE) PROGETTO DAPHNE (A NOME DELLA COOP.)
Integrazione interna (condivisione di modulistica tra sportelli, ecc..) ed esterna (incontri tra referenti del distretto, ufficio di piano, protocollo di intesa ASL, ecc..)
➤ SI INTEGRAZIONE INTERNA
➤ NO ESTERNA

Esternalizzazione NESSUNA
Funzionamento (organizzazione) ISTITUZIONALE
Quale livello organizzativo (I e II) I
Sperimentazioni in corso PROGETTO SPERIMENTALE DAPHNE NEL CAMPO DELLA VIOLENZA DOMESTICA E ASSISTITA

Il centro anti-violenza Crisalide invece opera sul territorio di Brindisi dal novembre del 1999. Nasce dalla legge 285/97 e per tanto si rivolge ai minori ma anche alle donne italiane e straniere che subiscono maltrattamento e violenza. Molto spesso il minore che subisce violenza, anche di tipo assistita, è figlio di una madre che a sua volta subisce violenza corporea e sessuale. Predomina la figura maschile nelle famiglie dove ci sono casi plurimi di violenza; molto spesso le famiglie al cui interno si consuma violenza domestica sono famiglie cosiddette “deboli”, dove esistono altri problemi, che vanno dalla disoccupazione stabilizzata, dipendenze da alcool e droga, attività legate al mondo della delinquenza.

Negli ultimi 3-5 anni i casi di violenza sulle donne sono aumentati di molto, così come in aumento sono le segnalazioni che prima restavano occulte. Ciò vuol dire che la donna italiana e straniera (data l'incidenza delle immigrate) che subisce violenza e uno stato di sottomissione alla figura maschile è una donna in difficoltà che richiede interventi da parte del welfare poiché molto spesso l'unico intervento risolutivo è l'allontanamento dall'ambito familiare e dunque l'accoglienza presso strutture specialistiche che al momento nell'Ambito di Brindisi (ma anche nell'intera Puglia) mancano del tutto.

2.3 Le porte di accesso per gli AID

Non essendo la Porta Unica di Accesso ancora costituita, i punti di accesso formali per i cittadini restano i servizi sociali e sanitari presenti sul territorio. In particolare gli assistenti sociali sono il primo riferimento degli AID, essendo presenti su piccoli territori (articolazione dei servizi sociali comunali per quartieri a Brindisi città). A Brindisi, difatti, la domanda viene accolta a livello di quartiere e ivi il caso viene passato al servizio professionale cittadino, diviso per aree prioritarie.

A livello informale, funzionano molto bene come prime porte di accesso le parrocchie, che si integrano e confondono spesso con i Centri di Ascolto della Caritas.

Chi si rivolge presso le assistenti sociali o presso i servizi territoriali è maggiormente la donna. Il genere quindi l'utenza è di tipo femminile. Per cultura e modelli familiari tradizionali è da sempre la donna ad occuparsi di sé e degli altri; la donna dal carattere irruente e determinato e molto spesso è la donna che in qualche modo riesce a “portare avanti la famiglia”. L'uomo, quando si rivolge direttamente al servizio per chiedere aiuto arriva a farlo o perché vive da solo o perché giunge ad alti livelli di disperazione.

Ove i servizi sociali e/o le parrocchie o le altre porte informali così come individuate nel paragrafo precedente, non possono rispondere alla domanda portata dall'utente, inizia una azione, non formalizzata né strutturata, di orientamento ed informazione verso altri servizi pubblici o privati, che possono anche risultare più adeguati al caso.

Da non sottovalutare quanto sia predominante, sia in caso di avvicinamento alle porte formali che a quelle informali, il rivolgersi da parte dell'AID al “singolo”, cioè alla singola persona che lavora presso un servizio, perché “conosciuta” o perché “si dice che può aiutare”. Il passaparola all'interno della comunità è lo strumento e il mezzo primario per l'accesso alla rete dei servizi.

Tra le porte formali e quelle informali predomina un rapporto, che parte da esperienze individuali, di tipo colloquiale, fatto di segnalazioni e di invio dei casi reciproco a seconda del caso e delle necessità, ma manca una rete formalizzata e strutturata, finalizzata sia alla facilitazione dell'accesso ai servizi da

parte dell'utente, che alla programmazione sociale congiunta. L'Ente pubblico, a detta delle porte informali intervistate, manca nel coordinare un effettivo lavoro di rete su tutto il territorio.

Anche tra i comuni dell'Ambito c'è poco scambio di idee e di iniziative rivolte a finalità comuni.

Tuttavia esistono casi di sinergia tra due o più organizzazioni locali (per esempio, è il caso della Caritas che attualmente collabora con l'Associazione multietnica Pisanka per un progetto sugli immigrati a Brindisi; oppure è il caso della collaborazione pluriennale tra il centro anti-violenza Crisalide e l'Associazione Io Donna di Brindisi) che appartengono al terzo settore.

Anche tra il terzo settore e lo stesso Servizio Sociale del Comune di Brindisi esistono forme di sostegno o intervento per i casi che altrimenti non potrebbero essere coperti dal Servizio Sociale comunale, come per i casi di violenza segnalati quasi ogni giorno ai servizi sociali comunali che in un primo o in un secondo momento vengono affidati al centro anti-violenza Crisalide, in quanto una organizzazione di tipo istituzionale.

Si tratta, però, sempre di una collaborazione più orientata alla erogazione di un servizio, che per la realizzazione di un servizio preliminare di informazione e orientamento della domanda.

2.4 La codifica della domanda

Come accennato nei precedenti paragrafi, al momento non c'è a livello di ambito un sistema strutturato di monitoraggio ed analisi della domanda sociale. Tanto meno a livello comunale, ove non risultano essere attivi strumenti di raccolta della domanda e di codifica della stessa attraverso la costruzione di un sistema di monitoraggio.

La mancanza di indagini ad hoc e di rilevazione dei dati elaborati è una delle grandi carenze emerse a livello di Ambito. Alla base c'è una difficoltà strutturale: mancano sedi appropriate e dotate di un livello tecnologico sufficiente a contenere degli archivi e a consentire nel breve tempo l'aggiornamento degli stessi. La mancanza di pc, di una rete internet veloce e funzionale abbassa di molto le potenzialità e la qualità del lavoro e non permette poi l'utilizzo delle informazioni, raccolte nell'espletamento del servizio, a fini di analisi.

Tuttavia, per l'elaborazione dell'ultimo PdZ, oltre ai dati nazionali resi disponibili dai progetti ai sensi della L.285/97, della L.309/90, ecc., sono stati utilizzati dati resi disponibili dalle Istituzioni Pubbliche e dal terzo settore (Comuni, A.U.S.L., Provincia, Caritas, singole associazioni). Nell'Ambito, difatti esistono alcune realtà positive, singoli i casi, che investono nelle azioni di ricerca e raccolta dati a partire dai servizi che offrono. Tali enti, diventano poi referenti anche per le stesse pubbliche amministrazioni che attingono a piene mani, in caso di necessità.

Le assistenti sociali, che come abbiamo visto sono il primo punto di accesso dei portatori di domanda sociale, presenti sul territorio da diversi anni, fondano, quindi, la loro azione di accoglienza, codifica della domanda e orientamento, molto sulla base dell'esperienza e della conoscenza diretta del territorio, dei bisogni delle sue persone, e dei servizi su di esso presenti. Data la loro presenza ventennale sul territorio, la capacità di indirizzo e di accompagnamento ai servizi risulta essere buona.

Per quanto riguarda la codifica della domanda, la sua accoglienza e quindi la presa in carico del caso, il sistema dei servizi sociali del Comune di Brindisi, ove si concentra la maggioranza della domanda sociale, è organizzato secondo una articolazione territoriale. In ogni quartiere è presente il servizio sociale, con un'assistente sociale. Le segnalazioni del singolo quartiere vengono prese in gestione inizialmente dall'assistente sociale di riferimento e successivamente, c'è una condivisione tra tutte le assistenti sociali per la definizione del profilo del caso. In maniera collegiale si discute il caso, con il supporto della documentazione che il servizio richiede di compilare al soggetto che inoltra una qualsiasi richiesta, la cosiddetta modulistica di accesso. Fino a qualche anno fa i servizi sociali del Comune di Brindisi documentavano anche l'utenza che poi non veniva presa in carico, attraverso la

compilazione di un semplice modello con i dati del richiedente e della richiesta posta. Definito il profilo del caso in questione, l'assistente sociale esperta di una determinata area prioritaria in cui può rientrare quel determinato caso (anziani, minori, istituti, immigrati, disabili), è maggiormente investita nel seguire il caso.

Riassumendo, l'iter che, nella maggior parte dei casi i Servizi Sociali del Comune di Brindisi seguono, attraversa una serie di passaggi:

- segnalazione del caso nel quartiere di competenza dell'assistente sociale;
- colloquio tra l'assistente sociale di quartiere e il cittadino;
- accertamento della storia di vita del caso espresso;
- discussione plenaria tra tutte le assistenti sociali;
- assegnazione del caso all'assistente sociale competente, cioè dell'area prioritaria a cui il caso si riferisce;
- studio del Regolamento comunale ed eventuale presa in carico del caso con assegnazione dell'intervento e/o servizio.

2.5 La risposta dei servizi

Dalle interviste realizzate è emerso che la capacità di accoglienza della domanda sociale è bassa, in quanto più volte si è rilevata la mancanza di strutture e misure sufficienti ed adeguate a coprire tutti i bisogni espressi dagli AID. Gli interventi, specie quelli pubblici, sono comunque limitati a un numero di utenti ed in genere per un breve, o comunque troppo breve, lasso temporale.

Ove il servizio sociale comunale non arriva, o non adeguato o competente, le assistenti sociali svolgono una funzione di orientamento ed indirizzo delle persone in difficoltà verso altri servizi.

Anche alcuni servizi del privato sociale, come nel caso della Caritas, non riescono a soddisfare la domanda degli AID, e sono dotati di liste di attesa.

Gli operatori sociali, comunali e non, sono comunque orientati a cercare di dare quanto più è possibile, risposte alle domande sociali che intercettano.

La decisione o meno di assegnare l'intervento, in generale, parte dalla considerazione di alcuni parametri di valutazione: stato del bisogno; condizione d'emergenza; condizione economica ISEE; possibili soluzioni di risposta.

Dall'analisi delle schede dei servizi programmati possiamo affermare che generalmente ogni intervento, a partire dalla propria area prioritaria, è destinato a un numero di utenti (per anno) definiti per tipologia (immigrati, famiglie, disabili, ecc.). Il più delle volte, può accadere che la risposta del servizio prenda in considerazione il bisogno espresso dall'utente più che la sua appartenenza alla tipologia "X". Questa "flessibilità" si attua soprattutto per i casi più disperati ed emergenti. Tuttavia, le amministrazioni pubbliche devono sottostare rigorosamente a un Regolamento, l'osservanza del quale è maggiormente tassativa per il servizio pubblico. L'operatore privato o del privato sociale, viceversa, ha una discrezionalità maggiore. Le assistenti sociali del Comune di Brindisi, si sono lamentate della rigidità imposta dal Regolamento, e della mancanza effettiva di risorse (soprattutto economiche) e di interventi concreti, che limitano di molto la loro possibilità di intervento.

La richiesta più espressa dall'AID è il contributo economico. La risposta che il singolo comune può offrire risulta sproporzionata al numero delle domande che arrivano. L'intervento di natura

economica (contributi economici diretti) previsto dal passato Regolamento (attualmente è in vigore un nuovo Regolamento con parametri economici aggiornati) è stato mantenuto ed erogato dal Comune di Brindisi per diverso tempo (l'ultimo stanziamento fino a dicembre 2006), proprio perché il numero delle domande pervenute era altissimo. Dati disponibili dell'Ufficio Settore dei Servizi Sociali del Comune di Brindisi contano all'incirca l'arrivo di 1.600 domande di contributo economico di cui 712 domande a reddito zero.

Criterio di ammissibilità della domanda per la richiesta del contributo economico era il modello della dichiarazione dell'ultimo reddito che non doveva superare la somma di 750,00 euro. Anche il nuovo Regolamento in vigore prevede l'intervento economico, ma sono interventi di natura straordinaria e comunque (come gli ultimi erogati) insufficienti, inadeguati e solo parzialmente risolutivi.

Come emerge dalla intervista presso il Servizio Sociale Professionale del Comune di Brindisi in risposta al contributo economico e alla presenza o meno di discrezionalità ed elasticità da parte degli operatori stessi, così rispondono:

“la risposta è il contributo economico, non abbiamo altre risorse. Il contributo è comunque insufficiente a dare vero sostegno. Un milione delle vecchie lire era insufficiente, oggi cinquecento euro lo sono meno. [...] Fino a una decina di anni fa c'era più elasticità per lavorare con un utente, mentre adesso dobbiamo attenerci al regolamento. Non possiamo dire “ conosco la sig.ra Maria che cerca una collaboratrice”, oppure dire “per l'inserimento di tuo figlio all'asilo nido ci rivolgiamo noi direttamente”. Se il contributo arrivava era sempre un bene ma comunque si cercava con più autonomia di aiutare, così da Legge 28. Adesso non più, non possiamo fare niente fuori dal Regolamento”.

Oltre al contributo economico diretto non ci sono altri interventi mirati a rispondere a bisogni che come abbiamo visto sono soprattutto di natura occupazionale ed economica. Quando la domanda è di natura economica ma non trova risposta, l'operatore sociale comunale rinvia l'utente al Centro per l'impiego o alla Caritas, a quest'ultima soprattutto i casi più bisognosi.

3. Le Misure del Welfare locale nei confronti degli adulti in difficoltà

3.1 Le Misure per gli AID

Come già detto, non esiste un'area prioritaria “Adulti in difficoltà” ma alcuni interventi a loro diretti sono sicuramente ricompresi nelle aree delle Responsabilità Familiari; del Contrasto alla povertà e inclusione sociale; degli Immigrati; della Disabilità.

Di seguito descriveremo (in base ai dati disponibili e accertati) le Misure d'intervento per aree prioritarie che in maniera diretta o trasversale sono rivolte agli AID.

4. Responsabilità familiari

Diversi interventi sono stati previsti nell'area delle Responsabilità familiari, dall'ambito di Brindisi. In tale area rientrano alcune delle misure a favore degli adulti in difficoltà. In particolare si tratta di sostegno economico, di cui gran parte finalizzato all'acquisto di prima casa per famiglie neo-costituite e famiglie numerose. Molte risorse sono destinate anche al Centro per la famiglia e al servizio di mediazione, rivolto a coppie, e genitori in difficoltà.

Nella tabella seguente (tab. 4) si riportano le informazioni raccolte sui singoli interventi programmati per il triennio in corso, in relazione agli interventi per l'area Responsabilità familiari.

Tab.4 Servizi ed interventi programmati per l'area Responsabilità familiari

Servizio/intervento	Fonte di finanziamento	Spesa prevista	Destinatari	Obiettivi
Centro per la famiglia - Servizio di mediazione	Legge Turco 285/97	€214.568,04	<ul style="list-style-type: none"> - Famiglie anche di nazionalità straniera, - Coppie genitoriali, - Famiglie monogenitoriali, - Famiglie ricostruite, - Genitori singoli, - Componenti del nucleo familiare in difficoltà e/o in carenza di risorse personali e familiari. 	L'obiettivo è quello di garantire alle famiglie un livello sempre crescente di benessere psico-fisico supportandole nelle varie fasi del ciclo vitale, sostenendole nel loro ruolo genitoriale, promuovendo i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Gli interventi sono realizzati nella prassi operativa del modello di rete e di partenariato.
Contributi per l'acquisto della prima casa a famiglie di nuova costituzione e famiglie numerose	Finanziamento regionale per una sola annualità. (Delibera n.2100/04)	€ 275.000,00	<ul style="list-style-type: none"> - Famiglie di nuova costituzione; - Famiglie numerose. 	Agevolare l'acquisto della prima casa da parte delle famiglie di nuova costituzione e di famiglie numerose residenti nell'Ambito di Brindisi.
Contributi economici ad integrazione del reddito	Risorse di Ambito	€ 15.594,22	Famiglie con minori al di sotto dei 15 anni.	Intervento economico come presupposto di un progetto individualizzato al fine di indurre alla consapevolezza che l'intervento non può essere solo pubblico e di tipo assistenziale, a fronte di un ruolo passivo del soggetto interessato.

Gli interventi della Tab.1 sono progetti programmati per l'annualità 2006-2007, e dettagliati nelle schede servizio nella II parte del PdZ 2005-2007 e sono quindi tutti da intendersi come servizi in fase di attivazione.

Fa eccezione il Centro di mediazione per le famiglia che è un servizio già attivo e di cui nel PdZ si è prevista la continuità.

Per gli altri interventi di natura economica sono stati già pubblicati i rispettivi bandi per le gare di appalto a fine 2006.

In questa area l'Ambito era già attivo, avendo previsto diversi interventi per le responsabilità familiari. Stando ai dati del P.C.I (Piano Comunale d'Interventi), gli interventi realizzati, riportati nella tabella 2, hanno, però, avuto durata di soli pochi mesi (erogati nell'anno 2003) per problematiche riguardanti la contabilità e accadimenti istituzionali. Abbiamo raccolto le tipologie di servizio attivate e il solo numero massimo di utenti per singolo Comune e per Ambito previsti per singolo intervento, che non corrispondono quindi a quelli realmente serviti.⁷

Tab.5 Numero di utenti per tipologia di servizio/intervento attivato per Comune e Ambito.

Servizio/ Intervento	Utenti Comune di Brindisi	Utenti Comune di San Vito dei Normanni	Utenti Ambito n.1
Servizi e attività di consulenza familiare	432	30	462
Servizi e attività di mediazione familiare	///	15	15
Servizi per l'affido adulti	///	15	15
Attività in casi di abuso	9	///	9
Sostegno economico	700	12	712
Contributi economici diretti ad integrazione del reddito familiare	30	320	350
LSU (Lavoratori Socialmente Utili)	3	15	18

Per gli interventi riportati nella tabella 5 le fonti di finanziamento utilizzate sono le risorse proprie dei comuni di Brindisi e San Vito dei N.nni, ed in più altre risorse regionali e/o statali trasferite ai comuni nel triennio 2001-2003.

Dalle interviste con gli assistenti sociali, emerge che l'intervento più richiesto dalle famiglie è il contributo economico, che fino ad ora è stato (unico) il canone di locazione di €500,00 come previsto da Regolamento comunale nei casi di sfratto o di sola emergenza. A questo contributo hanno diritto i seguenti casi, così come emerge dalla somministrazione delle "vignette" (vedi appendice metodologica) e dai casi proposti come esempi, che abbiamo sottoposto alle assistenti sociali:

- 1) Donna di 45 anni, divorziata, con un basso titolo di studio, con un marito ex artigiano che non può pagare gli alimenti e che vive da sola in una casa in affitto.
- 2) Donna di 45 anni, divorziata, con un basso titolo di studio, con un marito ex artigiano, con un minore a carico.

Mentre non avrebbe diritto, la stessa donna dei due precedenti casi al contributo economico se il marito provvede all'assegno di mantenimento nonostante questo risulti insufficiente alla donna a far fronte a tutte le spese prevedendo anche il figlio a carico.⁸

4.1 Contrasto alla povertà

Dall'analisi dei bisogni effettuata sul territorio dell' Ambito di Brindisi e presentata nel PdZ è acquisito che "la povertà tenda a concentrarsi in nuclei familiari con due o tre minori a carico

⁷ Cfr Offerta erogata anno 2003, Piano di Zona, I parte, pag.48.

⁸ Somministrazione delle Vignette.

sostenuti da un solo reddito basso e discontinuo, dove la rete parentale non c'è o ha poco da dare, e i servizi pubblici sono carenti e di bassa qualità”.

Accanto a questa realtà dominante vi sono da considerare anche i nuovi poveri: soggetti che attraversano difficoltà momentanee, soggetti socialmente isolati, famiglie monoparentali, senza fissa dimora, immigrati inseriti nel circuito del lavoro nero, soggetti che scontano difficoltà abitative e persone fatte oggetto di discriminazione e razzismo.”⁹

Nonostante una consapevole analisi del problema della povertà, presente nel PdZ di ambito, dobbiamo constatare che l'unico intervento previsto (scheda servizio nella II parte del PdZ) per quest' area è il contributo economico in forma indiretta.

Tab.6 Servizi ed interventi programmati per l'area Contrasto alla povertà

Servizio/intervento	Fonte di finanziamento	Spesa prevista	Destinatari	Obiettivi
Assistenza economica indiretta	Risorse di Ambito	€ 157.893,16 per la durata di sei mesi.	Famiglie deboli e più esposte alla povertà. Anche immigrati.	L'obiettivo è di garantire il supporto alle fasce non solo più deboli ma anche a quella parte dei ceti medi più esposta ai rischi di povertà ed esclusione sociale (compatibilmente con i vincoli di bilancio).

Proprio l'area della povertà, considerata l'area maggiormente problematica del disagio adulto preveda un unico intervento. Da considerarsi, peraltro, che questo unico intervento è destinato sia alle famiglie residenti nell'Ambito di Brindisi sia agli immigrati, per i quali non sono previsti altre misure specifiche. Come abbiamo avuto modo di indicare più volte in altri spazi di questo rapporto di ricerca, i problemi emergenti per gli AID sono quelli di natura economica, ma nelle forme specifiche della disoccupazione, dell'esigenza abitativa oltre che della povertà tout court, ma non sono presenti nel PdZ, né nell'ambito come sperimentazioni, degli interventi mirati.

Lì dove non riesce a rispondere il pubblico interviene il terzo settore, ed in questo caso la Caritas, di cui si è già precedentemente parlato, nel paragrafo dedicato alle porte informali.

Attualmente, in media, la Caritas distribuisce circa 250 pasti al giorno, tra pranzo e cena. Il 40% degli utenti sono italiani mentre il restante 60% immigrati. Gli italiani che richiedono integrazioni alimentari negli anni sono aumentati, dunque sono in aumento i poveri. Dei 250 pasti al giorno all'incirca 60 sono pasti a domicilio. E' la famiglia stessa che li preleva dalla Caritas per poi poter pranzare a casa con tutta la famiglia, nuclei familiari composti prevalentemente da bambini che per decisione stessa della Caritas è preferibile che non pranzino alla “mensa dei poveri”.

Come per l'Area delle Responsabilità Familiari, anche nell'Area Contrasto alla povertà e inclusione sociale abbiamo raccolto i dati relativi ai servizi erogati nel triennio 2001-2003, ma anch'essi di breve durata. Anche questa volta disponiamo del numero massimo di utenti previsto, e non i realmente serviti, per Comune e per Ambito in riferimento ad ogni intervento, che ci danno comunque una idea di come l'Ambito si muove (tab. 7).

⁹ Piano Sociale di Zona, I parte, pag. 156.

Tab.7 Numero di utenti per tipologia di servizio/intervento attivato per Comune e Ambito.

Servizio/ Intervento	Utenti Comune di Brindisi	Utenti Comune di San Vito dei N.mni	Utenti Ambito n.1
Contributi per l'affitto	220	219	439
Alloggio sociale per adulti in difficoltà	///	10	10
Intermediazione abitativa	///	10	10
Servizi e prestazioni per esigenze di prima necessità	///	10	10
Interventi abitativi di emergenza	11	///	11
Distribuzione pasti a domicilio	///	15	15
Contributi economici diretti ad integrazione del reddito	320	///	320

Per i servizi della Tab.7 non abbiamo nessuna scheda descrittiva della tipologia dell'intervento, se non quanto riportato in tabella. A causa di cambiamenti istituzionali e di problemi legati all'impiego delle risorse, i servizi che per tutte le aree prioritarie di nostro interesse riassumiamo in queste tabelle sono stati realizzati nel triennio 2001-2003 ma la loro realizzazione è stata di fatto solo di alcuni mesi e più si è avuta l'interruzione del servizio. Possiamo semplicemente notare, che per quest'area si era però tentato di implementare una politica di intervento maggiormente diversificata orientata verso l'erogazione di servizi reali piuttosto che di semplici contributi. Purtroppo, come già detto, tale impostazione non ha avuto seguito nella presente programmazione.

4.2 Diversamente abili

La mancanza di un sistema informativo per la registrazione dell'utenza e il non lontano processo di ristrutturazione del Servizio Handicap e Riabilitativo dell'AUSL BR/1, rende molto difficile, ad oggi, reperire dati approfonditi e aggiornati sulla presenza di diversamente abili nell'ambito e sulla tipologia di disagio di cui soffrono. Tuttavia l'attenzione a questa categoria di cittadini è testimoniata dagli interventi previsti nel PdZ a loro destinati. Ne riportiamo i dati raccolti, in quanto alcune delle misure sono espressamente rivolte a diversamente abili in età adulta.

Risultano programmati come da II parte del PdZ i seguenti interventi:

Tab.8 Servizi ed interventi programmati per l'area Disabilità

Servizio/intervento	Fonte di finanziamento	Spesa prevista	Destinatari	Obiettivo
Centro diurno socio-educativo riabilitativo e di socializzazione	Risorse di Ambito per il comune di San Vito	€ 173.590,00 (durata annuale)	Massimo 50 persone ultra diciottenni con problemi di handicap intellettuale.	Il Centro offre interventi integrati di tipo educativo riabilitativo e di assistenza tutelare finalizzati a mantenere e migliorare le abilità cognitive e relazionali e ridurre i comportamenti problematici dei soggetti ospiti e favorire lo sviluppo di competenze globali finalizzando l'azione al raggiungimento di obiettivi significativi mediante percorsi e progetti personalizzati anche in funzione di un possibile inserimento lavorativo
Centro diurno socio-educativo e/o riabilitativo	Risorse di Ambito per il Comune di Brindisi, con copertura parziale dei costi da parte del Comune.	€ 511.500,00 per il triennio, di cui € 21.312,50, corrispondente al 50% del costo del bene/servizio per un massimo di 25 utenti sono a carico del Comune di Brindisi.	Numero di 25 persone diversamente abili in età adulta (tra i 18 e i 65 anni).	Le attività del centro vengono programmate nel pieno rispetto delle linee-guida che il Ministero della Sanità ha individuato per l'erogazione di attività di riabilitazione nell'ambito della "Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni-7 maggio 1998 (G.U. 30 maggio 1998 n. 124) e perseguono il raggiungimento di obiettivi di notevole valenza socio-educativa e riabilitativa.
Assistenza domiciliare territoriale disabili	Risorse di Ambito per il Comune di San Vito.	€ 34.570,00 (durata annuale)	5 persone con disabilità.	Tale servizio domiciliare è orientato al solo supporto socio-assistenziale per soggetti che si trovano in situazioni di gravità per supplire ai bisogni di assistenza quotidiana e supportare la famiglia fornendo strumenti conoscitivi.
Servizio di trasporto sociale	Risorse di di Ambito per il comune di Sa Vito.	€44.050,00 (durata annuale)	Si stima un'utenza composta di 35 persone anziane; 10 persone con disabilità; 5 persone con disabilità senza supporto familiare.	Il servizio comprende sia l'accompagnamento dei disabili presso strutture di riabilitazione ubicate al di fuori del territorio comunale, sia l'accompagnamento di anziani e disabili presso strutture ospedaliere, commissioni mediche ecc., nell'obiettivo di facilitare il movimento sociale dei disabili.

Per il ciclo di attività del triennio 2001-2003 erano stati previsti altri interventi della durata complessiva di pochi mesi, così come riportati nella tabella seguente (tab 9):

Tab.9 Numero di utenti per tipologia di servizio/intervento attivato per Comune e Ambito.

Servizio/Intervento	Utenti Comune di Brindisi	Utenti Comune di San Vito dei N.nni	Utenti Ambito
Aiuto alla persona	450	///	450
ADI	65	///	65
Attività di socializzazione e vacanze disabili	///	25	25
Altri servizi e prestazioni semiresidenziali per disabili	200	22	222
Trasporto sociale disabili	280	8	288
Contributi abbattimento barriere architettoniche	35	///	35
Contributi economici ad integrazione di rette per prestazioni semiresidenziali	///	3	3
Centro diurno socioeducativo e/o riabilitativo	225	///	225

Alcuni dei servizi sono di tipo continuativo e di fatti sono presenti sia nella programmazione del triennio 2001-2003 (tab. 9) che nel triennio successivo (tab. 8). In particolare, dalle interviste effettuate sappiamo di certo che l'Assistenza Domiciliare per disabili è stato un servizio continuo che il Comune di Brindisi ha elargito alla cittadinanza, così come la retta di integrazione per n.25 utenti al Centro diurno socio educativo e riabilitativo.

4.3 Immigrati

Nell'ambito cittadino dell'Ambito BR/1 si è osservato che i processi di marginalizzazione della popolazione immigrata sono in prevalenza legati alla presenza di situazione di povertà lavorativa ed abitativa. Un altro problema riscontrato è il limitato accesso ai servizi sociali e sanitari spesso determinato da difficoltà linguistiche, dalla diffidenza derivante dal loro status di "straniero", genericamente inteso, dall'assenza di canali informativi preferenziali, dall'inadeguata formazione di Operatori pubblici e privati che possano interfacciarsi efficacemente con utenti di diversa estrazione etnica.

La difficoltà degli immigrati è di trovare opportunità di inserimento nel contesto sociale che li accoglie, nell'esigenza di dotare i servizi essenziali di mediatori culturali, di creare strutture di accoglienza per coloro che non hanno alloggio. Manca lo sportello unico, anche se previsto dalla

legge 189/2002 (Bossi-Fini), dove gli immigrati possano avere risposta per tutti gli adempimenti in ordine al soggiorno legale in Italia.

Tuttavia, nel Piano sociale di Zona presentato dall'Ambito di Brindisi non ci sono, interventi mirati a quest'area. Anche nella seconda parte dello stesso PdZ non sono state programmate schede-servizio diretti agli immigrati. Gli unici interventi previsti dall'Ambito, si limitano, quindi, a destinare le misure per l'area contrasto alla povertà e inclusione sociale (ovvero il contributo economico in forma indiretta) anche agli immigrati.

Abbiamo però rilevato, che lì dove manca l'ente pubblico si attiva il settore privato, soprattutto il terzo settore e il mondo del volontariato, che lavorano attivamente sul territorio in forma di sostegno legale e di risposta alle esigenze primarie necessarie alla stessa sopravvivenza degli immigrati.

Un altro servizio presente è uno sportello informativo rivolto agli immigrati. Si tratta di un'esperienza di sportello attivata dal Comune di Brindisi nel 1999, con i finanziamenti della L.39/90. Oggi, il servizio informativo viene svolto in maniera non unitaria dalle organizzazioni presenti sul territorio che si occupano di politiche migratorie, centri d'ascolto e centri antiviolenza per le donne anche immigrate.

Non risultano altre misure d'intervento né pregresse né programmate per l'area.

4.4 Altre misure

E' possibile notare che tra le misure elencate precedentemente mancano due grandi aree che includono le persone in età adulta. Si tratta delle aree:

- ✓ **Dipendenze**
- ✓ **Salute mentale**

Dal documento di programmazione sociale e dalle interviste rivolte agli operatori sociali, si evince che ben poco si è fatto (o quasi niente) per le aree sopra citate. Ciò che è stato attivato per queste aree si ferma alla fase di sensibilizzazione e prevenzione.

Dipendenze

A livello di ambito si riscontra, per l'area delle dipendenze, una carenza di servizi sanitari e sociali e da qui la difficoltà a raggiungere il livello dei servizi sociosanitari degli altri distretti dell'A.U.S.L. BR/1.

Il problema delle dipendenze è tuttavia molto sentito nell'ambito, in particolare nel periodo estivo, in quanto la presenza di un'economia prevalentemente turistica di tipo stagionale comporta nel periodo estivo un fortissimo congestionamento sociale a seguito dell'elevato afflusso turistico. Tale impatto mette a dura prova la tenuta degli equilibri sociali sistemici e determina gravi problemi di ordine pubblico (aumento dei reati al patrimonio e alle persone e connessi all'uso/abuso di sostanze stupefacenti ed alcoliche). Proprio in quest'area così problematica e che riguarda sia le fasce giovanili sia quelle adulte l'ente pubblico è stato pressoché assente in passato e non ha posto tra le priorità degli interventi nel PdZ 2005-2007 interventi ad hoc per le dipendenze.

Nello scorso triennio (2001-2003) l'ente pubblico ha lavorato tramite azioni di sistema e azioni trasversali, promuovendo campagne di sensibilizzazione e prevenzione del fenomeno della tossicodipendenza (L.309/90).

Nel 2003 nelle città di Brindisi e in San Vito dei Normanni sono stati attuati i seguenti servizi e progetti per l'area delle dipendenze:

- Ser.T. di Brindisi del Dipartimento per le tossicodipendenze della A.S.L. BR/1;

- Progetto triennale sperimentale di Centro Crisi Diurno per Patologie Medio-Lievi della dipendenza promosso dalla A.S.L. BR/1 gestito dal Ser.T. di Brindisi, dall'Ente Ausiliario "Solidarietà e Rinnovamento" e dall'Agenzia "Change" (del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma) – progetto monitorato dalla ASL e dalla Regione Puglia;
- Progetto triennale "Zorba" di prevenzione primaria e secondaria dell'uso delle sostanze psicotrope nel territorio brindisino promosso e condotto da un Ente Ausiliario della Regione Puglia finanziato con i Fondi regionali per le tossicodipendenze – progetto monitorato dalla Regione Puglia;
- Attività dei Club Alcolisti in trattamento e degli alcolisti anonimi basata su azione del volontariato – attività non monitorata da istituzioni pubbliche;

Salute mentale

Attraverso un'estrapolazione di quanto scritto nel PdZ e da quanto sostenuto dagli operatori che abbiamo intervistato durante il nostro studio di caso, per l'area di bisogno relativa alla Salute Mentale è stata lamentata soprattutto da un lato la carenza di risorse, dall'altro la mancanza di strategie e azioni condivise tra le varie istituzioni ed agenzie, il tutto a scapito dei servizi di prevenzione, cura e riabilitazione. Tuttavia, sul territorio sono presenti alcuni interventi a favore di soggetti con problemi di salute mentale, realizzati da realtà del terzo settore, come nel caso della Comunità Alloggio a Brindisi (gestita da una cooperativa di tipo A, in cui non interviene l'ente pubblico), che ha attivato percorsi di tirocinio e borse lavoro, esperienze che hanno favorito le persone con disagio, ma anche hanno dato modo agli operatori di ripensare al proprio ruolo professionale.

La carenza di interventi specifici in queste due aree, probabilmente è legata anche al fatto che la dipendenze e la salute mentale, oltre che richiedere progetti fortemente individualizzati nell'approccio terapeutico- riabilitativo e quindi competenze e risorse specifiche, sono due settori di cui si occupano quasi totalmente le due unità operative della AUSL, quali il Ser.T dell'AUSL BR/1 e il Dipartimento di Salute Mentale.

4.5 Conclusioni analitiche e critiche: punti di forza e punti di debolezza delle misure per gli adulti in difficoltà

L'area delle responsabilità familiari, come abbiamo avuto modo di notare, è tra le più considerate dal PdZ così come elaborato dall'Ambito di Brindisi. Tuttavia, anche qui non mancano sia elementi positivi che di criticità.

Negli elementi positivi notiamo la presenza di significative esperienze di associazionismo e volontariato in relazione ad iniziative finalizzate all'aggregazione e all'animazione rivolta alla famiglia e ai minori, attraverso anche il supporto delle parrocchie. Inoltre è da rilevare una notevole entità di risorse per l'area, destinate sia ad interventi di sostegno economico/abitativo (anche se per un solo anno), che al finanziamento di un Centro per le famiglie con attività di mediazione familiare, oltre che con l'offerta di altri servizi.

Come criticità, possiamo riscontrare comunque una riduzione delle tipologie di servizi offerti rispetto al triennio precedente.

Inoltre, una riflessione di carattere generale riguarda la specificità dei destinatari di queste misure, in relazione al nostro target degli AID. Ovviamente le risorse e i servizi di quest'area sono rivolti solo a genitori o neo-coppie (è il caso degli aiuti per l'acquisto prima casa) che rappresentano, tuttavia, solo una fascia degli AID.

Un'altra delle aree che abbiamo esaminato è quella della **disabilità**.

Tra gli elementi positivi risulta la presenza di strutture e servizi, pubblici e del privato sociale, finanziate anche dal PdZ attuale. Inoltre sul territorio, significative sono le esperienze di associazionismo e volontariato in relazione ad iniziative di sostegno/sollievo ai nuclei familiari nei quali è presente un disabile.

Tra gli aspetti di criticità va rilevata una limitata presenza di significative esperienze di integrazione sociale, con particolare riferimento all'inserimento lavorativo, che viene solo menzionata tra uno degli obiettivi del Centro socio-educativo di S. Vito dei Normanni, e alla formazione professionale, con solo alcune iniziative per opera di centri di formazione privati. Da notare è anche la scarsità di Servizi nel Comune di Brindisi, in cui è previsto solo il finanziamento del **Centro diurno socio-educativo e/o riabilitativo**. Un altro elemento di debolezza riguarda l'assenza di una precisa definizione di modalità operative condivise e di specifici protocolli d'intesa per una reale integrazione con servizi specialisti della AUSL, oltre alla mancanza di adeguati livelli di coordinamento tra strutture/soggetti pubblici e del terzo settore.

Una delle aree in cui potrebbero essere inseriti maggiori interventi per contrastare il disagio adulto è quella del **contrasto alla povertà**, emarginazione ed emergenze di tipo sociale.

In quest'area, tuttavia, le iniziative realizzate sono quasi esclusivamente di natura economica: si tratta, per lo più, di un intervento un tantum insufficiente a rispondere alla domanda sociale. Resta comunque un intervento di natura positiva che assieme al ruolo rilevante dell'associazionismo e del mondo del volontariato contribuisce alla risposta ai bisogni sociali. Limitati, quindi, sono gli strumenti di contrasto alle situazioni di povertà, soprattutto tenendo in considerazione che la domanda sociale è in crescita, in particolare per le esigenze di tipo abitativo.

Ribadiamo, infine, l'assenza di misure specifiche per l'immigrazione, il disagio mentale e le dipendenze, aree tutte in cui si manifesta il disagio degli AID.

5. Conclusioni.

5.1 Territorializzazione del welfare e adeguatezza dell'accesso.

La territorializzazione delle politiche sociali è giunta negli ultimi anni a porsi come nuova frontiera del welfare, che si va riformando secondo una prospettiva municipale e comunitaria. L'emergente configurazione delle politiche sociali si muove lungo l'asse della sussidiarietà, dell'integrazione e della localizzazione, cercando nuovi equilibri fra domanda e offerta, anche attraverso nuovi rapporti fra centro e periferia del sistema. Nel corso di questa transizione difficile, la applicazione della Legge di riforma del welfare, la 328/00 e la programmazione istituzionale e di gestione delle politiche sociali a livello regionale e poi locale con i PdZ è segno di un grande passo in avanti.

In questo quadro, l'Ambito di Brindisi parte dallo scempenso di essere fortemente in ritardo con l'attuazione della riforma e ancora oggi l'organizzazione stessa dell'Ufficio di Piano è nei lavori in corso.

L'Ambito stesso, costituito dal Comune di Brindisi e dal Comune di San Vito dei Normanni evidenzia delle difficoltà di gestione del territorio a partire dalla diversità intrinseca di questi due comuni e dalla scarsa comunicazione e collaborazione tra le due amministrazioni locali, a cui si aggiunge anche la difficile e carente partecipazione della AUSL.

Sul fronte operativo dell'intervento, il rallentamento nella costruzione e gestione dell'assetto organizzativo (quindi del Gruppo Tecnico e degli sportelli) comporta un forte rallentamento nella programmazione degli interventi sociali e soprattutto nella loro immediata utilità. Ne consegue che gli AID trovano certamente più risposte dall'organizzazione del terzo settore sul territorio che non da quella pubblica, che per una serie di difficoltà ha l'emergenza di definire aspetti istituzionali per poi provvedere alle modalità generali di funzionamento che restituiscano un quadro complessivo sul sistema di offerta dei servizi sul territorio.

La fase attuale di transizione per l'implementazione di un nuovo sistema della rete dei servizi, quindi, non permette a pieno di rispondere ai bisogni degli AID, come degli altri utenti sociali.

5.2 Adeguatezza del welfare d'accesso

Certamente il welfare d'accesso (intendendo quindi le porte formali d'accesso così come previsti dalla legislazione in riferimento) dell'Ambito di Brindisi è uno dei nodi problematici che è emerso dalla rilevazione. Parte dei compiti (dagli operatori di *front-office* alle modalità di lettura del bisogno 'caso per caso' fino alla capacità di lettura complessiva del territorio) di competenza della PUA e dei relativi sportelli territoriali, vengono svolti dai Servizi Sociali del Comune, di fatto operatori riconosciuti dall'utenza come canale privilegiato.

Tale assetto poco più che embrionale di un sistema di accesso al welfare, rende assente la relazione tra 1) tipo di riconoscimento della domanda sociale 2) modalità di accesso ai servizi 3) procedure di orientamento dei potenziali utenti verso i servizi e gli interventi. La mancanza di relazione tra questi tre passaggi impedisce, di fatto, l'emergere della domanda degli AID, e comunque ne limita le possibilità. A questo si aggiunge la mancanza di sistemi di rilevazione della domanda attraverso strumenti in grado di ri-modulare la domanda stessa da parte dei servizi. Come abbiamo potuto descrivere nei precedenti paragrafi sul welfare d'accesso, le strutture a cui gli AID si rivolgono sono i Servizi Sociali e i servizi presenti sul territorio. Entrambi sono, però, insufficienti ad accogliere tutta la domanda sociale e parte di questa è dunque domanda inevasa. Inoltre non sussistono ancora relazioni formali tra il pubblico e il terzo settore, cosicché l'approccio di lettura ed analisi dei bisogni sociali espressi dagli AID è parziale o comunque è orientato esplicitamente verso il sistema di accesso di tipo categorialistico, suddiviso per target di utenza.

In generale

Nonostante le importanti innovazioni introdotte nel corso degli ultimi anni, il sistema socio-assistenziale dell'Ambito di Brindisi risulta ancora oggi condizionato da problemi di varia natura.

I principali possono essere così riassunti:

- 3 inadeguatezza complessiva delle risorse professionali, logistiche e strutturali
- 4 insufficienza dell'offerta di interventi e servizi sociali
- 5 insufficiente identificazione del bisogno sociale nelle sue articolazioni territoriali
- 6 frammentazione dei dati e scarsa o inesistente capacità di codifica integrata della domanda sociale sulla base dei dati relativi alle richieste espresse ai servizi
- 7 disparità quantitativa delle strutture territoriali d'offerta
- 8 scarsa definizione di un continuum sistemico del ventaglio di interventi, da quelli rivolti alle marginalità estreme a quelli orientati alle fasce meno escluse
- 9 eccessiva frammentazione categoriale degli interventi, con un forte sottodimensionamento delle misure rivolte agli individui delle fasce centrali d'età se non contrassegnati da specifici bisogni o condizioni negative di status
- 10 insufficiente differenziazione dei servizi in relazione agli specifici bisogni
- 11 scarso sviluppo di sistemi di controllo e carenza di strumentazioni e di procedure di monitoraggio e di valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi e dei servizi
- 12 logiche e sistemi arretrati di strutturazione delle relazioni collaborative fra attori pubblici e privati per la progettazione e la gestione di interventi e servizi
- 13 scarsa maturità delle modalità di regolazione delle relazioni fra Ente locale e Privato Sociale
- 14 scarsa integrazione fra interventi e servizi tanto delle aree pubblica quanto del privato sociale e fra di essi in maniera reciproca
- 15 scarsa formalizzazione dei rapporti con i servizi sanitari, lasciati alla collaborazione e al senso di responsabilità fra gli operatori.

Si tratta di una serie di criticità in parte sedimentate nel tempo, in parte emerse in relazione alla crescente complessità del sociale e alle più aggiornate prospettive dell'intervento sociale.

Nel complesso questi sono i punti emersi sia dall'analisi del PdZ, sia da quanto sostenuto dagli operatori intervistati durante il corso della rilevazione. Lo stesso lavoro di programmazione zonale risulta fortemente sbilanciato sulla costruzione di linee d'intervento a partire dai sistemi di offerta in essere, spesso senza un'interlocuzione diretta con gli effettivi bisogni territoriali. Gli AID non avendo come sostegno un'area prioritaria d'intervento vengono caricati su altre categorie già definite. L'intervento quindi è difficilmente 'personalizzato' sul soggetto, in quanto si opera per aree di utenza e su quanto è disponibile in termini di servizi/prestazioni. Tuttavia, l'analisi dei bisogni emergenti degli AID sono dati per certi a partire dagli stessi operatori sociali, sia pubblici che privati, che con l'utenza hanno un rapporto quotidiano. La povertà, la disoccupazione e l'esigenza abitativa sono i tre bisogni sociali sui quali bisogna intervenire poiché la domanda da parte degli AID richiama alla problematicità di questi tre fenomeni che nell'Ambito di Brindisi sono abbastanza diffusi. Mancando un sistema di rilevazione e monitoraggio della domanda non possiamo però conoscere l'effettiva utenza da parte dei servizi soprattutto in termini numerici, né tantomeno avere chiavi di lettura per capire se ci sono segmenti di popolazione che rappresentano maggiormente gli AID effettivi, ma anche i potenziali utenti dei sistemi di servizi alla persona. E' possibile rilevare tramite la segnalazione del caso e la sua presa in carico quali sono i bisogni degli AID, l'intervento o interventi che maggiormente richiedono e se il sistema dei servizi è in grado o meno di rispondervi adeguatamente. Su questo punto la risposta che abbiamo ottenuto durante la rilevazione è abbastanza chiara: l'offerta disponibile per gli AID è scarsa e insufficiente, si privilegia in generale un

approccio a ridimensionare la multidimensionalità della domanda sociale all'interno delle aree di utenza già prestabilite dal sistema dei servizi oppure a ridurla alle sole variabili di tipo socio-demografico.

Principali annotazioni critiche e analitiche sugli esiti della rilevazione

La rilevazione nell'ambito non è stata facile né agevole.

Interessante l'intervista con il referente dell'UdP, anche dirigente del settore dei servizi sociali del Comune di Brindisi, sociologo, che ha potuto dare una lettura critica della situazione dell'Ambito, anche in relazione degli obiettivi propri della ricerca.

Più ostica si è rilevata la rilevazione con le assistenti sociali del Comune di Brindisi, oberate di lavoro ed in fase di conflittualità con il nuovo sistema dei servizi e dei processi e procedure annessi.

Inoltre, limite della rilevazione si può riscontrare nel mancato ascolto di esponenti del Comune di S. Vito, situazione legata ad una effettiva difficoltà di contatto con referenti dello stesso Comune, che però rispecchia, anche il reale sbilanciamento dell'ambito, in cui i due Comuni, troppo differenti per dimensioni e problematicità, non riescono a dialogare e il Comune di S. Vito probabilmente rimane quindi nello sfondo dei processi così come lo è stato un po' nell'analisi.

Da notare, in ultimo, la difficoltà di trovare interlocutori informali per l'analisi delle porte (e del welfare) di accesso. I soggetti più attivi nell'ambito, segnalati dai nostri interlocutori, si sono rilevati soggetto del Terzo settore molto attivi, ma più nella fase di espletamento del servizio di cui si occupano – da cui deriva anche una buona azione di monitoraggio della propria utenza e della domanda sociale-, che della fase di informazione e orientamento del cittadino.

Inoltre la difficoltà di far individuare possibili referenti di porte informali, così pure come quella di trovare disponibilità a collaborare alla ricerca, hanno mostrato lo stato di frammentazione, più volte fatto notare nel corso della rilevazione, in cui l'ambito verte.

Le difficoltà incontrate, quindi, si sono mostrate come segni da interpretare che hanno aiutato a ricostruire il quadro generale dell'Ambito oggetto di analisi.

1. Territorio: Ambito di Mola (BA)

Modalità di riconoscimento del bisogno sociale generale e specifico degli AiD

1.1. Morfologia territoriale

L'Ambito di Mola di Bari (ASL BA/4 Distretto n.6) copre un territorio che si estende su una superficie di 145 kmq ed è costituito dai Comuni di Mola di Bari (50,8 Km²), Noicattaro (41,2 Km²) e Rutigliano (53,2 Km²). La popolazione residente nell'Ambito di 69.053 abitanti (al 1 Gennaio 2006), è cresciuta del 2,7% rispetto al 2001, con un'incidenza del 4,3% sul totale della popolazione provinciale ed una densità demografica media di 475 abitanti per kmq (Istat). Il Comune di Mola di Bari, comune capofila dell'Ambito, è quello maggiormente popolato, con 26.564 residenti ed una densità demografica di 522,9 abitanti per Km², seguito da Noicattaro, Comune a più alta densità demografica (596,9 ab/kmq) ed una popolazione complessiva di 24.594 unità, ed infine Rutigliano, con 17.895 residenti ed una densità demografica di 336,45 abitanti per Km².

Al 1° Gennaio 2006 la popolazione residente nell'Ambito risulta essere composta per il 20,1% da minori e per l'14,6 % da persone anziane. In tutti i Comuni dell'ambito il peso percentuale dei minori è superiore a quello della popolazione anziana, anche se è possibile cogliere per ciascun Comune alcune specificità socio-demografiche. Nel Comune di Noicattaro ad esempio, i minori rappresentano il 22,4% della popolazione complessiva, mentre gli anziani soltanto il 12,2%. Sempre a Noicattaro si concentra il maggior numero di minori presenti nell'Ambito territoriale, ben il 39,7%, equivalenti a 5.508 unità su un totale di 13.866 unità. Se nel Comune di Noicattaro si concentra il maggior numero di minori, situazione opposta si registra nel Comune di Mola di Bari, all'interno del quale risiede circa il 43% della popolazione anziana presente nell'Ambito. Di riflesso l'indice di vecchiaia del comune capofila, pari a 120,49 supera l'indice di vecchiaia dell'ambito territoriale, pari a 95,98.

L'indice che sintetizza la situazione in termini economici e sociali è l'indice di dipendenza economica che misura il carico sociale della popolazione non produttiva su quella attiva; esso è calcolato confrontando la popolazione al di fuori del limite di età attiva con il numero degli individui che si presume debbano sostenerli con la loro attività. L'indice di dipendenza dell'Ambito territoriale di Mola di Bari è pari a 46,62, leggermente inferiore a quello provinciale (47,78) e a quello regionale (49,27). Per quanto riguarda la popolazione straniera residente nell'Ambito, essa complessivamente ammonta a 1180 unità, con un peso percentuale sul totale della popolazione pari all'1,7%.

1.2 Architettura istituzionale

Il Piano regionale dei servizi sociali della Puglia dà attuazione ai principi della gestione associata tra Comuni, citati negli artt. 5, 6 della legge regionale n.17/2003, promuovendo forme di cooperazione tra Enti Locali e di associazione tra essi per la contestuale gestione dei servizi sociali a rete. I Comuni appartenenti all'Ambito territoriale di Mola di Bari hanno espresso la volontà di gestire in forma associata il Piano Sociale di Zona dei servizi socio-sanitari mediante:

- a) il criterio di distribuzione delle responsabilità tra tutti i comuni dell'Ambito riconoscendo agli stessi uguali responsabilità nella gestione dei servizi e al comune capofila il ruolo di coordinamento.
- b) la presenza di un organismo politico-istituzionale, denominato Coordinamento Istituzionale;
- c) la costituzione di un ufficio comune che rappresenta la struttura tecnico-amministrativa, denominato Ufficio di Piano;

La funzione di indirizzo programmatico e di controllo politico-amministrativo della gestione del Piano di Zona è riservata al Coordinamento Istituzionale. Esso ha sede presso il Comune Capofila di Mola di Bari; ne fanno parte, con diritto di voto, i Sindaci dei tre Comuni, che costituiscono l'Ambito, o loro delegati.

Alle riunioni del Coordinamento Istituzionale partecipano, senza diritto di voto, ciascuno per le proprie competenze, il Responsabile dell'Ufficio di Piano, il Direttore Sanitario del distretto e/o il Coordinatore Socio-sanitario del distretto. Spetta al Coordinamento definire le scelte generali di politica sociale e di integrazione con le politiche sanitarie. Esso si avvale di una Segreteria Tecnica, che ha la funzione di predisporre l'istruttoria, nonché gli adempimenti connessi alle decisioni, alle relazioni, agli ordini del giorno ed ai verbali.

Il **Coordinamento Istituzionale**, il quale è titolare della funzione d'indirizzo generale dell'attività dell'Ufficio di Piano, in particolare:

- definisce i termini della programmazione di ambito;
- individua le strategie di politica sociale;
- favorisce la realizzazione di un sistema di sicurezza sociale condiviso attraverso strumenti di partecipazione, pratiche concertative e percorsi di co-progettazione e di co-valutazione;
- formula indirizzi, direttive, proposte, osservazioni per la predisposizione del Piano di Zona, nel rispetto delle leggi nazionali e regionali di settore;
- istituisce l'Ufficio di Piano come struttura tecnica a supporto della programmazione di ambito;
- disciplina il funzionamento del Tavolo della Concertazione e dell'Ufficio di Piano;
- **predisporre e adotta il Regolamento di funzionamento dell'Ufficio di Piano**, da trasmettere agli organi competenti per l'approvazione definitiva;
- esercita funzioni di propulsione, verifica e controllo delle attività dell'Ufficio di Piano;
- dà attuazione alle forme di collaborazione e di integrazione tra i Comuni e l'Azienda Unità Sanitaria Locale di riferimento, per i servizi e le prestazioni dell'area socio-sanitaria;
- stabilisce le modalità istituzionali e le forme organizzative gestionali più adatte alla organizzazione dell'ambito territoriale e della rete dei servizi sociali;
- predisporre e adotta l'Accordo di Programma, a conclusione della stesura del Piano Sociale di Zona, da trasmettere agli organi competenti per l'approvazione definitiva.

Per l'attuazione e la gestione del Piano Sociale di Zona è stato istituito l'**Ufficio di Piano**, quale struttura di coordinamento intercomunale a natura tecnico-amministrativa, con le seguenti competenze :

- a) predisporre gli atti per l'organizzazione dei servizi e per l'eventuale affidamento di essi ai sensi della Legge n. 17/2003;

- b) provvedere alle attività di gestione per l'attuazione del Piano di Zona;
- c) predisporre i Protocolli d'Intesa e gli altri atti finalizzati a realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali;
- d) organizzare la raccolta delle informazioni e dei dati al fine della realizzazione del sistema di monitoraggio e valutazione;
- e) predisporre tutti gli atti necessari all'assolvimento, da parte del soggetto capofila (gestore del fondo complessivo dell'ambito), dell'obbligo di rendicontazione;
- f) sviluppare tutte le attività necessarie al supporto per i soggetti responsabili della gestione dei servizi in forma associata;
- g) formulare proposte, indicazioni e suggerimenti diretti al Coordinamento Istituzionale in tema di iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori, gestione ed eventuale rimodulazione delle attività previste dal Piano di Zona, acquisizione di diverse competenze o nuove figure professionali per l'espletamento dei propri compiti;
- h) relazionare annualmente al Coordinamento Istituzionale sullo stato di attuazione del Piano di Zona con l'indicazione del livello di attuazione e del grado di soddisfazione dell'utenza;

Fanno parte dell'Ufficio di Piano:

- il responsabile del settore dei servizi sociali di ogni Comune appartenente all'ambito territoriale;
- gli assistenti sociali referenti per l'attuazione del Piano sociale di Zona (un assistente sociale per Comune);
- gli assistenti sociali di ogni Comune dell'ambito referenti per una o più aree prioritarie d'intervento;

I Comuni dell'Ambito hanno scelto quale forma giuridica di associazione intercomunale la Convenzione, stipulata in data 12.07.2005, la quale prevede la gestione unitaria del sistema locale integrato di interventi e servizi attraverso la condivisione delle risorse economiche, professionali e strutturali nonché delle procedure di gestione amministrativa e contabile.

1.3 Forme organizzative e gestionali

I Comuni dell'Ambito hanno condiviso l'obiettivo strategico di un sistema unico di accoglienza della domanda in grado di aprire al cittadino simultaneamente tutta la gamma di opportunità offerta dalla rete locale dei servizi e consentirgli quindi di percorrere, a partire da un solo punto di accesso al sistema dei servizi, l'intera rete dei servizi sociali e sanitari.

Nel 2005 è stata istituita la Porta unica d'accesso (PUA) tramite un protocollo d'intesa tra Comuni dell'Ambito e ASL. Di fatto questa porta unica di accesso non è stata creata attraverso uno sportello effettivo, ma è fisicamente "frammentata", concretizzandosi in tanti punti d'accesso, rappresentati dagli assistenti sociali dei comuni e da tutti i presidi sanitari.

Tuttavia è presente una referente della PUA, cui confluiscono le richieste (con apposita modulistica) sottese da bisogno socio-sanitario provenienti dai diversi punti d'accesso. L'Assistente Sociale referente per l'integrazione socio-sanitaria (PUA) si relaziona con un medico del sistema sanitario costituendo l'equipe base dell'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM).

L'UVM è un'equipe multidisciplinare, che ha il compito di definire, attraverso la valutazione multidimensionale del caso socio-sanitario complesso, un progetto capace di garantire all'utente la risposta più adeguata ai suoi bisogni. Attualmente essa si occupa di valutazione dei casi relativi alle RSA, ma si sta iniziando a riflettere sulla valutazione dei bisogni sociosanitari legati all'ADI e altri servizi.

1.4 Identikit dell'AID emerso dai dati ufficiali

Nel piano sociale di zona dell'ambito di Mola di Bari non vi è un'area *ad hoc* dedicata agli adulti in difficoltà, né è presente una definizione precisa in relazione ad essi.

In questo documento gli interventi e i servizi sono organizzati per quelle aree di bisogno, che ricalcano in linea di massima la suddivisione che viene adottata nel Piano Regionale delle Politiche Sociali. Le suddette aree di bisogno contemplate dal piano di zona sono:

- Responsabilità familiari e Minori
- Persone anziane
- Persone con disabilità
- Dipendenze
- Salute mentale
- Contrasto alla povertà

Nel piano sociale di zona la categoria adulti in difficoltà, dunque, non si presenta come categoria a sé, ma emerge indirettamente, toccando di fatto un po' tutte le aree di bisogno sopracitate, specialmente le Responsabilità familiari e il Contrasto alla povertà.

Peraltro, lo stesso concetto di povertà non fa riferimento ad un vero e proprio specifico target di popolazione, quanto piuttosto ad un argomento trasversale, che può riguardare i gruppi più diversi della popolazione.

1.5 Identikit dell'AID emerso dalle interviste agli operatori

Dalle interviste agli operatori emerge che sono adulti in difficoltà *“i cittadini tra i 18 e 65 anni che vivono situazioni di disagio sociale, soprattutto di tipo economico e occupazionale, in condizioni di povertà o con limitato reddito o incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze e al proprio nucleo familiare, con difficoltà d'inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro”*.

Si nota, dunque, costantemente la relazione diretta tra la condizione di adulto in difficoltà e il tema della povertà “classica”, legata alla mancanza di lavoro, all'insufficienza o alla mancanza del reddito. Tra i problemi riscontrati, il più grave riguarda la condizione lavorativa, ossia lo stato di disoccupazione.

Per quanto riguarda gli adulti in difficoltà “tipici” del territorio sono stati individuati a grandi linee quattro profili:

- Uomini di 45/50 anni che hanno difficoltà a trovare un'occupazione. Non sono operai specializzati, ma hanno svolto durante il corso della loro vita lavori manuali ad alto contenuto di forza fisica. Usciti dal mercato del lavoro perché sostituiti da forza lavoro più giovane.
- Donne di 40/50 anni circa, prima coniugate e casalinghe, dopo separate o abbandonate dai propri mariti. Sono persone non istruite, senza titoli di studio o competenze specifiche. Spesso hanno figli.
- Persone adulte senza un'occupazione che hanno vissuto prendendosi cura costantemente dei genitori anziani non autosufficienti. Hanno vissuto grazie alle pensioni degli stessi fino al loro decesso.
- Immigrati, con problematiche legate alle difficoltà abitative

E' bene notare che per l'identificazione di questi profili e in generale per la conoscenza del fenomeno non vengono effettuati studi e ricerche ad hoc preliminari. Questo ovviamente rappresenta un punto debole per la fase di programmazione di specifici interventi per questo target di utenza. L'unico strumento di conoscenza del fenomeno relativo agli adulti in difficoltà parte dalle richieste di intervento, formalizzate in moduli predefiniti, che giungono ai Servizi Sociali.

Come si vedrà meglio nel prosieguo di questa analisi, le informazioni contenute in questi modelli rimangono tali, nel senso che non vengono riorganizzate tramite l'utilizzo di strumenti creati appositamente che possano facilitarne la lettura.

Dalle interviste ai soggetti intervistati in questo lavoro emerge:

- La similarità delle richieste da parte degli AID nel corso del tempo *“le richieste sono sempre quelle, specie di assistenza economica”*
- La crescita del divario tra percezione e condizione di povertà/difficoltà economica *“oggi tutti si sentono poveri, ti fa una richiesta anche chi ha la TV al plasma”*
- La diminuzione di casi di AID che rimangono “sotto silenzio” *“Facciamo un esempio: il caso di una persona adulta sola senza mezzi. Prima era quasi normale che se ne occupasse il vicinato. Oggi, no, lo segnalano a noi”*

1.6 La territorializzazione del welfare per gli AID

Dimensione non rilevata.

2. Servizio: l'accesso al sistema locale di servizi e interventi sociali

2.1 Il welfare di accesso

Nel Piano Sociale di Zona è evidente la volontà da parte dei Comuni dell'Ambito di creare un sistema di accoglienza della domanda che partendo da un unico punto di accesso al sistema dei servizi, sia in grado di offrire ai cittadini contemporaneamente tutte le opportunità offerte dalla rete locale dei servizi sociali e sanitari. Pertanto, come riportato nel Piano Sociale di zona *«si è convenuto che tutti i punti di accesso del sociale (segretariato sociale, servizio sociale professionale, ecc.) e tutti i punti d'accesso*

Mola di Bari: ambito ad alta concentrazione**Rapporto IRES**

sanitario (MMG, PLS, U.O., Poliambulatori, ecc.) faranno confluire le richieste (con apposita modulistica) sottese da bisogno socio-sanitario alla Porta Unica d'Accesso che consenta un percorso assistenziale unitario ed integrato».

Come è stato accennato nel capitolo precedente, la situazione allo stato attuale è la seguente: sebbene sia stata istituita la PUA tramite un protocollo d'intesa con la ASL, attualmente non vi è un luogo fisico appositamente dedicato alla PUA. La funzione primaria di quest'ultima, ossia l'accoglienza globale del cittadino, viene svolta di fatto da tutte le assistenti sociali dei Comuni, che rappresentano le "antenne sociali" del territorio e dall'URP del distretto sanitario.

Gli assistenti sociali che svolgono il loro lavoro all'interno dell'ambito territoriale di Mola di Bari per conto dei Comuni sono 11, precisamente 4 sono assunte dal Comune di Mola di Bari, 5 da quello di Noicattaro, 2 da quello di Rutigliano. Rappresentano tutte singoli punti d'accesso "formali".

A tal proposito è bene sottolineare come la situazione, in termini di organizzazione interna, vari da Comune a Comune: si va da una realtà più strutturata, come quella di Mola di Bari, ove, sebbene ad ognuno degli assistenti sociali siano "assegnati" specifici target di utenza, il livello di raccordo tra gli stessi è molto elevato e forte la logica del lavoro di squadra per la definizione e soluzione delle problematiche, ad una realtà, visibilmente più acerba, si pensi al Comune di Rutigliano, dove esistono solo 2 assistenti sociali, che si occupano "un po' di tutto".

Indipendentemente da queste differenze, che riguardano il *modus operandi* all'interno dei Servizi Sociali dei singoli Comuni, è invece evidente e abbastanza diffuso il fatto che gli operatori del settore, specie gli assistenti sociali, conoscano molto bene la realtà sociale, in termini di servizi offerti, del proprio territorio comunale, e quasi per nulla quella degli altri Comuni dell'ambito. Esclusi da questo discorso i "nuovi" servizi che si stanno istituendo a livello di Ambito, e che vedono protagonisti simultaneamente i tre Comuni.

Gli assistenti sociali, nella veste di singoli punti d'accesso, svolgono più che altro attività di "front office". Nello specifico svolgono:

- attività di informazione: vengono fornite informazioni riguardanti il panorama dei servizi sociali gestiti dagli enti pubblici e/o dal privato. Nella prassi accade il più delle volte che il cittadino si rivolga direttamente, recandosi personalmente, ai Servizi Sociali per esprimere il suo bisogno, e ottenere informazioni "in loco", piuttosto che tramite telefono oppure attraverso il web. Peraltro il sito del comune capofila non è facilmente "usabile" per il comune cittadino che cerca risposte concrete ai suoi bisogni. Vi sono diverse sezioni con i documenti relativi al piano sociale di zona, ma non è pensato per dare informazioni immediate alla cittadinanza; in più la sezione modulistica non è ancora attiva.
- attività di orientamento: viene ascoltata la domanda e interpretato il bisogno per fornire all'utente l'indicazione precisa del tipo di servizio più congruo al suo soddisfacimento.
- attività di accompagnamento: quando l'utente non può accedere autonomamente al servizio individuato, viene svolta una funzione di accompagnamento, supportando la compilazione della specifica domanda di accesso che viene formalizzata e istruita per la verifica del diritto alle prestazioni.

Molto ridotte invece le attività di "back office": dal monitoraggio della domanda alla mappatura dell'offerta dei servizi pubblici e del privato sociale. Per quanto riguarda il monitoraggio vengono utilizzati sistemi molto informali e poco standardizzati: in sostanza si ha contezza della domanda soltanto dai moduli di richiesta compilati dai cittadini relativi a specifici interventi.

D'altra parte non viene realizzata un'attività sistematica di mappatura dell'esistente dei servizi del territorio. Allo stato attuale non esiste né una guida ai servizi, né una carta dei servizi del territorio. Sono in corso una serie di attività volte alla realizzazione di tale mappatura, non sono sperimentazioni proprie avviate all'interno dei Comuni dell'Ambito, ma si stanno realizzando attraverso soggetti esterni su specifici bandi regionali. Dunque, non sono iniziative partite all'interno dei Comuni stessi.

Come accennato, per i servizi prettamente sanitari un punto d'accesso importante è rappresentato dall'URP del distretto. In particolare all'interno dell'URP è presente un'assistente sociale della AUSL che svolge attività di informazione, orientamento e accompagnamento dell'utenza.

Le richieste sottese da bisogno socio-sanitario complesso pervenute dai vari punti d'accesso convergono alla referente per l'integrazione socio-sanitaria (PUA), impersonata da uno degli assistenti sociali del comune capofila.

L'assistente sociale referente della PUA si relaziona con l'assistente sociale della AUSL di cui sopra, costituendo parte dell'Unità valutativa Multidimensionale (U.V.M.). I Comuni e le ASL adottano un regolamento interno per il funzionamento della U.V.M.

La valutazione multidimensionale del bisogno rappresenta la fase iniziale e prioritaria per la definizione di un progetto socio-sanitario personalizzato, con la relativa presa in carico del cittadino. Essa è effettuata da un'equipe multi professionale che ha il compito di leggere il bisogno socio-sanitario complesso. L'U.V.M. svolge i seguenti compiti:

- effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza del paziente e dei bisogni assistenziali dei pazienti e dei loro nuclei familiari
- verifica la presenza delle condizioni di ammissibilità ad un certo percorso di cura e assistenza;
- elabora il progetto socio-sanitario personalizzato, che deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto;
- verifica e aggiorna l'andamento del progetto personalizzato;
- procede alla dimissione concordata.

Il Progetto socio-sanitario personalizzato è redatto dall'U.V.M. e definisce:

- gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere, sia riguardo al paziente che ai suoi familiari, i quali possono talvolta costituire un target prioritario dell'intervento;
- il regime prestazionale e il suo livello di intensità e durata;
- le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate;
- la quantità, le modalità, la frequenza e la durata (n. di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc.) di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati;
- la disponibilità e le quantità di presidi e materiali vari;
- l'individuazione (competenze e funzioni) delle figure di riferimento: ad esempio un Referente Familiare ed un Responsabile della Presa in Carico;
- la durata complessiva del progetto;

➤ gli strumenti (riunioni di verifica/coordinamento/ecc., schede/registri/diario clinico/ecc., indicatori di processo e di risultato, report, ecc.), le scadenze e metodi della verifica del progetto personalizzato, in itinere ed ex-post.

Allo stato attuale concretamente l'UVM si sta occupando di valutazione dei casi relativi alle RSA, ma si sta iniziando a riflettere sulla valutazione dei bisogni sociosanitari legati all'ADI e altri servizi.

Ad avviso degli operatori che sono stati interpellati per questa analisi il sistema di accesso non ha registrato sostanziali evoluzioni nel tempo. Nonostante nel Piano Sociale di Zona sia palese una forte volontà ad abbracciare una sempre crescente integrazione socio-sanitaria, a livello concreto sono pienamente consapevoli della complessità e delle difficoltà insite in questo percorso «l'integrazione socio-sanitaria è difficile, manca l'educazione a lavorare insieme, nessuno ce l'ha insegnato, al nord è diverso, da 20 anni vivono con la logica del socio-sanitario, implementare questa nuova mentalità è difficile, è un continuo venirsi incontro, e questo lo devi imparare».

Malgrado queste difficoltà, si iniziano a intravedere segnali positivi: la costituzione dell'Unità valutativa Multidimensionale e l'elaborazione di progetti socio-sanitari personalizzati ne sono un esempio. Dalle interviste degli operatori emerge altresì che i problemi di integrazione nascono spesso di fronte a casi socio-sanitari border-line, ossia i casi complessi e costosi, "gravosi da gestire a livello di budget", in cui è difficile che i Comuni e la AUSL collaborino senza screzi approdando ad una soluzione efficace ed immediata per l'utenza. Ossia, esiste una tendenza, specie in questi casi complessi, a "scaricare" le proprie responsabilità.

2.2 I luoghi di accesso informali

Emergono alcuni elementi d'interesse:

- forte ruolo delle Caritas delle singole parrocchie, come porte informali d'accesso, non così forte quello delle organizzazioni di volontariato;
- rapporti di tipo informale tra le Caritas e i servizi sociali di ogni singolo comune: i rapporti si fermano a casi che le Caritas segnalano ai servizi sociali e viceversa. Tali rapporti sono sporadici e non sistematici;
- presso le Caritas si rivolgono spesso immigrati con problematiche legate alle difficoltà abitative e persone che fanno richiesta di viveri di prima necessità;
- importanza del centro d'ascolto interparrocchiale di Rutigliano, che si presenta come strumento operativo della Caritas. E' un centro molto attivo, si realizzano attività di ascolto, orientamento, accompagnamento. In questo centro operano 12 volontari e un "tecnico" che si occupa di raccogliere le schede identificative delle persone che vi si rivolgono.

2.3 Le porte per gli AID

Non esistono specifiche porte d'accesso indirizzate agli AID.

2.4 La codifica della domanda

Secondo l'Ufficio di Piano, il tipo di domande che giungono da parte degli adulti in difficoltà alle assistenti sociali, in qualità di punti di accesso formali, sottendono quasi sempre una richiesta di

assistenza economica. Non vi è un sistema standardizzato di codifica della domanda. Semplicemente per accedere a qualsivoglia intervento il cittadino è tenuto a compilare un determinato modulo in cui deve riportare:

- i dati anagrafici
- le tipologie di intervento per le quali intende avanzare una richiesta, scelte tra le seguenti:
 - Assistenza economica continuativa
 - Assistenza economica straordinaria
 - Assegno reddito minimo d’inserimento
 - Assistenza abitativa
 - Assistenza economica integrativa per nuclei con minori o anziani a rischio di istituzionalizzazione
 - Contributo economico per minori ed anziani ospiti di servizi residenziali
 - Interventi per l’accoglienza della vita nascente
 - Esonero T.A.R.S.U.
 - Esonero mensa scolastica
 - Esonero trasporto
 - Assistenza domiciliare
 - la certificazione reddituale
 - la certificazione di eventuali invalidità
 - le ricevute del canone di locazione
 - le ricevute dei consumi di elettricità, gas e telefono.

Esistono dunque tanti moduli compilati, quante sono le richieste da parte dei cittadini. Sono i singoli assistenti sociali del Comune che hanno “sottomano” tali moduli e dopo un’accurata analisi, caso per caso, procedono o meno con una proposta d’intervento.

I dati contenuti in questi modelli rimangono tali, nel senso che al momento non è stato costruito uno strumento ad hoc, come ad esempio un database, che possa raccogliarli in maniera organizzata, e che possa essere strutturato in modo tale da consentire la gestione dei dati stessi (l’inserimento, la ricerca, l’analisi, la cancellazione ed il loro aggiornamento). Queste considerazioni si ricollegano alla mancanza di un sistema formalizzato di monitoraggio della domanda.

2.5 La risposta dei servizi

Pervenuta la richiesta di intervento socio-assistenziale il Servizio Sociale determina lo stato di bisogno quale condizione per accedere a forme di intervento economico. I criteri per la sua valutazione sono:

- il nucleo familiare;
- la situazione sociale, considerando i vari fattori che generano o accentuano la emarginazione quali la solitudine, la vedovanza, la carcerazione, la prole numerosa, la disoccupazione, la tossicodipendenza, l'etilismo, etc.;
- il bisogno sanitario di ogni membro della famiglia, le malattie gravi acute e croniche e la eventuale ricaduta delle relative spese nella economia della famiglia;
- la situazione economica del nucleo familiare, compresi i soggetti obbligati a prestare gli alimenti come individuati dall'art.433 C.C.

Lo stato di bisogno viene determinato attribuendo un punteggio ai suddetti criteri partendo da una base di punteggio ed è individuato dal superamento di una soglia critica.

L'intervento economico a favore di soggetti singoli o famiglie senza reddito o con reddito limitato ha l'obiettivo di contrastare l'emarginazione sociale ed assicurare condizioni di vita dignitose ed il soddisfacimento dei bisogni "primari" per garantire quel minimo vitale per la sussistenza e l'autonomia. Per minimo vitale si intende la soglia di natura economica al di sotto della quale sussiste lo stato di bisogno ossia una situazione per la quale l'individuo ed il suo nucleo familiare non dispongono di risorse finanziarie per i più elementari e fondamentali bisogni del vivere quotidiano.

Tra i criteri utilizzati per la valutazione dello stato di bisogno la situazione economica del soggetto e/o del nucleo familiare ha un peso nella maggior parte dei casi decisivo. Ai fini di tale valutazione nella prassi accade che si parta con la verifica del modello ISEE, dunque della certificazione reddituale del soggetto e/o del nucleo familiare, che rappresenta solitamente il primo livello di *screening*; in una seconda fase si procede con la realizzazione di colloqui, visite domiciliari, controlli, contatti con altri operatori o servizi anche di altri Enti, prima di giungere ad una valutazione complessiva del singolo caso.

L'assistente sociale redige la relazione di valutazione con indicazione delle linee di intervento, tenuto conto delle risorse personali e familiari, e predispose un progetto di intervento con conseguente proposta di programma. Per gli interventi ad integrazione socio-sanitaria il progetto viene valutato dall'U.V.M.

Quando i Servizi Sociali non possono intervenire con una risposta tangibile alle richieste di soggetti in situazioni difficili, ci si trova di fronte al rinvio di tali casi ad altri comparti del welfare. Nella maggior parte dei casi si rinvia alle Caritas delle parrocchie e al Centro per l'impiego.

3. Misure: gli interventi del welfare locale nei confronti degli adulti in difficoltà

3.1 Le misure per gli AID

Abbiamo detto precedentemente che nel Piano Sociale di Zona non si parla esplicitamente di adulti in difficoltà. Questi ultimi infatti non rientrano nelle aree di intervento classiche, non rappresentano un vero e proprio *target* specifico di popolazione, ma li "ritroviamo" soprattutto nelle aree di Contrasto alla povertà e Responsabilità Familiari.

Dunque, anche a livello di programmazione degli interventi non esistono misure direttamente rivolte a loro, ma che a loro di fatto si riferiscono, sebbene in maniera implicita. Tali misure sono volte ad affrontare problematiche di diverso genere che riguardano situazioni che vanno dal disagio economico, spesso legato a dinamiche occupazionali, al disagio sociale, relazionale e familiare.

3.2 Contrasto alla povertà

Quelle relative al contrasto della povertà sono più che altro misure riguardanti forme di intervento economico, finalizzate a sostenere la famiglia o il soggetto singolo che per diverse motivazioni è in stato di disagio. Le misure di intervento economico sono:

- assistenza economica diretta continuativa
- assistenza economica diretta straordinaria
- assistenza economica integrativa
- assistenza economica indiretta o sostitutiva
- contributi per l'affitto

Assistenza economica diretta continuativa

Si realizza con un intervento protratto – generalmente per un arco temporale breve o medio- breve, al massimo di 12 mesi – rinnovabile in casi eccezionali previa verifica delle condizioni dell'istante. Sono previste le seguenti forme alternative di assistenza economica continuativa:

1. L'attribuzione di un **assegno mensile**, quale contributo economico a favore di soggetti singoli o di famiglie, coinvolti in processi di disgregazione, malattia o morte di un congiunto, disoccupazione e sottoccupazione, preordinato a soddisfare i bisogni primari. Tale assistenza è prevista per il tempo strettamente necessario per la riorganizzazione del nucleo familiare (può essere erogato per un periodo massimo di 12 mesi) per un importo mensile graduato, volto a raggiungere la soglia del minimo vitale sino ad un importo massimo di euro 250.

2. I **titoli d'acquisto** (buoni viveri, buono fitto, ecc.) vengono concessi, di preferenza, come alternativi alla prestazione monetaria quando i beneficiari non sono in grado di gestire correttamente le proprie risorse o si trovano in situazioni di precarietà sociale.

Assistenza economica straordinaria “una tantum”

Si realizza con un intervento di sostegno di carattere eccezionale, finalizzato a fronteggiare, in via temporanea e per circostanze di particolare emergenza, situazioni di accertato disagio economico e di bisogno, da parte del soggetto o del nucleo interessato, che non dispone al momento di adeguate risorse finanziarie.

Tale forma di intervento è finalizzata al soddisfacimento di bisogni primari di sostentamento della persona ivi compresi quelli relativi alla salute o per situazioni debitorie dovute a imprevisti o a spese eccezionali e appositamente documentate. Essa viene erogata *una tantum*, per un massimo di due volte l'anno, fino ad un tetto massimo di euro 2.000 annui.

Assistenza economica integrativa

Si realizza con un intervento di integrazione del reddito di quelle persone e/o famiglie, non legate da un vincolo di parentela fino al 2° grado, che garantiscono l'accoglienza e la cura di persone in difficoltà o prive di assistenza, anche in condizioni di non autosufficienza, assicurandone il mantenimento per un importo massimo di euro 250 mensili.

Assistenza economica indiretta

L'assistenza economica indiretta si realizza con un intervento avente natura non erogativa, in cui rientrano gli esoneri. Il servizio sociale può accordare, in via straordinaria e a seguito della valutazione dello stato di bisogno economico, anche temporaneo, della persona, un esonero totale o parziale dal pagamento delle spese dei servizi di: mensa, trasporti e altri servizi comunali.

Infine i contributi per l'affitto, che si sostanziano nell'integrazione economica del canone di locazione; i beneficiari sono soggetti che versino in condizioni di disagio economico e sociale e che ne facciano richiesta.

Le forme di assistenza economica di cui sopra sono misure di tipo "ordinario", finanziate con risorse provenienti dai bilanci dei singoli comuni, mentre i contributi per l'affitto provengono da risorse regionali finalizzate. Interessare notare che il servizio di erogazione di contributi per l'affitto, assorbe da solo, a livello regionale il più della metà delle risorse complessivamente utilizzate per il contrasto alla povertà.

Come si può facilmente notare dalle misure descritte relative all'area "contrasto alla povertà", non sono presenti interventi che non siano "meramente" economici. Non esistono nel territorio dell'Ambito per esempio "alloggi sociali" e/o "centri di pronta accoglienza" per adulti in difficoltà. Questa osservazione porta a sottolineare il fatto che siamo di fronte ad una logica d'intervento che, basandosi sulle prestazioni economiche e non sui servizi alla persona, lascia pensare che si è preferito investire in strumenti di tipo economico "riparativo", piuttosto che in misure "preventive" di inclusione sociale.

Se da un lato, dunque, queste forme di intervento economico rappresentano, come si dice in un'intervista in questo lavoro "*soltanto una goccia di aiuto*", dall'altro spesso i soli trasferimenti monetari non risolvono il bisogno ma lo cronicizzano, favorendo una logica di dipendenza assistenziale. Infine da notare che se la tendenza ad erogare contributi di tipo economico caratterizza il territorio dell'Ambito in generale, nel Comune di Noicattaro sono presenti alcuni servizi non erogati negli altri due comuni, tra cui:

- l'intermediazione abitativa: servizi di consulenza per facilitare l'incontro tra domanda e offerta a vantaggio di nuclei familiari in condizioni di disagio economico ed abitativo. Sono esclusi i contributi all'affitto;
- la distribuzione dei pasti a domicilio: il servizio ha come finalità quella di supportare le persone che hanno difficoltà, in particolari periodi dell'anno o in particolari situazioni personali, nel provvedere in modo autonomo alla preparazione dei propri pasti. Il servizio funziona per il pranzo e la cena, tutti i giorni della settimana. Ha inoltre lo scopo di garantire alla persona in stato bisogno la permanenza nel suo ambiente familiare e sociale, o il ripristino ed il mantenimento delle sue capacità funzionali e della sua vita di relazione.

3.3 Responsabilità familiari

Gli interventi di natura economica a sostegno di situazioni di disagio sono molto utilizzati anche per l'area delle responsabilità familiari. Tali interventi consistono nell'erogazione da parte dei comuni dell'Ambito di contributi economici, sia in forma diretta, sia in forma indiretta.

I contributi economici in forma diretta sono tesi all'integrazione del reddito complessivo della famiglia, per situazioni di particolare disagio socio-economico, per il sostegno all'istituto familiare e alla scelta genitoriale. Tali contributi possono essere erogati sia nell'ambito di un servizio ordinario,

ad integrazione del reddito delle famiglie per garantire il minimo vitale, sia straordinario, per far fronte a improvvise ed impellenti esigenze economiche che investono la famiglia, per evitare il pericolo del cronicizzarsi di situazioni di disagio. In particolare sono previsti pertanto contributi straordinari per:

- acquisto di generi di prima necessità (alimentari e non) finalizzati al sostentamento di neonati e di bambini figli di ragazze madri o a carico di genitore vedovo o separato, che versino in condizioni di grave disagio familiare ed economico;
- acquisto di materiale didattico o di supporto, nonché di gioco per i minori con problemi di handicap e per i minori figli di genitori separati con gravi problematiche di emarginazione sociale (tale sussidio deve necessariamente essere integrato con i fondi provenienti dalla Regione per il diritto allo studio);
- rimborso spese per cura di malattie tumorali o croniche invalidanti (chemioterapia, radioterapia, chirurgia) per minori con gravi problematiche di salute.

I contributi economici in forma indiretta si sostanziano nell'assegnazione di buoni o assegni (carnet), validi per l'acquisto diretto ed autonomo di servizi, prestazioni e/o prodotti, presso strutture accreditate, nell'ambito di un intervento complessivo di sostegno alla genitorialità e alle responsabilità familiari. Il servizio ha per obiettivo quello di favorire la capacità all'autogestione e all'autonomia, contribuendo alla definizione degli standards qualitativi dei fornitori.

Tra le diverse tipologie di contributi copre un ruolo importante il contributo per l'acquisto della prima casa: l'erogazione del contributo intende agevolare l'acquisto della prima casa di residenza a favore di famiglie di nuova costituzione e di famiglie numerose residenti nell'Ambito. In particolare al fine della formazione della graduatoria comunale per l'erogazione del contributo economici in oggetto, vengono considerati i seguenti criteri di priorità:

Per le famiglie di nuova costituzione:

- Giovani coppie con uno solo dei due coniugi occupato alla data del matrimonio;
- Stato del bisogno determinato dalla situazione economica della famiglia;
- Presenza di figli.

Per le famiglie numerose (numero di componenti pari o superiore a cinque):

- Coppie con figli minori, con minori disabili ovvero che abbiano affrontato nell'ultimo quinquennio parti gemellari;
- Numero di componenti del nucleo familiare;
- Stato del bisogno determinato dalla situazione economica della famiglia.

Il contributo è erogato a fondo perduto per l'acquisto della prima casa e il suo ammontare è pari a 25.000 euro per ogni famiglia; viene concesso a valere sulle risorse assegnate dalla Regione Puglia al Comune di Mola di Bari, capofila dell'Ambito.

Se da una parte, gli interventi di natura economica a sostegno di situazioni di disagio familiare sono spesso adoperati anche nell'area delle Responsabilità familiari, dall'altra, a livello di Ambito si stanno facendo notevoli sforzi per attivare servizi che non si concretizzano solo in trasferimenti monetari, ma in azioni "reali" di contrasto al disagio. Tali sforzi sono orientati a far decollare una serie di servizi previsti dal Piano di Zona, peraltro non ancora attivi, ma secondo l'opinione degli intervistati "pronti al via", tra cui:

- a) uno sportello d'ascolto per la famiglia

- b) interventi di sostegno alla genitorialità – home maker
- c) un centro antiviolenza per donne e minori

3.3 Inserimento Lavorativo

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali della Puglia riporta che:

«Il contrasto alle forme di povertà costituisce uno degli obiettivi strategici del Piano. In Puglia si registrano congiuntamente vecchie e nuove forme di povertà. La permanenza della situazione presenta un forte ostacolo allo sviluppo della cittadinanza e della partecipazione attiva.[...] Gli interventi di contrasto alla povertà devono riguardare innanzi tutto le politiche attive per il lavoro e quelle per lo sviluppo locale».

In quest'ottica si inserisce l'istituto del Reddito Minimo di Inserimento (R.M.I.), adottato in forma sperimentale nell'Ambito territoriale di Mola di Bari. Questa misura, prevista dal bilancio comunale, è diretta ai cittadini impossibilitati a mantenere se stessi e/o il proprio nucleo familiare per cause psichiche, fisiche e socio-economiche, proponendosi di:

- garantire entrate economiche provenienti da un programma di integrazione sociale e non da interventi assistenzialistici erogatori di interventi economici;
- garantire momenti di socializzazione e di acquisizione di abilità lavorative;
- creare un ambiente di apprendimento e di lavoro positivo finalizzato al recupero e al rafforzamento dell'autostima stimolando anche le attitudini individuali non ancora espresse;
- garantire protezione economica della famiglia con disagio attraverso azioni positive di inserimento sociale e lavorativo dei suoi componenti;
- favorire l'inclusione sociale.

Ha durata limitata (1 anno) ed è costituito da interventi volti a perseguire l'integrazione sociale e l'autonomia economica attraverso programmi finalizzati di formazione e di inserimento lavorativo nelle seguenti aree: area assistenza alla persona (minori, disabili ed anziani), area custodia e vigilanza di strutture pubbliche. I soggetti ammessi ai programmi R.M.I. beneficiano di trasferimenti monetari pari a sei euro orari, per un monte ore mensile non superiore alle 70 ore.

Il punto di forza di questa misura sta nella volontà di trasmettere un forte senso di responsabilità al lavoro al soggetto che ne beneficia. D'altro canto, se il R.M.I viene rinnovato per due o tre anni, come a volte è accaduto nel territorio dell'Ambito, rischia di perdere le sue peculiarità di misura di integrazione sociale, con l'eventualità di "degenerare" in una forma assistenzialistica: *«quando viene rinnovato diviene scontato riceverlo. Alcune persone che usufruiscono del R.M. I. si sentono addirittura dipendenti comunali».*

Oltre al R.M.I a livello di ambito sono stati istituiti una serie di altri progetti riguardanti il tema dell'inserimento lavorativo. Essi sono rivolti a diverse categorie di soggetti adulti in condizioni di disagio tra cui le persone soggette a dipendenza, gli ex-detenuti e i soggetti portatori di disagio psichico.

1. Territorio: Distretto di Troia.

Modalità di riconoscimento del bisogno sociale generale e specifico degli AiD

1.1. Morfologia territoriale

L'ambito socio sanitario con Comune capofila Troia, coincide – così come previsto a livello regionale per tutti gli ambiti pugliesi – con Il Distretto sanitario n. 4 ASL FG/3. Esso si presenta come uno dei più frammentati della Puglia: conta 16 Comuni, facenti parte della Comunità Montana Daunia Meridionale. Tutti i Comuni, ad eccezione di Candela sono da classificarsi come interamente montani e si posizionano nel Sub-Appennino Dauno, caratterizzati da una forte scarsità di collegamenti tra i Comuni stessi e Il capoluogo di provincia., elemento questo che influenza notevolmente la storia socio-economica di questi comuni e parimenti Il processo di riforma dei servizi sociali sul dettato della L.328/00.

Come si evince, quindi, si tratta di un ambito composto da piccoli e piccolissimi Comuni, sparsi su una superficie totale di 1.270,37 Km² con una popolazione totale di 42.666 abitanti (dati Istat 2007), e ognuno al disotto degli 8.000 abitanti. Il Comune più popolato è quello di Troia, Comune capofila nel quale risiede più di un sesto dell'Ambito con una popolazione pari a 7.310 abitanti (Tab.1). Alcuni dei paesi dell'Ambito, in particolare Faeto, Panni e Celle, sono oggi ridotti a poche centinaia di abitanti: Celle S. Vito ha poco più di 200 abitanti. Tale situazione di depauperamento demografico è anche il risultato di un fortissimo fenomeno migratorio (risalente in particolare al ventennio 1950-1970) che ha definito il volto odierno dei Paesi, scarsamente popolati e con la prevalenza della popolazione anziana. Tutt'oggi l'andamento demografico presenta valori negativi (il saldo migratorio al 1 gennaio 2006, per l'Istat, era pari a -151 unità), con un aumento relativo della popolazione anziana.

La popolazione dell'Ambito risulta composta da 42.666 individui, di cui il 51,6% sono donne e il 48,5% uomini. La popolazione adulta (dai 31 ai 65 anni) dell'ambito rappresenta il 43,2% della popolazione costituendo una notevole potenziale domanda sociale. Il 18,1% della popolazione sono minori e il 22,5% sono anziani. Un altro 40,6% della popolazione si colloca al di fuori dell'età tradizionalmente definibile come lavorativa, cioè fino ai 17 anni e oltre i 65, anche se naturalmente queste due fasce comprendono di fatto persone già o ancora attive sul mercato del lavoro, in forme più o meno regolari, rivelando per l'ambito un elevato carico sociale.

Tab 1. *Distribuzione della popolazione per classi di età al 1 gennaio 2006*

Comuni	0 - 17	18 - 30	31 - 45	46 - 65	oltre 65	Totale
Accadia	420	450	511	613	611	2.605
Anzano	416	335	458	433	415	2.057
Ascoli Satriano	1.236	1.114	1.353	1.442	1.164	6.309
Bovino	557	558	742	923	1.008	3.788
Candela	596	402	656	550	535	2.739
Castelluccio dei Sauri	417	324	470	423	335	1.969
Castelluccio V.M.	266	209	296	292	353	1.416
Celle San Vito	25	30	46	50	72	223
Deliceto	730	658	859	880	901	4.028
Faeto	117	109	150	133	180	689
Montelone di Puglia	228	179	236	270	329	1.242
Orsara di Puglia	500	484	627	677	843	3.131

Panni	136	112	156	201	296	901
Rocchetta S. Antonio	357	290	439	424	522	2.032
S. Agata di Puglia	320	349	420	512	626	2.227
Troia	1.410	1.301	1.582	1.610	1.407	7.310
Totale	7.731	6.904	9.001	9.433	9.597	42.666

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

L'ambito presenta, infatti, un indice di dipendenza (pari a 62,2) di molto superiore sia a quello della provincia di Foggia (51,75) e ancor più della regione Puglia (49,27). Il Comune capofila, si allinea maggiormente verso i valori provinciali presentando un indice di dipendenza di 55,83. Nel complesso l'Ambito si caratterizza come un territorio estremamente "vecchio", e difatti il suo indice di vecchiaia (159,65) è decisamente maggiore rispetto a quello provinciale (103,11) e regionale (109,69). La situazione del Comune capofila, anche in questo caso si presenta migliore di quella generale del distretto, avendo Troia un indice di vecchiaia pari al 129,54.

Alcuni elementi interessanti di riflessione provengono dalla analisi dei nuclei familiari, i cui dati però risalgono al 2003 (dati estrapolati dal Piano di Zona, fonte Uffici anagrafe comunali). Le famiglie al 31.12.2003 erano 17.126, con un numero medio di componenti di 2,53; esse si presentavano sia ad ampiezza estesa, con 1.458 nuclei (su un totale di 17.126 famiglie) con più di cinque componenti; e contemporaneamente con nuclei monoparentali fortemente raccolti su una popolazione anziana: per la fascia degli ultra-sessantacinquenni erano, a livello di ambito, 2.583.

Per la fascia di età degli adulti (età 30-64 anni) risultavano essere 1.286¹. Si tratta di tipologie familiari riconosciute come particolarmente a rischio di povertà ed esclusione sociale, così come ribadito dalle più recenti ricerche sociali e indagini sulla povertà.

Tab. 2 *Nuclei familiari monopersonali per classi di età del componente – dati al 1 gennaio 2003*

Comuni	18-29	30-59	60-64	65-69	70-74	75 e oltre
Accadia	-	-	-	-	-	-
Anzano	4	39	10	26	29	96
Ascoli satriano	40	145	45	52	74	285
Bovino	21	89	29	52	65	234
Candela	22	81	19	28	43	139
Castelluccio dei Sauri	17	68	13	19	21	67
Castelluccio V.M.	-	-	-	-	-	-
Celle San Vito	4	12	3	8	7	17
Deliceto	37	136	41	46	56	213
Faeto	4	49	5	9	10	73
Montelone di Puglia	17	51	25	18	22	91
Orsara di Puglia	-	-	-	-	-	-
Panni	0	10	70	90	30	10
Rocchetta S. Antonio	-	-	-	-	-	-
S. Agata di Puglia	47	133	20	31	42	182
Troia	30	151	42	61	90	247

Fonte: Uffici Anagrafe Comunali

¹ Dati delle schede allegate al Piano di Zona di Ambito. Mancano i dati per i Comuni di Accadia, Castelluccio Val Rocchetta S. Antonio Maggiore, Orsara di Puglia.

1.2 Architettura Istituzionale

In Puglia il processo di riforma del sistema integrato dei servizi sociali alla persona è storia molto recente. La meta verso la quale si sta lavorando è quella di una programmazione e gestione associata a livello di ambito, dei servizi sociali, ed integrata con la ASL. Il passaggio dalla gestione comunale dei servizi sociali a quella associata ed integrata con la ASL non è certo indolore e soprattutto ha bisogno di tempi di metabolizzazione molto lunghi. In Puglia, così come nel caso dell'Ambito di Troia siamo in una prima fase di costruzione del sistema formale della gestione integrata dei servizi sociali che andranno un poco alla volta riempiti di contenuti ed azioni reali.

Il primo passo: la gestione associata tra Comuni per l'esercizio delle funzioni sociali

L'esercizio associato delle funzioni sociali negli ambiti territoriali è disciplinato per gli ambiti socio-sanitari pugliesi dalla la L.R. 17/2003 negli artt. 4,5 e 6. I Comuni del distretto socio-sanitario n. 4 dell'ASL FG/3, però non hanno potuto decidere la forma di gestione da adottare, trattandosi tutti di Comuni con popolazione residente inferiore a 10.000 abitanti, tipologia di ambito per i quali la gestione associata è obbligatoria ed altresì sostenuta da incentivi regionali (TU Enti locali, d.lgs. n. 267/2000).

L'Associazione di Comuni è stata formalizzata da una Convenzione, in cui si evince il ruolo del Comune capofila – Troia, cui è riservata la titolarità delle funzioni amministrative riguardanti gli interventi sociali da realizzare sul territorio di competenza. Nella stessa convenzione si regola l'erogazione di prestazioni omogenee su tutto il territorio del distretto. La convenzione disciplina inoltre, modalità e procedure per la partecipazione di ciascun Ente alla programmazione, gestione e controllo delle attività, e il loro coordinamento con quelle gestite dalla ASL FG/3.

L'assetto politico: il Coordinamento istituzionale

Il livello di *governance* della programmazione e gestione del sistema integrato di servizi sociali, è garantito da un Coordinamento istituzionale, costituito con Protocollo d'Intesa sottoscritto fra tutti i Comuni in data 2 Agosto 2004. Il Coordinamento è l'organo di rappresentanza politica del Distretto e si compone: dei Sindaci o loro delegati dei 16 Comuni dell'Ambito territoriale; con una partecipazione limitata alle proprie competenze, del direttore sanitario del distretto n° 4 AUSL FG/3; del responsabile dell'Ufficio di Piano.

Il Gruppo Tecnico di Piano

Per la predisposizione del Piano Sociale di Zona è stato costituito, un *Gruppo Tecnico di Piano*, propedeutico all'attività dell'Ufficio di Piano da costituire all'approvazione del Piano di Zona. Il Gruppo Tecnico era costituito da un componente nominato dal sindaco di ciascun Comune e una consulente esterna qualificata, nominata con l'unanimità del C.I.; le temporanee funzioni di direzione e coordinamento erano affidate alla responsabile del settore servizi sociali del Comune di Accadia. La funzione principale di tale organo è stata quella di coordinare la predisposizione del Piano di Zona in tutti suoi aspetti, redigerlo e gestirlo.

L'assetto tecnico-gestionale: l'Ufficio di Piano

Inizialmente l'Ufficio di Piano (U.d.P.) è stato pensato come un organo tecnico-gestionale della programmazione e quale braccio esecutivo del Coordinamento istituzionale col quale opera in stretto raccordo. La sua costituzione nell'ambito ha avuto, però, alcuni cambiamenti strutturali e organizzativi nel corso nei primi anni della sua costituzione. In origine l'Ufficio era previsto nel seguente modo, per assicurare la rappresentanza e la partecipazione di tutti i Comuni dell'ambito:

- a) n. 1 Direttore (Responsabile del Settore Servizi Sociali del Comune di Accadia);

- b) n. 1 componente per ogni Comune o associazione di Comuni;
- c) n. 1 Consulente esterno quale esperto qualificato;
- d) n. 2 dirigenti dell'A.S.L. FG/3 esperti in materia di politiche sociali, designati dal Direttore Generale, al fine di favorire l'integrazione sociosanitaria.
- e) n. 2 responsabili tecnici-finanziari con specifiche competenze ed esperienza in materia di progettazione, amministrazione e gestione dei servizi sociali;
- f) n. 1 operatore amministrativo.

Inoltre erano previste delle *commissioni tecniche di area* ad integrazione del gruppo permanente. Infine, il coordinamento tecnico si poteva avvalere per la concreta realizzazione delle azioni previste (in particolare delle gestioni associate) di una struttura amministrativa propria, l'Ufficio Gestione del Piano, composto in sede di prima applicazione da un responsabile tecnico-amministrativo ed un operatore.

Commissioni tecniche di area

In questa prima organizzazione dell'U.d.P. sono state previste le commissioni, intese come strumento organizzativo specialistico modulare a composizione mista (che può avvalersi anche di consulenze e di rappresentanti del terzo settore) con il mandato di provvedere alla definizione e progettazione operativa degli interventi da attuare a livello di ambito o, in ordine di priorità, su specifiche aree di intervento quali:

- ◆ *Area politiche sulle responsabilità familiari, gli interventi sugli adulti e le politiche sui minori;*
- ◆ *Area politiche per l'autonomia delle persone anziane;*
- ◆ *Area politiche sociali sulle disabilità, sulle dipendenze e la salute mentale;*
- ◆ *Area politiche di contrasto alla devianza, contro l'abuso e il maltrattamento e azioni contro l'esclusione sociale e povertà.*

La nuova organizzazione dell'Ufficio di Piano

L'esperienza fatta con il *Gruppo Tecnico* nella fase di programmazione del primo Piano di Zona, la complessità dell'Ufficio così ideato, e la relativa conflittualità subito manifestatasi, hanno reso molto difficile la costituzione dell'U.d.P. e le sue attività al punto che di fatto esso è stato subito commissariato, fino all'anno scorso (2006) in cui si è costituito un nuovo U.d.P. con una composizione molto più snella e centralizzata. Tale organo ha avuto il compito di redigere la seconda parte del P.d.Z, ossia la progettazione dei servizi, e la sua implementazione, per passare poi alla sua costituzione ordinaria (ancora da realizzare) per la fase di gestione e nuova programmazione.

Nella nuova convenzione, l'UdP è inteso come struttura di coordinamento intercomunale a natura tecnico-amministrativa. La sua composizione doveva rispondere al requisito di assicurare la funzionalità operativa e la composizione multiprofessionale. La composizione prevista è di un minimo di 5 ad un massimo di 9 persone con specifiche competenze nel campo della programmazione e gestione dei servizi sociali, nominate dal Comune capofila previo indirizzo del Coordinamento istituzionale. Nell'ufficio di piano devono essere presenti inderogabilmente le sottoelencate figure professionali

1. uno o più esperti di progettazione e gestione sociale;
2. uno o più esperti di contabilità degli Enti locali;
3. uno o più esperti in materie legali;

Ad oggi, tuttavia, l'U.d.P. risulta, così come descritto dal responsabile dell'Ufficio di Piano, essere composto da due consulenti esterni:

- a) un responsabile delle attività dell'U.d.P.;
- b) un assistente sociale con compiti di progettazione e gestione degli interventi;

e tre interni:

- c) il segretario comunale del Comune capofila con compiti di rendicontazione e gestione finanziaria;
- d) un operatore amministrativo del Comune Capofila;
- e) una segreteria.

Inoltre, a partire dall'esperienza negativa della rappresentanza completa dei territori, si è passati ad una centralizzazione delle funzioni dell'U.d.P. nel solo Comune capofila, tramite, appunto, il lavoro di consulenti esperti esterni.

Il coinvolgimento del Terzo Settore

Con la stesura del Piano di Zona, si è avviato il processo di concertazione per la programmazione dei servizi con il terzo settore, prodromo di un più completo processo di *partnership* e di co-progettazione tra pubblico e privato sociale che nei fatti è, in parte, già in essere ma che deve essere meglio strutturato all'interno dell'ambito sovra-comunale.

Ad oggi il coinvolgimento del terzo settore si è avuto nelle fasi di:

- progettazione e pianificazione delle politiche sociali, tramite consultazione del Tavolo del terzo settore;
- progettazione e pianificazione di aree di intervento prioritarie, compartecipata tra settore pubblico e terzo settore, sostanziata nella costituzione delle Commissioni Tematiche;
- progettazione degli interventi, compito di chi li gestisce.

1.3 Forme organizzative e gestionali

Il processo di gestione associata ed integrata dei servizi sociali a livello di ambito è in realtà ancora in fase di avvio. Come precedentemente detto, l'ambito ha dovuto adottare obbligatoriamente la forma associata tra Comuni per la gestione dei servizi sociali. Di fatto, molti dei servizi programmati saranno per questo primo triennio di programmazione gestiti a livello comunale.

In generale, per ogni area prioritaria vi sarà la sperimentazione della gestione associata di almeno un servizio. Fanno eccezione le aree prioritarie di intervento *Contrasto alla povertà* e *Responsabilità familiari*, per le quali le misure (per la quasi totalità si tratta di contributi e in qualche caso di borse lavoro) sono gestite interamente a livello comunale. La forma associata è però una realtà per quanto riguarda la gestione amministrativa dei servizi (esempio per i bandi di gara) che è stata centralizzata al Comune capofila. Alla fine del 2007 si è in attesa dei primi finanziamenti e quindi di far partire i primi bandi di gara.

Per quanto riguarda i rapporti con la ASL, l'ambito gode di una avviata gestione integrata del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI), in particolare per gli anziani e anche in parte per i disabili, per la quale è presente una Unità di Valutazione Geriatrica integrata tra ASL e servizi sociali comunali.

A livello di implementazione dell'intero sistema, invece si sta cominciando a lavorare per istituire l'Unità di Valutazione Multidimensionale del bisogno dell'utente, e della creazione di una "cartella sociale unificata". A livello di progettazione si sta pensando alla gestione informatizzata delle cartelle a cui possano far riferimento, in via telematica, sia gli operatori ASL che gli operatori sociali dei servizi comunali. Per quanto riguarda l'implementazione della Porta Unica di Accesso (PUA) così come prevista dal Piano sociale regionale, per i bisogni sia sociali che sanitari, si è ancora in fase di progettazione della misura e di definizione degli accordi di collaborazione tra ASL e Ambito.

I rapporti con i Centri per l'Impiego, il cui territorio di intervento tra l'altro non coincide con quello del distretto socio-sanitario, sono ad oggi quasi nulli.

1.4 Identikit dell'AID emerso dai dati ufficiali

Secondo quanto si attinge dal primo documento di programmazione zonale, «il complesso dei servizi sociali presenti nell'Ambito di Troia comprende una gamma di ampi servizi: per minori, giovani, adulti in difficoltà, immigrati, famiglie con problemi di disagio, anziani, disabili»². Il disagio adulto quindi viene compreso come *target* dell'utenza territoriale, pur non procedendo ad una costruzione precisa e definita del suo profilo.

I dati forniti dall'Osservatorio delle Politiche Sociali della Provincia di Foggia alla fine del 2005 (tab.3) riportano che i nuclei familiari appartenenti all'Ambito scendono a 16.849 rispetto al dato demografico riportato nel Piano Sociale di Zona, lasciando invariata la numerosità media dei componenti del nucleo (2.53) che si approssima maggiormente al dato nazionale rispetto a quello provinciale e regionale.

Spopolamento del territorio accanto a saldi demografici negativi sembrerebbero acuire il peso dell'invecchiamento crescente sulla popolazione. I dati demografici a disposizione dalla stessa fonte sul territorio riportano alla fine del 2005 una popolazione attiva pari al 61,7% dei residenti dell'Ambito, con punte maggiori registrate su Troia ed Ascoli S. La fascia d'età (45-64) su cui pone maggiormente attenzione la ricerca sul disagio adulto, corrisponde invece a 9.565 abitanti. Di questi il 50,5% sono donne.

Il censimento del 2001 rilevava complessivamente per l'intera area territoriale 21.312 persone inoccupate fornendo dunque una stima sulla disoccupazione intorno al 20,9%, di poco inferiore al 21,5% provinciale. Le statistiche sul mercato del lavoro indicano altresì un tasso di occupazione che al 2001 si è collocato mediamente per l'intero distretto al 33,4%, in una collocazione vicina ai valori provinciali. Dal punto di vista socio-economico l'Ambito presenta le contraddizioni di un'area combattuta tra la tradizionale dedizione alle attività legate all'agricoltura e all'industria e le spinte alla terziarizzazione provenienti per lo più dal settore amministrativo.

1.5 Identikit dell'AiD emerso dalle interviste agli operatori

La raccolta di informazioni per rilevare empiricamente profili tipici ed atipici, criticità esplorate, percepite ed approfondite intorno al disagio adulto, si è avvalsa di interviste non direttive e strumenti simulativi per delineare i contorni del disagio degli AiD nonché le prassi utilizzate per le letture e le risposte possibili da parte da parte dei servizi.

² Piano Sociale di Zona Ambito Territoriale di Troia 2005-2007 (Prima Parte), Capitolo 1, p. 11.

Nel tracciare un profilo di chi è portatore di un disagio, si evince che l'ambito territoriale di Troia presenta molte prerogative che lo associano a molte aree meridionali, *in primis* le problematiche e tutti gli effetti derivanti dalla mancanza di una autonomia reddituale.

Ad esserne più direttamente colpite sono le fasce dei giovani adulti, quelle che includono le persone in uscita da qualificati percorsi di studio (diploma scuola media superiore, laurea, specializzazioni) e per le quali il territorio non è capace di fornire adeguate ed immediate risposte professionali. Immediatamente dopo il conseguimento del diploma e fino anche alla soglia dei 40 anni la difficoltà del giovane ad organizzare percorsi e prospettive personali ed autonomi con reddito proprio, costringono al prolungamento della convivenza nei propri nuclei d'origine, ritrovando nelle pensioni di genitori o nonni conviventi un supporto concreto e meno precario. È il bisogno occupazionale, il lavoro, come già emerso dai dati ufficiali, la difficoltà più reale e forte che sostanzia il disagio adulto anche nell'Ambito di Troia.

Un bisogno che gli operatori del servizio sociale professionale devono conoscere e leggere nella sua componente economica ma anche sociale per poter avviare la costruzione di risposte. La mancanza di sbocchi professionali adeguati pesa maggiormente sulle fasce giovanili della popolazione adulta con livelli di istruzione alti, ovvero su chi è portatore di competenze professionali specifiche per le quali le aspettative lavorative sono spesso disattese dalla comunità locale da giustificare l'abbandono dei propri luoghi d'origine.

Uno dei disagi adulti più diffusi e comuni all'interno del tessuto sociale del Sub-Appennino Dauno Meridionale corrisponde all'emergere di un malessere giovanile troppo spesso esternalizzato in varie tipologie di dipendenza. L'uso di alcool fra i giovani adulti è la realtà più evidente rinforzata anche dalla sua componente culturale: tradizioni e consuetudini contadine al consumo in queste aree resistono e si trasmettono invariabilmente anche sulle nuove generazioni.

Ad esso si associa il consumo di stupefacenti, presente in diversa misura su tutto l'Ambito, con punte di elevata concentrazione fra i giovani dei comuni più grandi dell'Ambito (Troia ed Ascoli S.). In questo caso il comune Capofila paga lo scotto del suo collegamento diretto con la città di Foggia - uno dei luoghi in cui è più facile e consistente lo smercio delle sostanze - registrandone dunque un maggiore accostamento dei giovani. Al problema delle dipendenze molto spesso sono collegati diversi casi con "situazioni di psichiatria o malessere diffuso psico-depressivo", anche se è difficile per gli operatori definirli come effetti della dipendenza da droghe o veri e proprie situazioni di "comorbilità".

L'adulto che si avvicina alle porte di accesso del proprio territorio di riferimento, è spesso una persona sola. La persona separata o divorziata che fa richiesta di aiuto, ad esempio, non sempre è portatore di sole istanze economiche: molto spesso esprime ed esplicita una difficoltà di tipo educativo nei confronti del nuovo assetto familiare e dei minori a carico (conflittualità coniugale, gestione educativo-relazionale).

I nuclei monogenitoriali presenti sull'Ambito concentrano la maggior criticità nello status di vedovanza. Le giovani donne vedove tendono a mantenere per una sorta di retaggio culturale la loro condizione di solitudine coniugale. Accanto a questa tipologia di donne sole si può immediatamente individuare anche il profilo delle ragazze-madri.

Una prima e parziale valutazione che è possibile derivare con le domande pervenute per i contributi regionali "Prima Dote"³ recentemente banditi nell'Ambito, dà conferma agli operatori coinvolti quanto sia consistente il numero delle giovani maggiorenni con minore a carico che portano avanti la

³ Deliberazione della Giunta Regionale 28 novembre 2006, n. 1801 "Legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 – art. 25 comma 2 – Istituzione della Prima dote per i nuovi nati per le famiglie con figli fino a 36 mesi", BURP n. 163/2006.

loro genitorialità beneficiando del supporto del proprio nucleo d'origine. Anche in questo caso, la "scelta" di permanenza o ritorno dai propri genitori, per le ragazze-madri o con figli a carico legati a situazioni di separazioni, è vincolata più all'incapacità di disporre di autonomia reddituale e meno all'opportunità di percorsi socio-educativi di supporto alla privazione di una figura genitoriale.

La questione abitativa difficilmente risulta una realtà di disagio tipico per la richiesta di interventi. Ciò da una parte si spiega con la tendenza già descritta sopra alla permanenza dei giovani adulti nei contesti familiari originari. Quasi tutti i residenti sul territorio sono quindi proprietari della propria abitazione ereditata dalla propria famiglia d'origine. Va inoltre riportato che la tendenza allo spopolamento di questo territorio coincide anche con un abbandono delle abitazioni producendo un conseguente abbassamento dei loro costi. Agli sporadici casi di richiesta locativa da parte dei cittadini gli operatori rispondono con interventi riconducibili a contributi di integrazione minima sugli affitti.

1.6 La territorializzazione del welfare per gli adulti in difficoltà

La Puglia sta affrontando la riforma del welfare da pochi anni: siamo ancora sperimentando il primo ciclo di programmazione e attuando i cambiamenti istituzionali, organizzativi e gestionali che prevedono anche un riassetto territoriale degli stessi servizi. Siamo quindi in una fase di transizione in cui è presente una forte spinta al cambiamento, sostenuta dalla nuova legislazione regionale e relative indicazioni, e l'inerzia e la difficoltà di adeguamento dei territori dovuta alla consuetudine e l'abitudine a vecchi assetti organizzativi e gestionali.

La riforma, prevede quindi, la programmazione e la gestione associata tra i diversi Comuni degli ambiti dei servizi, ed in maniera integrata con la ASL. La gestione associata è scelta obbligata da legge per gli Ambiti con piccoli e piccolissimi Comuni, come quello in esame. Tuttavia, probabilmente proprio in relazione alla frammentazione territoriale e quindi dal relativo isolamento dei singoli Comuni, nell'ambito di Troia si è registrata una certa resistenza al cambiamento in questa direzione.

In questa prima fase, i servizi sono di fatto gestiti a livello comunale, con la presenza di una o poco più sperimentazioni di livello di ambito, con alcune eccezioni per l'area Responsabilità familiari e l'area Contrasto alla povertà. Sono le due aree in cui insistono i maggiori e specifici interventi per gli AiD. Sono però anche le due aree dove le misure previste assumono maggiormente la forma dei contributi economici.

Allora, siamo in presenza di una situazione in cui abbiamo da una parte la spinta regionale a innovare il sistema dei servizi alla persona in modo da realizzare un welfare quanto più leggero possibile, che si allontani dalla semplice erogazione di contributi (la Regione ha richiesto alcune modifiche alla progettazione realizzata dall'Ambito per ridurre gli interventi in erogazione di contributi) e viceversa una implementazione della rete dei servizi che ancora è gestita per quanto più è possibile a livello comunale e con una forte presenza di erogazione di contributi, secondo proprio un modello tradizionale di welfare.

Tuttavia è in corso un processo di cambiamento verso la realizzazione di un sistema di welfare più moderno. Come si traduce tutto questo per gli adulti in difficoltà?

Nell'organizzazione del sistema dei servizi integrati alla persona, non è prevista la categoria degli AID come target specifico e predeterminato. Il nuovo sistema di Welfare è infatti organizzato per aree di bisogno di prioritarie, piuttosto che per categorie di soggetti in difficoltà.

Il PdZ, nella prima parte dedicata alla programmazione, comunque individua gli AID come destinatari del sistema dei servizi e nella seconda parte del PdZ, dedicato alla progettazione dei

singoli interventi, si può constatare che alcuni servizi sono destinati agli adulti in difficoltà, come ad esempio il “servizio civico” o la “borsa lavoro”, si tratta in gran parte di interventi orientati all’inserimento lavorativo, mostrando comunque un orientamento a sostituire l'erogazione di contributi a integrazione del reddito con misure che cercano di innestare nei processi di inserimento sociale e lavorativo. L'Ambito inoltre, sta passando da un'articolazione dei servizi tutta orientata agli anziani verso l'attenzione ad altre categorie sociali, tra cui anche gli AID.

2. Servizio: l'accesso al sistema locale di servizi e interventi sociali

2.1 Il welfare di accesso

Il modello regionale

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali in Puglia dedica una particolare attenzione al tema dell'accesso, al fine «di garantire a tutti i cittadini l'esigibilità dei propri diritti attraverso una rete di servizi territoriali dove vengano sviluppate azioni di comunicazione sociale, analisi dei bisogni e di orientamento nella scelta dei servizi» (Piano Regionale delle Politiche Sociali in Puglia 2004-2006). Esso propone l'implementazione dei servizi di accesso attraverso la realizzazione di azioni articolate su tre livelli:

- ◆ *Il segretariato sociale*, quale sportello di cittadinanza e presente in ogni Comune dell'ambito;
- ◆ *gli interventi di rete e di presa in carico* su base di ambito;
- ◆ *Il piano di comunicazione sociale*, redatto dall'Ufficio di Piano nell'ambito del Piano Sociale di Zona.

Il regolamento Regionale attuativo della Legge Regionale 19/06 “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia”, nell'art. 3 identifica proprio “Modalità e strumenti per l'accesso unico al sistema integrato dei servizi” finendo di disegnare il modello di *welfare* di accesso da realizzare in Puglia.

L'Ambito di Troia

Quanto presentato dal Piano Regionale delle Politiche Sociali e dal Regolamento attuativo è l'obiettivo verso cui tutti gli Ambiti si stanno dirigendo durante questo primo ciclo di programmazione. Per quanto riguarda l'Ambito di Troia bisogna tenere sempre presente la situazione di partenza. L'Ambito, come abbiamo già visto, si caratterizza per essere composto da piccoli e piccolissimi Comuni a ridotta densità demografica, in cui permane ancora un modello di vita comunitario che guida ogni aspetto della vita pubblica e privata dei suoi cittadini. A questo si aggiunge un livello di organizzazione dei servizi sociali, prima dell'attuazione della riforma, molto scarso, frammentato e differenziato a seconda dei diversi Comuni: spesso non era presente neanche un assistente sociale per Comune. In tale situazione, ovviamente, parlare di welfare di accesso così come inteso oggi, non aveva e continua in molti casi a non avere senso.

L'accesso alla rete dei servizi sociali, ad oggi, nell'ambito di Troia, è garantito dai responsabili comunali dei servizi sociali: l'assistente sociale e ove esso non sia presente dal personale comunale dedicato (vigile urbano, amministrativi di altre ripartizioni, etc).

Dal punto di vista istituzionale, grazie proprio al processo di riforma, si è cominciato un percorso di strutturazione dei servizi sociali che ha anche coinvolto il settore dell'accesso al welfare. Nel Piano di Zona dell'ambito si è disegnato un modello da implementare nell'Ambito, in cui il *front-office* del servizio sociale è la principale porta di accesso alla rete dei servizi, la cui utenza è costituita per lo più da fasce deboli della popolazione.

Nei punti di accesso si integrano le attività di servizio sociale professionale e segretariato sociale. Cellula primaria del welfare di accesso è quindi il servizio sociale dei Comuni. Per tale motivo il primo obiettivo del processo di riforma è stato, quindi, quello di garantire in tutti i Comuni la presenza del servizio sociale professionale, al quale spetta anche la funzione di segretariato sociale - per lo più svolta in maniera integrata all'ordinaria funzione di erogazione dei servizi. Ad oggi, però, ancora 6 Comuni sui 16 dell'ambito non sono dotati di un assistente sociale che possa svolgere il servizio sociale professionale.

Secondo obiettivo è stato quello, comunque, di creare un sistema di accesso ai servizi più articolato ed in linea col dettato regionale. A tal proposito infatti, la progettazione inserita nel primo triennio di programmazione ha previsto di lavorare nell'ambito del welfare di *accesso*, in particolare su tre linee:

- informazione e comunicazione a livello di Ambito
- implementazione della PUA e sistemi informativi
- Unità di Valutazione Multidimensionale.

Data la peculiarità territoriale di tale Distretto, caratterizzato da un'alta frammentazione sia in termini di numerosità di Comuni che di difficoltà di collegamento, l'UDP ha pensato di utilizzare le potenzialità delle nuove tecnologie, prevedendo la creazione di una piattaforma web sulla quale posizionare la PUA. Non esisterebbe, quindi, uno sportello reale a cui rivolgersi, ma uno virtuale con molteplici accessi. Inoltre è prevista l'implementazione e la gestione di un ambiente web di servizio agli operatori delle diverse strutture e dei differenti uffici coinvolti nell'attuazione del Piano di Zona e tra questi ed i cittadini che accedono ai servizi.

Anche l'attività di comunicazione è stata progettata col fine, oltre che di informare ed avvicinare i cittadini all'UDP e alla rete dei servizi, di diffondere un uso strategico delle nuove tecnologie.

Per quanto riguarda l'UVM, ad oggi essa non è stata ancora realizzata, sebbene nell'Ambito sia già stata sperimentata l'integrazione socio sanitaria tramite l'esperienza dell'ADI per anziani, per la quale è prevista una Unità Valutativa Geriatrica Distrettuale. Per la realizzazione dell'UVM sono comunque stati avviati i primi protocolli tra Ambito e ASL. Dalle indicazioni emergenti dal PdZ possiamo dedurre il modello dell'UVM secondo cui essa avrà competenze di Ambito e sarà coordinata da un medico del distretto ASL FG1 e da un assistente sociale indicato dai Comuni dell'ambito. Obiettivo della stessa sarà definire in modo complessivo lo stato di salute della persona anziana (ultra sessantacinquenne), della persona disabile, dei pazienti psichiatrici, valutando le capacità funzionali e dei bisogni che la persona presenta e di dare adeguate risposte integrate e non.

Sullo sfondo della realizzazione dell'UVM vi è anche l'utilizzo del sistema informativo da realizzare. Di fatto vi è l'idea di creare, in raccordo con i servizi ASL un sistema informatizzato per la “cartella unica” dell'utente, consultabile dai diversi servizi (sanitari e sociali). Inoltre la piattaforma web renderà accessibile ai cittadini la modulistica, il servizio di prenotazioni *on-line*, per tutti i tipi di servizio.

2.2 I luoghi informali di accesso

L'unica realtà informale citata è quella dei patronati. Tali uffici sono presenti in quasi tutti i Comuni. La persona di riferimento, sia del sindacato che del patronato e quindi del CAF, a cui ci si rivolge per il disbrigo delle pratiche, in un piccolo paese, è sempre la stessa ed è proprio la persona, più che l'istituzione che rappresenta, a diventare punto di riferimento del cittadino. Il cittadino si avvicina al

patronato per il servizio che esso offre, e da qui avviene l'accesso alla rete dei servizi tramite o la conoscenza dell'offerta dei servizi o anche tramite il disbrigo delle pratiche necessarie per l'accesso.

Il cittadino si rivolge al CAF per la compilazione del modello ISEE necessario per l'ottenimento di qualunque prestazione o contributo sociale; a volte il CAF presta aiuto per la compilazione delle domande di sussidi, così come è capitato per il contributo regionale di “prima dote” e di “assegno di cura”. Il CAF diventa, quindi, anche il punto di informazione su quanto a disposizione per la risposta ai bisogni.

Meno attive sul territorio sono le organizzazioni di terzo settore, in realtà numericamente scarse e molto appiattite sulla loro funzione di servizio più che di accoglienza e orientamento del cittadini. Parimenti le parrocchie non sembrano rappresentare un punto di riferimento per i bisogni sociali, neanche nella fase di ascolto.

V'è inoltre da sottolineare come non esistano rapporti stabili e formalizzati con le istituzioni pubbliche (servizi sociali del Comune o dell'Ambito e servizi ASL) se non per le collaborazioni nell'espletamento di singoli servizi.

2.3 Le porte di accesso per gli AID

Come descritto, il sistema di accesso dell'Ambito è ancora in fase embrionale: non esiste ed in parte ancora non è avvertito il bisogno, di un sistema strutturato e differenziato di accesso al welfare, in particolare per gli adulti in difficoltà (AID). Le porte di accesso per gli AID sono le stesse che per il resto della popolazione e sono pertanto quasi esclusivamente quelle formali, rappresentate dall'assistente sociale del Comune.

Possiamo così schematizzare il funzionamento delle porte di accesso del Comune di Troia:

<i>Assistente sociale del Comune</i>	<i>Comunità</i>
accoglienza della domanda decodifica del bisogno orientamento ed informazione prestazione	accoglienza della domanda decodifica del bisogno orientamento ed informazione prestazione

3.4 La codifica della domanda

Come abbiamo più volte detto, il punto di accesso al sistema di welfare è rappresentato dal referente dei servizi sociali del Comune, ove presente l'assistente sociale, ove non presente il funzionario incaricato. Come punti di accesso informali abbiamo i patronati e alcune associazioni. Tali organizzazioni sono di fatto impostate sulla persona che ci lavora. Essa, quindi, è colui/colei che accoglie la domanda, la codifica e la orienta. In supporto a tale azione non vi sono strumenti codificati e condivisi di alcun tipo. La funzione di codifica della domanda è pertanto “data un tantino dal buon senso dell'operatore” (intervista assistente sociale- UdP) che se è ben radicato ha costruito rapporti personali più profondi che aiutano a far emergere anche problematiche più specifiche.

Il processo di riforma del welfare ha portato, però, alcuni cambiamenti, accolti o meno dai singoli operatori a seconda della propria sensibilità e buona volontà. La Regione, difatti, all'avvio della programmazione dei PdZ ha inviato delle schede di monitoraggio della domanda sociale e dei servizi

presenti (poi allegate ai PdZ) in ogni Comune. Queste schede, molto complesse per i livelli organizzativi dei servizi sociali comunali, in molti casi, sono state il primo approccio all'idea di monitoraggio della domanda e offerta dei servizi. Tale opera, sebbene riuscita con grande difficoltà e risultati non totalmente accurati ed affidabili, ha portato anche altre esternalità positive: uno degli assistenti sociali intervistati ci ha detto che a partire da quelle schede se ne è create di proprie, più vicine alle caratteristiche del territorio, “per avere sotto controllo tutta una serie di cose: dalla banale richiesta di accesso alla modulistica fino ad arrivare ad un discorso integrato”. Comincia ad emergere il bisogno degli operatori stessi di avere strumenti di supporto alle loro azioni di lettura e codifica del bisogno che fino ad adesso si sono basati sul buon senso e la sensibilità personali.

Il lavoro che si vuole impostare con il PdZ si muove proprio in questa direzione, di cominciare a dotare gli operatori di strumenti di lavoro più efficaci. Un esempio è dato dal progetto di creare la cartella utente codificata, uniforme per tutti i servizi, informatizzata e integrata tra AUSL e servizi sociali del Comune, al fine di avere una unità conoscitiva di base condivisa che permetta poi anche di ri-analizzare codificare la domanda, almeno quella accolta.

Per quanto riguarda, invece, le porte informali, esse si limitano a fornire la modulistica (come ad esempio per la domanda dell'assegno di cura o prima dote di iniziativa regionale) e semmai un aiuto – non sempre qualificato- nella compilazione della documentazione necessaria.

3.5 La risposta dei servizi

I Servizi di Base presenti sull'intero ambito territoriale di Troia accolgono molteplici richieste di aiuto in cui non sempre è possibile garantire una risposta.

La Porta Unitaria d'Accesso di prossimo avvio, che si articolerà sull'intero Ambito Territoriale con la previsione di equipe multi-professionali per l'Abuso e Maltrattamento, tenterà di conferire risposte più specifiche ed orientate ai molteplici profili che contraddistinguono la fascia degli AID, potenziando quei livelli di accoglienza e risposta della domanda basati ancora troppo esclusivamente sul “buon senso” di operatori che pur esprimendo un radicamento sul territorio e mantenendo rapporti fiduciarî con la propria utenza intervengono attraverso pratiche ancora poco formalizzate ed individualistiche. I Servizi Sociali Professionali sul territorio sono diversamente strutturati e privi di complessità organizzativa. Con la programmazione del primo Piano Sociale di Zona si è previsto di dotare il territorio di almeno un assistente sociale presso ciascun Comune, anche se parzialmente impiegato. La costituzione di nuove equipe integrate con altre professionalità dovrebbe aiutare i servizi a sapere codificare la multiproblematicità di alcuni bisogni complessi anche relativi al disagio adulto. La riforma del welfare su questo territorio sta gradualmente portando gli stessi operatori che ne sono coinvolti in prima linea ad acquisire nuove consapevolezze rispetto ai bisogni presenti che richiedono modalità di lettura diverse e più sistematizzate. La centralità operativa che può assicurare in tal senso l'Ufficio di Piano porterà ad una applicazione sperimentale di strumenti e prassi già utilizzate dal territorio in passato su interventi più specifici (es. ADI) che possono essere facilmente generalizzabili sul altre aree di utenza. Non mancano tuttavia le segnalazioni eloquenti degli operatori per l'assenza di strumenti utili a rilevare o dare risposte adeguate a determinati problemi. Ancora non si dispone di percorsi strutturati per monitorare e controllare le proprie attività e a questo vanno aggiunte le scarse occasioni di sistematizzare i propri interventi secondo gli enti con i quali si collabora (es. Prefettura, Provincia, enti privati).

Sui disagi che si configurano nell'area delle dipendenze e della psichiatria molti operatori dei servizi sociali professionali fanno riferimento da tempo ad interventi integrati o comunque cooperativi con gli enti di tipo sanitario. Gli operatori sei servizi comunali interagiscono in forma integrata con le diverse articolazioni territoriali dei SERT (in particolare con Lucera e Foggia) nonché Il Dipartimento di Salute Mentale dell'ex ASL FG/3.

Spesso, specificatamente ai problemi legati alla dipendenza, è difficile per gli operatori saper leggere e conoscere il disagio nella sua reale entità perché le stesse famiglie coinvolte che dovrebbero farsene carico ne sottovalutano gli effetti. Lo stesso tipo di accostamento al problema deriva anche dagli stessi amministratori locali che implicitamente operano un suo “non-riconoscimento” attraverso la consuetudine di decidere risposte al problema (nella forma di finanziamenti, programmazioni ed interventi) poco supportate da una lettura di dati ufficiali e più misurate invece sulle propria percezione, e su personali priorità o opportunità conoscitive. L'intervento integrato con altre professionalità dell'ASL funziona da anni anche per l'attuazione dell'ADI.

Sulle risposte che alcune realtà territoriali offrono, va annoverata l'attività della Caritas a favore delle persone immigrate che si esplicita attraverso un informale processo di reclutamento di badanti. L'intervento da un lato costituisce un valida opportunità di supporto alla forte richiesta di assistenza alle persone anziane sole o non-autosufficienti; dall'altra crea opportunità di integrazione non solo lavorativa a favore di questa fascia debole della popolazione.

Le risposte al disagio adulto sono dunque riconducibili alla professionalità dell'operatore: alla sua capacità di costruire reti formali ed informali, e percorsi più o meno strutturati con il territorio. Le porte di accesso che permettono l'incontro tra l'utente ed un servizio sull'Ambito Territoriale di Troia quasi esclusivamente corrispondono ai Servizi Sociali Professionali, strutturati, come già detto, in forma semplice ed a volte troppo snella: spesso costituite da un assistente sociale in rarissime circostanze supportato da altri collaboratori. Nella maggioranza dei casi nell'assistente sociale si concentrano tutte le funzioni di lettura, accoglienza, filtro, orientamento e risposta della domanda.

“L'assistente sociale [...] diciamo che diventa un po' tutto rispetto a quello che è il bisogno della persona: vuoi per il senso di fiducia che si instaura con l'operatore, vuoi per il non sapere che ci si può rivolgere ad altri”

In casi di attività integrate i servizi Sociali Professionali si avvalgono anche della professionalità di alcuni operatori dell'ASL (es. ADI).

Con l'Ente Provincia si è partecipato nella progettazione di un percorso di recupero e contrasto alla tratta delle schiave, pur non risultando essere un disagio particolarmente presente sul territorio.

L'Ambito di Troia deve procedere per svincolare il suo welfare locale da un passato troppo lungo di interventi concentrati su contributi o quasi esclusivamente attento alla sola utenza di persone anziane. Questo è l'approccio incrementale con cui ha cominciato e continua a muoversi la programmazione zonale: una trasformazione degli interventi contributivi. Già nel passaggio verso la programmazione di dettaglio degli interventi e dei servizi è possibile individuare un cambiamento nell'erogazione di contributi: rimangono solo quelli di natura straordinaria erogati alle famiglie come integrazione del reddito o finalizzati all'esenzione di pagamento (es. retta degli asili o ticket per il pranzo nelle scuole), o per spese di natura sanitaria e di assistenza alla persona malata. Per alcuni operatori contrastare l'abitudine a “percepire il contributo” da una parte significa orientarsi verso l'eliminazione di alcune forme clientelari di approssimazione del cittadino alle istituzioni; dall'altra aiuta ad iniziare ad erogarli limitatamente leggendoli sotto un approccio più educativo, in direzione di reali percorsi di autonomia del soggetto: spesso chi ne fa richiesta sono persone poco inclini al lavoro, persone adulte che ancora non sanno gestire il proprio denaro abbandonandosi a stili di consumo poco responsabilmente controllati o misurati sulle proprie opportunità. Solo quando il disagio economico è la conseguenza di un reale disagio personale, la risposta con i contributi viene supportata dal servizio sociale e, quando possibile, trasformato in strategie di azione e di *empowerment* a favore del soggetto che esprime il suo disagio.

4. Le Misure del Welfare locale nei confronti degli adulti in difficoltà

4.1 Le Misure per gli AID

Come rilevato dal PdZ e dalle interviste con il referente dell'UdP e gli assistenti sociali, gli Adulti in difficoltà non sono un target a cui i servizi sociali dei Comuni e dell'Ambito si rivolgono in maniera specifica.

Accoglienza e prestazioni sociali venivano e vengono assicurate agli adulti in difficoltà ma attraverso l'inserimento in aiuti ad altre categorie.

La programmazione dei servizi è stata realizzata tenendo presente le aree prioritarie di intervento individuate dalla Regione, secondo la logica di aree di bisogno piuttosto che singole categorie di persone. Tuttavia, il Piano di Zona cita tra i destinatari dei servizi anche gli adulti in difficoltà: *“Il complesso dei servizi sociali presenti nell'Ambito di Troia comprende una gamma ampia di servizi: per minori, giovani, **adulti in difficoltà**, immigrati, famiglie con problemi di disagio, anziani, disabili.”*

Se gli AID non hanno interventi specifici ad essi rivolti, essi sono i destinatari di interventi di altre aree.

Gli AID, in alcuni casi, (soprattutto nelle aree Responsabilità Familiari e Contrasto alla povertà) sono individuati come destinatari diretti. Si è però ritenuto di prendere in considerazione anche misure rivolte a categorie sociali specifiche, come nel caso delle Dipendenze e della salute mentale, in cui gli AID possono essere destinatari indiretti: o perché affetti da tale tipo di problematica sociale, oppure perché facenti parte di un nucleo familiare in cui vi sono persone soggette a dipendenza o disagio mentale.

Dall'analisi delle schede progetto dei servizi che saranno implementati risulta che le misure maggiormente utilizzate per gli adulti in difficoltà sono:

- g) *contributi*, a volte destinati a soggetti specifici, come ad esempio madri nubili, persone sole, immigrati; a volte per spese specifiche, ad esempio contributi di locazione o per spese sanitarie.
- h) *azioni di sostegno al reddito* collegate all'inserimento lavorativo, che si sostanziano per lo più in erogazione di borse lavoro o prestazione di servizio civico

Le misure per gli adulti in difficoltà rientrano in particolare nelle aree:

- ◆ contrasto alla povertà;
- ◆ responsabilità familiari;
- ◆ azione di sistema – pronto intervento sociale.

Da notare che le aree contrasto alla povertà e responsabilità familiari, sono le uniche in cui non sono stati previsti interventi a livello di Ambito ma sono gestiti tutti a livello di singolo Comune.

Altre misure di cui beneficiano adulti in difficoltà possono ritrovarsi in altre aree di bisogno più specifiche, quali:

- dipendenze
- salute mentale
- disabilità.

All'interno di queste aree di bisogno gli interventi sono diretti:

- f) ai soggetti in situazione di disagio

g) alle famiglie che hanno al loro interno soggetti problematici.
Per i primi sono attivati anche percorsi d'inserimento lavorativo per adulti in età attiva.
Per i secondi (ovvero per i nuclei familiari) sono previsti contributi economici *tout court*.
Di seguito riportiamo una tabella con gli interventi che individuano tra i destinatari, in maniera esplicita, gli adulti in difficoltà.

AREA PRIORITARIA	SERVIZIO/I	DESTINATARI	SPESA DURATA	DECISORE	OBIETTIVO
Azioni sistema	Pronto intervento sociale	Adulti con momentaneo disagio psicosociale Donne maltrattate all'interno dell'ambito familiare Totale di 200 famiglie	Euro 40.000.00 Durata annuale	Soggetto titolare è il Comune Capofila. Il servizio ha valenza d'ambito	Il servizio di pronto intervento per le situazioni di emergenza sociale.
Responsabilità familiari	Borsa lavoro	7 famiglie 3 madri nubili 10 adulti in difficoltà	Euro 13.654.2224 annuale	Comune di Ascoli Satriano	L'intervento intende attivare forme di assistenza economica, sotto forma di borsa lavoro, a soggetti in situazione di momentaneo allontanamento dal mercato del lavoro con l'obiettivo di favorirne il reinserimento lavorativo
Contrasto alla povertà	Borsa lavoro	10 adulti in difficoltà	Euro 105.843.39 triennale	Comune di Troia	L'intervento intende attivare forme di assistenza economica, sotto forma di borsa lavoro, a soggetti in situazione di discontinuità lavorativa e/o con problemi economici con l'obiettivo di diminuire il loro disagio sociale e di favorirne il reinserimento lavorativo.
Contrasto alla povertà	Borsa lavoro	2 adulti in difficoltà	Euro 12.543.92 triennale	Comune di Monteleone	L'intervento intende attivare forme di assistenza economica, sotto forma di borsa lavoro, a soggetti in situazione di discontinuità lavorativa e/o con problemi economici con l'obiettivo di diminuire il loro disagio sociale e di favorirne il reinserimento lavorativo.
Contrasto alle povertà	Servizio civico	1 adulti in difficoltà	Euro 3.359.46 triennale	Comune di Anzano Puglia	L'intervento intende attivare forme di assistenza economica, sotto forma di borsa lavoro, a soggetti in situazione di momentaneo allontanamento dal mercato del lavoro
Contrasto alla povertà	Borsa lavoro	5 adulti in difficoltà	Euro 7.500.00 annuale	Comune di Accadia	L'intervento intende attivare forme di assistenza economica, sotto forma di borsa lavoro, a soggetti in situazione di momentaneo allontanamento dal mercato del lavoro
Contrasto alle povertà	Borsa lavoro	4 adulti in difficoltà	Euro 6.117.93 triennale	Comune di Sant'Agata di Puglia	L'intervento intende attivare forme di assistenza economica, sotto forma di borsa lavoro, a soggetti in situazione di momentaneo allontanamento dal mercato del lavoro con l'obiettivo di favorirne il reinserimento lavorativo.
Contrasto alla povertà	Borsa lavoro	4 adulti in difficoltà	Euro 23.494.00 triennale	Comune di Faeto	L'intervento intende attivare forme di assistenza economica, sotto forma di borsa lavoro, a soggetti in situazione di momentaneo allontanamento dal mercato del lavoro con l'obiettivo di favorirne il reinserimento lavorativo

4.2 Contrasto alla povertà

Come già detto nel precedente paragrafo, nell'area "Contrasto alla povertà ed inclusione sociale" risiedono molte delle misure rivolte agli adulti in difficoltà.

Nel PdZ nella parte di programmazione, tra gli interventi previsti, spiccano in particolar modo le seguenti attenzioni territoriali :

- La realizzazione di uno sportello immigrazione che, in raccordo con quelli già esistenti, dia vita a un progetto centrato sulla socializzazione e integrazione delle comunità straniere presenti sul territorio dei sedici comuni dell'Ambito, con una attenzione particolare alla questione femminile a approfittando di potenziali integrazioni con le politiche locali di occupazione stagionale che offrono (es. zone agricole dell'orsarese)
- La progettazione e la implementazione di un servizio di orientamento e tutoring per la ricerca di alloggio nelle situazioni personali o familiari di esclusione sociale, povertà economica e culturale, soprattutto in presenza di situazioni non rimediabili di sfratto esecutivo.

Nella fase di progettazione degli interventi concreti da realizzare, però, poco o nulla è stato poi recepito.

Difatti nell'area di intervento "Contrasto alla povertà" ritroviamo soltanto misure di tipo standard abbastanza schiacciate sull'erogazione di contributi ordinari e straordinari.

Obiettivo di tali misure è prima di tutto dare un sostegno di tipo economico.

Tale azione può avvenire sotto la forma di:

1. contributi diretti ad integrazione del reddito familiare;
2. attivazione di borse lavoro;
3. attivazione del servizio civico;
4. servizio di mensa a domicilio.

Destinatari degli interventi sono, nella maggioranza dei casi, nuclei familiari che versano in situazioni di difficoltà economiche. Spesso le prestazioni sono rivolte al soddisfacimento dei bisogni primari.

In alcuni casi si identificano soggetti specifici a cui rivolgere l'intervento: madri nubili - tale tipologia di aiuto è però in altri casi ricompresa nell'area di intervento legata alle responsabilità familiari - , detenuti ed ex-detenuti, immigrati.

In quest'area si individuano come destinatari delle misure gli adulti in difficoltà, unico caso in cui diventano una categoria sociale definita e se stante.

In presenza di persone in stato di disoccupazione o forte precarietà lavorativa, il sostegno economico si attiva sotto forma di borsa lavoro o servizio civico al fine di favorire il reinserimento lavorativo e sociale del soggetto.

L'accesso alle misure è regolato in base all'ISEE del facente domanda e alla tipologia di problema individuato.

Come precedentemente detto, le Misure dell'area Contrasto alla povertà sono gestite a livello comunale e pertanto il finanziamento varia a seconda del Comune da cui dipende anche la durata annuale o triennale degli interventi.

Le Misure previste sono solamente quelle ricomprese all'interno della progettazione realizzata all'interno del PdZ a cui si fa riferimento per i dati di dettaglio.

Il finanziamento (vedi tabella) è di provenienza soprattutto dai fondi comunali, un'altra quota ingente proviene dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e solo in quota parte dal cofinanziamento regionale.

E' invece interessante notare come le risorse destinate al contrasto alla povertà sono notevolmente cresciute dagli anni passati, dato questo che va letto in un'ottica di ri-organizzazione dell'offerta dei servizi e quindi delle risorse ad essi destinati, e dell'input regionale che ha individuato il contrasto alla povertà come area di intervento prioritaria. In ultimo non va dimenticato che in tale area ricadono gran parte degli interventi prestati sotto forma di erogazione di contributi, che era anche il principale tipo di intervento sociale che tradizionalmente i Comuni operavano prima della riforma.

Area di intervento	RISORSE FNPS (2001-2003)	RISORSE FNPS (2004)	TOTALE FNPS	RISORSE PROPRIE DEI COMUNI (20% del totale)	RISORSE REGIONALI	TOTALE RISORSE
Contrasto alla povertà	€ 88.657,10	0,00	€ 88.657,10	€ 180.828,96	€ 21.308,49	€ 290.794,55

Spesa anno 2003				Spesa anno 2002				Spesa anno 2001			
TOT	Di cui risorse comunali	Di cui risorse provenienti da trasferimenti	Di cui altre risorse	TOT	Di cui risorse comunali	Di cui risorse provenienti da trasferimenti	Di cui altre risorse	TOT	Di cui risorse comunali	Di cui risorse provenienti da trasferimenti	Di cui altre risorse
4.821,29	0,00	4.821,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29.419,04	0,00	29.419,04	0,00

4.3 Responsabilità famigliari

Altra area di intervento per adulti in difficoltà è quella delle responsabilità familiari.

Nella fase di programmazione sono stati individuati servizi innovativi da realizzare in risposta a quest'area di bisogno, in particolare riguardanti l'implementazione di attività di sostegno alla genitorialità e l'avvio di un servizio di mediazione familiare.

Nella fase poi di progettazione degli interventi da realizzare ci si è viceversa allineati su interventi molto più tradizionali e di competenza classica dei singoli Comuni. Per lo più si tratta di contributi economici e in qualche caso dell'attivazione di borse lavoro.

Anche in questo caso, difatti, obiettivo prioritario di queste misure l'assistenza economica a nuclei familiari che versano in difficoltà. Si fa riferimento in particolare a nuclei che ricomprendano madri nubili/ragazze madri o nuclei monopersonali.

Solo in un Comune anche nell'area delle responsabilità familiari, si fa riferimento ad adulti in difficoltà quali destinatari per l'ottenimento di una borsa lavoro.

I tipi di intervento previsti sono:

1. contributi diretti ad integrazione del reddito familiare (per la maggioranza dei casi);
2. contributi canoni di locazione (in un caso);
3. borse lavoro (in due Comuni).

Decisori e gestori delle misure sono direttamente i Comuni, trattandosi inoltre di interventi tradizionalmente erogati dagli stessi.

Anche in questo caso le risorse finanziarie provengono per circa la metà dalle risorse proprie dei Comuni e per un'altra cospicua parte dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali. La Regione ha cofinanziato le misure.

Area di intervento	RISORSE FNPS (2001-2003)	RISORSE FNPS (2004)	TOTALE FNPS	RISORSE PROPRIE DEI COMUNI (20% del totale)	RISORSE REGIONALI	TOTALE RISORSE
Responsabilità Familiari	€ 141.851,38	0,00	€ 141.851,38	€ 157.979,00	€ 25.917,16	€ 325.747,54

Anche in questo caso notiamo un aumento di risorse finanziarie destinate a questo tipo di misura, dal 2001 al 2003.

Spesa anno 2003				Spesa anno 2002				Spesa anno 2001			
TOT	Di cui risorse	Di cui risorse	Di cui altre	TOT	Di cui risorse	Di cui risorse	Di cui altre	TOT	Di cui risorse	Di cui risorse	Di cui altre

	comunali	provenienti da trasferimenti	risorse		comunali	provenienti da trasferimenti	risorse		comunali	provenienti da trasferimenti	risorse
797.90,42	58.106,65	21.683,86	0,0	19.054,52	13.621,39	5.433,13	0,00	44.457,43	31.953,58	12.503,85	0,00

4.4 Inserimento lavorativo

Come abbiamo visto, l'articolazione dei servizi è suddivisa per aree prioritarie di bisogno, quindi non abbiamo misure di inserimento lavorativo ad "hoc". Tuttavia, percorsi di facilitazione all'inserimento lavorativo sono interventi previsti all'interno di diverse fasce di bisogno prioritarie.

Dall'intervista dell'assistente sociale consulente tecnico dell'UDP, è emerso che tali misure vogliono rispondere alle nuove emergenze sociali che riguardano gli adulti del territorio -anche se prevalentemente adulti in età giovanile - quali la mancanza di sbocchi professionali e le dipendenze.

Tendenzialmente sono interventi rivolti ad adulti in età lavorativa e prendono il posto – o in alcuni casi si affiancano- della semplice erogazione di contributi ad integrazione del reddito.

I percorsi di inserimento lavorativo prendono la forma di borse lavoro o prestazione di servizio civico e sono finanziati con i contributi dell'area responsabilità familiari e contrasto alla povertà, e salute mentale e dipendenze.

L'assistente sociale ha proposto una classificazione dei percorsi, differenziandoli in:

- Lavori di Pubblica Utilità,
- Borse Lavoro
- Attività di Servizio Civico.

Nel Comune di Accadia si sono sperimentate le Attività di Pubblica Utilità (che poi nelle schede di programmazione dei servizi sono state riconvertite, presumibilmente, in borse lavoro) intese proprio come attività di ausilio al Comune, richieste alla persona in difficoltà in cambio di un contributo in denaro. Esse non sono soggette a vincolo di orario o tipologia e ammontare di lavoro richiesto.

Con la Borsa lavoro, invece, si fa svolgere un vero e proprio lavoro (favorendo l'ingresso o il ritorno nel mercato del lavoro) per conto del Comune ed in alcuni casi vi è l'affiancamento di un tutor (per soggetti con problemi di disagio mentale, disabilità o dipendenze).

Il Servizio Civico è visto come intervento di integrazione al reddito, mettendo in campo attività molto semplici e vicine al Comune. Nel Comune di Troia (Comune capofila) tale intervento si è mutato nel tempo: prima era rivolto primariamente agli anziani, oggi invece è sperimentata come misura di inserimento lavorativo nell'area della salute mentale, attraverso la creazione di un progetto (EcoDomus) in cui si implementa il servizio di raccolta (differenziata) a domicilio per gli anziani: in tal modo si risponde ai bisogni sia di reddito di persone con problemi di salute mentale che degli anziani a cui si offre il servizio di raccolta rifiuti. Il progetto è finanziato da fondi previsti dal PdZ , fondi comunali e fondi regionali.

Un altro progetto del Comune di Troia prevede la collaborazione con un Ente privato per la manutenzione del verde per il Comune attraverso l'utilizzo delle borse lavoro.

Tali interventi dovrebbero via via ampliarsi soprattutto in virtù della necessità – dettata anche dalla Regione- di ridurre le prestazioni in forma di contributi.

4.5 Altre Misure

Unica altra misura destinata agli adulti in difficoltà è legata al servizio di “pronto intervento sociale”, progettata come azione di sistema per situazioni di emergenza sociale. I destinatari sono adulti con momentaneo disagio psico-sociale, donne, minori abusati/maltrattati e donne maltrattate all'interno dell'ambito familiare. Si tratta di un servizio erogato in raccordo con il servizio sociale professionale dislocato sul territorio.

La misura è gestita dal comune capifila (Troia) e ha valenza di ambito e sarà attuata all'interno del servizio sociale professionale con il supporto di cooperative sociali associazioni ed enti di promozione sociale. Il servizio prevederà forme di raccordo con la AUSL FG/3, le équipes promosse ed attivate dall'ambito e le altre strutture operative (es. telesoccorso attivato dalla Comunità Montana) attivate in caso di emergenza.

In via sperimentale è prevista l'istituzione di un numero telefonico dedicato alle emergenze sociali, deviato su centralino di una agenzia di telesoccorso convenzionata con l'ambito. Gli operatori, dopo opportuno corso di formazione, saranno in grado di filtrare le richieste e inoltrare quelle improcrastinabili all'assistente sociale reperibile.

Sono stati investiti in tale progetto 40.000 euro per un anno.

5. Conclusioni.

5.1 Conclusioni analitiche e critiche: punti di forza e punti di debolezza delle misure per gli adulti in difficoltà

E' stato più volte sottolineato come l'Ambito con Comune capofila Troia sia partito da una situazione di forte arretratezza del sistema dei servizi sociali. Inoltre si tratta di una zona a forte marginalità e dispersione territoriale e caratterizzata da una ingente presenza di popolazione anziana a cui tradizionalmente erano rivolti i servizi socio-sanitari.

Tali elementi in parte aiutano a commentare le misure per gli adulti in difficoltà previste nell'ambito. Salta immediatamente agli occhi come la debolezza delle misure previste risieda nella forte presenza di contributi monetari da erogare. Si tratta per lo più di misure atte a tamponare situazioni di emergenza o ad assumere forme di assistenzialismo più che di attivazione di processi di cambiamento. Il responsabile dell'UDP ha parlato di "assenza di politiche sociali moderne, coerenti con i bisogni del territorio" come criticità dell'ambito riguardo ai bisogni degli AID, ma in un discorso che si può generalizzare a tutta la popolazione. Come già rilevato, l'erogazione di contributi è la forma storica, tradizionale di gestione della domanda sociale da cui è difficile far allontanare le amministrazioni locali. E' difatti significativo che non è stato possibile attuare, in questa fase, interventi associati di ambito ma che tutte le misure siano gestite in maniera autonoma dai singoli Comuni. L'Ambito è stato difatti ripreso dalla Regione affinché prevedesse un maggior numero di misure di intervento diverse dai contributi e aumentasse il numero di servizi gestiti in forma associata, direzione obbligata verso cui l'Ambito dovrà andare nel corso della prossima programmazione.

Anche le misure legate a forme di inserimento lavorativo, quali le borse lavoro e/o il servizio civico, emergono dalle interviste realizzate, in alcuni casi, come modo alternativo di erogare contributi, senza riuscire a prevedere azioni di cambiamento reale. Questo anche in relazione alla mancanza di integrazione con gli altri servizi (si pensi ai Centri per l'Impiego) e il territorio che hanno propriamente finalità di facilitazione dell'inserimento lavorativo.

Un'altro elemento di debolezza delle misure è quello di non rivolgersi in maniera specifica agli adulti in difficoltà, se non in alcuni casi limitati. Il sostegno a questa fascia di popolazione sembra intervenire, quindi, solo qualora vi sia un'altro tipo di disagio sociale conclamato, non riuscendo ad accogliere le nuove domande sociali.

D'altro canto, c'è da sottolineare come l'ambito ha già visto un cambiamento notevole negli ultimi anni, dal monopolio delle misure a favore quasi esclusivo degli anziani alla loro articolazione a favore anche di altre categorie sociali. Sembra quasi si tratti anche di un passaggio culturale, più lento a causa della mancanza di dati, analisi e ricerche sulla domanda sociale, in cui si fa fatica ad individuare le nuove forme di bisogno sociale. All'interno di questo panorama è ancora più difficile che l'AID trovi spazio, in quanto rientra in quella che tradizionalmente era la "categoria forte" della popolazione (adulti in età lavorativa).

Altro elemento a favore è sicuramente la disponibilità di risorse per l'implementazione di un sistema di servizi sociali più incisivo, che quindi raggiunge maggiormente anche gli AID. Inoltre, comunque, il territorio non sembra presentare livelli di disagio sociale particolarmente significativo e la bassa densità della popolazione rende più agevole ed efficace ogni tipo di intervento. A questo si aggiunge la presenza di una Comunità che ancora rappresenta una rete di solidarietà e protezione, pronta ad attivarsi in caso di bisogno soprattutto per gli AID.

PARTE III:
Nota metodologica

4. Criteri di individuazione dei territori oggetto dell'indagine di campo

Le Regioni oggetto di indagine sono state selezionate in base alla costruzione di un indice di "opportunità" regionale¹. Abbiamo individuato quattro contesti che cogliessero il ventaglio di realtà regionali presenti nel paese², unitamente ad alcuni elementi peculiari ritenuti di specifico interesse e all'appartenenza alla classica divisione in macro aree territoriali, come sintetizzato nella tabella seguente.

Tab. 13 – *Regioni individuate e criteri di selezione*

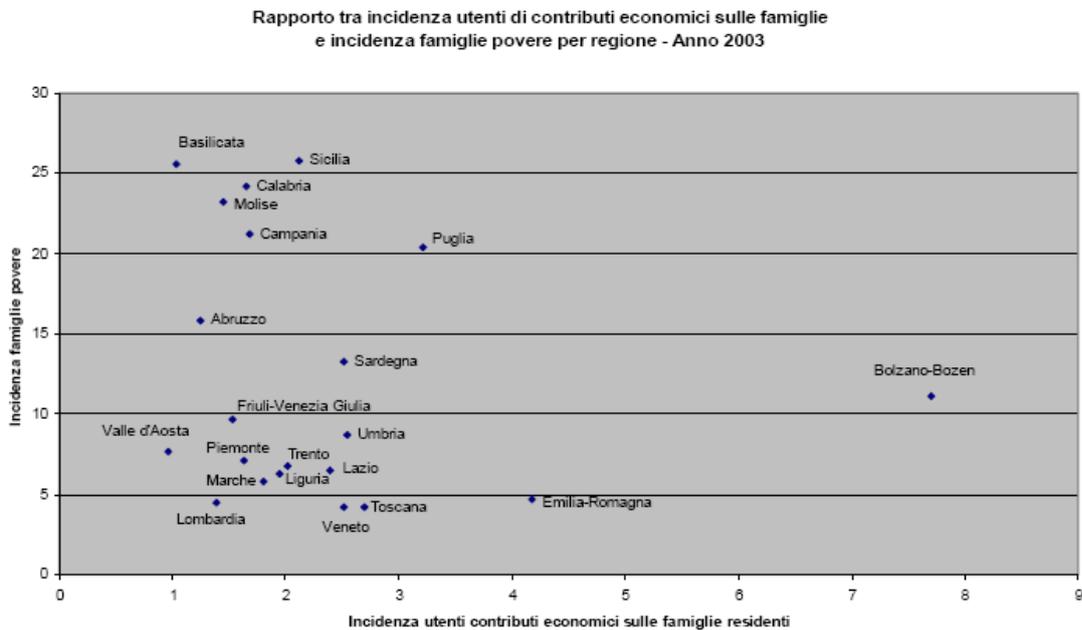
<i>Regioni</i>	<i>Macro area di riferimento</i>	<i>Indice di opportunità regionale</i>	<i>Elementi di interesse peculiare</i>
Liguria	Nord	Medio/Alto	<i>Demografico</i> : importanti tassi di invecchiamento della popolazione
Toscana	Centro	Medio/Alto	<i>Istituzionale</i> : Presenza delle «Società della Salute»
Lazio	Centro	Medio	<i>Istituzionale/territoriale</i> : peso di Roma capitale e la divisione municipale
Puglia	Sud	Medio/Basso	<i>Attuativo</i> : tardiva implementazione della L. 328/00

La scelta di queste Regioni è stata anche operata in conseguenza all'evidenza di rapporti nazionali (cfr. Ministero per la Solidarietà Sociale 2006), nei quali emerge una non consequenzialità tra l'incidenza statistica di famiglie povere e l'ammontare complessivo di contributi economici per le famiglie residenti; cosa ben osservabile nella fig.3: dalla distribuzione delle Regioni in nuvole, nelle quali è difficile scorgere un *trend*, si rileva la non correlazione tra queste due variabili.

¹ Costruito in base ad un set di 16 variabili contenute nel database di *Indicatori Regionali* forniti dall'Istat <http://www.istat.it/ambiente/contexto/infoterr/azioneB.html> (cfr. appendice metodologica)

² Si è scelto di escludere dalla selezione le eccellenze, le performance meno brillanti e i casi di alta sanitarizzazione del sistema dei servizi socio-assistenziali.

Figura 3.



(*) In questo caso per la Provincia autonoma di Bolzano sono stati sottratti gli utenti delle pensioni di invalidità

In ciascuna Regione sono stati successivamente selezionati tre territori di indagine, corrispondenti agli *ambiti sociali*³. La selezione dei 12 territori-casi di approfondimento ha tenuto conto delle seguenti macro variabili:

- Morfologia territoriale;
- Architettura istituzionale;
- Forme organizzative e gestionali.

Sulla base della ***morfologia territoriale*** sono state prese in considerazione 3 differenti tipologie di conformazione territoriale⁴:

- Alta concentrazione (Ambito costituito da più comuni, in cui un comune “pesa” in termini di popolazione più del 50% sul totale);
- Alta frammentazione (Ambito costituito da più comuni, tutti di piccole dimensioni);
- Monodimensionalità e “urbanità” (Ambito costituito da un solo Comune [o da due, di cui uno Capoluogo di provincia]).

Con ***architettura istituzionale*** ci riferiamo invece alle diverse *forme associative* promosse all'interno degli Ambiti, che prevedono il rafforzamento e l'ampliamento degli strumenti di collaborazione a disposizione degli enti locali per l'esercizio delle proprie competenze.

Le possibili opzioni considerate sono state:

³ Nelle Regioni da noi selezionate gli *Ambiti Sociali* coincidono con i Distretti socio-sanitari.

⁴ Sulla scia di una recente ricerca condotta dallo studio *Diatbesis* per il Ministero della solidarietà sociale, “Strategie di integrazione nella costruzione delle zone sociali. La progettazione delle zone e dei loro piani: un’analisi di casi”, 2006.

- Le *Comunità montane*, che restano *enti necessari* per realizzare l'adeguatezza, che prevedono aggregazione di funzioni e servizi per l'intero territorio;
- Il *Consorzio*, come forma di associazione volontaria istituibile per la gestione di servizi pubblici o di funzioni, nella veste di un'azienda speciale di ognuno degli enti associati;
- La *Convenzione*, come strumento preferito dagli enti locali sia per la sua applicabilità a tutte le tipologie di funzioni e servizi, sia per la flessibilità dei contenuti, che consente di graduare a seconda delle finalità perseguite, il livello di integrazione da realizzare nella gestione dell'attività oggetto dell'accordo.

Infine, con ***forme organizzative e gestionali*** ci riferiamo ai seguenti diversi profili:

- *Gestione comunale associata* (sono presenti una porta unitaria di accesso al S.I.I.S.S e uffici/sportelli comunale di accesso territoriale e di cittadinanza attiva coordinati dall'Ufficio del Piano di Zona);
- *Gestione comunale associata e integrata con la sanità* (è presente e lavora in modo integrato alla porta unitaria di accesso al S.I.I.S.S, e agli uffici/sportelli comunale di accesso territoriale e di cittadinanza attiva, l'unità operativa del distretto sanitario, coordinati dall'Ufficio del Piano di Zona e dalla ASL);
- *Gestione comunale non (o parzialmente) associata, parzialmente integrata con la sanità* (sono presenti la porta unitaria di accesso [coordinata dall'Ufficio del Piano di Zona], l'Ufficio per i Servizi Sociali [coordinato dal Terzo settore, organizzazioni sindacali e associazione dei consumatori] e la porta Unitaria di accesso coordinata dalla ASL [e dalle unità operative del distretto sanitario] che interagiscono tra loro ma senza un'ottica forte di integrazione.

Sulla base dei criteri innanzi esposti sono stati selezionati i seguenti 12 territori:

Regioni	Ambiti		
	<i>Municipali</i>	<i>Ad alta concentrazione</i>	<i>Ad alta frammentazione</i>
Liguria	La Spezia	Imperia	Comunità Montana Ingauna (SV)
Toscana	Prato	Grosseto	Comunità Montana Valdinievole (PT)
Lazio	Roma – V Municipio	Viterbo	Comunità Montana Subiaco (PM)
Puglia	Brindisi	Mola di Bari (BA)	Comunità Montana Daunia (FG)

5. La ricerca sul campo

Per la realizzazione della ricerca sul campo è stata costituita una equipe territoriale di 9 ricercatori all'interno della quale è avvenuta la suddivisione degli studi di caso (si veda par. 8). Il periodo di rilevazione ha avuto durata tre mesi e si è svolto nei mesi di settembre - novembre 2007. Mentre la stesura dei singoli *report* territoriali è terminata nel mese di dicembre.

Al fine di rendere il più possibile omogenea la raccolta delle informazioni necessarie e per cercare di ridurre al minimo le inevitabili differenze territoriali esistenti è stato progettato uno strumento di

rilevazione, “*Il quaderno del rilevatore*” (par. 6), utilizzato da ciascun membro dell’equipe e contenente:

- note di nomenclatura;
- materiali da reperire a livello regionale e di ambito;
- le griglie di intervista;
- le vignette.

La rilevazione ha seguito un’impostazione metodologica basata su tre differenti assi di indagine, che si ritrovano anche nella struttura utilizzata per la redazione dei rapporti territoriali (cfr. Parte II):

- il “**territorio**”: include la ricostruzione del contesto, sia a livello regionale (quadro istituzionale, normativo e programmatorio), che a livello comunale o sovra-comunale di ambito (variabili socio-economiche e demografiche, finanziarie, organizzative e funzionali dei servizi sociali);
- il “**servizio**”: si è inteso con questa definizione il solo servizio di *accesso al sistema di welfare*, quindi l’esistenza (o meno) ed il funzionamento delle strutture unitarie (comunque denominate) preposte all’individuazione e raccolta della domanda sociale, oggetto primario della ricerca, e al suo incontro con l’offerta di interventi e servizi;
- le “**misure**”: analisi del *set* delle prestazioni, sperimentali o a regime, destinate in maniera specifica agli “adulti in difficoltà”, *target* individuato per tutta la rilevazione empirica.

Su tutte e tre le dimensioni abbiamo proceduto, dopo il reperimento dei documenti di programmazione d’ambito (Piani di Zona o di Distretto, sociali o sociosanitari) e di eventuali indagini *ad hoc*, analizzando i principali dati disponibili. Dopo una mappatura delle porte formali e informali di accesso al *welfare*, si sono somministrate interviste semi-strutturate e di vignette (vedi “Quaderno del rilevatore”) ai responsabili degli Uffici di Piano (ove presenti, o delle Segreterie Tecniche di Zona), in particolare per la ricostruzione del contesto istituzionale/territoriale; ai coordinatori del servizio sociale professionale e/o delle porte d’accesso (a seconda della distinzione di responsabilità) in merito al servizio e alle misure.⁵

Nelle parti che seguono forniamo una descrizione della tipologia delle informazioni raccolte suddivise per le tre dimensioni indagate: il **territorio**, il **servizio** e le **misure**.

⁵ Rimandiamo in Appendice al “Pacchetto metodologico” ed al “Quaderno del rilevatore” per il dettaglio dei dati collezionati e le tracce di intervista somministrate.

IL TERRITORIO

Obiettivo: ricostruzione del contesto del caso studio

Le informazioni e i dati relativi a questa prima parte sono stati divisi in 6 aree tematiche, relative a tre livelli territoriali di riferimento: regionale, di ambito e comunale.

Le informazioni a livello regionale e di ambito si concentrano sulle variabili territoriali, istituzionali e di gestione, mentre quelle a livello comunale si focalizzano sulle variabili socio-economiche e demografiche, finanziarie, organizzative, sociali e funzionali dei servizi.

Riportiamo di seguito per ciascun livello le informazioni rilevate.

Dati a livello Regionale e di Ambito

1 – Contesto normativo e istituzionale

(fonti utilizzate: analisi della documentazione ufficiale, interviste responsabile Ufficio di Piano)

Precedenti studi e ricerche ad hoc sulla regione e sull'ambito
Piano sociosanitario regionale
Quadri normativi regionali di sistema ai quali si connette il piano sociale d'ambito
Forme di integrazione istituzionale tra Comuni
Uso di materiale di ricerca e analisi per la programmazione

Dati a livello di Ambito

2 – Conformazione territoriale

(fonti utilizzate: analisi documentazione ufficiale, intervista responsabile Ufficio di Piano)

Dati sulla composizione sociale del territorio: comuni che compongono l'ambito, comune capofila, popolazione, superficie, densità abitativa, ecc
Ambito/zona e distretto sanitario (coincidente o meno)
Rapporto/integrazione Provincia e SPI

3 – Assetti e forme di gestione dei servizi sociali

(fonti utilizzate: analisi documentazione ufficiale e interviste responsabile ufficio di piano e/o segreteria tecnica e ufficio di coordinamento)

Descrizione della conformazione e strutturazione del livello tecnico (equipes distrettuali, segreteria tecnica, segreteria tecnica allargata, ufficio di piano, ecc...)
Descrizione della conformazione e strutturazione del livello politico (conferenza di distretto, ufficio di coordinamento, conferenza di zona, ecc..)
Analisi dei rapporti tra i comuni, tra comuni e asl, organismi di terzo settore, patronati, sindacati, ecc..
Rapporto/integrazione Provincia e SPI

Dati a livello del Comune capofila

4 – Principali dati socio-economici e demografici

(fonti utilizzate: dati Istat, indagini ad hoc)

Tasso occupazione
Tasso disoccupazione
Indice di vecchiaia
Indice di dipendenza
Occupati nell'agricoltura ogni 100 occupati
Occupati nell'industria ogni 100 occupati
Occupati nei servizi ogni 100 occupati

5 – Spesa per servizi sociali

(fonti utilizzate: documentazione ufficiale, intervista responsabile Ufficio di Piano e assistenti sociali)

Spesa media pro-capite nel comune in rapporto alla spesa media pro capite regionale e nazionale
Distribuzione percentuale spesa per principali servizi

6 – Domanda e bisogni sociali

(fonti utilizzate: analisi studi e ricerche ad hoc, interviste a assistenti sociali, responsabili porte di accesso, Ufficio di Piano)

Criticità dell'ambito: problematiche legate al lavoro, alla povertà, all'esclusione abitativa, punti di debolezza e punti di forza
Analisi della domanda per aree di utenza trasversali o dedicate agli adulti in difficoltà e loro rapporto con le categorie 'storiche' (anziani, minori, disabili)
Nuove domande sociali degli adulti in difficoltà
Principali aree del disagio degli adulti

IL SERVIZIO

Obiettivo: individuazione della domanda sociale oggetto di indagine, analisi dell'accesso ai servizi, funzionamento delle strutture, incontro domanda/offerta.

Le informazioni e i dati relativi a questa sezione si concentrano su 4 aree tematiche:

1 - Raccolta e codifica della domanda sociale

(fonti utilizzate: interviste ad operatori di front e back office delle porte di accesso e al servizio sociale professionale, raccolta di documentazione specifica, somministrazione al personale di alcune "vignette" tipo)

Individuazione dei criteri e delle procedure di selezione di casi (caratteristiche dei beneficiari, criteri di eleggibilità, elementi di rischio percepiti, problematiche affrontate e inevase)
Analisi delle modalità di informazione, orientamento e accompagnamento (procedure standard, discrezionalità dell'operatore, personalizzazione di un caso oppure categorizzazione)
Conoscenza utenza potenziale da parte delle porte di accesso (esistenza di materiale documentale ad hoc, ricerche all'interno dell'ambito, survey o indagini)
Analisi delle evoluzioni nel sistema di accesso e nella strumentazione della rilevazione (con riferimento a persone in possesso di una 'memoria storica' all'interno della porta di accesso che possano pertanto raccontare le evoluzioni dal punto di vista organizzativo (numero addetti, mansioni specifiche, professionalità degli operatori) e strumentale (evoluzione nella scheda di rilevazione: elementi di complessità, di attivazione e di personalizzazione)
Verifica della esistenza di valutazioni sulla qualità e l'adeguatezza delle risposte dei servizi (documenti pubblici o intra-porte di accesso, modalità di campionamento, metodologia di analisi, principali dimensioni identificate nel percorso valutativo)
Analisi della documentazione di monitoraggio e mappatura della domanda (esistenza o meno di una documentazione di monitoraggio o mappatura, descrizione della strutturazione e delle dimensioni osservate, della metodologia usata e della diffusione e dell'utilizzo all'interno della porta sociale)
Osservazione della coerenza tra la fase dell'orientamento/accompagnamento e quella della presa in carico (analisi della documentazione ufficiale all'interno della porta di accesso (se esiste, oppure riferirsi al servizio sociale professionale) dove sia raccolta e schedata l'utenza e la sua relativa presa in carico da parte del servizio sociale professionale per capire quali tipi di problematiche riescono ad avere una risposta completa e quali una parziale), attraverso l'uso di alcune vignette ; attraverso la costruzione di alcuni 'utenti tipo' si analizza: <ul style="list-style-type: none">- il diritto a prestazioni sociali (o socio-sanitarie)- attraverso l'aggiunta di alcune caratteristiche (es. vedovanza, disabilità, minori a carico, tossicodipendenza, ecc., si comprende l'accessibilità alle prestazioni e le priorità di rischio considerate dal sistema dei servizi)

2 - Descrizione luoghi primo incontro/accoglienza

Nella rilevazione abbiamo tenuto aperto il doppio binario dell'accesso *formale* e *informale* al welfare locale; considerando *luoghi formali* i punti istituzionali di accesso al sistema dei servizi sociali, mentre *luoghi informali* quelli istituzionalmente non preposti a tale compito ma che di fatto esercitano sul territorio tale funzione.

Nella tabella sottostante riportiamo alcuni esempi tratti dall'indagine di campo.

Tab. 1 – Luoghi formali e informali dell'accesso al welfare

Porte di accesso formali	Porte di accesso informali
Municipi (o la rete delle porte sociali delle zone/ambiti), ASL, Patronati, Caritas e organizzazioni di terzo settore (se convenzionati con il sistema dei servizi sociali).	Caritas, Croce Rossa e organizzazioni di terzo settore (se <i>non</i> convenzionati con il sistema dei servizi sociali), amministratori comunali, medici di base, parrocchie.
Funzioni: di primo (accoglienza/ orientamento) e secondo (presa in carico) livello.	Funzioni: solitamente di primo livello, in qualche sporadico caso territoriale anche di secondo.

(fonti utilizzate: osservazione luoghi formali e informali - identificati attraverso interviste a operatori dei luoghi formali - e interviste ai responsabili di questi, per l'identificazione intervista all'Ufficio di Piano)

<p>Diagnosi sulla presenza e diffusione dei luoghi formali di rilevazione/raccolta di bisogni e domanda sociale (porte di accesso, tavolo di concertazione per l'inclusione sociale, agenzie sociali territoriali in rete, ecc) e loro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - numerosità; - distribuzione sul territorio; - organizzazione interna; - compiti e mansioni; - <i>mission</i> istituzionale; - professionalità presenti; - scambi e relazioni (materiale informativo, risoluzione congiunta delle problematiche)
<p>Seguendo le indicazioni tratte dai luoghi formali, analisi dei luoghi informali per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizzazione interna; - compiti e mansioni; - <i>mission</i> istituzionale; - professionalità presenti; - scambi e relazioni (materiale informativo, risoluzione congiunta delle problematiche)
<p>Analisi dei rapporti tra questi due luoghi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - collaborazione formalizzata o meno; - aree di interesse specifiche; - modalità di comunicazione tra i due luoghi ; - risoluzione congiunta o compartecipata delle problematiche.

3 - Analisi delle porte di accesso

(fonti utilizzate: interviste agli operatori di front e back office e raccolta materiale specifico)

Denominazione
Ente titolare
Funzioni e azioni*
Risorse umane
Fonti finanziarie
Integrazione interna (condivisione di modulistica tra sportelli e aree SISS, ecc..) ed esterna (incontri tra referenti del distretto, ufficio di piano, protocollo di intesa ASL, ecc..)
Esternalizzazione
Funzionamento (organizzazione)
Quale livello organizzativo (I e II)
Sperimentazioni in corso

Fonte: NS elaborazioni su “La Porta Sociale: una buona pratica per l’accesso alla rete dei servizi” 2004 del Cevas

*** classificare le funzioni/azioni nelle seguenti modalità:**

- a) Informazione telefonica
- b) Informazione in loco
- c) Informazione tramite internet
- d) Accompagnamento
- e) Monitoraggio domanda al servizio
- f) Mappatura dell’offerta di servizi pubblici
- g) Mappatura dell’offerta di servizi provato sociale
- h) Collegamento CUP e prenotazioni
- i) Collegamento con URP Informazioni tematiche
- k) Accesso diretto per alcuni servizi.

4 – Analisi dell’incontro domanda offerta

(fonti utilizzate: interviste agli operatori di front e back office, somministrazione delle vignette e raccolta materiale specifico)

Capacità di informazione, orientamento e accompagnamento dell’utenza da parte delle porte sociali
Domanda soddisfatta/insoddisfatta
Tipologie di intervento inadatte alla risoluzione delle problematiche presentate
Osservare la coerenza tra la fase dell’orientamento/accompagnamento e quella della presa in carico
Analisi delle lista d’attesa
Elasticità/rigidità della risposta
Copertura dei servizi
Qualità e efficacia del servizio offerto

LE MISURE

Obiettivo: analisi dettagliata delle misure sperimentali o a regime per gli adulti in difficoltà

Lettura e analisi delle misure mediante:

1- Griglia di lettura

(fonti utilizzate: reperimento delle informazioni attraverso interviste ad assistenti sociali e responsabili porte di accesso, somministrazione delle vignette)

	PROGRAMMA	SERVIZIO
Esempi	RMI	sussidi
Formulazione	Obiettivi-mezzi-risultati	Bisogno-azione-soddisfazione del bisogno
Durata	A tempo	Ordinario
Obiettivo	Ottenere qualcosa che non c'era, migliorare un dato quantitativo	Stabilire degli standard: di meta (best practices, propria storia,..); di soglia: requisiti minimi
Finanziamento	Spesa straordinaria, fondi dedicati	Spesa ordinaria
Decisore	Quale organismo promuove il programma (EU, nazionale, regionale, ecc)	Organismo gestore (pubblico, privato o del privato sociale) Istituzione pubblica responsabile del servizio (Comune)
Beneficiari	Un target specifico	Chi ha i requisiti per riceverlo

Fonte: Stame 2003, Leone 2006 (dispense didattiche)

1) Focus sulla 'morfologia'

(Reperimento delle informazioni attraverso interviste assistenti sociali e responsabili porte di accesso)

<p><u>Utenza:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -categoriale (adulti in difficoltà) -trasversale (famiglia, nuove povertà, inserimento lavorativo, esclusione e marginalità sociale, sostegno al reddito e all'affitto)
--

3 – Analisi SWOT (reperimento delle informazioni attraverso interviste assistenti sociali, responsabili porte di accesso)

Punti di forza e di debolezza delle misure: Numero dei beneficiari rispetto agli aventi diritto e ai richiedenti, gestione, impatto, ...

6. Il quaderno del rilevatore: griglie di intervista e vignette

QUADERNO DEL RILEVATORE

Nota di Nomenclatura

Per “Adulti in difficoltà” si intendono soggetti in condizione di:

- povertà economiche;
- difficoltà nelle responsabilità familiari;
- difficile inserimento lavorativo;
- esclusione abitativa.

Se nel corso dell’indagine emergono altre tipologie di soggetti considerati adulti in difficoltà da parte dei servizi sociali aggiungerli alla lista della nomenclatura e comunicarlo ai coordinatori della ricerca.

Materiali Da Reperire

- Studi e ricerche ad hoc sulla regione e sull’ambito in riferimento al target di riferimento (adulti in difficoltà);
- Piano sociale (o socio sanitario) regionale;
- Piano di Zona o d’Ambito;
- Dati socio economici e demografici dell’Ambito (cfr. pacchetto metodologico);
- Note di spesa per i servizi sociali (cfr. pacchetto metodologico).

Griglie di intervista

Responsabile Ufficio di Piano (in alternativa Responsabile assistenti sociali, che solitamente si occupano della programmazione nel caso manchi l'ufficio di piano)

Il Territorio

1. Può descriverci la conformazione e la strutturazione del livello tecnico dell'ambito (*equipes* distrettuali, segreteria tecnica allargata, ecc)?
2. Può descriverci la conformazione e la strutturazione del livello politico dell'ambito (conferenza di distretto, ufficio di coordinamento, conferenza di zona, ecc)?
3. Questa strutturazione prevede una particolare attenzione per gli Adulti In Difficoltà (d'ora in poi AID) (tavolo tematico, ecc)?
4. Qual è il profilo dell'adulto in difficoltà nel vostro territorio? Uomo o donna? Che tipo di disagio?
5. Quali sono le ragioni che determinano il disagio degli adulti?
6. Quali le criticità principali dell'ambito?
7. Qual è la forma di gestione dell'ambito? (*Gestione comunale associata e integrata con la sanità, Gestione comunale non (o parzialmente) associata parzialmente integrata con la sanità, Gestione comunale associata (cfr. box informativo)*)
8. Questa forma di gestione favorisce il sostegno agli AID?
9. Può indicarci che tipo di rapporto e/o integrazione esiste con la Provincia e gli SPI (Sportelli per l'impiego)?
10. A livello Comunale, esistono e quali sono le forme istituzionali di integrazione e associazione? (fusioni di Comuni, consorzi, convenzioni)
11. Secondo Lei queste forme di associazione favoriscono e in che modo gli AID?
12. Nel lavoro di programmazione dell'ambito, utilizzate ricerche specifiche condotte ad hoc sull'ambito? Se sì, quale spazio hanno gli AID in queste analisi?
13. Quali sono secondo Lei le criticità principali nel vostro territorio relative agli AID? (lavorative, familiari, abitative) e quali invece i punti di forza (rete capillare di servizi, bacini economici in crescita, ecc)?
14. Il piano sociale d'ambito si connette a quadri regionali di sistema in merito agli AID?
15. In che modo vengono programmati i servizi per gli adulti in difficoltà (riferimento a precedenti ricerche, ecc)?

Il Servizio (da sottoporre al responsabile dell'Ufficio di Piano nel caso sia anche responsabile del servizio sociale professionale)

1. Esiste un punto unico di accesso?
2. Esistono punti informali? Sono riconosciuti dal sistema formale e dall'utenza?
3. C'è una forma di convenzionamento con i luoghi informali?
4. Gli AID si presentano nei luoghi formali e informali? sono informati della loro esistenza e del loro funzionamento? In che modo sono informati?
5. Come sono dislocati sul territorio i punti di accesso formali e informali?
6. Il punto di accesso formale è organizzato sulle risorse umane pubbliche o ci sono persone che partecipano?
7. Qual è la modalità con la quale si conosce l'utenza potenziale degli AID? (materiale ad hoc, survey o indagini..)
8. Che rapporto c'è tra le categorie storiche (anziani, minori, disabili) e gli AID nella strutturazione e nello spazio dei servizi?

9. Quali sono le nuove domande sociali degli AID e come ne viene tenuto conto nella programmazione dei servizi?
10. Che tipo di scambi intercorrono? (materiale informativo, risoluzione delle problematiche)
11. Che rapporto c'è tra questi luoghi formali e informali? (collaborazione formalizzata, aree di interesse specifico, modalità di comunicazione tra i due luoghi, risoluzione delle problematiche)
12. Viene fatta una valutazione sulla qualità e l'adeguatezza dei servizi per gli AID?
13. Viene fatta una codifica e una mappatura della domanda degli AID?
14. In concreto nel suo territorio quale è il punto vero di accesso o tra gli utenti e il servizio?

Responsabile Porta di Accesso (da ripetere per ogni porta presente sul territorio: sportello, segretariato, ecc)

Il Servizio

- Quale sono i bisogni più in evidenza degli adulti? (quali sono i profili di AID del territorio)
- Qual è la modalità (se c'è) con la quale si conosce l'utenza potenziale degli AID? (materiale ad hoc, survey o indagini..)
- Per quanto riguarda gli AID, può descriverci quali sono i criteri e le procedure di selezione dei casi? (eleggibilità, caratteristiche, ecc);
- Le procedure di informazione, orientamento e accompagnamento seguono dei modelli standard, oppure c'è una certa discrezionalità da parte dell'operatore?
- La risposta è molto 'personalizzata' oppure è più standardizzata per tipologie di bisogno degli AID?
- In che modo è cambiata nel tempo questa porta di accesso e la strumentazione della rilevazione? (organizzativo: mansioni e addetti, come e se sono cambiate le professionalità degli operatori; strumentale: la scheda di rilevazione è cambiata negli anni? Se sì in che modo? Verso una maggiore personalizzazione?)
- Viene fatta una valutazione sulla qualità e l'adeguatezza dei servizi per gli AID?
- Viene fatta una mappatura e un monitoraggio della domanda degli AID?
- Può indicarci quali sono le altre porte di accesso presenti sul territorio? (formali e informali)
- Come sono dislocate sul territorio?
- Che tipo di scambi intercorrono? (materiale informativo, risoluzione delle problematiche)
- Che rapporto c'è tra questi luoghi formali e informali? (collaborazione formalizzata, aree di interesse specifico, modalità di comunicazione tra i due luoghi, risoluzione delle problematiche)
- Qual è la prima porta di accesso tra gli utenti e il servizio?
- Che rapporti avete con la Provincia e gli SPI (sportelli per l'impiego)?
- Rispetto alla domanda che arriva, potrebbe indicare quali problematiche riescono ad avere una risposta completa e quali invece parziale?

Griglia descrittiva da compilare per ogni porta d'accesso

Denominazione
Ente titolare
Funzioni e azioni*
Risorse umane (professionalità)
Fonti finanziarie
Integrazione interna (condivisione di modulistica tra sportelli, ecc..) ed esterna (incontri tra referenti del distretto, ufficio di piano, protocollo di intesa ASL, ecc..)
Esternalizzazione

Funzionamento (organizzazione)
Quale livello organizzativo (I e II)
Sperimentazioni in corso

*** classificare le funzioni/azioni nelle seguenti modalità:**

- a) Informazione telefonica
- b) Informazione in loco
- c) Informazione tramite internet
- d) Accompagnamento
- e) Monitoraggio domanda al servizio
- f) Mappatura dell'offerta di servizi pubblici
- g) Mappatura dell'offerta di servizi provato sociale
- h) Collegamento CUP e prenotazioni
- i) Collegamento con URP Informazioni tematiche
- k) Accesso diretto per alcuni servizi

Responsabile Porta di Accesso LUOGHI INFORMALI

Identikit della porta informale

- che tipo di organizzazione (onlus, cooperativa, associazione, patronato, ecc)
- professionalità che vi operano
- indirizzo e *mission*
- finanziamenti
- Da quanto tempo operate sul territorio?
- Che tipo di domanda raccogliete per quanto riguarda gli AID?
- Come accogliete e indirizzate la domanda?
- Che tipo di rapporti avete con le porte d'accesso formali?
- Collaborate stabilmente? In modo formale? Quali sono i contenuti della vostra collaborazione? (accoglienza, scambio materiale informativo, progetti, ecc..)
- Si sono modificati i bisogni degli AID con il tempo? Se sì come?
- Secondo Lei, gli utenti si rivolgono alla vostra organizzazione (piuttosto che alla porta di accesso istituzionale) perché....(è conosciuta sul territorio, lavora in rete con il sistema dei servizi, ha un passato riconosciuto di lavoro del settore, ecc)

Assistente Sociale

Le Misure

- Quali sono le criticità del territorio per gli adulti?
- Quali sono i profili più numerosi degli adulti in difficoltà? (*single parents*, esclusione abitativa, lavorativa, ecc)
- Quali sono le misure per rispondere a queste domande? (a regime e sperimentali);
- Che tipo di approccio nei confronti degli utenti? (categoriale, multidisciplinare, in transizione, ecc)
- Come sono cambiati i bisogni degli adulti in difficoltà?
- C'è stata una evoluzione nella risposta? Se sì in che direzione?

Per ogni misura specificare:

- Durata;
- Finanziamento (spesa straordinaria, fondi dedicati, ecc);
- Decisore (quale organismo promuove il programma, EU, nazionale, regionale, ecc)
- Beneficiari
- Punti di forza e debolezza della misura (numero dei beneficiari rispetto agli aventi diritto e ai richiedenti, impatto,...)

7. Vignette

Le vignette sono una metodologia, ultimamente in ascesa negli studi sociali, capace di fornire dati comparabili che prendano in considerazione la variabilità del contesto e dell'assetto istituzionale.

Sono uno strumento diretto e semplice che permette di comprendere come rispondano i diversi contesti rispetto ad un "profilo tipo".

L'uso delle vignette facilita inoltre la conoscenza e la comprensione di pratiche formali e informali del management dei servizi, e l'emergere del "grado di flessibilità" delle misure, permettendo di evidenziare momenti cruciali come la codifica e la lettura del bisogno sociale da un lato e il *set* di risposte possibili dall'altro.

Metodologicamente è stato ritenuto opportuno esporre le vignette alla fine dell'intervista. Sono stati richiesti i commenti dell'operatore riguardo: a profili di AID "tipici" del territorio che non rientrassero nelle vignette a lui somministrate, alle forme di integrazione con altri servizi socio-assistenziali e con altri comparti del welfare e alle modalità della risposta (in cash, kind, o l'attivazione di un percorso).

Le sei vignette sono divise per aree tematiche: inserimento lavorativo, responsabilità famigliari, contrasto alla povertà.

Inserimento lavorativo

Mrs **C** è una donna di 45 anni. E' stata casalinga fino a 2 anni fa, quando ha divorziato con il marito. Il marito è un artigiano la cui attività è fallita, e non ha reddito per pagare gli alimenti. Non hanno figli e vive da sola in una casa in affitto che paga con i risparmi che le hanno lasciato i genitori in eredità. Questi risparmi stanno finendo. Ha un basso titolo di studio e nessuna competenza specifica.

A cosa ha diritto?

E a cosa avrebbe diritto se (variazioni del profilo):

Il marito le pagasse gli alimenti (300 euro)

Avesse un minore a carico

Fosse proprietaria di casa

Avesse un problema di disabilità diretto o indiretto

Mr **D** è un uomo di 50 anni. Ha lavorato come impiegato in una ditta di trasporti che è fallita. Ha un basso titolo di studio, vive in affitto e paga le utenze e il canone di locazione con i risparmi che ha accumulato nella sua carriera lavorativa. E' single.

A cosa ha diritto?

E a cosa avrebbe diritto se (variazioni del profilo):

Fosse sposato e la moglie fosse una casalinga

Fosse sposato e la moglie fosse occupata (impiegata reddito 800 euro al mese)

Avessero 1 figlio

Fosse proprietario di casa

Avesse un problema di disabilità diretto o indiretto

Responsabilità famigliari

Mrs **B** è una donna di 45 anni

Occupata (con reddito basso), sposata (il marito lavora e percepisce un reddito basso), con un figlio piccolo. Ha problemi perché lavorando non ha tempo di prendersi cura del piccolo. Vive in affitto.

A cosa ha diritto?

E a cosa avrebbe diritto se (variazioni del profilo):

Fosse disoccupata

Single parent

Fosse proprietaria di casa

Se il marito fosse disoccupato

Avesse un problema di disabilità diretto o indiretto

Mr **E** è un uomo di 48 anni. E' sposato e ha 2 figli piccoli. Lui e la moglie lavorano in una piccola attività artigianale di loro proprietà, che da 5 anni non riesce a garantire un reddito sufficiente, ragione per la quale ha cominciato ad indebitarsi. Sono impegnati a risollevarne le sorti della loro attività e non hanno tempo di occuparsi dei piccoli. Non hanno genitori o parenti vicini che possano aiutarli nella cura dei figli. Sono proprietari della casa dove vivono.

A cosa ha diritto?

E a cosa avrebbe diritto se (variazioni del profilo):

Fosse disoccupato

Single parent

Fosse in affitto

Avesse un problema di disabilità diretto o indiretto

Contrasto alla povertà

Mr **A** è un uomo di 50 anni.

E' divorziato, ha un basso titolo di studio e una carriera di lavoratore intermittente. Negli ultimi 15 anni ha svolto lavori come operaio generico. Ha problemi a pagare le bollette e l'affitto e non riesce a pagare gli alimenti alla ex moglie.

A cosa ha diritto?

E a cosa avrebbe diritto se (variazioni del profilo):

Minore a carico

Disoccupato da più di 12 mesi

Proprietario dell'immobile dove vive

Avesse un problema di disabilità diretto o indiretto

Mrs **F** è una donna di 45 anni. E' sposata e non ha figli. E' impiegata in una ditta di pulizie e il marito è un operaio in una azienda meccanica (il reddito del marito è di 1100 euro al mese). Negli ultimi 2 anni ha avuto dei problemi di salute che le impediscono di lavorare ma non tali da accedere ai trasferimenti economici per invalidi, Sono in affitto e hanno finito i risparmi con i quali hanno pagato utenze e canone di locazione.

A cosa ha diritto?

E a cosa avrebbe diritto se (variazioni del profilo):

Minore a carico

Proprietario dell'immobile dove vive

Avesse un problema di disabilità diretto o indiretto

8. Piano delle interviste

LIGURIA

La Spezia

- Dott.sa Roberta Donnini - *Direttore sociale del Distretto sociosanitario Spezzino*
- a.s. Stefania Branchini - *Assistente sociale coordinatore, responsabile dell'Area disagio adulto - Ambito Territoriale Sociale della Spezia.*

Imperia

- Maria Cristina Liberati - *Ufficio Programmazione - Valutazione Progetti - Promozione Occupazionale - Servizi Sociali - Provincia di Imperia*
- Dott. Gian Franco Mandara - *Responsabile settore Servizi Sociali e Attività Educative - Comune di Imperia*
- Dr.ssa Silvana Bergonzo - *Responsabile Segreteria Tecnica Zona 3 Imperiese - Comune di Imperia*
- Dott.ssa Sonia Grassi Responsabile ai Servizi Sociali – *Servizi sociali e al nucleo familiare; Area maternità , infanzia e adolescenza - Comune di Imperia*
- A.S. Paziienza - *Responsabile dello sportello del ponente - Comune di Imperia*
- Dott.ssa Maria Teresa Spotorno - *Responsabile dello sportello e dei servizi - Comune di per Diano Marina*
- A.S. Roberta Pavan - *Responsabile Sportello sociale - Comune di per Diano Marina*

Comunità Montana Ingauna (SV)

- Dott. Alfonso Salata – *Assessore Servizi Sociali e Volontariato Comune di Albenga*
- Dott. sa Patrizia Ascheri – *Responsabile Segreteria Tecnica di Zona*
- Dott. Antonio Giordani – *Responsabile Servizi Sociali Comune di Albenga*
- Dott. sa Giovanna Tortarolo – *Assistente Sociale Comune di Albenga*
- Dott. sa Barbara Manzoni - *Assistente Sociale Comune di Albenga*
- Dott. Giorgio Pizzo – *Responsabile Centro Ascolto Caritas Albenga*
- Dott.sa Missaglia – *Responsabile Servizio Sociale Comunità Montana Ingauna*
- Dott.sa Rodi – *Assistente Sociale Comunità Montana Ingauna*
- Dott. sa Ivana Sirtori – *Responsabile Servizio Sociale Comune di Alassio*
- Dott. sa Sonia Ottone – *Assistente Sociale Comune di Alassio*
- Don Mauro Marchiano – *parroco Comune Garlenda*

TOSCANA

Prato

- Dott.sa Fiammetta Zaniboni - *Coordinatrice dell'Ufficio di Piano della Società della Salute Area pratese e progettista dei servizi sociali del Comune di Prato (dipendente Comune di Prato con contratto per la Società della Salute).*
- Dott.sa Egizia Badiani - *Coordinatrice del Punto unico di accesso e responsabile del servizio sociale professionale (dipendente Azienda USL 4 di Prato).*
- Dott.sa Luciana Galeotti- *Coordinatrice di articolazione territoriale del punto unico di accesso del distretto Prato centro-est e coordinatrice del gruppo professionale sociale (Assistente sociale).*
- Dott.sa Noemi Imprescia - *Assistente sociale dell'articolazione territoriale del punto unico di accesso distretto Prato centro-est*

Grosseto

- Dr. Fabrizio Boldrini - *Direttore del COeSO*
- Dr.ssa Carla Camici - *Coordinatore del servizio sociale professionale - COeSO*

Comunità Montana Valdnievole (PT)

- Lorena Paganelli - *Responsabile delle Attività Sociali della Società della Salute Valdinievole*
- Lina Casata - *Responsabile Unità Funzionale Servizi Sociali e Unità Operativa Assistenza Sociale Zona Valdinievole, Ausl n. 3 di Pistoia*
- Nada Capitanini - *Referente ADO di Montecatini - Ausl n. 3 (Assistente sociale)*
- Paola Pagni - *Facente Funzioni referente ADO di Monsummano - Ausl n. 3 (Assistente sociale)*
- Michela Pallini - *Facente Funzioni referente ADO di Pescia - Ausl n. 3 (Assistente sociale)*
- Paola Michelotti - *Funzionario Responsabile Servizi alla Persona Comune di Buggiano*
- Luisella Gobbi - *Funzionario Area politiche sociali, socialità ed istituzioni culturali dell'Istituzione comunale di Pescia*
- Daniela Dami - *Assistente Sociale Comune di Montecatini*
- Cristina Brizzi - *Segretaria coordinamento Caritas Diocesana di Pescia*

LAZIO

Roma – V Municipio

- Dott. Cimenti - *Resp. Servizi sociali e ufficio di piano*
- Palma Silvi - *Resp. Area adulti servizi sociali*
- Laura Marucci - *Resp. Sportello unico socio sanitario*

Viterbo

- Sig. ra Colazingari - *Resp. Servizi sociali e Ufficio di piano*
- Dott. Peperone – *Operatrice sportello ASL*
- Sig. ra Semproni - *Resp. Area adulti servizi sociali distretto*
- Parroco

Comunità Montana Subiaco (PM)

- Sig.ra Camilli - *Resp. Servizi sociali e ufficio di piano*
- Paola Danesi - *Resp. Area adulti servizi sociali distretto*
- Operatrice URP ASL
- Parroco
- Operatrice Caritas
- Operatore Crocerossa

PUGLIA

Brindisi

- Alberto Zonno Renna - *Servizi Sociali Brindisi - Dirigente UdP*
- Rosanna Greco - *Servizi Sociali Brindisi - Assistente sociale*
- Maria Rosaria Rubino - *Servizi Sociali Brindisi - Coordinatrice delle assistenti sociali*
- Maurizio Guadalupi - *Presidente Centro Antiviolenza Crisalide*
- Adele Tundo - *Coordinatrice della Caritas Brindisi*

Mola di Bari (BA)

- Luigi Caccuri - *Responsabile Uff. di Piano di Mola di Bari*
- Tonia Palazzo - *Assistente sociale Comune di Mola di Bari*
- Isa Anelli - *Responsabile Centro d'Ascolto (Caritas) Interparrocchiale di Rutigliano*
- Sig.ra Santa Bello - *vincenziana e collaboratrice centro d'ascolto Caritas Chiesa matrice (Mola); in quell'occasione erano presenti e sono state ascoltate anche la responsabile Centro d'ascolto Caritas Chiesa matrice Mola e la presidente delle Vincenziane, sempre di Mola.*

Comunità Montana Daunia (FG)

- Costanzo Cascavilla – *Responsabile Ufficio di Piano (consulente esterno)*

- Fernando De Colellis – *Assistente sociale, componente tecnico dell'Ufficio di Piano e assistente sociale dei Comuni di Accadia e Sant'Agata di Puglia*
- Angela Cavaliere - *Assistente sociale del Comune di Deliceto per il servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata); e unica assistente sociale comunale di Castelluccio del Sauro*
- Edoardo Beccia – *Sindaco del Comune di Troia e medico di famiglia nello stesso Comune*
- Mario Miedico - *Referente Unione Comunale e CAF Comune di Troia e segretario territoriale CGIL Comune di Troia.*

9. L'equipe territoriale

LIGURIA

Mauro Pellegrino: *La Spezia*

Beba Molinari: *Imperia*

Sebastiano Benasso: *Comunità Montana Ingauna (SV)*

TOSCANA

Valentina Cava: *Prato*

Unico Rossi: *Grosseto*

Gabriella De Pietro: *Comunità Montana Valdinievole (PT)*

LAZIO

Silvia Lucciarini: *Roma – V Municipio;*

Viterbo;

Comunità Montana Subiaco (PM)

PUGLIA

Anna Giulia Ingellis: *Brindisi*

Cristina Di Modugno: *Mola di Bari (BA); Comunità Montana Daunia (FG)*

Riferimenti bibliografici

- Bifulco, L., a cura di (2005), *Le politiche sociali*, Roma: Carocci.
- Brandolini A., Saraceno C. (2007), cura di, *Povert  e benessere. Una geografia delle disuguaglianze in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Commissione di Indagine sull'esclusione sociale, *Rapporto sulle politiche contro la povert  e l'esclusione sociale – anno 2005*, luglio 2006. www.commissione-poverta-cies.it
- Daly, M. (2003), "Governance and social policy", *Journal of Social Policy*, 32 (1): 113-128.
- De Leonardis O. (2003), "Le nuove politiche sociali" in: Bifulco L. (a cura di), *Il genius loci del welfare. Strutture e processi della qualit  sociale*, Officina Edizioni, Roma.
- Devastato G. (2005), *Welfare dell'accesso: due sperimentazioni a confronto*, in «La Rivista delle Politiche Sociali», Welfare locale. Azioni di sistema territori e governance, n.2/2005.
- Formez (2006), *L'attuazione della riforma del welfare locale*. Monografie Regionali. Regione Toscana. [http://db.formez.it/storicoFontiNor.nsf/b966f27599017389c1256c5200300e09/04DCB96BCC468E7AC1256DDD005CF4EA/\\$file/MONOGRAFIE.pdf](http://db.formez.it/storicoFontiNor.nsf/b966f27599017389c1256c5200300e09/04DCB96BCC468E7AC1256DDD005CF4EA/$file/MONOGRAFIE.pdf)
- IRES-ISFOL (2004), *Il monitoraggio dei Piani di Zona*, rapporto di ricerca, n.p.
- ISTAT (2007), *Forze di lavoro - Media 2006*, Roma
- ISTAT (2003), *La povert  in Italia nel 2002*, Roma
- ISTAT (2003), *Rilevazione trimestrale sulle forze lavoro*, Roma
- <http://demo.istat.it/altridati/indicatori/index.html#tabreg>
- ISTAT (2005), *La povert  relativa in Italia nel 2004*, Roma
- ISTAT (2006), *Demografia in cifre*, Roma
- ISTAT (2006), *La povert  relativa in Italia nel 2005*, Roma
- ISTAT (2007), *La povert  relativa in Italia nel 2006*, Roma
- ISTAT (2007), *La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – anno 2004*
- Kazepov Y. (1996), *Le politiche locali contro l'esclusione sociale in Italia*, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma.
- Macaluso C.(2007), *La Societ  della salute dell'area pisana. Caratteristiche e processo di governo del territorio*, in «La Rivista delle Politiche Sociali», Il sistema socio-sanitario in Italia, n.1/2007.
- Ministero della Solidariet  Sociale (2006), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Roma.
- Ministero della Solidariet  Sociale (2006), *Rapporto nazionale sulle strategie per la protezione sociale e l'inclusione sociale 2006-2008*, Roma.
- Osservatorio Sociale Provinciale di Prato, Dossier Statistico Sociale 2007. www.provincia.prato.it/w2d3/internet/cache/provprato/internet2/index.html?fldid=503
- Piano Integrato Sociale Regionale, anni 2002-2004, Relazione sociale. www.rete.toscana.it/index.htm
- Pugliese E. (1993), *Sociologia della disoccupazione*, Bologna: Il Mulino.
- Ranci C. (2002), *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Bologna: Il Mulino.
- Ranci Ortigosa E (2004), *Il rapporto tra servizi sociali e servizi sanitari*, in Gori C., *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci.
- Regione Toscana - Formez, *Relazione Sociale della Regione Toscana (2002-2004)*. Allegato al PISR 2005-2007, 2005. <http://db.formez.it/ArchivioNews.nsf/5edc5bd831998a1dc1256c310036ada6/36e7da8d0d5044dcc1256fa400586377?OpenDocument>
- Rosanvallon P. (1997), *La nuova questione sociale*, Roma: Edizioni Lavoro.
- Sambo, P., *Il Sistema socio-demografico*, in SdS Area Pratese, Aggiornamento Profilo di Salute 2007. www.sds.prato.it
- Sambo, P., *Il Sistema socio-economico*, in SdS Area Pratese, Aggiornamento Profilo di Salute 2007. www.sds.prato.it
- Saraceno C. (2004), a cura di, *Le dinamiche dell'assistenza sociale in Europa*, Bologna, Il Mulino.