

## **ARTICOLO 14**

**Diritto ad usufruire dei servizi sociali**

## §. 1

Nel precedente rapporto del governo italiano si era illustrato il sistema integrato di interventi e servizi sociali, tuttora vigente, delineato dalla Legge quadro n. 328/2000 e dai decreti attuativi della stessa.

Si ricorda che sul predetto sistema era intervenuta l'approvazione, nel 2001, della legge di riforma del Titolo V della Costituzione che ha confermato l'impianto ispiratore della legge 328/2000, individuando l'ente locale come soggetto istituzionale preposto all'erogazione dei servizi (sussidiarietà verticale) e promuovendo la partnership pubblico/privato (sussidiarietà orizzontale). Sempre in continuità con la legge n. 328/2000, l'offerta dei servizi si collegava al riconoscimento di veri e propri diritti sociali, la cui identificazione veniva affidata allo Stato tramite i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), mentre alle Regioni erano affidate, in via esclusiva, le competenze legislative in materia di politiche sociali (v. box pagine 3,4,5 ).

Nonostante questa forte continuità, il nuovo quadro costituzionale non ha agevolato il processo di attuazione della legge quadro del 2000.

Sono sorte delle difficoltà riguardo le interazioni tra i vari livelli di governo, nazionale e locale.

Inoltre, sul piano del finanziamento del sistema, l'articolo 119 della Costituzione non ha previsto fondi di settore con caratteristiche simili a quelle del preesistente Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS).

Infine, il Piano nazionale dei servizi e degli interventi sociali, allo scadere della prima triennalità, nel dicembre 2003, non è stato rinnovato, né sono state adottate le normative quadro previste dalla legge del 2000 (adozione parziale per l'art. 11, mancata adozione per gli artt. 12 e 13) ed identificati i LEP. Permane il meccanismo allocativo annuale con risorse che di anno in anno – pur se ora con minori vincoli di destinazione – passano dallo Stato centrale alle regioni, e quindi in ultima istanza ai comuni.

Box 1. QUADRO SINOTTICO DEI PROVVEDIMENTI NORMATIVI E DI PROGRAMMAZIONE DELLE REGIONI

regioni	Leggi quadro sul sistema dei servizi sociali	Piano Sociale Regionale (e Piani Sanitari)
Abruzzo		Dell. 28-8-2006 n. 977 Linee generali del terzo Piano sociale regionale 2007-2009
Basilicata	L.R. n. 25/1997 Riordino del sistema socio-assistenziale	Prorogato nel 2003 e nel 2004 il Piano Socio-assistenziale 2000-2002
Calabria	L.R. n. 23/2003	L.R. n. 11/2004 Piano Regionale per la Salute 2004/2006
Campania	Ddl n. 13/2004 (legge per la dignità sociale e i diritti di cittadinanza)	Linee Guida annuali per l'integrazione socio-sanitaria
Emilia Romagna	L.R. n. 2/2003	
Friuli Venezia Giulia	L.R. n. 6/2006 Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.	Del. G.R. 6-8-2002 n. 2834 Legge regionale n. 18/1996, articolo 6. Approvazione della relazione programmatica per l'anno 2002 nel settore delle politiche sociali. Del. G.R. 29 maggio 2002, n. 1891 "Programma per la prima attuazione della legge n.328/2000-assegnazione dei fondi statali 2001 e anni precedenti".
Lazio		Dell. G. R. del 29/10/2002 (Piano Socio-assistenziale 2002-2004)
Liguria		Del. C. R. n. 65/2001 (Piano triennale dei servizi sociali 2002-2004)
Lombardia		Del. C. R. n. VII/0462 del 13/03/2002 Piano Socio-Sanitario regionale 2002-2004. "Libertà e innovazione al servizio della salute".
Marche		Del. C. R. n. 306/2000 (Piano Regionale Sociale 2000-2002) Del. G. R. n. 1968/2002 (Linee Guida per i Piani sociali di Zona 2003) Del. C. R. n. 97/2003 (Piano Sanitario Regionale 2003-2006)
Molise	L.R. n. 1/2000 Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione sociale e dei diritti sociali di cittadinanza L.R. n. 9/2005 Riordino del Servizio Sanitario Regionale	Del. G.R. n. 251 del 12/11/2004 Piano socio-assistenziale regionale. Triennio 2004-2006. Legge 8 novembre 2000, n. 328 e legge regionale 7 gennaio 2000, n. 1 Del. G.R. n. 908 del 04/07/2005 Del. C.R. 12/11/2004, n. 251 "Piano Sociale regionale triennale 2004/2006". Piani sociali di zona. Provvedimenti. Linee Guida per la stesura dei Piani Sociali di Zona
PA Bolzano	L.P. n. 13/1991 "Riordino dei servizi sociali nella Provincia di Bolzano": costituisce ad oggi la base normativa di riferimento per il settore delle politiche sociali	Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 Del. G.P. 13-12-1999 n. 5513 Approvazione del Piano sociale provinciale 2000-2002.

<b>PA Trento</b>	L.P. n. 14/1991 Ordinamento dei servizi socio-assistenziali in provincia di Trento	D.G.P.581/2002 Piano Sociale e Assistenziale per la Provincia di Trento 2002-2003
<b>Piemonte</b>	L.R. n. 1/2004 Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento	Piano Socio-Sanitario 2002-2004 Del.G.R. n. 51-13234 del 3/8/2004 Approvazione delle linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona, ai sensi dell'art. 17 della legge regionale 8 gennaio 2004 n. 1
<b>Puglia</b>	L.R. n. 19/2006 Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia	Del. G. R. n. 1104/2004 (Piano Regionale delle Politiche Sociali 2004-2006) Del. G. R. n. 2100/2004 (Piano Regionale delle Politiche per la Famiglia e Linee Guida per l'Immigrazione)
<b>Sardegna</b>	L.R. n. 23/2005 Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1988 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali).	Del. G.R. n. 4/21 del 10/02/2005 Piano Regionale dei servizi sociali e sanitari
<b>Sicilia</b>	L.R. n. 22/1986	D.G.R. luglio 2002 Linee guida di indirizzo ai comuni per la redazione dei Piani di Zona - Triennio 2001-2003, in attuazione della legge 328/2000. Verso il piano socio-sanitario della Regione Siciliana D.P. n. 243 del 4/11/2002 Linee Guida per l'attuazione del Piano Socio-sanitario della Regione Siciliana D.P. del 11/06/2000 Piano Sanitario Regionale 2000-2002
<b>Toscana</b>	L.R. n. 41/2005 (Legge sul sistema integrato dei servizi sociali e la tutela dei diritti di cittadinanza)	Del. C. R. n. 60/2002 (Linee guida per il PISR 2002 -2004) L.R. n. 40/2005 (Approvazione del Piano Sanitario Regionale) Prorogato al 2005 il PISR 2002-2004
<b>Umbria</b>		Del. C.R. n. 759 del 20/12/1999 Piano Sociale Regionale 2000 – 2002 Del. G.R. n. 649 del 21/06/2000 Linee guida regionali per la costruzione dei Piani di Zona Del. G.R. n. 248 del 6/3/2002 Atto di indirizzo ai comuni per la programmazione sociale di territorio In corso di redazione il Piano 2005-2007
<b>Valle d'Aosta</b>	L.R. n. 5/2000 Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione	L.R. n. 18 del 4/09/2001 Approvazione del piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004

<b>Veneto</b>	Ddl. n. 3/2002 (Testo organico per le politiche sociali)	Del.G.R. del 10/08/2003 Piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità 2003-2005 Politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali della Regione del Veneto negli anni 2003 – 2005 Del.G.R. n. 1784 del 18/08/2004 Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona
---------------	--	---

Nonostante le criticità sopra rappresentate, il “*Rapporto di monitoraggio delle politiche di inclusione 2003-05*” fornisce un quadro dei processi di razionalizzazione e di ampliamento del sistema dei servizi condotti a livello centrale e periferico per intercettare in maniera più adeguata ed efficiente i fabbisogni emergenti. Gli interventi e le sperimentazioni hanno riguardato tutti gli ambiti di politica sociale e sono stati condotti con la messa a regime delle procedure di programmazione promossa dalla citata Legge 328/2000 (Pianificazione sociale regionale, di zona ecc.), rafforzando il partenariato pubblico-privato nella erogazione dei servizi e avvalendosi delle opportunità offerte dai Fondi strutturali nel periodo di programmazione 2000–2006. Permangono delle differenziazioni tra le diverse aree regionali nella definizione e nell’offerta dei servizi. In tal senso l’Anagrafe dei servizi sociali (SIS), prevista dalla legge 328/00, rappresenta un valido strumento per operare in maniera più puntuale.

La conoscenza e la valutazione del sistema di *welfare* sociale nelle sue diverse articolazioni si è consolidata attraverso attività orientate al monitoraggio e alla valutazione delle politiche sociali, in grado di tradursi in una loro maggiore efficienza ed efficacia nonché in una più elevata qualità degli interventi e dei servizi. Ciò attraverso:

- a. la costituzione di un *Gruppo di valutazione* con esperti di politiche sociali interni ed esterni alle amministrazioni (anche locali);
- b. la definizione di un programma pluriennale di ricerca sulla *domanda sociale* nel Paese, (in collaborazione con il CNR), finalizzato ad una maggiore conoscenza della domanda sociale a livello nazionale e territoriale, articolata per aree di bisogno in relazione alle principali caratteristiche socio-demografiche della popolazione;
- c. la creazione di un portale informatico realizzato in collaborazione con diversi attori istituzionali ed in stretto raccordo con quanto già attivato a livello regionale, per costituire un punto di raccolta e di divulgazione di indagini e rapporti sul *welfare* sociale, ossia sul sistema integrato di servizi e prestazioni effettivamente operante a livello centrale e locale. Ciò ai sensi della legge quadro 328/00 art. 21 (realizzazione Sistema informativo dei Servizi sociali).

Il “*Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali – 2006*” prende in esame il sistema dei servizi sociali territoriali con un’analisi dettagliata che tiene conto delle più recenti informazioni statistiche prodotte in materia di prestazioni sociali e di spesa dei comuni singoli e associati. Vengono considerati: la triplice misurazione della spesa, il numero di beneficiari, il costo unitario o il costo pro-capite della prestazione.

Oltre alla disomogeneità territoriale, si evidenzia che la persistente carenza di offerta di servizi - in particolare quelli destinati alla cura dell’infanzia e degli anziani -, contribuisce a mantenere basso il tasso di attività femminile (solo il 45% delle donne ha un’occupazione, 30% nel Mezzogiorno), con effetti negativi sul tasso di crescita potenziale dell’economia e con il corollario di un basso tasso di natalità. L’obiettivo del Governo, delle Regioni e delle Autonomie locali è rivolto quindi, nel rispetto delle aree di responsabilità, a migliorare e potenziare l’offerta di servizi sul territorio, ad assicurare ai minori ed alle persone anziane nuovi strumenti di promozione e tutela dei loro diritti e, nel contempo, rafforzare le pari opportunità per le donne, che svolgono i 2/3 del lavoro di

cura all'interno delle famiglie, risultando così particolarmente penalizzate nella conciliazione dei tempi della loro vita.

Uno degli obiettivi primari rimane quello di promuovere modalità di accesso alle prestazioni in forma coordinata, integrata e programmata.

Questo prevede lo sviluppo e l'attuazione di diversi modelli di integrazione:

- l'*integrazione interistituzionale* che consente ai diversi soggetti titolari delle competenze, sia in ambito sanitario che sociale di operare, congiuntamente anche laddove - o sino a quando - non vi siano modalità di gestione unitaria dei servizi;
- l'*integrazione professionale* che consente ad operatori diversi di intervenire in modo coordinato sui bisogni accertati dei cittadini, assicurando risposte unitarie e integrate.

Tale processo si sviluppa tramite la diffusione di sistemi aventi le caratteristiche del *punto unico di accesso*, in grado di: effettuare una valutazione complessiva del bisogno; predisporre la diagnosi ed i percorsi individualizzati; orientare le singole azioni.

Per le ragioni sopra esposte, gli interventi pubblici relativi alla rete dei servizi sociali territoriali sono prevalentemente posti in essere a livello comunale. Anche le risorse appositamente stanziate dallo Stato e/o dalle regioni (e in taluni casi dalle province) sono poi di fatto utilizzate direttamente dai comuni o dalle Associazioni di comuni costituite allo scopo.

Tra gli strumenti impiegati dai Comuni a sostegno dei vari bisogni dei cittadini si possono distinguere tre principali strategie:

- 1) i servizi resi direttamente alla persona (ad empio l'assistenza domiciliare, il supporto fornito dagli assistenti sociali, ovvero il "servizio sociale professionale", attività per l'integrazione sociale di anziani, disabili, immigrati, ecc.);
- 2) i contributi economici per i cittadini bisognosi (sostegno al reddito, contributi per l'alloggio, per i servizi scolastici, ecc.);
- 3) i servizi che presuppongono il funzionamento e la gestione di strutture stabili sul territorio (gli asili nido, i centri diurni, le case di accoglienza per le persone senza adeguato sostegno familiare).

A livello nazionale la quota spesa assorbita dai servizi di supporto alle esigenze delle varie categorie di utenti e quella destinata al funzionamento delle strutture sono quasi equivalenti, circa il 39% e il 38% rispettivamente. La quota restante (il 23%) è destinata ai trasferimenti in denaro che possono essere erogati direttamente alle famiglie bisognose per finalità assistenziali specifiche o essere versati ai diversi enti che operano nel settore.

Al Sud sono maggiori le quote di spesa inerenti ai servizi alla persona (48,5% contro il 39,4% per il totale Italia) e ai trasferimenti in denaro (30,6% contro il 22,8% a livello nazionale); i Comuni del Centro e del Nord-est destinano quote più rilevanti di spesa alle strutture (44,7% al Centro e 42,5% al Nord-est contro il 37,8% a livello nazionale) e al Nord-ovest si rileva sostanzialmente la stessa ripartizione osservata a livello nazionale.

Secondo l'ISTAT, nel 2005 (ultimo anno rilevato), la spesa dei Comuni e degli enti associativi per l'assistenza sociale ammontava a 5 miliardi 741 mila euro e rappresentava

lo 0,4% del prodotto interno lordo. Rispetto all'anno precedente le risorse impegnate mostrano un aumento del 6,7%.

Come precedentemente accennato, le politiche di *welfare* delle amministrazioni comunali presentano notevoli elementi di variabilità sul territorio. Anche il rapporto fra ripartizioni geografiche rispecchia questa tendenza: ai Comuni del Nord compete oltre la metà della spesa complessiva (58,6%), ai Comuni del Centro il 21,8% e a quelli del Mezzogiorno il 19,6%. Le differenze più rilevanti riguardano le dimensioni dell'offerta socio-assistenziale: a livello nazionale la spesa pro-capite è di 98 euro l'anno, ma si passa da una media di 146 euro per un abitante del Nord-est a un valore di 40 euro pro-capite al Sud.

**Tavola 1**

**Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per ripartizione geografica - Anno 2005 (valori assoluti, percentuali e spesa media pro-capite)**

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	SPESA <sup>(1)</sup>		SPESA MEDIA PRO-CAPITE
	Valori assoluti	Valori percentuali	
Nord-ovest	1.745.453.379	30,4	112,6
Nord-est	1.618.153.998	28,2	146,1
Centro	1.252.164.495	21,8	111,0
Sud	565.246.159	9,8	40,1
Isole	560.336.930	9,8	84,0
<b>ITALIA</b>	<b>5.741.354.961</b>	<b>100,0</b>	<b>98,0</b>

(1) Per spesa si intendono gli impegni di spesa in conto corrente di competenza relativi al 2005, di comuni e associazioni di comuni per l'erogazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente). La spesa è al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale.

Fonte: ISTAT, 2005

Per quanto riguarda i destinatari dell'assistenza, al primo posto vi sono le famiglie con figli, cui è dedicato il 38,5% della spesa sociale complessiva; al secondo posto gli anziani (23,4%), seguiti dalle persone disabili (20,4%). Sulle altre aree di utenza si distribuisce il rimanente 17,8%: il 7,4% per le politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, il 2,4% per gli immigrati, l'1% per i tossicodipendenti e il 7% per le attività generali e per la "multiutenza" (segretariato sociale, servizi di informazione e consulenza per accedere alla rete dei servizi, le azioni di prevenzione e sensibilizzazione, ecc.).

Rispetto al 2004, si rileva un aumento degli utenti per tutti i servizi e gli interventi rilevati nell'area "povertà e disagio adulti". In particolare il "servizio sociale professionale", attraverso il quale si realizza la "presa in carico" delle persone e vengono attivati specifici percorsi di aiuto, ha fatto registrare un aumento del 25% del numero degli utenti, da circa 237.900 a circa 297.500.

Tavola 2

**Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza – Anno 2005**

SPESA	AREA DI UTENZA							Totale
	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Povertà e disagio adulti	Immigrati	Dipendenze	Multiutenza	
Valori assoluti	2.211.938.925	1.340.954.906	1.168.892.933	423.335.164	136.725.090	56.854.496	402.653.447	5.741.354.961
Valori percentuali	38,5	23,4	20,4	7,4	2,4	1,0	7,0	100,0

Fonte: ISTAT, 2005

Nell'area “*famiglia e minori*” la spesa pro-capite<sup>1</sup> varia tra 36,4 euro del Sud a 140,5 euro del Nord-est. A livello nazionale la spesa pro-capite è di 94,8 euro. Più della metà della spesa rivolta ai minori e alle famiglie con figli è impegnata per il funzionamento delle strutture e, in particolare, sono gli *asili nido* ad assorbire circa il 40% della spesa totale in quest'area di utenza. Le strutture residenziali, dove trovano accoglienza i minori privi di tutela e talvolta interi nuclei familiari in difficoltà, assorbono l'8% della spesa per l'area “famiglia e minori”. Nel 2005 si rilevano per le strutture di questo tipo circa 25.000 utenti nell'anno e una spesa media per i Comuni di circa 7.000 euro per utente. Inoltre, vengono messe a disposizione delle famiglie con figli diverse strutture a ciclo diurno, quali le *ludoteche*, i *centri di aggregazione per bambini e ragazzi*, i *centri diurni estivi*. La spesa media annua dei Comuni per queste strutture è inferiore ai 150 euro per utente e il numero di minori che ne usufruiscono varia da circa 315 mila per i centri diurni estivi a 390 mila per le ludoteche/laboratori.

Ai *contributi economici a sostegno del reddito e ad altri tipi di trasferimenti in denaro* è destinato il 24% della spesa per l'area famiglia e minori e il rimanente 19% è impiegato per i servizi. Per quanto riguarda i servizi una componente importante dell'offerta assistenziale realizzata sul territorio è il “*servizio sociale professionale*” che consiste nella presa in carico, da parte degli assistenti sociali, delle famiglie e degli individui che vi si rivolgono. Gli utenti del servizio sociale professionale (circa 676.000 nell'area famiglia e minori) vengono poi indirizzati verso la rete dei servizi disponibili, attraverso percorsi di aiuto atti a risolvere le loro difficoltà.

Fra gli altri servizi realizzati dai Comuni e dagli enti gestori che concorrono all'offerta per le famiglie con figli, vi sono il *sostegno socio-educativo* organizzato presso le scuole (scolastico), con quasi 100.000 utenti l'anno e il *sostegno socio-educativo* erogato in apposite strutture o a domicilio (*territoriale e/o domiciliare*), con oltre 62.000 utenti, gli interventi per l'inserimento lavorativo, l'assistenza domiciliare, la mensa e il trasporto sociale. Complessivamente queste voci di spesa ammontano a circa 185 milioni 869 mila euro.

<sup>1</sup> La popolazione di riferimento per l'area “famiglia e minori” è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati dai dati del Censimento della popolazione 2001.

La spesa pro-capite per anziano varia fra circa 48 euro per l'anno del Sud e 192 del Nord-est, con una media nazionale di 116,7 euro l'anno. In quest'area di utenza prevale la spesa per interventi e servizi, che assorbe il 47,2% del totale.

Fra le strategie di intervento a sostegno delle *persone anziane* (v. articolo 23) assume particolare rilievo *l'assistenza domiciliare*, cui è destinato il 37% della spesa rivolta a quest'area di utenza.

Esistono diverse modalità di erogazione delle prestazioni fornite a domicilio: *l'assistenza domiciliare socio-assistenziale* è la forma più tipica con cui i Comuni si prendono cura delle persone parzialmente autosufficienti e delle relative abitazioni ed è quella dove si rileva il maggior numero di utenti (quasi 190.000 in tutta Italia); per *l'assistenza domiciliare integrata con i servizi assistenziali* (ADI) - di cui "Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – Anno 2005", condotta dall'ISTAT, rileva la sola componente assistenziale, essendo a carico del Servizio Sanitario Nazionale la componente medico-infermieristica e riabilitativa - si rilevano circa 70.000 utenti; i "voucher, assegni di cura o buoni socio-sanitari", la cui attribuzione dà diritto a ricevere determinate prestazioni da parte di soggetti pubblici o privati, hanno interessato circa 55.000 anziani; altre forme di assistenza a domicilio prevedono il *telesoccorso e la teleassistenza*, con quasi 73.000 utenti, la *fornitura di pasti e/o lavanderia a domicilio* (oltre 54.000 utenti).

*L'assistenza domiciliare socio-assistenziale* per gli anziani ha un alto livello di copertura sulla penisola: la percentuale di Comuni dotata del servizio varia tra il 68% del Sud e il 93% del Nord-est, con un valore nazionale dell'84%. Gli utenti che hanno beneficiato delle prestazioni sono circa l'1,6% degli anziani residenti. In questo caso i livelli più alti di utilizzo del servizio si rilevano nelle Isole, con il 2,7% degli anziani assistiti, i livelli più bassi si hanno invece al Centro con l'1,1%.

Se si considera la sola *Assistenza Domiciliare Integrata*, la copertura territoriale diminuisce drasticamente : solo il 34% dei Comuni risulta aver attivato il servizio. Al Nord e al Centro tale quota è superiore al 40%, al Sud è il 17% e nelle Isole il 10%

I *voucher* sono diffusi quasi esclusivamente al Nord, dove sono più del 70% i Comuni che utilizzano questa modalità di gestione dei servizi di assistenza domiciliare.

I costi dell'assistenza domiciliare per i Comuni sono mediamente più bassi per quanto riguarda la componente assistenziale dell'ADI, con una media di 860 euro per utente, per i voucher la media è 1.360 euro l'anno e per l'assistenza socio-assistenziale è 1.727 euro. Le spese associate alle rimanenti voci dell'assistenza domiciliare sono tutte più contenute.

Un'altra componente importante dell'assistenza fornita dagli anziani sono le *strutture residenziali*, che assorbono il 25% della spesa sociale in quest'area di utenza. In aggiunta alle spese correnti riconducibili al funzionamento delle strutture comunali, vi sono le rette pagate dai Comuni per gli anziani ospitati in strutture private convenzionate, che incidono per un ulteriore 12% sulla spesa sociale dell'area anziani. Mediamente un anziano assistito in una struttura comporta una spesa di circa 4.580 euro per il Comune<sup>2</sup>, a cui si aggiunge la quota pagata dall'utente (circa 3.800 euro l'anno) e l'eventuale integrazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale (circa 3.300 euro in media). L'importo della retta a carico del

---

<sup>2</sup> Il valore è riferito sia alle strutture comunali che alle rette pagate dai Comuni per l'accoglienza in strutture private convenzionate.

Comune o degli enti associativi è leggermente più alto nel caso delle strutture comunali (4.854 euro l'anno per utente) e più basso nel caso delle rette (4.123 euro l'anno per utente). L'offerta di strutture residenziali per anziani è presente nel 64% dei Comuni italiani. Degli oltre 110.000 utenti rilevati la maggior parte si trova al Nord e quasi la metà al Nord-est dove la percentuale di utenti sulla popolazione anziana è del 2% contro lo 0,9 a livello nazionale e lo 0,3% del Sud..

I Comuni e gli enti associativi forniscono, inoltre, servizi a carattere ricreativo e varie attività per favorire l'integrazione sociale e la mobilità delle persone anziane. Tutti questi servizi hanno costi mediamente contenuti per gli enti gestori, ma risultano rilevanti per numerosità degli utenti: nei centri sociali e di aggregazione, ad esempio, si rilevano oltre 400.000 utenti con un costo medio per i Comuni di circa 47 euro l'anno.

La spesa pro-capite riferita ai **disabili** è circa 2.070 euro a livello nazionale. Per una persona disabile residente al Nord-est, i Comuni e gli enti associativi hanno destinato in media 4.610 euro ai servizi sociali, alle strutture e ai contributi in denaro; nel Nord-ovest la spesa pro-capite per disabile scende a circa 2.800 euro, al Centro 2.296, nelle Isole a 1.467 e al Sud raggiunge 520 euro.

Quasi la metà della spesa impegnata (il 48,5%) è dovuta ai servizi, il 31,1% al funzionamento delle strutture e il rimanente 20,4% è stato erogato sotto forma di tributi in denaro.

Anche per quel che riguarda le politiche di supporto alle persone con disabilità hanno un peso significativo l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali, che in questo caso hanno costi unitari più alti, sia per gli enti pubblici che per gli utenti che ne usufruiscono: in media i Comuni spendono in un anno 3.456 euro per utente per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, 2.272 per l'assistenza domiciliare integrata, 1.935 per i voucher.

Il servizio di *assistenza domiciliare* ai disabili sul territorio varia tra il 47% nelle Isole e il 78% al Nord-est. Il numero di disabili adulti assistiti a domicilio su 100 potenziali utenti si attesta su 5,6 a livello nazionale, con valori medi per ripartizione geografica che variano tra 4,3 al Sud e 8,8 al Centro.

La presenza di *strutture residenziali* rivolte ai disabili interessa prevalentemente il Nord e in particolare il Nord-est dove i Comuni che hanno attivato questo tipo di offerta sono il 92%, contro una quota del 4% al Sud. Gli utenti delle strutture sono 19.292, con una spesa media per utente di 10.991 euro per i Comuni. La partecipazione pagata da parte delle famiglie è in media di 2.094 euro e da parte del Servizio Sanitario Nazionale 3.843 euro.

Nell'ambito di quest'area di utenza un importante sostegno logistico alle famiglie è dato inoltre dai *centri diurni*, dove sono stati assistiti nel 2005 circa 26.400 disabili, con una spesa media per i Comuni di circa 7.400 euro per utente; inoltre vi sono le rette pagate dai Comuni nei centri diurni privati che hanno interessato quasi 7.300 utenti con un importo medio circa 5.170 euro l'anno pro-capite.

Gli interventi rivolti alla formazione, all'istruzione e all'inserimento lavorativo incidono per circa il 22% sulla spesa destinata alle persone con disabilità. In particolare si rileva il *sostegno socio-educativo scolastico*, di cui hanno usufruito circa 38.200 utenti, il *sostegno socio-educativo territoriale*, con circa 15.770 utenti e gli *interventi per l'inserimento lavorativo*, con 27.670 utenti.

Per l'area *"povertà ed esclusione sociale"* la spesa pro-capite<sup>3</sup> a livello nazionale è di 11,4 euro l'anno. I valori più alti si rilevano al Centro e nelle Isole (poco più di 15 euro) e i più bassi al Sud (5,7 euro).

Nell'ambito delle politiche a sostegno dei poveri e degli adulti in condizioni di disagio, gli interventi dei Comuni si concretizzano in massima parte nei *contributi economici*, dove confluisce il 48,8% della spesa in quest'area. Le quote rimanenti riguardano le *strutture residenziali* dove hanno trovato accoglienza circa 43.600 persone in difficoltà, il *servizio sociale professionale*, con quasi 300.000 utenti presi in carico, i *servizi e gli interventi per l'inserimento lavorativo*, a cui si sono rivolti circa 40.400 adulti con problemi di tipo economico e quasi 6.000 persone con disagio mentale. Altri interventi significativi in quest'area, realizzati con cifre relativamente modeste, sono il *servizio mensa*, con oltre 50.000 utenti nell'anno e le *unità di strada per il pronto intervento*, con quasi 40.000 casi trattati in situazioni di emergenza.

Nel 2005 gli utenti dell'area povertà e disagio adulti risultano aumentati per tutti i tipi di interventi e servizi offerti dai Comuni e dagli enti associativi. Le persone prese in carico dal servizio sociale professionale, ad esempio, sono passate da circa 237.900 nel 2004 a circa 297.500 nel 2005.

La spesa pro-capite per l'area *"immigrati e nomadi"* è pari a 53,9 euro l'anno, i valori più alti si hanno in Italia Centrale (71,2) e i più bassi al Sud (31,8).

Tra gli interventi a sostegno degli immigrati, al primo posto in termini di spesa vi sono i *contributi economici*, dove è confluito il 26,4% delle risorse impegnate nell'area di utenza *"immigrati e nomadi"*. Al secondo posto vi è la gestione delle *strutture residenziali*, che assorbe circa il 21% della spesa dei Comuni per gli immigrati, a cui si somma il 4,6% delle rette per prestazioni residenziali. Le risorse rimanenti si distribuiscono fra il *servizio sociale professionale* (16,2%), le *attività per l'integrazione sociale* (18,3%) e altre attività residuali.

Fra le attività organizzate a livello locale per gli stranieri presenti in Italia, il *"servizio sociale professionale"* è il primo a cui si rivolgono i cittadini immigrati per avere informazioni di orientamento e di supporto. Nel 2005 il servizio sociale professionale ha fornito il sostegno degli assistenti sociali a un'utenza di oltre 188.000 stranieri.

Le attività per *"l'integrazione sociale"* degli stranieri offerte dai Comuni hanno coinvolto complessivamente oltre 280.000 utenti. Tali attività comprendono i *servizi di mediazione culturale* e le attività ricreative, sociali e culturali organizzate sul territorio al fine di favorire l'integrazione della popolazione immigrata.

Altri tipi di intervento realizzati dai Comuni e dalle loro associazioni, pur avendo un peso più contenuto in termini di spesa impegnata, sono comunque rilevanti per numerosità degli utenti e per utilità sociale delle prestazioni offerte: è il caso dei *"servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo"*, con oltre 34.000 beneficiari nell'anno di riferimento e del *"servizio mensa"*, con oltre 15.000 utenti.

---

<sup>3</sup> La popolazione di riferimento per l'area *"povertà e disagio adulti"* è costituita dalla popolazione con età compresa tra i 18 e i 65 anni – Anno 2005

La gestione delle *strutture residenziali* ha permesso di offrire accoglienza a circa 11.800 stranieri nell'anno, mentre altri 1.400 stranieri hanno beneficiato del pagamento di rette per il soggiorno in strutture di tipo privato. I comuni spendono in media 2.430 euro l'anno per utente per la gestione delle strutture residenziali per stranieri, mentre le rette pagate nelle strutture private sono di circa 4.400 euro l'anno per assistito. A questo tipo di supporto si aggiunge la gestione delle aree attrezzate per nomadi, che interessa il 7,4% della spesa sociale dei Comuni per gli stranieri e risulta avere un'utenza di circa 16.000 nomadi nel 2005.

Uno dei principali servizi rilevati dall'*"Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – Anno 2005"*, condotta dall'ISTAT, sono gli asili nido, dove confluiscce circa il 16% dell'intera spesa sociale dei Comuni. A fronte di una spesa pubblica di circa 900 milioni di euro e di una integrazione da parte delle famiglie di circa 206 milioni, i bambini che hanno usufruito degli asili pubblici o convenzionati sono circa 150.000. In rapporto alla popolazione residente di età compresa fra zero e due anni, gli utenti degli asili nido raggiungono appena il 9,1%, con valori mediamente più alti al Nord-est (14%) e minori al Sud (2,5%).

I Comuni del Nord, per adempiere alle loro funzioni socio-assistenziali, si avvalgono in misura significativa di varie forme associative intercomunali, grazie alle quali i Comuni più piccoli riescono a potenziare l'offerta di servizi e di strutture sul territorio. Circa il 30% della spesa sociale nel Nord Italia è gestita da enti associativi e distretti socio-sanitari. I Comuni del Centro e del Mezzogiorno, invece, gestiscono singolarmente la maggior parte delle attività socio-assistenziali. Fanno eccezione alcune regioni, quali la Toscana e l'Umbria al Centro, l'Abruzzo, la Campania e la Basilicata al Sud, dove i distretti socio-sanitari, gli ambiti e le comunità montane contribuiscono in modo significativo all'offerta socio-assistenziale. La quota di spesa gestita in forma associata al Centro è pari al 14,5%, al Sud è il 13,9%, nelle Isole l'1%.

*Nelle Conclusioni 2007 era contenuta una richiesta del Comitato dei diritti sociali riguardante gli eventuali criteri per l'accesso ai servizi sociali in aggiunta a quelli indicati nel precedente rapporto. Al riguardo, si fa presente che l'articolo 2, comma 2 della legge 328/2000 afferma il carattere di "universalità" del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali. Si era, altresì, specificato che alcuni criteri erano stati adottati per garantire l'accesso prioritario ai servizi ad alcune categorie di cittadini in virtù del loro particolare stato di disagio, sia di natura fisica che psichica.*

*Inoltre, l'articolo 13 della citata legge 328/2000 prevede l'adozione di una Carta dei servizi sociali da parte di tutti gli enti erogatori. Nella Carta sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità di funzionamento degli stessi, le condizioni per facilitarne la valutazione da parte degli utenti e dei soggetti che ne rappresentano i diritti oltre alle procedure per assicurare la tutela degli utenti. A tale ultimo fine, la Carta, ferma restando la tutela per via giurisdizionale, prevede per gli utenti la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili della gestione dei servizi.*

*Con riferimento alla richiesta del Comitato dei diritti sociali relativa ai metodi utilizzati dalle Regioni per assolvere ai loro compiti di vigilanza sull'attività svolta dagli enti gestori dei servizi sociali, si fa presente che tali compiti sono svolti dagli operatori sanitari delle ASL competenti per territorio. Le Regioni, nella potestà legislativa loro concessa, fissano i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale e definiscono gli strumenti per la verifica dei risultati.*

## §.2

Come illustrato nel precedente rapporto del governo italiano, provvedono alla gestione e all'offerta dei servizi i soggetti pubblici nonché, in base al principio di sussidiarietà orizzontale, gli *organismi non lucrativi di utilità sociale, gli organismi di cooperazione, le organizzazioni di volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le fondazioni, gli enti di patronato ed altri soggetti privati*, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi. I soggetti privati, tuttavia, devono essere prima autorizzati e successivamente accreditati, per poter partecipare alla rete dei servizi sociali territoriali. In altre parole, l'autorizzazione è indispensabile per qualsiasi soggetto privato che voglia fornire servizi alla persona mentre per i "fornitori di servizi" dell'amministrazione pubblica, che sono parte del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, è necessario sia l'accordo che l'autorizzazione. Ai Comuni è assegnato dalla legge 328/2000 il compito di autorizzare e di accreditare i soggetti privati sulla base di un insieme di requisiti stabiliti dalle leggi regionali. Le Regioni definiscono tali requisiti raccogliendo, ed eventualmente integrando, i requisiti minimi fissati dallo Stato. Inoltre, le Regioni svolgono attività di vigilanza sugli enti erogatori nelle modalità descritte nel precedente paragrafo.

### **Volontariato**

Secondo l'indagine ISTAT "Le organizzazioni di volontariato in Italia. Anno 2003", pubblicata nel 2006, rispetto alla prima rilevazione del 1995, le Associazioni di volontariato sono aumentate del 152,0%, passando da 8.343 a **21.021 unità**.

Il notevole incremento dal 1995 si deve sia alla costituzione di nuove unità (8.530), che all'iscrizione nei registri di organizzazioni preesistenti (4.148).

Nonostante il notevole incremento del numero di unità, l'analisi dei dati dell'ultima rilevazione permette di confermare alcune delle caratteristiche salienti dell'universo delle organizzazioni di volontariato. In particolare, si osserva:

- il forte radicamento delle organizzazioni di volontariato nelle regioni settentrionali, anche se negli anni aumentano in misura relativamente più accentuata le unità presenti nel Mezzogiorno;
- la prevalenza relativa di piccole dimensioni organizzative, sia in termini di volontari attivi che di risorse economiche disponibili;

- la maggiore presenza, tra i volontari, di uomini, di persone in età compresa tra i 30 e i 54 anni, diplomate e occupate;
- la concentrazione relativa di unità nei settori della sanità e dell'assistenza sociale, anche se cresce nel tempo il numero di quelle che operano in settori meno "tradizionali";
- la crescita del numero di organizzazioni che hanno utenti diretti e, conseguentemente, l'aumento del numero di coloro che si rivolgono ad esse per soddisfare le loro esigenze.

Nel 2003 il 28,5% delle organizzazioni di volontariato era localizzato nel Nord-ovest, il 31,5% nel Nord-est, il 19,3% nel Centro e il 20,7% nel Sud ed Isole. Rispetto al 1995 le organizzazioni di volontariato sono cresciute più della media nazionale (+152,0%) nel Mezzogiorno e nel Nord-est (rispettivamente +263,1% e +161,9%), meno nel Nord-ovest e nel Centro (rispettivamente +119,0% e +115,6%).

Nello stesso anno le organizzazioni di volontariato iscritte ai registri regionali impiegavano circa 12 mila dipendenti e 826 mila volontari. Rispetto al 1995, i dipendenti sono cresciuti del 77,0%, i volontari del 71,4%.

Nel periodo 1995-2003 i dipendenti sono aumentati in misura significativa soprattutto nel Mezzogiorno (+281,4%), nel Nord-est (+202,6%) e nel Nord-ovest (+128,7%), mentre sono diminuiti al Centro (-16,4%).

**La sanità (28,0%) e l'assistenza sociale (27,8%)** si confermano i settori nei quali opera il maggior numero di organizzazioni di volontariato. Tuttavia, tra il 1995 e il 2003 la quota percentuale di organizzazioni è diminuita di 14,4 punti percentuali nella sanità e di 2,7 punti percentuali nell'assistenza sociale. Un aumento, invece, si è registrato nei settori della ricreazione e della cultura, della protezione civile e della protezione dell'ambiente, nei quali le quote percentuali passano, rispettivamente, dall'11,7% al 14,6%, dal 6,4% al 9,6% e dal 2,2% al 4,4%. È costante il peso relativo delle organizzazioni attive in via prevalente nell'istruzione, nella tutela e protezione dei diritti e nelle attività sportive, mentre si attestava al 7,6% quello riferito agli altri settori (comprendente i settori della filantropia e promozione del volontariato, della cooperazione e solidarietà internazionale, dello sviluppo economico e coesione sociale e della religione).

I servizi più diffusi erano quelli relativi all'ascolto, al sostegno, all'assistenza morale e alla donazione di sangue (offerti, rispettivamente, dal 19,9% e dal 17,4% delle organizzazioni). Seguono i servizi ricreativi e di intrattenimento (14,5%), l'accompagnamento e inserimento sociale (13,0%), la realizzazione di corsi tematici (12,9%), l'organizzazione di spettacoli di intrattenimento (12,6%), le campagne di informazione e sensibilizzazione (11,8%), l'assistenza domiciliare (11,8%), il trasporto anziani e disabili (11,4%), le esercitazioni di protezione civile (11,3%) e le prestazioni di soccorso e trasporto malati (10,7%).

Nel 2003, le organizzazioni con utenti diretti erano 15.652 (erano 5.650 nel 1997, 7.862 nel 1999 e 13.451 nel 2001), e rappresentavano il 74,5% delle organizzazioni iscritte (48,2% nel 1997, 52,2% nel 1999 e 73,5% nel 2001). In aumento è anche il numero degli utenti che passano da 2,5 milioni nel 1997 a circa 6,8 milioni nel 2003.

Nel 2003 le categorie di utenti con maggiori frequenze erano quelle dei malati e traumatizzati (51,6%), degli utenti senza specifici disagi (9,9%), degli anziani autosufficienti (9,4%), dei minori (7,7%), degli immigrati (4,3%), dei portatori di handicap (2,8%), degli individui in difficoltà economica (2,5%), dei familiari di persone con disagio (2,4%), degli anziani non autosufficienti (2,2%) e dei senza tetto (1,1%). Le altre tipologie raccoglievano quote uguali o inferiori all'1% degli utenti.

Il totale delle entrate delle organizzazioni di volontariato è passato da 675 milioni di euro del 1997 a 1.630 milioni di euro del 2003 (pari a 1.426 milioni di euro a prezzi costanti in base 1997).

Nel 2003 il 29,8% delle unità si finanziava esclusivamente con entrate di fonte privata (24,9% nel 1997), il 35,1% con risorse di origine prevalentemente privata (33,7% nel 1997), il 29,9% con entrate prevalentemente pubbliche (35,8% nel 1997) ed il 5,2% con risorse esclusivamente pubbliche (5,7% nel 1997).

### *Cooperative sociali*

Dalla rilevazione “*Le cooperative sociali in Italia – anno 2005*”, condotta dall’ISTAT e pubblicata nel 2007, risulta che le cooperative sociali attive al 31 dicembre 2005 erano 7.363, mentre 652 erano quelle che, alla data di riferimento della rilevazione, non avevano ancora avviato l’attività o l’avevano sospesa temporaneamente.

Rispetto alla rilevazione precedente, riferita al 2003, le cooperative sociali sono aumentate del 19,5%; rispetto alla prima rilevazione del 2001 l’incremento è stato del 33,5%.

A conferma della relativa novità del fenomeno, più del 70% delle cooperative sociali è nato dopo il 1991. Nel 59% dei casi (4.345 unità) si tratta di cooperative che erogano servizi socio-sanitari ed educativi (cooperative di tipo A) e nel 32,8% (2.419 cooperative) di unità che si occupano di inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati (cooperative di tipo B). Le cooperative ad oggetto misto, che svolgevano sia attività di tipo A sia di tipo B, ed i consorzi erano molto meno numerosi, rispettivamente 315 le prime (4,3%) e 284 i secondi (3,9%).

Nelle cooperative sociali erano impiegati circa 244 mila lavoratori retribuiti (di cui 211 mila dipendenti, 32 mila lavoratori con contratto di collaborazione e poco più di 1.000 lavoratori interinali) e 34 mila non retribuiti (30 mila volontari, 3 mila volontari del servizio civile e circa 700 religiosi). Il 71,2% delle risorse umane è costituito da donne.

Tra le cooperative di tipo A, il settore di attività relativamente più diffuso è l’assistenza sociale, il servizio più frequentemente offerto è l’assistenza domiciliare e la categoria di utenza più comune è costituita dai minori; tra le cooperative di tipo B, l’inserimento lavorativo riguarda soprattutto i disabili (invalidi fisici, psichici e sensoriali).

Nel 2005, la maggior parte delle cooperative sociali era localizzata nel Mezzogiorno (33,8% pari a 2.487 unità). Seguono il Nord-ovest con il 26,9% (1.979 unità), il Nord-est con il 19,9% (1.466) ed il Centro con il 19,4% (1.431).

Per quanto riguarda la tipologia, l'insieme delle cooperative sociali è costituito per la maggior parte da cooperative di tipo A (4.345 unità, pari al 59%), seguono le cooperative di tipo B (2.419 unità, pari al 32,8%), le cooperative ad oggetto misto (315 unità, pari al 4,3%) ed i consorzi sociali (284, pari al 3,9%).

Sotto il profilo territoriale, si rileva che nel Nord-ovest sono relativamente più frequenti le cooperative di tipo B (35% a fronte del 32,8% registrato a livello nazionale), nel Nord-est le cooperative ad oggetto misto (5,4% rispetto a 4,3%), al Centro le cooperative di tipo B e le miste (43% e 7,4%, rispettivamente) e nel Mezzogiorno le cooperative di tipo A (67,8% rispetto a 59%).

Alla fine del 2005 le cooperative sociali operavano con 278.849 unità di personale, di cui 211.307 dipendenti, 31.629 lavoratori con contratto di collaborazione, 30.478 volontari, 3.415 volontari del servizio civile, 1.287 lavoratori interinali e 733 religiosi. I lavoratori retribuiti (dipendenti, lavoratori con contratto di collaborazione e interinali) erano 244.223, mentre le risorse umane non retribuite erano 34.626.

#### *Cooperative sociali di tipo A*

Le cooperative che appartengono a questa tipologia offrono servizi socio-sanitari ed educativi, attraverso la gestione di residenze protette, asili nido, centri diurni, comunità, presidi sanitari o prestando assistenza domiciliare ad una vasta gamma di utenti, la maggior parte dei quali si trova in situazioni di disagio o fragilità sociale.

Rispetto al settore di attività prevalente, il 59,1% delle cooperative di tipo A opera nel campo dell'Assistenza sociale. Il secondo settore per numerosità di cooperative è quello dell'Istruzione e ricerca (21%). Seguono il settore della Cultura, sport e ricreazione (10,7%) e della Sanità (9%), mentre una quota residuale di cooperative era attiva in altri settori (0,2%).

Rispetto alla gamma di servizi offerti dalle cooperative di tipo A, i più diffusi sono quelli relativi all'assistenza domiciliare (erogata dal 36,5% delle unità), all'assistenza in residenze protette (offerti dal 35,9%) e ai servizi di ricreazione, intrattenimento e animazione (svolti dal 31,8% delle cooperative).

A livello territoriale, il servizio di assistenza domiciliare è offerto più frequentemente dalle unità localizzate nel Centro e nel Mezzogiorno. L'assistenza in residenze protette è invece fornita in misura relativamente maggiore dalle cooperative attive nelle regioni settentrionali. Inoltre, al Nord-ovest e al Centro è particolarmente diffuso il servizio di ricreazione, intrattenimento e animazione.

Nel corso del 2005 le cooperative sociali di tipo A hanno offerto servizi a più di 3,3 milioni di utenti. L'elevato numero di utenti è dovuto principalmente sia dalla capacità di queste "imprese" di rispondere con tempestività alla domanda, spesso complessa e difficilmente interpretabile, di soggetti in situazioni di disagio, sia dalla flessibilità dell'offerta, che copre anche la domanda di utenti non necessariamente mossi da specifiche necessità di assistenza.

Con riferimento al tipo di utenza servita, le categorie più numerose sono rappresentate dai minori (28,8%), dagli utenti senza specifici disagi (26,8%) e dagli anziani sia autosufficienti (10,4%) che non (11,4%).

Nelle diverse aree geografiche, le categorie di utenza relativamente più frequenti sono:

- nel Nord-ovest gli anziani (sia autosufficienti che non), i minori e gli immigrati;
- nel Nord-est i malati e traumatizzati, le persone con altro tipo di disagio, gli immigrati e i disoccupati;
- al Centro gli utenti senza specifici disagi e i minori;
- nel Mezzogiorno gli utenti senza specifici disagi.

#### *Cooperative sociali di tipo B*

Le cooperative di inserimento lavorativo forniscono opportunità di occupazione a persone svantaggiate, favorendo in tal modo l'integrazione sociale di soggetti che altrimenti rimarrebbero esclusi dal mercato del lavoro. Per raggiungere questo obiettivo le cooperative di tipo B possono svolgere qualsiasi attività d'impresa in campo agricolo, industriale, artigianale, commerciale e di servizi, ma sono tenute a riservare una parte dei posti di lavoro a soggetti svantaggiati (alcolisti, detenuti ed ex detenuti, disabili fisici, psichici e sensoriali, minori, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti e altre persone in condizioni di esclusione sociale).

Nel corso del 2005 le persone svantaggiate presenti nelle cooperative sociali di questo tipo erano 30.141 e la percentuale di soggetti svantaggiati presenti in cooperativa rispetto al totale del personale retribuito si attestava, a livello nazionale, al 55,5%, ben al di sopra del limite minimo (30%) stabilito dalla legge n. 381 del 1991.

La maggiore concentrazione di persone svantaggiate si riscontrava nel Nord-ovest (33,2%), seguono il Nord-est (con il 26%), il Centro (24,5%) e il Mezzogiorno (16,3%).

Rispetto alle tipologie di soggetti svantaggiati, le categorie più numerose sono quelle dei disabili (46,3%), dei tossicodipendenti (16%) e dei pazienti psichiatrici (15%).

I soggetti svantaggiati relativamente più frequenti all'interno delle cooperative localizzate nelle diverse aree geografiche sono:

- i pazienti psichiatrici e i tossicodipendenti nel Nord-ovest;
- gli alcolisti, i pazienti psichiatrici e i detenuti ed ex detenuti nel Nord-est;
- i disabili al Centro;
- i minori e le persone con altro tipo di disagio nel Mezzogiorno.

#### *Consorzi*

I consorzi sociali rappresentano una delle forme più importanti di integrazione tra cooperative sociali. La loro funzione principale è quella di offrire servizi finalizzati a sostenere le capacità e le attività di gestione delle cooperative aderenti, sia rispetto a funzioni interne (gestione delle risorse umane, assistenza contabile e consulenza fiscale, svolgimento pratiche amministrative, formazione, informazione), sia riguardo ai rapporti con l'esterno (elaborazione di progetti, assistenza nella partecipazione a gare pubbliche, supporto nell'elaborazione di strategie politiche, partecipazione a gare pubbliche per conto delle cooperative aderenti).

Il quadro che deriva dall'elaborazione dei dati mostra un'ampia varietà di attività. Rispetto alla gamma di servizi offerti, i più diffusi, a livello complessivo, sono quelli relativi all'assistenza nella partecipazione a gare pubbliche (offerta dal 74,6% dei consorzi), all'elaborazione e coordinamento progetti (72,5%), all'organizzazione di scambi di informazioni ed esperienze tra cooperative (70,8%), alla promozione dell'immagine delle

cooperative e di nuovi servizi (entrambi 67,6%). Meno rappresentati i servizi di assistenza all'acquisto di forniture e di trasmissione di conoscenze relative ai processi di produzione (rispettivamente 23,2% e 26,4%).

Considerando la ripartizione territoriale, si osserva che i consorzi del Nord offrono più frequentemente servizi legati alle attività formative e di accreditamento verso l'esterno della cooperativa, mentre quelli del Centro e del Mezzogiorno sono più orientati ad offrire un supporto per il reperimento delle risorse economiche.