



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali

Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali

***Rapporto a cura del
CNR-IRPPS***

Febbraio 2009

Direzione Generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e
monitoraggio della spesa sociale

*Il gruppo di lavoro della ricerca CNR-IRPPS è stato composto da:
Paolo Andruccioli, Leonardo Catena, Jacopo Cherchi, Floriana Grimaldi,
Giulio Marcon, Francesca Nicora, Mario Pianta, Stefania Tomasini, Anna Villa*

Indice

1. Executive Summary	5
2. Le dimensioni del lavoro nei servizi sociali in Italia: una esplorazione dei dati sull'occupazione nelle attività sociali	8
2.1. La metodologia del lavoro e le fonti analizzate	8
2.2. La fotografia del Censimento dell'Industria e dei Servizi	10
2.3. Il quadro che emerge dal Censimento della Popolazione	16
2.4. Le professioni sociali nella sanità pubblica: il Conto Annuale della Ragioneria dello Stato	20
2.5. Il Censimento sulle Organizzazioni non profit	22
2.6. I risultati dell'indagine sulla spesa sociale dei comuni	27
2.7. Il lavoro nei servizi sociali in alcune regioni italiane	29
2.8. Un quadro d'insieme e una stima del lavoro nei servizi sociali in Italia	30
3. I casi studio e la metodologia di analisi	35
3.1. La scelta dei casi studio	35
3.2. Le interviste e il questionario	36
3.3. Il contesto socio-economico	37
3.4. I sistemi locali delle politiche sociali	38
4. Il caso di Pesaro Urbino	42
4.1. Il caso di Pesaro Urbino e la metodologia adottata	42
4.2. Il sistema dei servizi sociali nella Regione Marche e nella Provincia di Pesaro Urbino	43
4.2.1 <i>Il contesto socio-demografico ed economico</i>	
4.2.2 <i>Il sistema regionale dei servizi sociali</i>	
4.3. Il sistema dei servizi sociali negli Ambiti di Pesaro e Urbino	50
4.3.1 <i>Le dimensioni quantitative dei servizi sociali locali: la spesa sociale degli EELL</i>	
4.3.2 <i>Le dimensioni quantitative dei servizi sociali locali: gli occupati nei servizi sociali</i>	
4.3.3 <i>Attori e ruoli dell'intervento sociale</i>	
4.3.4 <i>Le attività delle istituzioni nel sistema dei servizi sociali</i>	
4.3.5 <i>La struttura dell'offerta e le modalità di gestione ed erogazione dei servizi</i>	
4.4. Il lavoro nei servizi sociali: analisi quantitativa, tipologie, professioni	68
4.4.1 <i>Gli occupati per genere</i>	
4.4.2 <i>Settori di intervento</i>	
4.4.3 <i>Tipologia di contratto</i>	
4.4.4 <i>Tempi di lavoro</i>	
4.4.5 <i>Titolo di studio</i>	
4.4.6 <i>Profili professionali</i>	
4.4.7 <i>Le funzioni svolte</i>	
4.5. Gli aspetti qualitativi e le criticità del lavoro e del sistema locale dei servizi sociali	81
4.5.1 <i>Come i protagonisti percepiscono il sistema</i>	
4.5.2 <i>Criticità e proposte</i>	
4.5.3 <i>Le badanti e la "familiarizzazione" dell'assistenza</i>	
4.6. Conclusioni	90
5. Il caso di Venezia Mestre	92
5.1. Il caso di Venezia Mestre e la metodologia adottata	92
5.2. Il sistema locale dei servizi sociali: istituzioni, soggetti, attività	92

5.2.1 <i>Il contesto economico e socio-demografico</i>	
5.2.2 <i>Il sistema dei servizi sociali nella Regione</i>	
5.2.3 <i>Il sistema dei servizi sociali nel Distretto di Venezia Mestre</i>	
5.2.4 <i>La struttura dell'offerta e le modalità di gestione ed erogazione dei servizi</i>	
5.3. Il lavoro nei servizi sociali: l'analisi quantitativa	103
5.4. Gli aspetti qualitativi e le criticità	110
5.5. Conclusioni	113
6. Il caso di Roma, Municipio I	115
6.1. Il caso di Roma, Municipio I e la metodologia adottata	115
6.2. Il sistema locale dei servizi sociali: istituzioni, soggetti, attività	116
6.2.1 <i>Un profilo socio-demografico del Municipio I</i>	
6.2.2 <i>Il sistema dei servizi sociali nella Regione</i>	
6.2.3 <i>Il sistema dei servizi sociali nel Municipio I</i>	
6.2.4 <i>La struttura dell'offerta e le modalità di gestione ed erogazione dei servizi</i>	
6.3. Il lavoro nei servizi sociali	137
6.3.1 <i>L'analisi quantitativa per il Comune di Roma</i>	
6.3.2 <i>L'analisi quantitativa per il Municipio I</i>	
6.4. Gli aspetti qualitativi e le criticità del lavoro e del sistema locale dei servizi sociali	150
6.5. Conclusioni	153
7. Una sintesi dei risultati: il lavoro nel sociale e i sistemi locali dei servizi sociali	154
7.1. Introduzione	154
7.2. Il confronto tra i casi studio sui sistemi locali dei servizi	155
7.3. Il confronto sull'occupazione	163
7.4. Il confronto sull'istruzione e le professioni	174
7.5. Il confronto sui punti critici dei servizi sociali	178
7.6. L'analisi dei punti critici nei casi studio	182
7.7. Alcune conclusioni e prospettive per le politiche sociali	193
8. Bibliografia	196
9. Appendici	201

Capitolo 1

Executive Summary

Questo Rapporto di ricerca presenta i risultati dello studio realizzato dal CNR-IRPPS per la ricerca su "Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali", commissionata nel 2007 dal Ministero della Solidarietà Sociale. L'obiettivo della ricerca è analizzare il problema del lavoro nei servizi sociali in Italia individuando le attività svolte, le tipologie di soggetti economici in cui tali servizi sono prestati - enti pubblici, organizzazioni nonprofit o imprese private - le posizioni lavorative e contrattuali, le qualificazioni dei lavoratori esistenti.

La prima questione da affrontare riguarda la delimitazione del campo di analisi, e qui il criterio di riferimento adottato dalla ricerca riguarda la natura di servizi sociali delle attività svolte, in diversi ambiti e settori. In particolare, l'obiettivo è di individuare le attività che riguardano le seguenti aree di intervento:

- Famiglia e Minori,
- Disabili,
- Dipendenze,
- Anziani,
- Immigrati e nomadi,
- Povertà, disagio degli adulti e dei senza fissa dimora.

In termini di settori di riferimento, sono considerati i servizi socio-assistenziali, socio-sanitari, socio-educativi/culturali e di inserimento lavorativo. Le attività di servizio sociale e l'occupazione relativa fanno riferimento a unità locali che possono assumere la natura di:

- soggetti pubblici (enti locali, ambiti territoriali, asl, etc.);
- organizzazioni nonprofit (cooperative sociali, associazioni, etc.);
- imprese private for profit.

L'analisi dell'occupazione è articolata in base al genere, alla tipologia di posizioni lavorative (lavoratori dipendenti a tempo indeterminato, collaboratori, tenendo conto anche dell'eventuale presenza di volontari), alle tipologie contrattuali, all'attività lavorativa svolta e ai livelli di qualificazione esistenti. Si tratta di un'esplorazione resa difficile dalla frammentazione dei settori di attività, dalla diversità nella natura dei soggetti e nei sistemi contrattuali, dall'inadeguata definizione dei profili professionali, e dalla mancanza di un quadro informativo coerente. Una particolare attenzione viene dedicata a rilevare le criticità del sistema dei servizi sociali e nelle forme di occupazione esistenti, come vengono percepite dai protagonisti del settore.

Il lavoro esamina, nel capitolo 2, le dimensioni dell'occupazione nei servizi sociali sulla base delle fonti statistiche ufficiali disponibili. Nessuna delle fonti istituzionali (Censimenti della popolazione, dell'industria e servizi, delle istituzioni nonprofit, etc.) presenta una definizione adeguata dell'insieme dell'occupazione nei servizi sociali. Combinando le informazioni da diverse fonti, arriviamo a una stima, relativa al 2005, di circa 617 mila addetti complessivi (per oltre due terzi donne), di cui 225 mila nel settore pubblico, 244 mila in cooperative sociali, 120 mila in altre organizzazioni nonprofit e 27 mila in imprese private. E' significativo tuttavia che le stime attuali sul numero di assistenti familiari (le cosiddette "badanti", in larga parte donne immigrate) arrivino

ormai intorno alle 700 mila unità, documentando una "familiarizzazione dell'assistenza" che rischia di svuotare il ruolo delle politiche sociali del paese.

Il capitolo 3 imposta l'analisi di casi studio locali e illustra la metodologia adottata, che ha utilizzato interviste e questionari semistrutturati somministrati a responsabili delle istituzioni pubbliche e nonprofit attive nei servizi sociali delle aree analizzate.

I capitoli da 4 a 6 presentano i risultati dei casi studio realizzati dal gruppo CNR-IRPPS - Pesaro Urbino, Venezia Mestre, Roma Municipio I. I risultati mostrano alcuni aspetti comuni - la grande prevalenza dell'occupazione nel nonprofit, la presenza di circa tre quarti di donne, ma anche realtà assai differenziate in termini di funzionamento dei sistemi locali dei servizi sociali e di frammentazione dei profili professionali esistenti. Il caso di Pesaro Urbino è caratterizzato da una forte presenza di occupazione dipendente part time a tempo indeterminato e da minori livelli di istruzione. Il caso di Venezia presenta un ruolo del pubblico relativamente maggiore e alte percentuali di laureati. Nel caso di Roma Municipio I troviamo una scarsissima presenza di lavoratori pubblici, un'alta percentuale di contratti di lavoro atipici e titoli di studio elevati.

Il capitolo 7 sviluppa un'analisi comparata tra questi casi e i due realizzati dal Foromez, il distretto PLUS 21 in Sardegna e l'ambito di Triggiano in Puglia. Oltre a estendere i confronti sulle caratteristiche quantitative e qualitative del lavoro nei servizi sociali, vengono messi in evidenza i punti critici del lavoro nei servizi sociali e del funzionamento dei sistemi locali. La scarsa stabilità del lavoro, in occupazioni spesso sottoqualificate, con percorsi eterogenei di formazione, limitate possibilità di carriera e bassi salari sono i principali problemi emersi, accanto a segnali di calo di motivazione del personale. Il sistema dei servizi sociali presenta invece difficoltà nel dare risposte a bisogni sociali in rapida evoluzione, una difficile integrazione tra istituzioni pubbliche e nonprofit e tra servizi sociali e sanitari, una fragilità legata alla carenza di risorse complessive, al sistema di appalti per brevi periodi, con ritardi nei pagamenti alle organizzazioni nonprofit. Sulla base di questi problemi emersi dall'analisi, il lavoro si conclude con alcune considerazioni per le politiche sociali del paese.

Questa ricerca è stata possibile solo grazie all'interesse e alla collaborazione di decine di amministratori locali, funzionari pubblici e responsabili di cooperative sociali e organizzazioni nonprofit che hanno accettato di rispondere ai nostri questionari e condividere le loro valutazioni sui problemi al centro dell'indagine. Li ringraziamo tutti per la loro disponibilità e collaborazione.

Con molti di loro sono state organizzate riunioni per discutere dei problemi affrontati nella ricerca - sia nella fase iniziale, sia per verificare i risultati ottenuti. Le discussioni sono state particolarmente utili per il gruppo di ricerca e vogliamo ringraziare tutti i partecipanti.

I risultati intermedi del lavoro sono stati presentati ai convegni organizzati dal Ministero al CNEL nel giugno 2008 e a quello organizzato presso l'Università Cà Foscari a Venezia il 30 ottobre 2008. I commenti ricevuti in quelle occasioni sono stati di particolare aiuto per migliorare la presentazione e l'interpretazione dei risultati.

L'aiuto maggiore, tuttavia, è venuto dal gruppo di lavoro del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali che ha seguito dall'inizio la ricerca; dobbiamo ringraziare Margherita Brunetti, Simone Casadei, Patrizia De Felici e Oreste Nazzaro per il loro supporto e la collaborazione offerta. Nereo Zamaro ha dato un contributo importante all'impostazione del lavoro, con utili stimoli alla ricerca. Un ringraziamento particolare va ad Angelo Marano, Direttore generale del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per l'interesse con cui ha promosso e seguito questo lavoro. Ringraziamo infine Enrico Pugliese, direttore dell'Istituto di Ricerca sulla Popolazione e le Politiche Sociali del CNR.

Per il confronto realizzato nel capitolo 7 con i due casi studio realizzati dal Formez su Sardegna e Puglia ringraziamo vivamente Clara Poddighe, Anna Pina Cuccurullo e Rita Loi per la disponibilità e la collaborazione che sono state essenziali per effettuare i confronti tra i casi studio.

La ricerca è stata realizzata da un Gruppo di lavoro apposito, che ha integrato competenze diverse. L'impostazione e il coordinamento del lavoro sono state curate da Giulio Marcon e Mario Pianta; i capitoli 2 e 3 sono frutto del lavoro di Giulio Marcon, Francesca Nicora, Mario Pianta e Anna Villa; il caso di Pesaro Urbino nel capitolo 4 è stato curato da Leonardo Catena e Jacopo Cherchi; il caso di Venezia Mestre nel capitolo 5 è stato curato da Paolo Andruccioli, Floriana Grimaldi e Stefania Tomasini, il caso di Roma, Municipio I nel capitolo 6 è stato curato da Francesca Nicora e Anna Villa; il confronto tra i risultati nel capitolo 7 da Giulio Marcon, Mario Pianta e Anna Villa.

Capitolo 2

Le dimensioni del lavoro nei servizi sociali in Italia: una esplorazione dei dati sull'occupazione nelle attività sociali

2.1. La metodologia del lavoro e le fonti analizzate

Delineare dimensioni, forme e modelli organizzativi del lavoro nel settore dei servizi sociali in Italia non è un compito semplice, e fornire una quantificazione dell'occupazione, anche approssimativa ed incompleta, risulta particolarmente arduo. Questo avviene per due ordini di motivi:

- la mancanza di dati sulle professioni: a tale riguardo né il Censimento della Popolazione né una indagine come quella sulla Spesa Sociale dei Comuni, o quella sui Profili Professionali nella PA facilitano il nostro lavoro;
- l'utilizzo dei settori di attività economica ATECO come discriminante fra ciò che è riconducibile all'attività dei servizi sociali e ciò che non lo è: a tale proposito risulta particolarmente difficile individuare con precisione i settori di attività delle organizzazioni di natura pubblica, privata e non profit, nella misura in cui è possibile disaggregare i dati disponibili soltanto per alcune delle fonti. Inoltre le differenze nella costruzione dei dati, anche per quanto riguarda i censimenti, rende difficile la comparazione dei risultati che emergono.

Nel tentativo di fornire un quadro della situazione, seppure alla luce dei limiti e delle difficoltà connesse all'indagine, abbiamo deciso di procedere con un'analisi settoriale per alcune delle fonti disponibili che ci sono sembrate maggiormente attinenti con l'oggetto della nostra indagine.

Le principali fonti analizzate al fine di stimare la dimensione occupazionale sono gli ultimi censimenti, che forniscono dati ufficiali al 2001, ed in particolare:

- *Il Censimento dell'Industria e dei Servizi*, che costituisce anche l'aggiornamento della rilevazione censuaria sulle organizzazioni non profit,
- *Il Censimento della Popolazione*.

Innanzitutto occorre fare una premessa metodologica proprio sul quadro che le diverse fonti ci forniscono riguardo all'occupazione. Infatti esiste una differenza fra l'occupazione come viene misurata e ricavata dai diversi riferimenti. In particolare il termine "Occupazione" desunto dai *Censimenti delle Attività Produttive* fa riferimento alla definizione di **addetto all'unità locale** e risulta così non confrontabile con il concetto di occupazione desumibile dai dati di fonte demografica (*Censimento della Popolazione*, forze di lavoro, ecc.) che fa riferimento alla definizione di **popolazione attiva**. Le cause di diversità sono le seguenti:

- per la diversa definizione, in quanto la **popolazione attiva** è comprensiva delle persone in condizione professionale (che nella settimana precedente la data del censimento risultavano occupate o disoccupate alla ricerca di nuova occupazione) e di quelle in cerca di prima occupazione, mentre gli **addetti** comprendono le persone occupate presso l'unità locale alla data del censimento.

La seconda ragione di difficoltà nella comparazione delle due fonti di cui sopra è la diversa unità di rilevazione che esse utilizzano: la famiglia nel *Censimento della Popolazione* mentre i *Censimenti delle Attività Produttive* fanno riferimento alle unità locali.

- Ciò porta, come conseguenza diretta, alla rilevazione nel *Censimento della Popolazione* e nelle indagini sulle forze di lavoro di tutte le persone che svolgono un'attività lavorativa senza fare capo ad un'unità locale (in prevalenza lavoratori a domicilio, lavoratori autonomi,

liberi professionisti, ecc.) mentre queste stesse persone possono risultare, di fatto, escluse dal *Censimenti delle Attività Produttive* a causa delle difficoltà connesse con la loro individuazione da parte del rilevatore.

Altre ragioni che impediscono una comparazione totale dei dati desumibili dalle fonti prese in esame sono:

- la diversa distribuzione territoriale, in quanto gli addetti (*Censimenti delle Attività Produttive*) risultano localizzati nel comune in cui ha sede l'unità locale mentre gli attivi (*Censimento della Popolazione*) sono localizzati nel comune di residenza,
- nonostante entrambi i Censimenti usino la classificazione secondo l'attività economica la risposta potrebbe non coincidere, essendo diverso il rispondente (capofamiglia in un caso, titolare dell'unità locale nell'altro). Infatti, sia gli addetti rilevati con il censimento economico sia gli attivi rilevati con il censimento demografico sono classificati secondo l'attività economica, unica o prevalente, svolta dall'unità locale da cui dipendono. Tuttavia, mentre nel censimento economico il personale di una stessa unità locale è classificato in base all'unica dichiarazione fornita dal titolare dell'unità locale stessa, nel censimento demografico e nelle forze di lavoro le dichiarazioni sono individuali,
- il diverso campo di osservazione che, di fatto, è esaustivo di tutte le attività economiche per il *Censimento della Popolazione* mentre è relativo all'elenco delle attività produttive appositamente previste per il censimento economico.

Per superare le lacune informative, procederemo incrociando le informazioni disponibili dai due censimenti, che purtroppo forniscono un quadro parziale, con alcuni settori di attività economica, al fine di raffinare il più possibile il campo di indagine. I settori di attività economica sono quelli forniti dalla classificazione ATECO 1991, e le dimensioni che abbiamo considerato rilevanti sono:

- la tipologia di istituzioni (istituzioni pubbliche, istituzioni non profit, imprese private for profit),
- la tipologia di lavoratori (dipendenti, collaboratori, interinali, volontari)
- il genere,
- la dimensione territoriale (regionale),
- attività lavorativa svolta (per grandi gruppi dell'ISCO¹),
- posizione nella professione.

Data l'assenza di dati ufficiali sulle professioni diviene centrale la scelta sui settori di attività da considerare rilevanti per la nostra analisi e rispetto ai quali gli incroci risultino possibili. La disponibilità di dati molto o poco disaggregati rappresenta da questo punto di vista una scelta obbligata: per il *Censimento dell'Industria e dei Servizi* disponiamo di dati sull'attività economica disaggregati fino alla quinta cifra dell'ATECO 1991, quindi la massima finezza possibile, ma non è possibile incrociare questi dati con le informazioni relative alla posizione nella professione e all'attività lavorativa svolta. Al contrario, il *Censimento della Popolazione*, offre la possibilità di analizzare il dato relativo alla persona, quindi alla professione (anche se a livello poco fine) ma non è possibile incrociarlo con una disaggregazione fine dell'ATECO.

Ulteriori informazioni saranno desunte dalla *Rilevazione Censuaria delle Istituzioni Non profit*, risalente al 1999. In questa sezione si affronteranno questioni dimensionali del settore i termini di addetti e istituzioni attive nell'assistenza sociale e nei settori ad essa afferenti. La presenza dei vari attori (pubblici/privati/non profit) nel settore dell'assistenza sociale verrà comparata attraverso la riclassificazione dei settori di attività adottata dall'ISTAT per questa tipologia di organizzazioni². Attraverso questa analisi si fornirà una stima dell'importanza relativa dei tre attori per quanto riguarda l'occupazione.

Infine attraverso l'indagine censuaria sulla *Spesa Sociale dei Comuni*, andremo ad indagare come e quanto spendono i comuni italiani per i servizi che erogano da soli e/o in associazione con altri,

¹ International Standard Classification of Occupation

² ICNPO (International Classification of Non profit Organizations), elaborata sulla base dell'ISIC

secondo un modello di organizzazione che può variare non soltanto tra le regioni, ma anche all'interno della stessa regione. Anche se questa indagine non fornisce nessuna informazione sull'occupazione, pure ci sembra interessante, ai fini di completezza del quadro, analizzare il problema dell'offerta dei servizi sociali anche dal punto di vista della spesa.

2.2. La fotografia del Censimento dell'Industria e dei Servizi

Nel *Censimento dell'Industria e dei Servizi 2001* l'unità di rilevazione considerata è l'unità locale, ossia il luogo fisico in cui le unità giuridico-economiche esercitano una o più attività economiche. La classificazione delle attività economiche viene utilizzata per classificare le unità di produzione secondo l'attività svolta: essa non vuol essere una classificazione di industrie, non va confusa con una classificazione di beni e servizi, né tanto meno con una classificazione di professioni o mestieri.

L'attività svolta da una determinata unità produttiva rappresenta il tipo di produzione in cui è impegnata, ed è quindi quella caratteristica dell'unità secondo la quale essa verrà raggruppata con altre al fine di elaborare alcune particolari statistiche. La classificazione adottata nel *Censimento dell'Industria e dei Servizi 2001*, come già ricordato in precedenza, è l'ATECO 1991.

Il settore di attività economica su cui abbiamo focalizzato l'attenzione appartiene alla sezione N, Sanità e altri servizi sociali, articolata nel modo seguente:

- 85 Sanità e altri servizi sociali
 - 85.1 Attività dei servizi sanitari
 - 85.11 Servizi ospedalieri
 - 85.12 Servizi degli studi medici
 - 85.13 Servizi degli studi odontoiatrici
 - 85.14 Altri servizi sanitari
 - 85.2 Servizi veterinari
 - 85.3 Assistenza sociale
 - 85.31 Assistenza sociale residenziale
 - 85.32 Assistenza sociale non residenziale

Il cuore della nostra analisi è rappresentato dal settore dell'assistenza sociale: questo a sua volta si articola nelle categorie assistenza sociale residenziale e non residenziale. La prima comprende le attività di:

- assistenza sociale continua a favore dell'infanzia, degli anziani e di particolari categorie di persone non completamente autosufficienti, in cui le componenti cure mediche o istruzione rivestono carattere marginale,
- orfanotrofi, convitti e centri residenziali per l'infanzia abbandonata,
- istituti per handicappati fisici o mentali, istituti per ciechi, sordi e muti,
- centri di riabilitazione (senza trattamento medico) per tossicodipendenti e alcolizzati,
- istituti di ricovero per anziani,
- ricoveri per i senzatetto, istituti di assistenza a favore di madri nubili, dei loro figli...

Da questa categoria sono escluse:

- attività finalizzate all'adozione,
- attività di soccorso a breve termine alle vittime di calamità.

L'assistenza sociale non residenziale invece attiene le attività di:

- assistenza sociale, consulenza, tutela sociale, orientamento e aiuto ai profughi, ecc., svolte a favore di individui o famiglie, al domicilio di questi o altrove, da enti pubblici o da organizzazioni private, da organizzazioni di soccorso alle vittime di calamità e da organismi nazionali o locali di assistenza, nonché da specialisti che forniscono servizi di consulenza,
- asili nido, compresi gli istituti per bambini handicappati, non residenziali,
- tutela e orientamento di bambini e adolescenti,

- attività finalizzate all'adozione e alla prevenzione di maltrattamenti a danno di bambini,
- assistenza agli handicappati adulti non ricoverati,
- formazione o riconversione professionale a favore di handicappati, purché la componente scolastica sia limitata,
- riabilitazione (senza trattamento medico e senza ricovero) per tossicodipendenti e alcolizzati,
- visite e assistenza sociale a persone anziane,
- assistenza ai senzatetto e ad altri gruppi socialmente sfavoriti,
- beneficenza, raccolta di fondi o altre attività di supporto, inerenti ad opere di assistenza sociale,
- accertamento del diritto al ricevimento di aiuti, sotto forma di sussidi per l'affitto o di buoni per generi alimentari,
- consulenza in materia di bilanci familiari, attività dei consultori matrimoniali e familiari: attività a livello di comunità o di quartiere,
- assistenza alle vittime di calamità, profughi, immigrati, ecc., compreso il loro alloggio temporaneo o stabile.

Sono escluse:

- attività di assistenza prestate nell'ambito delle assicurazioni sociali obbligatorie.

La scelta di circoscrivere, in questa prima sezione, l'analisi a questo specifico settore di attività nasce dalla impossibilità di fornire una quantificazione attendibile dell'occupazione all'interno del comparto dell'attività dei servizi sanitari e dei servizi veterinari che risponda all'idea di servizi sociali: infatti anche nei comparti citati ci saranno senz'altro delle figure professionali che fanno riferimento al nostro campo di indagine, tuttavia non disponiamo di informazioni sufficienti per poterlo quantificare in rapporto al totale. Risulta tuttavia possibile, attraverso un'analisi del Conto Annuale della Ragioneria dello Stato fare un tentativo di quantificare, solo per quanto riguarda la Pubblica Amministrazione, gli occupati nel settore dei servizi sanitari nazionali rispondenti alle figure professionali che attengono all'assistenza. I risultati di questa analisi vengono riportati in un ulteriore paragrafo.

Ai fini del quadro occupazionale che andremo a definire nelle tavole successive, a partire dai dati del *Censimento dell'Industria e dei servizi*, faremo riferimento alla definizione di *addetto all'unità locale*, che rappresenta il personale dipendente occupato presso le unità locali. Gli addetti alle unità locali sono classificati in base all'attività economica principale svolta dall'unità locale e rispetto alla sua ubicazione. Essi coincidono a livello nazionale con gli addetti alle imprese/istituzioni, ma non coincidono a livello di distribuzione dell'occupazione per attività economica o per territorio. Infatti, per le imprese/istituzioni plurilocalizzate, gli addetti alle unità locali sono classificati rispetto all'attività economica principale dell'unità locale stessa che può essere diversa da quella dell'impresa/istituzione centrale. Oltre agli addetti saranno considerati nell'analisi anche i collaboratori, i lavoratori interinali e i volontari. La dimensione totale sarà data dalla grandezza che abbiamo definito come "addetti complessivi" che comprende sia le forme di lavoro dipendente che quello parasubordinato.

Gli addetti nei servizi sociali

Come si può osservare dalla **tabella 2.1**, nel 2001 la dimensione dell'occupazione nel settore dell'assistenza sociale, misurata attraverso il numero di addetti complessivi, è pari a circa 355 mila unità. Il settore di attività economica ATECO91 è stato disaggregato fino alla quinta cifra, e dunque fornisce il quadro per l'assistenza residenziale e non residenziale: analizzando la tipologia di servizio offerto, le unità si concentrano principalmente nell'assistenza sociale non residenziale con oltre 223 mila addetti complessivi, pari al 63% circa del totale. Andando ad analizzare la distribuzione degli addetti all'interno delle istituzioni considerate emerge che le istituzioni non profit da sole impiegano quasi 203 mila persone, che rappresentano il 57% del totale, con una percentuale che raggiunge il 61,9% nel settore dell'assistenza non residenziale. Il settore pubblico

impiega complessivamente più di 125 mila unità, il 35,2% del totale, con una percentuale leggermente superiore nell'assistenza residenziale, dato poco sorprendente se si considerano le attività di ricovero e assistenza rivolte alle varie tipologie di utenti che si svolgono all'interno delle strutture pubbliche. Il settore delle imprese, infine, rappresenta la quota più esigua in termini di occupazione con il 7,8% degli addetti complessivi, che salgono a quota 11,2% nel caso delle strutture residenziali.

Tabella 2.1 - Addetti complessivi (addetti, collaboratori ed interinali) nel settore dell'assistenza sociale per tipologia di istituzione

CODICE ATECO	DESCRIZIONE SETTORE DI ATTIVITA	ISTITUZIONI PUBBLICHE		ISTITUZIONI NON PROFIT		IMPRESE		TOTALE	
		TOT	%	TOT	%	TOT	%	TOT	%
85.3	ASSISTENZA SOCIALE	125.299	35,2	202.812	57,0	27.580	7,8	355.691	100
85.3.1.0	ASSISTENZA SOCIALE RESDENZIALE	50.663	38,4	66.591	50,4	14.806	11,2	132.060	100
85.3.2.0	ASSISTENZA SOCIALE NON RESDENZIALE	74.636	33,4	136.221	60,9	12.774	5,7	223.631	100

Fonte: ISTAT, Censimento industria e servizi 2001 – Nostra elaborazione

Analizzando, nella **tabella 2.2**, il quadro nazionale degli addetti alle unità locali (esclusi i collaboratori e gli interinali) per genere e tipologia dell'istituzione, emerge che il totale degli addetti nelle istituzioni pubbliche, non profit e nelle imprese ammontava nel 2001 a quasi 326 mila unità, di cui quasi 250 mila donne. L'assistenza sociale non residenziale assorbe il maggior numero delle unità con oltre 203 mila addetti.

Tabella 1.2 - Addetti nel settore dell'assistenza sociale per tipologia di istituzione e imprese (dato riferito alle unità locali)

CODICE ATECO	DESCRIZIONE SETTORE DI ATTIVITA	ISTITUZIONI PUBBLICHE			ISTITUZIONI NON PROFIT			IMPRESE			TOTALE		
		M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
85.3	ASSISTENZA SOCIALE	27.018	89.825	116.843	43.810	139.815	183.625	6.065	19.411	25.476	76.893	249.051	325.944
85.3.1.0	ASSISTENZA SOCIALE RESDENZIALE	10.749	36.645	47.394	12.785	48.712	61.497	3.151	10.491	13.642	26.685	95.848	122.533
85.3.2.0	ASSISTENZA SOCIALE NON RESDENZIALE	16.269	53.180	69.449	31.025	91.103	122.128	2.914	8.920	11.834	50.208	153.203	203.411

Fonte: ISTAT, Censimento industria e servizi 2001 - Nostra elaborazione

Analizzando la **tabella 2.3** che considera i valori percentuali per le diverse istituzioni rispetto alla dimensione di genere, si osserva per tutte e tre le tipologie una netta prevalenza di dipendenti di genere femminile sia per quanto riguarda l'assistenza residenziale che quella non residenziale. Considerando la quota di addetti sugli addetti complessivi in tutte e tre le istituzioni la quota di lavoro dipendente si attesta o supera il 90%, con valori che superano il 93% nel caso del settore pubblico e il 92% nelle imprese, mentre si attesta sul 90% il dato relativo al non profit.

Dunque il settore dell'assistenza sociale nel 2001 si caratterizza per un livello di precarietà piuttosto basso, tuttavia occorre ricordare che la riforma del mercato del lavoro è avvenuta successivamente e quindi questo dato risulta poco attendibile per un'analisi delle tipologie contrattuali nei diversi settori.

Tabella 2.3 - Addetti nel settore dell'assistenza sociale per genere e tipologia di istituzione (dato % riferito alle unità locali)

CODICE ATECO	DESCRIZIONE SETTORE DI ATTIVITÀ	ISTITUZIONI PUBBLICHE			ISTITUZIONI NON PROFIT			IMPRESE			TOTALE		
		M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
85.3	ASSISTENZA SOCIALE	23,1	76,9	100,0	23,9	76,1	100,0	23,8	76,2	100,0	23,6	76,4	100,0
85.3.1.0	ASSISTENZA SOCIALE RESDENZIALE	22,7	77,3	100,0	20,8	79,2	100,0	23,1	76,9	100,0	21,8	78,2	100,0
85.3.2.0	ASSISTENZA SOCIALE NON RESDENZIALE	23,4	76,6	100,0	25,4	74,6	100,0	24,6	75,4	100,0	24,7	75,3	100,0

Fonte: ISTAT, Censimento industria e servizi 2001 - Nostra elaborazione

Per quanto riguarda il lavoro parasubordinato nel settore dell'assistenza sociale possiamo ricavare un quadro interessante dalla **tabella 2.4**: in totale nel 2001 erano occupati circa 30 mila lavoratori parasubordinati, e quasi 450 mila volontari. In particolare, l'attività volontaria si concentra dal punto di vista delle istituzioni in quelle non profit (è ovviamente assente nelle imprese) con oltre 342 mila unità contro le circa 105 mila del settore pubblico, mentre dal punto di vista settoriale i volontari svolgono principalmente l'attività di assistenza sociale non residenziale.

Tabella 2.4 – Collaboratori, interinali e volontari nel settore dell'assistenza sociale per genere e tipologia di istituzione (dato riferito alle unità locali)

CODICE ATECO	DESCRIZIONE SETTORE DI ATTIVITÀ	ISTITUZIONI PUBBLICHE			ISTITUZIONI NON PROFIT			IMPRESE		TOTALE		
		COCOCO	INTERINALI	VOLONTARI	COCOCO	INTERINALI	VOLONTARI	COCOCO	INTERINALI	COCOCO	INTERINALI	VOLONTARI
85.3	ASSISTENZA SOCIALE	7.068	1.388	106.813	18.240	947	342.882	1.946	158	27.254	2.493	449.695
85.3.1.0	ASSISTENZA SOCIALE RESDENZIALE	2.634	635	4.643	4.543	551	49.865	1.031	133	8.208	1.319	54.508
85.3.2.0	ASSISTENZA SOCIALE NON RESDENZIALE	4.434	753	102.170	13.697	396	293.017	915	25	19.046	1.174	395.187

Fonte: ISTAT, Censimento industria e servizi 2001 - Nostra elaborazione

Esaminando i dati percentuali emerge che per quanto riguarda i collaboratori si ha una concentrazione nelle istituzioni non profit, con quasi il 70% del totale dei collaboratori impiegati in questo tipo di istituzione; seguono il settore pubblico e le imprese con rispettivamente il 26% e il 7% dei collaboratori. Per gli interinali la situazione si ribalta: infatti si osserva una concentrazione nelle istituzioni pubbliche con il 55,7% del totale dei lavoratori interinali. Come ricordato in precedenza, anche in questo caso il dato non tiene conto dei cambiamenti avvenuti nel mercato del lavoro con l'introduzione della legge Biagi.

Tabella 2.5 - Collaboratori, interinali e volontari nel settore dell'assistenza sociale per genere e tipologia di istituzione (dato % riferito alle unità locali)

CODICE ATECO	DESCRIZIONE SETTORE DI ATTIVITA	ISTITUZIONI PUBBLICHE			ISTITUZIONI NON PROFIT			IMPRESE		
		COCOCO	INTERINALI	VOLONTARI	COCOCO	INTERINALI	VOLONTARI	COCOCO	INTERINALI	VOLONTARI
85.3	ASSISTENZA SOCIALE	25,9	55,7	3,8	66,9	38,0	76,2	7,1	6,3	0,0
85.3.1.0	ASSISTENZA SOCIALE RESIDENZIALE	32,1	48,1	8,5	55,3	41,8	91,5	12,6	10,1	0,0
85.3.2.0	ASSISTENZA SOCIALE NON RESIDENZIALE	23,3	64,1	25,9	71,9	33,7	74,1	4,8	2,1	0,0

Fonte: ISTAT, Censimento industria e servizi 2001 - Nostra elaborazione

Le unità locali dei servizi attive nell'assistenza sociale

La dimensione delle unità locali è stata analizzata attraverso il rapporto fra il numero di addetti e le unità locali presenti nel territorio: emerge che in Italia in media in ogni unità locale che opera nel settore dell'assistenza sociale sono occupati poco più di 9 addetti, con punte di 13 addetti nel Veneto e di 12 in Lombardia ed Emilia Romagna. Oltre a quelle citate, si collocano al di sopra della media regioni come il Friuli-Venezia Giulia e le Marche, e perfettamente in media la Liguria; al contrario nelle regioni del Sud la dimensione dell'unità locale è piuttosto ridotta, e raggiunge il suo minimo in Calabria, dove in ciascuna unità locale lavorano in media 5 addetti. Esaminando l'indicatore da una prospettiva di genere, emerge che in Italia mediamente dei 9 addetti per unità locale 7 sono donne: anche in questo caso si confermano di dimensioni maggiori le unità locali venete, lombarde ed emiliane, mentre di dimensioni più contenute le unità locali presenti nelle regioni meridionali come Calabria, Campania, Puglia e Basilicata.

Tabella 2.6 – Distribuzione regionale delle unità locali e degli addetti per genere (dato riferito alle unità locali)

REGIONI	ASSISTENZA SOCIALE									
	Unità Locali	%	Addetti Maschi	%	Addetti Femmine	%	Addetti	%	Addetti/Unità locali	Addetti/Unità locali (F)
Piemonte	3.658	10,6	6.646	8,6	26.712	10,7	33.358	10,2	9	7
Valle d'Aosta	159	0,5	208	0,3	1.070	0,4	1.278	0,4	8	7
Lombardia	6.004	17,4	13.072	17,0	56.242	22,6	69.314	21,3	12	9
Trentino-Alto Adige	1.402	4,1	2.523	3,3	9.351	3,8	11.874	3,6	8	7
Veneto	2.725	7,9	7.097	9,2	27.634	11,1	34.731	10,7	13	10
Friuli-Venezia Giulia	922	2,7	2.325	3,0	7.057	2,8	9.382	2,9	10	8
Liguria	1.220	3,5	2.837	3,7	8.586	3,4	11.423	3,5	9	7
Emilia-Romagna	3.061	8,9	6.380	8,3	28.703	11,5	35.083	10,8	11	9
Toscana	2.273	6,6	5.047	6,6	15.832	6,4	20.879	6,4	9	7
Umbria	635	1,8	1.291	1,7	3.944	1,6	5.235	1,6	8	6
Marche	1.078	3,1	2.244	2,9	8.043	3,2	10.287	3,2	10	7
Lazio	2.400	7,0	6.695	8,7	14.407	5,8	21.102	6,5	9	6
Abruzzo	681	2,0	1.093	1,4	3.591	1,4	4.684	1,4	7	5
Molise	214	0,6	375	0,5	1.111	0,4	1.486	0,5	7	5

Campania	1.490	4,3	4.298	5,6	5.679	2,3	9.977	3,1	7	4
Puglia	1.636	4,7	4.625	6,0	6.930	2,8	11.555	3,5	7	4
Basilicata	301	0,9	492	0,6	1.488	0,6	1.980	0,6	7	5
Calabria	851	2,5	1.656	2,2	2.893	1,2	4.549	1,4	5	3
Sicilia	2.583	7,5	5.812	7,6	13.585	5,5	19.397	6,0	8	5
Sardegna	1.227	3,6	2.177	2,8	6.193	2,5	8.370	2,6	7	5
TOTALE	34.520	100	76.893	100	249.051	100	325.944	100	9	7

Fonte: ISTAT, Censimento industria e servizi 2001 - Nostra elaborazione

Allo scopo di analizzare in modo più approfondito la distribuzione territoriale delle unità locali e degli addetti all'assistenza sociale, nella **tabella 2.7** i dati assoluti sono stati normalizzati considerando il totale delle unità locali e degli addetti nei settori dei servizi alle persone, che corrispondono alle lettere M (Istruzione), N (Sanità e Assistenza sociale), O (Altri servizi pubblici, sociali e personali). In tal modo è possibile sia rilevare il peso relativo in termini occupazionali del settore dell'assistenza sociale nelle regioni italiane sia effettuare delle comparazioni. Dalla tabella emerge che in termini relativi rispetto al totale dei servizi alle persone, a svolgere attività di assistenza sociale sono il 4,5% delle unità locali presenti in Italia nel 2001. Si collocano al di sopra della media complessiva tutte le regioni del Nord: il Trentino Alto-Adige (7,2%), la Valle d'Aosta (6,3%) il Piemonte (5,7%), mentre per il Centro raggiungono una quota leggermente superiore le Marche e l'Umbria. Per le Isole la Sardegna si colloca al 5,6%, mentre per quanto riguarda il Sud l'eccezione è rappresentata dal 5% del Molise. La regione che presenta la più bassa percentuale di unità impegnate nell'attività di assistenza sociale è la Campania, con solo il 2,7% delle unità locali rispetto al totale regionale. Seguono Lazio ed Abruzzo con percentuali pari rispettivamente al 3,3% e al 3,6%.

Per quanto riguarda gli addetti, complessivamente il settore dell'assistenza sociale occupa l'8,9% degli addetti ai servizi alla persona: anche in questo caso dall'analisi regionale emerge che al Nord le risorse umane impiegate hanno un peso maggiore rispetto al Sud, con punte del 15,8% in Trentino Alto Adige e del 12,9% in Valle d'Aosta. Complessivamente si può affermare che tutte le regioni del Centro-Nord ad eccezione del Lazio presentano valori degli occupati superiori alla media nazionale. Con il 3% la Campania si conferma la regione con la più bassa intensità di occupati nel settore assistenziale, si collocano al di sotto della media le Isole.

Tabella 2.7 – Percentuale regionale delle unità locali e degli addetti nel settore dell'assistenza sociale sul totale dei servizi alle persone (dato riferito alle unità locali)

REGIONI	ASSISTENZA SOCIALE					
	TOT Unità' Locali servizi alla persona	Unità' Locali	% Unità locali ass. soc/tot	TOT Addetti servizi alla persona	Addetti	% Addetti ass. Soc/tot
Piemonte	64.712	3.658	5,7	275.471	33.358	12,1
Valle d'Aosta	2.544	159	6,3	9.874	1.278	12,9
Lombardia	124.106	6.004	4,8	585.504	69.314	11,8
Trentino-Alto Adige	19.452	1.402	7,2	75.111	11.874	15,8
Veneto	61.106	2.725	4,5	289.829	34.731	12,0
Friuli-Venezia Giulia	18.847	922	4,9	79.835	9.382	11,8
Liguria	24.941	1.220	4,9	108.165	11.423	10,6
Emilia-Romagna	64.881	3.061	4,7	276.643	35.083	12,7
Toscana	55.433	2.273	4,1	229.799	20.879	9,1
Umbria	13.294	635	4,8	56.408	5.235	9,3
Marche	23.093	1.078	4,7	95.530	10.287	10,8

Lazio	72.859	2.400	3,3	373.849	21.102	5,6
Abruzzo	18.756	681	3,6	78.525	4.684	6,0
Molise	4.243	214	5,0	19.665	1.486	7,6
Campania	54.417	1.490	2,7	327.948	9.977	3,0
Puglia	40.859	1.636	4,0	218.036	11.555	5,3
Basilicata	6.907	301	4,4	35.646	1.980	5,6
Calabria	21.350	851	4,0	117.901	4.549	3,9
Sicilia	52.620	2.583	4,9	295.889	19.397	6,6
Sardegna	21.830	1.227	5,6	105.416	8.370	7,9
TOTALE	766.250	34.520	4,5	3.655.044	325.944	8,9

Fonte: ISTAT, Censimento industria e servizi 2001 - Nostra elaborazione

Considerando l'analisi dimensionale relativamente alla tipologia delle istituzioni, emerge come nelle istituzioni pubbliche la dimensione occupazionale delle unità locali sia ben più elevata di quella relativa alle imprese e alle istituzioni non profit: in ciascuna unità locale sono impiegati in media 16 addetti, contro i 10 delle imprese e i 7 delle istituzioni non profit.

Tabella 2.8 – La dimensione delle unità locali per tipologia istituzionale

Tipologia istituzionale	Unità' Locali	Addetti	Addetti/ Unità locali
Imprese	2.478	25.476	10
Istituzioni pubbliche	7.311	116.843	16
Istituzioni non profit	24.731	183.625	7
Totale	34.520	325.944	9

Fonte: ISTAT, Censimento industria e servizi 2001 - Nostra elaborazione

In conclusione possiamo dire che il *Censimento dell'Industria e dei Servizi* ci consegna un quadro ben definito per quanto riguarda gli aspetti relativi al settore di attività economica dell'assistenza sociale, ma carente per gli aspetti relativi all'attività professionale svolta, che tenteremo di analizzare attraverso i dati del Censimento della Popolazione.

2.3. Il quadro che emerge dal Censimento della Popolazione

Occorre ancora sottolineare quanto siano differenti le due prospettive, che possono essere spiegate nella dicotomia fra la rilevazione sull'attività economica e quella sulla persona. Per quanto riguarda il *Censimento della Popolazione*, le unità di rilevazione sono:

- la famiglia e i suoi componenti, cioè le persone che hanno dimora abituale nell'alloggio (ossia vi sono residenti),
- la convivenza e le persone che hanno dimora abituale nella convivenza (ossia vi siano residenti),
- le persone che non hanno dimora abituale nell'alloggio o nella convivenza ma che vivono temporaneamente (anche se assenti alla data del censimento) o che sono occasionalmente presenti nell'alloggio o nella convivenza.

Le caratteristiche rilevate non permettono di incrociare le informazioni con quelle espone in precedenza, in quanto non solo è diversa l'unità di rilevazione, ma anche le dimensioni considerate sono differenti. La prima fra tutte la dimensioni prese in esame è quella dell'attività economica: mentre infatti il *Censimento dell'Industria e dei Servizi* ci permetteva di scorporre le sottosezioni e

le categorie dell'ATECO91 di nostro interesse, in questo caso ciò non è possibile. Per questo motivo affronteremo l'analisi settoriale considerando non più il "cuore" dell'indagine, rappresentato dal settore dell'assistenza sociale, ma il settore di attività economica sanità e assistenza sociale (pubblica e privata), che ricomprende nel proprio ambito non solo l'attività assistenziale ma quella sanitaria e veterinaria. Non sarà inoltre possibile per questa fonte incorporare i dati per tipologia di istituzione (pubblica, privata e non profit, profit), mentre verrà effettuata l'analisi di genere.

Gli occupati nella sanità e assistenza sociale: la qualificazione del lavoro

Innanzitutto dalla **tabella 2.9** si rileva che nel 2001 nel settore sanità e assistenza sociale gli occupati³ ammontavano a 1.489.779, di cui il 38% maschi e il rimanente 62% femmine. Andando ad analizzare l'attività lavorativa svolta⁴, emerge che gli occupati nel settore complessivamente si concentrano in due attività lavorative principali: attività a media qualificazione⁵ (con una percentuale del 32,5%) e attività a elevata specializzazione⁶ (24,9%). Queste due categorie da sole coprono quasi il 60% dell'occupazione totale, anche se occorre ricordare che in questo dato sono incluse le professioni mediche. Tra le altre attività lavorative svolte, una quota pari al 16,2% è impegnata nella vendita al pubblico o di servizio alle persone⁷. Al di là del risultato complessivo, appare interessante valutare questo dato in un'ottica di genere: infatti si osserva come ci sia una netta differenza fra la quota di occupati donne e uomini nelle attività ad elevata specializzazione. Le prime rappresentano il 16,3% del totale delle donne occupate nel settore, mentre i secondi superano il 39% del totale degli uomini occupati. La situazione si inverte per le attività lavorative a media qualificazione: in questo caso è il dato femminile ad essere superiore al dato complessivo mentre quello maschile è inferiore. Ad ogni modo sommando le quote nelle due categorie per i generi si

³ La grandezza degli occupati secondo il glossario dell'ISTAT rappresenta: "Le persone di 15 anni e più che nella settimana di riferimento (dal 14 al 20 ottobre 2001) hanno svolto un'occupazione in proprio o alle dipendenze da cui traggono un profitto o una retribuzione (si deve considerare qualsiasi tipo di reddito: salario, stipendio, onorario, profitto, rimborso spese, eventuali pagamenti in natura, vitto e alloggio). Comprendono, inoltre, quanti collaborano con un familiare che svolge attività lavorativa in conto proprio senza avere un regolare contratto di lavoro o una retribuzione (coadiuvante familiare). Qualunque forma di lavoro atipico, con o senza contratto, costituisce un requisito sufficiente per essere incluso tra gli occupati, purché le ore di lavoro prestate abbiano un corrispettivo monetario o in natura. L'aggregato degli occupati è composto dalle persone che si sono dichiarate occupate e da coloro i quali pur essendosi dichiarati in un'altra condizione (disoccupato, in cerca di prima occupazione, studente, casalinga, ecc.) nella settimana di riferimento hanno effettuato una o più ore di lavoro retribuito o come coadiuvanti familiari. Non devono considerarsi occupati: chi frequenta un corso universitario per il conseguimento del dottorato di ricerca, i medici che frequentano la scuola di specializzazione, i titolari di borse di studio e le persone che svolgono attività di volontariato sociale non retribuito, chi sta assolvendo gli obblighi di leva o sta svolgendo il servizio civile indipendentemente dal fatto che la persona possiede un'occupazione con diritto alla conservazione del posto".

⁴ Preliminarmente occorre precisare che nelle tavole relative all'attività lavorativa svolta le categorie proposte fanno riferimento ai dieci grandi gruppi della versione europea (ISCO 88 COM) della ISCO 88 (International Standard Classification of Occupation).

⁵ Raccoglie quelle professioni che richiedono conoscenze operative ed esperienza in ambito scientifico, umanistico-sociale, sportivo e artistico leggero. I loro compiti consistono nell'applicare, seguendo protocolli definiti e predeterminati, conoscenze esistenti e consolidate; nell'insegnare in percorsi particolari di istruzione formale e professionale; nell'eseguire performance sportive o artistiche leggere.

⁶ Comprende tutte quelle professioni per le quali è richiesto un livello elevato di conoscenza e di esperienza in ambito scientifico, umanistico o artistico. I loro compiti consistono nell'arricchire le conoscenze esistenti promuovendo e conducendo la ricerca scientifica; nell'interpretare concetti, teorie scientifiche e norme; nell'insegnarli in modo sistematico; nell'applicarli alla soluzione di problemi concreti e, ancora, nell'eseguire performance artistiche di livello elevato.

⁷ Comprende le professioni che comportano le conoscenze e l'esperienza necessaria per vendere beni e per erogare servizi personali e di protezione. I loro compiti consistono nel fornire servizi alle persone; di cura delle abitazioni; di ricezione e di ristorazione; di protezione delle persone, della proprietà e di mantenimento dell'ordine pubblico; nell'assistere i clienti nella vendita di beni.

osserva che la percentuale di uomini che svolge un'attività lavorativa a media ed elevata qualificazione è del 62,5%, contro il 52,5% delle donne. La stessa struttura può essere ravvisata nelle attività di vendita di beni o servizi: mentre la quota di occupati donne impegnate in questo tipo di attività lavorativa supera il 20%, per gli uomini questa scende fino al 9,4%. Dunque questo primo spaccato sulla situazione dell'attività lavorativa, seppure a un livello poco fine, ci permette di trarre una prima conclusione sul lavoro nella sanità e nei servizi sociali, un settore a vocazione prevalentemente femminile in cui tuttavia le posizioni apicali sono ricoperte da uomini.

Tabella 2.9 – Occupati nel settore Sanità e Assistenza Sociale per attività lavorativa svolta e genere

Attività lavorativa svolta	M	%	F	%	TOT	%
Svolge un lavoro operaio o di servizio non specializzato	35.146	6,3	86.195	9,3	121.341	8,1
E' addetto a impianti fissi di produzione, a macchinari, a linee di montaggio o conduce veicoli	10.163	1,8	1.129	0,1	11.292	0,8
Svolge un'attività operaia qualificata	29.988	5,3	41.156	4,4	71.144	4,8
Coltiva piante e/o alleva animali	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Svolge un'attività di vendita al pubblico o di servizio alle persone	52.798	9,4	188.740	20,4	241.538	16,2
Svolge un'attività impiegatizia di tipo non tecnico	29.846	5,3	103.060	11,1	132.906	8,9
Svolge un'attività tecnica, amministrativa, sportiva o artistica a media qualificazione	148.318	26,4	336.187	36,2	484.505	32,5
Svolge un'attività organizzativa, tecnica, intellettuale, scientifica o artistica ad elevata specializzazione	220.139	39,1	151.069	16,3	371.208	24,9
Gestisce un'impresa o dirige il lavoro di strutture organizzative complesse	33.240	5,9	19.888	2,1	53.128	3,6
Lavora come ufficiale, sottufficiale, allievo o volontario nelle Forze Armate	2.694	0,5	23	0,0	2.717	0,2
Totale	562.332	100	927.447	100	1.489.779	100

Fonte: ISTAT, Censimento della popolazione 2001 - Nostra elaborazione

La posizione professionale

A questo punto occorre fare una ulteriore precisazione per quanto riguarda la definizione di **posizione nella professione** per cui si intende “*il livello di autonomia/responsabilità e la “funzione” di ciascuna persona espletante un’attività economica in rapporto all’unità locale in cui viene svolta l’attività stessa (per unità locale si intende lo stabilimento, azienda agricola, officina, laboratorio, cava, bottega, istituto, ufficio, ecc.)*”⁸.

Preliminarmente osserviamo che gli occupati nel settore sanità e assistenza sociale rappresentano il 7,1% del totale degli occupati, e la comparazione settoriale mostra che il macrosettore servizi sociali e alle persone cui appartiene sanità ed assistenza sociale rappresenta il 27,5% dell’occupazione complessiva. Per quanto riguarda la posizione nella professione, nel settore

⁸ <http://www.istat.it/cgi-bin/glossario/gloprn.pl>

considerato si concentra il 10,9% dei liberi professionisti (ricordiamo che sono compresi anche gli studi medici privati), il 15,1% del totale dei soci di cooperativa e il 7,8% dei dipendenti.

Tabella 2.10 - Occupati per posizione nella professione e settori di attività economica (%)

SETTORI DI ATTIVITÀ ECONOMICA	Posizione nella professione					Totale
	Imprenditore e Libero professionista	Lavoratore in proprio	Socio di cooperativa	Coadiuvante familiare	Dipendente o in altra posizione subordinata	
AGRICOLTURA E PESCA	2,5	13,2	5,2	18,4	3,8	5,5
INDUSTRIA	16,3	15,4	17,7	12,4	29,0	25,4
COSTRUZIONI E INSTALLAZIONE DI IMPIANTI	11,3	13,4	6,5	5,7	6,7	8,1
COMMERCIO, RIPARAZIONI, PUBBLICI ESERCIZI, TRASPORTI E COMUNICAZIONI	21,1	42,2	29,8	46,4	19,2	23,7
CREDITO, ASSICURAZIONI E ALTRI SERVIZI ALLA PRODUZIONE E/O AL CONSUMO	29,2	6,2	8,0	3,0	8,8	9,8
SERVIZI SOCIALI E ALLE PERSONE	19,5	9,5	32,8	14,1	32,5	27,5
Pubblica Amministrazione centrale e locale, Difesa, attività giudiziarie, sicurezza nazionale, assicurazione sociale obbligatoria	1,7	0,0	0,0	0,0	10,8	8,0
Istruzione e formazione pubblica e privata	3,1	1,0	4,7	1,0	9,2	7,3
Sanità e assistenza sociale pubblica e privata	10,9	1,8	15,1	2,0	7,8	7,1
Organizzazioni associative, politiche e sindacali	0,3	0,1	0,7	0,1	0,6	0,5
Attività ricreative, culturali e sportive	2,0	1,1	2,7	0,5	0,8	0,9
Altre attività di servizi	1,5	4,9	6,4	2,7	1,8	2,4
Servizi domestici presso famiglie e convivenze	0,0	0,6	3,1	7,8	1,5	1,3
ORGANISMI INTERNAZIONALI O DI ALTRI PAESI	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Totale	100	100	100	100	100	100

Fonte: ISTAT, Censimento della popolazione 2001 - Nostra elaborazione

Considerando il solo settore sanità ed assistenza sociale, come nella **tabella 2.11**, sempre relativamente alla posizione nella professione e al genere, si rileva in primo luogo la forte concentrazione degli occupati nelle posizioni di tipo subordinato, riscontrata nell'80,9% del totale degli occupati. Seguono imprenditori e liberi professionisti con (11,4% degli occupati) e lavoratori in proprio (4,1%) e soci di cooperativa (3%). L'analisi di genere conferma quanto rilevato in precedenza per l'attività professionale: infatti la quota di occupati in posizione dipendente o subordinata raggiunge quota 86% per le donne mentre si attesta sul 72,5% per gli uomini, inoltre

per quanto riguarda le figure imprenditoriali e i professionisti la quota di donne non raggiunge il 7% mentre quella di uomini supera il 19%.

Tabella 2.11 - Occupati nel settore sanità e assistenza sociale per posizione nella professione e genere

Posizione nella professione	M	%	F	%	TOT	%
Imprenditore e Libero professionista	107.718	19,2	62.043	6,7	169.761	11,4
Lavoratore in proprio	36.151	6,4	25.556	2,8	61.707	4,1
Socio di cooperativa	9.298	1,7	35.650	3,8	44.948	3,0
Coadiuvante familiare	1.305	0,2	6.161	0,7	7.466	0,5
Dipendente o in altra posizione subordinata	407.860	72,5	798.037	86,0	1.205.897	80,9
Totale	562.332	100	927.447	100	1.489.779	100

Fonte: ISTAT, Censimento della popolazione 2001 - Nostra elaborazione

A questo punto è possibile tracciare un primo profilo del settore dell'assistenza sociale sulla base delle informazioni desunte dalle fonti analizzate. Emerge un settore caratterizzato da una massiccia presenza femminile che però risulta impegnata nelle attività meno qualificate: tuttavia non bisogna dimenticare che il Censimento della Popolazione non ci permette un'analisi settoriale fine e dunque occorre integrare queste informazioni con quelle fornite da altre fonti.

2.4. Le professioni sociali nella sanità pubblica: il Conto Annuale della Ragioneria dello Stato

La struttura dei due Censimenti ha concentrato l'analisi prima sul solo settore dell'assistenza sociale, trascurando le attività di servizio sociale svolte all'interno di altri settori, come ad esempio le Attività dei Servizi Sanitari; poi, nel *Censimento della Popolazione*, ci ha indotto a considerare tutto il settore della Sanità e Assistenza Sociale. Il risultato è una stima dell'occupazione che risulta distorta verso il basso nel primo caso, e gonfiata dalle attività sanitarie nel secondo caso. Data l'impossibilità di quantificare gli occupati nel settore dei servizi sanitari in modo plausibile al fine di dare un'indicazione della dimensione del lavoro nel settore dell'assistenza sociale, si procederà a quantificare per il settore della PA, di cui si trovano i dati nel *Conto Annuale della Ragioneria dello Stato*, gli occupati nel settore dei servizi sanitari nazionali rispondenti alle figure professionali che attengono all'assistenza.

Il Conto Annuale è una rilevazione censuaria, condotta con cadenza annuale dall'IGOP⁹, finalizzata alla raccolta di dati riguardanti la consistenza ed i costi del personale della Pubblica Amministrazione con riferimento all'anno precedente a quello di rilevazione. La rilevazione è effettuata dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato ai sensi del titolo V del decreto legislativo n. 165/2001 e ad essa partecipano tutti gli enti dell'aggregato "Pubblica amministrazione" destinatari delle disposizioni recate dal suddetto decreto.

I dati raccolti costituiscono la base informativa ufficiale ai fini delle determinazioni di Governo e Parlamento in materia di personale pubblico. Essi vengono trasmessi alla Corte dei conti ai fini dell'elaborazione del referto annuale al Parlamento sulla gestione delle risorse finanziarie utilizzate per il personale delle amministrazioni pubbliche.

Per dare un'idea della rilevanza e capillarità della rilevazione, si consideri che essa coinvolge quasi 10 mila amministrazioni pubbliche che occupano circa 3,5 milioni di lavoratori dipendenti con una

⁹ Ispettorato generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro Pubblico.

spesa annua di personale di oltre 160 miliardi di euro.

Dal Conto Annuale della Ragioneria dello Stato, relativo al comparto del sistema sanitario nazionale (SSN) della PA, abbiamo estrapolato i dati occupazionali per alcune qualifiche. Essi forniscono una quantificazione dell'occupazione nei servizi sociali per il settore pubblico, limitatamente al lavoro dipendente nel comparto sanitario.

Dalla tabella emerge che per le qualifiche professionali che abbiamo considerato si conferma la struttura a forte vocazione femminile anche nel comparto sanitario. Anche in questo caso trova conferma la concentrazione delle cariche dirigenziali (nella figura del direttore dei servizi sociali) nelle figure maschili, nonostante la componente femminile sia preponderante in tutte le altre qualifiche considerate.

Tabella 2.12 - Dipendenti del servizio sociale nel settore pubblico. Anno 2001

QUALIFICA	TEMPO PIENO		PART-TIME		TOTALE TEMPO INDETERMINATO		%
	TOTALE	DI CUI DONNE	TOTALE	DI CUI DONNE	TOTALE	DI CUI DONNE	
PSICOLOGI	5621	4041	209	196	5830	4237	72,7
SOCIOLOGI	692	373	3	2	695	375	54,0
ASSISTENTE RELIGIOSO	487	33	21	11	508	44	8,7
COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE ESPERTO	29	25	0	0	29	25	86,2
COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE	4.943	4.567	649	641	5.592	5.208	93,1
OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA	32.429	23.034	1499	1439	33.928	24.473	72,1
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	50.228	27.663	2.971	2.715	53.199	30.378	57,1
DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI	49	17	0	0	49	17	34,7
TOTALE	94.478	59.753	5.352	5.004	99.830	64.757	64,9

Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, Conto Annuale 2001 – Nostra elaborazione

2.5. Il Censimento sulle Organizzazioni non profit

In questo paragrafo viene presentata un'analisi dell'offerta di servizi che fa riferimento al 1999, anno del primo Censimento delle Organizzazioni Non profit. Anche in questo caso utilizzeremo un approccio di tipo settoriale, attraverso un'analisi del settore dell'assistenza sociale in termini di unità economiche e di addetti. Innanzitutto occorre fare una premessa di tipo metodologico sui dati riportati in questa sezione, che non sono comparabili con quelli esposti nelle sezioni precedenti in quanto, come vedremo, l'universo di riferimento è stato definito e classificato in maniera del tutto differente. Infatti, dal momento che la maggior parte delle istituzioni non profit produce servizi di utilità sociale, la classificazione ATECO91 non risulta sempre sufficiente a descriverne dettagliatamente l'attività. Le sezioni corrispondenti (M – Istruzione, N - Sanità, O – Altri servizi pubblici, sociali e personali) non presentano le attività in modo sufficientemente articolato tranne nel caso della voce istruzione, e questo, come abbiamo già visto, crea qualche problema nell'analisi del settore dei servizi sociali. Per questo motivo nel Censimento delle Organizzazioni Non profit è stata utilizzata la classificazione ICNPO (International Classification of Non profit Organizations), elaborata sulla base dell'ISIC, che considera principalmente le attività di servizi. Le principali differenze della ICNPO rispetto alla classificazione ATECO sono le seguenti¹⁰:

- in ATECO91 le attività riguardanti la sanità e l'assistenza sociale sono comprese in un'unica sezione (N), mentre in ICNPO risultano suddivise in due gruppi (3 e 4);
- le attività classificate da ATECO91 nella sezione O “Altri servizi pubblici, sociali e personali” vengono suddivise da ICNPO in otto gruppi (1, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12);
- in ICNPO viene introdotto il gruppo 6 destinato ad includere le attività delle organizzazioni non governative (ONG) non chiaramente individuabili in ATECO91.

Questa classificazione può essere raccordata all'ATECO secondo la tabella presentata in appendice. In base alla classificazione adottata, il settore in cui è attivo, in prevalenza, il maggior numero di istituzioni non profit è quello della cultura, sport e ricreazione, con una quota pari al 63,4% del totale (pari a 140.391 istituzioni). Il secondo settore è quello dell'assistenza sociale, nel quale è attivo in via prevalente l'8,7% delle istituzioni (19.344). Seguono i settori delle relazioni sindacali e rappresentanza di interessi (7,1% pari a 15.651 unità), dell'istruzione e ricerca (5,3% pari a 11.652 unità), della sanità (4,4% pari a 9.676 unità), della tutela dei diritti e attività politica (3,1% pari a 6.842 unità), della promozione e formazione religiosa (2,7% pari a 5.903 unità), dello sviluppo economico e coesione sociale (2,0% pari a 4.338 unità), dell'ambiente (1,5% pari a 3.277 unità), della cooperazione e solidarietà internazionale (0,6% pari a 1.433 unità), della filantropia e promozione del volontariato (0,6% pari a 1.246 unità).

Analizzando le informazioni relative alle singole classi di attività svolta in via prevalente, si nota che nell'ambito del settore della cultura, sport e ricreazione il maggior numero di istituzioni non profit svolge in prevalenza attività sportive (40,6%) mentre nel settore dell'istruzione e ricerca sono più frequenti le istituzioni che svolgono attività relative all'istruzione primaria e secondaria (44,2%). Le istituzioni attive nel settore sanitario si collocano prevalentemente nella tipologia degli altri servizi sanitari (85,1%) mentre quelle istituzioni dedite prevalentemente all'assistenza si concentrano soprattutto nel campo dei servizi di assistenza sociale (75,6%). Le istituzioni attive in via prevalente nel settore dell'ambiente svolgono per lo più attività di tutela dell'ambiente (76,2%), mentre quelle che perseguono la promozione dello sviluppo economico e coesione sociale della collettività rappresentano il 52,5% delle unità attive in prevalenza nell'ambito del settore corrispondente. Nel settore della tutela dei diritti e attività politica infine risultano più diffuse le istituzioni che svolgono una funzione di advocacy (57,4% per i servizi di tutela e protezione dei diritti).

¹⁰

Istat, Istituzioni Non profit in Italia, 1999

Tabella 2.13 – Istituzioni non profit per settore di attività prevalente (INCPO)

ATTIVITÀ PREVALENTI	Totale	% sul totale	% settoriale
Cultura, sport e ricreazione	140.391	63,4	100,0
Istruzione e ricerca	11.652	5,3	100,0
Istruzione primaria e secondaria	5.153	2,3	44,2
Istruzione universitaria	481	0,2	4,1
Istruzione professionale e degli adulti	3.101	1,4	26,6
Ricerca	2.917	1,3	25,0
Sanità	9.676	4,4	100,0
Servizi ospedalieri generali e riabilitativi	852	0,4	8,8
Servizi per lungodegenti	333	0,2	3,4
Servizi psichiatrici ospedalieri e non ospedalieri	256	0,1	2,6
Altri servizi sanitari	8.234	3,7	85,1
Assistenza sociale	19.344	8,7	100,0
Servizi di assistenza sociale	14.621	6,6	75,6
Servizi di assistenza nelle emergenze	2.367	1,1	12,2
Erogazione di contributi monetari e/o in natura	2.356	1,1	12,2
Ambiente	3.277	1,5	100,0
Sviluppo economico e coesione sociale	4.338	2,0	100,0
Promozione dello sviluppo economico e coesione sociale della collettività	2.277	1,0	52,5
Tutela e sviluppo del patrimonio abitativo	411	0,2	9,5
Addestramento, avviamento professionale e inserimento lavorativo	1.650	0,7	38,0
Tutela dei diritti e attività politica	6.842	3,1	100,0
Servizi di tutela e protezione dei diritti	3.927	1,8	57,4
Servizi legali	363	0,2	5,3
Servizi di organizzazione dell'attività di partiti politici	2.552	1,2	37,3
Filantropia e promozione del volontariato	1.246	0,6	100,0
Cooperazione e solidarietà internazionale	1.433	0,6	100,0
Religione	5.903	2,7	100,0
Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi	15.651	7,1	100,0
Altre attività	1.660	0,7	100,0
TOTALE	221.412	100,0	100,0

Fonte: ISTAT, Istituzioni non profit in Italia, 1999

Al fine di fornire un quadro il più possibile inclusivo di una realtà così complessa e sfaccettata abbiamo selezionato alcuni dei settori di attività che potessero ricomprendere al proprio interno anche i servizi sociali oltre al settore dell'assistenza sociale vero e proprio. Abbiamo dunque individuato due macro-categorie che abbiamo definito come settori di assistenza sociale e settori che comprendono alcune attività di servizio sociale. Nella prima sono inclusi i sottosettori afferenti all'assistenza sociale, cioè i servizi di assistenza sociale e i servizi di assistenza nelle emergenze; nella seconda invece sono presenti tutti quei settori di attività che, nell'ottica di questo lavoro, presentano attività di servizi sociali.

Secondo questa classificazione appare interessante valutare l'aspetto occupazionale da due punti di vista, distinti ma complementari: una prima analisi sulle forme di lavoro e collaborazione che si

inquadra nel lavoro retribuito, quindi i dipendenti, i collaboratori e i lavoratori distaccati, e una che contempla anche il personale non retribuito come volontari, religiosi e obiettori.

Nel complesso circa 167 mila persone sono occupati - in tutte le forme di lavoro - nei settori di assistenza sociale, mentre sono 60 mila gli occupati totali nei gruppi che comprendono alcune attività di servizio sociale, prevalentemente negli Altri servizi sanitari, nei Servizi per lungodegenti e nei Servizi Psichiatrici.

L'analisi della dimensione occupazionale, per quanto riguarda i dipendenti, mostra in entrambi i gruppi una netta prevalenza della presenza femminile per tutte le forme di lavoro considerato, con il 67,4% dei dipendenti complessivi (quindi di entrambi i gruppi) donne. Andando ad indagare in modo più approfondito i settori che comprendono alcune attività di servizio sociale emerge che la maggiore presenza femminile si riscontra principalmente nei servizi per i lungodegenti, con il 77,8% di donne. Dunque il settore ad elevata intensità di lavoro femminile è la sanità. Per quanto riguarda l'assistenza sociale invece troviamo una quota maggiore di donne nei servizi di assistenza nelle emergenze.

Andando a considerare le collaborazioni coordinate e continuative, la quota di donne diminuisce in modo significativo, passando al 54,2% dei collaboratori complessivi. L'analisi dei due gruppi mostra una percentuale maggiore nei settori di assistenza sociale, il 57,3% contro il 50,6% degli altri settori. Nel secondo gruppo si osservano delle percentuali superiori al totale nel settore della sanità, mentre valori più bassi della media si riscontrano nelle attività di servizi di tutela e protezione dei diritti.

Tabella 2.14 – Lavoratori impiegati nei settori di assistenza sociale e negli altri settori che comprendono alcune attività di servizio sociale

ATTIVITÀ PREVALENTI	Dipendenti	Di cui donne	Lavoratori distaccati/comandati da imprese/istituzioni	Di cui donne	Collaboratori coordinati e continuativi	Di cui donne	TOTALE	Di cui donne
SETTORI DI ASSISTENZA SOCIALE								
Servizi di assistenza sociale	145.261	67,0	2.626	61,3	15.481	57,4	163.368	66,0
Servizi di assistenza nelle emergenze	3.199	70,7	109	64,2	99	33,3	3.407	69,4
Totale	148.460	67,1	2.735	61,4	15.580	57,3	166.775	66,1
SETTORI CHE COMPRENDONO ALCUNE ATTIVITÀ DI SERVIZIO SOCIALE								
Servizi per lungodegenti	12.128	77,8	280	83,6	621	67,6	13.029	77,5
Servizi psichiatrici ospedalieri e non ospedalieri	10.851	60,1	42	64,3	386	62,7	11.279	60,2
Altri servizi sanitari	22.019	69,8	885	64,3	3.604	52,2	26.508	67,2
Servizi di tutela e protezione dei diritti	4.341	56,4	1.373	28,3	1.189	42,7	6.903	48,5
Filantropia e promozione del volontariato	476	66,0	149	59,1	329	49,8	954	59,3
Cooperazione e solidarietà internazionale	908	63,3	154	34,4	597	57,3	1.659	58,5
Totale	50.723	68,4	2.883	47,2	6.726	52,9	60.332	65,6
TOTALE	199.183	67,4	5.618	54,1	22.306	55,9	227.107	65,9

Fonte: ISTAT, Istituzioni non profit in Italia, 1999 – Nostra elaborazione

L'analisi del complesso delle persone coinvolte nelle attività considerate mostra un apporto delle risorse volontarie molto significativo, 466 mila persone nel solo settore dell'Assistenza sociale, mentre per la seconda tipologia gli altri servizi sanitari vedono 266 mila volontari attivi. Per quanto riguarda i religiosi e gli obiettori si osserva per i primi un numero elevato nel settore dell'assistenza sociale, mentre i secondi sono presenti oltre che nel settore dell'assistenza anche negli altri servizi sanitari.

Tabella 2.15 – Persone impiegate nei settori di assistenza sociale e negli altri settori che comprendono alcune attività di servizio sociale

ATTIVITÀ PREVALENTI	Lavoratori complessivi (dip., distaccati, coll)	Volontari	Religiosi	Obiettori
SETTORI DI ASSISTENZA SOCIALE				
Servizi di assistenza sociale	163.368	370.369	21.444	10.499
Servizi di assistenza nelle emergenze	3.407	95.446	530	311
Totale	166.775	465.815	21.974	10.810
SETTORI CHE COMPRENDONO ALCUNE ATTIVITÀ DI SERVIZIO SOCIALE				
Servizi per lungodegenti	13.029	7.614	358	238
Servizi psichiatrici ospedalieri e non ospedalieri	11.279	2.007	185	123
Altri servizi sanitari	26.508	265.726	2.268	3.727
Servizi di tutela e protezione dei diritti	6.903	44.115	855	646
Filantropia e promozione del volontariato	954	45.940	170	199
Cooperazione e solidarietà internazionale	1.659	34.230	1.241	293
Totale	60.332	399.632	5.077	5.226
TOTALE	227.107	865.447	27.051	16.036

Fonte: ISTAT, Istituzioni non profit in Italia, 1999 – Nostra elaborazione

Infine, nella **Tabella 2.16** vengono presentate le dimensioni, in termini di unità economiche e addetti, del settore dell'assistenza sociale riclassificato sulla base della Icnpo, per le istituzioni pubbliche, non profit e profit¹¹. La comparazione del dato riclassificato ci permette di analizzare la struttura dell'offerta di servizi attraverso la presenza e la combinazione dei tre attori nelle regioni italiane. Complessivamente nell'assistenza sociale prevale l'offerta privata non profit, sia in termini di unità (60%) che in termini di addetti (52,2%). Per quanto riguarda le unità di attività economiche, dall'analisi regionale emerge che la percentuale di istituzioni non profit diminuisce al Sud, raggiungendo il minimo in Basilicata, Molise e Abruzzo, ma anche in Valle d'Aosta. Al contrario la presenza di questo settore è più elevata al Nord, dove raggiunge quota 70,9% in Trentino-Alto Adige, e al Centro dove in Toscana supera il 71%. In termini di addetti si conferma la dicotomia

¹¹ Per approfondimenti sulla metodologia di riclassificazione: Istat, Rapporto Annuale 2001, cap.5

Nord-Sud con valori minori di quelli nazionali nel Mezzogiorno (la Basilicata fa registrare la quota minima del 28,2%) e valori più elevati al Nord (con il 61,7% del Trentino-Alto Adige). Spicca il caso del Lazio con il 77,9% degli addetti, a fronte di una percentuale di unità economiche di poco superiore alla media.

Tabella 2.16 - Unità di attività economiche (a) e addetti delle istituzioni pubbliche, private non profit e imprese private profit operanti nel settore dell'assistenza sociale per regione - Anno 1999 (valori assoluti e composizione percentuale)

Regioni	Unità di attività economiche				Addetti			
	Pubbliche	Non profit	Profit	Totale	Pubbliche	Non profit	Profit	Totale
Piemonte	36,1	52,3	11,6	3.509	16,3	46,5	37,2	35.650
Valle d'Aosta	52,8	39,5	7,7	157	33,1	45,1	21,8	1.089
Lombardia	28,8	60,8	10,4	5.550	18,6	53,3	28,1	55.782
Trentino-Alto Adige	26	70,9	3,1	1.372	25,3	61,7	13	8.319
Veneto	25	65,7	9,3	2.442	19,4	49,8	30,8	25.036
Friuli-Venezia Giulia	29,5	60,1	10,4	799	20,2	44	35,8	8.609
Liguria	24,5	64,5	11	1.062	24,1	50,2	25,7	9.776
Emilia-Romagna	17,4	67,1	15,5	2.136	19	35,1	45,9	33.439
Toscana	17,5	71,3	11,2	1.839	19,8	46,2	34	21.080
Umbria	21	63,8	15,2	500	15,2	45,1	39,7	5.895
Marche	29,3	60	10,7	916	18,7	41,1	40,2	8.628
Lazio	18,1	63,2	18,7	2.232	10,1	77,9	12	52.225
Abruzzo	37,5	46,6	15,9	886	14	45,9	40,1	4.447
Molise	42,9	41,4	15,7	350	5,6	49,2	45,2	1.758
Campania	32,5	55,8	11,7	1.821	35,2	41,6	23,2	7.571
Puglia	18,1	64,3	17,6	1.517	24,6	36,4	39	7.496
Basilicata	41,4	38,6	20	360	47,9	28,2	23,9	2.861
Calabria	40,9	44,3	14,8	1.082	15,7	53,3	31	3.660
Sicilia	18,6	57	24,4	2.172	21,2	52,6	26,2	23.284
Sardegna	26,1	57,4	16,5	1.566	12,9	51,2	35,9	9.929
Italia	26,7	60	13,3	32.268	18,2	52,2	29,6	326.533

(a) Definite come l'insieme di unità che all'interno di un'istituzione raggruppano le parti che concorrono all'erogazione di uno stesso servizio.

(b) Le unità individuali *profit* sono costituite dalle imprese individuali.

Fonte: ISTAT, Rapporto Annuale 2001

Per concludere, il quadro che emerge dai dati presentati per il Censimento delle ONP del 1999 mette in luce come a livello nazionale il lavoro nelle organizzazioni non profit attive nel campo dei servizi sociali - soprattutto cooperative sociali - sia molto più rilevante dell'occupazione nell'ambito

del settore pubblico, e svolga quindi un ruolo fondamentale nell'organizzazione del sistema di welfare del paese.

2.6. I risultati dell'indagine sulla spesa sociale dei comuni

I processi di decentramento delle politiche di assistenza definiti dalla Legge 328 del 2000 hanno accresciuto il ruolo svolto dai Comuni nella fornitura di servizi sociali. Queste attività sono al centro dell'indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali dei comuni, che rileva informazioni sugli utenti e sulla spesa sostenuta per i servizi che i comuni erogano, da soli e/o in associazione con altri, secondo un modello di organizzazione che può variare non soltanto tra le regioni, ma anche all'interno della stessa regione. Nonostante questa indagine non fornisca informazioni sull'occupazione esistente, a completamento del quadro fin qui fornito, è utile presentare un quadro delle risorse impegnate per i servizi sociali a livello regionale, riassunte nella Tabella 17.

Complessivamente nel 2004 la spesa erogata dai comuni italiani ammontava a oltre 5 miliardi di euro, per una spesa media pro-capite pari a 92,4 euro. Tra tutti i servizi sociali rilevati si è focalizzata l'attenzione in particolare sui seguenti: il servizio sociale professionale, l'assistenza domiciliare, gli asili nido e le strutture residenziali. Il servizio sociale professionale e l'assistenza domiciliare sono servizi molto diffusi sul territorio e assorbono il 16,2% della spesa complessiva. Il servizio sociale professionale offre a singole persone o a nuclei familiari interventi di consulenza e di informazione sui servizi; prende in carico gli utenti e li aiuta a individuare i propri bisogni e ad attivare percorsi atti a risolvere le situazioni di difficoltà. Si caratterizza per l'elevato numero di utenti presi in carico, in particolare nelle aree "famiglia e minori", (circa 712 mila utenti) e "anziani" (circa 523 mila utenti).

L'assistenza domiciliare è il servizio più diffuso sul territorio e comprende tutte le prestazioni socio-assistenziali che possono essere fornite a domicilio: i servizi per la cura della persona e dell'abitazione, la distribuzione dei pasti, il telesoccorso e la tele assistenza e altri ancora. Gli utenti sono principalmente anziani e disabili, la cui assistenza assorbe circa il 90% delle uscite complessive del servizio. Gli asili nido fanno parte delle strutture semiresidenziali di aiuto alle famiglie con figli e assorbono da soli quasi il 16% della spesa rilevata. E' l'unico servizio tra quelli considerati che serve una sola area di utenza.

Le strutture residenziali sono centri di accoglienza o di pronta accoglienza che forniscono assistenza a persone disagiate appartenenti a tutte le aree di utenza rilevate. Per questo tipo di assistenza i Comuni impegnano il 20% della spesa complessiva, in gran parte assorbita dalle strutture residenziali per gli anziani e per le famiglie con minori in difficoltà.

Analizzando la distribuzione della spesa dal punto di vista territoriale, in termini assoluti la regione che ha speso di più è la Lombardia e quella che ha speso di meno la Basilicata: tuttavia andando a confrontare la spesa normalizzata rispetto alla popolazione totale emerge che la regione che impegna la maggiore quantità di spesa per gli interventi e i servizi sociali è la Valle d'Aosta, con una spesa media di 344 euro pro-capite, pari a quasi il quadruplo della media nazionale. Seguono il Trentino-Alto Adige, con una spesa di quasi 260 euro, il Friuli, l'Emilia Romagna, il Piemonte, mentre presentano livelli di spesa significativamente più bassi regioni come la Puglia, (meno di 40 euro pro-capite), la Campania, (37 euro pro-capite) e la Calabria in cui la spesa pro-capite raggiunge il livello minimo con una spesa di 27 euro.

Tabella 2.17 – I principali servizi sociali dei comuni singoli o associati

Interventi e servizi sociali	utenti	spesa	% spesa sul totale del servizio	% spesa sul totale Italia	% comuni coperti dal servizio
Servizio sociale professionale		303.656.051	100,0	5,6	
<i>Famiglia e minori</i>	711.929	121.075.802	39,9	2,3	76
<i>Anziani</i>	522.946	76.849.111	25,3	1,4	65
Assistenza domiciliare		569.256.513	100,0	10,6	
<i>Anziani</i>	456.924	397.556.737	69,8	7,4	88
<i>Disabili</i>	38.135	115.882.492	20,4	2,2	69
Asili nido	146.152	850.630.482	100,0	15,8	34
Strutture residenziali		1.091.894.245	100,0	20,3	
<i>Famiglia e minori</i>	32.417	343.259.783	31,4	6,4	62
<i>Anziani</i>	87.946	479.722.459	43,9	8,9	62
Totale servizi selezionati		2.815.437.291		52,4	

Fonte: ISTAT, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati, 2007

Analizzando, nella Tabella 2.18, la media per ripartizione geografica emerge che per le regioni del Nord-Ovest si raggiunge un livello di spesa di quasi 112 euro per abitante, al Nord-Est questo valore sale fino a raggiungere i 135 euro, al Centro diminuisce ma si attesta comunque sopra la media nazionale, con 103,6 euro per poi precipitare al Sud e nelle Isole, con particolari punte negative nel primo, in cui la spesa, raggiungendo quota 38,1 non si attesta nemmeno alla metà del valore medio nazionale.

Quanto esposto mette in evidenza un quadro in cui esiste una netta divisione del paese nell'offerta di servizi sociali, che si allinea con gli squilibri già noti relativi al contesto economico ed occupazionale.

Tabella 2.18 - Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regione e ripartizione geografica - Anno 2004 (valori assoluti , percentuali e spesa media pro-capite)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Spesa		Spesa media pro-capite
	Valori assoluti	Valori percentuali	
Piemonte	533.564.093	9,9	124,1
Valle d'Aosta	42.200.920	0,8	344,6
Lombardia	974.492.199	18,1	104,6
Trentino - Alto Adige	249.733.410	4,6	257,8
<i>Bolzano - Bozen</i>	<i>136.600.810</i>	<i>2,5</i>	<i>288,0</i>
<i>Trento</i>	<i>113.132.600</i>	<i>2,1</i>	<i>228,9</i>
Veneto	442.355.415	8,2	94,7
Friuli - Venezia Giulia	178.874.516	3,3	148,9
Liguria	164.538.880	3,1	103,8
Emilia - Romagna	610.461.972	11,4	148,3
Toscana	415.758.895	7,7	116,1
Umbria	66.132.884	1,2	77,5

Marche	140.936.680	2,6	93,2
Lazio	536.397.543	10,0	102,4
Abruzzo	67.111.034	1,2	51,9
Molise	13.909.251	0,3	43,2
Campania	213.498.725	4,0	37,0
Puglia	159.710.139	3,0	39,4
Basilicata	26.580.770	0,5	44,5
Calabria	54.164.328	1,0	26,9
Sicilia	320.430.174	6,0	64,0
Sardegna	166.762.210	3,1	101,3
ITALIA	5.377.614.038	100,0	92,4

Fonte: ISTAT, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati, 2007

2.7. Il lavoro nei servizi sociali in alcune regioni italiane

Da una ricognizione generale delle informazioni e delle ricerche svolte dalle regioni per quanto concerne la dimensione del lavoro nel settore dei servizi sociali si riscontra che alcune di esse producono ed elaborano dati in merito. Regioni quali il Piemonte, le Province Autonome di Bolzano e Trento, la Toscana, la Lombardia, l'Emilia Romagna e le Marche attraverso i loro uffici di statistica, o istituti di ricerca quali la rete regionale dell'IRES, l'istituto di ricerca lombardo IRER, l'istituto toscano IRPET approfondiscono o rinnovano le indagini svolte dall'Istat. Dal nostro punto di vista tuttavia questi dati non ci permettono di tracciare un quadro più realistico della dimensione lavorativa nel settore dei servizi assistenziali per diverse ragioni di ordine metodologico. Spesso i dati regionali vengono raccolti con gli stessi criteri e le stesse categorie delle rilevazioni Istat, o ancora il settore preso in esame comprende sia sanità che assistenza rendendo impossibile incorporare i due dati, nella maggior parte dei casi poi l'analisi per il settore di riferimento viene fatto a partire dal numero degli utenti e della tipologia di servizi prestati.

Un ulteriore aspetto da considerare riguarda la difficoltà di reperire dati che considerino il comparto socio-assistenziale separatamente da quello socio-sanitario: per quanto riguarda le professioni a livello regionale si riscontra una buona disponibilità di dati sul personale medico e infermieristico, così come su alcune figure professionali ormai riconosciute come l'OSS. Più difficile invece è il reperimento di dati sulla mediazione culturale o sulle diverse qualifiche relative all'assistenza. Inoltre occorre sottolineare che questo tipo di indagine coprirebbe solo quella parte dei servizi sociali che fa capo al settore pubblico, mentre resterebbe tagliato fuori sia il provato profit che nonprofit: in particolare dato il ruolo importante che quest'ultimo ricopre nell'attuale sistema di welfare mix questa carenza rappresenta un ostacolo di non poco conto. Viceversa l'analisi settoriale consente una rilevazione degli occupati nelle attività di assistenza sociale in qualsiasi comparto.

Non mancano tuttavia esempi di regioni che, vuoi per una particolare attenzione al tema, vuoi per uno sviluppo maggiore degli strumenti statistici ai fini della programmazione degli interventi, raccolgono e pubblicano dati sui profili professionali presenti nei servizi sociali. È il caso della Provincia Autonoma di Bolzano, che rende disponibili i dati sul personale dei servizi sociali per tutte le qualifiche professionali. I contenuti della pubblicazione sono in gran parte il prodotto del Sistema informativo provinciale socio-assistenziale (SIPSA), gestito dalla Ripartizione Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Bolzano in collaborazione con i gestori dei servizi sociali.

La regione Emilia-Romagna rileva i dati sul personale attivo nei presidi e i servizi socio-assistenziali tramite il Sistema informativo delle politiche sociali (SIPS): questi dati, anch'essi disponibili on-line forniscono informazioni sulle qualifiche ma anche sul tipo di utenza cui si rivolgono le varie professionalità. Anche il Piemonte raccoglie tutti i dati relativi all'assistenza nella pubblicazione "I numeri dell'assistenza": in questo rapporto disponibile on-line è possibile

esaminare i dati sul personale occupato nei servizi sociali per qualifica, anche se con un dettaglio inferiore rispetto a quello dell'Alto Adige e dell'Emilia-Romagna.

Quelli esaminati sono solo alcuni dei casi di regioni che approfondiscono i temi dell'assistenza sociale e delle professionalità in esso presenti, ma per ragioni relative alla comparabilità dei dati non si sarebbe potuto procedere in nessun caso alla loro aggregazione, né ad una stima verosimile sul quadro nazionale. Un ulteriore elemento critico in questo senso è quello connesso ai percorsi formativi: ogni regione disciplina e regola l'accesso alle professioni secondo le proprie norme, e questo impedisce di fatto un'omogeneità di fondo fra profili simili che contribuisce alla frammentarietà molto elevata del settore. Quanto detto evidenzia dunque la necessità di disporre di finti statistiche ufficiali, aggiornate e comparabili che consentano non solo un'analisi più approfondita del tema, ma anche un miglioramento nella qualità della programmazione degli interventi a livello regionale.

2.8. Un quadro d'insieme e una stima del lavoro nei servizi sociali in Italia

A questo punto è possibile tirare le fila della nostra analisi e tracciare un profilo quantitativo e qualitativo dell'occupazione nel settore dei servizi sociali. Per come sono strutturate le fonti considerate, la quantificazione degli occupati è necessariamente approssimativa e non sarà possibile individuare con precisione i profili professionali del settore. Tuttavia, una prima conclusione che possiamo trarre riguarda la dimensione di genere dell'assistenza sociale: per tutte le fonti esaminate emerge chiaramente un settore a forte vocazione femminile per tutte le tipologie di istituzioni considerate, sia pubbliche che private (profit e non profit), con le donne che rappresentano circa due terzi degli occupati.

Ripercorrendo e integrando le informazioni raccolte, possiamo tentare una stima dell'occupazione nei servizi sociali in Italia. Ricordiamo che non sono disponibili indagini mirate né dal punto di vista settoriale, sulla base delle categorie ATECO, né da quello professionale, che analizzi la professione svolta¹².

L'analisi svolta a partire dai dati del *Censimento dell'Industria e dei Servizi*, concentrata sul settore dell'Assistenza sociale, ha messo in evidenza i seguenti aspetti principali:

1. un'occupazione totale di 336 mila persone, di cui 203 mila nelle istituzioni non profit e 125 mila nel settore pubblico, con un rilievo marginale delle imprese private for profit; con il 57% del totale degli addetti complessivi, il settore non profit svolge un ruolo prevalente in queste attività;
2. dal punto di vista settoriale si registra la concentrazione nell'assistenza sociale non residenziale, che impegna il 63% degli addetti complessivi (che includono anche lavoratori interinali e collaboratori coordinati e continuativi);
3. il contributo del settore non profit è rilevante non soltanto in termini di occupazione, ma anche in termini di volontari: sono quasi 343 mila e operano anch'essi prevalentemente nell'assistenza non residenziale;
4. la dimensione media delle unità locali attive nell'assistenza sociale è di 9 addetti per unità locale: analizzando il dato relativamente alla tipologia dell'istituzione emerge che questo valore risulta più elevato nel settore pubblico e nelle imprese, mentre si attesta su un valore più basso nelle istituzioni non profit;
5. la diffusione delle unità locali e la dimensione media delle stesse è maggiore al Nord rispetto al Sud: questo dato è confermato anche dall'analisi svolta normalizzando il numero di unità locali e gli addetti rispetto al totale dei servizi.

Per quanto riguarda il *Censimento della Popolazione* i risultati principali sono i seguenti:

¹²

Vedere il paragrafo sul Censimento della Popolazione

1. i dati disponibili riguardano l'insieme del settore della Sanità e assistenza sociale e, data la prevalenza delle attività sanitarie, non è possibile trarne stime quantitative relative ai servizi sociali;

2. la disponibilità di informazioni sulle attività di lavoro svolte ci segnala un quadro complessivo di qualificazioni medio-alte, con una prevalenza del lavoro femminile, anche se nelle posizioni gerarchicamente più elevate (in particolare nelle professioni mediche) continuano a prevalere gli uomini.

Per stimare le dimensioni della presenza di servizi sociali nel settore sanitario abbiamo considerato, attraverso la rilevazione del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, un numero ipotetico di dipendenti del settore sanitario che per la loro qualifica possono essere inclusi nella nostra analisi: da ciò emerge che quasi 100 mila unità del comparto sanitario possono essere ricondotte a figure professionali operanti nei servizi sociali, che rappresentano il 14,5% del totale del personale dipendente dal servizio sanitario nazionale.

L'analisi del settore non profit sulla base della prima rilevazione censuaria ha consentito un'ulteriore verifica delle attività e dell'occupazione nei servizi sociali, da cui emergono i seguenti risultati:

1. nel settore dell'assistenza sociale sono registrati dal censimento 1999 167 mila occupati totali (che dovrebbero essere già rilevati tra i 202 mila lavoratori in istituzioni non profit del Censimento dell'industria e servizi del 2001).

2. nei settori che comprendono alcune attività di servizio sociale sono stati documentati 60 mila occupati totali, concentrati soprattutto nei comparti dei Servizi per lungodegenti, Servizi psichiatrici e Altri servizi sanitari (circa 50 mila addetti in totale).

3. gli occupati sono in grandissima parte lavoratori dipendenti, ma è possibile individuare i lavoratori distaccati, i collaboratori coordinati e continuativi, oltre alla presenza di volontari (466 mila nell'assistenza sociale) e di obiettori di coscienza. La prevalenza delle donne viene confermata con una percentuale di occupati intorno ai due terzi.

Una stima dell'occupazione nei servizi sociali

Integrando questi dati, è possibile procedere a una stima dell'occupazione complessiva nei servizi sociali. La Tabella 19 presenta una sintesi dei settori di attività dei servizi sociali per tipologia di istituzione. Nel prospetto, oltre al cuore del settore dei servizi sociali, rappresentato dall'assistenza sociale, abbiamo incluso anche le attività dei servizi sanitari, per cui disponiamo di una stima per il settore pubblico ottenuta dal Conto Annuale della RGS (cfr. par.6) e i dati relativi alle università per la terza età (affidenti al settore dell'istruzione), desunti dal *Censimento dell'Industria e dei Servizi*. La stima più difficile riguarda le attività realizzate da istituzioni non profit in settori che comprendono alcune attività di servizio sociale sopra delineati, con 60 mila occupati complessivi. Possiamo individuare qui i tre settori principali, in cui è particolarmente forte la natura di servizi sociali - Servizi per lungodegenti, Servizi psichiatrici e Altri servizi sanitari - e inserire i loro 51 mila addetti anella stima complessiva dell'occupazione nei servizi sociali.

Sulla base di queste ipotesi, una stima approssimativa e incompleta degli occupati nei servizi sociali in Italia negli anni 1999-2001 arriva a circa 507 mila unità, concentrate principalmente nelle istituzioni non profit.

Tabella 2.19 - Una stima dell'occupazione nei servizi sociali, 1999-2001

FONTE	ATECO o Altra Codifica	ISTITUZIONI PUBBLICHE	ISTITUZIONI NONPROFIT	IMPRESE	TOTALE
Censimento Industria e Servizi	853 - Assistenza sociale	125.299	202.812	27.580	355.691
Conto Annuale Ragioneria dello Stato	851 - Attivita' dei servizi sanitari	99.830			99.830
Censimento Industria e Servizi	80421 - Universita' per la terza eta'		935		935
Istituzioni non profit in Italia	Altre attività		50.816		50.816
TOTALE		225.129	254.563	27.580	507.272

Al fine di integrare le informazioni raccolte e ricondurle ad un orizzonte temporale più ravvicinato, abbiamo realizzato una seconda stima che tiene conto di dati più aggiornati rispetto a quelli censuari. In particolare per il settore non profit è stato possibile considerare i dati relativi alla rilevazione sulle cooperative sociali, che riporta i dati relativi all'occupazione nel 2005: data l'importanza che il non profit sta assumendo nel settore dell'assistenza sociale e la crescita sostenuta delle istituzioni e degli addetti attivi in queste organizzazioni, nella Tabella 20 viene presentata una seconda stima che utilizza questi dati.

Tabella 2.20 - Una stima dell'occupazione nei servizi sociali, 2001-2005

FONTE	ATECO o Altra Codifica	ISTITUZIONI PUBBLICHE	ISTITUZIONI NONPROFIT		IMPRESE	TOTALE
			COOP. SOCIALI	ALTRE FORME GIURIDICHE		
Censimento Industria e Servizi	853 - Assistenza sociale	125.299		81.194	27.580	234.073
Conto Annuale Ragioneria dello Stato	851 - Attivita' dei servizi sanitari	99.830				99.830
Censimento Industria e Servizi	80421 - Universita' per la terza eta'			935		935
Istituzioni non profit in Italia	Altre attività			38.392		38.392
Le Cooperative sociali in Italia 2005			244.223			244.223
TOTALE		225.129	244.223	120.521	27.580	617.453

Riconsideriamo i dati del *Censimento dell'Industria e Servizi* e distinguiamo nel settore non profit le organizzazioni con diverse forme giuridiche; sottraiamo al totale degli addetti quelli che risultano occupati nelle cooperative sociali, ottenendo un nuovo aggregato di addetti nelle altre forme

giuridiche, e inseriamo al posto degli addetti delle cooperative sociali del 2001 quelli del 2005. Pur con i limiti legati alla considerazione di anni diversi come il 2001 e il 2005, riteniamo utile aggiornare il più possibile le stime possibili. Anche dal dato sulle altre attività delle istituzioni nonprofit abbiamo sottratto gli addetti delle cooperative sociali nei settori considerati - Servizi per lungodegenti, Servizi psichiatrici e Altri servizi sanitari - in modo tale da non avere duplicazioni.

In questa seconda stima il numero di occupati nei servizi sociali, per tutte le tipologie istituzionali considerate, sale a oltre 617 mila unità per effetto del forte aumento degli occupati nelle cooperative sociali. Il 60% di questi lavora in istituzioni non profit e nel 2005 i dipendenti delle cooperative sociali hanno superato quelli dell'intero settore pubblico, e occupano quasi dieci volte di più delle imprese private for profit del settore, che mantengono un ruolo marginale.

Riguardo alle caratteristiche qualitative, ricordiamo che le donne rappresentano due terzi del totale degli occupati e che sulla base di dati parziali sulle qualificazioni dei lavoratori emerge un profilo di competenze elevate e di qualifiche medio-alte. Inoltre le scarse dimensioni medie delle unità che forniscono servizi sociali segnalano un'elevata frammentazione dell'offerta che può rappresentare un limite all'esigenza di professionalizzazione dei servizi. Nel complesso, i dati dell'occupazione nei servizi sociali che abbiamo qui stimato segnalano una fornitura molto limitata da parte del settore pubblico e un ruolo ancora minimo delle imprese private for profit. Negli ultimi anni è cresciuta rapidamente l'occupazione nelle cooperative sociali e nelle altre tipologie di organizzazioni non profit che hanno assunto il ruolo di fornire servizi sociali sulla base di finanziamenti da parte degli enti pubblici. Se il modello di relazioni tra settore pubblico e non profit era nato per estendere e personalizzare l'offerta di servizi, integrando quelli pubblici, vincolati da eccessive rigidità e costi elevati, siamo ora di fronte a un sistema di relazioni radicalmente diverso. Gran parte dei servizi sono realizzati da cooperative sociali sulla base di finanziamenti pubblici erogati attraverso meccanismi contrattuali spesso inadeguati. Scarsa attenzione sembra dedicata a quest'evoluzione profonda del sistema dei servizi sociali e al ruolo centrale ora svolto dalle cooperative sociali. Tuttavia il trasferimento di responsabilità in questo campo non è limitato ad un passaggio dal pubblico al non profit; un trasferimento di responsabilità ancora più rilevante è stato quello dal sistema dei servizi sociali alle famiglie.

La scarsità di servizi sociali e la “familiarizzazione dell’assistenza”

In termini di dimensioni assolute, questa stima degli occupati nei servizi sociali segnala lo scarso rilievo del settore; se mettiamo in rapporto i 630 mila occupati stimati con i quasi 11 milioni di lavoratori dipendenti nel 2006 nel settore dei servizi destinati a imprese e famiglie, sia privati che pubblici, troviamo che meno del 6% degli addetti ai servizi lavora nel campo dei servizi sociali. Si tratta di una quota estremamente ridotta rispetto all'evoluzione demografica segnata dal rapido invecchiamento della popolazione - la speranza di vita nel 2003 è di 77,2 anni per l'uomo e di 82,8 per la donna e il 5% della popolazione italiana risulta essere ultra 80enne¹³ - e alle trasformazioni sociali segnate da una rapida crescita dell'immigrazione e da nuovi bisogni sociali. Queste trasformazioni richiederebbero una risposta adeguata in termini di sviluppo di servizi sociali, con la definizione di politiche d'insieme a livello nazionale, regionale e locale capaci di affrontare i nuovi problemi, sulla base di risorse adeguate.

Sulla base di questa esplorazione delle dimensioni occupazionali dei servizi sociali in Italia, si può rilevare che la scarsa estensione del sistema di servizi sociali ha creato le condizioni per la rapida crescita negli ultimi anni di un fenomeno di “familiarizzazione dell’assistenza” caratterizzato dalla diffusione di “badanti” straniere che si fanno carico delle attività di cura domiciliari. In particolare, l'indagine sulla spesa sociale dei comuni ha mostrato che solo il 24,2% della spesa per gli interventi sociali dei comuni è rivolta agli utenti anziani.

¹³ http://www.istat.it/dati/catalogo/20061109_00/contenuto.html

Un'indagine del 2007 relativa al lavoro di cura delle badanti straniere¹⁴ ha stimato che in Italia siano circa 700.000, ma dal momento che non è possibile stabilire quante siano quelle con situazioni di "immigrazione clandestina", il loro numero potrebbe essere maggiore. Una presenza così alta è legata sia all'invecchiamento della popolazione, sia all'insufficienza del sistema di servizi sociali, sia pubblico che privato, nei confronti delle persone non autosufficienti. In Italia la gran parte delle cure agli anziani è assicurata da interventi informali di tipo familiare e da questo punto di vista le badanti, con il loro quotidiano lavoro di cura e assistenza, e con costi economici molto bassi, legati alla presenza in casa e alla condizione di immigrate spesso "clandestine", sono risultate come la soluzione più praticabile a "scala familiare". In una situazione in cui i servizi attivati non sono in grado di rispondere alla complessità dei bisogni degli anziani, si è presa così la strada di una *"familiarizzazione dell'assistenza"* che lascia sole le famiglie nella gestione dell'assistenza e che affida il lavoro di cura a donne immigrate spesso senza alcuna preparazione specifica.

Lo studio dell'Università di Modena e Reggio Emilia calcola anche che la spesa complessiva riguardante questo servizio di cura potrebbe aggirarsi intorno ai 8,4 miliardi di euro. Ricordiamo che la spesa totale dei Comuni per l'assistenza domiciliare agli anziani era di appena 400 milioni di euro (meno del 5%) e che il totale delle aspesa sociale in tutti i campi era di circa 5 miliardi di euro. Le politiche pubbliche di assistenza continuativa hanno le caratteristiche di prestazioni monetarie (indennità di accompagnamento e assegno di cura) e risulta prevalente l'assistenza finanziaria alla famiglia con una rinuncia a un organico intervento assistenziale pubblico.

Riconoscere l'entità del lavoro di cura svolto dalle badanti e le dimensioni della spesa sostenuta dalle famiglie in questo contesto porta a riconoscere il rilievo dei bisogni esistenti per servizi sociali di assistenza e di cura, in particolare a domicilio e l'inadeguatezza delle risposte realizzate. Tenendo conto delle risorse complessive - pubbliche e private - già oggi destinate a queste attività, e considerando la dinamica della domanda e le tendenze passate, il settore dei servizi sociali potrebbe assumere un grande ruolo per dare risposte qualificate e professionali ai bisogni sociali esistenti. Sarebbe necessario un significativo aumento della spesa pubblica per i servizi sociali, ma anche un utilizzo più efficace della spesa dedicata all'assistenza da parte delle famiglie; in termini di lavoro, il settore dei servizi sociali potrebbe rappresentare un grande bacino di espansione dell'occupazione. Sarebbe necessario tuttavia un ruolo chiave delle politiche pubbliche che limitino la *"familiarizzazione dell'assistenza"* e siano in grado di organizzare un sistema integrato di servizi forniti dal settore pubblico, dalle organizzazioni non profit e da assistenti a domicilio con modalità professionali adeguate ai bisogni di assistenza esistenti.

¹⁴ Salvioli, G., 2007, *Gli anziani e le badanti*, Giornale di gerontologia Aprile 2007, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Pacini Editore, Ospedaletto (Pisa)

Capitolo 3

La scelta dei casi studio e la metodologia di analisi

3.1. La scelta dei casi studio

La ricerca sul lavoro nei sistemi locali dei servizi sociali promossa dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali ha coinvolto diversi territori e Regioni italiane. Sulla base del quadro preliminare fornito dal capitolo precedente sulle dimensioni del lavoro nei servizi sociali a livello nazionale, sono stati realizzati cinque casi studio approfonditi, di cui tre realizzati nell'ambito della ricerca CNR-IRPPS qui presentata, e due realizzati dal Formez, nell'ambito di un'altra sezione della ricerca promossa dal Ministero.

I casi studio analizzati dal CNR-IRPPS sono i seguenti.

Il caso di Pesaro-Urbino (PU) comprende i due Ambiti territoriali di Pesaro e Urbino, all'interno della relativa provincia, che hanno le caratteristiche di un'area industriale moderna densamente popolata (Pesaro) e di un'area interna a bassa densità abitativa, con attività agricole e centri di servizio (Urbino).

Il caso di Venezia Mestre (VE) comprende il territorio del Comune, una città di medie dimensioni, divisa tra il centro storico (segnato da perdita di popolazione, alta presenza di anziani e centri di servizio) e il territorio di Mestre (con una forte presenza industriale e crescita demografica, anche migratoria).

Il caso di Roma Municipio I (RM) comprende il quartiere Centro storico della capitale, caratterizzato da forti presenze di istituzioni e attività terziarie, con una popolazione che presenta un rapido invecchiamento e rilevanti flussi migratori. In questo caso ci si è concentrati sui servizi sociali realizzati - sia dal pubblico che dal nonprofit - all'interno del Municipio I e destinati alla popolazione ivi residente, escludendo dall'analisi i servizi sociali con sede nel Municipio, ma destinati all'intero Comune di Roma.

I casi studio realizzati dal Formez sono i seguenti.

Il caso del Piano Locale Unitario dei Servizi 21, in provincia di Cagliari (SAR) comprende un territorio a est della città di Cagliari caratterizzato sia da fenomeni di periferia urbana sia da aree agricole a bassa densità abitativa.

Il caso dell'Ambito territoriale di Triggiano, in provincia di Bari (PUGL) comprende un territorio alle porte di Bari caratterizzato da aspetti di periferia urbana e di attività agricole.

I cinque casi sono stati individuati per rappresentare differenze significative sotto molteplici aspetti:

- presentano profili di attività economiche differenziati (terziario avanzato, servizi tradizionali, industria, agricoltura intensiva e marginale);
- presentano profili demografici e sociali diversi (alta e bassa natalità, diversi tassi di occupazione femminile, alti e bassi flussi migratori dall'estero);
- presentano strutture familiari e fattori di rischio sociale differenziati (diversi tassi di invecchiamento, frequenze delle separazioni, tassi di disoccupazione e di occupazione precaria), producendo in questo modo diverse tipologie di domanda di servizi sociali;

- presentano forti differenze istituzionali e nel tipo di politiche sociali realizzate, nel ruolo relativo di Regioni, Comuni e altri enti pubblici impegnati sui problemi sociali, e nel rilievo delle esperienze nel campo dei servizi sociali;
- la forte differenziazione geografica (Nord-Est, Centro-Nord-Est, Centro, Mezzogiorno e Isole) dà infine conto della diversità delle caratteristiche storiche e sociali del Paese e delle politiche che vengono realizzate.

Sulla base di tali marcate differenze, ci possiamo aspettare che gli aspetti che ritroveremo comuni a tali cinque casi si presentino come aspetti generali della realtà nazionale; quando emergono diversità tra i casi studio, si tenterà invece di riportarle ai principali fattori - sociali, demografici, istituzionali e politici - che possono contribuire a spiegarle.

3.2 Le interviste e il questionario

L'analisi empirica si è basata sulla raccolta di dati di fonti comunali o regionali già disponibili, e - soprattutto - sui dati ottenuti attraverso la somministrazione di un questionario semi-strutturato predisposto preliminarmente insieme al Ministero, e successivamente modificato in base alle indicazioni di ritorno dalle prime interviste pilota realizzate.

Il questionario prevede una parte più strutturata in cui si chiedevano dati quantitativi relativi al personale in servizio nelle varie istituzioni o organizzazioni del terzo settore, ossia informazioni relative al numero delle unità suddivise per sesso, per tipologia di contratto (dipendenti, contratti atipici, volontari o stagisti), per orario di lavoro (full time o part time) e collocati per aree di utenza (famiglia e minori, disabili, dipendenze, anziani, immigrati e nomadi, povertà e disagio adulto, altre tipologie di utenza).

Si doveva anche indicare il titolo di studio dei lavoratori impegnati nel sociale (laurea, diploma, formazione professionale, scuola dell'obbligo), la loro tipologia (sociologia, servizio sociale, psicologia, OSS, OSA, ecc.), il tipo di attività svolto (dirigenziale, amministrativo, di programmazione, di progettazione, di coordinamento, di erogazione di servizi, di valutazione e monitoraggio degli interventi, e di comunicazione esterna), la spesa lorda annua per il personale e le retribuzioni lorde mensili (la più alta e la più bassa).

Sempre nell'area relativa al personale si sono raccolte anche informazioni relative al livello di criticità (massima, alta, bassa, minima o nulla) di una serie di affermazioni, cioè lo scarso livello di formazione del personale in entrata, la mancanza di formazione continua, l'inadeguatezza delle competenze del personale, la scarsa flessibilità del personale, la scarsità del personale a disposizione, la scarsa motivazione del personale, l'eccessiva mobilità in uscita del personale, l'inadeguatezza delle prospettive di carriera. Si è chiesto poi di indicare il livello di criticità di una serie di circostanze riguardanti l'utenza (utenza in continuo aumento, nuove tipologie di utenza, difficoltà a raggiungere utenza potenziale, difficoltà a strutturare relazioni durature con l'utenza del servizio), l'istituzione/organizzazione (alto livello di burocrazia, inadeguata consultazione dei diversi soggetti interessati, eccessivo accentramento dei poteri di decisione), il lavoro (eccessiva precarietà del lavoro, elevata conflittualità sindacale, elevata conflittualità interpersonale).

Oltre a individuare in quali specifiche aree di utenza sia attiva l'istituzione/organizzazione, si è chiesto di indicare, nelle varie fasi che vanno dalla programmazione-progettazione alla erogazione-monitoraggio del servizio, quali fossero gli altri soggetti pubblici (Regione, Provincia, Comune, Ambito Territoriale Sociale, ASUR, Distretto Sanitario) o privati (non profit, sindacato, utenti) che maggiormente condizionano l'attività dell'istituzione rappresentata dall'intervistato.

Altro obiettivo del questionario è stato quello di ricostruire il funzionamento del sistema decentrato di governance delle politiche sociali e socio-sanitarie. Al soggetto intervistato è stato chiesto di specificare a quali fasce di utenza si rivolga l'attività della sua istituzione/organizzazione e per ognuna di esse specificare il tipo di interventi (non residenziali, semi-residenziali e residenziali) che viene realizzato. Si è cercato inoltre di risalire, caso per caso, a chi detiene la titolarità del servizio (il pubblico o il privato) e se lo stesso è gestito direttamente dall'attore pubblico (in forma singola o

associata) oppure è gestito in forma esternalizzata (tramite appalto o convenzione) dal privato sociale o dal privato for profit.

Per quanto riguarda la parte qualitativa del questionario, si è tentato di comporre un quadro in cui emergessero i punti di forza e di debolezza della propria istituzione/organizzazione, le aree di maggior criticità del sistema di welfare locale, i problemi legati sia alla formazione che ai percorsi professionali e alle competenze del personale. Una particolare attenzione è stata indirizzata anche alle proposte avanzate dagli intervistati per una diversa gestione dei servizi sociali, alla percezione del fenomeno delle badanti ed al modo in cui viene affrontato dalle istituzioni, alle considerazioni sull'immigrazione e le risposte a favore dell'integrazione e dell'alleggerimento della tensione generata a livello locale, alle considerazioni sulla qualità del sistema locale dei servizi sociali. Dal momento che il procedere dell'intervista, soprattutto per quanto attiene la parte qualitativa, non ha seguito un preciso ordine pre-strutturato, il discorso si è sviluppato di volta in volta in direzioni diverse, volte a sottolineare le specificità dei contesti locali e le singole proposte di miglioramento del sistema di governance. In sintesi, le aree di ricerca principalmente indagate sono state: il ruolo degli enti locali e del terzo settore, tutte le dimensioni relative al personale e al lavoro nel sociale, le caratteristiche del sistema locale di welfare, la formazione e le professioni sociali, l'integrazione socio-sanitaria, il fenomeno delle badanti e l'impatto dell'immigrazione.

In modo propedeutico allo svolgimento delle interviste si è tenuta una serie di riunioni con gli attori locali che partecipano al processo di governance delle politiche sociali, sia per coinvolgerli nella ricerca che per far emergere un primo quadro generale del funzionamento della rete degli interventi.

Sebbene le interviste realizzate non abbiano incluso la totalità degli attori operanti nei servizi sociali nei casi esaminati, tuttavia i criteri utilizzati per la scelta degli intervistati e la molteplicità delle prospettive da cui si sono attinte informazioni quantitative e qualitative consente di utilizzare i dati per una comparazione territoriale. Lo studio ci consente pertanto di offrire una descrizione attendibile delle tendenze emergenti nei contesti territoriali presi in esame. Inoltre i molti dati qualitativi raccolti consentono di fornire una diapositiva ricca di informazioni sulle peculiarità che caratterizzano i sistemi di welfare locale, mostrandone i principali problemi aperti e le soluzioni, talvolta innovative, proposte.

3.3 Il contesto socio-economico

Alcuni dati di contesto socioeconomico mettono in luce la natura dei problemi sociali che emergono nei casi analizzati.

Tabella 3.1 – Indicatori demografici e reddito pro-capite nei casi studio

INDICATORI	CASI STUDIO				
	PESARO-URBINO	VENEZIA-MESTRE	ROMA MUNICIPIO I	PLUS 21	PUGLIA
POPOLAZIONE					
TOTALE (definire se il dato è del Comune, Provincia, ambito)	173.905	268.934	122.611	94.571	83.309
% > 65 ANNI	19,4	25,7	22,6	12,9	14,4
% < 10 ANNI	9,2	7,8	6,4	9,9	11,5
% IMMIGRATI	6,5	6,3	22,9	0,7	0,9
REDDITO PER					
ABITANTE (definire se il dato è del Comune, Provincia, ambito)	provincia (PU) 16.099	14.946 euro (al 2007)	municipio I Reddito disponibile pro capite 25.067, comune 19.615 (al 2003)	17.912 (2005)	16.807

Fonte: nostra elaborazione su varie fonti

La tabella 3.2 presenta una serie di indicatori di rischio che possono alimentare situazioni di disagio sociale e la necessità di interventi di diverso tipo nell'ambito delle politiche sociali. E' possibile mettere a confronto la rapida crescita dell'invecchiamento della popolazione nelle diverse aree analizzate e nell'insieme del Paese; il peso delle separazioni sui matrimoni; il tasso di occupazione femminile; il tasso di disoccupazione.

Tabella 3.2 - Indicatori di rischio

Territorio/Anno	Indice di vecchiaia		Separazioni in % sui matrimoni		Tasso di occupazione femminile		Tasso di disoccupazione	
	1999	2005	1999	2002	1999	2003	2004	2006
Nord-Ovest	154,5	161,3	33,2	40,0	35,9	39,4	n.d.	n.d.
Nord-Est	156,8	155,4	28,1	35,0	38,0	41,4	3,9	3,6
Veneto	133,7	138,1	22,4	29,1	36,1	39,5	4,5	3,4
Venezia	229,1	224,9	*21,6	*23,5	*33,1	*36,4	*7,0	*4,0
Centro	153,2	161,8	28,1	38,6	31,9	35,4	6,5	6,1
Marche	165,8	172,7	26,6	28,7	36,0	39,8	5,3	4,5
Pesaro e Urbino	164,3	162,9	27,9	28,8	38,2	40,4	5,0	3,7
Lazio	124,3	137,6	28,4	44,5	29,0	32,8	11,7	8,7
Roma	143,7	153,0	*30,7	*49,3	*30,9	*34,7	*11,6	*8,0
Sud	88,0	106,9	12,5	15,8	19,8	21,9	n.d.	n.d.
Isole	95,5	116,5	14,0	19,2	18,5	20,8	n.d.	n.d.
Italia	126,6	139,9	23,2	29,5	29,8	32,8	8,0	6,8

Fonte: Istat 2006

* dati provinciali (non disponibili dati comunali)

La Tabella 3.3 mostra invece la quota di stranieri sulla popolazione residente, ancora una volta evidenziando la situazione dei casi analizzati e della situazione nazionale.

Sotto diversi aspetti, i casi scelti per l'approfondimento segnalano situazioni di particolare rilievo sociale, legati a diversi fenomeni, e che richiedono adeguate politiche sociali.

Tabella 3.3 - Stranieri residenti in % sulla popolazione residente

Territorio	%
Nord-Ovest	6,8 %
Nord-Est	7,2 %
Venezia	6,3 %
Centro	6,3 %
Pesaro Urbino	6,5 %
Marche	6,4 %
Roma	7,4 %
Sud	1,7 %
Isole	1,5 %
Italia	4,9 %

Fonte: Istat 2007

3.4 I sistemi locali delle politiche sociali

In Italia i sistemi di welfare hanno attraversato un processo di riforme caratterizzato da una riorganizzazione territoriale delle politiche sociali (il *rescaling* o sussidiarietà verticale) e dall'ingresso di nuovi attori nella programmazione e gestione dei servizi (la *governance* o sussidiarietà orizzontale). Il welfare locale è venuto ad individuare sì una questione di scala, ma anche una configurazione sempre più specifica del Welfare. Il nuovo welfare, partendo dai problemi della marginalità e dell'esclusione, si struttura intorno al concetto di inserimento sociale. Le politiche di inserimento sociale rinviano alla persona e al territorio, e sono organizzate attraverso infrastrutture orizzontali, reti sociali, volontarie, cooperative, autorganizzate. La L.328 afferma la logica di *governance* allargata delle politiche sociali, perseguendo un'integrazione non solo fra il sociale e il sanitario, ma anche fra le politiche sociali e le politiche dell'istruzione, della formazione, nonché delle politiche attive del lavoro (U. Ascoli -2003). Il nuovo sistema non intende la domanda di servizi come stato di disagio da curare, ma come diritto che spetta all'utenza e come dovere dei cittadini di diventare più consapevoli e attivi. Al contempo l'offerta di servizi non è da intendersi come una semplice terapia per affrontare dei mali sociali, ma come strategia di *empowerment*, di capacità di rendere autonomo l'utente.

Riassumiamo brevemente i compiti istituzionali che la normativa quadro assegna ai diversi livelli territoriali. Lo **Stato** è responsabile della determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale attraverso il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, della determinazione dei requisiti e dei profili professionali in materia di professioni sociali, della fissazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, dei requisiti di accesso e di durata dei percorsi formative, della ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali. Altre funzioni cui il livello nazionale dovrebbe adempiere sono l'individuazione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni e l'esercizio dei poteri sostitutivi in caso di riscontrata inadempienza delle regioni. Tuttavia questi ultimi e fondamentali aspetti normativi sono rimasti inattuati a livello governativo centrale.

La L. 328/2000 assegna invece alla **Regione** il compito di normazione legislativa, programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e di disciplina dell'integrazione degli interventi stessi. Promuove modalità di collaborazione e azioni coordinate con gli enti locali, adottando strumenti e procedure di raccordo e di concertazione, anche permanenti, per dare luogo a forme di cooperazione. Alla Regione spetta la definizione degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Promuove metodi e strumenti per il controllo di gestione atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi ed i risultati delle azioni previste. Definisce sia criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi, sia i requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per la erogazione delle prestazioni, e istituisce i registri dei soggetti autorizzati all'esercizio delle attività disciplinate dalla legge. Predispone e finanzia dei piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali. Sempre alla Regione spetta la determinazione dei criteri per la definizione delle tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati. Provvede infine alla ripartizione dei finanziamenti assegnati dallo Stato per obiettivi ed interventi di settore, nonché, in forma sussidiaria, a cofinanziare interventi e servizi sociali derivanti dai provvedimenti regionali di trasferimento agli enti locali.

Alla **Provincia** nel campo dei servizi sociali è invece assegnato un ruolo residuale. Ciononostante le funzioni che è chiamata a svolgere non sono del tutto irrilevanti e riguardano la raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse rese disponibili dai comuni e da altri soggetti istituzionali presenti in ambito provinciale per concorrere all'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali, l'analisi dell'offerta assistenziale per promuovere approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti in ambito provinciale fornendo il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali, la promozione (d'intesa con i comuni) di iniziative di formazione, la partecipazione alla definizione e all'attuazione dei piani di zona. Le Province si sono

dotate di Osservatori provinciali per la rilevazione dei bisogni e dei servizi sulla base di indicazioni regionali e hanno istituito, con proprio atto, un “Coordinamento provinciale delle Politiche Sociali” che svolge anche funzione di raccordo tra i coordinamenti provinciali di settore già istituiti. Inoltre non va dimenticato il fondamentale contributo offerto dai Centri per l’impiego e la formazione, organi della Provincia, sul fronte dell’inserimento socio-lavorativo. Un ruolo residuale è rivestito anche dalle **Comunità montane**, impegnate talvolta in specifici progetti, e dai **Distretti scolastici**, soprattutto sul versante della prevenzione del disagio giovanile, del recupero e del reinserimento sociale.

Mentre ai **Comuni**, da sempre al centro del sistema dei servizi sociali, sono assegnate le seguenti funzioni: 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; erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche e delle attività assistenziali; autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale; definizione dei parametri di valutazione delle condizioni ai fini della determinazione dell’accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi.

Infine, ma non meno importante, abbiamo il ruolo del settore sanitario in tutte le sue articolazioni, dal **Distretto sanitario**, ai **Dipartimenti Dipendenze Patologiche (DDP)** e **Dipartimenti Salute Mentale (DSM)**. Tra i principi fondamentali della L 328/200 è previsto infatti il coordinamento e l’integrazione dei servizi sociali con gli interventi sanitari.

Il sistema di finanziamento delle politiche sociali risulta essere composto: dalle risorse in campo sociale proprie dei Comuni appartenenti all’ambito; dalle risorse provenienti dai budget dei Distretti Sanitari appartenenti all’Ambito; dai finanziamenti provenienti dalle leggi regionali di settore; dai finanziamenti provenienti dal Fondo Unico regionale e dal Fondo Nazionale per le politiche sociali; dai finanziamenti provenienti dall’Unione Europea; dalle disponibilità finanziarie provenienti da altre fonti pubbliche e private (Fondazioni bancarie, aziende private, autonomie scolastiche etc.); dalle risorse sociali qualificabili come tali in funzione degli obiettivi illustrati nel Piano di zona (il valore aggiunto sociale di tutto il privato-sociale); da indicatori di promozione sociale territoriale.

Tabella 3.4- Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regione e ripartizione geografica - Anno 2005 (valori assoluti, % e spesa pro-capite)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Spesa**		Spesa pro-capite
	Valori assoluti	Valori percentuali	
Piemonte	554.628.053	9,7	127,9
Valle d'Aosta	39.492.664	0,7	320,0
Lombardia	982.446.527	17,1	104,1
Trentino - Alto Adige	222.721.690	3,9	227,3
<i>Bozano - Bozen</i>	99.740.497	1,7	207,9
<i>Trento</i>	122.981.193	2,1	246,0
Veneto	566.709.626	9,9	120,1
Venezia*	64.878.877	1,1	240,49
Friuli - Venezia Giulia	208.869.119	3,6	173,1
Liguria	168.886.135	2,9	105,5
Emilia - Romagna	619.853.563	10,8	148,7
Toscana	434.904.867	7,6	120,5
Umbria	70.258.599	1,2	81,4
Marche	143.428.240	2,5	94,1
Pesaro-Urbino	21.898.798	0,4	127,14
Lazio	603.572.789	10,5	114,2
Roma	426.287.161	7,4	151,31
Abruzzo	72.652.592	1,3	55,8
Molise	13.448.154	0,2	41,8
Campania	228.134.034	4,0	39,4
Puglia	172.501.731	3,0	42,4
Triggiano	3.225.980	0,1	38,7
Basilicata	24.391.365	0,4	41,0
Calabria	54.118.283	0,9	27,0
Sicilia	377.856.385	6,6	75,3
Sardegna	182.480.545	3,2	110,4
Plus 21	7.210.580	0,1	76,2
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
ITALIA	5.741.354.961	100,0	98,0

Fonte: ISTAT, 2007

(*) Gli ammontari indicati includono oltre a quelli del Comune di Venezia anche quanto speso dalla ULSS n.12 con la quale il Comune gestisce una parte dei servizi sociali

(**) 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.

Capitolo 4

Il caso di Pesaro Urbino

4.1. Il caso di Pesaro Urbino e la metodologia adottata

Il caso studio su Pesaro Urbino ha riguardato gli Ambiti territoriali sociali di Pesaro (ATS I) e Urbino (ATS IV). Sulla base della metodologia comune della ricerca, il questionario è stato somministrato a 23 dirigenti di istituzioni pubbliche e organizzazioni nonprofit.

Negli ATS di Pesaro e Urbino, sin dall'inizio della ricerca, si è stimolato il confronto con i principali testimoni privilegiati del territorio, coinvolgendoli in incontri singoli, a piccoli gruppi tematici o con riunioni plenarie. Sono state organizzate tre plenarie: come presentazione della ricerca sul territorio, come verifica *in itinere*, e per la presentazione-confronto dei risultati preliminari della ricerca. In queste diverse fasi sono stati coinvolti i coordinatori degli ATS interessati, rappresentanti dei Comuni, dei Distretti Sanitari e delle ASL (Asur nelle Marche), dei CIOF - Centri per l'impiego, della Regione Marche e della Provincia di PU, dell'Università degli Studi di Urbino e delle istituzioni nonprofit del territorio (cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, organizzazioni di volontariato), dei sindacati (Cgil e Cisl).

La metodologia di ricerca adottata è stata declinata negli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) di Pesaro e di Urbino cercando di rappresentare due territori attigui ma differenti per caratteristiche (costiero e industrializzato uno, posto sulla dorsale appenninica dell'interno e a maggior vocazione rurale l'altro). Tra i soggetti da intervistare si è scelto di inserire il dirigente dei servizi sociali del Comune capofila degli ATS e, per quanto riguarda l'ATS IV, quelli dei seguenti Comuni: oltre ad Urbino (ente capofila dell'ATS IV, il più grande demograficamente, amministrato dal centro-sinistra e collocato al centro del territorio dell'ambito), Petriano (uno dei Comuni più piccoli, governato dal centro-destra, collocato a valle di Urbino e con un forte impatto del fenomeno migratorio) e Urbania (Comune di medio-piccole dimensioni, governato dal centro-sinistra, collocato nella zona più interna dell'ambito). Per quanto riguarda l'ATS I sono stati individuati, come soggetti da intervistare, i dirigenti dei seguenti Comuni: Pesaro (l'ente capofila dell'ATS I, il Comune più grande della Provincia, governato dal centro sinistra così come tutti gli altri Comuni dell'ambito, collocato sulla costa), Monteciccardo (il Comune più piccolo dell'ATS, situato nella zona più interna dell'ambito e facente parte dell'Unione intercomunale del Pian del Bruscolo), Sant'Angelo in Lizzola (Comune di medio-piccole dimensioni, in forte crescita demografica, facente parte anch'esso dell'Unione Pian del Bruscolo).

Nell'intento di avere un quadro complessivo di tutti i soggetti operanti nel sociale si è proseguito con le interviste a due Dirigenti della Provincia di Pesaro e Urbino, (dei settori Politiche Giovanili e Pari Opportunità, Area Dipendenze e Salute Mentale). Per osservare anche il livello di integrazione socio-sanitaria sono stati intervistati anche la Direttrice del Distretto Sanitario di Pesaro ASUR I, la Direttrice del Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) dell'ASUR I di Pesaro e il Direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche di Urbino ASUR IV.

Per quanto riguarda il settore privato, sono stati intervistati i rappresentanti delle due principali cooperative sociali di tipo A (che da sole impiegano circa l'80% degli operatori sociali privati del territorio considerato); una cooperativa sociale di tipo A di medie dimensioni che rappresenta l'eccellenza nel settore della salute mentale (operante su tutto il territorio considerato); due cooperative sociali di tipo B (una media operante su Pesaro e una piccola su Urbino).

Infine, per completare il quadro con i punti di vista sia dell'utenza che dei lavoratori, è stata intervistato l'AVM, l'associazione di secondo livello che rappresenta le organizzazioni di

volontariato nella provincia; un'associazione di volontariato che si occupa di handicap e gestisce alcune attività economiche; i responsabili provinciali del welfare dei due principali sindacati. Nel territorio di riferimento non risultano imprese for profit significative operanti nel sociale.

4.2 Il sistema dei servizi sociali nella Regione Marche e nella Provincia di Pesaro Urbino

4.2.1 Il contesto socio-demografico ed economico

Le Marche sono una regione che, sotto la spinta delle dinamiche sociali ed economiche nazionali e internazionali, tende a perdere alcune sue tradizionali caratteristiche. Dopo aver conosciuto un lungo periodo di “sviluppo senza fratture”, in cui si abbinavano una velocità media dello sviluppo, ad opera principalmente di piccole imprese, ad un'alta qualità della vita, negli ultimi anni il territorio ha conosciuto un'accelerazione della crescita economica (caratterizzata da un impulso all'industrializzazione, dalla crescita del terziario e dalla difficoltà delle piccole imprese) e la comparsa di problemi di ordine sociale e demografico.

Dal punto di vista **socio-demografico**, anche nelle Marche si assiste ad un invecchiamento della popolazione, che determina una sempre meno sostenibile pressione sul sistema socio-sanitario e sulle famiglie, alle difficoltà ad uscire dalla situazione di disoccupazione, alla crescente presenza di immigrati che, nonostante siano fondamentali nel bilanciare gli squilibri demografici e nel rispondere all'offerta di lavoro di cui necessitano le imprese e le famiglie (per i bisogni di cura), sta alimentando nuove paure sociali.

Osservando con un maggiore dettaglio l'area studiata dalla ricerca, vediamo che l'ATS di Pesaro è il più grande nel contesto regionale, con 132.430 abitanti complessivi, mentre quello di Urbino comprende al suo interno una popolazione di 42.891 abitanti¹⁵. Entrambi gli ATS contano 9 comuni, per un totale di 18. L'ATS IV si estende nell'entroterra ed è costituito dai Comuni di Urbino (15.351 ab.), Urbania (6.789 ab.), Petriano (2.807 ab.), Fermignano (8.384 ab.), Peglio (730 ab.), Mercatello sul Metauro (1.482 ab.), Montecalvo in Foglia (2.655 ab.), Borgo Pace (658 ab.), S. Angelo in Vado (4.035). L'ATS I comprende un territorio maggiormente pianeggiante che, per una buona parte, si affaccia sul mare; esso comprende i Comuni di Pesaro (92.206 ab.), Sant'Angelo in Lizzola (8.062 ab.), Monteciccardo (1.554 ab.), Colbordolo (5.931 ab.), Gabicce Mare (5.704 ab.), Gradara (4.151 ab.), Mombaroccio (1.987 ab.), Montelabbate (6.110 ab.) e Tavullia (6.725 ab.). I dati demografici dell'ATS di Pesaro e di quello di Urbino (Tabelle 4.1 e 4.2) mostrano un progressivo ampliamento, oltre che della popolazione complessiva, della fascia di popolazione over 64 anni a fronte di uno più contenuto della fascia infantile. Significativa anche la crescita della popolazione immigrata, sebbene risulti più contenuta nell'Ambito di Urbino.

Nella Provincia di Pesaro e Urbino l'indice di vecchiaia si presenta inferiore alla media regionale ma decisamente superiore a quella nazionale; a tale caratteristica si aggiungono un tasso di occupazione femminile superiore alla media regionale ed a quella nazionale, un tasso di disoccupazione inferiore sia ai valori regionali che a quelli nazionali.

L'allungamento della speranza di vita, la bassissima fecondità e la “sindrome del ritardo”, determinata da giovani che allungano il loro percorso formativo e ritardano il loro ingresso in un mondo del lavoro regionale poco adatto ad assorbire personale qualificato, sembrano sollevare dei problemi rilevanti per il sistema di welfare locale. A ciò bisogna aggiungere la tendenza verso la fragilizzazione delle relazioni matrimoniali che compromette la possibilità di fare affidamento sulle reti primarie in caso di problemi economici ed esigenze di cura, e la crescita della partecipazione femminile al mercato del lavoro, con la conseguente diminuzione della disponibilità a seguire le tradizionali attività di cura e l'accresciuta esigenza di servizi sociali territoriali.

¹⁵

I dati sulla popolazione residente provengono da fonte ISTAT 2007.

Tabella 4.1. Distribuzione della popolazione ATS I - Pesaro - per fasce d'età e immigrati

Anno	2005	2006	2007
POPOLAZIONE TOTALE	129.809	131.138	132.433
% > 64 ANNI	26.199	26.799	27.242
% < 10 ANNI	11.852	12.083	12.405
% IMMIGRATI	6.631	7.395	8.198
Reddito pro capite per provincia (PU) - totale famiglie - 2005 - fonte Tagliacarne: 16.098,81			

Fonte: Osservatorio Regionale politiche sociali

Tabella 4.2. Distribuzione della popolazione ATS IV - Urbino - per fasce d'età e immigrati

Anno	2005	2006	2007
POPOLAZIONE TOTALE	42.431	42.767	42.881
% > 64 ANNI	8.906	8.964	9.009
% < 10 ANNI	3.825	3.908	3.980
% IMMIGRATI	3.620	3.958	4.170
reddito pro capite per provincia (PU) - totale famiglie - 2005 - fonte Tagliacarne: 16.098,81			

Fonte: Osservatorio Regionale politiche sociali

Un altro dato che caratterizza sia le Marche che la Provincia di PU riguarda la percentuale di immigrati sulla popolazione del 6,5% rispetto ad una media nazionale del 4,9% (Istat 2007). Il fenomeno migratorio si è spesso associato al rischio concreto della formazione di insediamenti urbani nelle periferie o in quartieri separati abitati esclusivamente da stranieri. Considerando poi l'alta incidenza di bambini nella popolazione immigrata, si può comprendere come ciò costituisca un fattore di destabilizzazione anche per i contesti scolastici¹⁶. La crescita progressiva dei tassi di

¹⁶ Nell'Ambito Territoriale Sociale I sono quattro i Comuni dove la percentuale dei minori stranieri supera il 25% del totale degli stranieri e si assesta sul 8,5% del totale dei minori. Dal momento che gran

immigrazione crea esigenze culturali e identitarie non facili da coniugare nella sfera religiosa, nell'educazione dei minori, nelle politiche urbanistiche e nel godimento dei diritti civili e sociali. Un esempio, citato da molti dei dirigenti pubblici intervistati, riguarda l'alto costo sostenuto dai Comuni nelle misure a favore dei minori stranieri non accompagnati, o delle famiglie immigrate con minori a carico in difficoltà d'inserimento socio-economico e abitativo.

Sotto il **profilo economico**, la provincia di Pesaro e Urbino produce il 22% della ricchezza delle Marche; lo 0,5 di quella nazionale. Con circa 123 imprese ogni 1.000 abitanti, si colloca all'undicesimo posto in Italia per diffusione imprenditoriale. La dimensione media delle aziende è di 3,8 unità, a conferma della forte presenza di strutture di piccole e medie aziende a conduzione di tipo familiare. Quella manifatturiera è la principale attività economica e rappresenta il 33,7 % del valore aggiunto provinciale. Punti di forza riguardano la produzione del legno e dell'arredamento¹⁷. Secondo i dati Istat 2005, nel territorio marchigiano troviamo un **terzo settore** vivace e ben radicato: vi operano infatti 191 cooperative sociali, che occupano circa 6250 lavoratori, in stragrande maggioranza soci, con un valore della produzione di 175 milioni di euro. La cooperazione sociale svolge un ruolo decisivo nel funzionamento del sistema locale dei servizi sociali, e non solo per l'attività di erogazione dei servizi in appalto dagli enti pubblici, ma per il loro supporto alla programmazione e progettazione degli interventi. Le Marche sono anche una delle regioni italiane con il maggior numero di organizzazioni di volontariato rispetto alla popolazione (5,3 organizzazioni ogni 10 mila abitanti, per un totale di 800 organizzazioni e 29000 volontari¹⁸) ma, come emergerà meglio in seguito, si tratta di una dimensione molto frammentata che esprime grande difficoltà a coordinarsi per poter svolgere un ruolo di rilievo nella governance delle politiche sociali.

Come mostrano recenti indagini (Diamant e Ceccarini, 2004), nelle Marche si respira un'aria di forte incertezza economica, legata soprattutto a fenomeni di delocalizzazione produttiva, che accentuano i rischi di perdita del lavoro per ampie fasce di occupati. La coesione tra economia, società e istituzioni locali, basata sulla forza dei legami sociali e su una diffusa fiducia, la vitalità imprenditoriale delle piccole aziende, la forza dei distretti industriali, l'accumulazione finanziaria sul territorio, un inesauribile serbatoio di manodopera, l'affermazione di alcune grandi aziende leader, tutti fattori che avevano favorito lo sviluppo del modello senza fratture, sembrano oggi non costituire più una base solida. La crisi dei legami sociali, le difficoltà nel ricambio generazionale degli imprenditori, i problemi di integrazione posti dai lavoratori immigrati che prendono il posto della manodopera autoctona, la competitività internazionale difficile da sostenere per le piccole imprese, modificano il contesto economico e richiederebbero nuove strategie di sviluppo capaci di coniugare delocalizzazione produttiva e localizzazione delle funzioni imprenditoriali e direzionali, di connettere imprese, sistema finanziario e sistema produttivo, sistema formativo e mercato del lavoro. Quanto alla disoccupazione si registra un tasso inferiore al livello nazionale, ma con la specificità della difficoltà dei laureati nel trovare lavoro, in particolare per le donne. Le occupazioni a tempo determinato e i lavori con contratti atipici stanno crescendo, anche se con un ritmo inferiore a quello nazionale (Vedi Tabella 4.3 e 4.4) Per quanto riguarda il lavoro sommerso si registra un livello più basso di quello medio registrato a livello nazionale, ma più alto rispetto a quello delle regioni del Nord.

parte dei minorenni stranieri ha un'età inferiore ai 14 anni, ciò contribuisce a creare delle tensioni nelle istituzioni scolastiche primarie.

¹⁷ Dati presi dal Profilo di Comunità dell'ATS di Pesaro

¹⁸ Istat 2003, Le organizzazioni di volontariato in Italia

Tabella 4.3- Indici di precarizzazione generale

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Pesaro e Urbino	0,59	0,60	0,63	0,63	0,66	0,69
Ancona	0,64	0,66	0,70	0,72	0,76	0,79
Macerata	0,55	0,56	0,62	0,60	0,64	0,64
Ascoli Piceno	0,68	0,72	0,70	0,71	0,75	0,74
Marche	0,62	0,65	0,67	0,67	0,72	0,71

Fonte: elab. Osservatorio ARMAL su dati dei Centri per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione -2005

Gli indici di precarizzazione sono calcolati come rapporto tra il numero delle assunzioni a tempo determinato e la somma delle assunzioni a tempo determinato e indeterminato

Tabella 4.4 - Assunzioni per tipologia di contratto nella Regione Marche

Tipo di contratto dei nuovi assunti	2003	2004
Prestazione occasionale	0,9%	4,8%
Co.co.co/co.co.pro.	0,3%	8,5%
Contratto di apprendistato	13,1%	13,2%
Contratto di formazione lavoro	0,6%	0,1%
Contratto interinale	5,4%	2,3%
Dipendenti a tempo determinato	48,4%	52,4%
Dipendenti a tempo indeterminato	31,0%	18,3%
Altri tipi di contratto	0,3%	0,4%

Fonte ARMAL (Agenzia Regionale Marche Lavoro), Monitoraggio SpI 2005

4.2.2 Il sistema regionale dei servizi sociali

Dal 2000, con l'approvazione del primo Piano Sociale Regionale "per un sistema integrato di interventi e servizi sociali", è iniziato un lavoro intenso che ha rifondato il sistema dei servizi sociali nella regione Marche. Innanzitutto la definizione e l'avvio degli Ambiti Territoriali Sociali, che ha permesso il coordinamento delle politiche e dei servizi sociali garantendo un adeguato bacino territoriale e la definizione e l'individuazione dei Coordinatori di Ambito, figure di sostegno allo sviluppo del benessere locale e di connessione tra i soggetti pubblici e privati, ha permesso di introdurre un elemento catalizzatore nel sistema integrato dei servizi (Regione Marche – Piano Sociale 2008-2010). Nel 2002 la Regione Marche, con delibera n. 592/2002, ha istituito **24 Ambiti Territoriali Sociali**. Ogni Ambito Territoriale provvede alla costituzione del **Comitato dei Sindaci** che, quale organo politico, è deputato a definire le modalità istituzionali e le forme organizzative gestionali più adatte all'organizzazione dell'Ambito Territoriale e della rete dei servizi sociali. Dopo aver individuato l'**Ente Locale capofila** si è provveduto a nominare il **Coordinatore di Ambito** e ad istituire l'**Ufficio di Piano** di cui fanno parte almeno i responsabili dei servizi sociali dei Comuni.

Successivamente la predisposizione, l'implementazione e la valutazione dei **Piani d'Ambito Territoriale Sociale**, quali strumenti privilegiati di programmazione partecipata degli interventi e dei servizi sociali, ha permesso di uscire da una logica d'improvvisazione ed estemporaneità, a partire dalla costruzione del "profilo di comunità" per la definizione degli obiettivi. La costruzione del Sistema Informativo, con l'attivazione dell'Osservatorio Regionale per le Politiche Sociali articolato sul territorio, ha favorito la conoscenza ed il progressivo monitoraggio della condizione della popolazione e la situazione dei servizi sociali. La progressiva implementazione del sistema regionale d'autorizzazione delle strutture sociali e socio-sanitarie a ciclo residenziale e semiresidenziale ha rappresentato un indispensabile strumento di organizzazione e qualificazione dei servizi cui è stato collegato il potenziamento del livello assistenziale.

Nel complesso, il modello di governance cui fa riferimento il legislatore regionale è quello partecipativo, tuttavia il percorso di innovazione per la piena realizzazione della L. 328/00 appare ancora incompleto e necessita di ulteriori sforzi per quanto riguarda:

- la gestione associata dei servizi e il superamento della dimensione comunale quale sede della programmazione;
- il processo di coinvolgimento effettivo del terzo settore nelle diverse fasi della coprogettazione dei servizi;
- una effettiva integrazione sociosanitaria, verso la quale la Regione sembra aver scelto un approccio ancora troppo cauto.

Delle risposte, per quanto ancora parziali, si trovano nelle strategie regionali delineate dal recente "*Piano Sociale 2008-2010 - Partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale in un processo di continuità, stabilizzazione e integrazione delle politiche di welfare.*", che prevedono di svilupparsi nelle seguenti direttrici principali:

- il benessere dei singoli cittadini attraverso il recupero della *strategia del "con-vivere"*. Strategia da perseguire stimolando la partecipazione nell'ottica di un recupero della prospettiva di "partnership" nei legami territoriali, avviando un processo di individuazione di livelli essenziali di servizi da garantire sui territori degli ambiti, costruendo un sistema tariffario regionale complessivo che garantisca l'equità dell'accesso e la garanzia di supporto alla salute per chi si trova in condizioni di fragilità.
- il potenziamento delle politiche familiari. La famiglia intesa come luogo privilegiato per le relazioni, interne ed esterne. In questa prospettiva va superata la logica che fa considerare le

famiglie solo come “problema”, dimenticando che la famiglia è anche e soprattutto risorsa. La centralità della famiglia, di ogni famiglia, significa: riferimento, sicurezza, sostegno, collegamento. Le politiche familiari non si esauriscono con le politiche sociali dedicate alla famiglia, ma devono essere oggetto di impegno per tutti i settori dell'amministrazione pubblica regionale e locale.

- strategie regionali e costruzione di *un sistema trasversale di welfare*. Il suo sviluppo deve avvenire in stretta connessione con gli atti di programmazione prodotti dai servizi regionali deputati allo sviluppo del sistema industriale e dai servizi competenti in materia di politiche attive del lavoro, politiche della formazione professionale e dell'istruzione scolastica, politiche giovanili, politiche per la casa e politiche di tutela ambientale, cooperazione internazionale. In particolare verrà portato avanti il progetto di “economia solidale”.
- l'introduzione di *prospettive di genere nelle politiche sociali*. Nel contesto socio-economico italiano, che si caratterizza per una marcata differenza di genere nella partecipazione al mercato del lavoro e nei compiti di cura, la dimensione neutra delle politiche rischia di ignorare gli effetti diversi che le politiche hanno sugli uomini e sulle donne. L'attenzione per l'impatto di genere delle politiche, gender mainstreaming, si pone il fine di promuovere l'integrazione delle pari opportunità di genere nell'ideazione, implementazione e valutazione di tutte le politiche. Si aggiungono anche delle strategie specifiche di intervento contro la “violenza di genere”.
- il *consolidamento degli assetti istituzionali e organizzativi* per la piena attuazione della riforma delle politiche sociali (L. 328/00) ed una *efficace programmazione territoriale condivisa*. Innanzitutto il rafforzamento istituzionale dell'Ambito Territoriale Sociale per quel che riguarda le funzioni del Comitato dei Sindaci. L'utilizzo poi dello strumento del “Coordinamento Provinciale di ambito delle Politiche Sociali”, quale “Area Vasta sociale”, appare il percorso più appropriato per costruire un “soggetto sociale” capace di dialogare a livello di Area Vasta con la sanità. Uno strumento basato sul Coordinamento provinciale politico (formato dai Presidenti dei Comitati dei Sindaci) e sul Coordinamento provinciale tecnico (formato dai coordinatori ATS). Inoltre un rafforzamento del ruolo e delle funzioni del Coordinatore di ambito finalizzate a rafforzarne le competenze in termini non solo legati alla programmazione e alla costruzione di reti, ma anche alla gestione degli atti. Infine un potenziamento dell'area socio-sanitaria in termini di integrazione e di offerta dei servizi territoriali rispetto alla componente ospedaliera.

La **spesa per i servizi sociali** nei Comuni della Regione Marche, come emerge dai dati della seconda Indagine ISTAT (Tabella 4.5) sulla spesa sociale degli enti locali, si assesta intorno ai 143 milioni di euro annui, con una spesa pro-capite di circa 94 €, che risulta molto al di sotto di quella del Nord e del Centro e di poco sotto la media nazionale di 98 €. Ciò che emerge da questo primo raffronto è una regione che se da una parte risulta sostanzialmente in linea con gli andamenti medi nazionali, dall'altra appare decisamente al di sotto delle regioni centro-settentrionali italiane.

Tuttavia i livelli di spesa nella regione non sono geograficamente omogenei (Genova, Palazzo, 2008): si evidenzia il **forte squilibrio territoriale** del sistema dei servizi sociali lungo l'asse nord sud della regione, caratterizzato da forti disomogeneità in termini di risorse finanziarie e dotazioni strutturali. In particolare, emerge lo svantaggio strutturale dell'area vasta di Ascoli e di una parte dell'area di Macerata, mentre il resto della regione presenta livelli di servizio prossimi a quelli delle regioni centro settentrionali, con situazioni di eccellenza in alcuni Ambiti Territoriali sia in termini di spesa pro-capite (gli ATS di Pesaro e Urbino sono rispettivamente terzo e primo nella graduatoria regionale della spesa pro-capite a livello d'ambito), sia in termini di dotazione strutturale.

Tabella 4.5 - Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regione e ripartizione geografica - Anno 2005

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Spesa		Spesa pro-capite
	Valori assoluti	Valori %	
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
Marche	143.428.240	2,5	94,1
ITALIA	5.741.354.961	100,0	98,0

Fonte: Istat 2005

L'allocazione della spesa presenta un certo disallineamento delle Marche dalle tendenze nazionali. In particolare, l'incidenza percentuale della voce "interventi e servizi" (46%) risulta superiore all'incidenza media nazionale (38%), mentre le quote di spesa finalizzate in "strutture" (36%) e "trasferimenti monetari" (18%) si collocano al di sotto dei valori medi (Genova, Palazzo, 2008)¹⁹. Si sottolinea dunque la minor propensione del sistema marchigiano al ricorso ai trasferimenti in denaro per rispondere ai bisogni dell'utenza, privilegiando la costruzione della rete di offerta (interventi-servizi-strutture) e un modello basato sulla presa in carico dell'utente.

Per quanto riguarda l'articolazione della **spesa per aree di utenza**, le Marche confermano le risultanze nazionali di forte concentrazione delle risorse su tre aree principali: Famiglia e minori, Anziani e Disabili, seppur con una minore intensità rispetto ai valori medi nazionali e ripartizionali. Passando all'analisi dei valori pro capite di spesa per aree d'utenza (calcolati sulla base delle popolazioni di riferimento) emergono due importanti differenze con il contesto nazionale:

- l'elevato valore pro-capite registrato nell'area Disabili (€3068,4), non solo nettamente superiore al valore nazionale (€1889,0) e circoscrizionale (€2169,3), ma anche tra i più alti fra le regioni a statuto ordinario, inferiore solo ai valori di Veneto (€3411,4), Piemonte (€3093,8) Emilia-Romagna (€3085,9);
- rispetto agli andamenti medi nazionali e ripartizionali il sottodimensionamento della spesa pro-capite per interventi nei settori Anziani e Minori, dove in entrambi i casi i valori risultano tra i più bassi fra le regioni centro-settentrionali a statuto ordinario, superiori solo all'Umbria (€66,2) e al Veneto (€64,9)²⁰.

La ridotta incidenza della spesa dedicata alle altre aree di utenza (disagio adulti, povertà, immigrati, dipendenze), cui sembrano destinate risorse marginali, non è una specificità del contesto marchigiano, ma un carattere comune all'intero sistema delle politiche sociali nazionali.

¹⁹ elaborazioni su dati ISTAT (2007) e SIS-Marche

²⁰ I dati sulla spesa sociale sono stati presi dall'indagine promossa dalla Regione Marche, svolta in collaborazione con il coordinamento degli atenei marchigiani e pubblicata nel volume *"Il welfare nelle Marche. Attori, strumenti, politiche"* a cura di A. Genova e F. Palazzo, Carocci, Roma, 2008.

4.3 Il sistema dei servizi sociali negli Ambiti di Pesaro e Urbino

4.3.1 Le dimensioni quantitative dei servizi sociali locali: la spesa sociale degli EELL

Come possiamo osservare dalla Tabella 4.6, i due ATS considerati dalla ricerca sono quelli che vantano la spesa sociale pro capite più alta di tutta la regione: 122 e 135 euro contro una media regionale di appena 93 euro.

Tabella 4.6 - Spesa sociale degli ATS delle Marche

ATS	Spesa totale	Spesa pro-capite
ATS 1 – Pesaro	15.813.188	122,4
ATS 2 - Alta Val Marecchia	1.387.998	78,1
ATS 3 - Catria e Nerone	1.741.955	87,0
ATS 4 – Urbino	5.729.106	135,5
ATS 5 – Montefeltro	2.058.142	102,6
ATS 6 – Fano	9.877.817	96,4
ATS 7 – Fossombrone	3.400.972	107,9
ATS 8 – Senigallia	7.622.259	98,5
ATS 9 – Jesi	10.008.840	95,6
ATS 10 – Fabriano	5.844.432	124,7
ATS 11 – Ancona	11.719.198	115,3
ATS 12 - Falconara Marittima	6.188.677	91,8
ATS 13 – Osimo	6.592.122	88,2
ATS 14 - Civitanova Marche	8.870.589	77,0
ATS 15 – Macerata	9.108.111	98,4
ATS 16 - Monti Azzurri	3.498.576	84,7
ATS 17 - Alte Valli Potenza	3.541.453	103,0
ATS 18 – Camerino	1.598.134	109,0
ATS 19 – Fermo	6.829.652	61,8
ATS20 - Porto Sant'Elpidio	3.041.118	64,0
ATS 21 - San Benedetto del Tronto	8.576.549	84,8
ATS 22 - Ascoli Piceno	1.909.970	80,6
ATS 23 – Spinetoli	1.649.725	55,7
ATS 24 – Amandola	328.096	21,1
AV Pesaro	40.009.178	110,1
AV Ancona	47.975.529	101,5
AV Macerata	26.616.863	89,3
AV Ascoli Piceno	26.335.110	69,7
MARCHE	140.936.680	93,2

Fonte: Osservatorio regionale politiche sociali

ATS Pesaro

I dati disponibili sulla spesa per i servizi sociali suddivisi per aree di intervento e fonte di finanziamento provengono da un'indagine integrativa della Regione Marche all'indagine ISTAT sulla spesa sociale dei Comuni. Dalla Tabella 4.7, relativa all'ATS I, sul fronte della spesa per interventi si evince un forte concentramento nell'area disabili, seguita a lunga distanza da quella degli anziani e da quella della famiglia e minori. Meno si spende per l'area immigrati e per quella povertà e disagio adulti e senza fissa dimora. Tuttavia il più grande investimento si ha nell'area non

specifica della multitutenza. La spesa comunale complessiva è di circa 5.181.000 €, mentre i contributi versati dagli utenti ammontano a 67.445 € e quelli del S.S.N. a 38.436 €.

Sul fronte della spesa per strutture a farla da padrone sono le spese sostenute dai Comuni nelle aree famiglia e minori con 4.413.121 €, addebitabili in gran parte agli asili nidi e ai centri per l'infanzia, in quella anziani con 2.567.234 €, relativi al mantenimento delle case di riposo e delle case protette, e nell'area disabili con 1.436.503 €, per il sostentamento delle comunità per disabili. Seguono a gran distanza le spese nelle aree povertà e disagio adulti, dipendenze e immigrati. Nel settore delle strutture si ha una significativa contribuzione degli utenti, particolarmente evidente nel caso degli anziani con 1.925.342 €, e nell'area famiglia e minori con 1.075.512 €. I maggiori contributi del S.S.N. arrivano per l'area degli anziani.

Tabella 4.7 - Spesa per i servizi sociali per aree di intervento e fonte di finanziamento, ATS Pesaro, migliaia di euro

Area di intervento prevalente	SPESA PER INTERVENTI			SPESA PER STRUTTURE			TRASFERIMENTI	
	Spesa totale comunale*	Contributi versati dagli utenti	Contributi del s.s.n.	Spesa totale comunale*	Contributi versati dagli utenti	Contributi del s.s.n.	Totale	% di rette pagate a strutture
Famiglia e Minori	580.682	39.311	-	4.413.121	1.075.512	-	785.162	381.076
Disabili	1.601.781	10.855	8.911	1.436.503	65.294	42	677.467	228.033
Dipendenze	34.66	-	-	141.57	-	-	15.274	-
Anziani	604.828	13.914	29.525	2.567.234	1.925.342	260.447	307.662	109.524
Immigrati e nomadi	271.152	-	-	111.148	600	-	420.144	278.418
Povertà - disagio adulti e senza fissa dimora	281.083	3.365	-	232.583	3.576	-	253.504	7.284
Altre tipologie di utenza	1.807.123	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	5.181.309	67.445	38.436	8.902.159	3.070.324	302.447	2.459.213	1.004.335

Fonte: Osservatorio Regionale politiche sociali

* al netto della contribuzione di utenza e SSN

Infine sul versante dei trasferimenti si registra un maggior equilibrio fra le aree, con una certa predominanza dei settori famiglia e minori con 785.162 € e disabili con 677.467 €. Seguono l'area immigrati con 420.144 €, quella anziani con 307.662 € e quella povertà e disagio adulti 253.504 €. Soltanto l'area dipendenze sembra non godere di significativi trasferimenti economici.

Nell'ATS di Pesaro la spesa per l'assistenza residenziale (Tabella 4.8) in strutture di titolarità comunale o intercomunale è di 484.784 € nell'area disabili e di 1.266.271 € nell'area anziani. Nelle altre strutture non a titolarità dell'ente comunale si registrano spese significative nell'area immigrati con 3.998.036 € e in quella anziani con 3.792.770 €. Seguono a una certa distanza le spese nelle

aree dipendenze con 1.796.213 €, quella famiglia e minori con 808.747 € e quella disabili con 674.664 €. Non risultano strutture dedicate a fronteggiare il problema del disagio adulto e della povertà.

Tabella 4.8 - La spesa per l'assistenza residenziale per aree di intervento totale entrate, ATS Pesaro, migliaia di euro

Area di intervento prevalente	Strutture di titolarità comunale (o di comuni associati)	Altre strutture		
		Totale entrate	di cui contributi dei comuni singoli o associati	
Famiglia e Minori	-	808.747	625.005	183.742
Disabili	484.784	674.664	86.614	588.050
Dipendenze	-	1.796.213	140.701	1.655.512
Anziani	1.266.271	3.792.770	27.290	3.765.480
Immigrati e nomadi	-	3.998.036	220.653	3.777.384
Povertà - disagio adulti e senza fissa dimora				
Altre tipologie di utenza (specificare)				
TOTALE	1.751.056	11.070.431	1.100.263	9.970.167

Fonte: Osservatorio Regionale politiche sociali

ATS Urbino

Per quanto riguarda la spesa per i servizi sociali per aree di intervento (vedi Tabella 4.9), come nel caso dell'ATS di Pesaro, la voce più consistente è quella della multiutenza con 1.169.157 €, seguita da quelle disabili con 437.687 €, famiglia e minori con 437.687 € e anziani con 196.995 €. Molto meno si spende per l'area immigrati e per quella povertà e disagio adulti e senza fissa dimora, e quasi niente nell'area dipendenze. La spesa comunale per interventi complessiva è di circa 2.222.101 €, mentre i contributi versati dagli utenti ammontano a 71.790 € (soprattutto nell'area anziani).

Sul fronte della spesa per strutture le aree che assorbono maggiori risorse dai Comuni sono quelle della famiglia e minori con 1.228.305 €, addebitabili in gran parte agli asili nidi e ai centri per l'infanzia, degli anziani con 706.315 €, relativi al mantenimento delle case di riposo e delle case protette, e dell'area disabili con 565.708 €, per il sostentamento delle comunità per disabili. Seguono a gran distanza le spese nelle aree povertà e disagio adulti, dipendenze e immigrati. Nel settore delle strutture si ha una significativa contribuzione degli utenti, pari a 2.261.416 €, che quasi pareggia la spesa comunale nello stesso settore.

Tabella 4.9 - Spesa per i servizi sociali per aree di intervento e fonte di finanziamento, ATS Urbino, migliaia di euro

Area di intervento prevalente*	SPESA PER INTERVENTI			SPESA PER STRUTTURE			TRASFERIMENTI	
	Spesa totale comunale*	Contributi versati dagli utenti	Contributi del s.s.n.	Spesa totale comunale*	Contributi versati dagli utenti	Contributi del s.s.n.	Totale	% di rette pagate a strutture
Famiglia e Minori	437.687	13.745	-	1.228.305	352.944	-	229.995	75.094
Disabili	437.687	12.600	-	565.708	47.812	-	269.511	66.403
Dipendenze	3.507	-	-	500	-	-	4.491	-
Anziani	196.995	45.265	-	706.315	1.856.005	-	38.421	1.945
Immigrati e nomadi	84.496	-	-	36.700	-	-	16.052	-
Povertà - disagio adulti e senza fissa dimora	98.138	180	-	1.995	4.655	-	36.023	11.489
Altre tipologie di utenza	1.169.157	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	2.222.101	71.790	-	2.539.523	2.261.416	-	594.493	154.931

Fonte: Osservatorio Regionale politiche sociali

Infine sul versante dei trasferimenti si registra un concentramento di spesa nel settore disabili con 269.511 € e di quello famiglia e minori con 229.995 €. Residuali trasferimenti sono stati realizzati

nell'area povertà e disagio adulti con 36.023 €, in quella anziani con 38.421 €, in quella immigrati con 16.052 € e in quella dipendenze con soli 4.491 €.

Come si può osservare nella Tabella 4.10, nell'ATS di Urbino la spesa per l'assistenza residenziale in strutture di titolarità comunale o intercomunale è di 786.258 € nell'area anziani. Nelle altre strutture non a titolarità dell'ente comunale si registrano le spese maggiori nell'area anziani con 3.043.096 €. L'altra area in cui operano strutture di assistenza non a titolarità comunale è quella degli immigrati con 358.726 €.

Tabella 4.10 - La spesa per l'assistenza residenziale per aree di intervento totale entrate, ATS Urbino, migliaia di euro

Area di intervento prevalente	Strutture di titolarità comunale (o di comuni associati)	Altre strutture		
		Totale entrate	di cui contributi dei comuni singoli o associati	
Famiglia e Minori	-	-	-	-
Disabili	-	-	-	-
Dipendenze	-	-	-	-
Anziani	786.258	3.043.096	65.159	2.977.938
Immigrati e nomadi	-	358.726	7.625	351.101
Povertà - disagio adulti e senza fissa dimora	-	-	-	-
Altre tipologie di utenza (specificare)	-	-	-	-
TOTALE	786.258	3.401.822	72.784	3.329.039

Fonte: Osservatorio Regionale politiche sociali

Se dalla spesa sociale nella dimensione complessiva dei due ATS passiamo a considerare quella realizzata dai singoli Comuni analizzati in questa ricerca (Tabella 4.11) vediamo una fortissima differenza per quel che riguarda la spesa complessiva e pro-capite, che vede da un lato i Comuni maggiori Pesaro, Urbino e Urbania spendere circa il doppio della media regionale (98 € circa), dall'altro i Comuni più piccoli spendere la metà circa della media regionale, assestandosi sui livelli medi del Sud d'Italia. Tuttavia gran parte di questa differenza di spesa dipende dalla presenza o meno sul territorio comunale di strutture residenziali o semi-residenziali come case di riposo, case protette, strutture per disabili o asili nido, che assorbono molte risorse finanziarie.

Tabella 4.11- Spesa sociale dei Comuni - Anno 2005. Valori in Euro

Spesa sociale/Comuni	Pesaro	Sant'Angelo in lizzola	Monte- ciccardo	Urbino	Urbania	Petriano
Funzioni nel settore sociale. Di cui:	16.538.008	1.002.077	61.337	2.817.520	1.582.992	134.331
Asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori	3.515.744	415.680	3.600	636.138	268.376	38.572
%	21,25%	41,48%	5,86%	22,57%	16,95%	28,71%
Strutture residenziali e di ricovero per anziani	4.038.581	0	0	977.106	632.277	0
%	24,41%	0%	0%	35,38%	39,94%	0%
Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona	6.311.939	531.708	52.737	1.003.519	600.853	82.510
%	38,16%	53,06%	85,97%	35,61%	37,95%	61,42%
Servizio necroscopico e cimiteriale	775.111	54.688	5.000	200.756	78.596	13.249
%	4,68%	5,45%	8,15%	7,12%	4,96%	9,86%
Spesa sociale pro-capite	179,84	127,08	40,06	183,27	233,30	47,99
Spesa sociale pro-capite *(senza servizio cimiteriale)	171,41	120,15	36,79	170,21	221,72	43,25

Fonte: *Certificati consuntivi del Ministero dell'Interno – Dipartimento per gli Affari Interni e Territoriali*

4.3.2 Le dimensioni quantitative dei servizi sociali locali: gli occupati nei servizi sociali

Infine, i dati che riguardano il numero di occupati complessivi nelle professioni sociali all'interno dei due Ambiti Territoriali Sociali di Pesaro e di Urbino. Tali dati a livello censuario sono ricavati dall'indagine ISTAT realizzata nel 2001. Alcune tendenze di fondo sembrano emergere chiaramente osservando le Tabelle 4.12-4.14. Innanzitutto una decisa “femminilizzazione delle professioni sociali” evidente nel numero di dipendenti femmine sia nelle istituzioni pubbliche, 355 nell'ATS di Pesaro e 148 nell'ATS di Urbino, sia nelle istituzioni non profit, 369 nell'ATS di Pesaro e 56 in quello di Urbino. Il numero dei dipendenti maschi è circa 1/3 di quello femminile, con 69 dipendenti nell'ATS di Pesaro e 95 in quello di Urbino per quel che riguarda le istituzioni pubbliche, e con 126 dipendenti nell'ATS di Pesaro e 11 in quello di Urbino per quel che riguardano le istituzioni non profit. In totale è residuale la presenza dei lavoratori Co.Co.Co, e degli interinali, mentre veramente significativa, come mostravano i precedenti dati sull'associazionismo di volontariato, è la presenza di operatori volontari tanto nelle istituzioni pubbliche quanto nelle istituzioni private. In totale, nei due Ambiti, operano 390 volontari nel settore pubblico e 1023 nel terzo settore. Le cifre particolarmente significative nell'Ambito di Pesaro, oltre ad indicare una maggiore ampiezza demografica rispetto all'Ambito di Urbino, confermano la particolare vivacità in questo contesto del mondo del terzo settore. Del tutto residuale è la presenza di imprese private for profit, se si esclude la presenza di 66 dipendenti nell'ATS di Urbino e di 12 unità indipendenti distribuite fra i due Ambiti.

Tabella 4.12 - Occupati nelle istituzioni pubbliche

ATS/ n° occupati	Dipendenti Maschi	Dipendenti Femmine	Indipendenti	Co.Co.Co	Interinali	Volontari
ATS	69	355	0	10	0	233
Pesaro						
ATS Urbino	95	148	0	14	3	157
Totale	164	493	0	24	3	390

Fonte: Istat 2001

Tabella 4.13 - Occupati nelle istituzioni nonprofit

ATS/ n° occupati	Dipendenti Maschi	Dipendenti Femmine	Indipendenti	Co.Co.Co	Interinali	Volontari
ATS	126	369	0	15	0	714
Pesaro						
ATS Urbino	11	56	0	15	15	309
Totale	137	425	0	30	15	1023

Fonte: Istat 2001

Tabella 4.14 - Occupati nelle imprese private

ATS/ n° occupati	Dipendenti Maschi	Dipendenti Femmine	Indipendenti	Co.Co.Co	Interinali	Volontari
ATS	0	0	4	0	0	0
Pesaro						
ATS Urbino	66	0	8	0	0	0
Totale	66	0	12	0	0	0

Fonte: Istat 2001

I dati del 2001 rischiano però di non tenere conto delle recenti evoluzioni del welfare: se numericamente essi sembrano essere confermati da nuovi dati, ancora provvisori al momento della stesura di questo rapporto, ma più completi ed aggiornati in quanto riferiti al 2005, vediamo che nella distribuzione dell'occupazione emergono nuove tendenze. I nuovi dati dicono che in 51 dei 67 Comuni appartenenti alla provincia di PU lavorano nel sociale 560 unità di personale²¹, cui si aggiungono altri 2070 lavoratori impiegati nelle cooperative sociali²², per un totale di circa 2630 lavoratori operanti nella provincia. Se operiamo una proporzione che metta in relazione la popolazione residente nei due ATS oggetto dell'indagine e quella residente in provincia, possiamo stimare che all'interno delle cooperative e dei Comuni del territorio considerato operano **circa 1250 lavoratori operanti nel sociale**.

²¹ Elaborazioni Osservatorio Regionale Politiche Sociali su "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati - Anno 2005" (Scheda di rilevazione regionale integrativa), realizzata da Sistema Informativo Statistico Regione Marche. Dati provvisori relativi a 56 comuni che hanno fornito i dati sulle figure professionali su un complesso di 67 Comuni della provincia di Pesaro Urbino

²² Elaborazioni Osservatorio Regionale Politiche Sociali su "Rilevazione delle cooperative sociali - Anno 2005" (Scheda di rilevazione regionale integrativa), realizzata da Sistema Informativo Statistico Regione Marche.

Da tali stime, quello che colpisce maggiormente è il rovesciamento del rapporto pubblico/privato relativo all'appartenenza dei lavoratori: tra il 2001 e il 2005 sembrano infatti non esserci state grandi modifiche sul numero degli occupati nel sociale, tuttavia se nel 2001 il 54% dei lavoratori sociali trovava collocazione nel pubblico, solo 4 anni più tardi tale percentuale appare decisamente sbilanciata in favore degli occupati nel settore non profit, che prevalgono con poco meno dell'80%. Tale risultato è tuttavia alleggerito se proporzionato alle unità di lavoro a tempo pieno: come vedremo dai dati delle interviste, infatti, i due terzi degli occupati nelle cooperative lavorano a tempo parziale, mentre nel pubblico prevale il tempo pieno.

4.3.3 Attori e ruoli dell'intervento sociale

I principali attori pubblici che operano nel contesto locale dei servizi sociali e socio-sanitari sono i Comuni, gli ATS, la Provincia di Pesaro e Urbino con la sua struttura dei servizi Sociali (tra cui l'Osservatorio delle politiche sociali) e con i CIOF (Centri per l'impiego, l'orientamento e la formazione), la Comunità Montana del Medio e Alto Metauro (il cui territorio coincide con l'ATS IV), i Distretti sanitari, i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), i Dipartimenti di Dipendenze Patologiche (DDP), i Distretti Scolastici, e ovviamente la Regione. Gli attori del privato nonprofit che operano nel contesto di riferimento sono principalmente le Cooperative sociali e le Organizzazioni di Volontariato, mentre rivestono un ruolo minore le Associazioni di promozione sociale, le Ipab e gli Istituti religiosi. Molto attivo il ruolo dei sindacati. Residuale è il ruolo ricoperto dal privato sociale, se si fa eccezione per il fenomeno, sempre più diffuso, delle assistenti familiari, le cosiddette badanti.

Gli Ambiti Territoriali Sociali

I due Ambiti Territoriali Sociali analizzati sono impegnati nella fase di programmazione e di coordinamento in tutte le fasce di utenza e operano in stretta collaborazione istituzionale con i Comuni, la Provincia (rete dei Centri per l'Impiego e la Formazione, Servizi Sociali, Servizi per i Giovani), con tutte le articolazioni della Sanità, ossia il Distretto Sanitario (che coincide territorialmente con l'ATS), il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (ex-Sert, DDP), la zona territoriale dell'ASUR (Ufficio di Zona), il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), il Dipartimento di Prevenzione, l'Azienda Ospedaliera San Salvatore (nel caso dell'ATS di Pesaro), con i Distretti scolastici, e con la Regione (Servizi Sociali, Sanità, Formazione e Lavoro, Ambiente).

L'operatività degli ATS è garantita da una regia tecnica collegiale (Ufficio di Piano) che ha il compito di fornire una lettura dei bisogni (aggiornamento del profilo di comunità), e di porsi all'ascolto dei cittadini (consultazione nei tavoli-gruppi/progetto, multidisciplinari e integrati). Attraverso i tavoli di co-progettazione, gli ATS mettono in rete risorse e bisogni individuati nei Comuni facenti parte dell'Ambito, nel tentativo di uscire da una politica di servizi sociali parcellizzata ai singoli territori comunali.

La governance delle politiche di welfare e la partnership tra attori pubblici e privati viene affidata ai protocolli d'intesa, alla consultazione, alla concertazione, alla co-progettazione e in alcuni casi, piuttosto rari, alla co-gestione, con le varie articolazioni dell'ASUR (Azienda Regionale Unica Sanitaria), le Scuole superiori e di base, le Cooperative Sociali, le Associazioni di Volontariato e di Promozione Sociale, la Regione, la Provincia e altri Ambiti sociali, i Sindacati e i Patronati, gli altri enti pubblici (INPS, Questura, Tribunale, Istituzione Penitenziaria).

La concertazione appartiene alla dimensione politica, ma in un territorio coeso come quello analizzato restano spazi di influenza anche per gli altri attori locali. La co-progettazione sembra una fase non ancora pienamente implementata dagli attori locali. In certi casi si è tentata la via della co-gestione dei servizi, anche se ad oggi risulta essere una strada piena d'insidie, in assenza di ulteriori determinazioni normative e legislative.

L'autonomia e la flessibilità con cui operano i Coordinatori degli ATS è legata anche all'unanimità di vedute o meno dei Sindaci che fanno parte del Collegio che è l'organo decisionale. Negli ATS in cui il Collegio dei Sindaci vede la presenza equilibrata fra i diversi schieramenti politici risultano esserci dei problemi che rendono più faticoso e meno produttivo il lavoro svolto al suo interno. Nondimeno nel settore sociale viene rilevata da parte dei Coordinatori una maggiore predisposizione da parte dei Sindaci o dei delegati comunali a lavorare di comune accordo per cercare le soluzioni migliori per fronteggiare i problemi sociali.

Le risorse finanziarie che gli ATS possono mobilitare corrispondono principalmente a quelle dei bilanci relativi a servizi sociali ed educativi dei Comuni dell'Ambito. Altre risorse disponibili sono:

- Risorse della Regione Marche per progetti specifici d'Ambito;
- Risorse della Regione Marche per organizzazione attività Coordinamento (50% Coordinatore e 100% staff);
- Risorse dell'ASUR (Zona e Distretto);
- Risorse delle Scuole d'Ambito;
- Risorse del terzo settore

L'**ATS I** appare organico rispetto all'attività del Comune di Pesaro (Ente capofila) che ne esprime il coordinatore tra i propri dipendenti ed è in grado di supportarne con efficacia l'azione progettuale e di coordinamento, praticamente in tutti i settori d'intervento. L'Ambito si pone al centro delle reti di attori pubblici e privati, riuscendo ad avere un ruolo propositivo sia nello stimolo della partecipazione, sia nel coordinamento efficiente dei servizi.

Tra le **eccellenze** realizzate in questo Ambito: una rete di 92 sportelli informativi, di cui fanno parte i patronati, i sindacati dei lavoratori, le confederazioni artigianali, commerciali e agricole, il centro servizi per il volontariato, l'ASUR, l'INPS, l'INAIL, la cooperativa sociale "Labirinto", i Centri per l'impiego e la formazione, gli uffici comunali e provinciali. Questi sportelli costituiscono la rete degli Uffici di Promozione Sociale, ovvero il punto di accesso unificato per gli interventi e i servizi sociali e di integrazione socio – sanitaria. L'ATS di Pesaro si caratterizza inoltre per un ottimo livello di servizi riguardanti i settori Anziani (eccellenza nazionale per i non autosufficienti), Famiglia, Servizi di affidamento per minori, Handicap. Rispetto ai giovani, l'ATS I ha sviluppato, di concerto con la Provincia di PU, una linea di progettazione autonoma e innovativa, pensata per stimolarne l'aggregazione ed il coinvolgimento.

Un altro soggetto pubblico che opera nel territorio dell'ATS I, è l'**Unione intercomunale del Pian del Bruscolo**. Questa istituzione intercomunale è competente per alcuni aspetti nel campo dei servizi sociali e, in particolare, nella gestione delle scuole materne e delle mense scolastiche, nella progettazione, costruzione e gestione di strutture ed attrezzature sociali, e nell'attuazione delle politiche sociali di ambito. Ma è principalmente il servizio di Nido d'infanzia che viene erogato dall'Unione Pian del Bruscolo per i Comuni aderenti. Il tutto si realizza nell'ottica della razionalizzazione delle risorse disponibili nel campo dei servizi sociali, alla ricerca di economie di scala e di maggiore efficienza gestionale.

“Il Comune di Pesaro, nettamente il più grande dell'ATS, viene percepito dagli altri Comuni minori come una risorsa più che un pericolo di accentramento. Si è sviluppato un senso di solidarietà istituzionale fra gli attori pubblici che operano nel contesto territoriale. Poi ci sono molti tavoli di consultazione e programmazione che vedono coinvolti direttamente i Comuni con i loro Dirigenti di settore, gli operatori sociali, spesso gli stessi sindaci” (INTPU7).

Nel caso dell'**ATS IV**, il ruolo di programmazione e coordinamento si restringe alle aree famiglia e minori, dipendenze (insieme al DDP di Urbino nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria), immigrati e giovani. Ancora più ristretta è la capacità di azione nell'acquisto di beni e servizi, e nel finanziamento di progetti e interventi. Si evidenzia inoltre l'impossibilità, per carenza di risorse e di personale, ad operare in modo esaustivo nel campo del monitoraggio e della valutazione, e di

attivare iniziative per la comunicazione esterna. La gran parte dei servizi forniti dall'ATS IV sono gestiti in forma associata con i Comuni facenti parte dell'Ambito e sono gratuiti per l'utente. Gli interventi per i giovani sono cogestiti insieme alla Provincia.

Tra le **problematiche** aperte, all'interno dell'ATS IV si ravvisa la difficoltà nel promuovere la partecipazione dell'utenza e della cittadinanza, dovuta da un lato alla debolezza del settore associazionistico, dall'altro ad un cambio di Coordinatore che ha rallentato i processi per diverso tempo. Inoltre il Coordinatore dell'Ambito IV lamenta un livello differente di servizi e interventi esistenti fra i Comuni appartenenti allo stesso Ambito. Al momento non sono ancora previsti fondi di solidarietà all'interno degli ATS per riequilibrare le differenze intercomunali, tuttavia si sta assistendo ad una crescente solidarietà fra Comuni, come avviene ad esempio nel caso della definizione di graduatorie intercomunali per accedere alle risorse economiche disponibili.

Uno dei **punti di forza** dell'ATS di Urbino è quello degli innovativi servizi di sostegno alle funzioni genitoriali ed educative familiari, come testimoniato dall'ottenimento del Premio "Amico della famiglia" del Ministero del Welfare; del servizio per affido e adozioni minori e del servizio di inserimento lavorativo.

Come vedremo nel paragrafo sugli aspetti qualitativi che emergono dalle interviste, oltre alla cronica carenza di mezzi, i coordinatori dei due ATS analizzati sono concordi nell'esprimere disagio per la mancanza di una veste giuridica per l'Ambito la quale, unita all'assenza di fondi specifici, sono ostacoli seri per il ruolo di raccordo e perequazione intercomunale.

Al territorio dell'ATS IV si sovrappone quello della **Comunità Montana dell'Alto e Medio Metauro**, che svolge pure un ruolo nella governance delle politiche sociali. Essa partecipa ad una serie di progetti socio-assistenziali ed educativi, occupandosi della gestione di un centro socio educativo per soggetti portatori di handicap e di altri servizi inerenti. Attraverso progetti specifici e in collaborazione con gli altri comuni dell'ATS si occupa inoltre di disagio giovanile e prevenzione contro le droghe, disagio psichico. Per mezzo di un proprio operatore (collaboratore esterno) e tramite il supporto economico a due operatori della Caritas, si occupa anche del sostegno dei diritti degli immigrati

I Comuni

I 18 Comuni appartenenti ai 2 ATS analizzati si sono trovati, dopo l'approvazione della legge quadro 328/00, ad assumere maggiori responsabilità e a dover sviluppare maggiori capacità di confronto reciproco, in alcuni casi addirittura rinunciando a parte della propria autonomia decisionale. La gamma di servizi offerti alla cittadinanza dai Comuni della Provincia di Pesaro e Urbino è variegata e tesa a coprire tutte le fasce di utenza, sebbene con peculiarità locali e differenze non irrilevanti tra Comuni di dimensioni grandi (Pesaro) e medie (Urbino, Urbania, Sant'Angelo in Lizzola), da un lato, e piccoli Comuni (Petriano e Monteciccardo), dall'altro lato. Nei due Comuni più piccoli presi in esame, Monteciccardo e Petriano, la gamma di servizi sociali è rivolta a tutte le fasce di utenza, ma con i limiti dovuti alla scarsità di personale e risorse.

Il **punto di forza** maggiore dei sistemi municipali, soprattutto di quelli di medio-piccole dimensioni, è dato dalla capacità di essere vicini all'utenza, di avere una prossimità territoriale che consente di conoscere i bisogni e le risorse espressi dalla realtà territoriale. Nel caso di una grande città come Pesaro, a differenza di piccoli contesti comunali dove è più facile conoscere nel dettaglio i bisogni della popolazione, si pone invece l'esigenza di intercettare le situazioni di disagio. Un altro punto di forza del sistema comunale dei servizi sociali è quello dell'organizzazione professionale dei servizi sociali.

Passiamo ad osservare quali sono i servizi che maggiormente qualificano i diversi sistemi comunali dei servizi sociali. Una peculiarità che qualifica il sistema locale di welfare del Comune di Urbino è rappresentata da un'ampia offerta di posti negli asili nido, dove il personale è dipendente del Comune, che riesce a rispondere al 95% delle domande di accesso al servizio a fronte di una media nazionale del 50% circa.

“Il sistema dei servizi sociali ad Urbino è di ottima qualità sia sotto il profilo quantitativo che sotto quello qualitativo. Nel sociale si investe molto.... Gravi debolezze non ce ne sono, se si fa eccezione per la partecipazione del Terzo settore (cooperative e volontariato) che è un po' carente, forse anche perché non è stato sostenuto a sufficienza dalle istituzioni pubbliche. Nella realtà urbinata il privato for profit, eccezion fatta per le assistenti familiari, è ridotta ai minimi termini. Il livello dei servizi che mette a disposizione dei suoi cittadini il Comune di Urbino è più alto rispetto a quanto possono i comuni più piccoli dello stesso ATS” (INTPU4).

Per quanto riguarda il Comune di Urbania si segnala invece una grande attenzione degli interventi a favore della fascia di popolazione anziana e dei disabili, e la capacità di offrire molti servizi nonostante non sia una città demograficamente grande. Nel caso di Urbania si evidenzia le difficoltà ad operare in un quadro di costante equilibrismo, dovuto

“al rischio che sbilanciando i servizi su un fronte restino scoperte altre aree di intervento. La scuola, ad esempio chiede sempre più collaborazione per gestire situazioni problematiche, specialmente in relazione ai bambini immigrati che mostrano difficoltà d'integrazione, cui si fa fatica a rispondere adeguatamente” (INTPU5).

Oltre la già citata differenza di spesa sociale tra piccoli e grandi comuni, un altro punto di debolezza è il non riuscire a fronteggiare adeguatamente l'emergere delle nuove criticità, soprattutto per la carenza di risorse economiche ed umane a disposizione. Diverse amministrazioni locali esprimono il timore che il modello di welfare locale, attualmente assestato su livelli di buona qualità, non regga all'urto delle nuove problematiche emergenti.

Inoltre i Dirigenti dei servizi sociali di alcuni dei Comuni più piccoli lamentano il fatto che il coordinamento tra gli attori istituzionali previsto dalla legge sia molto formale e poco sostanziale:

“La collaborazione c'è più tra colleghi che fanno operativamente assistenza sociale che non tra i Comuni e gli enti sovra-livello. Da qualche anno si stanno spendendo molte energie nell'incrementare la funzionalità e l'efficacia della rete dei servizi e del coordinamento, ed i primi risultati positivi sono legati più all'impegno degli operatori che non alle procedure ed agli incontri istituzionalizzati” (INTPU3).

Negli operatori sociali di questi Comuni prevale inoltre la percezione che gli enti sovra-livello siano esclusivamente impegnati nella fase di progettazione e trascurino invece l'erogazione dei servizi. I Dirigenti dei Comuni più piccoli si dicono contrari all'ipotesi di cogestione dei servizi sociali, non per ragioni campanilistiche, ma perché temono che così le risorse si disperdano. Si ritiene che per lavorare in maniera associata fra Comuni limitrofi siano possibili altre strade che non quella che porta ad una gestione a livello di ATS, come ad esempio la possibilità di stabilire convenzioni intercomunali per alcuni tipi di servizi.

La Provincia

Il Piano Sociale Regionale e la L. 328/2000 prevedono che le Province concorrano alla programmazione sociale a livello locale soprattutto nella lettura del territorio e nella rilevazione dei bisogni sociali. Le quattro province marchigiane si sono dotate, nell'ambito dell'Osservatorio Regionale per le Politiche Sociali, di Osservatori provinciali per la rilevazione dei bisogni e dei servizi sulla base di indicazioni regionali e di un “Coordinamento provinciale delle Politiche Sociali”.

“La debolezza della Provincia nel sistema locale dei servizi sociali va individuata nella pochezza delle competenze nel settore. I compiti previsti dalla L. 328 come propri dell'ente provinciale sono la progettazione, il coordinamento e il monitoraggio. L'obiettivo della Provincia è quello di rendere

omogeneo il suo territorio nella presenza di servizi, avvicinare la qualità degli interventi fra la costa più popolosa e l'entroterra collinare, con i suoi piccoli Comuni. Rispetto alla scarsità delle risorse disponibili, la Provincia spinge al coordinamento dei vari soggetti istituzionali, per riuscire a realizzare economie di scala. È quello che succede, ad esempio, con il progetto di prevenzione contro le droghe, che ha unificato in un'unica attività che interessa tutto il territorio provinciale quello che prima era costituito da piccoli interventi locali". (INTPU9)

Il ruolo che svolge la Provincia di Pesaro e Urbino nel sistema locale di welfare, oltre all'istituzionale compito di coordinamento e monitoraggio, si è caratterizzato per una certa differenziazione dell'offerta di servizi che non vanno a sovrapporsi a quelli comunali, ma cercano di operare in modo innovativo in specifiche aree d'utenza, come l'area delle politiche giovanili.

In questa area di intervento, la Provincia è impegnata dalla fase di progettazione a quella di erogazione di contributi e servizi, e di finanziamento di progetti attraverso un proprio sportello informativo e un servizio di mobilità giovanile europea, avvalendosi anche di un'associazione. In Provincia di PU le politiche giovanili hanno attecchito maggiormente negli ATS di Pesaro e di Urbino, forse proprio anche alla presenza degli uffici nel territorio e si registra un continuo aumento dell'utenza giovanile, pur con la problematica eccezione dei giovani immigrati.

"Ritenendo che nessun Comune preso singolarmente si potesse permettere un servizio di questo tipo, si è deciso di avviare un progetto sovra-comunale. La Provincia si è quindi fatta carico dell'area delle politiche giovanili per tutti i Comuni del territorio. Il servizio di Mobilità europea è strettamente legato al servizio dell'Informa-giovani dei Comuni" (INTPU10).

Proprio sulle politiche giovanili la Provincia di PU si fa motore di coordinamento tra gli attori, con l'istituzione di un Tavolo di lavoro tra Comuni, Province e Regioni per confrontarsi sulle politiche ai fini di una buona programmazione. Un altro compito specifico di cui è competente la Provincia di PU è quello della progettazione del Servizio Civile.

Per quanto riguarda le politiche sociali in senso stretto, la Provincia di Pesaro-Urbino, come ci spiega il Coordinatore dell'Area Dipendenze e Salute Mentale, è attiva nelle seguenti aree:

- programma e progetta nelle aree disabili, dipendenze, immigrati e salute mentale;
- eroga contributi per i disabili e per il disagio mentale;
- partecipa al coordinamento degli interventi in tutte le fasce di utenza;
- eroga servizi nelle aree immigrati e salute mentale;
- svolge attività di valutazione monitoraggio dei servizi sociali per tutte le fasce di utenza;
- si attiva per la comunicazione esterna nelle aree disabili, dipendenze e salute mentale.

Per quanto riguarda le dipendenze l'ente provinciale si occupa principalmente di prevenzione, soprattutto operando nelle scuole. È stato attivato inoltre un call center per gli immigrati. Per i disabili si fa attività di intermediazione abitativa, di integrazione sociale, di sostegno educativo-assistenziale e all'inserimento lavorativo. Nell'area dipendenze si opera nell'integrazione sociale e negli interventi assistenziali e di sostegno all'inserimento lavorativo. L'aumento continuo dell'utenza, in particolare di ragazze madri con figli illegittimi non riconosciuti, di persone affette da sordità e da cecità, ed altri soggetti deboli, costituisce un elemento di criticità insieme alla difficoltà a strutturare relazioni durature con gli utenti disagiati.

Con la riforma dei servizi per l'impiego si è passati dal vecchio collocamento, inteso come semplice adempimento burocratico, ad una serie di servizi e politiche attive per il lavoro che pongono al centro l'utente e le sue necessità di formazione, orientamento e occupazione. La Provincia di Pesaro e Urbino ha quindi realizzato una [rete di servizi](#), la rete JOB, avente come fulcro i tre Centri per l'Impiego di Pesaro, Fano ed Urbino e diramata sull'intero territorio attraverso sette Punti InformaLavoro dislocati nelle aree interne, operanti in collaborazione con Comuni e Comunità montane.

L'impegno crescente che la Provincia ha assunto sul versante sociale è certificato anche dall'andamento della spesa nel settore che, se si esclude il 2004 che peraltro vide il dimezzamento

del fondo nazionale delle politiche sociali, si è andata rafforzando negli anni soprattutto nei trasferimenti economici e in misura più ridotta nell'erogazione di servizi (Tabella 4.15).

Tabella 4.15 - Evoluzione della Spesa Sociale dell'Ente Provincia di Pesaro e Urbino

Funzioni nel settore sociale/Anno	Personale	Acquisto di beni di consumo e di materie prime	Prestazioni di servizi	Trasferimenti	Imposte e tasse	Oneri straordinari della gestione corrente	Totale
2000	83.255,43	5.561,21	81.833,63	362.134,41	6.212,46	0	538.997,14
2002	72.004,00	7.590,00	249.995,00	662.228,00	9.432,00	55.596,00	1.056.845,00
2004	90.894,00	586,00	208.191,00	544.237,00	14.718,00	0	858.627,00
2006	85.552,00	6.644,00	305.418,00	991.662,00	9.918,00	0	1.399.194,00

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per gli Affari Interni e Territoriali

Distretti, ASUR e integrazione socio-sanitaria

L'elaborazione del Piano sanitario regionale 2003-2006 "Un'alleanza per la salute" e l'approvazione della Legge Regionale 13/03 di riordino del sistema sanitario hanno apportato alcuni elementi di grande significato per un salto di qualità sul versante dell'integrazione socio-sanitaria. La coincidenza tra Ambiti Territoriali Sociali e Distretti Sanitari ha portato a ridurre il numero dei Distretti da 36 a 24. All'interno dell'ASUR è stato individuato il Responsabile dei servizi di integrazione socio-sanitaria e si è riconosciuto nell'Ambito/Distretto il luogo preposto alla realizzazione dei processi di integrazione socio-sanitaria attraverso il Piano di Ambito e il Programma Attuativo di Distretto. Inoltre le linee guida dei PAD e dei Piani d'Ambito sono realizzate in maniera congiunta tra i Servizi regionali Politiche Sociali e Salute, l'Agenzia Regionale Sanitaria e l'ASUR. Esistono già importanti progetti integrati a livello regionale e territoriale: i "Servizi di Sollievo", per sostenere le famiglie con familiari soggetti a patologie psichiatriche lievi, e il progetto "Autismo Marche" che ha avviato importanti esperienze di contrasto alla malattia e di sostegno ai familiari.

Il Piano Sociale Regionale e il Piano Sanitario Regionale sono stati costruiti in stretto collegamento tra loro, al punto da contenere una parte comune riguardante l'integrazione sociale e sanitaria centrata sulla "rete socio-sanitaria".

Il modello marchigiano di integrazione sociale e sanitaria viene confermato, consolidato e innovato coniugando in maniera armoniosa e organica l'opzione della Regione di mantenere la competenza sociale ai Comuni, promuovendo la programmazione e la gestione dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale e la competenza sanitaria al sistema ASUR/Zone/Distretti. L'integrazione socio-sanitaria, sul territorio, non viene delegata a figure specializzate e dedicate, ma affidata alla responsabilità comune degli operatori e dei professionisti sanitari e degli operatori e dei professionisti sociali. Si avuta la conferma dei "luoghi" privilegiati dell'integrazione sociale e sanitaria identificati nel Distretto sanitario e nell'Ambito territoriale sociale con ruoli e identità rafforzati:

"Si sono create delle sinergie significative fra i Comuni e la sanità in anticipo rispetto alle normative nazionali e regionali. Le norme introdotte in seguito hanno, per certi versi, creato più vincoli che opportunità. Le norme tendono a separare ambiti operativi che sono intrecciati." (INTPU11).

Per la *programmazione integrata sociale e sanitaria* l'impegno dell'ultimo Piano è quello di arrivare alla predisposizione di un unico strumento di programmazione sociale e sanitaria a livello regionale, e di armonizzare gli strumenti di programmazione territoriale sociale (Piani di Ambito) e

sanitaria (Programmi Attività di Distretto). Molti di questi problemi cui si tenta di dare una risposta efficace con i nuovi Piani sociale e sanitario emergono nel corso delle interviste ai dirigenti dei Distretti e dei Dipartimenti sanitari.

L'attività del Distretto sanitario è rivolta a tutte le fasce di utenza e si dispiega nelle varie fasi della programmazione, progettazione, valutazione, monitoraggio e comunicazione esterna. Sono forniti servizi di sostegno socio-educativo e di inserimento lavorativo, assistenza domiciliare. Per i disabili, per gli adulti in condizioni di disagio e per le dipendenze patologiche sono presenti nel territorio una serie di strutture residenziali e semi-residenziali. Un esempio concreto di integrazione socio-sanitaria funzionale si ha nell'area degli anziani con le case di riposo, la cui gestione è in carico ai Comuni, mentre la responsabilità sanitaria è affidata tramite convenzione all'ASUR.

Nel protocollo d'intesa istituito dall'Ambito Territoriale Sociale di Pesaro è prevista, come abbiamo visto, la realizzazione della rete degli sportelli informativi. Il dirigente del Distretto, tuttavia, ritiene che

“questa struttura informativa sia soltanto un'operazione di facciata, in quanto i diversi sportelli non sono in grado di dare una risposta uniforme ad ogni problematica che si presenta”. (INTPU11)

Uno dei problemi più gravi che affligge l'area sanitaria e mette sotto pressione il sistema è legato alla difficoltà nel gestire un'utenza in continuo aumento, fenomeno imputato in gran parte alle situazioni di disagio sociale che seguono le problematiche familiari e alla diffusione di una percezione di insicurezza generalizzata.

Con la L.R 747/2005 sono stati costituiti i **Dipartimenti Dipendenze Patologiche** che coincidono in alcuni casi con gli ex-Sert (Servizio per le Tossicodipendenze), e sono una delle sperimentazioni più riuscite nel conciliare logiche sanitarie e sociali. Relativamente al settore dell dipendenze, sia il DDP di Pesaro che quello di Urbino seguono le fasi dalla progettazione, all'erogazione di servizi e monitoraggio, con tutte le fasce di utenza (minori, adulti, anziani, immigrati). I DDP offrono dei servizi di integrazione sociale e di sostegno all'inserimento lavorativo che accompagnano i soggetti in carico nei servizi di assistenza domiciliare, gestendo inoltre in forma diretta delle strutture semi-residenziali.

Il nonprofit nel sistema locale di welfare

Secondo i dati Istat riferiti al 2005, con una densità di 14,5 cooperative sociali ogni 100.000 abitanti la provincia di PU si presenta superiore ai valori sia regionali che nazionali, entrambi vicini a 12,5. Qui infatti hanno sede 53 cooperative sociali (28 di tipo A, 24 di tipo B e due Consorzi), che impiegano 2.232 lavoratori²³ (di cui il 73% donne), con un valore della produzione di 43 milioni di euro. I dati riferiti alle dimensioni economiche ed occupazionali interne delle cooperative, mettono in luce una frequenza relativamente maggiore di istituzioni di medie e grandi dimensioni (superiori ai 20 dipendenti), cui si accompagna la presenza di due istituzioni maggiori (COOS Marche e Labirinto che occupano rispettivamente 1731 e 552 unità di personale, e un valore aggiunto globale netto di circa 30 e 9 milioni di euro). Queste due grandi cooperative sono anche il risultato del forte processo di fusione degli ultimi anni, come risposta a una crisi che, nel biennio 2003-2005, nelle Marche ha ridotto il numero di occupati nella cooperazione sociale di circa 1700 unità (Istat 2003 e 2005).

Attualmente nel territorio compreso dai due ATS analizzati opera un buon numero di istituzioni nonprofit, per quanto con forti differenze sia quantitative che qualitative tra l'area costiera di Pesaro, e quella interna di Urbino. Come possiamo vedere nella Tabella 4.16, nell'ATS I hanno

²³ L'Istat riporta i lavoratori delle cooperative aventi sede nella Provincia di PU, compresi quelli che lavorano fuori dal territorio provinciale, ma senza computare quelli che lavorano nello stesso territorio alle dipendenze di cooperative aventi sede in altri territori.

sede legale 36 cooperative sociali, 20 di tipo A, 14 del tipo B e 2 consorzi, contro le 8 istituzioni dell'ATS IV, rispettivamente 2 di tipo A e 6 di tipo B.

Tabella 4.16 – La presenza delle organizzazioni nonprofit

Ente	Coop. sociali	%	Organiz. di volontari	%	Ass. di promozione sociale	%	Ipab	%	Enti religiosi	%
ATS Pesaro	36	11,5	117	8,6	5	8,0	0	0	5	2,6
ATS Urbino	8	2,5	38	3,0	1	1,5	3	3,7	7	3,1
Provincia PU	80	26	347	25,6	11	17,0	11	13,7	32	16,5
Regione Marche	309	100	1354	100	65	100	80	100	193	100

Fonte: nostre elaborazioni su dati dell'Osservatorio Regionale sulle politiche sociali

Quanto al ruolo nella governance locale dei servizi sociali, la cooperazione sociale è attore importante non solo sul fronte dell'erogazione dei servizi, ma anche rispetto alla capacità di lettura del territorio, di programmazione e innovazione dei servizi. Per via di tali valenze e per lo storico radicamento territoriale della cooperazione sociale nel territorio marchigiano, essa è percepita dalle istituzioni pubbliche come vicina e affidabile, pertanto, coinvolta in dinamiche responsabilizzanti rispetto ai bisogni e alle esigenze della comunità. Questo è tanto più vero in un quadro in cui cominciano ad affacciarsi imprese multinazionali dei servizi, associate con preoccupazione allo scadimento dei servizi dovuto ad una logica fondata sul profitto e slegata dal contesto territoriale.

Anche per le organizzazioni di volontariato si riscontra un deciso sbilanciamento a favore della costa: sono 55 quelle impegnate in ambito socio-assistenziale nell'ATS I, contro le 12 dell'ATS IV (dati dell'Osservatorio Regionale sulle politiche sociali). In entrambi gli Ambiti, tuttavia, il mondo del volontariato appare tanto variegato quanto frammentario con la difficoltà di coordinarsi al proprio interno ed a svolgere un ruolo di rilievo nella governance delle politiche sociali. Si registra, inoltre, la presenza dell'associazionismo di promozione sociale, che però è ancora poco coinvolto nella programmazione e gestione delle politiche sociali. Residuale è infine il ruolo svolto dalle Ipab e dagli Istituti religiosi, così come quello del privato for profit.

Il sindacato

Un discorso a parte rispetto al non profit merita il sindacato, in questo territorio attore molto presente nel sistema locale di welfare: non solo rispetto all'erogazione di alcuni servizi (diretta, coi propri sportelli nella rete degli UPS, o indiretta, attraverso associazioni da esso promosse, come Auser, Anolf, etc), ma anche rispetto ad un'azione incisiva all'interno dell'Ambito nella programmazione in diverse aree d'intervento (Famiglia e minori, Anziani, Disabili e Immigrati).

Il sindacato riveste un ruolo importante nella definizione dei livelli minimi qualitativi sia rispetto al lavoro che rispetto ai servizi sociali, come emerge dal passaggio seguente:

“Il sindacato è impegnato sia nei confronti delle cooperative sociali, una cui parte tende a rispondere alla crisi utilizzando impropriamente strumenti creati per altri scopi (come il proliferare di soci lavoratori fittizi per risparmiare sul costo del lavoro), sia nei confronti delle pubbliche amministrazioni, che vengono sollecitate a rifiutare la logica del massimo ribasso. Il concetto è agire sulla qualità dei servizi per valorizzare e stabilizzare il lavoro, visto che così facendo si riesce anche a fare sistema e tenere lontano le grandi cooperative esterne al territorio.” INTPU-I

Esso è impegnato anche nel cercare di “fare sistema”, sia stimolando le istituzioni (come la Provincia) a realizzare momenti di coordinamento e luoghi di partecipazione tra i diversi attori della

rete che, in prospettiva, possano portare a forme di gestione associata; sia adottando strumenti come l'ISEE, in grado di armonizzare e rendere più eque le tariffe di accesso ai servizi sociali da parte della cittadinanza.

Il sindacato svolge infine attività di *advocacy*:

“dando voce a nuovi bisogni emergenti in settori non tradizionali e che richiedono politiche innovative: dalle badanti, ai servizi educativi, alle politiche di conciliazione tra vita e lavoro” INTPU-H.

4.3.4 Le attività delle istituzioni nel sistema dei servizi sociali

Il quadro istituzionale ricostruito attraverso le interviste ha evidenziato quali attori principali dell'**attività programmatica** dei Servizi Sociali i Comuni, che ne condividono l'esercizio con la Provincia, i Distretti Sanitari e le ASUR, nell'ambito degli spazi preposti all'interno dell'ATS.

La Provincia, esercita un ruolo di *facilitazione e raccordo* tra i diversi attori del territorio grazie anche all'Osservatorio provinciale per le politiche sociali. Tale ruolo, però, viene percepito rilevante dagli altri attori solo in determinati settori di intervento, come dipendenze, immigrazione, povertà e politiche per i giovani, cioè i settori nei quali la Provincia opera direttamente.

Non risulta ancora pienamente delineato il ruolo delle ASUR nel processo programmatico e, per quanto lo sforzo istituzionale sia notevole, resta incompiuto il processo d'integrazione sociosanitaria. La percezione degli operatori è che l'integrazione avvenga tra singoli operatori dei diversi enti, piuttosto che ad un livello istituzionale.

Quanto al settore nonprofit, solo i sindacati e le cooperative sociali di notevoli dimensioni (del tipo A) hanno le risorse necessarie per partecipare al processo di programmazione. La mancanza di una base di confronto più larga per quanto riguarda il privato, rispecchia sia la debolezza e la frammentarietà delle piccole cooperative sociali e dell'associazionismo di volontariato, sia la scarsa capacità di coinvolgimento delle istituzioni pubbliche.

Quanto all'**attività di progettazione** i Comuni la realizzano autonomamente in tutte le aree d'intervento per quanto riguarda i servizi e gli interventi erogati in forma diretta, delegandola invece parzialmente o totalmente alle cooperative sociali nel caso di servizi a gestione esternalizzata.

La Provincia svolge tale attività in tutti i settori, tranne che nelle aree di famiglia, anziani e disabili. La progettazione dei servizi sociali presso il Distretto Sanitario e l'ASUR fa capo alle strutture territoriali come (Consultori, DDP, SIL) e riguarda pertanto, l'area Famiglia e Minori, Handicap disagio mentale e dipendenze.

Tra le nonprofit, partecipano alla progettazione tutte o quasi le cooperative sociali che gestiscono dei servizi.

Nell'attività di **erogazione di servizi** risultano impegnati tutti gli enti con una distribuzione per aree d'intervento analoga a quella in precedenza descritta per l'attività di progettazione. Alcuni piccoli comuni non erogano servizi rispetto alle dipendenze.

Le cooperative di tipo A erogano servizi in ogni settore, quelle di tipo B solo nei settori di disabili, dipendenze, disagio mentale e povertà.

L'attività di **erogazione di contributi** compete esclusivamente ai Comuni e in maniera marginale alla Provincia e agli ATS.

L'attività di **Coordinamento della rete** degli interventi e dei servizi sociali è perseguita principalmente dai comuni: quelli maggiori la realizzano in autonomia, quelli di ridotte dimensioni la gestiscono all'interno degli ATS, che sono impegnati in tutti i settori. La provincia si impegna nei settori di Disabili, Dipendenze, Povertà e Giovani.

Solo le cooperative medio-grandi si occupano di tale attività.

L'attività di **valutazione e monitoraggio** è svolta principalmente dai comuni, dagli ATS e dalla Provincia, pur in condizioni che spesso lo vedono trascurato rispetto alle emergenze costanti in cui si dibattono i servizi territoriali. Diversi attori pubblici lamentano carenze sia di risorse che di strumenti adeguati per realizzare tale azione. Minori problemi sembra avere il Distretto Sanitario.

Tra le cooperative sociali, viene fatto in ogni settore, quando previsto dal bando d'appalto, ma anche in questo caso in condizioni di risorse limitate. Il settore del disagio mentale sembra essere uno dei più avanzati su questo fronte.

Più in generale possiamo dire che il pubblico si sta progressivamente spogliando non solo della gestione dei servizi, ma anche della responsabilità degli stessi, nonché degli strumenti (programmatori e valutativi) con i quali adempiere a tali responsabilità.

L'attività di **comunicazione esterna** è svolta in modo solo marginale dai comuni più piccoli e privi di risorse, dove però le dimensioni della comunità favoriscono la diffusione delle informazioni. Spesso, per progetti che hanno carattere sovra comunale, l'ATS o la Provincia sono i soggetti idonei per comunicare con la cittadinanza. Solo nei comuni maggiori vi sono operatori adibiti alla comunicazione, altrimenti realizzata in modo trasversale rispetto ai settori d'intervento. Minori problemi sembrano avere le istituzioni di carattere sanitario.

In modo limitato e non uniforme, ma le cooperative sociali (soprattutto quelle di dimensioni maggiori) investono nella comunicazione, specie nei servizi maggiormente innovativi al fine di accreditare la propria immagine sociale, come succede (in piccolo) anche per le organizzazioni di volontariato.

4.3.5 La struttura dell'offerta e le modalità di gestione ed erogazione dei servizi

Attraverso l'analisi dei questionari delle interviste, possiamo ricostruire la struttura dell'offerta di servizi sociali negli ATS I e IV. La titolarità è sempre pubblica per i settori Famiglia e minori, Disabili, Anziani, Immigrati e nomadi; mentre non è raro che sia detenuta da soggetti privati (Cooperative sociali di tipo A) nei settori quali Dipendenze, Povertà e disagio.

Gli **attori principali** nell'offerta di servizi sono i Comuni, cui si affiancano altri protagonisti pubblici a seconda dei settori: gli enti sanitari per Disabili e Dipendenze; la Provincia per l'Immigrazione e le Dipendenze; e altri protagonisti privati (cooperative sociali di tipo A) per i settori Disabili, Anziani, Minori, Povertà e disagio, Dipendenze.

Sono sempre a **gestione** diretta del pubblico servizi quali i servizi sociali di base e gli asili nido, mentre prevale l'esternalizzazione per il servizio d'assistenza domiciliare. Come **modalità di affidamento** a privati, prevalgono decisamente gli appalti sulle convenzioni (80% contro 20% in termini economici).

Il **finanziamento** è sempre pubblico ma è richiesta una compartecipazione da parte dell'utenza per l'assistenza domiciliare, le strutture diurne e residenziali, gli asili nido.

Esaminiamo ora più nel dettaglio la struttura dell'offerta di servizi nei diversi settori di intervento.

Nel settore **Famiglia e minori** la titolarità è sempre pubblica e gli attori principali sono i Comuni, seguiti da ruoli marginali per la Provincia, gli Ambiti e i Distretti Sanitari. Rispetto alla gestione, è sempre diretta per quanto riguarda servizi sociali e asili nido; alcuni comuni esternalizzano i servizi educativi, aggregativi e per l'infanzia; è sempre data in gestione a privati l'assistenza domiciliare.

La modalità prevalente di esternalizzazione è l'appalto.

Il finanziamento è esclusivamente pubblico, mentre viene richiesta una compartecipazione da parte dell'utenza per l'assistenza domiciliare, gli asili nido e le strutture residenziali.

Nel settore **Disabili** la titolarità è sempre pubblica (Comuni e Distretti Sanitari gli attori principali) tranne che per le strutture residenziali, le quali possono avere titolarità privata (cooperative sociali di tipo A). I servizi sociali e d'integrazione sociale, sempre presenti e a gestione diretta del pubblico; alcuni comuni esternalizzano i servizi educativi e assistenziali, di assistenza domiciliare e le strutture diurne, peraltro non sempre presenti. La modalità prevalente di esternalizzazione è l'appalto. Il finanziamento è esclusivamente pubblico, con la richiesta di una compartecipazione da parte dell'utenza per l'assistenza domiciliare e le strutture diurne e residenziali.

Nel settore **Dipendenze** la titolarità è prevalentemente mista, sia pubblica che privata; sempre pubblica per l'assistenza domiciliare e sempre privata per le strutture residenziali, dove sono presenti. ASUR, Distretti Sanitari e cooperative sociali gli attori principali. La gestione è sempre mista, non esiste, cioè, un settore a esclusiva gestione pubblica, mentre il finanziamento è sempre solo pubblico e la modalità prevalente di esternalizzazione è l'appalto.

Nel settore **Anziani** la titolarità è sempre pubblica (i Comuni gli attori principali). I servizi sociali sono sempre presenti e gestiti direttamente dal pubblico; alcuni comuni esternalizzano la gestione delle strutture diurne e residenziali, non sempre presenti; sempre data in gestione a privati l'assistenza domiciliare. La modalità prevalente di esternalizzazione è l'appalto. Il finanziamento è esclusivamente pubblico, con la richiesta di una compartecipazione da parte dell'utenza per l'assistenza domiciliare e le strutture diurne e residenziali.

Nel settore **Immigrati e nomadi** la titolarità è sempre pubblica (Comuni e Provincia gli attori principali). I servizi sociali, le strutture diurne e residenziali e le unità di strada (dove presenti) sono sempre a gestione diretta del pubblico; alcuni comuni esternalizzano i servizi educativi e assistenziali e di inserimento lavorativo, di assistenza domiciliare e, peraltro non sempre presenti. L'affidamento esterno avviene attraverso sia appalti che convenzioni. Il finanziamento è esclusivamente pubblico.

Nel settore **Povertà e disagio** la titolarità è sia pubblica (Comuni gli attori principali) che privata (cooperative sociali di tipo A), quest'ultima presente nei servizi di integrazione sociale, educativi-assistenziali e d'inserimento lavorativo, strutture diurne. La gestione è sempre pubblica per servizi sociali di base e pronto intervento, mista per gli altri servizi. La modalità prevalente di esternalizzazione è l'appalto. Il finanziamento è esclusivamente pubblico, con la richiesta di una compartecipazione da parte dell'utenza per l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali.

Delle considerazioni a parte meritano alcune caratteristiche relative ad **appalti e convenzioni**. Come ovvio, i principali appaltatori sono i Comuni, cui seguono le ASUR e gli altri enti locali, a seconda dei settori di intervento considerati. Gli appalti più ricchi sono stanziati per i settori Anziani e Disabili.

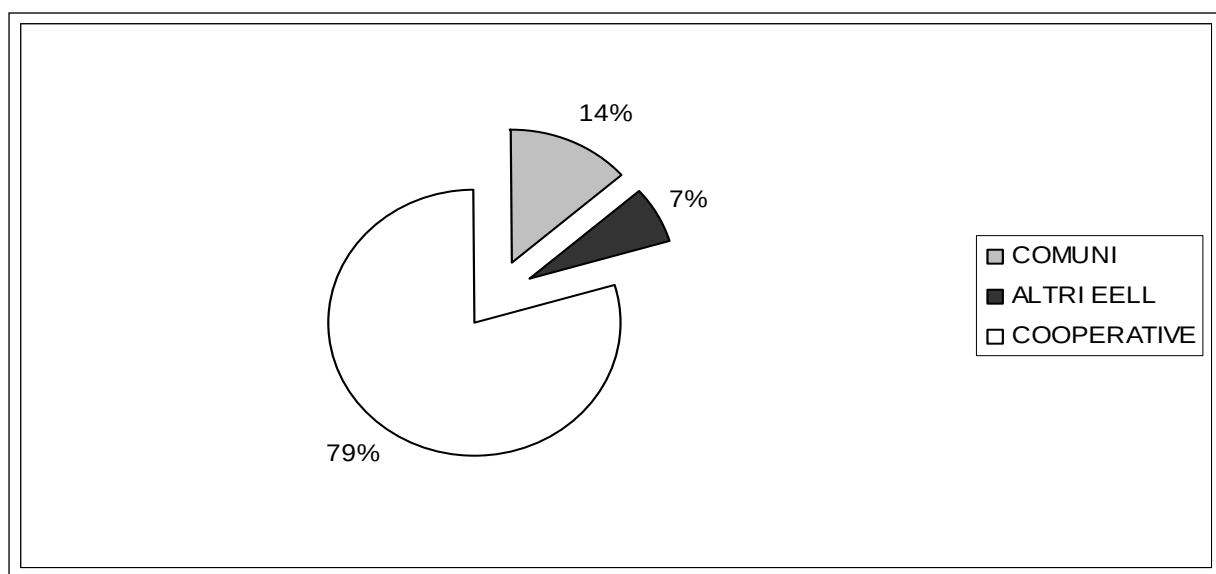
4.4 Il lavoro nei servizi sociali: analisi quantitativa, tipologie, professioni

Il questionario sul lavoro nei servizi sociali predisposto dalla ricerca è stato sottoposto a 23 organizzazioni, tra settore pubblico e privato che impiegano nel territorio d'analisi un totale di 870 unità lavorative, di cui 690 nelle cooperative, 120 nei comuni e 60 negli altri EELL.

Per avere un'idea del campione analizzato in rapporto all'universo, possiamo considerare sia i dati dell'Istat riferiti al 2001, sia quelli dell'Osservatorio Regionale sulle Politiche Sociali riferiti al 2005 (di cui diamo conto nel paragrafo 4.3.2), che per gli ATS I e IV stimano il numero degli occupati nei servizi sociali poco superiore ai 1200 lavoratori: possiamo quindi dedurre di aver raggiunto con le interviste circa il 70% dell'universo dei lavoratori operanti nel sociale all'interno del territorio considerato.

Come evidenziato dalla Figura 4.1, quasi l'80% dei lavoratori sono impiegati dalle 5 cooperative sociali intervistate, seguono da lontano i lavoratori dei 6 Comuni intervistati e, infine, dagli altri EELL raggiunti dalla ricerca. Tale rapporto si mantiene costante anche nei dati provinciali dell'Osservatorio Regionale sulle Politiche Sociali sopra citati e, se comparato con i dati Istat del 2001, mostra un trend che nel quadriennio 2001-2004 vede lo scarso aumento del numero degli occupati totali ma uno spostamento massiccio dell'occupazione dal pubblico al privato.

Figura 4.1. Distribuzione dei lavoratori in base al tipo d'istituzione di appartenenza (valori percentuali)

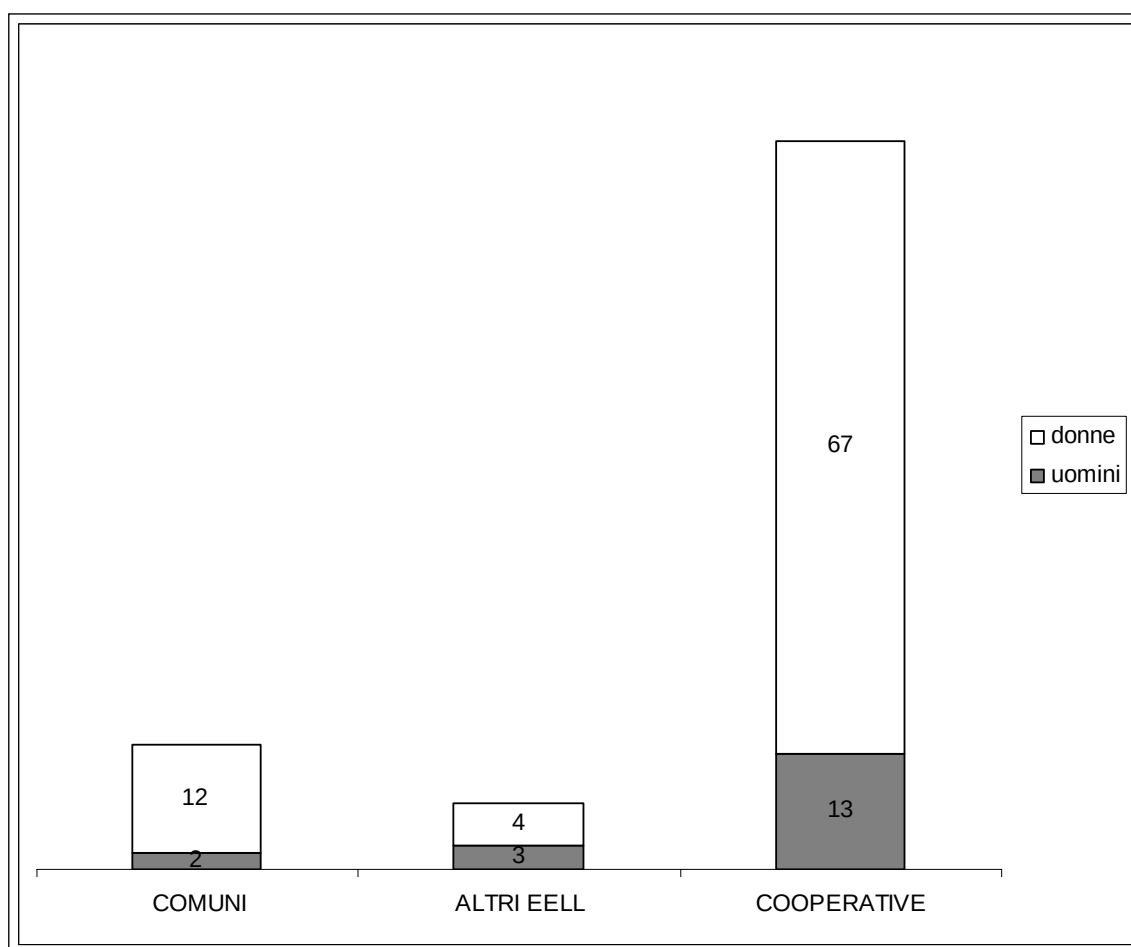


4.4.1 Gli occupati per genere

Osservando la distribuzione dei lavoratori per istituzione e genere (Figura 4.2), si può notare che l'83% sono donne contro il 17% di uomini. Mentre negli altri EELL il rapporto di genere è quasi in equilibrio, cooperative e comuni tendono ad impiegare nel sociale una stragrande maggioranza di donne, con rispettivamente 83 e 87 donne su cento lavoratori.

Tali dati ci portano a considerare come le donne siano maggiormente disposte a ricoprire ruoli di *care* nei servizi sociali di base, soprattutto i bassi livelli d'istruzione, largamente presenti nelle cooperative sociali (come vedremo nel paragrafo sui livelli di istruzione). Questo mette in luce proprio come le cooperative sociali siano le istituzioni dove i lavoratori degli strati sociali cosiddetti "deboli" trovano maggiori possibilità lavorative.

Figura 4.2. Distribuzione dei lavoratori in base a tipo d'istituzione e genere (valori percentuali)



4.4.2 Settori di intervento

Osservando la Figura 4.3, si può vedere come i lavoratori delle istituzioni intervistate si concentrino in massima parte nel settore Disabili (29%), Famiglia e minori (16%) e Anziani (12%); il restante 31% dei lavoratori si distribuisce tra i settori rimanenti (Dipendenze, Immigrati e nomadi, Povertà, Servizi trasversali o multiutenza).

Nelle Figure da 4.4 a 4.6 possiamo notare come metà dei lavoratori sociali dei Comuni si concentrino nel settore Famiglia e Minori, seguito a molta distanza (con l'11%) dagli Anziani.

Nelle Cooperative, invece, abbiamo il 40% dei lavoratori impegnati nel settore Disabili, il 14% sugli Anziani e il 10% Famiglia e minori.

Specifichiamo ulteriormente che i settori Disabili e Anziani risultano principalmente coperti dalle cooperative sociali, mentre un equilibrio maggiore troviamo nel settore Famiglia e minori, il cui principale soggetto gestore sono i Comuni, che impiegano soprattutto le figure degli assistenti sociali professionali (Famiglia) e quelle dell'educatore infantile nei nidi per l'infanzia.

Il settore Altro (che comprende: Dipendenze, Immigrazione, Povertà e disagio adulti, Servizi trasversali o multiutenza) appare molto sviluppato nelle Cooperative sociali, dove occupa il 31% dei lavoratori specie nei settori Povertà e Dipendenze; e soprattutto negli altri EELL, dove assorbe oltre il 70% dei lavoratori, specie nelle aree Immigrazione e Giovani (Provincia e ATS), Dipendenze (ASUR).

Interessante notare come ammontino invece al 10% i lavoratori impiegati in ruoli d'Amministrazione (che in questo caso comprende anche buona parte delle funzioni di Management, Programmazione, Progettazione, Valutazione e Coordinamento): essi costituiscono il 6% dei lavoratori delle cooperative, ma il 24% di quelli dei Comuni, dato che ben ci fa comprendere come le istituzioni private siano, oltre che più agili dal punto di vista amministrativo, principalmente deputate ad erogare quei servizi assegnati loro dai Comuni che, per tal motivo, si devono dotare di un maggiore apparato amministrativo.

Figura 4.3 Distribuzione dei lavoratori per istituzione e settore di intervento (valori percentuali)

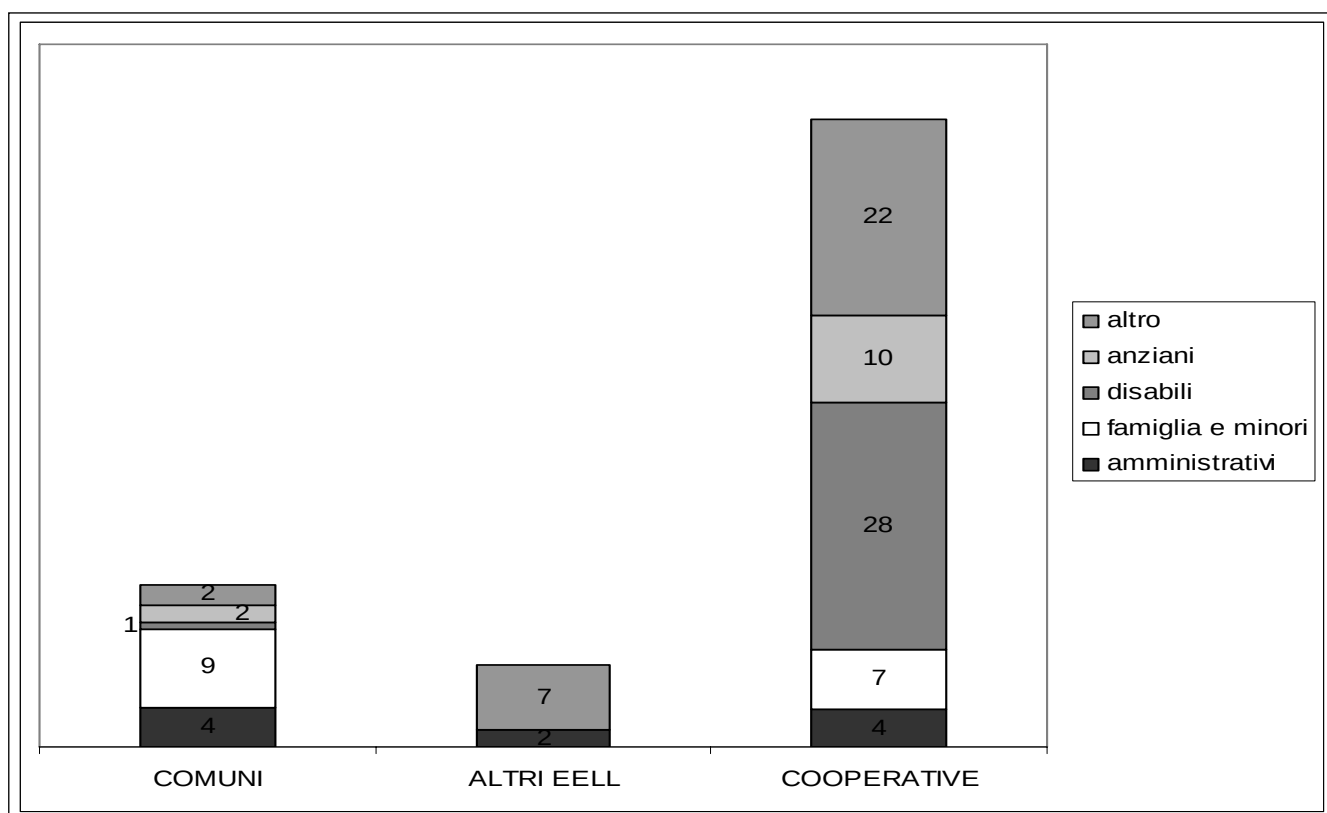


Figura 4.4 - Lavoratori dei Comuni per settori d'intervento (valori percentuali)

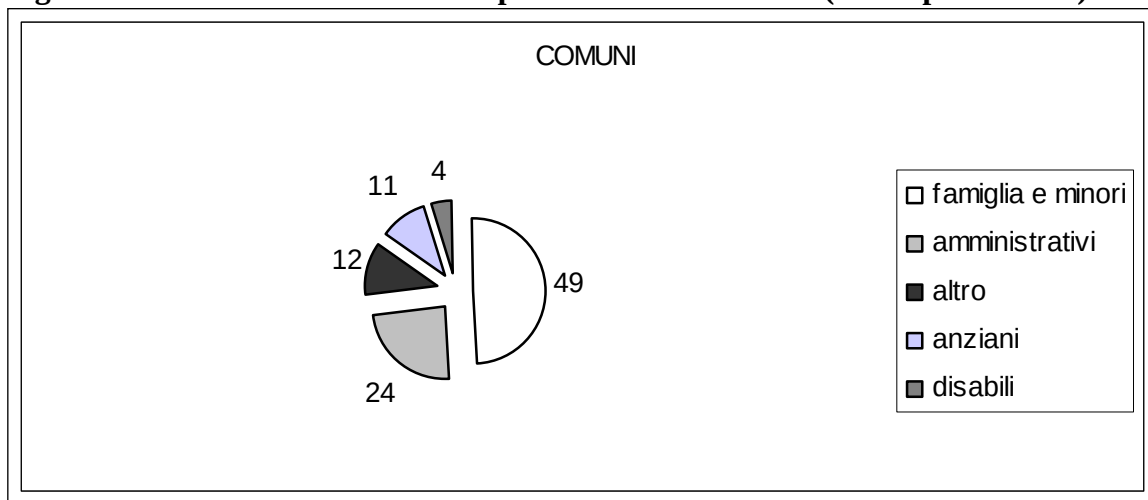


Figura 4.5 Lavoratori degli altri EELL per settori d'intervento (valori percentuali)

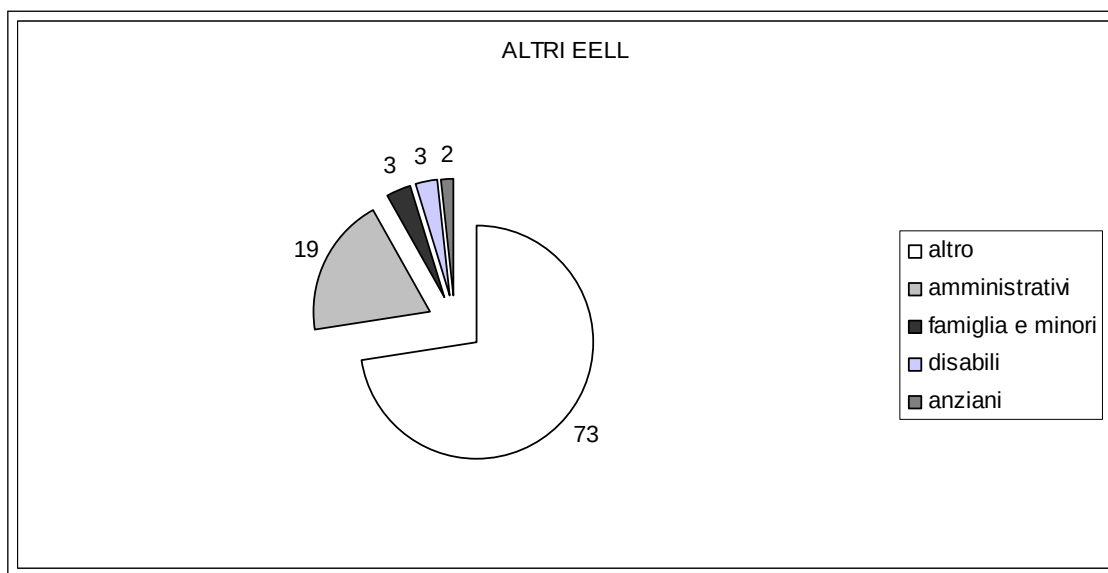
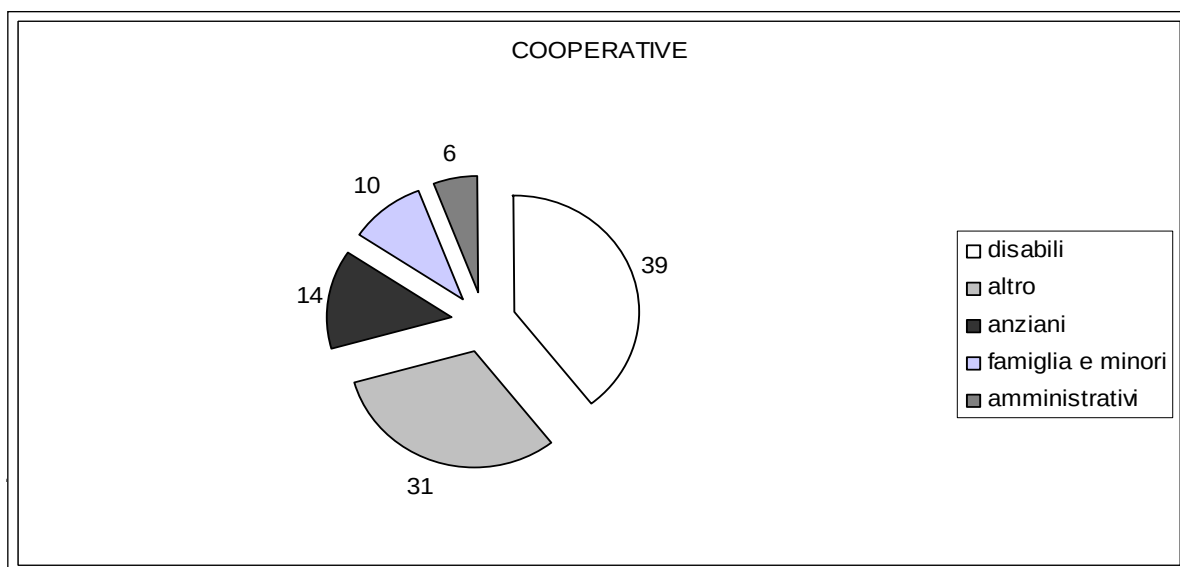


Figura 4.6 Lavoratori delle cooperative per settori d'intervento (valori percentuali)

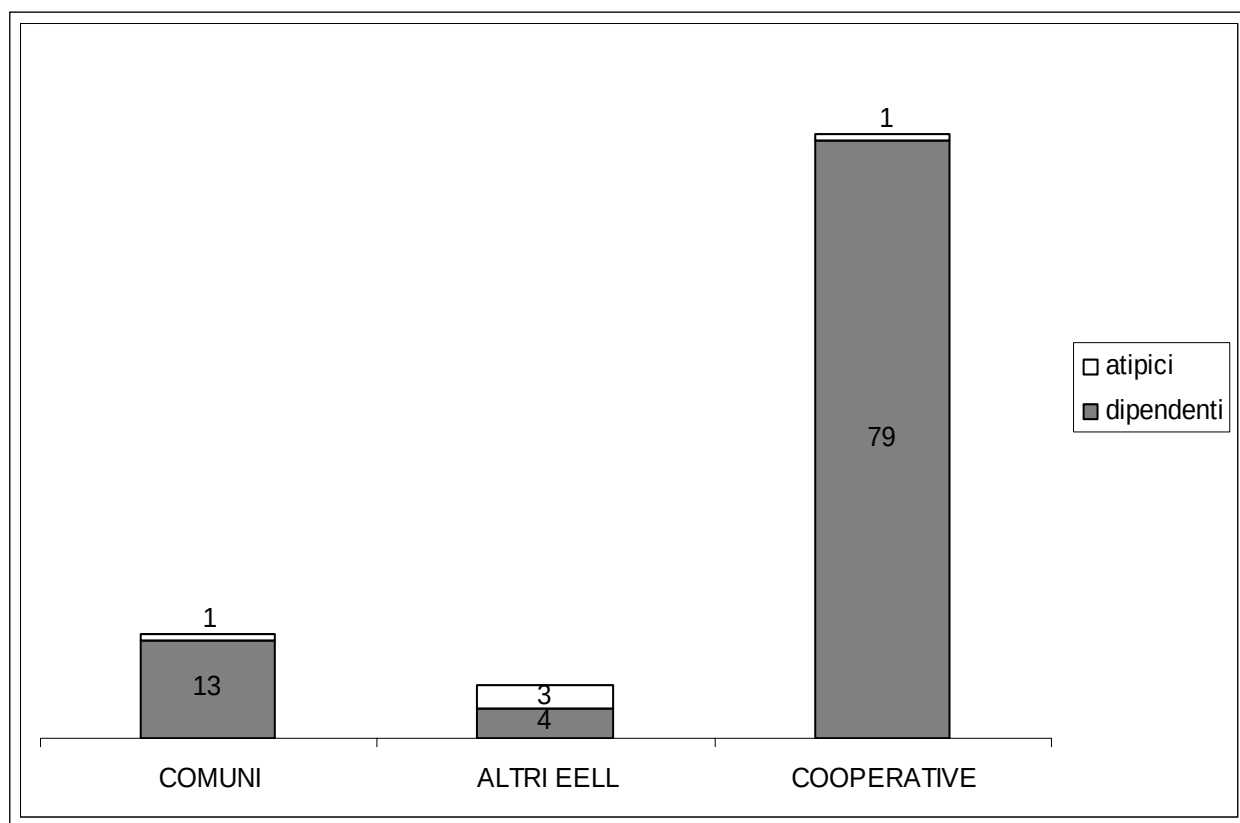


Dalla Figura 4.7 è interessante osservare come il lavoro atipico sia praticamente sconosciuto nel territorio considerato, arrivando a rappresentare appena il 5% dei contratti totali. Non di meno esso ha un'incidenza quasi nulla tra i lavoratori delle cooperative sociali, appena poco superiore per i Comuni e quasi bilanciata col lavoro dipendente per gli altri EELL.

Si configura dunque una scelta dei principali attori, sia pubblici che privati, verso condizioni lavorative di maggiore stabilità rispetto al panorama nazionale. Scelta che però, come vedremo in seguito, è compensata dal vasto ricorso all'utilizzo di contratti a tempo determinato e/o part time.

L'elevato tasso di lavoratori atipici tra gli EELL può spiegarsi con la presenza di istituzioni poco strutturate (come gli ATS), oppure che hanno ridotte competenze nel sociale, le quali spesso si riducono a progetti estemporanei e che, dunque, richiedono tipologie lavorative flessibili.

Figura 4.7. Distribuzione dei lavoratori in base al tipo d'istituzione e di contratto (valori percentuali)



4.4.4 Tempi di lavoro

Rispetto ai tempi di lavoro, vediamo dalla Figura 4.8 che lavorano **part time i 2/3 dei lavoratori** dei servizi sociali. Questo dato è dovuto soprattutto al lavoro nelle cooperative, dove il tempo parziale è la modalità di gran lunga prevalente (74% dei lavoratori totali), nei comuni il dato si capovolge e il part time riguarda solo il 31% dei lavoratori; negli altri EELL lavora part time il 58% dei lavoratori.

Interessante risulta incrociare ulteriormente il **genere** dei lavoratori con il tempo di lavoro e la tipologia istituzionale (Figura 9): nelle cooperative lavora part time il 76% delle donne e il 59% degli uomini, mentre scende a 32 e 27 su 100, rispettivamente donne e uomini, per quanto riguarda i Comuni. Rispetto ai Comuni, le cooperative dunque si caratterizzano per un alto ricorso al lavoro a tempo parziale che, se da una parte si può meglio conciliare coi tempi di vita (specie per le donne), dall'altra sembra però rassomigliare ad una sostituzione del lavoro atipico nel rispondere alle esigenze di flessibilità del sistema (appalti brevi e frammentati, risorse scarse, eccetera). Al lavoro part time spesso si associano condizioni economiche difficoltose per i lavoratori.

Figura 4.8. Distribuzione dei lavoratori in base a tipo di istituzione, tempo di lavoro e genere (valori percentuali)

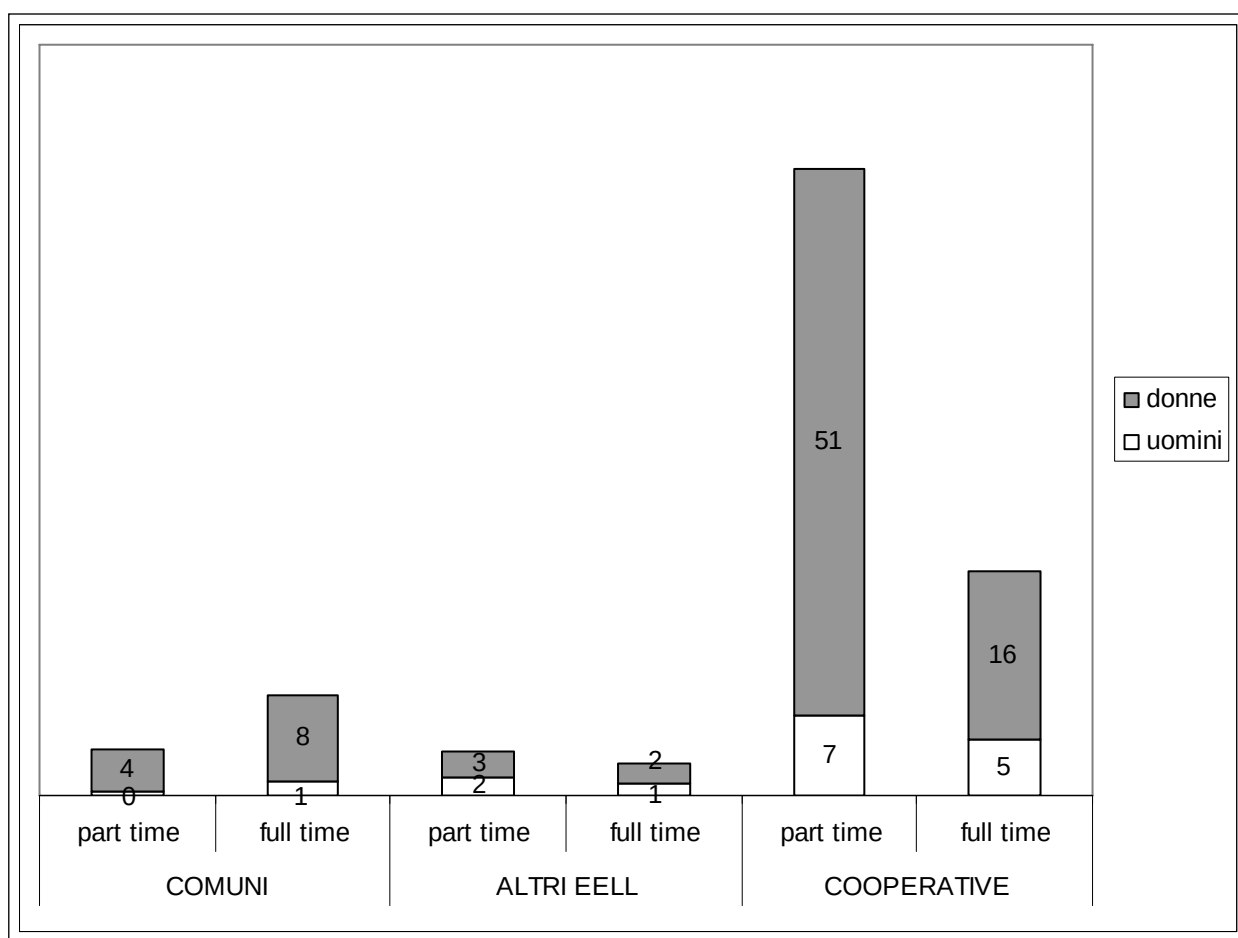
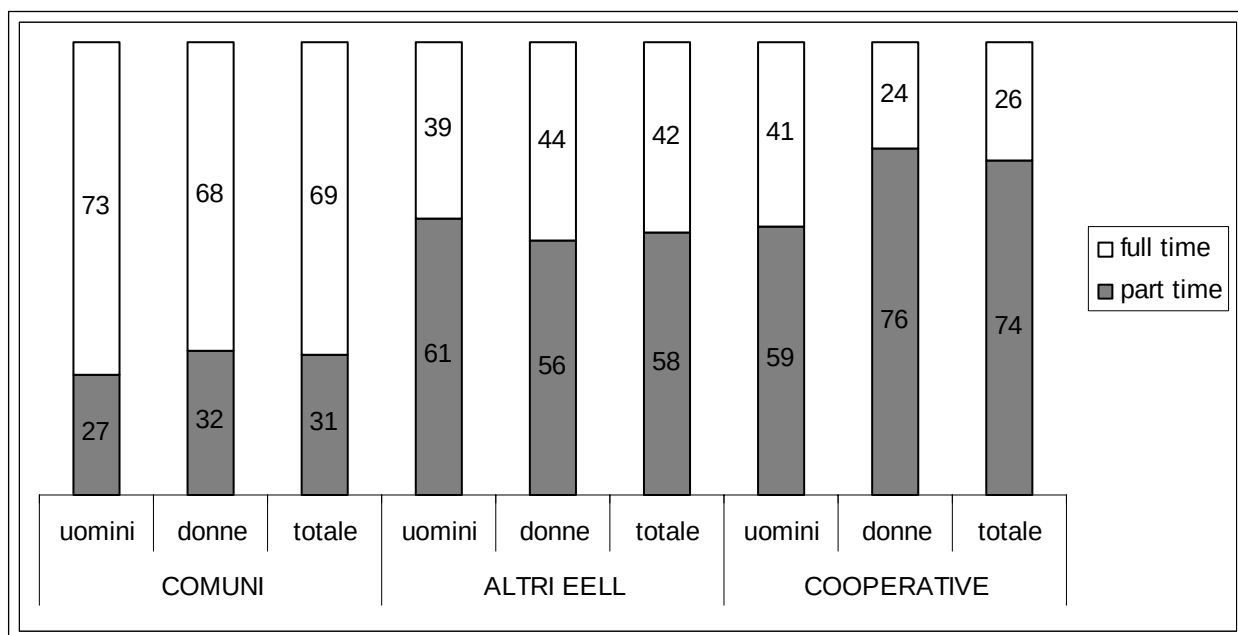


**Figura 4.9. Lavoratori in base a tipo di istituzione, genere e tempo di lavoro
(valori percentuali)**



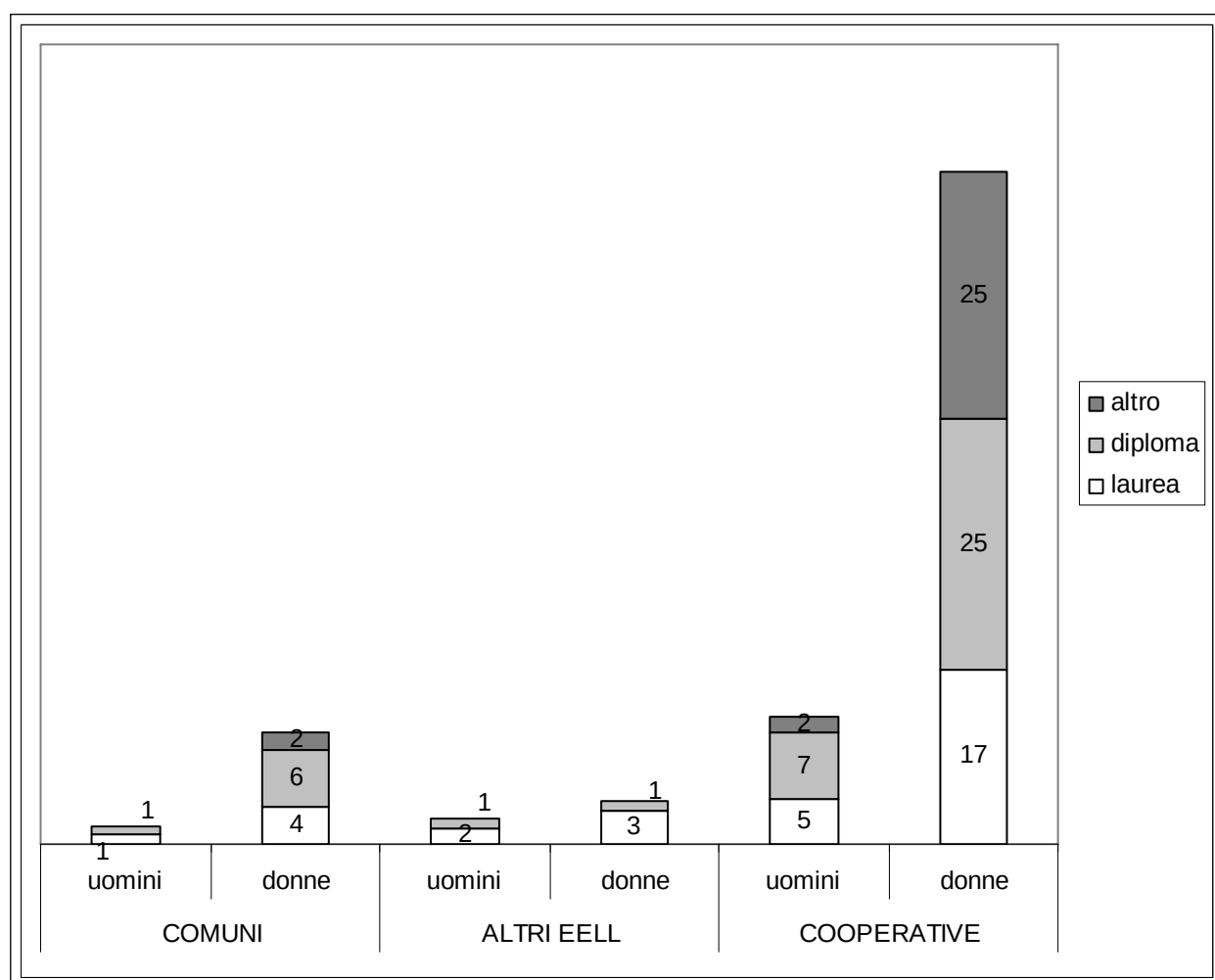
4.4.5 Titolo di studio

Dall'analisi della distribuzione dei lavoratori per istituzione, genere e titolo di studio (Figura 4.10), emerge che tra i lavoratori impegnati nel sociale il 32% è in possesso di laurea, il 41% di diploma medio superiore e il rimanente 27% si divide tra l'educazione professionale e le scuole dell'obbligo.

Le tipologie di istituzione con più alto livello di lavoratori istruiti (Figura 4.11) sono gli altri EELL, seguiti dai Comuni che, rispetto alle cooperative, contano una percentuale maggior di laureati, contro una più alta percentuale di diplomati di queste ultime.

I livelli di istruzione sono però distribuiti in modo non uniforme anche rispetto al genere, oltre che all'istituzione d'appartenenza. Infatti, sebbene meno numerosi, i maschi risultano maggiormente istruiti sia nelle cooperative sociali sia nei comuni, con un sostanziale pareggio per gli altri EELL. Rispetto alla laurea, gli uomini prevalgono sulle donne 35 a 26 su 100 nella cooperazione sociale, e addirittura 54 a 17 nei Comuni. Rispetto al diploma, invece abbiamo un sostanziale pareggio, che vede prevalere il numero di diplomati uomini nelle cooperative, mentre il dato si inverte per i Comuni e gli altri EELL. Interessante è notare come i bassi livelli di istruzione siano declinati al femminile: nelle cooperative sociali il 37% delle donne ha fatto una scuola professionale o le scuole dell'obbligo, contro il 13% degli uomini; ancora più eclatante il dato dei Comuni, dove quasi il 18% delle donne contro nessun uomo appartiene a tali classi d'istruzione.

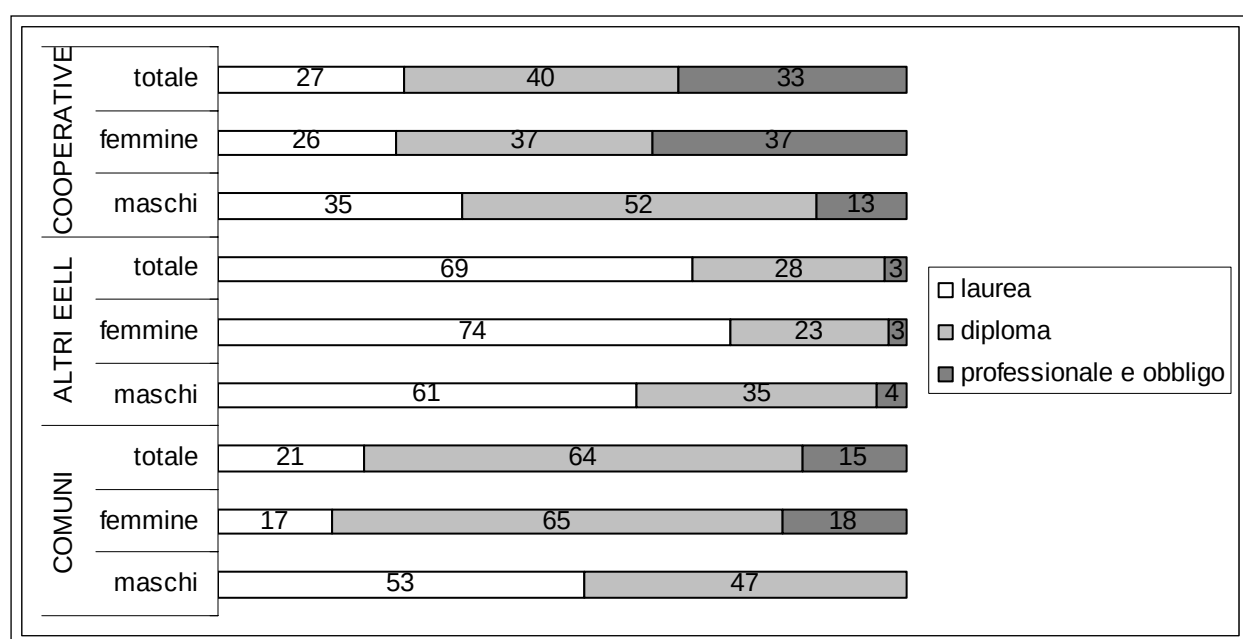
Figura 4.10. Lavoratori in base al tipo d'istituzione, genere, titolo di studio (valori percentuali)



L'analisi dei dati ci mostra un quadro dei lavoratori del sociale con livelli di istruzione piuttosto elevati (il 73% possiede laurea o diploma), ma con la tendenza alla “maschilizzazione del vertice” e “femminizzazione” della base, che possiamo interpretare col fatto che, tanto nel pubblico che nel privato, sono spesso gli uomini a ricoprire posti di dirigenza, mentre le donne sono maggiormente relegate a ruoli di servizio.

Inoltre, tra le cooperative (e in misura minore i Comuni) troviamo il numero maggiore di bassi livelli di istruzione, a dimostrazione di come queste istituzioni si occupino dei servizi di base. Lo stesso ragionamento ci porta a spiegare come gli altri EELL, non fornendo servizi sociali essenziali, si avvalgono di profili professionali maggiormente elevati.

Figura 4.11. Distribuzione dei lavoratori per tipo di istituzione, genere e titolo di studio (valori percentuali)



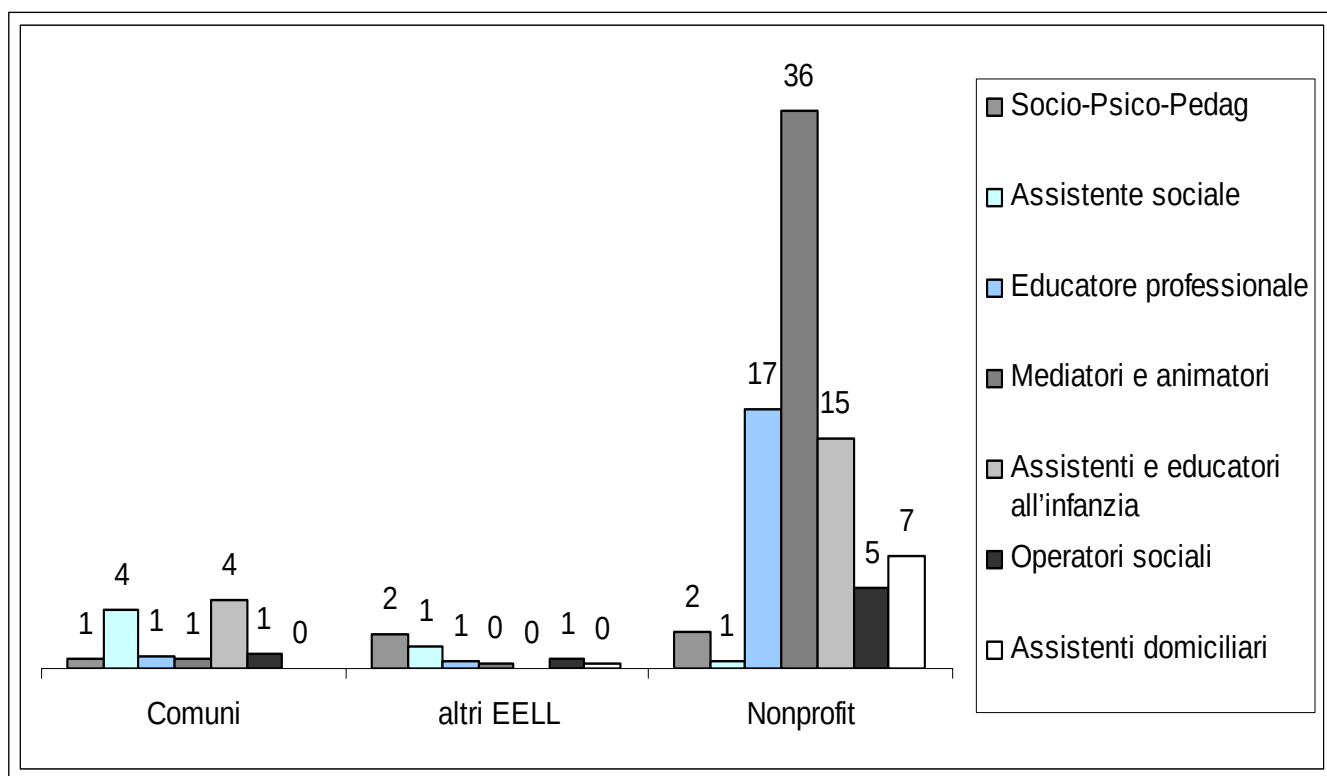
4.4.6 Profili professionali

L'analisi del profilo professionale dei lavoratori appartenenti alle organizzazioni intervistate (Figura 4.12), ci mostra come la categoria più numerosa sia quella che unisce Mediatori e Animatori²⁴ (37% del totale dei lavoratori considerati), seguite da quelle comprendenti gli Assistenti ed educatori all'infanzia e gli Educatori professionali (entrambi con il 19% del totale), seguiti a distanza dagli Operatori sociali e dagli Assistenti domiciliari (entrambi il 7% del totale), e dagli Assistenti Sociali (6% del totale). Arriva al 5% del totale la somma di sociologi, psicologi e pedagogisti.

Possiamo notare come Assistenti domiciliari, Mediatori e Animatori siano quasi esclusivo appannaggio delle cooperative sociali, come la maggior parte degli Educatori professionali. I profili di Assistenti ed Educatori all'infanzia sono presenti per la maggior parte tra le cooperative sociali e, in misura minore, nei comuni, pur costituendo per questi ultimi la categoria professionale più numerosa (Figura 4.13). Gli Assistenti sociali sono impiegati dai soli enti pubblici, Comuni in testa.

²⁴ La categoria Animatori nel questionario utilizzato era unita a quella degli Operatori sociali (termine che compariva anche singolarmente), motivo per cui è stata probabilmente sovra stimata.

Figura 4.12. Distribuzione lavoratori per istituzione e profilo professionale (valori percentuali)



Passando infatti alle Figure da 4.13 a 4.15 osserviamo la distribuzione dei lavoratori per profili professionali all'interno delle organizzazioni, come nelle cooperative sociali il profilo più numeroso sia quello dei Mediatori e Animatori (43%), seguiti con circa il 20% ciascuno dagli Educatori professionali e dagli Assistenti ed educatori all'infanzia, e dagli Assistenti domiciliari (10%). Tra i lavoratori dei Comuni, la categoria più numerosa è quella degli Educatori d'infanzia (39%), seguita da quella degli Assistenti sociali (33%). Gli altri EELL sono gli unici a vedere prevalere le professioni di (nell'ordine) psicologi, pedagogisti e sociologi (complessivamente al 41%), nonché gli assistenti sociali (25%)

Figura 4.13. Lavoratori dei Comuni per profilo professionale (valori percentuali)

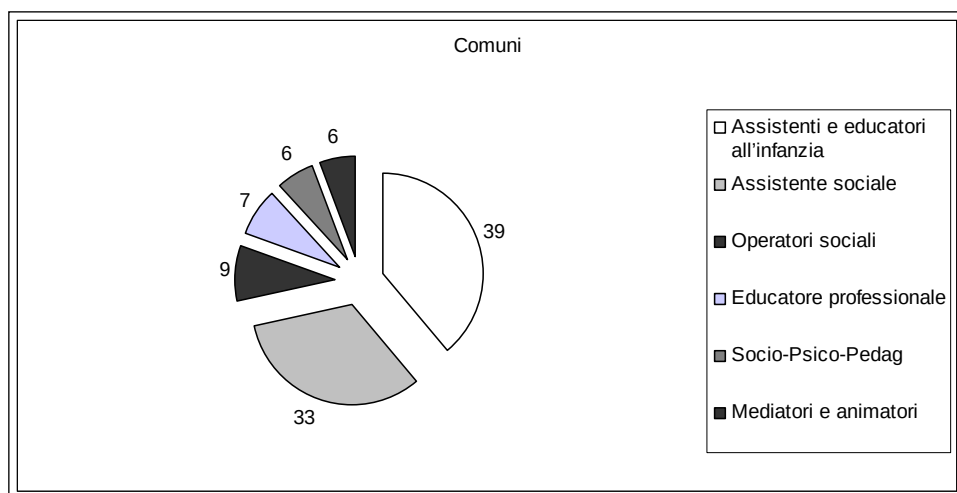


Figura 4.14. Lavoratori degli altri EELL per profilo professionale (valori percentuali)

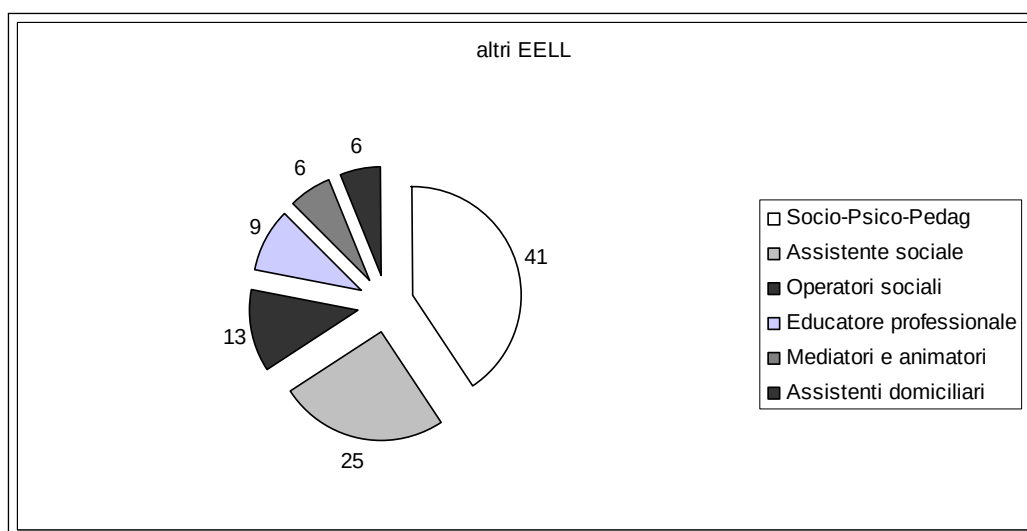
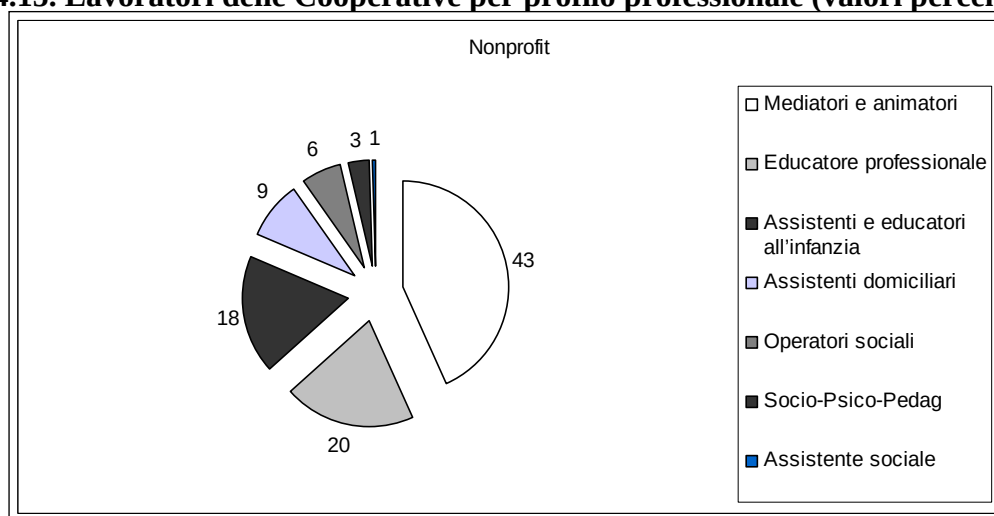


Figura 4.15. Lavoratori delle Cooperative per profilo professionale (valori percentuali)



4.4.7 Le funzioni svolte

In primis dobbiamo sottolineare la difficoltà lamentate da tutte le organizzazioni a definire in modo preciso la distribuzione del personale per funzioni: questo perché nel sociale, sia a livello gestionale che di erogazione dei servizi, troviamo una grande fluidità di ruoli e funzioni. Sia nei Comuni che nelle cooperative, infatti, la scarsità di risorse fa sì che a determinate funzioni (come la comunicazione o il coordinamento) siano preposti più operatori ma con tempi estremamente ridotti. Allo stesso modo, come nel caso estremo dei piccoli comuni, il tempo dedicato dallo stesso operatore ai servizi sociali è addirittura parziale, perché diviso con l'impegno in altri settori non sociali.

Le Figure da 4.16 a 4.19 mostrano come la stragrande maggioranza (78%) dei lavoratori nel sociale siano adibiti all'erogazione dei diversi servizi, tuttavia il dato è fortemente influenzato dal sovradimensionamento delle cooperative sociali che, come già detto, sono il braccio operativo del welfare nel territorio considerato.

**Figura 4.16. Lavoratori per istituzione e funzione svolta
(valori percentuali)**

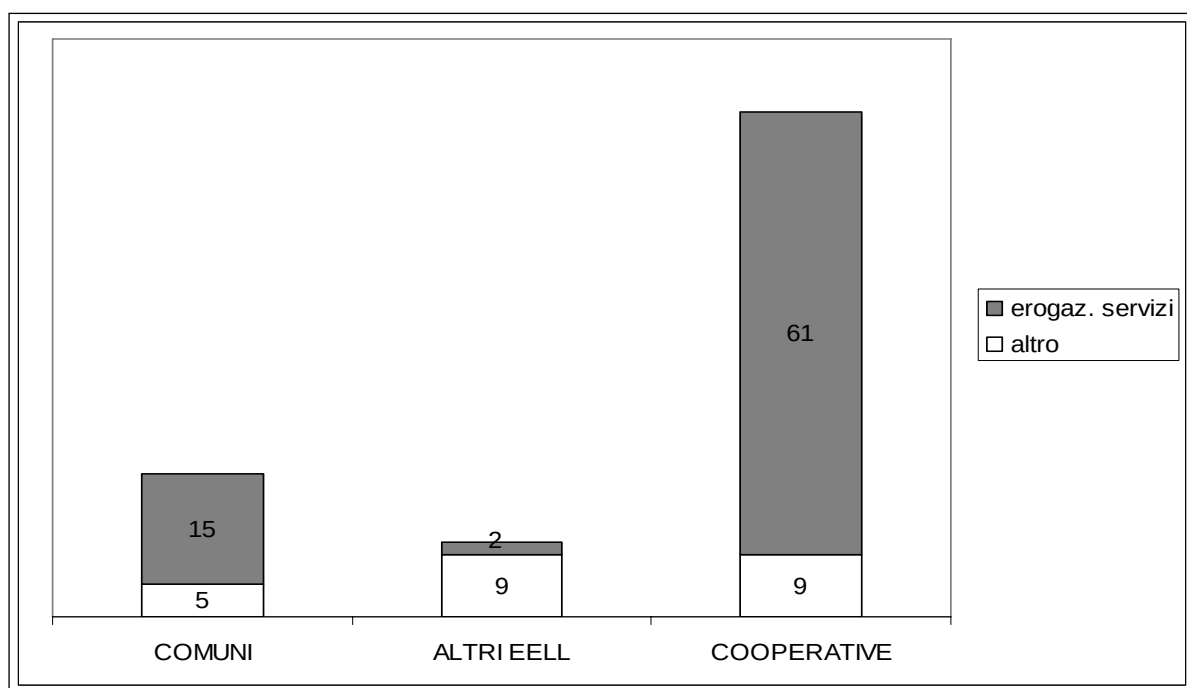


Figura 4.17. Lavoratori dei Comuni per funzioni svolte (valori percentuali)

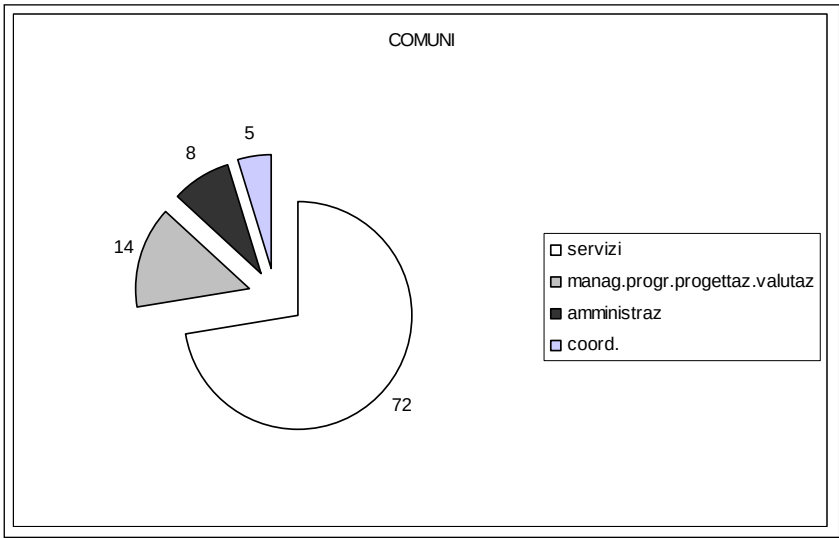


Figura 4.18. Lavoratori degli altri EELL per funzioni svolte (valori percentuali)

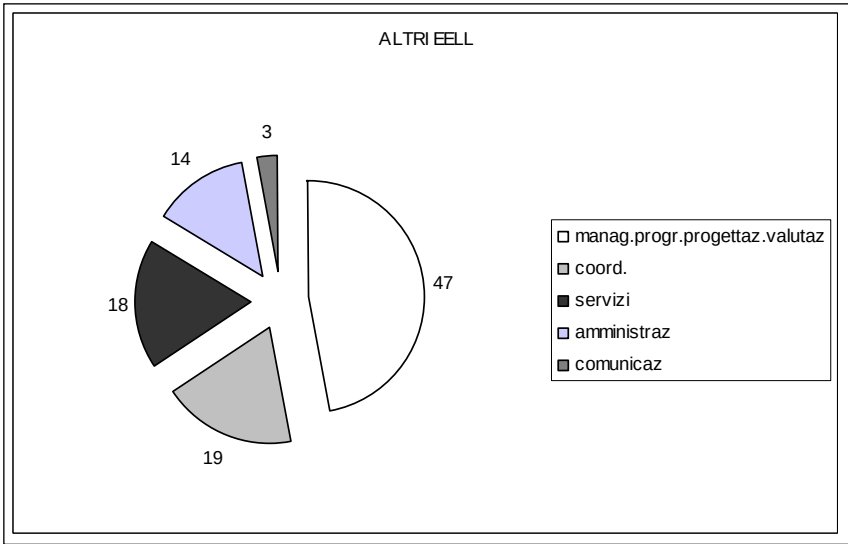
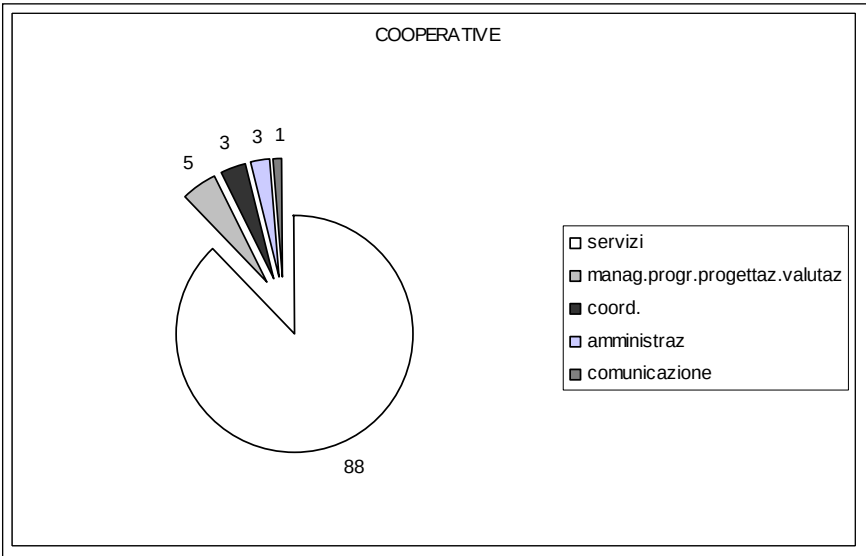


Figura 4.19. Lavoratori delle Cooperative per funzioni svolte (valori percentuali)



Infatti, se nelle cooperative l'88% dei lavoratori si occupa dei servizi, e solo un 9% si occupa delle funzioni di Management, Programmazione, Progettazione, Valutazione e Coordinamento, nei Comuni i servizi assorbono il 72% dei lavoratori, ma saliamo al 19% per quanto riguarda queste altre funzioni (Figure 17 e 19). Questo dato, che ci mostra il ruolo di programmazione e controllo esercitato dalle istituzioni pubbliche, è ancora più incisivo nel caso degli altri EELL, dove le funzioni di Management, Programmazione, Progettazione, Valutazione e Coordinamento salgono addirittura al 66%, contro uno scarso 18% destinato all'erogazione dei servizi. Tuttavia dalla parte qualitativa delle varie interviste emerge come sia la tenuta complessiva del territorio, sia il ruolo di innovazione legato a questo genere di funzioni si stiano spostando dal pubblico al privato, comportando per il secondo la dotazione di una serie di competenze che, malgrado aumentino il potere contrattuale, non hanno riconoscimento economico. Sono molte le cooperative che lamentano figure di coordinamento dei vari servizi completamente a proprio carico.

Interessante notare come la Comunicazione sia un'attività quasi marginale, tranne che per gli altri EELL, nei quali impegna circa il 3% di equivalenti unità/lavoro.

Le differenze che emergono con il dato riguardante le funzioni amministrative del paragrafo 4.4.2, si spiega con il fatto che, al contrario di quanto era richiesto dal questionario circa i settori di intervento, in questo caso le funzioni di Management, Programmazione, Progettazione, Valutazione e Coordinamento non erano ricomprese nella voce Amministrazione.

4.5 Gli aspetti qualitativi e le criticità del lavoro e del sistema locale dei servizi sociali

4.5.1 Come i protagonisti percepiscono il sistema

I protagonisti del sistema di servizi sociali che abbiamo intervistato hanno una percezione sostanzialmente positiva del sistema in cui si trovano a operare, della propria azione al suo interno e del livello di coordinamento con gli altri attori.

Il livello di welfare realizzato sul territorio, infatti, è giudicato buono, anche se migliorabile e con alcune perplessità rivolte al quadro legislativo nazionale. Le discriminanti principali rispetto alla percezione del sistema di servizi sociali sono la collocazione territoriale e le dimensioni dell'organizzazione intervistata: come vedremo parlando delle criticità, sussistono, infatti, forti differenze nel livello di servizi erogati sia tra costa ed entroterra, sia tra Comuni di piccole e grandi dimensioni.

Uno degli aspetti positivi che emerge con forza è la capacità di **“fare sistema”**, di muoversi cioè in maniera coordinata tra le diverse istituzioni per elaborare risposte appropriate alle necessità emergenti, pur con notevoli carenze per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria. I tavoli di coordinamento sono indicati come i luoghi in cui i vari soggetti riescono a fare rete, ma, oltre a questi momenti istituzionali, troviamo anche una dimensione comunitaria di vicinanza, resa possibile da dimensioni urbane ridotte, che favorisce la conoscenza diretta, lo scambio di esperienze e la creazione di fiducia tra le diverse istituzioni, nonché tra esse e i cittadini.

In un quadro complessivo di scarsità di mezzi, il buon livello di coordinamento inter istituzionale genera la convinzione che l'allocazione delle risorse destinate al sociale sia fatta con criteri di efficienza e attraverso un sistema di gestione razionale, pur con i dovuti distinguo di cui si tenterà di dare conto. La sensazione generale è, tuttavia, che di fronte ai notevoli cambiamenti del welfare state, la presenza pubblica stia progressivamente arretrando il proprio baricentro, rischiando di rinunciare al ruolo d'indirizzo e controllo che le compete. Ad una tale assenza supplisce il settore nonprofit, sempre più rilevante nell'erogazione di servizi, tanto da aver ormai acquisito un ruolo di primaria importanza anche rispetto alla governance complessiva del sistema:

“...non viene esternalizzata solo la gestione dei servizi, ma anche il pensiero, la regia, la capacità di programmazione. Per quel che riguarda i dipendenti pubblici in genere, le capacità progettuali sono al ribasso. Nei tavoli di integrazione e coordinamento è diventata fondamentale la presenza dei dirigenti delle cooperative sociali, veri e propri serbatoi di idee, di innovazione, di creatività, di competenza nella programmazione.” INTPU7.

A fronte di un sistema pubblico che corre il rischio di perdere terreno anche nell'esercizio delle fondamentali funzioni di pianificazione e programmazione territoriali, solo le cooperative sociali di notevoli dimensioni (del tipo A) hanno le risorse necessarie per partecipare al processo di concertazione. Proprio gli ATS diventano i luoghi preposti per la programmazione dei servizi sociali in modo plurale, coinvolgendo cioè risorse delle altre istituzioni pubbliche e private delle quali il processo di governance necessita. La mancanza di una base di confronto più larga per quanto riguarda il privato, rispecchia sia la debolezza e la frammentarietà della piccole cooperative sociali e dell'associazionismo di volontariato e promozione sociale, sia la scarsa capacità di coinvolgimento esercitata dalle istituzioni pubbliche. In entrambi gli Ambiti, il mondo del volontariato appare numeroso e variegato, nonché dotato di un sistema di rappresentanza (l'AVM, Associazione Volontariato Marche, un'associazione di secondo livello che gestisce i CSV – centri servizi per il volontariato), e tuttavia frammentario e con grandi difficoltà a coordinarsi al suo interno, per poter svolgere un ruolo di rilievo nella governance delle politiche sociali. Dalle parole della presidentessa provinciale di AVM:

“Il volontariato nella provincia è una realtà effervescente e composita che esprime idealità e servizi importanti per il territorio, soprattutto in ambito socio-sanitario. Prevalgono le organizzazioni di piccole dimensioni e specializzate su tematiche molto settoriali e questo riduce la capacità di dialogare e trovare istanze comuni. Il volontariato dunque non riesce a essere percepito come un attore in grado di esercitare un ruolo a livello di governance complessiva”. INTPU-F.

4.5.2 Criticità e proposte

Dall'analisi delle interviste emerge come la principale criticità del sistema sia la cronica **carenza di risorse**. Da questa problematica discendono diverse altre, viste le sue ripercussioni negative sul numero, sulla stabilità e sulle possibilità di formazione del personale, e dunque sulla qualità e quantità dei servizi erogati. Le diverse difficoltà riguardanti la tenuta complessiva del sistema dei servizi sociali si vanno a scaricare soprattutto sul livello comunale, costretto a fronteggiarle in uno stato di carenza cronica di operatori. Un approccio specializzato a tutte le diverse aree di utenza è possibile solo nei comuni più grandi (Pesaro e Urbino) dove, di fronte ad una gamma molto differenziata di bisogni e richieste, gli operatori sono decine ed hanno un'organizzazione interna che tende a specializzare la loro attività; al contrario nei piccoli Comuni spesso essi si riducono ad una o due unità. La mancanza di personale, abbinata ad un'utenza in continuo aumento, rischia di sovraccaricare il sistema dei servizi sociali dei principali comuni, già solo per quanto riguarda i servizi standard, rendendo invece quasi impossibile fare fronte alle nuove problematiche che si affacciano da un settore in continua evoluzione. Quanto ai piccoli comuni, la limitatezza delle risorse impone spesso scelte difficili circa i servizi da realizzare, oppure li obbliga a rinunciare a parte della propria autonomia, in funzione di ipotesi di cogestione di alcuni servizi, come vedremo in seguito. Sono soprattutto i piccoli comuni che, in questa situazione, si fanno sedurre dall'affidare ai privati i propri servizi attraverso un **sistema degli appalti** che prevede bandi al massimo ribasso, nell'ottica di mantenere comunque il servizio, cercando di contenerne i costi. Ma i costi sociali di questa modalità di esternalizzazione vengono scaricati sull'utenza finale, poiché costringono i vincitori dell'appalto a tagliare sul numero e sulla professionalità del personale. Sono proprio i dirigenti delle cooperative a lamentare unanimemente, come principale punto di debolezza del sistema, la crescente diffusione di bandi privi di standard qualitativi che tutelino la professionalità e

l'identità peculiare di molte cooperative. Oltretutto, la mancanza di risorse, unita ad una programmazione carente, rende gli appalti spesso troppo brevi e frammentati, andando a incidere sull'equilibrio economico e sulla possibilità di programmazione delle cooperative e dunque, di rimando, sulla precarietà del lavoro dei loro soci. A quest'ordine di problemi la Regione Marche ha provato a dare risposta con una Delibera di Giunta dove sono introdotti vincoli e parametri qualitativi che i bandi dovrebbero rispettare, come meccanismi di garanzia circa la qualità dei servizi e del lavoro al loro interno. Il problema è che tale provvedimento è solo d'indirizzo e non vincola l'autonomia dei singoli comuni.

Uno dei problemi maggiori sono le **differenze fra i livelli dei servizi**, anche tra i Comuni che fanno parte dello stesso Ambito. Tali differenze riguardano sia il numero sia la qualità dei servizi, compresi i livelli di compartecipazione economica dell'utenza. Tale situazione si lega, a livello nazionale, al problema della definizione dei livelli minimi essenziali e al rischio che una interpretazione al ribasso della L. 328/00 possa istituzionalizzare tali differenze. Tale problematica è certo correlata alle differenze delle risorse di cui dispongono i vari territori, ma anche alle scelte politiche espresse dai diversi attori pubblici. Una delle risposte che emerge con maggior vigore dalle interviste è la **cogestione di alcuni servizi**: questo permetterebbe non solo la realizzazione di economie di scala più efficienti ed efficaci, ma anche un mutamento culturale in direzione di forme di dialogo e solidarietà tra i diversi comuni, in grado forse di favorire il superamento di logiche legate alla cura dei vari, piccoli orticelli.

“La forza del sistema regionale sta nel fatto che si investe nel sociale e in tutti i Comuni sono diffusi i servizi sociali. Tuttavia c'è dispersione, c'è necessità di razionalizzare per fronteggiare la scarsità di risorse. I servizi dovrebbero essere sempre più integrati nell'ATS. Bisogna governare meglio i soldi che ci sono nell'area sociale. Il concetto del “piccolo è bello” può essere vero, ma costa troppo, non è più sostenibile” (INTPU-A).

Al momento non sono ancora previsti fondi di solidarietà all'interno degli ATS per riequilibrare le differenze intercomunali, tuttavia si sta assistendo ad una crescente solidarietà fra Comuni, come avviene nel caso della definizione di graduatorie intercomunali per accedere senza competere alle risorse economiche disponibili. Nella situazione attuale soltanto alcuni interventi sono cofinanziati dai Comuni all'interno degli Ambiti, attraverso la definizione di fondi comuni in base alla variabile demografica. Tuttavia, altri tentativi compiuti si sono dimostrati fallimentari, come quello, sempre nell'ATS I, riguardante l'affidamento del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) ad una gara d'appalto intercomunale. In questo caso, la cogestione di tale servizio è apparsa non economica e poco razionale sotto il profilo organizzativo, contribuendo ad alimentare il timore dei piccoli Comuni di perdere contatto con il proprio territorio.

Rispetto a tali problematiche, il ruolo della Regione in questi anni si è dimostrato troppo blando e la sua azione legislativa è stata più di tipo premiale che non vincolante: sono in diversi ad invocare una legge regionale di recepimento della L. 328/00 che, pur all'interno di un ventaglio di possibilità, obblighi i comuni a ragionare in termini associati, così come fatto da quasi tutte le regioni del Centro-Nord.

“Le Marche sono un territorio frammentato e plurale caratterizzato da una miriade di comuni di piccole dimensioni: la Regione ha avuto paura di prevaricare le competenze dei Comuni, togliendo loro la gestione diretta dei servizi sociali, che poi significano anche relazioni di potere politico” INTPU-H.

Il primo passo verso forme di gestione associata sarebbe attribuire personalità giuridica e un budget specifico agli Ambiti, gli attori principali cui affidare il ruolo chiave all'interno dei processi di cogestione dei servizi. Tuttavia gli impedimenti istituzionali non mancano, come lamenta il Coordinatore dell'ATS IV:

“In molte aree del sociale, dove sono in vigore leggi di settore, il ruolo dell’ATS è quello di “passa carte”. Occorrerebbe dare all’ATS una veste giuridica tale da farlo diventare un soggetto con una propria organizzazione e un proprio bilancio. Al momento siamo ancora in una fase embrionale, in cui l’ATS resta una forma ibrida e i dirigenti dei singoli Comuni rimangono con il loro budget” INTPU8.

La possibilità di istituire un fondo di solidarietà all’interno dell’Ambito, ipotesi avanzata da entrambi i Coordinatori intervistati, quale sbocco di un percorso che porta alla gestione associata dei servizi sociali, non è ancora in agenda a livello regionale, anche se in prospettiva viene considerato l’obiettivo da raggiungere per cercare di bilanciare gli squilibri esistenti all’interno di ogni ATS, squilibri fra i Comuni che si differenziano in termini di risorse umane ed economiche disponibili.

“In direzione di una gestione associata dei servizi si muove l’ATS I, dove c’è un Coordinatore d’Ambito con uno staff di Dirigenti dell’ente capofila che lavora anche per gli altri enti. Tuttavia il fondo di solidarietà ancora non c’è. Forse il passo più vicino è quello di avere un Ufficio comune” INTPU7.

Legata alle problematiche precedenti appare anche la **precarietà/debolezza del lavoro** nel sociale: trasversale a tutte le organizzazioni intervistate, essa incide massimamente sulle cooperative sociali, negli ATS e nella Provincia, in misura minore (ma pur sempre significativa) sui comuni e sul comparto sanitario. Nel territorio analizzato la precarietà non si manifesta con forme contrattuali atipiche (che restano nel numero di poche unità sul totale delle organizzazioni analizzate), bensì con l’uso largamente diffuso del tempo determinato (per gli enti pubblici) e del part time tra le cooperative. In entrambi i casi siamo in presenza di risposte non tanto ad esigenze personali dei lavoratori, o di flessibilità dei servizi, ma all’impossibilità di ulteriori stabilizzazioni, di fronte a vincoli di legge o di bilancio. Sia nel pubblico che nel privato la precarietà del lavoro ha costi piuttosto alti sia sui lavoratori che sulle organizzazioni (e quindi sul sistema dei servizi), legati alla perdita del know how di figure che, spesso, arrivano a rivestire posti di rilievo strategico all’interno delle organizzazioni. Il Coordinatore dell’ATS I di Pesaro inquadra bene il problema:

“mentre gli high skill sono soddisfatti della loro carriera professionale, pure in presenza di incarichi a tempo determinato, per quanto riguarda i collaboratori degli EELL, la loro situazione li obbliga ad essere costantemente sul mercato. La loro prospettiva è di continuare a rinnovare i rapporti di collaborazione, senza prospettive rispetto ad una carriera verticale ma soltanto orizzontale” (INTPU7).

E la precarietà dei contratti si riflette negativamente anche sulle strutture del comparto sanitario, malgrado tale settore si differenzi dagli altri enti pubblici per la tendenza più accentuata verso la stabilizzazione dei lavoratori atipici:

“L’alto turnover del personale a tempo determinato obbliga a bandire sempre nuovi concorsi e quindi ad avere continuamente nuovi lavoratori da formare e inserire nelle dinamiche dell’ente. Così si pongono anche seri problemi di motivazione del personale” (INTPU13).

Una risposta di auto organizzazione viene dal mondo delle cooperative sociali, nel quale il troppo breve orizzonte temporale degli appalti è il primo fattore di debolezza a ripercuotersi sui lavoratori:

“Per ragioni etiche e di investimento sul personale, la CoosMarche e altre cooperative adottano una strategia mirata a stabilizzare il lavoro dei propri soci, nonostante questo sia più costoso sotto il profilo economico: se la cooperativa perde la gara d’appalto di un servizio che gestiva, i suoi soci non perdono il lavoro ma possono lavorare per la nuova cooperativa vincitrice che subentra al servizio” (INTPU-A).

Il difficile equilibrio tra vincoli di mercato e approccio etico al tema del lavoro viene evidenziato anche dal presidente della cooperativa sociale Labirinto:

“Il sistema della cooperazione marchigiana ha rifiutato di adottare il Salario Medio Convenzionato, strumento che avrebbe permesso di ridurre la spesa sui contributi del lavoro. Vuol dire che per garantire pensioni dignitose ai propri lavoratori le cooperative rinunciano ad avere utili maggiori, con effetti negativi sulla patrimonizzazione delle strutture” (INTPU-B).

Un altro nodo critico legato alle caratteristiche del lavoro è quello dell'eccessiva **mobilità in uscita del personale**, che colpisce soprattutto le organizzazioni nonprofit, dove si registra un turn over piuttosto elevato. Le cause sono molteplici (scarsi livelli di remunerazione, di stabilità e di mobilità verticale si accompagnano all'alto *burn out*) e fanno sì che dalle cooperative sociali l'emorragia di lavoratori sia notevole, soprattutto tra coloro che sono dotati di un titolo di studio medio-alto. Il principale problema posto dal turn over alle organizzazioni erogatrici di servizi è quello della ridotta continuità formativa: se il personale cambia di frequente si deve sempre ricominciare daccapo con la formazione, e gli investimenti fatti dalla cooperativa vengono vanificati. Un alto turn over degli operatori sociali, inoltre, riduce la qualità e l'efficacia del servizio.

Malgrado la mobilità in uscita elevata, i diversi attori intervistati sono soddisfatti circa la **motivazione del personale** impiegato, è infatti questo fattore a permettere la flessibilità e adattabilità necessarie al sistema per reggere l'impatto di nuove e vecchie problematiche sociali. L'unico settore dove emerge in modo strutturato una carenza motivazionale da parte del personale è quello del comparto sanitario, dove probabilmente gravano le rigidità del sistema istituzionale e la scarsa mobilità verticale. Le cause principali d'insoddisfazione, sia nel pubblico che nel privato, riguardano il tipo di lavoro precario e sfibrante, nonché il **livello delle retribuzioni**. Un dato quantitativo che è emerso costantemente sia nel pubblico che nel privato, e che sorprende solo per l'ampiezza, riguarda la notevole differenza fra le retribuzioni più alte e quelle più basse dei lavoratori impegnati nel sociale. Si è osservata un'ampia differenza retributiva fra i soggetti che occupano posizioni dirigenziali e coloro che sono impegnati nelle mansioni di erogazione dei servizi, differenza più marcata nel settore pubblico rispetto alle cooperative, dove però gli stipendi risultano appiattiti verso il basso. Come possiamo vedere dalla Tabella 4.17, la differenza retributiva tra i livelli contrattuali più elevati ed inferiori degli altri EELL è superiore al triplo della differenza che riscontriamo nelle cooperative intervistate, mentre i Comuni si situano in una posizione intermedia.

Tabella 4.17 - Retribuzione mensile media lorda (valori in euro)

	Livelli più elevati	Livelli più bassi	Differenza tra livelli
Comuni	5750	2532	3218
Altri EELL	6900	1950	4950
Cooperative sociali	3570	2170	1400

Sembra paradossale che tra i contratti nazionali del terzo settore, proprio quello della cooperazione sociale, il soggetto a maggior vocazione imprenditoriale, sia quello che prevede il compenso inferiore, così rischiando una fuga di professionalità che potrebbe portare all'impoverimento del settore. Del resto è proprio l'adeguamento salariale legato al periodico rinnovo dei contratti a creare seri problemi al mondo della cooperazione sociale marchigiana:

“Gli aumenti contrattuali, pur necessari, si riflettono in modo devastante su una forma di impresa caratterizzata dall'alta intensità di lavoro. I tempi lunghi della contrattazione tra sindacati e centrali cooperative, cui si aggiunge la lentezza del rinnovo del tariffario regionale, fanno sì che gli aumenti contrattuali arrivino di colpo e con valore retroattivo. Inoltre sono costi maggiori a carico della cooperativa, visto che non trovano compensazione nei contratti in essere con gli enti pubblici, i quali si adeguano al nuovo tariffario regionale solo al loro rinnovo” (INTPU-B).

La formazione del personale è indicata da quasi tutti gli intervistati (pubblici e privati) come problema rilevante, sia per quanto riguarda la formazione in entrata, sia per quella continua, sia in relazione a competenze operative, sia in relazione ai livelli di qualifica formalmente necessari.²⁵

Nelle istituzioni (pubbliche e private) il problema maggiore nell'adottare una strategia di formazione continua del personale è costituito dal fatto che, considerato il numero ridotto di operatori, ciò rischierebbe di incidere, anche se solo *pro tempore*, sul livello dei servizi erogati. C'è poi da tenere in considerazione che nei piccoli Comuni coloro che sono impegnati nel sociale non seguono un'area specifica d'intervento, ma coprono i servizi per tutte le categorie di utenza.

Un altro problema rilevante espresso è lo scollamento dell'Università²⁶ e della formazione dal mondo del lavoro e dal territorio:

“Le cooperative sono spesso viste dall'Università come un parcheggio per gli stagisti. Non viene fatto a monte nessun incrocio tra le esigenze delle imprese e le competenze dei ragazzi. Questo perché mancano canali di dialogo tra i due enti. Allo stesso modo, arrivano in cooperativa laureati in psicologia e scienza della formazione molto preparati in ambito teorico, ma con nessuna competenza per affrontare casi reali” (INTPU-B).

Sarebbe invece importante che la domanda di professioni sociali incida sull'offerta formativa. Il fabbisogno di operatori sociali deve essere messo alla base dei percorsi di formazione, di aggiornamento e di riqualificazione. Questo potrebbe avvenire a livello dei PdZ con un ruolo della Regione nella definizione di criteri standard per la gestione dei servizi.

Anche tra le cooperative sociali la formazione è un'opportunità spesso vissuta come problematica. In mancanza di progetti formativi specifici offerti da altri enti, le cooperative più grandi si sono strutturate per organizzare

“percorsi di formazione continua interna del personale: la criticità sta nel suo alto costo, ma è necessaria per supplire in parte alla scarsa competenza in entrata del personale” (INTPU-A).

Se le cooperative sociali maggiori si sono dunque organizzate per una formazione interna, spesso con strutture apposite e attingendo ai finanziamenti del FSE erogati da Regione e Province, il problema sembra rimanere per quelle di piccole e medie dimensioni, che non sono in grado di sostenere un simile sforzo organizzativo. Del resto, sia a livello di consorzi sia di centrali cooperative non risulta esserci la forza per sostenere in modo sistematico iniziative formative mirate.

Le proposte sulla formazione che emergono per rispondere alle esigenze formative del territorio sono diverse e toccano svariati settori. Quella più generale è di rafforzare le sedi di dibattito riguardanti tali argomenti, aprendole alla partecipazione mirata delle organizzazioni che operano nel settore sociale. (attualmente sono gli Ambiti a svolgere tale funzione, con il Coordinatore che trasmette a Provincia e Regione le esigenze formative provenienti dai vari attori). Un'altra proposta che emerge in modo chiaro dalle interviste alle cooperative, è quella di realizzare un coinvolgimento pieno e diretto delle università (soprattutto con le facoltà di Scienza della formazione e Psicologia) nella costruzione di percorsi formativi impostati in modo nuovo, maggiormente rispondenti alle esigenze operative e coordinati con le cooperative stesse. Questa possibilità aiuterebbe le cooperative a trovare nuovo personale già formato, sgravandole degli oneri

²⁵ Nella sola provincia di PU è urgente la riqualificazione professionale di 420 operatori sociali che non hanno una sufficiente qualifica per soddisfare i parametri relativi all'accREDITAMENTO delle strutture dove lavorano.

²⁶ Presso l'Università di Urbino sono attivi i corsi di laurea in Scienza del Servizio Sociale e di laurea specialistica in Programmazione e Gestione delle Politiche e dei Servizi Sociali, oltre alle Facoltà in Scienze della Formazione e Psicologia.

del doverlo formare al proprio interno, e darebbe la possibilità ai neolaureati di un più facile inserimento nel mondo del lavoro.

Rispetto al rapporto tra **formazione e figure professionali**, la riforma del Titolo V della Costituzione attribuisce alle Regioni la competenza in materia di formazione professionale e questo ha determinato una situazione paradossale: da una parte abbiamo il caos rispetto alle varie figure normate tra regione e regione, con conseguente rigidità del mercato del lavoro nazionale, dall'altra rischiamo l'ingessamento interno alle singole regioni, con l'appiattimento su figure professionali più vicine al modello sanitario che sociale, con una conseguente perdita di ricchezza di quelle che sono le esperienze plurali del sociale.

Inoltre, allo stato attuale nel mercato dei servizi sociali e socio-sanitari permane una certa discrezionalità da parte del gestore del servizio circa la scelta delle figure da utilizzare, una scelta spesso influenzata più dal costo del lavoro che non dalle reali caratteristiche professionali. Sarebbero dunque necessarie indicazioni nazionali circa percorsi professionali più chiari (pensiamo alla confusione che permane rispetto alla figura dell'educatore), ma anche più flessibili, cioè in grado di riconoscere e valorizzare (anche dal punto di vista contrattuale) tutte le disparate competenze maturate dagli operatori nel corso di carriere orizzontali. Poiché l'insieme di queste professioni condivide alcune competenze comuni, sarebbe opportuno prevedere la possibilità di cambiare specializzazione senza disperdere le competenze già acquisite. Un sistema condiviso (e normato a livello regionale e nazionale) di riconoscimento dei crediti tra i vari sistemi formativi, insieme alla possibilità di riconoscere l'esperienza di lavoro degli operatori, faciliterebbe il passaggio da una professione all'altra.

Altre criticità presenti nel sistema, secondo i testimoni intervistati, riguardano **l'utenza** in continuo aumento, con sempre nuove tipologie cui fare fronte, e spesso con la difficoltà a raggiungerle in modo capillare, sempre in relazione alla carenza di mezzi e personale, ma anche alla difficoltà di gestire fenomeni sempre più complessi, che richiederebbero un livello di integrazione elevato, sia tra servizi sociali diversi, sia tra questi e quelli sanitari. Pensiamo, ad esempio, a settori in grande espansione e spesso con caratteristiche nuove, nei quali i servizi sono relativamente giovani e poco attrezzati a coglierne o gestirne la complessità, come quello degli Immigrati, oppure delle Dipendenze. Nei comuni maggiori la difficoltà è intercettare il disagio, come ci dice la dirigente dei servizi sociali del Comune di Pesaro:

“Se si avessero le forze necessarie, si dovrebbe calare maggiormente il servizio sociale nel territorio, con gli assistenti sociali presenti nei luoghi della città che siano anche soggetti di ascolto, antenne sensibili non solo per leggere meglio il bisogno ma anche per affrontarlo più efficacemente” (INTPU1).

Una testimonianza simile ci viene anche dal Direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche di Urbino:

“il principale fattore di criticità è il continuo aumento dell'utenza, l'emersione di nuove tipologie (in particolare la diffusione di cocaina, i poli-assunzioni di droghe, cocktail di nuove droghe, abuso di psicofarmaci, psicofarmaci associati ad alcool, ecc.) e la difficoltà a raggiungere gli utenti potenziali. Il DDP dovrebbe essere molto più proiettato nel territorio, ma manca di un'unità di strada.” (INTPU13).

Sul fronte delle cooperative sociali, l'aumento dell'utenza potrebbe significare lavoro aggiuntivo, e diventa un problema solo perché, di fronte alla limitatezza delle risorse, bisogna farsene carico col personale e le strutture esistenti. Le cooperative non registrano invece difficoltà riguardo alla gestione di nuove tipologie d'utenza e al loro raggiungimento.

Non sembra poi un problema stabilire **relazioni durature con l'utenza**, semmai, al contrario, quello di riuscire soltanto con estrema difficoltà a rendere autonomi i soggetti presi in carico, seguendo la logica di empowerment dell'utente, e quindi svincolarli dall'azione di supporto.

Al di là dei servizi essenziali, per la Provincia, le nuove tipologie di utenza che creano qualche problema sono i giovani immigrati che, al contrario dei coetanei italiani, rappresentano un mondo a parte, difficile da intercettare e coinvolgere.

Come si è accennato poc'anzi, la crescente difficoltà a fare fronte ad un'utenza in continuo aumento e con problematiche sempre nuove va ricollegata anche alle modalità ancora troppo settoriali nelle quali sono strutturati i servizi. La necessità di dare risposte sempre più personalizzate e che riguardino i diversi ambiti della vita degli utenti, richiama in modo pressante l'esigenza di un'**integrazione socio-sanitaria**, ancora incompleta, come ci spiegano alcune testimonianze dalle interviste alle strutture sanitarie.

“Benché esistano delle aree specificatamente sanitarie e altre specificatamente sociali, occorre che si lavori sempre più in maniera integrata. Lavorare insieme significa ottenere delle economie di scala, evitare la duplicazione di servizi e uffici, rendere più semplice l'accesso della cittadinanza. Nelle organizzazioni complesse, come le istituzioni sociali e sanitarie, è fondamentale contribuire attivamente all'orientamento dell'utente. Il problema del coordinamento non sussiste soltanto fra sociale e sanitario, ma anche all'interno del sanitario fra diverse aree. La mancanza di integrazione causa degli sforzi organizzativi e un aumento di costi che va a gravare sullo stato della sanità”. (INTPU9)

“Se non si investe nel sociale la spesa sanitaria aumenta più che proporzionalmente. Gli operatori che lavorano nei servizi cercano di lavorare insieme ed in maniera integrata, ma il problema resta quello delle risorse. Gran parte dell'alto costo della sanità è dato dalla spesa farmaceutica, e questa si potrebbe ridurre di molto rafforzando il lavoro degli psicologi. Con livelli appropriati di assistenza domiciliare e di assistenza sociale-riabilitativa si potrebbe ulteriormente ridurre i costi della sanità”. (INTPU8)

La proposta che emerge da queste interviste è rafforzare l'integrazione socio-sanitaria, almeno per alcuni servizi strategici, investendoci risorse e potenziandone gli aspetti sociali. A livello di spesa pubblica questa strategia porterebbe ad un grande risparmio visto che, esercitando un'azione preventiva, contribuirebbe a ridurre la pressione sui servizi sanitari, decisamente più costosi di quelli sociali. Come evidenziato in precedenza, nelle Marche si sono realizzati passi importanti in questa direzione, ma un'azione politica regionale giudicata da molti troppo morbida e la presenza di istituzioni rigide e chiuse all'innovazione, poco abituate al dialogo con l'esterno, rendono ancora incompiuto tale percorso. Sarebbe dunque necessario superare una prospettiva divisa per competenze, incapace di mettere al centro dell'attenzione la persona nei suoi bisogni complessivi sociali e sanitari, senza divedere settorialmente questi aspetti.

“Per cercare di superare gli ostacoli che si frappongono ad una piena integrazione socio-sanitaria occorrerebbero delle nuove formule organizzative e un input politico più forte. Bisognerebbe prevedere che le risorse già a monte siano gestite insieme da Comuni e ASUR. La presa in carico dell'utente deve essere fatta congiuntamente dal sociale e dal sanitario quando questi presenta problematiche afferenti alle due aree. L'intervento è più costoso (si disperdono risorse,) e meno efficace se le istituzioni pubbliche si alternano nella presa in carico di un utente con problemi socio-sanitari. I limiti sono soprattutto della struttura ordinamentale, come si evince ad esempio dalla presenza di due assessorati regionali distinti per il sociale e per il sanitario. Se non si uniscono le due aree al livello che detiene un potere legislativo-finanziario è difficile immaginare che sul territorio si realizzi l'integrazione.”. (INTPU1)

Sono diverse le voci che lamentano un **ingessamento burocratico** delle amministrazioni, la cui struttura è inadeguata perché troppo lenta e macchinosa per dare risposte, poiché l'efficacia dipende spesso dall'immediatezza e dalla capacità di contestualizzazione/personalizzazione del servizio offerto. Rispetto a tali carenze di flessibilità nei servizi, nei Comuni (così come nelle cooperative),

si riesce a supplire almeno in parte grazie soprattutto alla disponibilità degli operatori, mentre nel comparto sanitario questa risulta essere una criticità significativa.

4.5.3 Le badanti e la "familiarizzazione" dell'assistenza

L'esplosione del fenomeno delle badanti negli ultimi anni è stato determinato dal mix costituito da una famiglia forte, un invecchiamento della popolazione e dalla crisi del welfare. Una famiglia forte che però in realtà vede diminuire la sua capacità di prendersi cura dei soggetti che necessitano di aiuto all'interno del nucleo familiare (anziani, disabili e minori). Ovviamente il fenomeno è legato alla crescente offerta di lavoro da parte di immigrati, spesso irregolari. I dati ufficiali sulla presenza di addetti stranieri alla collaborazione familiare, essendo basati sull'iscrizione all'INPS, non comprendono ovviamente tutte quelle badanti che lavorano in modo irregolare. Come si può osservare nella Tabella 4.18, rispetto al dato nazionale le Marche presentano un'incidenza sotto la media di collaboratori familiari rispetto al numero di abitanti, tuttavia la distribuzione sul territorio appare differenziata, visto che la maggiore incidenza relativa si nota nella provincia di Pesaro Urbino (7,7 lavoratori ogni 1.000 abitanti).

Dal punto di vista del sistema, le assistenti familiari possono essere considerate una soluzione al ribasso, cui delegare i problemi di una società che invecchia. E' un tipo di soluzione privata che si basa su un'ampia quota di lavoro irregolare, e che incrocia le "convenienze" sia dello Stato, che vede contenere una questione altrimenti dirompente, sia delle famiglie, che trovano nel mercato nero soluzioni più economiche, sia delle assistenti straniere che -da irregolari- sono costrette ad accettare un lavoro che spesso abbandonano appena regolarizzate. Gran parte degli attori intervistati concorda sul fatto che la familiarizzazione della spesa sociale sia il tentativo (fallimentare) di trovare risposte individuali a problemi di sistema, e sulla necessità di trovare, dunque, in modo collettivo le possibili vie d'uscita.

Tabella 4.18 - Addetti stranieri alla collaborazione familiare e incidenza sulla popolazione in Italia e nelle province marchigiane

Province	Assicurati INPS 2002	Regolarizzati 2002	Somma 2003	Assicurati INPS 2004	Collab. Familiari ogni 1000 ab.
Pesaro/Urbino	609	2.174	2.783	n.d.	7,7
Ancona	772	2.267	3.039	n.d.	6,6
Macerata	856	1.323	2.179	n.d.	7,0
Ascoli Piceno	1.201	1.539	2.740	n.d.	7,3
Marche	3.438	7.303	10.741	10.830	7,1
ITALIA	147.328	343.350	490.678	n.d.	8,5

Fonte: INPS (2004); INPS regionale Marche

Le politiche di welfare non possono ignorare la rilevanza del ruolo che ricoprono le assistenti familiari nell'odierno contesto sociale. Bisogna partire dalla constatazione che oggi le assistenti familiari, spesso co-residenti con la famiglia, sono intrappolate in una condizione di assenza di tutele, precarietà lavorativa, scarsa competenza professionale e scarse possibilità di connettersi con le altre risorse di cura. Dovrebbero invece essere viste in una dimensione collettiva per poter

sviluppare il loro ruolo lavorativo e professionale ed evitare così ripercussioni negative sulla qualità dell'assistenza. Al di là delle politiche macro da attuare a livello nazionale, che riguardano il finanziamento pubblico dei costi diretti e l'istituzione di un fondo per la non autosufficienza, a livello locale si può operare con il sostegno economico della domanda, con servizi che facilitino l'incontro fra domanda e offerta di assistenza e con l'istituzionalizzazione di percorsi formativi.

Per quanto riguarda il **sostegno economico della domanda** bisogna evitare che assegni e buoni erogati vadano ad alimentare il mercato nero, ma siano invece legati a un percorso di regolarizzazione. Attualmente sono diversi i comuni che erogano un contributo di sostegno alle famiglie, che copre gli oneri fiscali e spinge alla regolarizzazione del fenomeno. Tale forma di contribuzione non è ancora diffusa in maniera omogenea negli ATS di Pesaro e di Urbino, soprattutto in termini di beneficiari, e se prendesse piede dovrebbe essere anche affiancato da un accompagnamento alle famiglie. Il trasferimento di risorse alle famiglie consente alle istituzioni pubbliche di favorire la permanenza degli anziani a domicilio, evitando quindi il ricorso alle costose strutture residenziali. Questo percorso è stato intrapreso, ad esempio, dalla Regione Marche che mette a disposizione delle famiglie con anziani a carico degli assegni di cura, tuttavia lo fa senza vincolo di destinazione. Sarebbe forse più opportuno adottare un modello di *voucher*, come suggerisce Pavolini (*Prospettive Sociali e Sanitarie* n° 14, 2006), che vincoli il contributo economico al suo corretto utilizzo.

Sembra in tutti i casi auspicabile trovare nuove risposte collettive che prevedano il superamento organizzativo del rapporto di cura “uno a uno” tra assistito e badante, così antieconomico e poco sostenibile sia nella dimensione individuale che sistemica.

Sino ad ora le iniziative sul versante della **formazione professionale**, avviate in Italia e così anche negli ambiti presi in esame, si sono caratterizzate per la loro frammentarietà territoriale, eterogeneità e discontinuità nel tempo. Ci sono poi limiti quantitativi, in quanto le assistenti formate sono solo la punta dell'iceberg rispetto alle dimensioni del fenomeno. Sfuggono alla possibilità di formazione le assistenti familiari che sono prive di permesso di soggiorno o di un regolare contratto di lavoro. Inoltre i corsi di formazione, se non sono inseriti in un disegno coerente che sostenga il maggior costo di assistenti più competenti, rischiano di risultare inefficaci. L'iter formativo deve tenere conto dell'attività multidisciplinare che la badante è chiamata a svolgere con prestazioni domestiche, di sostegno psicologico ed infermieristiche. Una parte della sfida dell'integrazione socio-sanitaria coinvolge anche la capacità delle assistenti sociali di utilizzare i diversi saperi tecnici. Per la completezza del percorso formativo si dovrebbe prevedere di coinvolgere anche le famiglie che non sono destinatarie passive, ma partecipano al lavoro di cura.

Un'altra possibile via d'uscita, già percorsa nella provincia di PU, sarebbe quella di progettare **servizi di sollievo**, cioè strutture che funzionano come specie di “nidi per anziani” e che, oltre a sollevare la famiglia durante la giornata, prevedono al proprio interno servizi di riabilitazione psicofisica, nonché la possibilità di socializzare con i propri coetanei.

In questo caso il rapporto di assistenza non è più uno a uno e il servizio diventa più economico, oltre al fatto che richiede al pubblico una maggiore assunzione di responsabilità.

4.6 Conclusioni

Da questa indagine emerge un quadro di buona qualità del sistema locale di welfare, che tuttavia appare fortemente differenziato anche in due ambiti territoriali attigui. Il concetto di “Italie sociali” (Mirabile, 2005) sembra poter descrivere in modo efficace non solo le enormi differenze fra Regioni, ma anche le significative discontinuità riscontrabili all'interno di uno stesso Ambito e che denotano un sistema di cittadinanza sociale molto frastagliato. Le risorse destinate alla spesa sociale si caratterizzano, oltre che per un trend di crescita inadeguato rispetto alla dinamica dei bisogni e al costo degli interventi, per una forte disparità territoriale. Inoltre, l'impegno nel fronteggiare situazioni di emergenza impedisce agli attori pubblici di coltivare e valorizzare le potenzialità

esistenti sul territorio. E' percezione generale che, senza iniziative adeguate, si rischi di vedere aumentare le differenze quantitative e qualitative dei servizi sociali tra i diversi comuni appartenenti ad uno stesso ambito territoriale.

Il salto culturale richiesto dalla L.328 agli attori pubblici e privati è avvenuto solo in parte. Le modalità innovative necessarie al settore pubblico nel co-progettare, valutare e monitorare gli interventi, non sempre sono state attivate. Al contrario, con la delega dei servizi spesso il pubblico sembra rinunciare anche al ruolo di guida e alle responsabilità ad esso correlate. Problema tanto più reale in un territorio che negli ultimi anni ha visto trasferire dal pubblico al privato la gran parte dell'occupazione nel sociale.

Sul piano pubblico si pone, inoltre, il problema della cooperazione inter istituzionale e del coordinamento tra attori diversi. Resta difficile per i Comuni abdicare alla propria autonomia di intervento nel sociale a favore di una gestione sovra-comunale che realizzi economie di scala ed un'adeguata razionalizzazione dei servizi. Al contempo, non tutte le realtà del terzo settore hanno colto appieno l'opportunità di reale partecipazione al processo di governance delle politiche di welfare. La riforma sembra avere effetti di tipo incrementale rispetto alla cultura di programmazione già esistente all'interno dei diversi territori, più che sollecitare innovative modalità di governance e la partecipazione di nuovi attori sociali. L'istituzionalizzazione delle nuove pratiche di politiche partecipate a livello locale sembra orientarsi verso una diversificazione "territorialmente strutturata", differenziata a seconda del contesto sulla base sia della struttura socio-economica che del *milieu* istituzionale di riferimento.

Un ruolo importante nell'agevolare l'implementazione della nuova normativa può essere giocato dalla formazione che, se sostenuta a livello nazionale e regionale da una nuova ridefinizione normativa delle principali figure professionali che operano nel sociale, e sforzandosi per una maggiore apertura alle esigenze espresse dalla dimensione territoriale, potrebbe aumentare le competenze programmatiche dei vari attori, contribuendo a fondare un lessico comune.

Appare infatti prioritario realizzare un forte coordinamento tra la pluralità di istituzioni e servizi, promuovendo la collaborazione fra figure professionali che adottano metodologie e criteri operativi distinti. Allo stesso modo, investire nel sociale e operare per una reale integrazione socio-sanitaria potrebbe significare ridurre in maniera più che proporzionale la spesa pubblica. La difficoltà maggiore sta nel riuscire a superare la tendenza di ogni istituzione e professione ad agire seguendo logiche autoreferenziali, per creare una filiera integrata. Gli accordi di programma, in quanto atti formali, da soli appaiono insufficienti a produrre sistema, se non sono accompagnati da iniziative che coordinino soggetti e operatori di servizi diversi. Inoltre, pur nell'arretramento della dimensione sociale, i servizi restano un elemento essenziale che contribuisce a "fare comunità"; potrebbero aprirsi alla partecipazione degli attori del sociale e dell'insieme della comunità, assicurando trasparenza e risultati più efficaci, e riaffermando così il senso della loro presenza.

Capitolo 5

Il caso di Venezia Mestre

5.1. Il caso di Venezia Mestre e la metodologia adottata

Il caso di Venezia Mestre ha riguardato il territorio del Comune e ha seguito la metodologia delineata nel capitolo 3. Per quanto riguarda i soggetti che sono stati protagonisti della ricerca, ricordiamo che i primi ad essere coinvolti in interviste generali sono stati alcuni testimoni privilegiati del sistema locale dei servizi sociali, quali i referenti del Piano di Zona, i sindacati della Funzione Pubblica, i rappresentanti di organizzazioni nonprofit, cooperative sociali locali, alcuni dirigenti della Provincia e della Regione. Si è scelto di somministrare il questionario semi-strutturato anche ai Funzionari responsabili dei diversi Servizi del Dipartimento di Welfare del Comune di Venezia-Mestre, così strutturato: Servizio Immigrazione e Promozione dei Diritti di Cittadinanza, Servizio Pronto Intervento Non Residenti, Servizio Infanzia e Adolescenza, Servizio Anziani-Disabili-Salute Mentale, Servizio Adulti. Si è poi proseguito nell'intento di avere un quadro complessivo di tutti i soggetti operanti nel sociale con le interviste ad alcuni dirigenti del privato sociale, in particolare di alcune cooperative di tipo A e B.

Preliminarmente alla fase operativa di somministrazione dei questionari, si è provveduto a esaminare i documenti legislativi e amministrativi nazionali e regionali che riguardano il sistema di Welfare. In particolare ci si è riferiti alla legge 328/2000, e al "Piano Regionale per un Sistema integrato di interventi e servizi sociali". Punto di riferimento centrale nell'elaborazione dello studio è stata l'analisi dei Piani di zona del Comune di Venezia.

5.2. Il sistema locale dei servizi sociali: istituzioni, soggetti, attività

5.2.1 Il contesto economico e socio-demografico

La diminuzione del tasso di natalità e l'aumento del numero degli anziani sono fenomeni nazionali, ma che assumono particolare rilevanza nel Veneto. La struttura demografica soffre da tempo di un calo del saldo naturale: in sostanza, il numero dei nati è costantemente minore di quello relativo ai decessi (il deficit è compensato da un saldo migratorio positivo; nonostante i tassi di natalità siano ancora estremamente bassi, il Veneto, grazie alla dinamica positiva dei flussi migratori, registra tassi positivi di crescita demografica). Nella Regione Veneto la popolazione con più di 65 anni aveva raggiunto, già nel 2002, quasi 850 mila unità, pari al 18,5% del totale della popolazione residente con punte di invecchiamento più elevate (pari o superiore al 20%) in alcuni territori montani. Rispetto alla popolazione residente nella Provincia di Venezia, se si considera che nel 2006 il totale della popolazione residente è di 832.236 abitanti i cittadini con almeno 65 anni sono pari al 20,6% della popolazione residente. Il dato comunale è ancor più indicativo: al 31 dicembre del 2007 il 25,99% della popolazione ha superato i 65 anni d'età. L'indice di vecchiaia, calcolato come quota degli ultrasessantacinquenni sui minori di 15 anni, è del 2,25.

Il processo di invecchiamento della popolazione non sembra doversi arrestare a breve termine. Secondo le previsioni demografiche dell'Istat, nel 2012 la popolazione ultrasessantacinquenne della Regione Veneto aumenterà di circa 180.000 unità rispetto al 2002, a fronte di una lieve diminuzione

dei giovanissimi (i giovanissimi, tra i 0 e 14 anni, nel 2012 saranno pari a 621.584, -2.421 unità rispetto al 2002) e una diminuzione di oltre 46.000 unità della popolazione in età attiva (nel 2012 la popolazione, tra i 15 e i 64 anni, sarà pari a 3.060.115, -46.281 unità rispetto al 2002).

E' evidente che la domanda di cura e assistenza della popolazione risente di tali dati e l'offerta dovrebbe esserne coerente.

Il tasso di occupazione femminile nel 2003 ha raggiunto il 39,5%, e si presume possa salire entro la fine del decennio al 50%. Il maggior impegno lavorativo della donna fuori delle mura domestiche, ma anche un'organizzazione familiare fortemente rivolta al di fuori del contesto domestico, sono i principali fattori che rendono necessario un crescente intervento a favore dell'infanzia, intervento che viene ulteriormente accentuato da "nuovi" fenomeni sociali, come il crescente tasso di rottura dei rapporti matrimoniali (tasso di separazione e tasso di divorzialità) e la tendenza generale verso la deistituzionalizzazione della vita familiare (aumento delle convivenze e formazione delle cosiddette famiglie di fatto) che risultano in aumento (nel 2001 in Veneto ci sono stati 12,7 divorzi per 100 matrimoni e 25,4 separazioni per 100 matrimoni; in Italia 15 divorzi per 100 matrimoni e 29 separazioni per 100 matrimoni)

La configurazione dei servizi dovrà inoltre tener conto naturalmente anche di fenomeni demografici e culturali derivanti dai flussi migratori. Infatti i residenti immigrati nella Provincia di Venezia nel 2006 rappresentavano il 4,75% della popolazione (Istat). Si consideri che il saldo demografico complessivo tra il 2003 e il 2006 è stato positivo per 19.032 unità, ma che senza il contributo della popolazione immigrata pari a un più 20.577 unità nel triennio sarebbe complessivamente negativo per 1.545 unità.

I fattori che mettono a rischio la tenuta dei servizi sociali, non sono solo le nuove dinamiche demografiche, come la diminuzione della natalità, l'aumento del numero di anziani e la progressiva crescita della componente immigrata, ma anche i cambiamenti strutturali nelle condizioni di vita e di lavoro, l'evoluzione del sistema dei valori, e i diversi scenari di sviluppo economico. Tali mutamenti richiedono la revisione e la ri-concertazione del sistema dei diritti e delle garanzie sociali e quindi nuove politiche e strumenti di governo. A questi va ad aggiungersi la particolare propensione turistica dell'intero territorio e flussi di utenza non residenziale: pendolari, studenti universitari, militari, ecc., come rilevato da uno studio svolto dal Servizio Statistica e Ricerca del Comune di Venezia dove, secondo i dati dell'anagrafe, la popolazione che usufruisce dei servizi è largamente superiore a quella ufficialmente residente. Questa quota aggiuntiva di popolazione non residente, non considerata nelle statistiche ufficiali e soprattutto nella ripartizione delle risorse, solo per il Comune di Venezia si quantifica in circa 100.000 unità.

La situazione è caratterizzata dunque da un forte grado di complessità: da un lato, la ricchezza diffusa presente sul territorio definisce nuovi bisogni e moltiplica le istanze; dall'altro, permangono sacche di disagio e si manifestano "nuove povertà".

Per quanto riguarda il mercato del lavoro nell'area considerata dalla ricerca valgono le tendenze che si sono riscontrate a livello nazionale negli ultimi anni, con delle particolari accentuazioni rispetto al passaggio da un'economia industriale a una basata essenzialmente sui servizi. Lasciato alle spalle un passato caratterizzato dall'industria pesante e chimica, l'economia veneziana punta infatti ormai decisa sul terziario, anche se non è trascurabile l'influenza dell'industria e della pesca. L'onda lunga della terziarizzazione sta manifestando i suoi effetti anche sul sistema produttivo regionale, influenzando sulla ricomposizione dei pesi tra i diversi settori e sul livello di interdipendenza funzionale esistente tra attività dei servizi e manifattura nonché, all'interno di quest'ultima, tra attività di trasformazione di beni e funzioni della produzione immateriale. La crescita dell'occupazione nei servizi è stata intensa: quasi il 90% della crescita occupazionale è attribuibile

al terziario. Saremmo quindi di fronte ad una fase di ridimensionamento continuo e generalizzato dell'occupazione manifatturiera. A livello regionale nel 2006 sono cresciuti gli occupati e il tasso di occupazione (ma quasi niente la produttività). Tra i dipendenti crescono impiegati, operai, quadri, dirigenti; tra gli indipendenti crescono i liberi professionisti. I dati dei Cpi veneti del 2007 sottolineano un calo di assunzioni nel settore dei servizi sociali rispetto al 2006, probabilmente dovuto a nuove assunzioni con forme contrattuali atipiche.

La provincia di Venezia si caratterizza per avere zone geografiche con tessuti economici e sociali diversi. Ciò emerge guardando anche la struttura della domanda di lavoro espressa dal mondo delle imprese.

Nel veneziano la domanda di lavoro nel settore turistico rappresenta il bacino di impiego preponderante: le assunzioni nel turismo pesano per il 36% delle assunzioni totali.

I dati provinciali: i settori che assorbono i principali flussi di lavoratori sono per il 41% i Servizi alla persona (che include il turismo), per il 16% i Servizi della distribuzione (commercio e trasporti). Seguono i Servizi sociali (9%), le Costruzioni (8%), i Servizi alla produzione (8%) e l'Industria metalmeccanica (8%).

Il dato comunale dei flussi di assunzione nel settore dei Servizi Sociali (dati Cpi del comune di Venezia) si attesta tra i più bassi della Provincia, con il 6,2% (con picchi del 27% in altri comuni della provincia, es. Chioggia) (tabella 1)

Tabella 5.1 - Provincia di Venezia. Avviamenti per settore, genere e nazionalità. Anno 2006

	Comp. % settori	Comp. % stranieri	% donne per settore	% stranieri per settore
Primario	2,8	3,5	32,4	27,3
Sistema moda	2,5	3,7	65,7	32,0
Legno - mobilio	1,3	1,4	26,9	23,9
Metalmeccanica	7,5	8,7	15,6	25,4
Altre industrie	4,7	3,5	39,6	16,2
Costruzioni	7,6	12,1	6,5	34,8
Servizi della distribuzione	16,3	7,3	52,6	9,9
Servizi alla produzione	7,7	5,8	60,5	16,6
Servizi alla persona	40,7	51,7	54,9	28,0
Servizi sociali	8,7	2,4	77,3	6,2
Tot.	100,00	100,00	48,8	22,1

All'interno del mercato del lavoro in tutti i settori dell'area considerata – seguendo i trend nazionali – si stanno sviluppando sempre di più le forme di lavoro atipiche, i contratti a tempo e le collaborazioni. La massima concentrazione delle collaborazioni si ha nei servizi alla produzione (attività professionali e informatica) con oltre 6.000 rapporti instaurati; seguono i servizi sociali, soprattutto pubblici con quasi 6.000 rapporti (soprattutto nell'istruzione ma anche nella Pubblica Amministrazione); vengono infine i servizi distributivi (commercio in primis) e i servizi alla persona con circa 3.500 rapporti instaurati per ciascun gruppo; infine costruzioni, industria manifatturiera e agricoltura insieme valgono meno del 20% del totale delle collaborazioni instaurate. Netta è pertanto la caratterizzazione terziaria dell'uso di questi strumenti.

Nella provincia di Venezia, ogni 100 assunzioni annuali ce ne sono circa 60-70 con contratto diverso da quello standard (a tempo indeterminato). Questa media viene superata nelle zone turistiche. Tra i contratti atipici rientrano le collaborazioni a progetto che sono meno diffusi di quanto si pensi: in provincia esse incidono sul totale delle assunzioni per il 4%, con una punta del

6% nel veneziano. Ma la stabilità nel lavoro e l'offerta di lavoro più qualificata sembra confliggere e penalizzare i giovani. Infatti, tra le previsioni di assunzione con contratto di lavoratore dipendente pesano le qualifiche medio-basse (impiegati, commessi, operai specializzati), mentre tra i collaboratori le professioni più qualificate scientifiche e tecniche (fonte: indagine Excelsior 2007). La stabilità nel lavoro sembra premiare le qualifiche medio-basse e (di conseguenza) i lavoratori con percorsi scolastici più brevi. Intanto, però, la scolarità aumenta e gli investimenti sull'istruzione crescono e, a quanto pare, gli sbocchi professionali, se ci sono, continuano a provenire più dal comparto pubblico (o dal terzo settore) che dalle imprese. (Fonte: elaborazioni COSES su dati Indagine Excelsior, www.coses.it)

5.2.2 Il sistema dei servizi sociali nella Regione

Le modifiche intervenute al Titolo V della Costituzione, espressione del procedimento di mutamento istituzionale dello Stato, iniziato con le leggi Bassanini e con il d.lgs. 112/98, per opera della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, hanno notevolmente potenziato il ruolo della Regione nella programmazione e nella disciplina delle politiche sociali e socio-sanitarie, assegnando ad essa la competenza esclusiva legislativa in questa materia. Al legislatore nazionale è stato lasciato il potere normativo relativamente alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale (art. 117, comma 2 lett. m).

La Regione Veneto ha perseguito per molto tempo un progetto di riforma complessiva del proprio sistema dei servizi sociali. Tuttavia si è pervenuti a un organico quadro di riferimento solo dalla fine degli anni '90, con il Piano Socio-Sanitario Regionale (1996-1998). Il progetto di riforma è stato sviluppato poi negli anni successivi con ulteriori interventi. Fra questi ha assunto particolare importanza la legge regionale 13 aprile del 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle Autonomie Locali in attuazione del Decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112", che detta i principi della programmazione dei servizi sociali, individuando nel territorio di ciascuna Ulss la dimensione territoriale ottimale per l'esercizio dei servizi ed il "piano di zona" come strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria.

In questo contesto gli obiettivi generali della politica regionale per i servizi sociali appaiono già ben delineati, e riconducibili a: promuovere, valorizzare, formare, ed educare alla socialità tutti i cittadini, sia come singoli sia nelle diverse aggregazioni sociali; prevenire i fattori del disagio sociale; reinserire nel nucleo familiare, e nel normale ambiente di vita, quelle persone che, per qualsiasi causa, fossero state escluse od emarginate; soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona. La legge regionale ha, inoltre, istituito un nuovo strumento finanziario, il "Fondo regionale per le politiche sociali", in cui confluiscono le risorse destinate dallo Stato alla Regione in materia di servizi sociali per l'esercizio delle nuove funzioni trasferite, attribuite o delegate, nonché le risorse regionali destinate al conseguimento degli obiettivi della programmazione regionale.

La riforma dei servizi sociali è perfezionata dal disegno di legge volto a predisporre un "Testo organico per le Politiche Sociali della Regione Veneto" (p.d.l. n. 241 presentato al Consiglio regionale il 31/01/02). Esso recepisce, da una parte le indicazioni e i vincoli imposti dalla legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, l. 328/2000, e da un'altra le numerose istanze che costituiscono la specificità del modello Veneto nell'ambito dei servizi sociali. L'approvazione di questa legge costituisce un traguardo importantissimo per la Regione Veneto. La volontà della Regione è quella di promuovere un sistema di servizi sociali che coinvolga pienamente tutti gli attori delle politiche sociali, non solo istituzionali, come Regione, Province e Comuni, ma anche gli altri soggetti pubblici e privati, come le Ulss e i soggetti del terzo settore, in uno sforzo unitario che sia rispettoso dei seguenti principi: uguaglianza, libera partecipazione, solidarietà; omogeneità, efficienza, economicità ed efficacia degli interventi;

responsabilità ed adeguatezza dei soggetti attori; copertura economica, finanziaria e patrimoniale dei servizi.

Con questo Progetto di legge la Regione riconferma il ruolo della famiglia nella formazione e cura della persona, nella promozione del benessere, nei compiti svolti nelle situazioni di disagio e nella non autosufficienza. Ma la famiglia è vista anche quale riferimento essenziale nell'erogazione di titoli per l'acquisto di servizi sociali e altri interventi economici, per le politiche di conciliazione tra tempo di cura e di lavoro, per i servizi formativi ed informativi per la genitorialità, per l'aiuto al sostegno domiciliare, per i servizi di "sollevio", e per l'affido familiare. Per realizzare il sistema integrato dei servizi sociali è stato necessario apportare un generale riassetto dell'impianto istituzionale e la proposta di "Piano regionale dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2003-2005 - Politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali della Regione Veneto" rappresenta il più appropriato strumento per definire i nuovi assetti. Si passa da un Piano socio- sanitario regionale finalizzato sostanzialmente al sostegno e all'integrazione socio-sanitaria, come problema ancora non completamente risolto, ad un Piano Regionale per la Persona e la Comunità che guarda ai destinatari e agli attori delle politiche di Welfare che sono appunto le persone, le famiglie e le Comunità locali.

L'asse di gravità si sposta dagli organismi produttori dei servizi a tutti gli attori dei sistemi locali di Welfare, creando le condizioni affinché questi diventino soggetti attivi di politiche di promozione sociale, assumendo tutte le conseguenze che questo obiettivo comporta, anche in termini di nuove sperimentazioni istituzionali e gestionali. La Regione, per poter dar corso ed applicare le linee programmatiche e d'intervento definite nell'ambito delle Politiche Sociali, ha bisogno di una attività di informazione che permetta la costante ricognizione e il monitoraggio dei dati riguardanti i bisogni dei propri cittadini e delle realtà presenti nel proprio territorio. Questo anche per poter sviluppare un sistema di verifica e di riscontro dei risultati ottenuti attraverso la rete dei servizi posti in essere. Con d.g.r. n. 2946 del 3 ottobre 2003 la Giunta regionale ha approvato quindi la riorganizzazione della rete integrata degli Osservatori sociali, prevedendo la nomina, tra l'altro, di un unico Comitato Regionale coordinato dal Dirigente della Direzione regionale per i Servizi Sociali per raccordare e programmare unitariamente le aree di competenza e di attività di tutti gli Osservatori regionali, secondo gli indirizzi forniti dalla Giunta Regionale, anche mediante l'attribuzione agli stessi Osservatori di ulteriori attività trasversali alle funzioni e ai compiti dell'intero sistema. A detto Comitato regionale spetta l'approvazione dei Piani annuali/triennali di intervento dei rispettivi Osservatori regionali. (*vedi appendice*)

5.2.3 Il sistema dei servizi sociali nel Distretto di Venezia Mestre

Le istituzioni pubbliche

All'interno del sistema locale pubblico dei servizi sociali intervengono a diversi livelli i seguenti attori: Regione Veneto, Provincia di Venezia, Comune di Venezia. Il Comune di Venezia, dai riscontri ottenuti con la nostra ricerca, risulta in alcuni casi associato ad altri tre piccoli comuni limitrofi. Ci sono poi da considerare le Municipalità veneziane e la Ulss 12.

Un ruolo altrettanto centrale nella gestione dei servizi sociali viene agito dalle Cooperative Sociali, Associazioni di volontariato e nonprofit e, in misura specifica, dall'Ipab (per quanto riguarda in particolare l'area anziani e disabili).

Dal punto di vista dell'organizzazione generale del sistema integrato dei servizi sociali, è stata la legge 328 a stabilire le funzioni dei soggetti pubblici e il rapporto tra erogazione dei servizi da parte dello stesso pubblico e applicazione del principio di sussidiarietà. Secondo l'articolo 6 della legge 328, "i Comuni sono i titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a

livello locale e concorrono alla programmazione regionale”. Ai Comuni, oltre ai compiti stabiliti dalla legislazione precedente alla 328 (dls n.112, 31 marzo 1998), spettano – nell’ambito delle risorse disponibili – le seguenti attività:

- programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, compresa l’indicazione delle priorità di intervento.;
- erogazione dei servizi, di specifiche prestazioni economiche, nonché delle attività assistenziali già di competenza delle Province;
- autorizzazione, accreditamento e vigilanza sui servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica;
- partecipazione al procedimento per l’individuazione degli ambiti territoriali.

Nello stesso articolo della 328 è prevista anche la necessità da parte dei “Comuni di promuovere 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”.

L’attenzione della ricerca sul lavoro nel settore dei servizi sociali si è dovuta quindi per forza di cose concentrare sull’ambito comunale, perché è il Comune il cardine intorno a cui ruota la gran parte del lavoro di gestione in materia sociale. Il ruolo chiave nella programmazione e nell’erogazione dei servizi sociali è svolto infatti dal Comune di Venezia, che ha costituito il Dipartimento di Welfare, con funzioni di progettazione, coordinamento tra aree di intervento, osservatorio e erogazione di servizi (nonché funzioni gestionali ed economiche).

In base alla tipologia di utenza e dei bisogni individuati dalla ricerca (che non rispecchia la classificazione Istat), il Dipartimento ha previsto l’istituzione di 5 Servizi differenziati.

Servizio Anziani-Disabili e Salute Mentale

Servizio Adulti

Servizio Infanzia e Adolescenza

Servizio Immigrazione e Promozione dei Diritti di Cittadinanza

Servizio Pronto Intervento Sociale per non Residenti

Il Dipartimento è inoltre composto dall’Osservatorio Politiche di Welfare (con funzioni di progettazione e attivazione di risorse), dal Servizio Risorse Economico Finanziarie e Tecniche, dalla Direzione Politiche della Residenza e dalla Direzione Politiche Educative e Sportive.

Il Dipartimento del Welfare si struttura in tre diverse direzioni: Direzione Politiche Sociali, Partecipazione e dell’Accoglienza; Direzione Politiche Educative e Sportive; Direzione Politiche della Residenza. Ognuna di queste tre direzioni si articola in una specifica organizzazione e divisione del lavoro interno. La direzione Politiche Sociali, Partecipative e dell’Accoglienza si sviluppa in due grandi sottoaree: l’area delle Politiche Sociali vere e proprie e l’area della Pianificazione, programmazione e controllo. Per Politiche Sociali si intendono appunto tutti quegli interventi previsti nell’articolazione in cinque servizi di cui sopra (adulti, non residenti, diritti di cittadinanza, infanzia e adolescenza, anziani e disabili). Le finalità del servizio Anziani e Disabili Salute Mentale sono legate alla gestione di tutti gli interventi in favore di questa fascia di popolazione. Per quanto riguarda il Servizio Politiche cittadine per l’infanzia e l’adolescenza, la finalità del servizio stesso sono concentrate sull’orientamento, la programmazione e il coordinamento gestionale; oltre alla pianificazione e al controllo territoriale, viene prevista anche la funzione di sensibilizzazione della comunità sociale all’attenzione per i problemi dell’infanzia e dell’adolescenza; nel servizio è compresa la gestione del Centro Unico per l’Affido e la Solidarietà Familiare. Il servizio Immigrazione e promozione dei diritti di cittadinanza è nato nei primi anni ’90 con l’obiettivo di favorire un’accoglienza rispettosa dei diritti degli immigrati e delle loro famiglie. In particolare il Servizio Immigrazione offre orientamento e informazione sui temi inerenti all’immigrazione attraverso sportelli informativi e colloqui individuali, interventi di servizio sociale professionale specializzato di supporto a singoli e famiglie, consulenza legale, mediazione linguistico-culturale in ambito scolastico e sociale, sostegno alle associazioni di immigrati,

realizzazione di progetti per favorire le relazioni interculturali, orientamento ai servizi sociali, sanitari e scolastici del territorio, orientamenti ai servizi di prima accoglienza. Separato dai servizi immigrati, per la sua specificità, è il Servizio Pronto Intervento sociale per non residenti: istituito nell'aprile del 2007 risponde ai bisogni dettati dalle migrazioni emergenziali e non programmabili, individuando nelle persone internazionalmente riconosciute come bisognose di protezione, il target specifico di intervento. All'interno di questo servizio viene istituita anche l'unità operativa dei Minori Stranieri non Accompagnati.

Oltre ai cinque servizi in cui si struttura il Dipartimento del Welfare (Anziani-Disabili e Salute Mentale, Adulti, Infanzia e Adolescenza, Immigrazione e Promozione dei Diritti di Cittadinanza, Pronto Intervento Sociale per non Residenti), il Dipartimento ha anche una Direzione Politiche della Residenza, la cui area di azione riguarda in generale l'inquilinato e tutte le politiche della residenzialità. Sono tre i servizi centrali: il servizio contributi ed emergenze sociali, il servizio verifica requisiti assegnabilità e infine i servizi abitativi veri e propri.

Per quanto riguarda invece la Direzione Politiche Educative e Sportive, possiamo ricordare che essa si articola nell'erogazione di diversi servizi: sostegno all'handicap e al disagio scolastico, organizzazione della rete educativa e scolastica, servizi di progettazione educativa, servizi educativi territoriali, servizi operativi e amministrativi, servizi sportivi del centro storico e servizi sportivi terraferma.

Un altro elemento di definizione della struttura complessiva del dipartimento Welfare del Comune riguarda l'Osservatorio Politiche Welfare. Istituito nel 1994, con lo scopo di sviluppare specifiche funzioni nell'ambito delle politiche sociali, ha quattro missioni specifiche: sostenere lo sviluppo del Terzo settore (associazionismo, volontariato, cooperazione sociale e imprese sociali) e più in generale dell'economia sociale del territorio, sviluppare l'attività di ricerca e analisi dei fenomeni sociali, attivando sistemi di rilevazione dei dati che permettano il monitoraggio dell'utenza dei servizi e l'analisi di specifiche problematiche (dal 2002 l'Osservatorio fa parte dell'Ufficio Piani di Zona socio-sanitari). Compiti dell'Osservatorio sono anche quelli legati allo sviluppo della comunicazione tra Direzione e cittadini e il sostegno ai percorsi di realizzazione delle Carte e lo sviluppo di sistemi di qualità per i Servizi della Direzione stessa come strumento di garanzia per i cittadini dei servizi offerti.

Le organizzazioni nonprofit

Dall'analisi delle risposte alle domande dei questionari somministrati e dall'incrocio di questi dati con le informazioni contenute nei documenti ufficiali del comune di Venezia (in particolare il Piano di Zona) e nelle ricerche precedenti sul settore, possiamo accennare qui brevemente alla composizione delle principali organizzazioni del privato sociale, del volontariato e del Terzo settore in generale. I nomi delle principali cooperative sociali ricorrono in tutti gli schemi che descrivono i progetti realizzati e in corso per le singole aree di intervento sociale. Per quanto riguarda l'area anziani il privato sociale impegnato si caratterizza per la presenza rilevante di organizzazioni e di istituzioni di natura religiosa (non solo cattolica). Come responsabili dei progetti troviamo infatti enti come la Fondazione di Culto Opera Fides Intrepida, l'Opera S.Maria della Carità, l'Istituto Sorelle della Misericordia, la Casa di riposo Israelitica, la Casa di riposo Cottolengo, l'Antica scuola dei Battuti. Le istituzioni pubbliche sono invece il Comune di Venezia e la Aulss 12. Oltre questi soggetti, esiste poi una lista molto lunga di cooperative sociali che sono impegnate sia nell'area degli anziani, sia nelle altre aree sociali. Riportiamo qui i nomi delle principali cooperative per mostrare l'estrema diversificazione dei soggetti in campo. Tra le principali cooperative troviamo: Co.Ge.S., Donna Lavoro, Esosena, Idea Comunica, Il Gruppo, La Città del Sole, La Rivincita, Labor, Laguna Fiorita, Libertà, Ma.Ce., Nonsoloverde, Obiettivo Verde, PassPort, Qualità, Rio Tera dei Pensieri, Rochdale, S.Ar.Ha, Consorzio Sociale Unitario G.Zorretto.

Il ruolo delle istituzioni pubbliche e private nel sistema dei servizi

Dalle risposte ai questionari somministrati per la realizzazione della ricerca emergono le caratteristiche dell'intervento delle istituzioni pubbliche e di quelle private e del privato sociale nell'ambito dei servizi sociali. Per quanto riguarda le attività in cui risulta impegnato direttamente il Comune di Venezia-Mestre possiamo registrare un'attività diretta nella programmazione per quanto attiene a quasi tutti gli ambiti di intervento nel "sociale". Il Comune ha infatti una sua programmazione per la famiglia e i minori, per le dipendenze, per gli immigrati e i nomadi, per i richiedenti asilo, i rifugiati, i minori stranieri non accompagnati. Inoltre risultano coperte le aree di programmazione degli interventi per la povertà e il disagio degli adulti e i senza fissa dimora, la protezione delle vittime di tratta. Il Comune interviene anche in ambito penitenziario e nel settore dell'animazione di comunità. Anche per quanto riguarda la progettazione, il Comune di Venezia-Mestre risulta impegnato in tutti i settori appena citati per quanto attiene alla programmazione. Dallo schema che ci risulta dai questionari compilati e in particolare dalle interviste ai testimoni privilegiati: dirigenti e responsabili di aree del Comune, apprendiamo che per taluni servizi, come quelli offerti per esempio alle persone disabili esiste una divisione dei compiti tra Uffici del Comune diretti e Ulssl. Per quanto riguarda appunto i disabili siamo in presenza di una gestione integrata Comune-Ulssl.

Si notano delle particolarità anche per quanto riguarda altri settori. Consideriamo, per esempio, le dipendenze. Il Comune risulta impegnato sia in termini di programmazione e progettazione, sia in termini di erogazione diretta di contributi, di finanziamento di progetti e interventi e di coordinamento delle aree di intervento. Il Comune di Venezia-Mestre non risulta al contrario impegnato – sempre per quanto riguarda le dipendenze – in termini di acquisto di beni e servizi e di coordinamento organizzativo interno.

Per quanto riguarda in particolare il tema dell'acquisto di beni e servizi, il Comune risulta assente sia nel settore dei disabili e delle dipendenze, sia in altri settori come la povertà e il disagio, i senza fissa dimora, l'ambito penitenziario e l'animazione di comunità. In molti casi, più che scelte di politica sociale, entrano in gioco divisioni dei compiti tra le diverse istituzioni pubbliche e diverse competenze specifiche regolate dalle norme. L'assenza dell'intervento diretto sui disabili e sulle dipendenze risulta anche dal punto di vista dell'analisi della comunicazione esterna in termini di organizzazione di convegni, pubblicazioni, interventi sul portale istituzionale del Comune e sul sistema informativo generale.

Per quanto riguarda le aree in cui è suddiviso l'intervento sociale nel Comune di Venezia-Mestre, dalla ricerca emerge che nel settore delle dipendenze vengono offerti servizi sociali, accesso a strutture diurne e pronto intervento. A disposizione ci sono anche strutture residenziali. La titolarità di questi servizi è divisa tra le Asl, il Comune, le cooperative sociali (che però operano solo nelle strutture residenziali). Il finanziamento è esclusivamente pubblico e la gestione è in prevalenza pubblica, con un mix gestionale nelle strutture semiresidenziali.

5.2.4 La struttura dell'offerta e le modalità di gestione ed erogazione dei servizi

Per quanto attiene alla struttura complessiva dell'offerta sociale (servizi e strutture residenziali) per singole aree di intervento e per quanto attiene alla titolarità della gestione dei singoli servizi, la ricerca ha rilevato che per l'area adulti (per una utenza di dipendenti, vittime di tratta e prostitute, senza fissa dimora, ex-detenuti, veneti nel mondo) le titolarità sono suddivise tra Comune, Ulss (per dipendenze), cooperative sociale e associazioni di volontariato. L'intervento pubblico si concentra sui servizi sociali, l'integrazione sociale, la gestione delle strutture diurne, di pronto intervento e

sulle unità di strada. La gestione è in prevalenza pubblica, mentre risulta mista (pubblico-privato) per le strutture residenziali e semi-residenziali. Il finanziamento è pubblico, e si concretizza attraverso convenzioni e appalti.

Anche per quanto attiene all'area "anziani, disabili e salute mentale, la titolarità risulta essere ripartita tra Comune, Ulss, Regione, Cooperative Sociali, Ipab, Aziende private, Associazioni di volontariato. L'intervento pubblico vero e proprio si attua nell'ambito dei servizi sociali, dell'integrazione sociale, dei servizi educativi e assistenziali; inoltre c'è da considerare l'assistenza domiciliare e contributi, strutture diurne e residenziali, servizi di mobilità. Dal punto di vista degli interventi privati, abbiamo registrato i campi dell'assistenza domiciliare, delle strutture residenziali, e dei servizi alla mobilità. La gestione è pubblica per i servizi sociali e l'integrazione sociale, per i servizi educativi-assistenziali. Abbiamo invece una gestione "mista" per l'assistenza domiciliare, le strutture diurne e residenziali. Il finanziamento risulta essere pubblico, con una compartecipazione dell'utenza per l'assistenza domiciliare e le strutture diurne e residenziali. Appalti per l'assistenza tutelare per assistenza tutelare e il trasporto anziani e disabili.

Per quanto riguarda l'area immigrazione e nomadi la titolarità è ripartita tra Comune, Regione, Provincia, con una partecipazione delle cooperative sociali e delle associazioni. Gli interventi del pubblico si concentrano sui servizi sociali, l'integrazione sociale, l'educazione e l'assistenza e lavoro, strutture semi-residenziali e pronto intervento. Per gli interventi privati si deve considerare l'integrazione sociale, le strutture semi-residenziali, pronto intervento. La gestione è in prevalenza Pubblica e mista per quanto riguarda l'integrazione sociale (interventi di mediazione). Il finanziamento è esclusivamente pubblico.

Per quanto riguarda poi l'area infanzia e adolescenza, la titolarità spetta ai seguenti soggetti: Comune (associato con altri 3 limitrofi), Ulss, Autorità Giudiziaria, Ministero di Giustizia, Pubblico Tutore, Provincia, Regione. L'intervento pubblico si concentra sui servizi sociali, i servizi educativi, l'assistenza domiciliare, mentre sono esclusi gli asili dal diretto controllo della direzione Infanzia. Gli asili nido sono invece inseriti sotto la direzione Politiche educative. L'intervento dei privati si concentra invece sulle strutture residenziali. La gestione è in prevalenza pubblica per i servizi sociali, l'assistenza domiciliare, gli interventi educativi. Mista per le strutture residenziali. Anche in questo caso il finanziamento è pubblico attraverso convenzioni e appalti

L'area di pronto intervento non residente "multiutenza" (si tratta di una utenza composta da richiedenti asilo e rifugiati, minori non accompagnati), la titolarità degli interventi spetta sia al Comune, sia alla Regione, alle Cooperative sociali e ai ministeri della Giustizia e degli Interni. L'intervento privato si concentra sulle Comunità di accoglienza, sui progetti sperimentali per l'affido, mentre la gestione è in prevalenza pubblica, mista per comunità e affidi. Il finanziamento è pubblico, con convenzioni e incarichi diretti ad associazioni. per servizi di mediazione e progetti pilota. Per quanto riguarda in particolare il Servizio di Pronto Intervento Sociale per Non Residenti, il Comune di Venezia-Mestre si occupa di tutte le funzioni previste: programmazione, progettazione, erogazione dei contributi, acquisto beni e servizi, finanziamento progetti e interventi, coordinamento aree di intervento, coordinamento organizzativo, coordinamento della rete dei servizi, erogazione dei servizi diretti, iniziative di comunicazione e valutazione e monitoraggio degli interventi. Dai questionari compilati dai responsabili del Comune, risulta anche che il Servizio si occupa dei minori non accompagnati con servizi residenziali e semiresidenziali (Comunità di accoglienza data in gestione alle cooperative e Sportello Pronta Accoglienza e affidanti.

Per quanto riguarda le aree in cui è suddiviso l'intervento sociale nel Comune di Venezia-Mestre, dalla ricerca emerge che nel settore delle dipendenze vengono offerti servizi sociali, accesso a strutture diurne e pronto intervento. A disposizione ci sono anche strutture residenziali. La titolarità

di questi servizi è divisa tra le Asl, il Comune, le cooperative sociali (che però operano solo nelle strutture residenziali). Il finanziamento è esclusivamente pubblico e la gestione è in prevalenza pubblica, con un mix gestionale nelle strutture semiresidenziali.

C'è infine da registrare il fatto che la Provincia ricopre un ruolo marginale nell'erogazione dei servizi, con competenze legate ad alcune aree della disabilità (con un centro d'eccellenza per la disabilità) e con l'istituzione dell'Osservatorio sui Bisogni della persona, per progettare ed attivare un sistema di monitoraggio e di valutazione degli interventi sociali, in grado di interagire con le fasi dei processi decisionali.

Le esternalizzazioni

Secondo il Regolamento per la gestione in convenzione dei servizi socio-assistenziali, approvato con deliberazione n. 155 del Consiglio Comunale del 7-8 luglio 1997, tra i servizi socio-assistenziali di competenza del Comune, per i quali è possibile l'affidamento della gestione in convenzione, rientrano le funzioni e prestazioni socio-educative, assistenziali e di ospitalità ed accoglienza effettuate a favore di minori, adulti disabili ed anziani, mediante l'organizzazione, il funzionamento nonché l'erogazione, in forma residenziale, semiresidenziale, territoriale, di servizi quali, tra gli altri: 1) centri educativi occupazionali diurni, centri sociali, centri di soggiorno, servizi educativi territoriali di prevenzione, ecc.; 2) assistenza e aiuto personale ed al nucleo familiare anche in forma integrata con l'assistenza infermieristica, accoglienza scolastica ed accompagnamento disabili, centri diurni per anziani, ecc.; 3) case di riposo, centri di ospitalità ed accoglienza, case albergo, asili notturni, comunità, gruppi appartamento, ecc..

In effetti dalle interviste emerge un dato: i trasferimenti al privato sociale avvengono soprattutto per convenzioni (nonché qualche volta per affidamento diretto). Gli appalti riguardano per lo più le strutture residenziali e i servizi domiciliari dell'area anziani-disabili-salute mentale e dell'area infanzia e adolescenza. Il finanziamento pubblico rimane l'entrata prevalente per tutte le organizzazioni intervistate.

Nell'ambito del servizio di Pronto Intervento per i Non Residenti, dai questionari compilati risulta per esempio che nel periodo considerato dalla ricerca al privato non profit sono state esternalizzate due convenzioni, mentre i servizi promossi da soggetti privati che ricevono contributi pubblici sono risultati tre. Dei servizi offerti nell'ambito delle esternalizzazioni alcuni sono gratuiti per l'utente, mentre una parte prevede un parziale pagamento da parte dell'utente. Tutti i servizi relativi ai minori non accompagnati e ai rifugiati richiedenti asilo sono invece gratuiti per gli utenti.

La spesa sociale del distretto Venezia-Mestre

Dalle più recenti elaborazioni della Fondazione Zancan e dell'Istat, risulta che la spesa dei Comuni singoli e associati in Veneto per l'assistenza sociale pro-capite è pari a 87,84 euro, quindi qualcosa in più della media italiana, pari a 86,15 euro. Degli 87,84 euro spesi dai Comuni singoli o associati del Veneto per l'assistenza sociale, 24,26 euro sono destinati alla famiglia e minori (media Italia: 36,05 euro); 26,78 euro agli anziani (media Italia: 22,41 euro); 26,86 euro all'area disabili (media Italia: 18,31 euro); 5,73 euro al disagio adulti (media Italia: 6,24 euro); 2,35 euro agli immigrati (media Italia: 2,19 euro); 1,87 euro alle dipendenze (media Italia: 0,95 euro).

Per chiarire il peso della spesa sociale nei bilanci dei vari enti locali è necessario comunque fare riferimento al tipo di prestazioni che andrebbero garantite. Il concetto di livelli essenziali delle prestazioni sociali è stato introdotto nel 2000. Ma ad oggi ancora non è attuata la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale che compete al Governo centrale

(l'argomento era stato inizialmente inserito dal Ministero della Solidarietà Sociale nell'Atto di indirizzo per il 2008), in accordo con le Regioni. In assenza di questa definizione, alcune Regioni si sono attivate autonomamente. La Regione Veneto li ha ipotizzati nel disegno di "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi alla persona" e nel Piano Socio Sanitario 2007-2009. In entrambi i casi, tuttavia, non è chiaro se e come i livelli essenziali di assistenza sociale saranno realmente declinati.

Definire i livelli essenziali di assistenza sociale significa definire quale modello di Welfare si vuole perseguire, quali fasce della popolazione proteggere maggiormente, quali priorità affrontare: è il vero nodo della questione "spesa sociale".

Per scendere nel dettaglio della spesa sociale del Comune di Venezia-Mestre, la ricerca ha rilevato una spesa comunale nell'area adulti pari a 3 milioni di euro (in particolare per progetti per dipendenti, vittime di tratta e prostituzione, senza fissa dimora, ex detenuti e veneti nel mondo). Per quanto riguarda l'area "anziani, disabili e salute mentale", la spesa del Comune di Venezia-Mestre è risultata di 25 milioni di euro. Per quanto riguarda l'immigrazione il Comune spende 3 milioni di euro, mentre per l'infanzia e l'adolescenza si spendono 5.600.000 euro. Per l'area pronto intervento non residenti e multiutenza, la spesa comunale ammonta a 5.000.000 (con multiutenza), ma si tratta di un dato ancora parziale perché il servizio è stato istituito di recente (2007).

Al netto dei trasferimenti la spesa sociale del Comune di Venezia nel 2005 risultava essere pari a 42.769.459 euro, con una spesa procapite intorno alle 157 euro. Questo dato si riferisce ovviamente alla spesa sociale complessiva e non specificamente alla spesa per retribuzioni. In generale, comunque, sempre nel 2005, la spesa sociale a Venezia era così suddivisa: 5.672.438 euro per "famiglia e minori", 25.826.725 euro per l'area "anziani", 2.969.120 per "immigrati e nomadi", 2.950.143 per l'area "povertà, disagio adulti e senza fissa dimora" e infine 5.351.033 per l'area "multiutenza".

Nel Veneto, riferendoci a dati del 2004, la spesa complessiva per interventi e servizi sociali nei comuni singoli e associati risultava pari a 442.355.415 euro, con una spesa pro-capite che si attestava sui 94,7 euro, una media regionale leggermente più alta di quella che è stata registrata nelle ultime rilevazioni statistiche sui comuni e sui comuni associati nella stessa regione. (cfr. capitolo 2)

Scendendo di più nel dettaglio delle principali aree di intervento sociale del comune di Venezia è possibile isolare alcune voci di spesa, secondo i dati ufficiali contenuti nel Piano di Zona. Per quanto riguarda l'area anziani, nel 2005, il budget stanziato dal comune di Venezia è stato di 16.856.484 euro, mentre sempre per gli anziani il budget della Aulss 12 è stato per quell'anno di 28.914.687 euro. Molto limitate (come d'altra parte si verifica in tutti i settori pubblici del sociale) le risorse umane destinate all'area anziani: 25 per il comune di Venezia e 71 educatori. Per l'area della disabilità il comune di Venezia ha stanziato 12.989.379 euro e 3.959.070 euro sono stati stanziati dalla Aulss 12. Risorse umane pubbliche limitate anche in questo settore, con appena 9 dipendenti del comune di Venezia (di cui 7 assistenti sociali) e 35 della Aulss 12. Per l'area della salute mentale, sempre nel 2005 e sempre secondo i dati forniti dal Piano di Zona, sono stati stanziati 1.231.311 euro e 849.416 dalla Aulss 12. Per quanto riguarda le risorse umane impegnate nella salute mentale, è la Aulss 12 a fornire il grosso: 196 unità di cui 7 amministrativi, 6 assistenti sociali, 7 educatori, 79 infermieri professionali, 33 medici, 23 osa/ota, 5 psicologici e 36 altre figure professionali. Per quanto riguarda l'area dipendenze, le risorse in budget nel 2005 ammontavano a 226.989 euro, con un intervento quasi esclusivamente affidato al privato sociale e alle cooperative sociali, dato che di impiegati pubblici erano attivi solo un amministrativo e 9 educatori. Infine per quanto riguarda l'area materno-infantile, il budget del comune di Venezia nel 2005 ammontava a 3.283.424 euro, mentre la Aulss 12 ha investito 361.454 euro. Più consistente in quest'area di

intervento sociale la presenza di dipendenti pubblici: 87 del comune di Venezia e 116 alle dipendenze della Aulss 12. Per quanto riguarda le professioni, tra i dipendenti del comune di Venezia prevalgono gli educatori, seguiti dagli assistenti sociali e dagli psicologi (solo 8). Tra i dipendenti della Aulss 12 prevalgono invece i medici, seguiti dagli assistenti sociali e dagli infermieri.

Per quanto riguarda le voci di spesa riguardanti l'immigrazione, nel 2006, sono stati coinvolti nel comune di Venezia 2.920 utenti, in base a 700 interventi nei confronti dei soggetti più deboli o a rischio. Gli interventi si sono articolati in 420 attività ricreative sociali e culturali, 563 servizi di mediazione culturale in particolare finalizzati a inserimenti scolastici; ci sono stati poi 1951 interventi per l'orientamento e integrazione, 200 interventi finalizzati all'inserimento lavorativo, per una spesa complessiva di 265.814 euro. Nello stesso anno per i rimpatri sono stati spesi circa 3000 euro, mentre per quanto attiene ai trasferimenti in denaro, abbiamo una platea di 40 utenti. A loro sono stati forniti buoni spesa o buoni pasto per un ammontare complessivo di 6.795 euro. Cinque utenti hanno potuto usufruire dagli uffici comunali di contributi economici per cure sanitarie, mentre la retta per le prestazioni residenziali per 21 destinatari ha avuto una spesa di 22.316 euro. Inoltre il Comune ha speso circa 10 mila euro per contributi alloggio per 15 utenti, più altri 7000 per contributi economici a integrazione del reddito. I centri di aggregazione sociale per adolescenti stranieri appena arrivati in Italia hanno visto il coinvolgimento di 1.207 utenti per una spesa di 27.180 euro.

5.3 Il lavoro nei servizi sociali: l'analisi quantitativa

Il lavoro nei servizi sociali a Venezia Mestre ha registrato negli ultimi anni una crescita del ruolo del nonprofit e delle cooperative. E' il riflesso di una più generale crescita del Terzo settore veneto, che ha ora acquisito un ruolo economico e occupazionale rilevante, con 53.920 occupati (il 3% dell'occupazione totale e 7% degli occupati retribuiti nei settori in cui il non profit opera). La grande maggioranza degli occupati ha con la propria organizzazione un rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato, in particolare ciò avviene nelle organizzazioni più strutturate e orientate alla produzione di servizi. La presenza di lavoratori con contratti atipici, sembrerebbe un indicatore dell'evoluzione di alcune di queste organizzazioni verso forme più stabili di produzione di servizi utili a una comunità i cui consumi stanno evolvendo e che sta iniziando a indirizzare verso questi servizi una domanda pagante.

Di particolare rilievo è l'occupazione femminile nel nonprofit, che ha un peso superiore a quello medio nazionale. Gli alti tassi di presenza femminile tra gli occupati nelle organizzazioni di terzo settore potrebbero dipendere dalle caratteristiche intrinseche di queste attività - lavori di cura e relazionali, maggior flessibilità degli impieghi e la maggior facilità di accesso al lavoro - ma potrebbe essere anche spiegata dalla scarsa offerta di manodopera maschile per le stesse attività - come alcuni dirigenti di cooperative suggeriscono.

Dalle ricerche relative ai tre casi studio del presente lavoro, e in particolare dall'analisi delle dimensioni delle unità locali rapportate al numero degli addetti, risulta che in Italia, in media, in ogni unità locale che opera nel settore dell'assistenza sociale sono occupati poco più di 9 addetti. Le punte più alte si riscontrano proprio nel Veneto con 13 addetti. La regione è seguita poi dalla Lombardia e dall'Emilia Romagna. Se si considerano poi i dati sulla percentuale regionale delle unità locali e degli addetti dell'assistenza sociale sul totale dei servizi alle persone, abbiamo che in Veneto le unità locali per servizi alla persona sono 61.106, le unità locali dedicate all'assistenza sociale rappresentano il 4,5% del totale. Gli addetti ai servizi alla persona in generale in Veneto sono 289.829, di cui 34.731 gli addetti nel settore dell'assistenza sociale. (cfr. capitolo 2).

Il totale delle unità economiche operanti nel settore dell'assistenza sociale in Veneto è pari a 2.442 unità, di cui il 25% è rappresentato dal pubblico, il 9,3% dal privato e ben il 65,7% dal non profit (dati 1999). Il numero complessivo degli addetti al settore, sempre nel 1999, era pari a 25.026 unità, con una percentuale del 19,4% di addetti pubblici, 30,8% privati e circa la metà addetti del non profit.

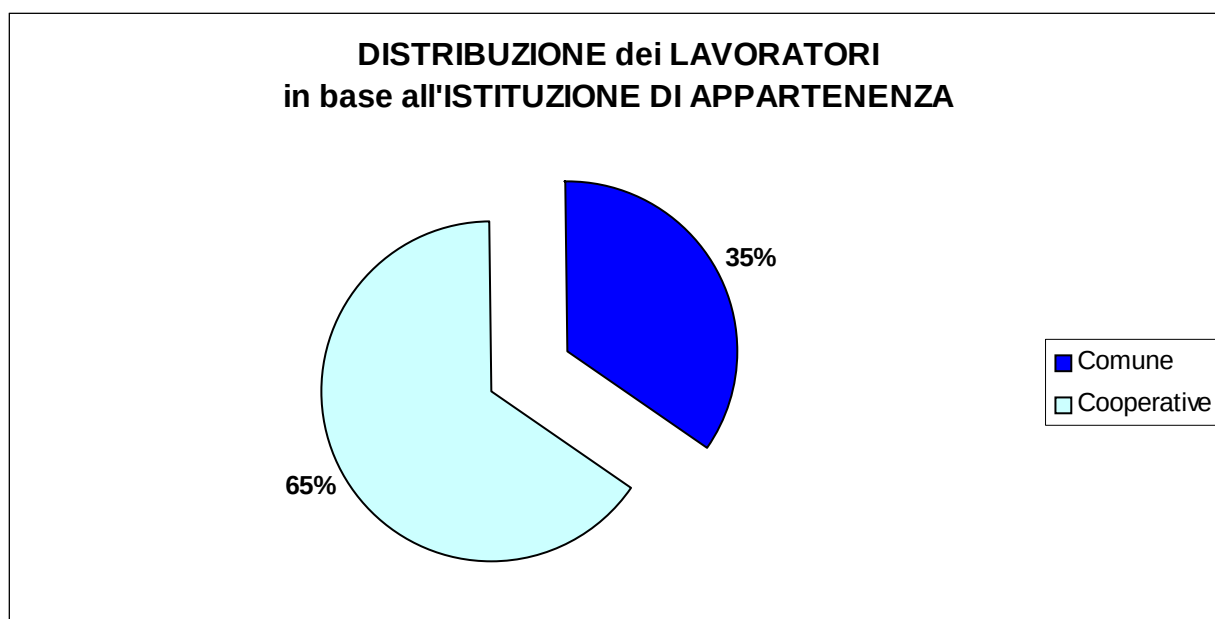
La rilevazione realizzata per questo rapporto ha potuto raccogliere un'ampia serie di informazioni sia sulle attività pubbliche che nonprofit - in particolare i questionari compilati dai responsabili delle diverse aree di intervento del Dipartimento del Welfare del Comune - e da rappresentanti di numerose organizzazioni del Terzo settore. Due limiti vanno tuttavia segnalati. Il primo è la mancata compilazione del questionario da parte dei responsabili dell'area della disabilità e della salute mentale del Comune e l'assenza di disponibilità di dati relativi ad altri enti pubblici attivi nel sociale; il secondo riguarda la mancata compilazione del questionario da parte della cooperativa sociale che ha ottenuto l'appalto per l'assistenza domiciliare e che occupa un ampio numero di "badanti", che sono state escluse in questo modo dalla nostra analisi. Nell'insieme la nostra rilevazione ha riguardato 222 dipendenti comunali - 151 dipendenti impiegati direttamente nelle aree di competenza delle politiche sociali, a cui vanno aggiunti 71 collaboratori - e 418 dipendenti delle cooperative sociali. Anche se i dati non coprono la totalità dell'occupazione nelle professioni sociali, colgono gran parte del settore e mantengono le proporzioni complessive tra rilievo del settore pubblico e delle cooperative sociali.

Inoltre, i nostri dati saranno integrati ove necessario dai risultati di uno studio importante sul lavoro nelle cooperative sociali veneziane svolto da Tania Toffanin (2007), in una ricerca elaborata per l'Osservatorio Politiche di Welfare del Comune di Venezia e coordinata dall'Università Ca' Foscari e dall'Ires; ad essa faremo riferimento per integrare alcuni dati ottenuti dai nostri questionari alle organizzazioni nonprofit veneziane.

Un quadro di sintesi del lavoro nelle professioni sociali è offerto dalla Figura 5.1, che mostra come quasi due terzi degli occupati siano nelle cooperative sociali e un terzo siano dipendenti del Comune. Sulla base delle informazioni disponibili, possiamo confermare anche qui la prevalenza di donne nelle professioni sociali, con circa due terzi degli occupati totali.

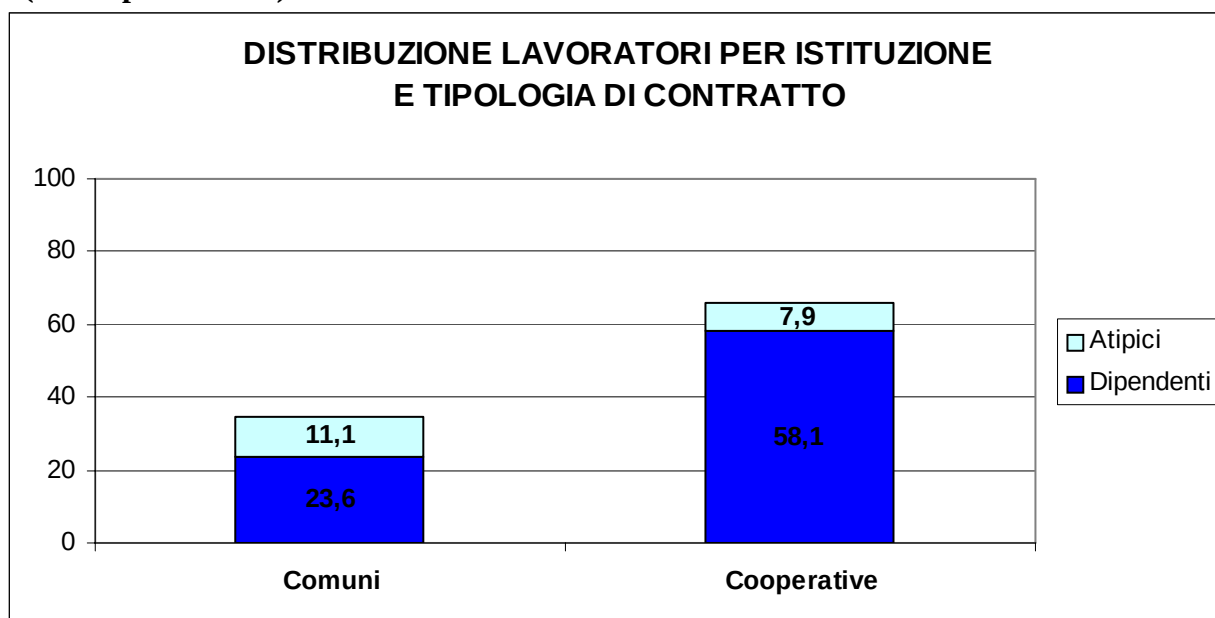
La Figura 5.2 mostra il rapporto tra lavoratori regolari e atipici impiegati dal Comune e dalle cooperative. Un dato sorprendente che è emerso dall'analisi dei questionari riguarda il grado di stabilità dei contratti delle cooperative. Dalle risposte ai questionari emerge infatti che gli "atipici" sono più numerosi tra i dipendenti comunali (11%). Tra i dipendenti delle cooperative al contrario la quota degli atipici scende all'8%, mentre il 58% risulta dipendente a tutti gli effetti.

Figura 5.1. Lavoratori in base al tipo d'istituzione di appartenenza*
(valori percentuali)



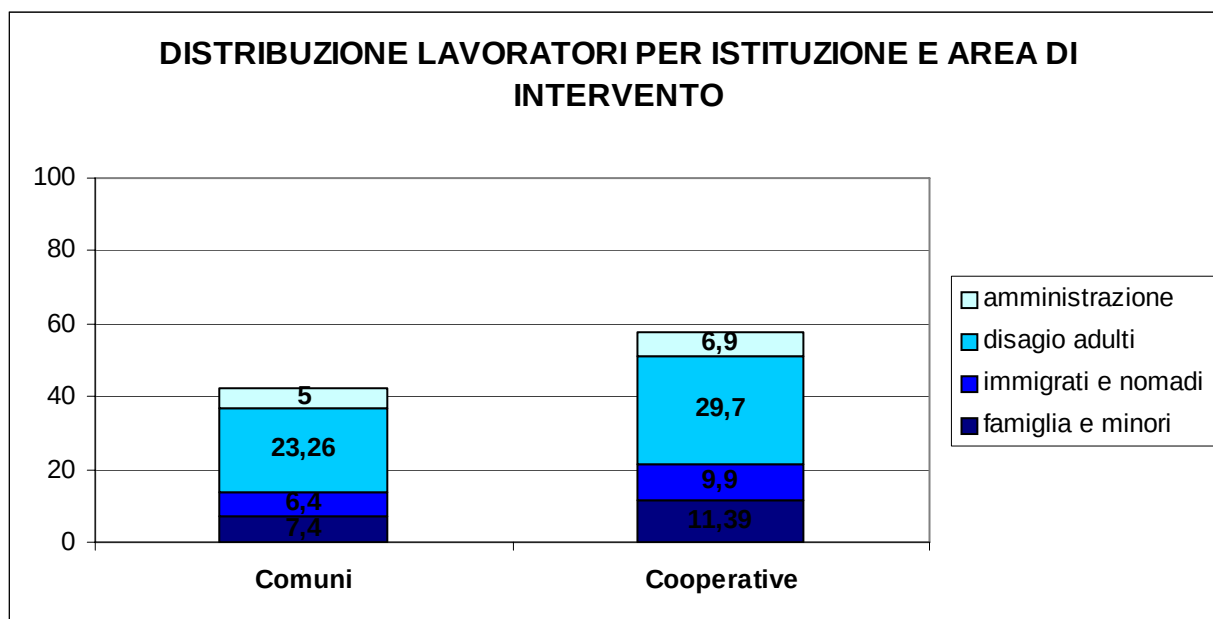
*Fonte: nostre rilevazioni e Tania Toffanin - Dipartimento Studi lavoro e welfare - Università degli studi di Milano, “*Problematiche e prospettive del lavoro nelle imprese sociali nel territorio veneziano*”- ricerca commissionata dal Comune di Venezia, Osservatorio Politiche di Welfare e coordinata dall'Università Ca Foscari – IRES.

Figura 5.2. Lavoratori in base a tipo di istituzione e di contratto*
(valori percentuali)



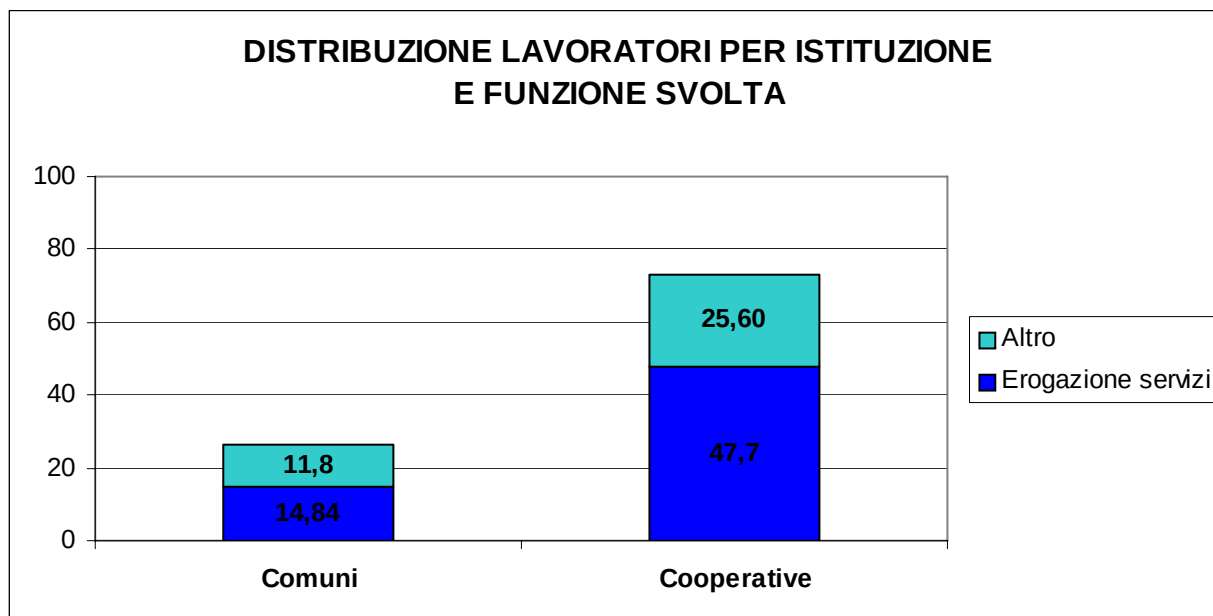
*Fonte: nostre rilevazioni e Tania Toffanin - Dipartimento Studi lavoro e welfare - Università degli studi di Milano, “*Problematiche e prospettive del lavoro nelle imprese sociali nel territorio veneziano*”- ricerca commissionata dal Comune di Venezia, Osservatorio Politiche di Welfare e coordinata dall'Università Ca Foscari – IRES.

Figura 5.3. Lavoratori in base al tipo di istituzione e settore di intervento*
(valori percentuali)



Nota: I dati sono tratti dalle interviste raccolte; manca il dato riferito all'area anziani, disabili e salute mentale del Comune di Venezia.

Figura 5.4. Lavoratori in base a tipo di istituzione e funzione svolta*
(valori percentuali)



Nota: I dati sono tratti dalle interviste raccolte; manca il dato riferito all'area anziani, disabili e salute mentale del Comune di Venezia.

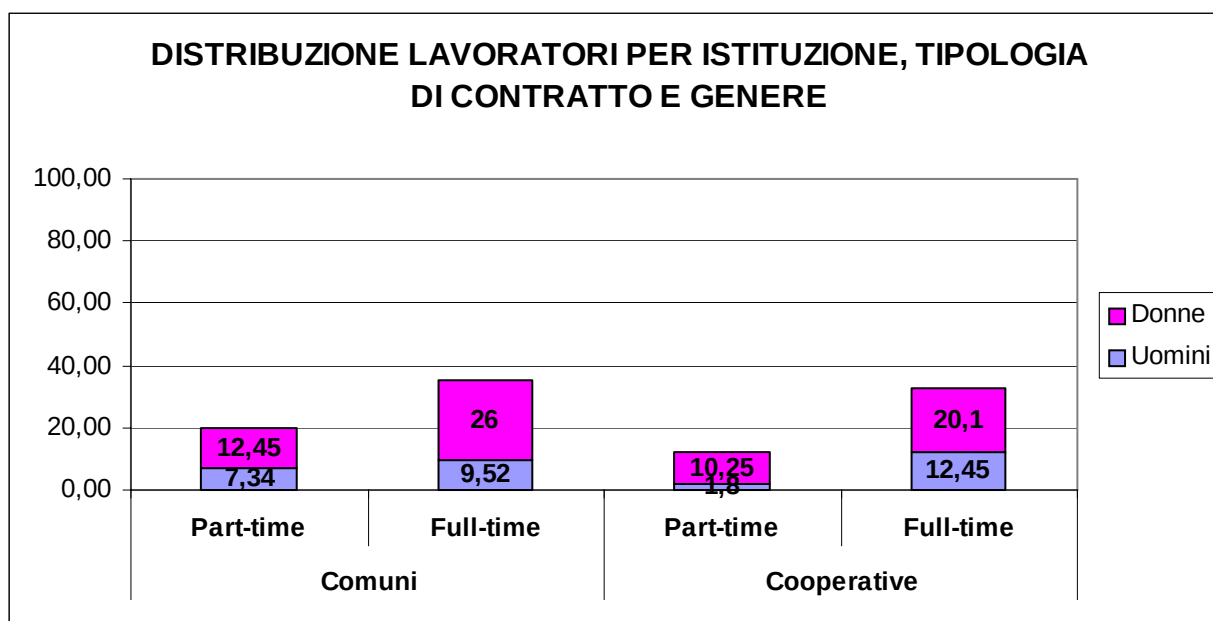
Il peso del nonprofit e in particolare delle cooperative sociali si evidenzia anche analizzando la distribuzione dei lavoratori secondo le aree di intervento. Analizzando i dati dei questionari somministrati per la nostra ricerca, e mettendoli a confronto con quelli della precedente ricerca Toffanin sulle cooperative, troviamo che una parte importante dell'intervento delle cooperative sociali si concentra nell'area "disagio adulti", seguita dalla famiglia e minori e da immigrati e nomadi (Figura 5.3). Tra i dipendenti del Comune il 7,4% è impiegato nei servizi per la famiglia e i minori, il 6,4% nel servizio immigrati e nomadi, il 23,26% nell'area disagio adulti e il 5% nell'ambito delle attività amministrative. Per le cooperative, invece, abbiamo che l'11,39% degli addetti è impiegato nell'area famiglia e minori, il 9,9% in quella degli immigrati e dei nomadi, il 29,7% in quella del disagio degli adulti. Il 6,9% dei dipendenti delle cooperative attive nei diversi ambiti del sociale è rappresentato da amministrativi.

La Figura 5.4 mostra la distribuzione dei lavoratori in base al tipo di istituzione e alla funzione svolta; l'erogazione diretta dei servizi in cooperative sociali occupa quasi metà del personale complessivo, mentre un quarto degli addetti svolgono altre funzioni (in genere più qualificate). Nel Comune invece le due tipologie di funzioni hanno quote di occupazione analoghe, documentando come il settore pubblico abbia mantenuto alcune funzioni anche di fornitura diretta dei servizi.

La Figura 5.5 illustra invece la composizione per genere e per tipo di contratto, distinguendo sempre tra Comune e cooperative sociali. Il 20% degli occupati totali sono dipendenti del Comune con un contratto part-time. Tra questi, il 12,45% è composto di donne, il 7,34% di uomini. Nelle cooperative i contratti part-time sono più ridotti (il 12% circa del totale degli occupati) di cui il 10% composto di donne. I contratti full-time sono più numerosi tra i dipendenti del Comune (il 38% circa degli occupati totali) con una percentuale di donne pari al 26%. Il contratto full-time nelle cooperative rappresenta invece circa il 35% del totale, con una presenza femminile pari al 20,1%.

E' significativo che la tipologia del contratto part-time sia superiore tra le donne dipendenti comunali rispetto a quelle (in genere più legate ai contratti a tempo e ai finanziamenti pubblici instabili) che lavorano presso le cooperative.

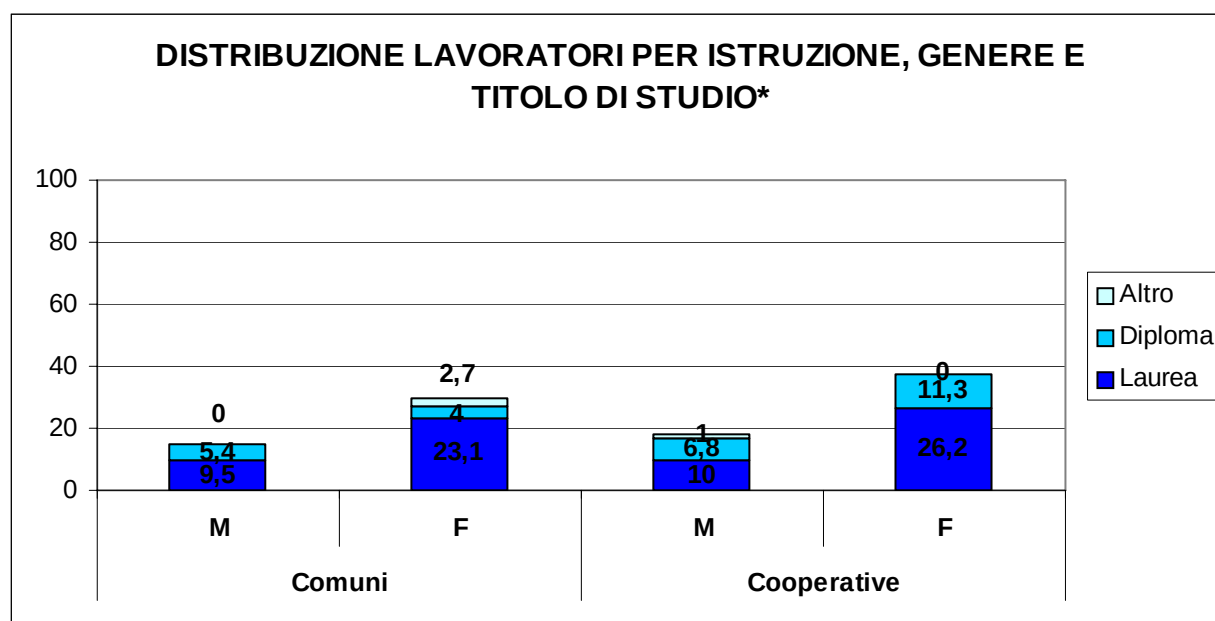
Figura 5.5. Lavoratori per tipo di istituzione di appartenenza, tipo di contratto e genere* (valori percentuali)



Nota: I dati sono tratti dalle interviste raccolte; manca il dato riferito all'area anziani, disabili e salute mentale del Comune di Venezia.

Il livello d'istruzione è riportato nella Figura 5.6, considerando il genere e il tipo di istituzione. E' significativa la quota notevole di donne laureate e diplomate; sui totali degli addetti, il 23% sono donne laureate occupate dal Comune e il 26% sono donne laureate che lavorano in cooperative sociali. Gli uomini laureati, al lavoro sia nel comune che nelle cooperative, rappresentano il 10% circa del totale degli occupati.

Figura 5.6. Lavoratori per tipo istituzione, genere, titolo di studio*
(valori percentuali)



Nota: I dati sono tratti dalle interviste raccolte; manca il dato riferito all'area anziani, disabili e salute mentale del Comune di Venezia.

Se esaminiamo a questo punto il quadro dei profili delle professioni sociali, sulla base dei questionari e delle altre ricerche disponibili, troviamo una prevalenza della figura degli *psicologi* e di figure inserite nell'area psico-socio-pedagogica, sia come dipendenti comunali, sia come dipendenti o collaboratori (a partita Iva) del privato sociale. Nell'area socio-psico-pedagogica pubblica registriamo infatti 38 dipendenti, mentre nell'area del nonprofit ne contiamo 70.

Dopo queste figure professionali vengono gli *operatori sociali*. In questa categoria sono compresi sia gli *operatori di strada*, sia gli OSS e gli OSA. Dai questionari raccolti e dagli incroci con le altre ricerche risulta che i dipendenti comunali impegnati come operatori sociali tendono ad essere più numerosi di quelli impiegati dalle cooperative sociali. Terza figura di spicco nella graduatoria delle professioni sociali nella zona considerata dalla ricerca è quella dell'*educatore professionale*.

Per quanto riguarda invece la figura degli *assistenti sociali* abbiamo una netta prevalenza tra i dipendenti comunali. Mentre infatti per altre figure professionali si nota una certa differenza in termini quantitativi tra i dipendenti comunali e quelli del privato sociale e del nonprofit, per gli assistenti i numeri sia assoluti, sia in percentuale degli assistenti sociali tendono a essere molto simili. Figure analoghe, ma al tempo stesso con una loro precisa specificità sono quelle degli *assistenti e degli educatori all'infanzia*.

Nella graduatoria delle professioni sociali nell'area di Venezia-Mestre troviamo infine i *mediatori e gli animatori*. A questa categoria professionali appartengono le figure dei mediatori sociali, del *mediatore culturale*, dell'*animatore sociale* e dell'*operatore sociale* in senso proprio.

Uno studio a parte meriterebbe invece l'altra figura - abbastanza recente - degli *assistenti domiciliari*, o "badanti". Si tratta di quelle persone (molto spesso donne e immigrate) che lavorano a domicilio nella cura alla persona, quasi sempre impegnate a curare e accompagnare persone non autosufficienti. Come già ricordato, nei dati ottenuti dalla nostra rilevazione sono assenti le badanti occupate dalle cooperative sociali, poiché solo una cooperativa sociale di Venezia - che non ha risposto al nostro questionario - ha ottenuto in questi anni appalti per impiegare figure professionali legate all'assistenza domiciliare, mentre le altre cooperative non hanno tra i loro dipendenti figure professionali di questo genere.

Se le donne prevalgono in quasi tutti i profili professionali - in particolare emerge una prevalenza femminile per le professioni di psicologo e assistente sociale - gli uomini sono maggiormente impiegati nel settore della mediazione culturale e nell'animazione sociale.

Tutte le figure professionali che sono state analizzate dalla ricerca hanno in comune il problema della formazione e dell'aggiornamento professionali, mentre alcune figure specifiche e alcuni ruoli particolari hanno anche il problema del mancato riconoscimento della professionalità acquisita, fenomeno che si manifesta soprattutto nell'ambito del nonprofit.

Il confronto tra le specializzazioni e i profili professionali del pubblico e del privato ci offre una serie di indicazioni interessanti. Mentre il numero di assistenti sociali quasi si equivale tra pubblico e privato (il 6,6% degli addetti totali sono assistenti sociali comunali, il 6,1% nelle cooperative), le percentuali di addetti nell'area degli educatori sono diverse (12,7% nel comune e 17,4% nelle cooperative) e molto diverse nell'area socio-pedagogica, dove i dipendenti del Comune ammontano solo al 9%, mentre tra le cooperative gli addetti al socio-pedagogico rappresentano il 18,4% degli occupati totali.

Ancora per quanto riguarda le figure professionali (e i profili di carriera) è interessante esaminare la composizione dei dipendenti comunali addetti alle diverse aree di intervento sociale. In alcuni casi troviamo i profili professionali tipici che abbiamo descritto sopra; nel Servizio Politiche per l'Infanzia e l'Adolescenza del Comune, ad esempio, lavorano due *psicologhe*, uno *psicologo*, sei *assistenti sociali* (tutte donne), tre *animatori* sociali, mentre la percentuale di laureati (soprattutto laureate) sul totale è particolarmente elevata. In altri servizi emergono invece figure collaterali o specializzate. Ad esempio, all'interno del Servizio Rifugiati e Richiedenti Asilo del Comune, troviamo figure tipiche del sociale, come gli psicologi, gli assistenti sociali, gli educatori professionali, i mediatori culturali e gli animatori. Ma accanto agli operatori sociali tradizionali, troviamo anche il lavoro degli operatori di strada, degli assistenti educativi culturali (Aec) dei consulenti legali e perfino di consulenti architetti. I responsabili del servizio pubblico per i Rifugiati - come vedremo nel prossimo paragrafo sulle criticità riscontrate - denunciano in modo particolare la scarsità del personale a disposizione per la realizzazione del servizio stesso.

Un tema ricorrente tra il personale dei servizi è l'elevata mobilità in uscita del personale per tutti coloro che non hanno contratti a tempo indeterminato, mentre questi ultimi lamentano scarse prospettive di carriera. Un problema generalizzato è poi quello dei percorsi formativi. Ad esempio, nel Servizio Immigrazione e promozione dei diritti di cittadinanza troviamo le figure professionali degli *educatori* (spesso con diplomi superiori di educatori) e gli *educatori professionali*. La formazione che dichiarano questi dipendenti addetti all'Immigrazione è molto varia: si va dai diplomi regionali, ai diplomi triennali di educatori, fino alla laurea in lingue, in scienze politiche, giurisprudenza, lettere e antropologia. Rispetto ai diplomi troviamo quelli di mediatore culturale, animatore, operatore di strada, insegnante ed educatore per l'infanzia, assistente educativo culturale (Aec). La formazione professionale specifica si concentra sulle figure di *assistente domiciliare* e dei servizi tutelari e sulla *mediazione culturale*.

La spesa per la retribuzione del personale

Dall'analisi dei questionari somministrati e dall'incrocio con altri fonti di informazione, otteniamo un quadro delle retribuzioni medie che vengono attribuite alle diverse figure professionali impegnate nell'ambito dei servizi sociali sia per quanto riguarda i dipendenti pubblici, sia per quanto riguarda il privato sociale. Per quanto riguarda il pubblico, il valore medio più alto delle retribuzioni del personale si attesta (dati al 31 dicembre 2007) sui 1.900 euro netti e i 2.995 lordi al mese.

Nel contempo le retribuzioni medie che vengono erogate nell'ambito del privato sociale sono più basse di quelle pubbliche. Dai questionari somministrati risulta infatti che per quanto riguarda le cooperative sociali la retribuzione più alta media si aggira sui 1600 euro lordi mensili, mentre la retribuzione media più bassa si attesta sui 1000 euro al mese. Tali cifre sono per esempio dichiarate dai responsabili della Cooperativa sociale Rio Tera dei Pensieri, attiva nel settore della riabilitazione sociale dei detenuti e dei detenuti in misure alternative al carcere. Il valore della retribuzione più alta in un'altra cooperativa come la Coop sociale onlus Novamedia si attestava nel dicembre 2007 sui 1.214 euro. Nella stessa cooperativa il valore della retribuzione più bassa per un contratto a part-time era di 406 euro.

Complessivamente la spesa per i dipendenti comunali del Comune di Venezia-Mestre si attesta, secondo gli ultimi Bilanci, sui 130 milioni di euro l'anno. Essendo molto limitato il numero dei dipendenti comunali impiegati direttamente nelle aree di pertinenza dei servizi sociali, si può stimare una percentuale di spesa limitata, spesa a cui naturalmente si devono aggiungere le risorse destinate a pagare i progetti in cui vengono coinvolti addetti non comunali, ovvero dipendenti del privato sociale e del Terzo settore.

Per scendere nei dettagli della spesa per il personale addetto alle politiche sociali del Comune di Venezia, ricordiamo che per il Servizio Osservatorio delle Politiche di Welfare si sono spese (nel 2006) 280.565,36 euro. Per il Servizio Immigrazione e promozione dei Diritti di Cittadinanza si sono spesi nello stesso anno 651.840,79 euro. Per il Servizio Cittadinanza e cultura delle Donne 391.211,46 euro. Per il Servizio centrale Infanzia e adolescenza si sono spesi invece 837.470,56 euro. Rispetto a questi capitoli di spesa citati, ce ne sono poi altri tre che appaiono più consistenti. In particolare parliamo del Servizio Anziani, disabili e salute mentale per cui il Comune di Venezia ha speso (sempre nel 2006) 1.163.465,33 euro. Anche per la spesa dei dipendenti addetti al Servizio territoriale Infanzia e Adolescenza la spesa ha superato il milione: 1.487.223,56 euro. Infine il Servizio Adulti, con una spesa di 1.457.143,73 euro.

5.4 Gli aspetti qualitativi e le criticità

Sulla base delle interviste realizzate, è possibile delineare alcuni aspetti qualitativi e punti critici dei servizi sociali nel caso studio.

Il lavoro e gli utenti

I primi aspetti da analizzare riguardano il lavoro e l'utenza dei servizi sociali. Per quanto riguarda il pubblico, la criticità si riscontra "alta" nelle interviste a proposito sia della nuova tipologia dell'utenza, sia della precarietà e soprattutto della insufficienza delle risorse umane destinate alle diverse aree delle politiche sociali. La mancanza di stabilizzazione del personale, soprattutto legata ai servizi con nuove tipologie di utenze, la cui formazione non viene riconosciuta né stabilizzata attraverso concorsi. Esistono figure professionali la cui formazione (giuridica, linguistica, sociologica ad esempio, e non educativa/assistenziale) non trova riscontro nelle tipologie dei profili professionali individuati dai concorsi. In generale è critico anche il dato della formazione continua,

soprattutto per le aree meno tradizionali (immigrazioni e pronto intervento non residenti). Dai dati dei grafici i contratti atipici, infatti, sono quasi tutti in Servizi “recenti”, come quelli per l'immigrazione.

Per quanto riguarda le cooperative sociali un altro tipo di criticità alta è quella dovuta alla scarsità di risorse e alla precarietà del lavoro (in particolare per quanto riguarda convenzioni e insufficienza degli appalti). Criticità medie si riscontrano nelle cooperative sociali a proposito delle prospettive di carriera e della eccessiva mobilità in uscita.

Gli aspetti qualitativi che emergono dalle interviste a proposito dell'utenza segnalano che il sistema locale di welfare protegge una quota sempre più ristretta di cittadini, mentre emergono nuovi profili di rischio: giovani stabilmente disoccupati o precari, madri con figli a carico, adulti con genitori anziani non autosufficienti, adulti licenziati con difficoltà di rientrare nel mercato del lavoro e lavoratori poveri. Si segnala una progressiva erosione dei benefici e delle garanzie delle classi medie. Di fronte all'aumento di tipologie non tradizionali di utenza gli amministratori denunciano in particolare l'incapacità di intervenire con azioni integrate, al di là delle singole prestazioni di aiuto/risarcimento, capaci di garantire non solo trasferimenti di denaro, ma anche di garantire e promuovere l'autonomia dell'individuo. L'obiettivo dovrebbe essere non solo quello di assistere, ma di ricostruire i legami e un'idea di comunità

Il sistema dei servizi sociali

Per quanto riguarda il settore pubblico, dalle risposte ai questionari emerge una criticità “alta” per quanto attiene alla mancanza di risorse finanziarie. C'è da sottolineare in questo contesto che il Comune di Venezia da anni non riduce la spesa sociale, ma è in programma un aumento dei pagamenti da parte dell'utenza.

Una criticità “media” si riscontra invece a proposito della titolarità dei finanziamenti: Una prima osservazione è relativa alla criticità emersa (da tutti i questionari indirizzati ai funzionari) rispetto alla gestione delle risorse, fortemente influenzata dalla Regione (con una giunta di centro-destra a differenza del Comune di Venezia), che, dettando norme e regole legislative, è in un processo di accentramento di funzioni e compiti, e ha anche un forte ruolo gestionale per le destinazioni delle risorse ad alcuni interventi (creando disomogeneità all'interno della regione). Oggi, infatti, uno degli elementi di criticità del Welfare, anche in Veneto, è la disomogeneità di intervento e di spesa sociale nel territorio: gli importi per abitante destinati dai Comuni alle politiche sociali presentano tra loro differenze considerevoli, con Comuni che destinano alle politiche sociali la metà di ciò che stabiliscono altre amministrazioni anche territorialmente vicine. Una forma di criticità “media” si riscontra anche a proposito di integrazione socio-sanitaria.

Altre criticità riscontrate nell'analisi delle interviste e dei questionari riguardano il ridotto ruolo attribuito alla Conferenza dei Sindaci; la “confusione” tra ruolo politico (Comuni) e gestionale (Azienda Ulss); la scarsa applicazione, da un punto di vista operativo, del ruolo programmatico dei servizi e valutativo dei risultati da parte dei Comuni. Per quanto riguarda l'ambito professionale e di organizzazione interna ai Servizi, emerge con forza la necessità di definire un Vademecum metodologico condiviso da tutti gli operatori, attraverso momenti di confronto professionale tra tutti gli operatori del territorio

Ovviamente le criticità non si riscontrano solo nel pubblico. Anche il nonprofit esprime una criticità “media” per quanto attiene alla qualità del sistema di rete pubblico-privato: esiste un sistema di rete e compartecipazione nella programmazione, attraverso l'organizzazione di tavoli di discussione e piani di zona partecipati, ma si denuncia, a volte, la volontà più di adempiere ai provvedimenti legislativi, che una reale volontà di collaborazione. C'è poi una criticità “media” per quanto

riguarda la scelta dei soggetti e criteri di assegnazione: Anche nella scelta dei soggetti da coinvolgere in tali iniziative si ricade ancora troppo spesso nell'assegnazione di ruoli di rappresentanza alle realtà più classiche, più note e più forti, anziché valorizzare anche ciò che porta innovazione e sperimentazione con sistemi organizzativi più semplici ma più vicini al reale ed ai bisogni.

La partecipazione a gare, in base alle norme sull'appalto, premia le offerte più economiche con il rischio di sottovalutare altri aspetti di rilevanza fondamentale come la qualità del servizio e il rapporto con il territorio. Infatti, non necessariamente la vincitrice è un'organizzazione insediata nel territorio. La qualità per l'assegnazione dei servizi sta prendendo sempre più il significato di "qualità per competere"; la parola da rimettere al centro sarebbe invece il "bisogno" (sia il bisogno di cura da parte dell'utente dei servizi, che il bisogno avvertito dall'operatore sociale). Il sistema delle gare d'appalto va ad avvantaggiare i soggetti di dimensioni maggiori, sradicando tutto quel sistema di relazioni sul quale poggiano le piccole realtà locali. Pur affidandosi ai criteri di qualità, il meccanismo competitivo diventa di per sé espropriante dell'esperienza di una molteplicità di soggetti. Sarebbe piuttosto opportuno individuare una strategia di relazione, che consenta all'impresa sociale di co-progettare insieme all'ente in un'ottica di sussidiarietà orizzontale. Si assiste, in risposta a questa criticità, ad un processo di allargamento dei Consorzi che rischia di far perdere le specificità singole.

Da qualche anno, però, se escludiamo l'ambito socio-sanitario, il Comune procede per convenzioni che prevedono, secondo gli amministratori, un ruolo più attivo da parte del Terzo Settore, soprattutto in progetti "pilota" (ad. es. riduzione del danno, minori non accompagnati) che tuttavia mantengono le caratteristiche di progetti sperimentali.

Una forma di criticità "media" si riscontra nella modalità di finanziamento che segue i tempi dell'amministrazione: pagamenti ogni sei mesi, anticipi di brevi somme, saldi molti mesi dopo lo svolgimento delle attività. In questo modo si danno poche possibilità d'intervento ai soggetti "giovani" del terzo settore. "Media" è la criticità per il riconoscimento del ruolo di innovazione sociale: là dove le nuove tipologie di utenza vengono monitorate e là dove vengono progettati interventi innovativi rispetto alle nuove povertà, c'è un riconoscimento tardivo da parte dell'amministrazione. Il rapporto virtuoso tra pubblico e organizzazioni no profit non può essere che un rapporto di reciprocità, in cui il privato non sostituisce, ma aumenta la qualità e intercetta in nuovi fenomeni.

In sintesi, le criticità sono diverse se si analizzano le informazioni relative al lavoro dei dipendenti comunali e quelle relative alle cooperative e al nonprofit. Nel pubblico si riscontra una criticità "alta" per quanto riguarda la "scarsità del personale" e per la capacità di rispondere alla domanda delle nuove tipologie di utenza. Criticità medie si riscontrano invece per il livello della burocrazia, la precarietà del personale addetto, il riconoscimento della formazione nella definizione dei profili professionali.

Per quanto riguarda invece le cooperative sociali, si riscontrano due tipo di criticità "alte" e due "medie". Criticità alta è quella che riguarda la difficoltà di rispondere a una utenza in aumento, alle nuove tipologie dell'utenza e alla difficoltà di raggiungere utenti potenziali (soprattutto per quanto riguarda le nuove povertà).

Un altro tipo di criticità alta – come abbiamo già spiegato sopra - è quella dovuta alla scarsità di risorse e alla precarietà del lavoro (in particolare per quanto riguarda convenzioni e insufficienza degli appalti). Criticità medie si riscontrano nelle cooperative sociali a proposito delle prospettive di carriera e della eccessiva mobilità in uscita.

5.5. Conclusioni

L'analisi realizzata sul caso di Venezia Mestre segnala una serie di valutazioni espresse dai protagonisti delle politiche sociali e della fornitura dei servizi nel Comune.

Una prima esigenza di fondo è la determinazione dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria come risposta ai bisogni, a partire dai Piani di zona. Si tratta della necessità di avere una chiara definizione dei livelli di assistenza sanitaria e sociale, che siano poi accompagnati dalle necessarie risorse finanziarie, in modo da renderli concretamente fruibili. Le proposte in questo campo comprendono la richiesta di attribuzione delle risorse a disposizione della Regione a livello locale, secondo parametri oggettivi, nel rispetto delle specificità demografiche (attenzione alle diverse aree regionali quindi) e dei territori delle Ulss; l'introduzione di misure di valutazione e di controllo di gestione e di parametri di qualità e strumenti per misurare l'appropriatezza; l'istituzione di un fondo per gli investimenti per la ricerca, attrezzature, ammodernamenti strutturali, poli unici; l'accreditamento delle strutture.

Si sottolinea anche la necessità del rafforzamento della politica ultra ventennale di integrazione sociale - sanitaria, che ha consentito risposte concrete ed uniformi anche nelle piccole realtà comunali, procedendo alla corretta ripartizione/attribuzione dei correlati oneri finanziari ai due ambiti interessati; integrazione che rappresenta la condizione operativa per realizzare in concreto la continuità assistenziale. E' in merito necessaria, a livello programmatico, una migliore definizione degli obiettivi da conseguire da parte delle Ulss e dei Comuni, dei modelli organizzativi e gestionali possibili e degli indicatori di verifica dei risultati.

Per quanto riguarda le opinioni espresse dagli attori del nonprofit – associazioni del volontariato incluse – emergono alcuni orientamenti che è utile sintetizzare a conclusione di questo lavoro. Le esigenze e le proposte che emergono dagli intervistati impegnati sul campo riguardano in particolare alcune “azioni strategiche”, tra cui:

- la Costituzione di un Tavolo Permanente, luogo di definizione delle relazioni e delle sinergie tra le politiche socio-assistenziali, della formazione e dell'occupazione e dell'integrazione pubblico-privato. Nel 2004 si è costituito il Tavolo Veneto per le politiche sociali in collaborazione con Anci Veneto e Unione regionale delle Province del Veneto, con il patrocinio della Regione del Veneto, di cui fanno parte Cnca Veneto, Fondazione Zancan di Padova, Acli Veneto, Anci Veneto, Coordinamento Veneto Accoglienza, Conferenza dei sindaci Dolo-Mirano, Provincia di Venezia, Comune di Padova e altri enti e associazioni del terzo settore, ma non prevede la partecipazione dell'Ulss;

- l'implementazione delle attività di orientamento ed accompagnamento per le fasce deboli: il potenziamento della formazione in ambiente lavorativo, ad esempio tirocini formativi; il sostegno allo sviluppo delle Cooperative sociali di tipo B come possibilità di inserimento “protetto” dei soggetti socialmente deboli; lo sviluppo del lavoro di rete tra i servizi per una presa in carico multidimensionale e con il nonprofit per promuovere azioni coordinate di lotta all'esclusione sociali. Sarebbe necessario anche approntare metodologie di *empowerment* che valorizzino le capacità dell'individuo, le sue potenzialità, come persona che sente, pensa, agisce. Si propone anche la definizione del sistema dell'accreditamento delle strutture, con il riconoscimento delle rette per i servizi svolti, come una delle strade per superare il sistema delle gare d'appalto e contemporaneamente la definizione dei criteri di assegnazione dei contributi/appalti attraverso progettazione partecipata.

Per quanto riguarda infine l'immagine delle professioni sociali che emerge dal caso Venezia Mestre possiamo sottolineare l'esigenza di comporre un quadro più organico dei percorsi formativi e delle carriere professionali per i lavoratori del settore. Viene riconfermata l'importanza dell'area socio-

psico-pedagogica come nucleo centrale dei servizi offerti e delle professionalità sviluppate e riconosciute, mentre fanno più fatica a crescere e consolidarsi figure adeguate ad affrontare le nuove marginalità sociali, dall'immigrazione al disagio degli adulti. Dal confronto tra servizi comunali e attività delle cooperative sociali troviamo punti di forza e debolezza differenziati, come la precarizzazione del lavoro nel settore pubblico e l'impiego in attività sottoqualificate nelle cooperative sociali. Una caratteristica che sembra invece accomunare i due settori è quella della formazione e in particolare dell'esigenza di formazione permanente e dell'aggiornamento professionale. La grande modificazione della domanda e la comparsa all'orizzonte di problemi nuovi rispetto al passato imporrebbero un livello di aggiornamento e di studio da parte di tutti gli operatori e dei loro dirigenti che nella maggior parte dei casi non si riesce a praticare per mancanza di risorse e di tempo a disposizione. Una delle richieste ricorrenti riguarda, non a caso, la definizione - attraverso una regolamentazione nazionale - delle figure professionali del sociale, spesso ancora troppo generiche e sovrapposte.

Capitolo 6

Il caso di Roma, Municipio I

6.1 Il caso di Roma, Municipio I e la metodologia adottata

Il caso di studio oggetto del presente capitolo è il sistema dei servizi sociali nel Municipio Roma Centro Storico, abbreviato in Municipio I. La delimitazione territoriale del campo di indagine ha tenuto in considerazione il processo di decentramento amministrativo che ha interessato il Comune di Roma nel corso degli ultimi anni, e che ha portato alla costituzione di 19 municipalità.

I diciannove Municipi di Roma rappresentano l'amministrazione locale della città di Roma in attuazione agli obiettivi di decentramento dei poteri stabiliti per legge. Prendono nominalmente il posto delle preesistenti Circoscrizioni del Comune di Roma, che dal 31 marzo 2001 sono state istituite come Municipi, a seguito della delibera del consiglio comunale del 19 gennaio 2001 n. 22/2001. Ciascun Municipio ha un proprio Presidente, scelto con elezione diretta, e la Giunta del Municipio, formata da quattro Assessori di cui uno con funzioni di Vice Presidente, appositamente nominati dal Presidente. I Municipi godono di autonomia gestionale, finanziaria e contabile; alle attribuzioni precedentemente conferite alle Circoscrizioni, sono state aggiunte maggiori competenze, tra cui quelle sullo sviluppo economico e sull'edilizia privata di interesse locale.

Ai municipi spetta la costruzione dei piani locali di welfare, attraverso cui vengono esplicitate le criticità del territorio e le strategie per farvi fronte in un'ottica di prossimità e radicamento nel territorio stesso.

Il territorio del Municipio è diviso nelle seguenti otto zone urbanistiche:

- 1) Il Centro Storico, che si estende in diversa misura sui rioni Sant'Angelo, Regola, Ponte, Parione, Sant'Eustachio, Pigna, Trevi e Campo Marzio;
- 2) Trastevere, il XIII rione di Roma,
- 3) Aventino,
- 4) Testaccio,
- 5) Esquilino,
- 6) XX Settembre,
- 7) Celio,
- 8) Zona Archeologica.

Quasi il 71% dell'intera popolazione municipale si concentra in tre delle otto zone urbanistiche (rispettivamente Esquilino, 30,1%, Centro Storico, 26,4%, e Trastevere, 14,3%).

Il Centro è, in definitiva, il luogo che raccoglie l'eredità storica della città. Sul Centro storico di Roma, ha insistito lo sviluppo del Paese, concentrandovi funzioni politiche, direzionali, finanziarie, commerciali, culturali, turistiche di scala sovralocale e sovranazionale. Il caricamento progressivo di queste sempre nuove funzioni ha pressoché spogliato negli anni (ma con una particolare intensificazione a partire dalla fine degli anni '50) il Centro di Roma della sua tradizionale vocazione abitativa, localistica, popolare, protettiva, insieme con la gran parte della sua popolazione. Questo fenomeno, oltre che a principi strutturali dei processi demografici, risponde ad una precisa condizione geo-morfologica dei territori interessati, dal momento che i rioni più popolosi sono anche i più estesi e i più dotati di stock abitativo entro cui intervenire per i cambi di destinazione d'uso.

Per quanto riguarda la scelta del caso studio, attraverso un'analisi preliminare dei documenti programmatici, e in particolare del Piano Regolatore Sociale del Municipio, si sono individuate alcune caratteristiche d'interesse. Le principali dinamiche demografiche e sociali degli ultimi anni

si possono riassumere nel maggior percentuale di adulti e anziani, il maggior numero di famiglie mono-componenti, la maggiore presenza di immigrati. Se quindi da un lato nel Municipio si ritrova l'eredità storica della città, dall'altro la presenza straniera si è fatta sempre maggiore, in particolare nel rione Esquilino. Questa commistione fra tradizione e multiculturalità rende questo territorio un collettore di bisogni unico, da quelli delle persone senza fissa dimora a quelle dei minori, dei rifugiati, degli immigrati.

La metodologia seguita fa riferimento a quanto esplicitato nella parte generale: in primo luogo si sono esaminati i documenti d'interesse prodotti dagli attori locali, successivamente sono stati contattati i referenti istituzionali con cui si è proceduto a fissare un colloquio preliminare per spiegare contenuti, obiettivi e modalità operative della ricerca. Dai colloqui sono stati individuati poi i singoli referenti per le diverse istituzioni pubbliche coinvolte e per le organizzazioni nonprofit. Per quest'ultime il PRS municipale è stato molto utile, in quanto era presente una mappatura degli attori che operano nel territorio. Uno degli aspetti emersi in questa fase è che nel Municipio è attiva una società civile dinamica e partecipativa, e che il rapporto con gli attori istituzionali è molto vivace. Anche con i referenti delle cooperative selezionate sono stati svolti dei colloqui preliminari in cui è stato illustrato il disegno della ricerca e soprattutto il questionario, che per la sua lunghezza e complessità ha richiesto un lavoro intenso con le organizzazioni coinvolte.

Un aspetto particolare riguardo gli attori contattati ha riguardato la scelta di non citare alla lettera i passi delle interviste: questo perché è stata fatta esplicita richiesta da parte dei diretti interessati di non essere citati esplicitamente. A tale proposito abbiamo presentato in sede di intervista una lettera del Ministero che assicurava la privacy delle dichiarazioni registrate durante le interviste. Anche per ottenere alcuni dati dalla ASL è stato necessario un intervento formale. Tuttavia una volta stabilite queste prassi e allacciate le relazioni i referenti contattati si sono mostrati estremamente disponibili. A livello istituzionale territoriale, sono stati intervistati referenti del Municipio I U.O.S.E.C.S. Servizi Sociali attivi nelle diverse aree d'intervento e referenti della ASL RMA, che da tre anni ha attivato il servizio sociale ASL lavorando sia in autonomia che in integrazione con gli interventi territoriali. Dal momento che il sistema locale si articola sul doppio livello comune-municipio sono stati contattati e intervistati i referenti del Comune di Roma, in particolare i dirigenti del Dipartimento V Politiche Sociali e della Salute e dell'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze che si occupa della programmazione e gestione dei servizi nell'area dipendenze. Le organizzazioni intervistate sono sette, di cui sei cooperative e un'associazione e sono attive in tutte le aree di intervento. Occorre sottolineare che una di esse gestisce gran parte dei servizi del Municipio, mentre per le rimanenti l'attività svolta in questo territorio rappresenta una parte marginale dell'attività. Anche in termini di risorse umane, sono due le cooperative in cui si concentra la maggior quota di occupati, mentre per le altre i numeri sono molto piccoli.

Per concludere, il Municipio I rappresenta un interessante caso di costruzione di un sistema di welfare vicino ai bisogni del territorio: in questo senso uno dei punti di forza risiede nella capacità di coinvolgere gli attori locali e la società civile in un processo partecipativo continuo.

6.2 Il sistema locale dei servizi sociali: istituzioni, soggetti, attività

6.2.1 Un profilo socio-demografico del Municipio I

Il Municipio I include il centro storico della città di Roma raccogliendo gran parte del patrimonio storico-artistico-culturale della città. Il Centro è, in definitiva, il luogo che raccoglie l'eredità storica della città. Sul Centro storico di Roma insistito lo sviluppo del Paese, concentrando funzioni politiche, direzionali, finanziarie, commerciali, culturali, turistiche di scala sovrallocale e sovranazionale. Il caricamento progressivo di queste sempre nuove funzioni ha pressoché spogliato negli anni (ma con una particolare intensificazione a partire dalla fine degli anni '50) il Centro di

Roma della sua tradizionale vocazione abitativa, localistica, popolare, protettiva, insieme con la gran parte della sua popolazione.

Figura 6.1– Il Municipio Roma Centro Storico e gli altri Municipi del Comune di Roma



A fronte dei circa 122.000 residenti attuali, al censimento del 1961 il centro storico di Roma si presenta ancora densamente popolato (oltre 233.000 residenti). Nei successivi 20 anni si è registrato un progressivo decremento della popolazione che dal Censimento del 1991 si è stabilizzata intorno a centoventiduemila abitanti, anche se anno dopo anno questa subisce delle lievi variazioni nell'ordine di qualche centinaio di abitanti. Un simile andamento riguarda anche l'evoluzione della densità abitativa.

Tabella 6.1 - La popolazione del I Municipio ai Censimenti (1961,1971, 1981, 1991) e dal 2000 al 2006

Anno	1961	1971	1981	1991	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Popolazione	233.774	165.377	135.970	121.543	123.094	122.619	122.106	121.751	122.634	122.458	122.611

Fonte: Anagrafe del Comune di Roma.

Quanto maggiore è stato il peso demografico di un rione centrale, tanto più forte si è manifestato il processo del suo spopolamento. Questo fenomeno, oltre che a principi 'strutturali' dei processi demografici, risponde ad una precisa condizione geo-morfologica dei territori interessati, dal momento che i rioni più popolosi sono anche i più estesi e i più dotati di stock abitativo entro cui intervenire per i cambi di destinazione d'uso. Il processo di ricambio non riguarda solo la destinazione d'uso dello patrimonio immobiliare, ma anche la valorizzazione dello stesso stock abitativo, rivolto ormai ad un target maggiormente solvente e con stili di vita, di lavoro e di consumo profondamente diversi dal passato.

Altra peculiarità del Municipio I è la presenza sul territorio di molte istituzioni che forniscono un domicilio fittizio o virtuale alle persone senza fissa dimora, come rifugiati, richiedenti asilo, persone in condizione di disagio. In questi domicili risultano residenti più di 9400 famiglie e di 10400 persone che, in quanto residenti, usufruiscono dei servizi socio-assistenziali presenti nel municipio, che si configura quindi come un collettore di bisogni e interlocutore privilegiato di molte di queste fasce deboli e disagiate.

Approfondendo gli aspetti legati alla situazione demografica del Municipio I attraverso alcuni indicatori, emerge come non solo si sia assistito nel corso degli anni ad un sostanzioso decremento della popolazione, ma anche ad un suo invecchiamento rispetto alla popolazione complessiva del comune di Roma. L'età media nel Municipio I si attesta sui 47 anni contro i 44 del Comune, risultando più elevata di quella media complessiva sia considerando maschi e femmine insieme che separatamente. Per quanto riguarda l'indice di vecchiaia, che misura la quota di popolazione anziana rispetto a quella di giovani, esso appare decisamente più elevato rispetto all'analogo valore comunale, mentre l'indice di dipendenza, che misura il rapporto fra la popolazione non attiva e quella attiva mostra valori leggermente più positivi nel Municipio I.

Tabella 6.2 - Numero delle famiglie e delle persone in possesso di residenza fittizia presso centri e istituti umanitari nel Municipio I

Indirizzo e nome del Centro	Numero famiglie	Numero residenti
Via degli Astalli n.19, Padri Gesuiti	5.404	5.805
Via Dandolo n.10, Comunità S. Egidio	3.164	3.508
Via Giovanni Giolitti n.225, Focus Diritti Sociali	710	802
Via Marsala n.109, Centro Caritas	114	124
Salita San Gregorio n.1, Suore S. Teresa di Calcutta	57	171
Via delle Zoccolette n.19, Centro Caritas	47	58
TOTALE	9.496	10.468

Fonte: PRS Municipio I

Al contrario l'invecchiamento della popolazione è confermato dall'indice relativo agli anziani per bambino, che nel Municipio I sono 4,8 contro i 3,4 riscontrati a livello comunale. L'indice di ricambio, che indica il rapporto tra quanti sono prossimi a lasciare il mondo del lavoro (popolazione con età compresa tra 60 e 64 anni) e quanti stanno invece per entrarci (popolazione con età tra i 15 e i 19 anni) e sintetizza il rapporto tra le fasce estreme in uscita e in entrata della popolazione demograficamente attiva, è pari a 215,7%: dunque, 100 nuove leve sul mercato del lavoro rimpiazzeranno i 215 lavoratori che si avvieranno al pensionamento, un valore dell'indice molto superiore rispetto al comune, in cui il valore registrato è del 140,3%.

Tabella 6.3 - Indicatori strutturali degli iscritti in anagrafe per il municipio I al 31 dicembre 2006

Territorio	Età media			Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Anziani per bambino	Indice di ricambio
	M	F	MF				
Municipio I	45,1	48,3	46,7	235,9	47,5	4,8	215,7
Roma	42,3	45,6	44,1	160,7	51	3,4	140,3

Fonte: Comune di Roma

Da quanto esposto, nel Municipio I le classi anziane sono costantemente più numerose di quelle più giovani che dovranno sostituirle. Pertanto, a meno degli effetti di ringiovanimento dovuti alla migrazione, l'invecchiamento della popolazione è da ritenersi un dato strutturale in progressivo stato di avanzamento.

Per quanto riguarda il fenomeno migratorio, l'andamento della popolazione immigrata residente mostra nel Municipio I un andamento crescente nel quinquennio 2000-2005, in cui la percentuale di stranieri è passata dal 16,2% al 21,5%, a fronte di un valore molto inferiore nel comune di Roma dove le percentuali si attestavano rispettivamente al 6% e all'8,3%.

Valutando congiuntamente gli indicatori demografici per la popolazione italiana e straniera residente nel Municipio I, emerge che a fronte di una diminuzione della popolazione italiana vi è stato un incremento di quella di origine straniera sia a livello municipale che comunale, il numero di anziani per bambino è più elevato nel caso della popolazione italiana e che questo indicatore anche per gli stranieri è molto più elevato nel Municipio I rispetto all'intero comune di Roma: dunque la consistente presenza di popolazione anziana vale sia per i cittadini di origine italiana che straniera, come testimoniano anche i dati relativi alla percentuale di giovani.

Tabella 6.4 - Immigrati residenti (maschi e femmine) nel Municipio I e nel Comune di Roma. Anni 2000-2005

Territorio	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
MRCS	19.942	16,2	21.087	17,2	21.800	17,9	22.706	18,6	25.004	20,4	26.342	21,5
Roma	169.064	6	180.233	6,4	186.481	6,7	201.633	7,2	233.879	7,9	235.708	8,3

Fonte: PRS Municipio I

Tabella 6.5 - Indicatori della popolazione italiana e straniera iscritta in anagrafe al 31.12.2006 nel Municipio I e nel Comune di Roma

Territorio	Incremento annuo popolazione		Anziani per bambini		% di giovani fino a 14 anni	
	Ita.	Stra.	Ita.	Stra.	Ita.	Stra.
MRCS	-1,6	6,5	5,6	4,7	10,5	6,4
Roma	-0,3	6,3	4,2	1,2	12,9	13,1

Fonte: PRS Municipio I

Il costante processo di invecchiamento della popolazione romana produce degli effetti anche sulla composizione dei nuclei familiari. Nel Centro Storico è molto evidente la tendenza alla frammentazione dei nuclei familiari: infatti qui si registra la percentuale più alta di famiglie composte da una sola persona o monogenitoriali con un solo figlio.²⁷ Analizzando i dati sulla composizione dei nuclei familiari, le famiglie monocomponenti rappresentano il 61,7% del totale a fronte di un valore del 41,1% a livello comunale mentre la percentuale di famiglie residenti con 3 o 4 componenti sono nettamente inferiori, rispettivamente il 10,9% contro il 17,8% e il 6,8% contro il 13,6% delle famiglie.

Tabella 6.6 – Famiglie per numero di componenti nel Municipio I e nel Comune di Roma

Territorio	1 componente		2 componenti		3 componenti		4 componenti		+ di 4 componenti		Totale
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Municipio I	41053	61.7	12068	18.1	7258	10.9	4543	6.8	1623	2.4	66545
Roma	526580	41.1	302471	23.6	228549	17.8	174544	13.6	50131	3.9	1282275

Fonte: PRS Municipio I

In sintesi, il decremento e l'invecchiamento della popolazione, la forte incidenza delle famiglie con un solo componente e l'aumento degli immigrati residenti sono fenomeni che nel Centro Storico di Roma hanno assunto una forte rilevanza, caratterizzando la composizione socio-demografica della popolazione. Queste caratteristiche si traducono in una struttura demografica e sociale particolare, cui si lega inevitabilmente la struttura della domanda di servizi sociali.

A tale proposito nel Piano Regolatore Sociale del I Municipio è stata ricavata una definizione della domanda esplicita dei bisogni espressa dai cittadini dai dati relativi all'accesso degli utenti presso il Servizio di Segretariato Socio-Sanitario integrato nell'anno 2007.²⁸ Prendendo in considerazione gli interventi del Servizio Sociale municipale nel 2007, divisi per categoria emergono alcuni aspetti significativi:

- gli adulti assistiti nel Municipio sono 709 con un tasso di 8,6 soggetti ogni mille adulti, un valore molto superiore al corrispondente valore calcolato sul comune (1,7);
- i minori assistiti sono 766 con un tasso di 5,2 soggetti ogni mille 0-17enni;
- gli anziani fruitori dei nove centri anziani del Municipio sono 3.411, il 12,3% dell'intera popolazione con 65 e oltre. Gli anziani assistiti con misure di welfare di prossimità, di welfare residenziale, con progetti obiettivo, interventi settoriali, con azione di welfare per inclusione sociale e autonomia sono 1.565 pari al 5,6% dell'intera popolazione di riferimento. Nel 2001 erano 742 soggetti. In termini percentuali, nell'intervallo 2007-2001, il numero di anziani assistiti dal Municipio è raddoppiato;

²⁷ Sono, a questo riguardo, significativi gli indici elevati di vedovanza e di divorzialità.

²⁸ Il Segretariato Sociale è una struttura attivata dall'UOSECS cui i residenti nel Municipio possono presentare domande per accedere ai Servizi Sociali. I cittadini sono accolti da operatori dello Sportello del Segretariato Sociale, che in base alle singole situazioni li inviano ai servizi competenti.

- le persone diversamente abili assistite sono complessivamente 217, pari a 2,7 persone ogni mille residenti adulti. Tale dato, rispetto al 2001 dove si assistevano 115 soggetti (pari a 0,9 persone assistite ogni mille residenti adulti), rappresenta un incremento del 300%.

6.2.2 Il sistema dei servizi sociali nella Regione

Sulla spinta dell'approvazione della legge 328/2000 e della riforma del titolo V della Costituzione tutte le regioni si sono attivate intervenendo nel settore delle politiche socio-assistenziali. In particolare la regione Lazio aveva già una legge organica che disciplinava la materia: infatti, con un certo anticipo rispetto alla 328, il sistema dei servizi socio-assistenziali era già stato riformato con la legge regionale 38/96 e con la realizzazione del primo piano socio-assistenziale regionale per il periodo 1999-2001. questi provvedimenti hanno disciplinato su base distrettuale il coordinamento di tutti i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari. Attraverso la legge 38/96 la regione ha dettato le norme per il riordino, la riqualificazione, la programmazione e la gestione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali nell'ambito territoriale regionale e individua nell'ambito territoriale di residenza il punto di accesso alle prestazioni socio-assistenziali da parte dell'utente. Le funzioni socio-assistenziali nell'ambito territoriale regionale sono esercitate, secondo le competenze, in coerenza con i principi e gli obiettivi e in base alle modalità stabilite dalla normativa regionale dalla Regione, le province, la città metropolitana, i comuni e le comunità montane.

Ulteriore innovazione nel panorama della normativa sociale regionale è l'adozione del piano socio-assistenziale regionale inteso come strumento di programmazione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali a livello regionale. Per quanto riguarda invece la gestione dei servizi a livello locale, l'idea cardine della legislazione regionale è stata quella di individuare nel distretto l'unità territoriale di riferimento e nel piano di zona lo strumento di programmazione locale degli interventi e dei servizi socio-assistenziali degli ambiti territoriali. Viene riconosciuto al piano di zona un ruolo di catalizzatore del sistema locale, attraverso la "formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà, nonché la responsabilizzazione dei cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi" (art 51 comma 3).

L'ultimo piano socio-assistenziale elaborato dalla giunta regionale è quello risalente al triennio 2002-2004, approvato con deliberazione della Giunta regionale 25 ottobre 2002, n.1408 concernente "Art. 48 legge regionale 38/1996. Approvazione schema di piano socio-assistenziale 2002-2004". (BUR n.36 del 30/12/2002 - supplemento ordinario n.3). Il principio ispiratore fondamentale della pianificazione sociale viene individuato nella centralità dei bisogni degli utenti e delle famiglie.

La linea politica indicata parte dal riconoscimento della peculiarità del territorio laziale: una "regione-contenitore" che raccoglie contesti fortemente diversificati da un punto di vista sociodemografico, economico, culturale e di articolazione del disagio sociale. Una Regione dove alle disparità tra Roma ed il resto del territorio, e tra le città capoluogo e le zone provinciali, si sono progressivamente giustapposte differenziazioni interne e trasversali. Una realtà che si differenzia sensibilmente per quantità e qualità delle risorse disponibili, che presenta segmenti di territorio in ritardo rispetto ad una moderna cultura del welfare, dove coesistono esigenze e graduatorie di priorità spesso molto diverse tra loro, che richiedono quindi una capacità crescente di garantire un'offerta socio-assistenziale non standardizzata, ma flessibile e di qualità.

Gli orientamenti strategici della programmazione regionale vengono individuati in:

- politica per la famiglia e con la famiglia;
- lotta alla povertà;
- contrasto dell'emarginazione,
- welfare integrato nella comunità locale;

- qualità sociale.

L'unità territoriale di riferimento delle politiche e degli interventi socio-assistenziali è il Distretto, come individuato dalla 38/96, la cui articolazione sul territorio coincide con la distribuzione territoriale delle competenze delle Asl. Il Piano di Zona è lo strumento cardine attraverso il quale i Comuni del Distretto, singoli o associati, codificano gli obiettivi strategici, gli assetti organizzativi, gli interventi operativi e le modalità gestionali del comparto degli interventi sociali. Una parte consistente del documento di programmazione regionale è dedicata ai Liveas: i livelli essenziali di assistenza da garantire in ambito sociale. All'interno dei piani di zona la regione ha definito una griglia di LIVEAS che vanno assicurati agli utenti in ogni zona o distretto, ricalcando dalla legge nazionale le tipologie di prestazioni e servizi nelle aree d'intervento. Viene infatti riportata una griglia, in parte anticipata dalle Linee guida ai Comuni per l'utilizzo delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le politiche sociali (anno 2001)²⁹, in cui sono indicate le funzioni assistenziali da inserire nei Piani di Zona come livelli di assistenza che devono comunque essere assicurati in ogni Distretto, nonché gli interventi e le prestazioni che possono rappresentarne l'articolazione strumentale.

Le aree organizzative di intervento per i Liveas vengono individuate (su indicazione del Piano sociale Nazionale) in:

- Segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- Servizio sociale professionale;
- Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare;
- Assistenza domiciliare;
- Strutture a ciclo residenziale;
- Strutture a ciclo semi-residenziali;
- Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Per ciascuna di queste aree sono specificate le finalità, il tipo di prestazioni e/o interventi da garantire, l'organizzazione, i destinatari, i servizi afferenti, gli obiettivi operativi.

Inoltre con la legge regionale 41/2003 sono state individuate le norme relative all'autorizzazione all'apertura e al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali in un'ottica di garanzia della qualità dei servizi.

Oltre alla legge quadro e al piano socio-assistenziale, la regione Lazio ha emanato tutta una serie di leggi di settore, 18 in sette anni, che costituiscono circa l'8% della sua produzione normativa complessiva, un valore pari quasi al doppio del dato nazionale (Napolitano, 2008).³⁰ Queste leggi hanno riguardato i giovani, la famiglia, l'infanzia e l'adolescenza, i disabili, i detenuti, e sono raccolte nell'appendice I.

6.2.3 Il sistema dei servizi sociali nel Municipio I

Per comprendere l'articolazione e il funzionamento del sistema dei servizi sociali nel Municipio I del Comune di Roma occorre fare un passo indietro e risalire a quelle che sono le modalità con cui l'amministrazione comunale ha decentrato i servizi, spostando il baricentro della regolazione del welfare verso le circoscrizioni, oggi municipi.³¹

La pianificazione sociale nel Comune di Roma si inquadra all'interno dell'articolato sistema di riforma dei servizi sociali sfociato nell'elaborazione del Piano Regolatore Sociale (PRS). Se, infatti, secondo la legge 328/2000 le unità di riferimento per la programmazione, la gestione e l'erogazione dei servizi sono gli ambiti territoriali, nel Comune di Roma la programmazione degli interventi segue un percorso differente, delineato nel Piano Regolatore Sociale cittadino. "Il Piano Regolatore

²⁹DGR n. 471/2002.

³⁰www.issirfa.cnr.it

³¹I municipi hanno dimensioni pari a quelle di una medio-grande città italiana.

Sociale della città di Roma ha lo scopo di impegnare l'amministrazione comunale nella programmazione, nella progettazione e nella realizzazione del sistema cittadino dei servizi e degli interventi sociali” (p.3)

Questo è un documento di pianificazione triennale volto ad integrare le politiche sociali con le altre politiche urbane che si è sviluppato di pari passo con la distribuzione di competenze e funzioni sempre più specifiche ai Municipi, nell'ottica di un equilibrio fra interventi svolti a livello cittadino e territoriale. Lo scopo è quello di garantire un sistema di welfare urbano che da un lato rispecchi una logica unitaria ma dall'altro sia calato nelle differenti realtà che caratterizzano il tessuto sociale. Per questi motivi la città di Roma rappresenta un caso singolare di applicazione del processo di ristrutturazione del welfare locale che si caratterizza per il suo doppio livello di decentramento comune-municipio. Il comune ha avviato un continuo spostamento delle funzioni socio-assistenziali dal centro verso i servizi territoriali conferendo loro maggiori ruoli e specifiche funzioni.

In questa cornice si è inserita la stesura del PRS del Comune di Roma: un documento di programmazione triennale composto da un piano di zona cittadino e da diciannove piani di zona municipali a cui si è giunti attraverso un percorso di concertazione che ha coinvolto tutti i soggetti attivi nel settore.

Esso riveste una duplice funzione: da un lato, impegna l'amministrazione comunale nella programmazione, progettazione e realizzazione del sistema cittadino dei servizi e degli interventi sociali; dall'altro, è lo strumento attraverso il quale il “sociale” interpella e orienta le politiche sanitarie, urbanistiche e abitative, le politiche culturali, della scuola e dei servizi per l'infanzia, della formazione e del lavoro, dell'ambiente, dei trasporti e delle periferie, delle pari opportunità tra uomini e donne, dei tempi e degli orari che si vivono in città, favorendo una crescita complessiva del benessere della città. Il piano regolatore sociale definisce quindi le politiche sociali del Comune di Roma nel senso più ampio del termine, considerando anche l'impatto sociale delle diverse politiche di sviluppo locale e quelle relative alla prevenzione dei processi di esclusione sociale. Si è arrivati alla sua formulazione attraverso un processo di consultazione allargata che ha coinvolto e impegnato attivamente, con numerose iniziative e tavoli di concertazione centrali e municipali, i tanti attori che operano nel sociale a Roma. Un ruolo decisivo è stato svolto dai municipi: sono stati costruiti autonomi piani di zona municipali, coordinati tra loro.³²

Dunque il PRS ridisegna il welfare della città di Roma agendo su tre livelli:

- un livello cittadino, una serie di laboratori di co-progettazione tematici e un'attività di raccordo intrasessorile;
- un livello municipale, Piani di Zona Municipali;
- un livello intermunicipale, accordi di programma tra i Municipi e le rispettive ASL.

Per il raggiungimento delle sue finalità, il PRS individua sei diverse aree di azione:

- azioni di welfare, interventi sul sistema dei servizi sociali con la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni;
- azioni di sistema, azioni di informazione e comunicazione sociale, controllo della qualità dei servizi e nuova organizzazione dei servizi sociali;
- azioni di integrazione con le altre politiche cittadine;
- linee di progettazione congiunta tra Piano Regolatore Urbanistico e Piano Regolatore Sociale;
- progetti obiettivo, piani di intervento settoriale per specifiche categorie di cittadinanza;
- composizione del “bilancio allargato”, Fondo Comunale per le Politiche sociali.

Seguendo le linee guida tracciate a livello cittadino dal PRS comunale, i singoli municipi romani hanno elaborato i propri documenti di programmazione sociale individuando gli obiettivi strategici nonché i mezzi e le risorse per raggiungerli, alla luce delle peculiarità e delle caratteristiche del territorio di riferimento: infatti il sistema locale si articola al suo interno in zone sociali³³ che si

³² Si sono svolti anche laboratori di co-progettazione e focus group, curati dalla facoltà di psicologia dell'Università La Sapienza di Roma.

³³ Anziché gli ambiti territoriali

differenziano per caratteristiche topografiche, socio-economiche, demografiche. Il piano di zona municipale (o piano regolatore sociale municipale) elaborato sulla base delle linee guida per le politiche sociali rappresenta quindi l'insieme di interventi con cui sono organizzati e gestiti i servizi sociali territoriali, lo strumento di programmazione su cui si basa tutto l'impianto del welfare locale. Secondo questo modello, i municipi sono divenuti titolari dell'erogazione della maggior parte dei servizi destinati alla cittadinanza (servizi alla persona, servizi sociali, edilizia, manutenzione, scuole materne e asili nido, cultura sport e tempo libero, traffico): nella realtà romana la dimensione municipale rappresenta il terreno più fertile su possa essere sviluppata una gestione dei servizi localizzata e tarata sull'analisi dei bisogni della cittadinanza. “Una sorta di ultimo livello micro che coordinandosi verso l'alto con gli uffici centrali del comune e degli altri enti locali, e programmando verso il basso e dal basso la sua azione politico-amministrativa dà vita a un sistema urbano di welfare municipali.”(Paci, 2008, p.80)

Le istituzioni pubbliche

Il sistema locale dei servizi sociali vede coinvolte a diversi livelli le istituzioni pubbliche del territorio. Queste sono la Regione Lazio (Assessorato alle Politiche Sociali), la Provincia di Roma (Assessorato alle Politiche Sociali e per la Famiglia Dipartimento IX - Servizi Sociali), il Comune di Roma (Dipartimento V - Politiche sociali e della Salute e Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze), il Municipio I (UOSECS – Servizi sociali), la ASL RMA. Per quanto riguarda il ruolo della Regione Lazio facciamo riferimento a quanto riportato nel paragrafo 2.1, in cui viene esplicitata la funzione di indirizzo e programmazione dell'ente locale. La Regione inoltre attribuisce a ciascun distretto 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. 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 nella quasi totalità dei casi coincidono con le Municipalità. Anche nel caso del comune di Roma, la Regione assegna un budget ad ogni distretto secondo i criteri già individuati. Ciascun distretto predispone 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 alle presenti Linee guida e adotta i provvedimenti per l'erogazione del contributo totale o parziale in relazione all'ammissibilità dei singoli progetti operativi.

La Provincia di Roma, attraverso il Dipartimento IX - Servizi Sociali, concorre alla programmazione degli interventi e dei servizi sociali, alla promozione dell'integrazione delle politiche sociali con altre politiche, coordina i comuni capofila dei 17 distretti del territorio provinciale, assicura il sostegno tecnico ai comuni nell'elaborazione dei piani di zona, sostiene la partecipazione delle organizzazioni del terzo settore. Non eroga quindi servizi diretti all'utenza ma offre sostegno tecnico di servizi sociali attraverso i propri assistenti sociali; inoltre gestisce alcuni servizi di area vasta, intesi come servizi sovra-distrettuali o sovra-comunali in alcune specifiche aree di intervento. Altro ruolo della Provincia è la realizzazione del sistema informativo e la gestione degli interventi formativi.

In particolare il Dipartimento IX è articolato in 3 servizi:

- il Servizio 1: si occupa della pianificazione territoriale e del sistema informativo (Ufficio 1), della formazione (Ufficio 2), dell'amministrazione (Ufficio 3);

- il Servizio 2: si occupa degli interventi sociali nelle aree Minori e Giovani (Ufficio 1), Famiglia (Ufficio 2), amministrazione (Ufficio 3);
- il Servizio 3: dedicato all'Immigrazione ed emigrazione interviene nella gestione del Piano provinciale immigrazione³⁴ (Ufficio 1) e nella Formazione ed inserimento lavorativo degli immigrati (Ufficio 2).

Gli interventi e i servizi di area vasta gestiti dalla Provincia verranno esaminati per area di intervento nel corso dell'analisi, occorre però tenere in considerazione il fatto che trattandosi di servizi di area vasta sono trasversali rispetto all'analisi relativa al Municipio I in senso stretto.³⁵

Alla luce dei ruoli che Regione e Provincia rivestono nel sistema “globale” dei servizi sociali, l'attenzione si è concentrata su quegli attori che operano più direttamente nel contesto locale del Municipio I: il Comune di Roma, il Municipio I e la ASL RMA. Questi ruoli verranno approfonditi successivamente sulla base delle interviste realizzate per ciascuna area d'intervento.

A livello generale, la suddivisione dei ruoli fra l'amministrazione comunale e il livello locale si è articolata a livello organizzativo nel seguente modo:

- a livello centrale il V Dipartimento del Comune di Roma svolge attività di indirizzo, coordinamento, controllo e valutazione dei servizi offerti dai municipi. Inoltre assume un ruolo di direzione, promozione e sostegno delle attività territoriali,
- a livello municipale l'Unità Organizzativa Socio-Educativa, Culturale, Sportiva (UOSECS) si occupa degli aspetti amministrativi e gestionali e rappresenta il nucleo principale dell'organizzazione socio-assistenziale. Le funzioni di programmazione gestione e monitoraggio del piano sociale municipale ricadono sull'ufficio di piano municipale, composto dai tecnici delle unità organizzative che diventa il responsabile dell'attuazione del piano,
- l'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze è attiva nell'area dipendenze e svolge molteplici compiti che vanno dagli interventi di prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale all'assistenza, riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo. L'agenzia gestisce un insieme di servizi base su cui si appoggiano i municipi.

Ai servizi municipali spetta la gestione delle attività di cura e l'assistenza economica, le attività di socializzazione, tutela, informazione, prevenzione, organizzazione e gestione di strutture per la riduzione del disagio. A queste attività vanno ad aggiungersi il rilascio delle autorizzazioni per l'accesso ai servizi gestiti dal V Dipartimento o da organismi convenzionati (accoglienza notturna, mense sociali, soggiorni estivi...).

Infine, il sistema dei servizi sociali non comprende soltanto i servizi socio-assistenziali gestiti dal Comune e dal Municipio, ma anche quelli socio-sanitari. I servizi socio-sanitari sono quei servizi che sono erogati in modo integrato dalla ASL e dal Comune di Roma o dai Municipi. Con l'espressione “integrazione socio-sanitaria” si indicano tutte quelle attività rivolte al cittadino che per essere erogate richiedono la collaborazione e l'integrazione delle risorse del Comune/Municipio e della ASL, ma anche di altri Enti quali il Tribunale dei Minori, la scuola, l'associazionismo e il volontariato... Allo stesso tempo tale terminologia indica un nuovo modello di organizzazione del lavoro che, codificato nella Legge 328/2000, evidenzia la necessità di integrare le competenze professionali dell'Ente locale (competenza socio-assistenziale) e le competenze dell'ASL (competenza sanitaria) per:

- rispondere in modo più adeguato, efficace ed efficiente, alle necessità dei cittadini (molti bisogni e necessità richiedono per essere soddisfatti sia servizi socio-assistenziali che sanitari, es. assistenza domiciliare);
- ottimizzare le risorse;
- abbreviare i tempi di risposta al cittadino;
- evitare sovrapposizioni di competenze;

³⁴ D.lgs n. 286/98 e L.R. n. 17/90

³⁵ Lo stesso discorso vale per il ruolo all'interno del sistema dei servizi sociali nelle diverse funzioni esaminate nel questionario.

- mettere al centro del processo di erogazione dei servizi la persona in modo integrale.

Oltre ai servizi previsti dalle normative a cui sia la ASL che l'Ente locale è tenuto ad erogare, si possono attivare dei servizi basati su dei progetti specifici attivati per uno o più anni.

I servizi socio-sanitari obbligatori sono:

- SAISH: è il servizio di assistenza socio-sanitaria erogato a favore delle persone diversamente abili di qualunque età,
- minori: sono servizi rivolti ai minori si riferiscono ai minori segnalati del tribunale dei minori,
- adozioni: è un servizio integrato che si occupa delle richieste di adozioni,
- dimissioni protette: è un servizio che facilita le dimissioni di quei pazienti che pur potendo essere dimessi dall'ospedale se non aiutati possono incontrare difficoltà,
- Centri Diurni per i malati di Alzheimer: sono centri che possono accogliere tali pazienti in orario diurno, anche tutti i giorni. Qui i pazienti oltre ad essere sotto controllo sanitario seguono attività occupazionali e di riabilitazione.

Per quanto riguarda la ASL, la responsabilità per la programmazione e attuazione a livello territoriale dei progetti, delle linee di attività e dei servizi che prevedono l'integrazione socio-sanitaria è attribuita al Direttore del Distretto. Il distretto si avvale per le relazioni di un referente per l'integrazione sociosanitaria distrettuale, individuato dal direttore del distretto. Il distretto integra attraverso una condivisione degli interventi, e nel rispetto delle reciproche competenze, con il direttore del Dipartimento della Salute Mentale anche le attività destinate area della psichiatria e le altre U.O.C. La pianificazione, la programmazione, l'attivazione degli interventi prevede altresì l'attiva partecipazione di tutte le U.O.C. interessate per area di competenza all'integrazione socio-sanitaria territoriale, quale la geriatria, le dipendenze (Ser.T). A livello aziendale è individuata l'U.O. per l'integrazione e la promozione dell'integrazione socio-sanitaria.

Le organizzazioni non profit

Il dinamismo della società civile rappresenta sicuramente uno dei punti di forza del Municipio I.

Nella premessa del PRS del municipio, infatti, si legge:

“Il Piano Regolatore Sociale del Municipio Roma Centro Storico è costruito su tre grandi linee strategiche:

- la partecipazione della società civile alla individuazione dei bisogni e delle risorse necessarie all'organizzazione delle politiche e dei servizi sociali;
- la necessità di integrare tra loro le politiche sociali pubbliche e i servizi offerti in modo autonomo dal Terzo settore sul territorio e finanziati con fondi comunali, provinciali e regionali;
- la necessità di integrare le politiche sociali nelle politiche pubbliche portate avanti dal Municipio, dal Comune di Roma, dalla Provincia, dalla Regione e dagli enti che agiscono nel territorio municipale.”.

Dunque la partecipazione della società civile viene ritenuta fondamentale sia per la costruzione di pratiche locali condivise che come risorsa strategica per l'individuazione, la lettura, la soluzione delle criticità del territorio. Nell'ottica di sviluppare le forme partecipative legate al miglioramento della qualità e della vita urbane, allo sviluppo di politiche e progetti adeguati, alla promozione della cittadinanza attiva, il Municipio I ha avviato il progetto della “Casa della città”, frutto delle esperienze di partecipazione maturate intorno alla redazione del Piano Regolatore Generale del Comune di Roma. Questa è luogo di incontro, di analisi e di proposta per quanto riguarda le politiche urbanistiche e dell'arredo urbano. Per la sua stessa genesi, però, la Casa della Città si qualifica anche come luogo di apertura e di incontro per le tematiche sociali. Destinarla a sede di

confronto, di analisi, progettazione e proposta anche per le politiche sociali e per i suoi attori è pertanto un suo “naturale” completamento.

La ricostruzione del quadro delle istituzioni nonprofit attive nel sistema dei servizi sociali del Municipio I si basa sugli incontri che sono stati svolti nell'ambito della costruzione del PRS: i tavoli di lavoro/partecipazione. Questi rappresentano lo strumento con cui l'amministrazione ha coinvolto la città in una riflessione collettiva sui bisogni sociali e le politiche: complessivamente sono stati organizzati 6 tavoli di lavoro strutturati in 3 incontri, con la finalità di promuovere un confronto trasversale fra istituzioni, società civile, cittadinanza.

Le principali criticità emerse dai tavoli di lavoro riguardano:

- l'esistenza di fasce deboli della popolazione che non sono raggiunte dai servizi sociali municipali,
- la complessità del tessuto sociale del Municipio è dovuta a molteplici fattori quali l'utenza multietnica e multiculturale, le residenze fittizie, le scarse risorse a fronte dei sottostimati cittadini residenti. Tali caratteristiche andrebbero considerate in relazione agli stanziamenti erogati dal Comune,
- la difficoltà di conciliare le politiche sociali con la vocazione commerciale del territorio tesa a riqualificare intere aree con conseguente espulsione di fasce deboli della popolazione,
- il problema abitativo sempre più urgente in connessione con le dinamiche dei prezzi delle abitazioni e con l'emergenza degli sfratti, il progressivo sgretolamento del tessuto sociale dovuto all'espulsione di molti abitanti del Centro Storico produce l'aumento di situazioni di isolamento sociale e di disagio psicologico.

Dai tavoli, cui hanno partecipato 172 persone, è emerso che nel Municipio I si sono sviluppate realtà differenti, che hanno maturato esperienze e conoscenze e che hanno strutturato sul territorio molte relazioni con gli abitanti sia italiani che stranieri. In particolare sono state ricavate informazioni relative alle aree d'intervento in cui gli enti e i servizi che hanno partecipato sono attivi, in modo da avere una mappatura dei soggetti che operano nel territorio. Questa mappatura è riportata nel prospetto presentato nella Tabella 6.7.

Dal prospetto emerge che nel Municipio I le attività delle istituzioni nonprofit si differenziano sia per modalità organizzative che per tematiche prescelte, e che gli interventi si rivolgono sia ad aree specifiche che al sostegno di iniziative trasversali interconnesse, dando vita a una rete molto attiva nel territorio. Le parti sociali si percepiscono come un gruppo vivace, competitivo e collaborativo. La vitalità degli attori, la comunione di idee e di intenti, la condivisione dello spirito del territorio che mettono insieme parti sociali ed amministratori pubblici appare come un importante punto di forza, confermato anche da quanto riscontrato nelle interviste svolte, sia con gli attori istituzionali che del nonprofit.

Tabella 6.7– Organizzazioni attive nel sistema dei servizi sociali nel Municipio I

ENTE	Settore intervento ente/organizzazione	Modalità intervento ente/organizzazione
ASL RMA	Area minori: scuola, famiglia, casa famiglia Sanità pubblica Disabili, adulti Adulti con disagio psichiatrico Materno infantile Prevenzione e diagnosi di problemi di sviluppo psicologico	Incontri con la scuola, colloqui Assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera Domiciliari, residenziali Trattamento farmacologico, psicoterapia, reinserimento sociale, prevenzione Prevenzione, diagnosi, cure scolastiche
Acli Multimedia	Didattica, comunicazione visiva, comunicazione sociale, cinema sociale, produzione audiovisiva	Formazione docenti, seminari università, attivazione di gruppi di giovani
Articolonove ONLUS	Anziani, disabili, adulti svantaggiati	Cura e socializzazione, inserimento lavorativo e formazione, progetti scolastici, iniziative pubbliche
Associazione Differenza Donna	Violenza contro le donne	Gestione centri antiviolenza
Associazione Federativa Femminista	Biblioteca e archivio del movimento delle donne	Organizzazione di eventi nazionali e internazionali
Associazione Genitori Donato	Di Gestione spazi bambini, riqualificazione del territorio	
Associazione Genitori Esquilino	Aggregazione genitori, tavolo giovani, sicurezza bambini, attività multiculturali	Riunione tavoli, progetto Esquilino sicuro
Associazione Roma 81	Progettazione socio-sanitaria, supervisione centro socio-educativo	Ricognizione di nuove risorse, monitoraggio settimanale e nuove soluzioni
CEIS Mani Colorate	Prevenzione primaria e secondaria genitori tossicodipendenti, dispersione scolastica, attività ricreative per ragazzi, sostegno mamme	Colloqui, orientamento, sostegno, monitoraggio, attività ludiche, laboratori creativi, orientamento, sostegno
Casa dei Diritti Sociali Focus	Orientamento, sostegno, invio ai servizi, scolarizzazione bambini rom, insegnamento italiano, lotta all'evasione scolastica, lotta alla tratta	
Casa internazionale delle donne Il Cortile	Sostegno psicologico alle donne, psicoterapia, formazione, assistenza domiciliare	Laboratori ludico creativi, psicoterapia individuale, di coppia e familiare, consultorio
Centro Anziani Esquilino	-	-
Centro Anziani San Saba	-	-
Centro Anziani Testaccio	-	-
Centro Servizi per il Volontariato	Sostegno alle attività delle associazioni di volontariato a Roma e nel Lazio	Sostegno alla progettazione, consulenze fiscali e amministrative, promozione, sostegno ad eventi, comunicazione, promozione reti territoriali

Comune di Roma Dip. XIV	Lavoro formazione	Centri di orientamento con sportelli aperti al pubblico, reti COL, centri di formazione professionale Gestione in partenariato
Conservatorio di Santa Caterina della Rosa	Handicap, accoglienza e inserimento lavoro	
Consulta handicap Municipio Roma Centro Storico	Disabili	Controllo e proposte
Coop La Ragnatela	Inserimento lavorativo disabili, orientamento lavorativo, creazione di impresa, sviluppo locale	-
Cooperativa Sociale Tutti giù per terra	Disturbi dello sviluppo, problematiche infantili	Psico-educativo
Cotrad ONLUS	Minori, disabili, anziani, tossicodipendenti	Domiciliare, semiresidenziale, centro ascolto, comunità
Explora museo bambini di Roma	Bambini, famiglie	Stimolare il naturale istinto all'apprendimento dei bambini attraverso il gioco
Forum Monti	Riqualficazione urbana del rione per migliorare la vivibilità	Proposte e progetti da realizzare in collaborazione con il Municipio Roma Centro Storico
Il colle incantato le mamme del colle Oppio	Donna, famiglia, scuola, extracomunitari, integrazione	Sostegno con interventi post-scuola, corsi su disagi, corsi di formazione, presenza sul territorio
Istituto comprensivo D. Manin	-	-
La Lucerna, Laboratorio interculturale	Immigrazione, cultura, scuole, territorio	Laboratori artigianali, culturali, incontri pubblici di sensibilizzazione
Polo Intermundia	Disagio familiare, disagio scolastico, sostegno scolastico, intercultura	Sportello d'ascolto, equipe sociopedagogica, doposcuola, laboratori e corsi
Progetto Celio	-	-
Progetto Mediazione Sociale	Cittadinanza attiva, mediazione conflitti interculturali, scuola	Interviste, mediazione, sportelli informativi

Fonte: PRS Municipio I

Il ruolo delle istituzioni pubbliche e private nel sistema dei servizi

Nell'ambito di quanto riportato nel paragrafo relativo alle istituzioni pubbliche e nonprofit nel sistema dei servizi sociali, il questionario somministrato ha indagato quali sono i ruoli e le attività specifiche svolte delle singole organizzazioni. La stretta connessione e l'intreccio fra le diverse istituzioni emerge chiaramente da quanto rilevato nelle interviste: gli attori pubblici e nonprofit interagiscono nelle diverse aree d'intervento dando vita a un sistema multilivello in tutte le aree d'intervento.

Per quanto attiene la dimensione locale, le attività di **programmazione e di progettazione** sono gestite dall'ufficio di piano del Municipio, insieme al dipartimento V e alla ASL. Occorre segnalare che il Municipio è l'attore principale nelle aree **Famiglia e minori, Disabili, Anziani, Adulti**, in cui collabora in integrazione con la ASL. Nell'area **Dipendenze** le disposizioni delegano ai municipi i servizi in questa area, mentre il comune dovrebbe occuparsi di prevenzione e reinserimento su specifici casi. Tuttavia l'esistenza dell'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze, che gestisce un insieme di servizi base su cui si appoggiano i municipi, e dei SERT (ASL), che si occupano del trattamento delle dipendenze e del recupero, fa sì che siano questi organismi i principali attori nelle attività di programmazione e progettazione in un'ottica integrata con i servizi territoriali. Per l'area

Immigrati il ruolo di programmazione e progettazione degli interventi e dei servizi spetta al V Dipartimento (Area immigrazione e inclusione sociale) che interviene nell'ambito della programmazione e progettazione dei servizi di prima accoglienza e nell'aiuto all'inserimento nel tessuto sociale locale e nel contesto lavorativo.³⁶ La programmazione sui **Nomadi** ricade sulla direzione del dipartimento: i campi nomadi infatti sono gestiti direttamente dal capo dipartimento e per alcune decisioni politiche anche dal sindaco, i municipi non hanno un ruolo in questo tipo di attività e servizio ma ne "subiscono" la presenza e l'impatto sul territorio.

L'attività di **erogazione di contributi** è di competenza del Municipio in tutte le aree d'intervento ai sensi del Progetto globale (delibera 154/97 "Interventi per il sostegno al nucleo familiare e alla singola persona: progetto d'intervento globale"). Con questo progetti si prevede, per la persona singola o il nucleo familiare che lo richieda, un progetto globale, concordato con l'assistente sociale incaricata, ovvero un insieme di interventi, sociali e /o di natura economica, volti a rimuovere le cause del disagio familiare o personale. In particolare nell'area Famiglia e Minori il Municipio eroga contributi ai minori orfani di lavoratori e ai nuclei familiari con minori, nell'area Adulti il servizio sociale si occupa di adulti in difficoltà in generale, di persone invalide, di persone ex detenute, ed eroga contributi con la finalità di contrastare le cause del disagio verso una prospettiva di autonomia, per l'area anziani il servizio sociale municipale eroga un aiuto economico o altri interventi che possano attenuare lo stato di disagio. Inoltre ai sensi della delibera comunale 163/98 il municipio eroga contributi economici all'affitto alle persone anziane che sono state sfrattate dal I Municipio. Infine, l'erogazione di contributi è stata svolta anche nell'area **Sieropositività**. Occorre segnalare che nell'ottica dell'integrazione e dell'unitarietà degli interventi, la ASL partecipa alla fase istruttoria dell'attività di erogazione di contributi.

L'attività di **acquisto di beni e servizi** non è stata rilevata né sul Municipio né sul Dipartimento V: in realtà si tratta di una funzione che non viene esercitata all'interno delle U.O. del servizio sociale in quanto non c'è un apposito centro di costo. Questa funzione è di competenza di altri servizi e uffici del Comune. Al contrario la ASL svolge questa funzione in tutte le aree d'intervento.

Il **finanziamento di progetti e interventi** viene svolto dal Municipio e dal Comune, la ASL partecipa in modo indiretto mettendo a disposizione il proprio personale nei progetti integrati con il Municipio. Questo aspetto è strettamente legato a quello dell'erogazione dei servizi.

Per quanto riguarda il **Coordinamento** nelle varie forme esaminate nel questionario il Municipio, titolare del servizio di segretariato sociale integrato svolge questo ruolo nelle diverse aree d'intervento insieme alla ASL. In particolare nell'area Dipendenze questo ruolo è svolto dall'Act e della ASL. Anche il Dipartimento V ha segnalato questo tipo di attività che in particolare compete al direttore del dipartimento, dal momento che le linee programmatiche vengono elaborate in sinergia fra le diverse aree. Il coordinamento organizzativo interno viene svolto dal Comune e dalla ASL, nell'area anziani anche dal Municipio.

Il coordinamento della rete è una funzione che il Municipio svolge con riferimento ai progetti del V dipartimento, infatti i servizi territoriali svolgono un ruolo di sportello di primo accesso ai servizi comunali, in quanto accolgono gli utenti e interagiscono direttamente con essi. Esiste un forte coordinamento di sistema per tutti i progetti integrati con la ASL: questo è particolarmente vero nelle aree in cui è forte la presenza di servizi integrati, come l'area Famiglia e Minori, in cui esiste un gruppo integrato di lavoro (GIL) sui casi di adozione che pervengono dal tribunale, o nell'area Adulti, in cui il è molto forte l'interazione con il DSM e la ASL, nell'area Anziani per le dimissioni protette, o ancora nell'area Disabili. Il coordinamento viene fatto comunque situazione per situazione in relazione con gli altri soggetti e la rete è molto importante per garantire l'unitarietà dei servizi. Per quanto riguarda il V dipartimento è attiva la Sala Operativa Sociale: un servizio attivato per affrontare le emergenze di carattere sociale che si verificano sul territorio cittadino. Interviene sia a seguito di segnalazione presso il centralino sia attivamente per mezzo di unità mobili su mezzi

³⁶ Come si vedrà successivamente, oltre alla prima accoglienza non esistono specifici servizi rivolti agli immigrati, in quanto non si è voluto creare un sistema separato per quest'area d'intervento, a parte qualche specifico progetto rivolto a target particolari (es. madri immigrate).

attrezzati che girano per la città. Si rivolge ad ogni aspetto dell'emergenza sociale: anziani, bambini soli o in difficoltà, minori non accompagnati, disabili, stranieri, senza fissa dimora...

In sintesi emerge dai questionari un sostanziale accordo sull'importanza del coordinamento della rete, in particolare nel caso dei servizi socio-sanitari.

Nell'attività di **erogazione dei servizi** sono coinvolti tutti gli attori: schematizzando, al livello comunale (Dipartimento V) spetta la gestione diretta o in convenzione dei servizi residenziali di rilevanza cittadina (accoglienza notturna, mense sociali, strutture residenziali, comunità per minori,...), mentre al livello municipale competono le attività di cura, l'assistenza economica, le attività di socializzazione, la gestione di strutture per la riduzione del disagio... La ASL eroga servizi sociali in tutte le aree purchè esista una valenza socio-sanitaria dell'intervento, mentre l'Act opera nell'area delle Dipendenze con interventi molteplici, dall'assistenza alla riabilitazione e reinserimento lavorativo.

Per quanto riguarda il **monitoraggio e la valutazione degli interventi e dei servizi**, tutti gli attori svolgono questo tipo di attività, tuttavia si riscontrano all'interno del sistema diverse discrepanze fra la valutazione svolta in modo sistematico e puntuale e quella poco rigorosa e occasionale. In particolare il ruolo di valutazione monitoraggio svolto dal V Dipartimento riguarda le strutture residenziali³⁷ e i centri di accoglienza.

Per concludere, tutti gli attori hanno dichiarato di essere coinvolti nelle **iniziative per la comunicazione esterna**, anche se svolta sul piano istituzionale e non direttamente dagli intervistati ma da appositi uffici dell'amministrazione comunale o della ASL. In particolare quello dell'efficacia della comunicazione è un aspetto che stato esaminato anche nel PRS del Municipio, da cui si legge: "L'esperienza maturata in quest'ultimo triennio ha fatto emergere un difetto di comunicazione sia tra il municipio, le altre istituzioni e il privato sociale, sia verso la cittadinanza intera. La difficoltà di condividere informazioni ha rallentato o reso impossibile, in alcuni casi, la risoluzione di alcune situazioni difficili, in cui si richiedeva un approfondito lavoro di concertazione. Le scarse relazioni hanno poi ostacolato il coordinamento dei progetti, rendendo più difficile ottimizzare la progettualità comunque numerosa, l'individuazione del disagio e dei bisogni sommersi, rendendo meno efficienti alcune politiche sul territorio" (p.48)

Per quanto riguarda il ruolo svolto dalle organizzazioni non profit del territorio dalle interviste si rileva come questo attenga principalmente la funzione di erogazione dei servizi (sia a titolarità pubblica che privata). In particolare i soggetti interessati (complessivamente 7 di cui 6 cooperative e 1 associazione) sono attivi in tutte le aree d'intervento proposte oltre a svolgere funzioni in altre aree non specificate nel questionario, come i minori non accompagnati (CDS Focus), i richiedenti asilo e le vittime di tratta (CDS Focus), e in progetti che coinvolgono più utenze. In questa seconda categoria rientrano il progetto "Oltre il muro" che vede coinvolti consumatori e abusatori di alcool e sostanze, famiglie e dipendenze e l'attività svolta nell'ambito del progetto di animazione socio-culturali e sportive rivolte a minori, disabili e anziani della cooperativa Cotrad.

La partecipazione all'attività di programmazione da parte dei soggetti nonprofit si svolge secondo quanto previsto nell'ambito della legge 328/00 sotto forma di partecipazione ai tavoli tematici. La programmazione, come visto sopra, è delegata agli attori istituzionali.

Per quanto riguarda le altre attività svolte nel sistema dei servizi sociali le istituzioni intervistate coprono tutte le tipologie considerate: in particolare tutte ricevono finanziamenti da soggetti pubblici ad eccezione dell'associazione CDS Focus, che lavora in autofinanziamento o attraverso finanziamenti privati. Si rileva che nel Municipio una delle organizzazioni intervistate (Cotrad) è attiva in tutte le aree d'intervento, mentre le altre lavorano su settori specifici spesso attraverso singoli progetti. Inoltre, la cooperativa Cotrad è l'unica organizzazione che finanzia direttamente alcuni servizi sociali e che coordina altre organizzazioni. A tale proposito questa organizzazione gestisce in ATI con la cooperativa La ragnatela il servizio di segretariato sociale del Municipio I.³⁸

³⁷Ad esempio nell'area Disabili esiste un sistema di valutazione della qualità della vita dentro le strutture residenziali basata sull'autovalutazione degli enti gestori e sul ruolo di controllore svolto dall'U.O.

³⁸Un altro progetto gestito in ATI è quello di mediazione sociale nel rione Esquilino.

Come evidenziato in precedenza, il ruolo fondamentale delle organizzazioni nonprofit nel sistema locale dei servizi sociali è legato all'erogazione dei servizi, sia che questa avvenga in autofinanziamento che finanziata dal settore pubblico.

La valutazione e il monitoraggio degli interventi sono svolte da buona parte delle organizzazioni, in particolare nell'ambito del sistema qualità e delle certificazioni ma anche per valutare la professionalità degli operatori.³⁹ Inoltre viene riconosciuto alla valutazione un ruolo fondamentale nelle diverse fasi del ciclo di vita di un progetto: ex-ante, come momento di pianificazione e progettazione dell'intervento e degli obiettivi, in itinere, come momento intermedio di analisi degli scostamenti dagli obiettivi prefissati e di eventuale riprogettazione, ex post, come momento di valutazione dell'impatto dell'intervento. Tuttavia questo processo non è esente da difficoltà legate alla misurabilità e standardizzazione, in particolar modo rispetto al settore sanitario.

Infine, molte delle organizzazioni svolgono attività di comunicazione all'esterno dei progetti realizzati attraverso siti web, blog, newsletter, convegni, materiali informativi.

6.2.4 La struttura dell'offerta e le modalità di gestione ed erogazione dei servizi

L'offerta di servizi sociali nel Municipio I è variegata e, come accennato in precedenza, caratterizzata da una struttura multilivello in cui operano con ruoli e intensità differenti i diversi attori. Andiamo ora a esaminare per ciascuna area d'intervento come si caratterizza l'offerta di servizi, quali di essi sono presenti, se la titolarità è pubblica o privata, con quale modalità sono gestiti. Al fine di non confondere il quadro, i servizi erogati in forma singola dalla ASL RMA, e in particolare dal I distretto che coincide con il I municipio, verranno esaminati a parte. Giova ricordare che il ruolo della ASL nel sistema dei servizi sociali è molto importante, in particolare nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria, infatti i servizi integrati verranno analizzati di seguito.

L'area **Famiglia e Minori** si caratterizza per una titolarità dei servizi sia pubblica che privata. Nell'ambito dei servizi a titolarità pubblica il ruolo chiave nel sistema locale è ricoperto dal Municipio – Area Famiglia e Minori. L'attività di servizio sociale professionale, che consiste nell'affido e adozione di minori viene gestita in forma diretta e gratuita in integrazione con la ASL, con cui il Municipio ha dato vita al Gruppo Integrato di Lavoro (GIL). Il servizio si avvale anche del Centro Pollicino per l'affido, l'adozione ed il sostegno a distanza, attivato dal Dipartimento V attraverso una convenzione per sostenere i Municipi, l'associazionismo e la cittadinanza, un Servizio centralizzato a cui si possono rivolgere le famiglie, gli operatori, le associazioni, tutta la città.

Gestiti dal Municipio, ma in forma esternalizzata attraverso appalti con organizzazioni nonprofit, sono invece gli interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo, i centri diurni e le strutture di aggregazione. Mentre i primi sono gratuiti nel secondo caso ci può essere una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente legata all'ISE. È esternalizzata, ma questa volta in convenzione, l'assistenza domiciliare SISMIF (Servizio per l'Integrazione ed il Sostegno a Minori in Famiglia) e lo Spazio neutro, un progetto finanziato con la 328/00 al fine di far incontrare genitori non affidatari e figli su richieste dell'autorità giudiziaria. Si tratta di incontri protetti alla presenza di educatori e psicologi. Questi servizi sono entrambi gratuiti.

Inoltre come esplicitato precedentemente, il Municipio eroga contributi economici.

Il ruolo del Dipartimento V – U.O. Minori e Famiglia riguarda il servizio sociale professionale, che viene gestito in forma diretta e gratuita per l'utente e le strutture residenziali (comunità per minori) che sono gestite in convenzione con soggetti nonprofit accreditati e gratuite per l'utente. È presente inoltre un servizio di pronto intervento sociale che consiste nell'inserimento in casi di emergenza

³⁹La coop. Cotrad, che gestisce l'assistenza domiciliare in tutto il municipio, ha progettato una scheda di valutazione del servizio domiciliare sia per l'utente che per l'operatore.

dei minori in strutture pubbliche gestite in convenzione con organizzazioni nonprofit. Questo servizio è gratuito.

La titolarità privata è presente per gli interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo, gestiti in forma diretta e a completo pagamento da parte dell'utente. Con le stesse modalità viene gestito un Centro per la tutela delle relazioni familiari, non residenziale, gestito in forma singola e a completo pagamento da parte dell'utente.

Per quanto riguarda l'area **Disabili** la titolarità dei servizi è sia pubblica che privata. In quest'area Dipartimento V – U.O. Disabilità e salute mentale, Municipio e ASL sono gli attori principali. Al Municipio spetta la gestione dell'assistenza domiciliare in integrazione con la ASL (servizio SAISH). Le prestazioni domiciliari ed extradomiciliari sono gestite in forma esternalizzata attraverso una convenzione con un soggetto nonprofit, e sono gratuite per l'utente. Per quanto riguarda gli interventi e servizi educativo assistenziali è stato creato il Servizio di Assistenza agli alunni disabili. Questo Servizio viene generalmente coordinato o dall'ufficio del Settore Educativo o dall'Area Sociale del Municipio, viene gestito in convenzione con una cooperativa ed è gratuito per l'utente.

Il Dipartimento V - U.O. Disabilità e salute mentale è un'istituzione di II livello il cui ruolo principale è quello di finanziare progetti e interventi. Per i servizi di integrazione sociale, la U.O. organizza e gestisce un laboratorio teatrale integrato, cui collaborano a titolo di professionisti i privati (es registi fonici sceneggiatori...). Questo servizio è gratuito per l'utente. Nell'ambito degli interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo, il Dipartimento finanzia borse lavoro (42 quest'anno) su progettazione della ASL in partnership con organizzazioni per l'intermediazione lavorativa. Quindi l'intervento è gestito in forma diretta in associazione con altre organizzazioni ed è gratuito per l'utente. Infine, la U.O. finanzia strutture diurne semi-residenziali⁴⁰ gestite dalla ASL con a capo un responsabile ASL e personale ASL⁴¹: queste strutture sono gratuite per l'utente. Lo stesso ragionamento vale per le strutture residenziali,⁴² con la differenza che in questo c'è la possibilità di un contributo dell'utente sulla base del reddito personale. Vengono inoltre erogati servizi legati al trasporto dei disabili per l'abbattimento delle barriere architettoniche, in convenzione con taxi e Trambus.

I servizi a titolarità privata nell'area Disabili sono gestiti sia in forma singola che associata e consistono nell'assistenza domiciliare. Nel primo caso l'assistenza che viene fornita privatamente è a totale pagamento, mentre nel secondo è presente sia in forma gratuita che a totale pagamento.

Considerando l'area **Dipendenze**, gli attori principali sono l'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze e la ASL (attraverso i Ser.T.), i servizi sono a titolarità esclusivamente pubblica.⁴³ L'ACT gestisce le attività di servizio sociale professionale e di integrazione sociale, gli interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo. Tutti questi servizi non residenziali sono esternalizzati attraverso convenzioni con soggetti nonprofit e, lo ricordiamo, hanno valenza comunale. Per quanto riguarda le strutture semi-residenziali, l'ACT gestisce in convenzione con organizzazioni nonprofit 9 strutture di pronta accoglienza di cui 6 diurne e 3 notturne. Anche per le strutture residenziali, complessivamente 5 (di cui 1 comunità terapeutica, 3 comunità di pronta accoglienza, 1 centro residenziale di reinserimento), la gestione viene esternalizzata al nonprofit in convenzione. Tutti i servizi sono gratuiti per l'utente.

Nell'area **Anziani** la titolarità dei servizi è sia pubblica che privata e il Municipio I – Area Anziani è l'attore principale. I servizi sociali territoriali a titolarità pubblica sono tutti esternalizzati: sono presenti semi-residenziali (centro diurno anziani fragili) e le strutture comunitarie e residenziali, affidate tramite appalti a organizzazioni nonprofit. Questi servizi sono sia gratuiti che a parziale pagamento dell'utente, a seconda del reddito personale. Per quanto riguarda le dimissioni protette,

⁴⁰9 centri integrati con ASL e 2 con municipi (VIII e VI)

⁴¹In caso di organico incompleto la ASL ricorre a personale esterno (dalle cooperative) mantenendo però la titolarità e la gestione del servizio.

⁴²50 case famiglia per disabili

⁴³Per il ruolo dei Ser.T. si veda più avanti.

un servizio di supporto all'anziano in fase di dimissione che ha l'obiettivo di sostenere chi non riesce ad organizzare autonomamente il rientro nel proprio domicilio aiutandolo a proseguire le cure e l'assistenza necessaria, la gestione è in integrazione con la ASL e il servizio viene esternalizzato ad un soggetto nonprofit accreditato. È gratuito per l'utente. Fra i servizi gestiti a livello municipale rientrano anche attività ricreative come i soggiorni estivi, le domeniche tematiche, i Punti verdi e i Punti Blu, i Centri Sociali Anziani. Queste attività sono mirate a favorire le relazioni interpersonali tra gli anziani e cittadini, generalmente sono gestite in convenzione con organizzazioni nonprofit e sono gratuite per gli utenti.

Per quanto riguarda i servizi a titolarità privata si tratta di servizi domiciliari gestiti sia in forma singola che associata da organizzazioni nonprofit: nel primo caso è a totale pagamento, nel secondo è sia gratuita che a parziale pagamento,

L'area **Immigrati e nomadi** vede nel Dipartimento V – U.O. Immigrazione e inclusione sociale il soggetto impegnato nella gestione dei servizi. La titolarità è sia pubblica che privata. Per i servizi a titolarità pubblica, il dipartimento si occupa della prima accoglienza degli immigrati in possesso del permesso di soggiorno: la prima accoglienza consiste nel dare un tetto e alcuni pasti, nell'ottica di aiutare gli utenti a raggiungere successivamente l'autonomia sia lavorativa che sociale.⁴⁴ I centri di accoglienza (strutture residenziali) sono gestiti in forma esternalizzata con il non profit attraverso convenzioni e sono gratuiti per gli utenti. I servizi presenti in quest'area sono gestiti dalle organizzazioni all'interno dei centri di accoglienza, si tratta di servizi di integrazione sociale e di inserimento lavorativo, anche questi gratuiti per l'utente. Sono presenti per quest'area anche centri diurni semi-residenziali, gestiti con la stessa modalità delle strutture di accoglienza. Per quanto riguarda i servizi territoriali non esistono specifici interventi rivolti a questo particolare target di utenti: gli immigrati usufruiscono degli stessi servizi dei cittadini italiani, senza nessuna forma di discriminazione o di differenziazione dei servizi.

Per l'area Nomadi la gestione ricade sulla direzione del dipartimento: i campi nomadi sono gestiti direttamente dal capo dipartimento e per alcune decisioni politiche anche dal sindaco.

I servizi a titolarità privata sono gestiti in forma singola e riguardano il servizio sociale professionale e le attività legate ai soggiorni, gratuiti per l'utente (anche a parziale pagamento con una quota minima di 15€), e le attività di integrazione sociale (mediazione culturale) e di pronto intervento sociale, completamente gratuite.

Nell'area **Povertà – Disagio adulti e senza fissa dimora** la titolarità dei servizi è sia pubblica che privata. Per quanto riguarda l'offerta, per i servizi a titolarità pubblica l'attore principale è il Dipartimento V – U.O. Emergenza sociale e accoglienza, che si occupa di soggetti che si trovano in disagio sociale anche temporaneo attraverso i centri di accoglienza (per senza fissa dimora e mamme con bambino) e il collegamento con tutta la rete dei servizi sociali territoriali (municipali). Ogni centro dispone del servizio sociale con compiti di orientamento e segretariato sociale e aiuto a rimuovere le cause che hanno determinato il disagio sociale. All'interno delle strutture di accoglienza, infatti, sono presenti servizi di integrazione sociale come il servizio di residenza anagrafica, e interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo che mettono in contatto la realtà dei senza fissa dimora con tutta la rete formale e informale del territorio. Il dipartimento gestisce anche 2 centri diurni, ed è presente nel territorio con le unità di strada. In particolare l'unità di strada svolge anche una forma di assistenza domiciliare nei casi di barbonismo domestico. Infine, i centri mamme con bambino sono 2: una struttura di prima accoglienza (anche per gestanti) e una struttura semi-residenziale. Infine, il dipartimento gestisce l'help center della stazione termini nell'ambito del progetto "Grandi stazioni" per migliorare la situazione legata al barbonismo, una struttura di proprietà delle ferrovie dello Stato.

Tutti i servizi legati ai centri di accoglienza (strutture residenziali) e a ciclo diurno (semi-residenziali) sono gestiti in forma esternalizzata con organizzazioni nonprofit come cooperative

⁴⁴Nel municipio I sono presenti il Centro Astalli e la Caritas, che accolgono adulti e minori. Inoltre c'è la mensa sociale che giornalmente distribuisce 500 pasti.

sociali oppure organismi come Caritas, congregazioni, parrocchie, attraverso l'affidamento diretto. Si tratta di servizi gratuiti per gli utenti.

Il pronto intervento sociale (non residenziale) è in appalto a un organismo nonprofit e gratuito per l'utente.

Lo sportello help center (non residenziale) è gestito da una cooperativa sociale in affidamento diretto. È gratuito per l'utente.

In quest'area il ruolo dei servizi territoriali municipali è legato al contributo economico e all'indirizzo dei casi che possono presentarsi agli sportelli del segretariato sociale alle strutture competenti. Inoltre fra gli interventi e servizi per l'inserimento lavorativo troviamo il progetto "Inclusione sociale", che si occupa di inserimento lavorativo attraverso tirocini. Il servizio è gestito in convenzione con organizzazioni nonprofit ed è gratuito per l'utente.

Per quanto riguarda i servizi a titolarità privata, in quest'area sono presenti servizi gestiti in forma singola e gratuiti per l'utente, come il servizio sociale professionale e il pronto intervento sociale.

Infine il **Segretariato Sociale**, che si occupa di fornire informazioni circa i servizi presenti sul territorio riguardanti le attività sociali e sanitarie è gestito nel Municipio I in forma esternalizzata in appalto con il settore nonprofit. I servizi erogati dal segretariato direttamente all'utenza consistono nel fornire informazioni aggiornate sui servizi offerti dal municipio e nel territorio sui servizi sociali e i servizi alla persona e svolgere servizi di consulenza e orientamento (segnalazione ai servizi competenti). Questi servizi sono gratuiti per l'utente.

Il quadro dell'offerta nel Municipio è completato dai servizi con valenza socio-sanitaria gestiti dalla ASL RMA: essa si articola in 4 Distretti, ciascuno dei quali corrispondente a un Municipio romano.

Il Distretto Sanitario è la struttura che eroga servizi sanitari di base, garantisce in maniera sistematica e continuativa le prestazioni di primo livello e pronto intervento nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione a favore di soggetti di ogni fascia di età. Promuove e attiva iniziative, in stretta collaborazione con il I Municipio, di integrazione socio-sanitaria. Vediamo brevemente quali sono i servizi gestiti dalla I Distretto in relazione alle diverse aree d'intervento.

Il servizio di assistenza domiciliare si rivolge a tutte le aree considerate, ha come finalità quella di garantire l'assistenza sanitaria di base erogata dalla ASL, direttamente al domicilio o presso l'istituto di ricovero del paziente. L'assistenza viene erogata secondo un preciso piano assistenziale definito dalla ASL, su richiesta del medico curante o relazione dell'ospedale (per le dimissioni protette).

Fra le competenze della ASL c'è la gestione dei consultori familiari, un servizio trasversale che si rivolge in particolare alle donne, alle famiglie e ai soggetti in età evolutiva.

Per quanto riguarda l'area anziani, dalla ASL vengono gestite ed erogate una serie di prestazioni specialistiche destinate specificatamente alle persone anziane. La ASL mette a disposizione delle persone anziane servizi di Assistenza Domiciliare, Ambulatorio Geriatrico, Day Hospital Geriatrico, Centro per il Decadimento Cognitivo e della Memoria, Unità Valutativa Alzheimer (UVA), Centri Diurni per Persone con Alzheimer, Dimissione protette in caso di ricovero ospedaliero.

Nell'area Dipendenze, l'Unità Operativa per le Dipendenze Patologiche si articola in unità territoriali: i SER.T. (Servizio Tossicodipendenze), che si occupano dei problemi derivanti dall'uso/abuso di tutte le sostanze d'abuso illegali (es. eroina, cocaina, hashish, ecstasy) e di quelle legali (alcol, benzodiazepine, etc.). Per i servizi erogati in quest'area è molto forte la valenza socio sanitaria, in particolare l'offerta riguarda:

- Servizi di prevenzione: informazione, educazione alla salute;
- Diagnosi e cura delle dipendenza sia dal punto di vista sanitario che sociale.

Il programma terapeutico vede coinvolte figure sia sanitarie che sociali come lo psicologo, fra le attività svolte rientrano il reinserimento lavorativo, scolastico e sociale nell'ambito di progetti finalizzati, in collaborazione con Associazioni di volontariato, del Privato-Sociale e del Comune di Roma.

Il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura della ASL RM A che ha la funzione di programmare, organizzare ed erogare attività di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione a favore di persone adulte (dai 18 anni in poi) che presentano problematiche di tipo psichiatrico. I servizi gestiti ed erogati riguardano i Centri di salute mentale (C.S.M.), Centri diurni, Comunità terapeutica, Strutture Residenziali, Ricovero in Day Hospital, Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, Prevenzione.

Nell'area Disabilità, svolge servizi a favore delle persone diversamente abili sia in età evolutiva (minori fra 0-18 anni) sia adulte. I servizi riguardano le attività di accoglienza psico-sanitaria, assistenza domiciliare, soggiorni estivi, tirocini socio-riabilitativi, formazione, vigilanza su istituti e case famiglia.

Infine, per quanto riguarda l'area Minori, le attività sanitarie e socio-sanitarie previste sono le seguenti:

- Vaccinazioni
- Adozioni
- Prestazioni di neuropsichiatria infantile, psicologia, riabilitazione, servizio sociale.
- Consulenza scuole statali, comunali e asili nido.
- Centro Diurno terapeutico "Linus", per bambini dai 3 ai 6 anni
- Centro Diurno Terapeutico per Adolescenti
- Interventi a favore dei bambini, ragazzi, adolescenti diversamente abili.

Un quadro riassuntivo dei progetti di integrazione socio-sanitaria promossi dalla ASL RMA (I Distretto) e dal Municipio I è riportato nell'Appendice II.

La spesa per interventi e servizi sociali nel Comune di Roma

La terza edizione dell'Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni condotta dall'Istat, ha segnalato nel 2005 un aumento del 6,7% della spesa sociale dei Comuni rispetto all'anno precedente. La spesa complessiva nell'anno esaminato ammonta a 5,7 miliardi di euro, inoltre resta stabile il rapporto fra la spesa assistenziale e il PIL, che si attesta sullo 0,4% in tutti e tre gli anni in cui l'indagine si è svolta. Ai comuni del Nord compete oltre la metà della spesa complessiva con il 58,6%, a quelli del Centro il 21,8% mentre a quelli del Sud il 19,6%. Per quanto riguarda i destinatari dell'assistenza al primo posto si colloca l'area Famiglia e minori, cui è dedicato il 38,5% della spesa sociale complessiva, seguita dagli Anziani con il 23,4% e la Disabilità con il 20,4%. Le risorse rimanenti si distribuiscono nelle aree Povertà ed (7,4%), Immigrati (2,4%) e Dipendenze (1%) e Multiutenza (7%).

Considerando il dato regionale emerge che nel Lazio la spesa dei Comuni singoli e associati per l'assistenza sociale pro-capite è pari a 114,2 euro, dato superiore rispetto alla media italiana, pari a 98 euro pro-capite. Per quanto riguarda il Comune di Roma, l'indagine rileva una spesa complessiva pari a oltre 426 milioni di euro, che si traducono in 151,3 euro pro-capite, di molto superiore sia al dato regionale che a quello nazionale. La spesa sociale nel Comune di Roma è dunque una fra le più elevate d'Italia.

Andando ad approfondire il discorso nelle singole aree d'intervento, a livello complessivo emerge che l'area maggiormente finanziata, in linea con il dato nazionale, è quella della Famiglia e Minori con il 49,1% della spesa, seguita dall'area Disabili con il 19%, da quella anziani che si attesta al 13,5% e da quella Povertà, su cui si riversa l'11,2% della spesa totale.

Tabella 6.8 – Spesa sociale del Comune di Roma. Anno 2005

Area di intervento prevalente	Spesa totale comunale per interventi*	Spesa totale comunale per strutture*	Spesa totale comunale per trasferimenti*	Totale spesa*	
	TOT	TOT	TOT	TOT	%
Famiglia e Minori	7.994.140	189.158.283	12.273.443	209.425.866	49,1
Disabili	60.406.388	17.829.735	2.654.575	80.890.698	19,0
Dipendenze	721.015	-	3.677.766	4.398.781	1,0
Anziani	21.379.219	26.192.811	9.845.752	57.417.782	13,5
Immigrati e nomadi	4.933.301	14.031.054	115.205	19.079.560	4,5
Povertà - disagio adulti e senza fissa dimora	10.850.400	25.752.904	11.269.483	47.872.787	11,2
Multiutenza	7.201.687	-	-	7.201.687	1,7
TOTALE	113.486.150	272.964.787	39.836.224	426.287.161	100,0

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT- MSS

*al netto della contribuzione di utenza e SSN

Analizzando invece la composizione della spesa per tipologia di offerta, emerge che nel comune di Roma una quota consistente della spesa viene erogata per le strutture, in cui rientrano gli utenti e i costi delle strutture residenziali o semiresidenziali gestite direttamente dal comune o affidate in convenzione a soggetti esterni (gestite indirettamente). Infatti a questo servizio viene destinato dal Comune il 64% della spesa, a fronte di un dato nazionale pari al 37,8%. Per quanto riguarda la spesa per gli interventi e i servizi, la quota comunale si attesta sul 26,6%, mentre il dato nazionale è del 39,4%. Analogamente esiste uno scostamento significativo anche per la quota destinata ai trasferimenti, che a fronte di un valore nazionale del 22,8% è pari al 9,3%.

I dati riportati confermano in qualche modo quanto esplicitato relativamente alla struttura dell'offerta: al Comune di Roma spetta infatti la gestione delle strutture residenziali, area in cui la spesa sociale risulta maggiore, mentre per i trasferimenti spende una quota bassa in quanto esistono i contributi erogati dai municipi. Un dato che fa riflettere relativamente alla struttura dell'offerta è quello che riguarda la spesa per strutture nell'area Povertà - disagio adulti e senza fissa dimora: mentre a livello nazionale la percentuale di spesa destinata alle strutture in quest'area d'intervento è pari al 3,2% della spesa per strutture (pari a 69 milioni di euro), a Roma questa quota sale al 9,4% in quanto, come esaminato nel paragrafo sull'offerta dei servizi, la domanda di servizi è molto elevata e il Comune gestisce i servizi residenziali, che a Roma sono particolarmente richiesti.

Considerando il contesto locale, per le politiche sociali il Municipio Roma Centro Storico impegna parte del suo bilancio ordinario. Dal PRS del Municipio emerge che la spesa sociale municipale nel corso del triennio 2006-2008 ammonta a oltre 17 milioni di euro. La distribuzione della spesa nelle diverse aree d'intervento mostra che le risorse nel triennio si sono concentrate nell'area Anziani, seguita da quella Famiglia e Minori, Disabili e Adulti.

Tabella 6.9 – Spesa sociale del Municipio I nel triennio 2006-2008

Area d'intervento	2006		2007		2008	
	spesa in euro	%	spesa in euro	%	spesa in euro	%
Adulti	765.766	13,2	816.142	14,1	783.968	13,0
Disabili	1.339.469	23,1	1.514.788	26,3	1.648.199	27,3
Famiglia e Minori	1.459.182	25,1	1.084.659	18,8	1.094.430	18,1
Anziani	2.243.824	38,6	2.354.934	40,8	2.504.066	41,5
TOTALE	5.808.241	100,0	5.770.523	100,0	6.030.663	100,0

Fonte: Nostre elaborazioni su dati del Piano Regolatore Sociale Municipale (PRS)

Il dato conferma quanto esplicitato nel corso dell'analisi del contesto socio-demografico: gli anziani rappresentano la problematica più forte all'interno del sistema locale e dunque appare naturale che le risorse si concentrino in quest'area. Anche il dato relativo all'area Famiglia e Minori conferma quanto raccolto nel corso delle interviste: la presenza sul territorio dei domicili fittizi aumenta il numero di utenti del servizio, anche dal punto dell'utenza potenziale. Inoltre il Municipio come si è visto si occupa direttamente del servizio sociale professionale dedicato ad adozioni e affidi. Elevata anche la spesa per i Disabili, mentre si colloca in fondo quella per l'area Adulti. A tale proposito giova ricordare che in quest'area è molto attivo il Dipartimento V, che si occupa delle strutture di accoglienza per i senza fissa dimora, mentre al Municipio compete principalmente la funzione di porta di accesso ai servizi e di erogazione dei contributi economici: in particolare la spesa per l'erogazione di contributi economici assorbe il 61% circa della spesa totale dell'area.

6.3 Il lavoro nei servizi sociali

6.3.1 L'analisi quantitativa per il Comune di Roma

In questa sezione viene affrontato il tema del lavoro nel sistema dei servizi sociali da una duplice prospettiva: quella centrale, in cui si valuteranno sinteticamente le informazioni raccolte rispetto all'attore Comune di Roma (Dipartimento V e Agenzia Comunale per le tossicodipendenze), e quella periferica, dove l'attenzione si concentrerà sulla dimensione locale in senso stretto sia per le istituzioni pubbliche (Municipio I - U.O. Servizi Sociali e ASL RMA – I Distretto) che per quelle nonprofit in termini comparativi.

La scelta di considerare separatamente il doppio livello nasce da due considerazioni fondamentali che attengono la struttura dell'offerta (delineata nel par.2.2.4) e il problema della stima della quantità di lavoro impegnato a livello locale. Per quanto riguarda l'articolazione del sistema l'offerta di servizi, come ricordato più volte, si caratterizza per il doppio decentramento comune-municipio: ciascun attore interagisce con gli altri in un'ottica di integrazione e unitarietà mantenendo delle competenze specifiche, dunque una separazione sembra essere calzante rispetto all'organizzazione del sistema.⁴⁵ La seconda considerazione è più di ordine pratico e attiene la stima della quantità di lavoro: dal momento che l'obiettivo della ricerca è stato quello di indagare la realtà locale municipale, includere i lavoratori delle istituzioni che operano a livello comunale avrebbe causato uno squilibrio molto forte nel confronto fra gli attori pubblici e quelli nonprofit, di cui sarebbe stato sottostimato il ruolo nei servizi.⁴⁶

6.3.2 Il lavoro nel Comune di Roma

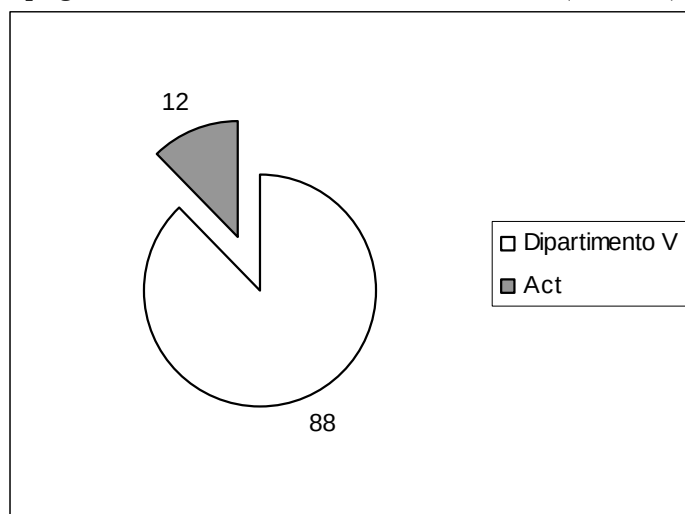
Le interviste somministrate a livello comunale hanno coinvolto il Dipartimento V - Politiche sociali e della Salute e l'Agenzia comunale per le tossicodipendenze (Act), istituzione del Comune di Roma nata nel 1998. Complessivamente il personale rilevato ammonta a 115 unità, di cui 101

⁴⁵ Anche se esiste ed è stato rilevato nelle interviste un problema di coordinamento fra gli attori, come verrà evidenziato nella parte qualitativa.

⁴⁶ Un discorso analogo è stato fatto per la Provincia di Roma, che gestisce alcuni servizi sovracomunali e sovradistrettuali detti di "area vasta". Tuttavia, data la scarsa significatività del caso studio in relazione al territorio provinciale (in termini di popolazione e contesto sociale, economico e demografico) non è stato ritenuto opportuno inserire la Provincia fra gli attori del sistema locale (con cui di fatto questo ente non interagisce).

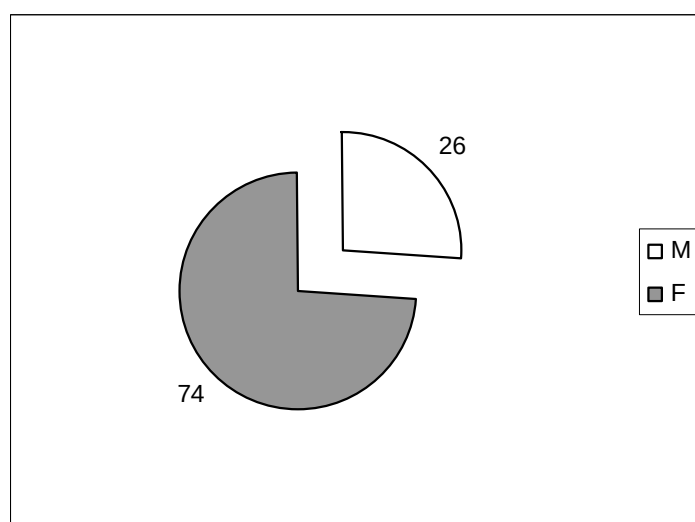
(l'88%) dipendenti dal Dipartimento e i rimanenti 14 (il 12%) dall'Agenzia (Figura 6.2): questo risultato non stupisce se si considera che mentre il Dipartimento lavora su aree di intervento diversificate l'Agenzia si concentra esclusivamente sull'area dipendenze.

Figura 6.2 – Il personale impiegato nei servizi sociali nel Comune di Roma (valori %)



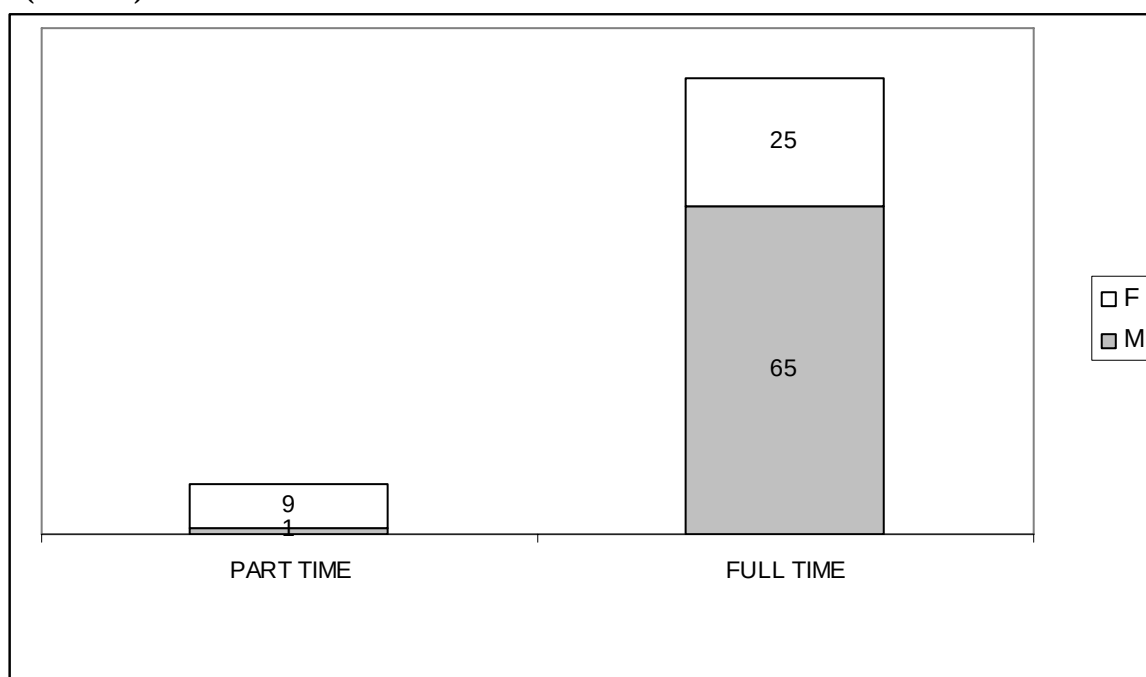
Fatta questa premessa sull'apporto di ciascuna organizzazione intervistata in termini di lavoro, andiamo ad esaminare alcune dimensioni chiave del lavoro nel sistema dei servizi sociali in ambito comunale. Il primo aspetto indagato riguarda la dimensione di genere: dai dati raccolti emerge chiaramente che il lavoro nei servizi sociali si caratterizza per una forte presenza femminile, (a conferma di quanto riscontrato nella fase preliminare di carattere nazionale): le donne rappresentano il 74% della forza lavoro presente nelle strutture intervistate.

Figura 6.3 – Distribuzione del personale impiegato nei servizi sociali nel Comune di Roma per genere (valori %)



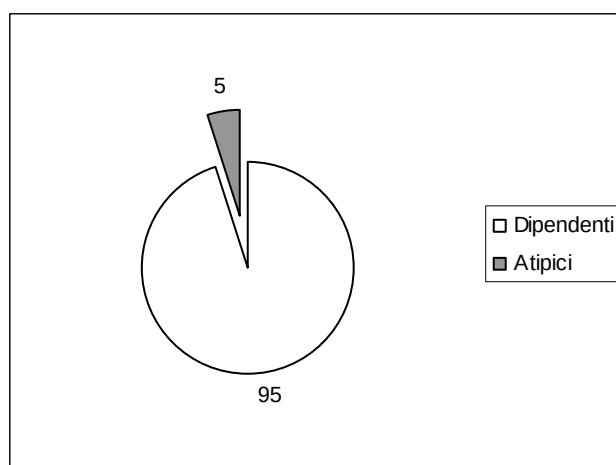
All'interno del Comune non si riscontra una forte presenza di lavoratori part-time, i quali rappresentano il 10% del totale dei lavoratori con una netta prevalenza femminile: il 90% dei lavoratori part-time sono donne.

Figura 6.4 – Distribuzione del personale impiegato nei servizi sociali nel Comune di Roma per tempo di lavoro e genere (valori %)



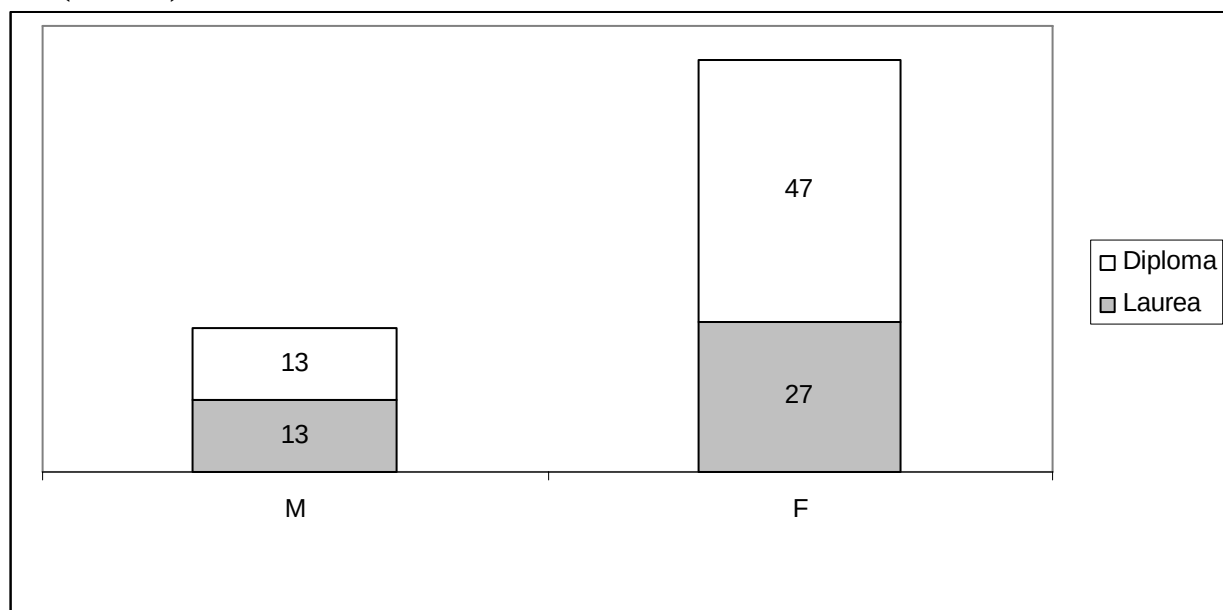
Considerando l'aspetto relativo alla tipologia contrattuale in relazione alla presenza di lavoro dipendente o atipico, emerge in modo netto come l'amministrazione pubblica impieghi al proprio interno prevalentemente personale dipendente, che rappresenta il 95% del totale. Nel quadro comunale tuttavia occorre segnalare che questa forte incidenza di dipendenti è dovuto alle recenti stabilizzazioni del personale interinale. Se da un lato è vero che la fotografia che emerge è quella di un'istituzione dove l'incidenza del lavoro precario è molto bassa, dall'altro bisogna tenere in considerazione il fatto che spesso il personale viene stabilizzato dopo anni di precariato.

Figura 6.5 - Distribuzione del personale impiegato nei servizi sociali nel Comune di Roma per tipologia contrattuale (valori %)



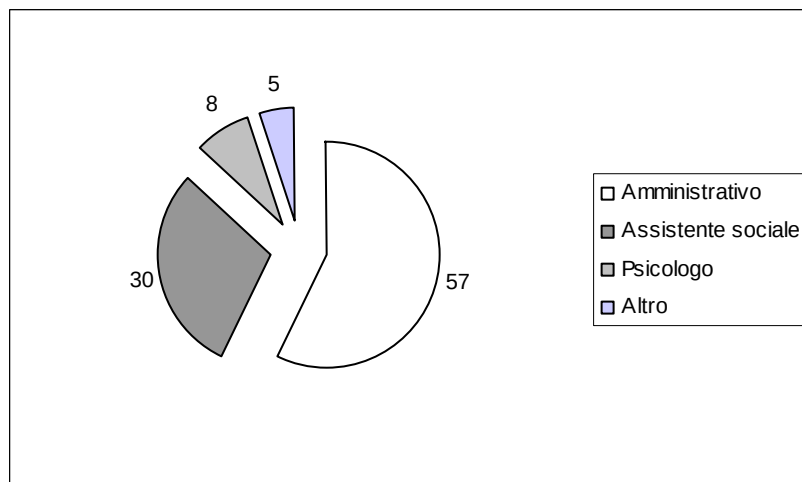
Esaminando l'aspetto relativo al titolo di studio dei lavoratori del Comune, a livello complessivo la percentuale di laureati è pari al 60% mentre quella di diplomati è del 40%: all'interno del Comune non sono presenti dipendenti con titoli di formazione professionale o scuola dell'obbligo. Esaminando la distribuzione per genere emerge come il livello di istruzione delle donne sia più elevato di quello degli uomini: mentre infatti la quota di uomini laureati è pari a quella dei diplomati, fra le donne sono più presenti le laureate.

Figura 6.6 - Distribuzione del personale impiegato nei servizi sociali nel Comune di Roma per titolo di studio e genere (valori %)



Infine analizzando i profili professionali presenti all'interno del Comune emerge chiaramente la vocazione di tipo amministrativo e di indirizzo di questa istituzione pubblica nel sistema dei servizi sociali: il personale amministrativo rappresenta oltre la metà del personale complessivo attestandosi a quota 57%. Gli altri profili rilevati sono l'assistente sociale (30%) e lo psicologo (8%), mentre nella voce altro (5%) figurano profili professionali come l'educatore e il sociologo.

Figura 6.7 - Distribuzione del personale impiegato nei servizi sociali nel Comune di Roma per profilo professionale (valori %)



6.3.2 L'analisi quantitativa per il Municipio I

In questa sezione verrà affrontato il tema del lavoro nei servizi sociali da un punto di vista quantitativo. I dati cui si farà riferimento sono quelli raccolti attraverso i questionari somministrati alle istituzioni pubbliche e nonprofit del territorio municipale: nel primo caso si tratta dell'U.O. Servizi Sociali del Municipio I e del I Distretto della ASL RMA (che coincide con il Municipio stesso), nel secondo delle 7 organizzazioni nonprofit che hanno risposto al questionario.

Prima di procedere con l'analisi dei risultati, è opportuno fornire qualche dato ufficiale sull'attività economica nel territorio di riferimento per quanto riguarda l'assistenza sociale. I dati disponibili, forniti dall'Ufficio di Statistica del Comune di Roma, riguardano addetti e unità locali presenti nel Municipio nel settore dell'assistenza sociale. Occorre specificare che la rilevazione censuaria è per definizione diversa da quella che è stata svolta nell'ambito della ricerca, tuttavia appare utile e interessante dare un quadro ufficiale delle attività che sono presenti secondo la classificazione ATECO. Ricordiamo che i dati censuari risalgono all'ultimo censimento che si è svolto nel 2001.

Secondo i dati censuari, nel Municipio I al 2001 nel settore assistenza sociale erano attive 297 unità locali: si trattava nell'8,8% dei casi di istituzioni pubbliche, nell'87,9% di organizzazioni nonprofit e nel 3,4% di imprese. Complessivamente in queste unità locali erano impiegati 2279 lavoratori, con una concentrazione nelle organizzazioni nonprofit e nel settore pubblico. Nonostante la percentuale di occupati nelle imprese sia inferiore che nelle altre organizzazioni si osserva una maggiore dimensione media (occupati/unità locali): a fronte di un valore complessivo di 8 addetti per unità locale nelle imprese censite questo valore arriva a 49 addetti, nel pubblico è pari a 26 mentre nel nonprofit e di 4 addetti per unità locale.

Tabella 6.10 – Unità locali e addetti complessivi (addetti, collaboratori e interinali) nell'assistenza sociale nel pubblico, nel nonprofit e nelle imprese (valori assoluti e %). Anno 2001

	PUBBLICO		NON PROFIT		IMPRESE		TOTALE	
	Unità locali	Addetti	Unità locali	Addetti	Unità locali	Addetti	Unità locali	Addetti
N	26	732	261	1053	10	494	297	2279
%	8,8	32,1	87,9	46,2	3,4	21,7	100	100
OCC/UL		28		4		49		8

Fonte: ns. elaborazioni su dati Istat forniti dall'Ufficio di Statistica del Comune di Roma

Per quanto riguarda l'analisi del lavoro dal punto di vista del genere, restringendo il campo alle istituzioni pubbliche e nonprofit, emerge una situazione differenziata a seconda del tipo di organizzazione: se nel pubblico la prevalenza è maschile con il 58,5 degli addetti, nelle organizzazioni nonprofit le donne sono il 61%.

Tabella 6.11 – Addetti complessivi nell'assistenza sociale per genere. Anno 2001

	PUBBLICO	NON PROFIT	TOTALE
M	58,5	39,0	47,0
F	41,5	61,0	53,0
TOTALE	100,0	100,0	100,0

Fonte: ns. elaborazioni su dati Istat forniti dall'Ufficio di Statistica del Comune di Roma

Prima di esaminare i dati relativi alle tipologie contrattuali occorre precisare che il dato censuario a questo proposito non può essere considerato particolarmente significativo, in quanto l'orizzonte temporale piuttosto datato non tiene in considerazione i cambiamenti avvenuti nel mercato del lavoro nel corso degli ultimi anni. L'analisi dei dati evidenzia nel pubblico una forte presenza di

lavoro dipendente, mentre nel nonprofit la componente atipica è sicuramente più evidente, anche se si riscontra la prevalenza di dipendenti anche in queste organizzazioni.

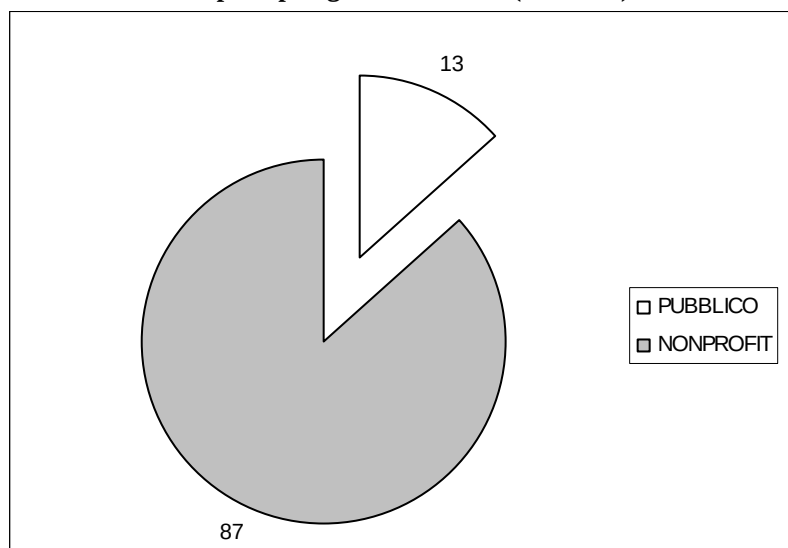
Tabella 6.12 - Addetti complessivi nell'assistenza sociale per tipologia contrattuale. Anno 2001

	PUBBLICO	NON PROFIT	TOTALE
Dipendenti	92,5	82,2	86,4
Atipici	7,5	17,8	13,6
TOTALE	100,0	100,0	100,0

Fonte: ns. elaborazioni su dati Istat forniti dall'Ufficio di Statistica del Comune di Roma

Secondo quanto rilevato nei questionari, il personale in servizio per il sistema dei servizi sociali nel Municipio I ammonta a 312 unità, di cui 42 fra dipendenti e atipici nel pubblico, il 13% del totale, e i rimanenti 270, che rappresentano l'87% del totale, nelle organizzazioni nonprofit che erogano i servizi nel territorio.

Figura 6.8 – Occupati nei servizi sociali per tipologia istituzionale (valori %)



Scendendo nello specifico delle aree d'intervento, la distribuzione del personale mostra una forte concentrazione: le tre aree Disabili, Famiglia e Minori e Anziani da sole occupano il 73% dei lavoratori totali. A livello più disaggregato, l'area Disabilità assorbe il 34% del lavoro, seguita da quella Famiglia e Minori con il 23% e da quella Anziani con il 16%. Le altre tipologie di utenza, in cui sono comprese le aree Immigrati, Dipendenze e Altre tipologie rappresentano il 19% del totale (cfr. Figura 6.9).

I dati risultano coerenti con quanto esplicitato in precedenza riguardo alla struttura dell'offerta e alle aree in cui si concentra l'intervento pubblico a livello territoriale (del municipio): le aree più servite dal pubblico sia in forma diretta che esternalizzata sono quelle in cui il Municipio gioca un ruolo più rilevante. Infatti considerando esclusivamente il settore pubblico i dati rilevati mostrano una forte concentrazione degli occupati nelle aree famiglia e minori (24%), disabili, anziani e disagio adulti (17% per ciascuna area) mentre nell'area immigrati e nomadi e dipendenze le risorse umane impiegate sono nettamente inferiori (cfr. Figura 6.10). In particolare in quest'ultima le risorse impiegate fanno riferimento alla ASL e non al Municipio.

Figura 6.9 – Occupati nei servizi sociali per area d'intervento (valori %)

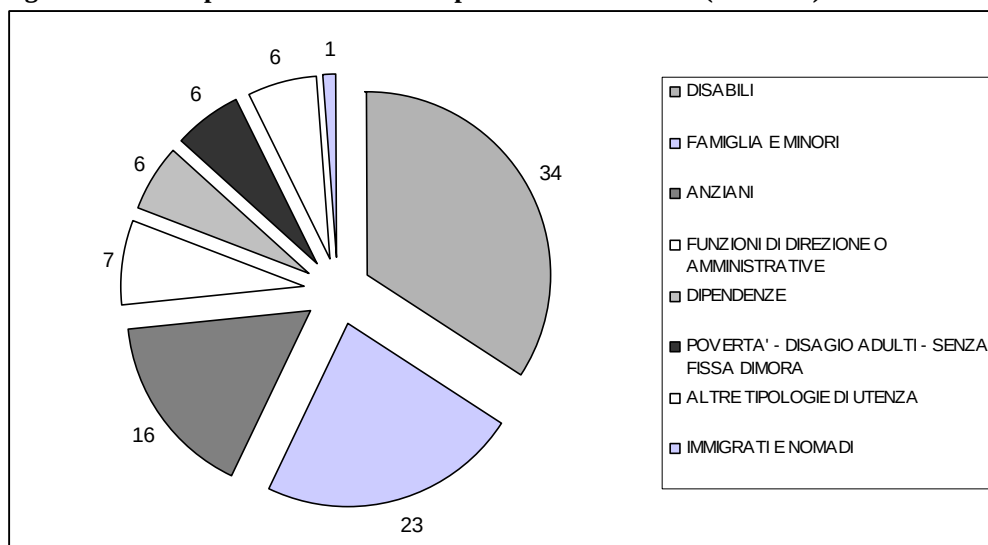
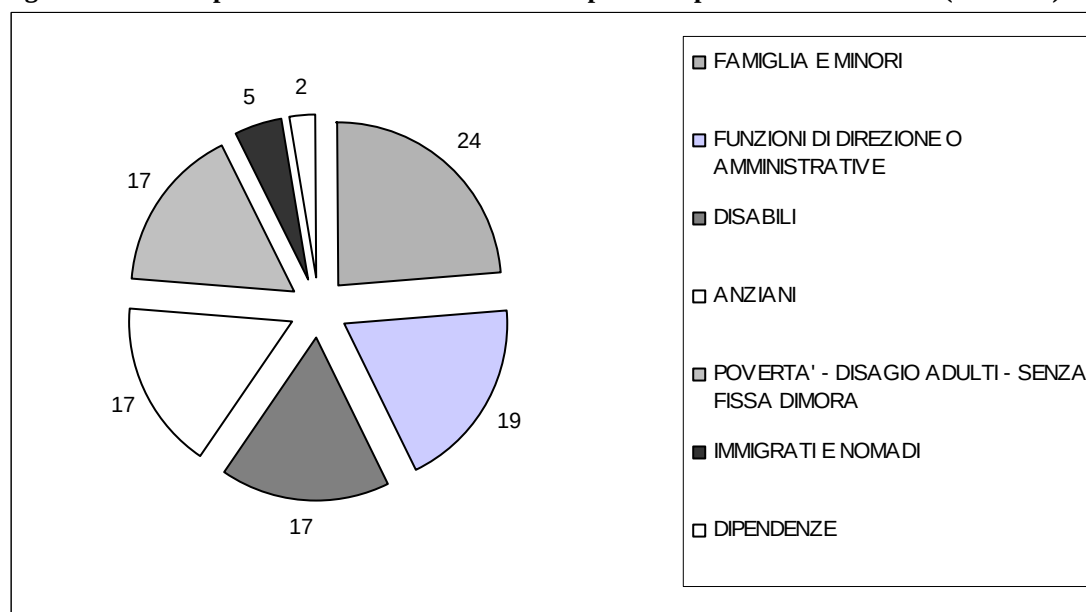
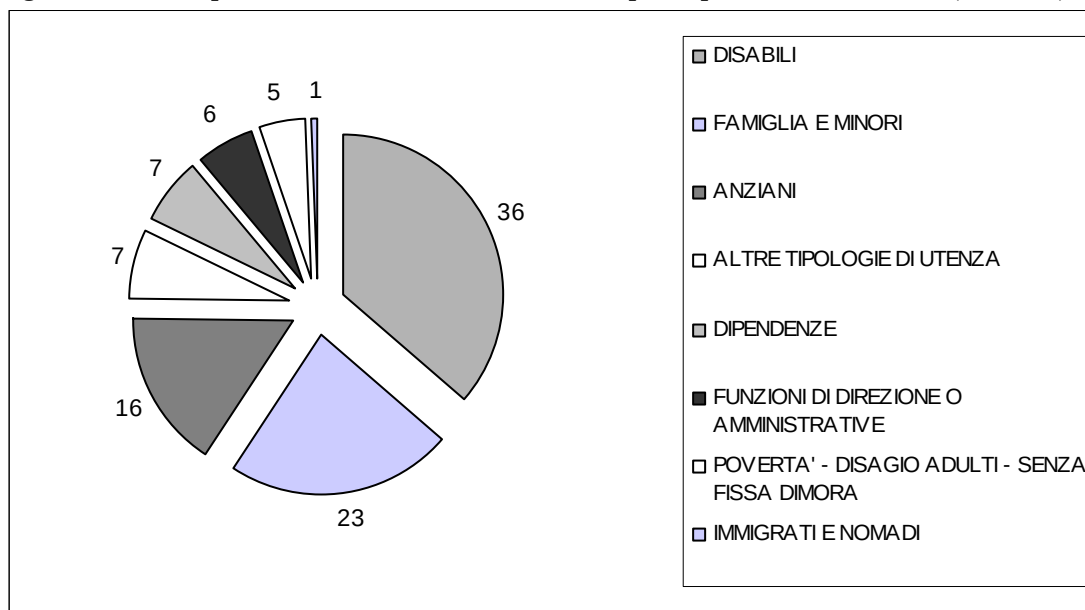


Figura 6.10 - Occupati nei servizi sociali nel settore pubblico per area d'intervento (valori %)



Confrontando questi dati con quelli corrispondenti relativi alle organizzazioni nonprofit intervistate, scendendo nel dettaglio delle aree d'intervento in cui si concentra l'attività sul territorio (cfr. Figura 6.11) emerge che anche nelle organizzazioni nonprofit l'occupazione si concentra nelle aree disabili (36%), famiglia e minori (23%) e anziani (16%).

Figura 6.11 - Occupati nei servizi sociali nel settore nonprofit per area d'intervento (valori %)

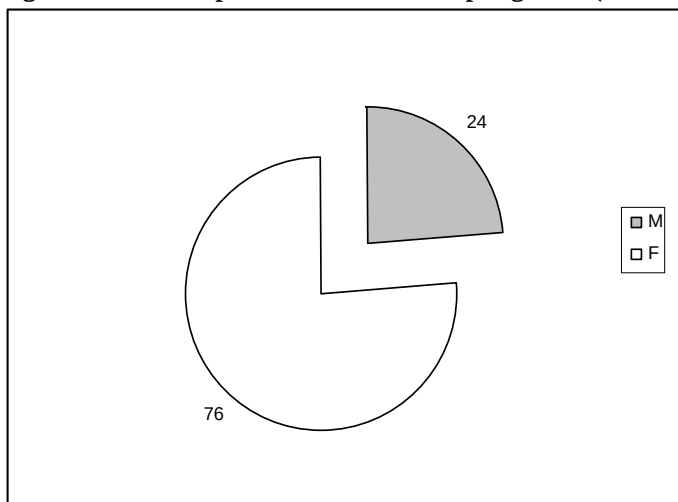


Considerando la distribuzione del lavoro nelle singole aree per ciascuna tipologia istituzionale, la differenza più significativa che si rileva è quella legata allo svolgimento delle funzioni direzionali e amministrative: mentre nel settore nonprofit questa area è poco rilevante rispetto all'attività nei settori d'intervento "sul campo" e impiega una quota di risorse umane pari al 6% del totale, nel pubblico questa quota è la seconda più elevata con il 19% del personale impegnato in attività direzionali o amministrative, nettamente superiore a quello complessivo. Come si vedrà successivamente, attraverso questo dato si rileva il ruolo principale agito dal pubblico all'interno del sistema dei servizi sociali e cioè quello di gestore e amministratore del sistema, mentre al nonprofit è delegato il ruolo di erogatore dei servizi e delle prestazioni.

Questo aspetto è strettamente connesso allo svolgimento delle attività di programmazione, progettazione, amministrazione piuttosto che all'erogazione dei servizi: nelle organizzazioni nonprofit ai livelli più alti (coordinatori e cariche direzionali e organizzative all'interno delle strutture) spettano le funzioni di programmazione, progettazione, amministrazione e coordinamento.

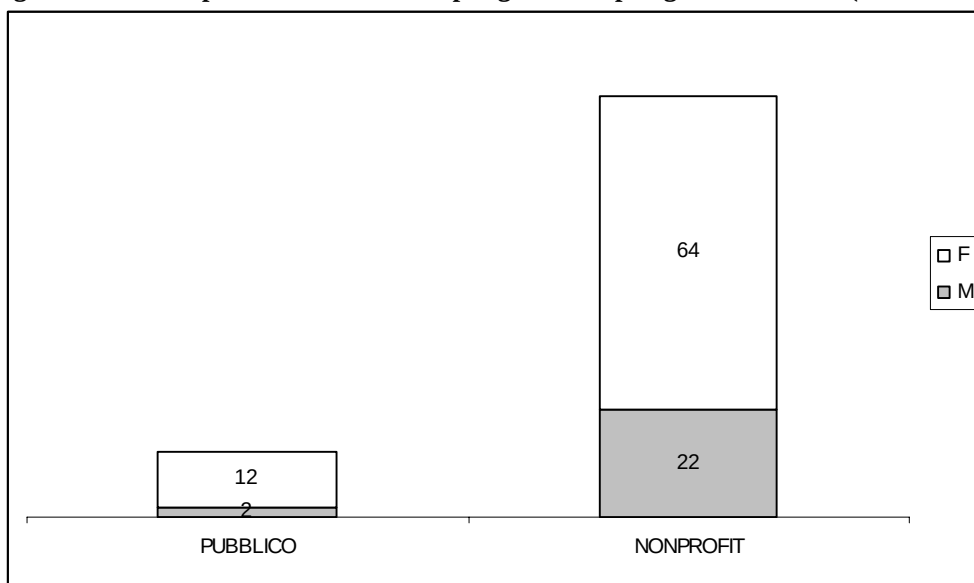
La distribuzione per genere dei lavoratori mostra una netta prevalenza femminile sia nel pubblico che nel nonprofit: complessivamente le donne del settore rappresentano il 76% del totale.

Figura 6.12 – Occupati nei servizi sociali per genere (valori %)



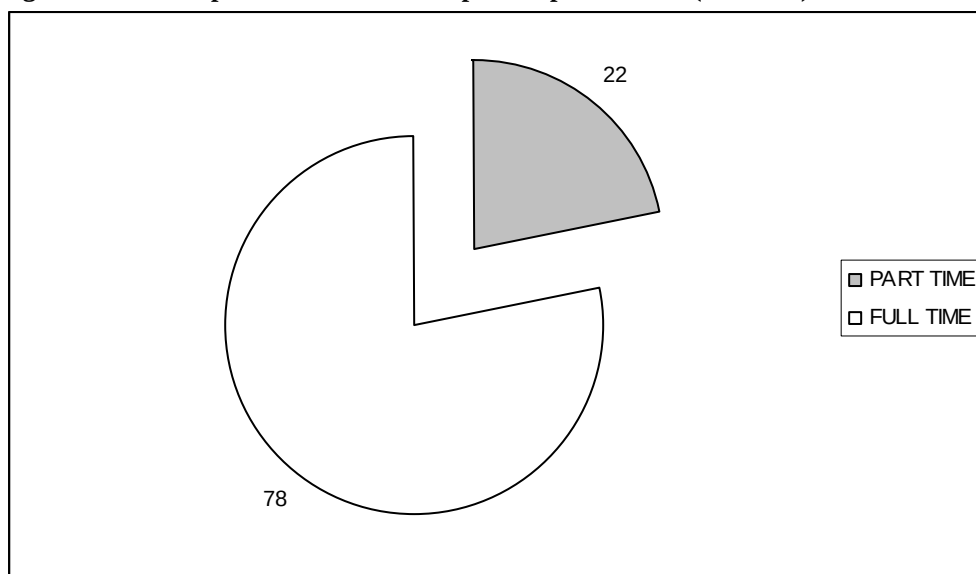
Considerando i lavoratori per genere nelle organizzazioni nonprofit, la quota di donne sale all'85%. Questo dato conferma che il ruolo di cura e assistenza è rimasto tipicamente femminile, soprattutto all'interno delle organizzazioni che svolgono l'attività di erogazione dei servizi sul territorio. Nel settore pubblico il dato municipale si incastra perfettamente con quanto riscontrato per il livello comunale, mentre appare divergente rispetto al quadro ricostruito attraverso la fonte censuaria. (cfr. Figura 6.13⁴⁷)

Figura 6.13 - Occupati nei servizi sociali per genere e tipologia istituzionale (valori % sul totale degli occupati)



Complessivamente il personale che lavora full-time rappresenta il 78% del totale. Il rimanente 22% che svolge un lavoro part-time si colloca nelle organizzazioni nonprofit: questa modalità infatti nel pubblico è assente sia per i dipendenti che per gli atipici.

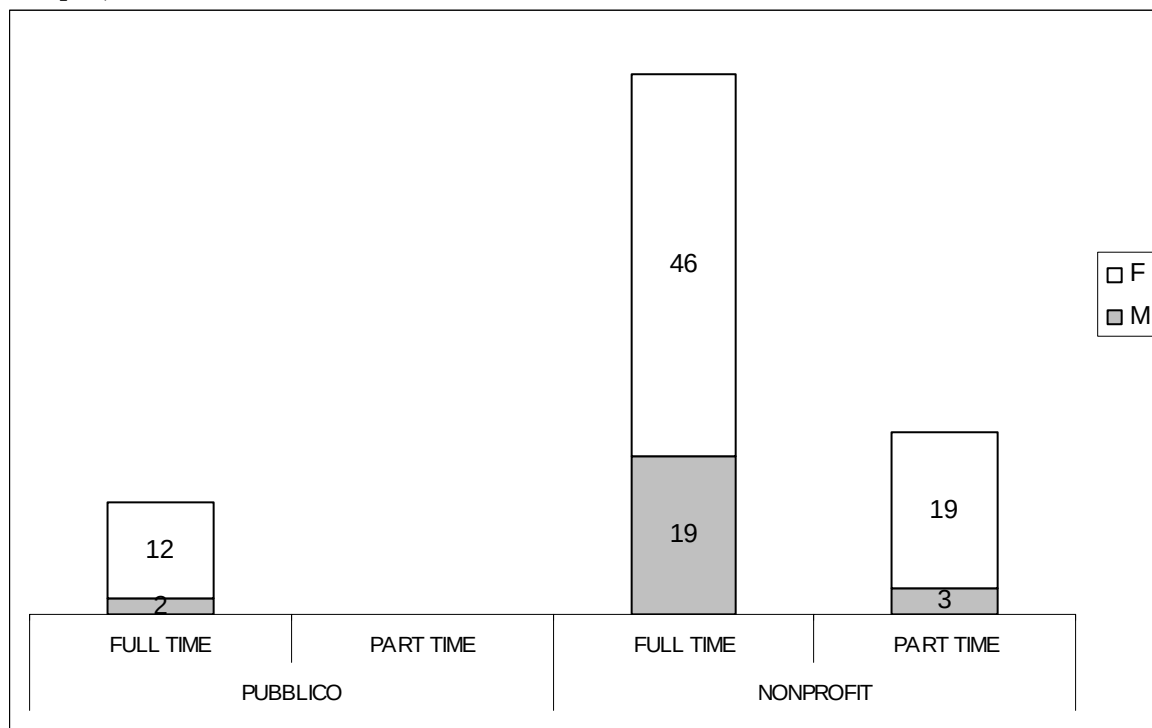
Figura 6.14 - Occupati nei servizi sociali per tempo di lavoro (valori %)



⁴⁷ N.B. i grafici presentati (istogrammi in pila) consentono il confronto del contributo di ciascun gruppo al complessivo

Considerando congiuntamente anche il genere, emerge che il lavoro part-time è più diffuso fra le donne rispetto agli uomini: dei 68 lavoratori part-time solo il 15% appartiene al genere maschile, mentre le donne rappresentano il rimanente 85%. Riassumendo: il lavoro part-time non è presente nelle istituzioni pubbliche ma solo in quelle nonprofit, la quota di lavoratori part-time in queste organizzazioni è pari al 22% del totale, si tratta prevalentemente di lavoratrici donne. Questo aspetto pone in luce la problematica della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro per le donne, che le organizzazioni risolvono attraverso l'utilizzo del part-time.

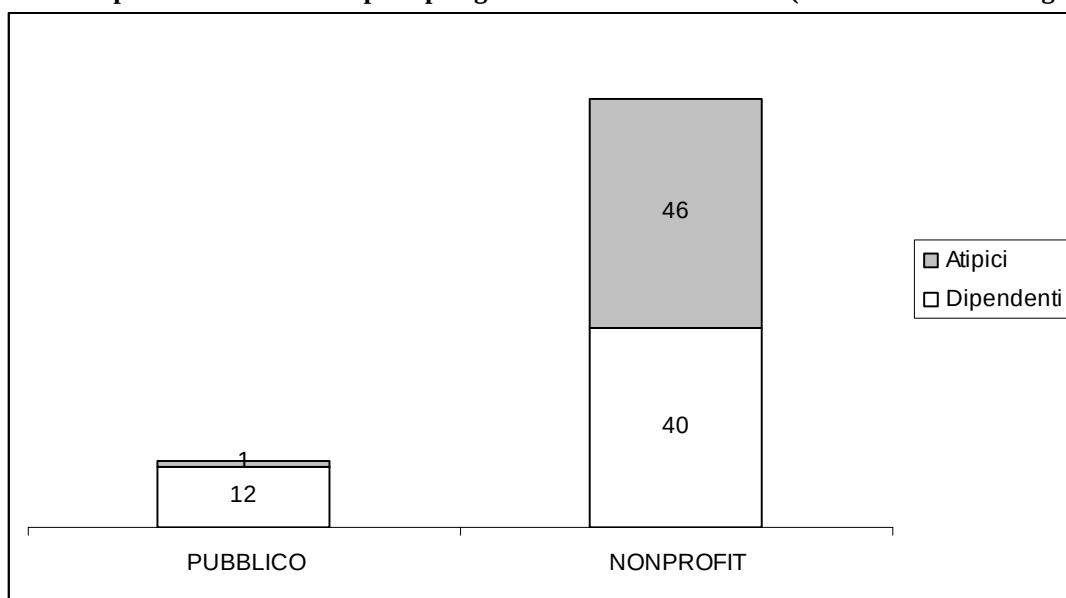
Figura 6.15 - Occupati nei servizi sociali per tipologia istituzionale, genere e tempo di lavoro (valori % sul totale degli occupati)



Considerando ora l'aspetto relativo al lavoro atipico e alla presenza di personale parasubordinato all'interno delle organizzazioni, dai questionari emerge che per questo aspetto il settore pubblico e quello nonprofit sono organizzati in maniera nettamente differente. Se nel pubblico infatti il lavoro è stabilizzato e la presenza di lavoratori atipici rappresenta una parte residuale del personale impiegato, nelle organizzazioni nonprofit la presenza di lavoratori atipici è superiore a quella dei dipendenti. Per quanto riguarda il pubblico il lavoro dipendente rappresenta il 90% del lavoro totale: questo dato è in linea con quanto riscontrato sia a livello comunale che a livello municipale attraverso i dati censuari.

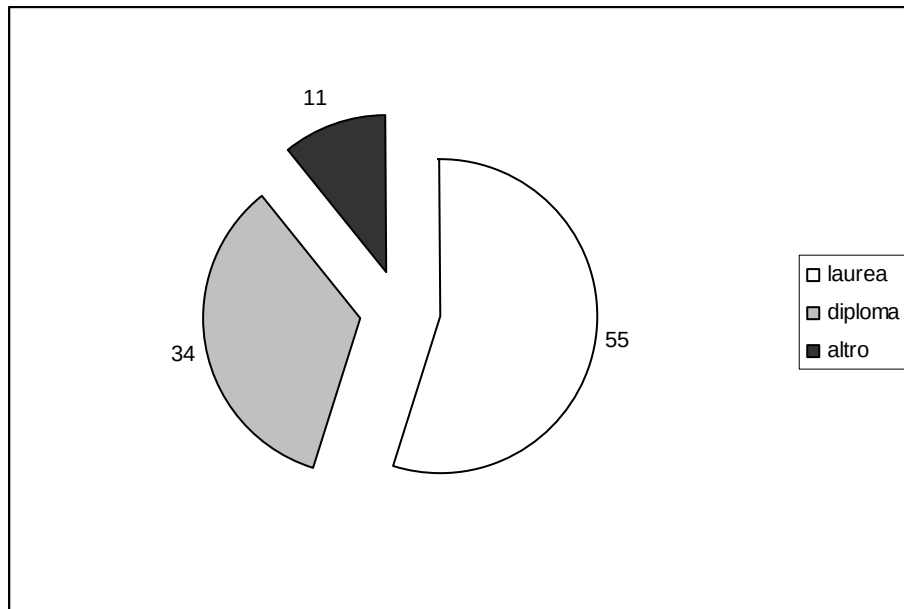
Al contrario nelle organizzazioni nonprofit oltre la metà dei lavoratori sono atipici: esattamente il 53% del totale. Confrontando questo dato con quello rilevato nel 2001 dal censimento emerge una fotografia nettamente diversa: tuttavia, come ricordato in precedenza, i rapporti di lavoro rappresentano uno degli aspetti della società contemporanea che si sono modificati maggiormente nel corso di un arco di tempo limitato. Il ricorso che si fa oggi al lavoro parasubordinato non può essere paragonato a quello che avveniva fino a 5 anni fa, per questo motivo il dato rilevato sembra essere più attendibile, in quanto maggiormente tarato sulla realtà contemporanea. Inoltre, come verrà approfondito successivamente, la precarietà del lavoro rappresenta all'interno del nonprofit una delle maggiori criticità (se non la maggiore in assoluto).

Figura 6.16 - Occupati nei servizi sociali per tipologia istituzionale e contratto (valori % sul totale degli occupati)



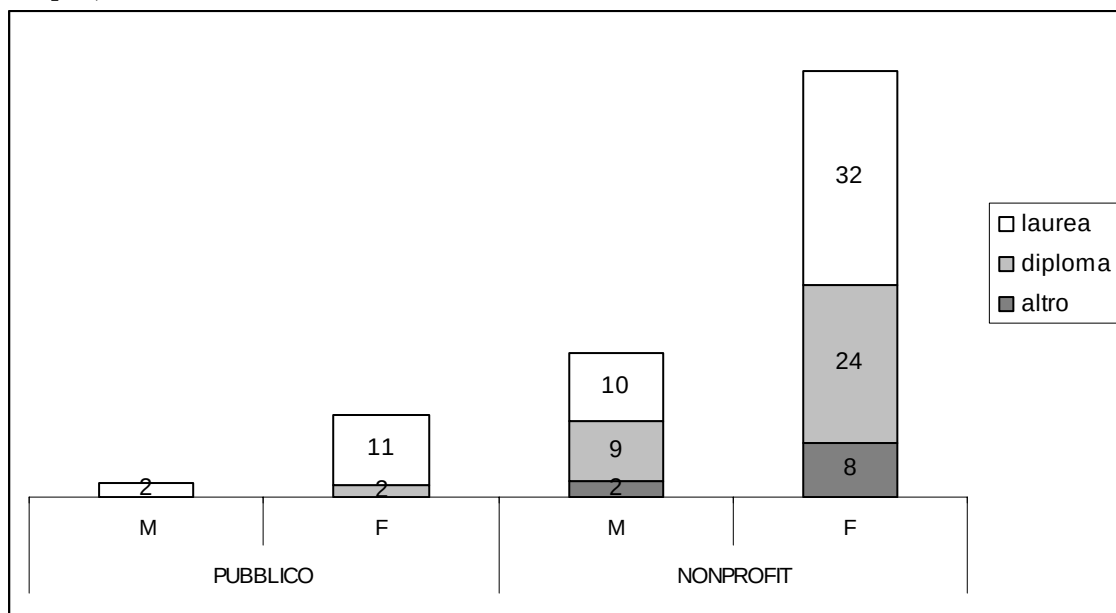
Analizzando l'aspetto legato al grado d'istruzione dei lavoratori del settore dei servizi sociali, emerge che il 55% del personale è in possesso di una laurea, il 34% di un diploma e il rimanente 11% di altri titoli, voce che comprende la formazione professionale e il livello di scuola dell'obbligo.

Figura 6.17 - Occupati nei servizi sociali per titolo di studio (valori %)



Valutando separatamente la tipologia istituzionale si evidenzia la presenza nel pubblico di personale unicamente laureato o diplomato, in quanto mancano completamente i gradi d'istruzione più bassi. Nel nonprofit al contrario sono presenti anche i profili meno istruiti, che tuttavia rappresentano una quota molto bassa rispetto al totale. La percentuale di donne lavoratrici laureate nelle organizzazioni nonprofit è pari al 50%, più alta rispetto a quella maschile che si attesta sul 47% (sul totale dei lavoratori maschi del nonprofit). Tuttavia si riscontra per le donne un'incidenza leggermente inferiore per le diplomate e una quota leggermente superiore per i livelli più bassi. Ad ogni modo la situazione valutata nell'ottica di genere mostra un sostanziale equilibrio fra gli uomini e le donne.

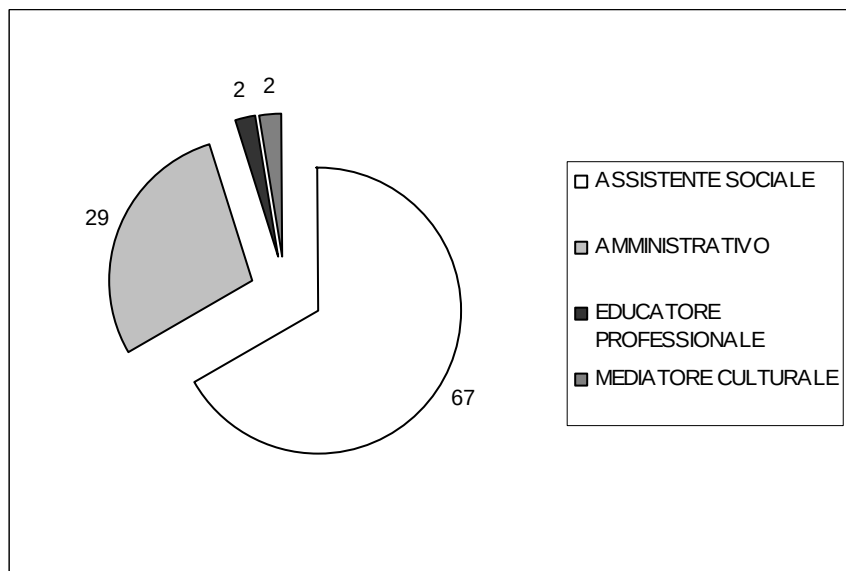
Figura 6.18 - Occupati nei servizi sociali per tipologia istituzionale e titolo di studio (valori % sul totale degli occupati)



Per concludere questa panoramica sul lavoro nel settore dei servizi sociali passiamo ad illustrare i profili professionali presenti nelle diverse tipologie di organizzazioni. Per quanto riguarda il pubblico si nota la presenza di pochi profili professionali: dal punto di vista del servizio sociale sono presenti i profili dell'assistente sociale, che rappresenta la percentuale più elevata con il 67%, dell'educatore professionale e del mediatore, mentre i ruoli amministrativi rappresentano il 29% del totale degli occupati.

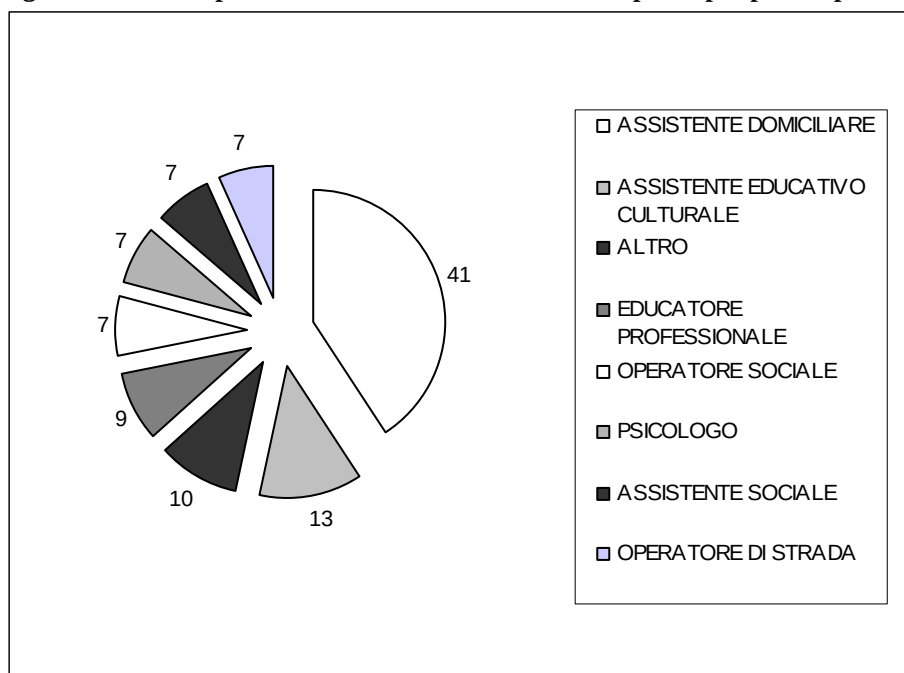
In particolare si osserva una netta preponderanza degli assistenti sociali che può essere spiegata con riferimento alla struttura delle organizzazioni intervistate. Infatti nel pubblico sono stati ricompresi i lavoratori dell'U.O. Servizio Sociale del Municipio I e quelli del I Distretto della ASL RMA. Mentre la U.O. del municipio svolge anche attività di amministrazione, il servizio sociale ASL eroga i servizi e non si occupa direttamente della gestione amministrativa. Per questo motivo tutti i dipendenti ASL che sono stati rilevati sono assistenti sociali, mentre nel municipio sono presenti sia le figure tecniche che quelle amministrative.

Figura 6.19– Occupati nei servizi sociali nel settore pubblico per profilo professionale



Analizzando invece i profili professionali presenti all'interno delle organizzazioni nonprofit ci si accorge come le figure utilizzate siano molto variegate: la figura maggiormente utilizzata è quella dell'assistente domiciliare (ADEST) con una percentuale del 35%, seguono l'assistente educativo culturale (AEC) a quota 11%, l'educatore professionale con il 7%, l'operatore sociale, lo psicologo, l'assistente sociale e l'operatore di strada tutti a quota 6%. Nella categoria altro rientrano altre professioni sociali come l'OSS, l'operatore di comunità, il sociologo, il pedagista, il mediatore culturale. La riflessione che scaturisce dal quadro sulle professioni conferma il ruolo del nonprofit come erogatore dei servizi (sia in affidamento che in gestione). Anche il ruolo di amministrazione e indirizzo degli interventi svolto dal pubblico trova conferma in questo dato, che esplicita lo svincolo del pubblico dall'erogazione diretta dei servizi sociali.

Figura 6.20 – Occupati nei servizi sociali nel settore nonprofit per profilo professionale



6.4 Gli aspetti qualitativi e le criticità del sistema locale dei servizi sociali

Per completare il quadro sul lavoro nei servizi sociali nel contesto locale del Municipio I verranno esaminati alcuni aspetti critici del sistema in tre dimensioni principali:

1. quella relativa al personale, che indaga il livello di formazione, l'adeguatezza della quantità di personale a disposizione in relazione agli obiettivi, la mobilità, i percorsi professionali,
2. quella relativa all'utenza, che valuta se e come l'utenza viene raggiunta dai servizi e le relative problematiche in un'ottica di evoluzione dinamica dei fenomeni sociali,
3. il lavoro e l'organizzazione, dove si analizzano gli aspetti relativi alle criticità di sistema e a quelle del lavoro, come la precarietà, il problema dei carichi di lavoro e dell'usura.

Alcuni degli aspetti considerati rispondono a precise questioni esaminate nel questionario, arricchite dai commenti e dalle valutazioni di contorno rilasciate dagli intervistati. Da questo punto di vista esiste una certa difformità di vedute fra gli attori istituzionali e quelli del privato sociale: i primi essenzialmente valutano come critici gli aspetti relativi alla quantità di personale e alla scarsità delle risorse, mentre i secondi subiscono la pressione e l'incertezza dovuta ai contratti d'appalto del pubblico, che rappresentano la fonte di finanziamento principale delle cooperative. Queste problematiche verranno affrontate per ciascuna dimensione, integrando e comparando le valutazioni fornite dagli attori pubblici e del nonprofit.

Per quanto riguarda le criticità relative al personale, si segnala da parte degli attori pubblici un'unanimità di vedute sulla scarsità del personale a disposizione: tutti gli intervistati hanno identificato in questo aspetto la criticità più elevata. Questo aspetto risulta particolarmente vero con riferimento al personale tecnico, mentre si attenua per il personale amministrativo. A tale proposito vale la pena ricordare che nelle istituzioni pubbliche il personale amministrativo rappresenta una quota elevata del totale, e che in questa funzione si concentra il ruolo del pubblico rispetto al funzionamento del sistema nel complesso. A queste considerazioni si lega inevitabilmente l'aspetto finanziario: le risorse per i servizi sociali nel corso degli anni sono costantemente diminuite a scapito del servizio, in particolare le assunzioni nel pubblico risultano bloccate e non vi è la possibilità di integrare l'organico già piuttosto scarso. La sfera dei tagli si è abbattuta pesantemente sul welfare, causando problemi nella soddisfazione di un'utenza in aumento e in costante mutamento. Infatti il problema dell'utenza è legato a doppio filo con quello delle risorse, come si avrà modo di vedere successivamente. Nelle organizzazioni nonprofit la scarsità del personale non rappresenta una criticità.

Nel pubblico è abbastanza condivisa l'idea che la qualità del personale sia elevata, anche se la formazione dovrebbe essere però più frequente, anche con corsi di formazione specifici per le differenti aree d'intervento. Ai tecnici dei servizi sociali si chiede una capacità maggiore in ambito gestionale ma senza un investimento in formazione da parte del pubblico, quindi i fabbisogni formativi vanno al di là della materia puramente sociale.

Al contrario nelle organizzazioni nonprofit si riscontra il problema della formazione, soprattutto per il personale in entrata, anche se non a livelli elevati. Fra i profili più formati spiccano gli educatori, mentre la formazione è carente per le figure dell'operatore socio-sanitario (OSS), dell'operatore socio-assistenziale (OSA), dell'operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA). In particolare si rileva la carenza di profili sociali nel settore dell'assistenza domiciliare: i corsi sono pochissimi sia per formare gli operatori da zero che per la riqualificazione di una miriade di figure del passato. Nel pubblico questo aspetto non rappresenta una criticità, in quanto l'ingresso del personale è legato alle procedure concorsuali che stabiliscono i profili necessari: nella maggior parte dei casi si tratta di assistenti sociali. Nel pubblico i problemi sono legati maggiormente alla formazione continua piuttosto che all'ingresso. Laddove all'interno delle organizzazioni esista un problema di fabbisogni professionali specifici, viene tamponato con la formazione continua interna: a tale proposito si fa

tanta formazione interna ma con poche risorse esterne in quanto i finanziamenti sono pochi.⁴⁸ C'è una certa discrasia anche da un punto di vista di coerenza dei bandi con la disponibilità sul mercato delle figure professionali richieste, problema presente anche a livello del sistema universitario: la proliferazione dei corsi di laurea ha dato vita ad uno scollamento molto forte fra il mondo dell'università e quello della professione. A fronte di richieste nei bandi sempre più specifiche la frammentazione dei corsi di laurea è estrema.

Fra le criticità si riscontra l'esistenza di alcuni problemi di coerenza fra le risorse umane e gli obiettivi legati alle richieste della committenza, che vorrebbe centrare gli obiettivi con risorse scarse, quindi nei bandi spesso si gioca sul ribasso.

Dove invece le organizzazioni nonprofit mettono in evidenza un forte criticità è nella inadeguatezza delle prospettive di carriera dovuta al basso turn over. La presenza all'interno delle cooperative di pochi livelli legati a livello organizzativo al turn over, crea una scarsa possibilità ascensionale però dall'altro lato esiste una possibilità di carriera laterale che consente una forte crescita professionale che permette di svolgere ruoli diversi in aree d'intervento diverse. Nel pubblico questo aspetto non è valutato come una vera criticità, in quanto è legato alle procedure concorsuali che regolano l'accesso alle posizioni apicali.

La mobilità in uscita non è una criticità, tuttavia è avvertita nel nonprofit come un forte rischio. Lo stesso discorso vale per la motivazione del personale, che sebbene sia alta tende a diminuire nel tempo a causa delle condizioni lavorative, principalmente l'alta precarietà e il basso livello salariale. Questi fattori possono inoltre provocare la fuoriuscita dal settore. Nel pubblico questo discorso sembra essere più legato al problema dell'usura del lavoratore sociale e del pesante carico di lavoro che si trova a sopportare a causa del sottodimensionamento delle risorse.

La scarsa flessibilità non è un problema all'interno delle organizzazioni nonprofit, che anzi affermano di essere estremamente flessibili,⁴⁹ al contrario si riscontra una certa rigidità nel pubblico ma per il personale amministrativo.

Complessivamente nel settore pubblico la difficoltà in relazione all'utenza è elevata su tutti i fronti, a testimonianza di una situazione difficile strettamente collegata alla scarsità di personale e risorse. L'utenza in continuo aumento, l'esistenza di nuove tipologie di utenza e la difficoltà nel raggiungere l'utenza potenziale rappresentano massime criticità. Considerando congiuntamente tutti questi aspetti emerge che nel corso del tempo i fattori sociali e demografici che caratterizzano il contesto locale, di cui si è fornita una panoramica nei paragrafi precedenti, hanno creato una situazione esplosiva dal punto di vista della domanda di servizi sociali in tutte le aree d'intervento. L'invecchiamento della popolazione anche disabile ha creato un massiccio incremento dell'utenza che a parità di risorse o addirittura in presenza di una costante diminuzione di esse si traduce in una elevata difficoltà a raggiungere l'utenza potenziale. Il maggior afflusso di persone di origine straniera e senza fissa dimora, la maggiore presenza di minori nei centri di accoglienza, il manifestarsi di nuove forme di povertà e di nuovi bisogni sociali danno vita a un quadro che si rivela critico a 360 gradi. Se da un lato le istituzioni sul territorio sono state in grado nel corso del tempo di captare i nuovi disagi cui la popolazione è soggetta dall'altro non esistono i presupposti per farvi fronte, anche forse per un eccesso di burocrazia nel sistema e di accentramento decisionale che non consente un'azione tempestiva e risposte efficaci.

Al contrario nelle organizzazioni nonprofit la diretta interazione con il territorio ha favorito lo sviluppo di una serie di relazioni che consentono un'interlocuzione maggiore con i soggetti deboli. Questo ruolo del nonprofit è stato recepito molto vivamente dagli attori istituzionali, che vedono in questa prossimità relazionale una risorsa per fornire risposte concrete alle situazioni di disagio.

Nel considerare gli aspetti critici che riguardano il lavoro e il sistema nel suo complesso una prima valutazione d'insieme può essere fatta in relazione all'unico aspetto che all'unanimità gli intervistati

⁴⁸ Una delle cooperative intervistate ha dichiarato l'adesione a un fondo per le imprese cooperative. La formazione altrimenti viene finanziata attraverso fondi esterni pubblici Regione, Provincia, fondi interprofessionali.

⁴⁹ Si segnala ad ogni modo la possibilità di rigidità a lavorare con determinate tipologie di utenti difficili.

nelle istituzioni pubbliche e quelli del nonprofit hanno valutato negativamente: il livello salariale molto basso del settore. Tanto negli enti locali che nelle cooperative sono state raccolte valutazioni estremamente decise nell'affermare che quello della retribuzione del lavoro sociale è un problema non solo di risorse ma di riconoscimento del lavoro che viene svolto. Nel nonprofit il problema di retribuzioni basse e di remunerazione adeguata del lavoro che viene svolto è strettamente legato alla mancanza del citato riconoscimento su un duplice livello: a livello dei committenti, che mirano al massimo ribasso e a livello di sistema, in cui il lavoro sociale spesso viene confuso con il volontariato. Il problema delle retribuzioni è legato non solo alla natura degli appalti e delle convenzioni che giocano al ribasso, ma anche all'inquadramento contrattuale che è molto basso. L'aspetto molto sentito dunque è quello della dignità del lavoro e della mancanza di garanzie. Nel pubblico i salari sono percepiti come bassi rispetto alla qualità del lavoro svolto dalle persone. Questo meccanismo può originare una perdita di motivazione: se da un lato la prospettiva di carriera in una struttura pubblica è determinata dalla piattezza dell'ente pubblico, la mancanza di gratificazione economica può aggravare questa situazione. Molto sentita è anche la questione del pagamento degli straordinari e dell'assenza di una indennità di rischio.⁵⁰

La precarietà del lavoro non rappresenta una criticità nelle istituzioni pubbliche, tuttavia anche se il lavoro è stabilizzato anche nel pubblico si parte da un vissuto di precariato che si protrae nel tempo: nel 2007 infatti molto personale è stato stabilizzato dopo anni di lavoro precario. Nel nonprofit la questione della precarietà del lavoro è molto presente per diverse ragioni che rappresentano anch'esse delle criticità del lavoro e del sistema degli appalti pubblici. In questo senso le organizzazioni lavorando su progetti con un orizzonte temporale limitato e senza la garanzia di rinnovo dei progetti non riescono a stabilizzare il lavoro da precario a dipendente. Anche il problema delle gare al ribasso alimenta questo circolo vizioso, in particolare per la questione del salario dei lavoratori. Il problema maggiore è quello legato alla progettualità e al bagaglio di esperienza che si acquisisce nei progetti, e nella perdita dell'effetto esperienza a seguito del mancato rifinanziamento dei progetti. Un altro fattore di instabilità per le cooperative è rappresentato dai ritardi nei pagamenti: sebbene il fattore temporale sia considerato un qualcosa di fisiologico e dunque connesso a priori con l'esistenza di un finanziamento pubblico, dall'altro crea un problema di liquidità e di ricorso al credito bancario, con ulteriore aumento dei costi di gestione. Questi fattori combinati insieme danno vita a una situazione in cui il lavoratore si sente defraudato sia dal punto di vista economico che della dignità professionale, a scapito della qualità del servizio. Anche nel pubblico il rischio di una perdita in qualità legata all'esiguità dei finanziamenti viene valutata come una criticità, il sistema degli appalti deve operare in modo tale da non lavorare al massimo ribasso ma al massimo della qualità.

Le criticità nel lavoro per le istituzioni pubbliche sono strettamente legate alla mancanza di risorse economiche e umane. Infatti, la carenza di personale comporta dei carichi di lavoro molto elevati soprattutto in relazione al sostanzioso incremento della domanda (e quindi del lavoro) a fronte di uno stallo, se non una diminuzione, del personale. Di conseguenza il lavoro diventa molto usurante e gestito in emergenza costante: in queste circostanze il rischio è nella perdita di qualità.

L'elevato livello di burocrazia e un certo accentramento decisionale completano il quadro: questo si traduce in scarsa tempestività nel recepire i bisogni e nel fornire risposta ai bisogni emergenti. La lentezza politica si traduce in lentezza ad intervenire nella realtà: a livello politico occorrerebbe considerare il servizio sociale come uno specchio della realtà sociale a stretto contatto con il territorio.

Infine, viene riscontrata una criticità nella mancanza di coordinamento socio-sanitario in quelle aree d'intervento in cui l'integrazione rappresenta una necessità, nell'ottica della complessità di alcune problematiche e del riconoscimento dell'interdipendenza fra i ruoli di tutti gli attori.

La mancata integrazione delle aree sociale e sanitaria riflette una difficoltà di coordinamento complessiva: se da un lato il sistema mette in atto numerose risposte ai bisogni sociali, queste sono

⁵⁰ che ad esempio hanno gli operatori che lavorano nelle carceri.

spesso poco coordinate o sovrapposte, da cui risulta una elevata frammentazione. Da questo punto di vista è necessario non solo implementare il coordinamento infra e interistituzionale, ma ampliare le competenze degli amministratori e dei tecnici dal punto di vista del ruolo programmatico e progettuale. La scarsa cultura di programmazione nei territori, in particolare nei municipi, e l'assenza di un vero e proprio sistema informativo rappresentano infatti un forte impedimento alla costruzione di un sistema locale dei servizi che sia coerente con la realtà territoriale. I municipi in questo senso dovrebbero ricoprire un ruolo fondamentale nella programmazione, progettazione, valutazione e monitoraggio dei servizi sulla base sia del quadro dell'esistente, ma anche sulla mappatura dei nuovi bisogni e delle nuove utenze, il cui risultato finale è un quadro che dia vita a una strategia più unitaria fra municipio e municipio, anche alla luce della creazione di servizi innovativi.

6.5. Conclusioni

Le criticità sopra individuate - relative al lavoro, alla formazione, alle professionalità, al funzionamento del sistema, al coordinamento tra istituzioni, al ruolo del nonprofit - delineano un quadro dettagliato delle forze e debolezze dei servizi sociali nel Municipio I di Roma.

In termini di sistema, il Municipio I presenta come punti di forza una qualità dei servizi complessivamente elevata: l'estrema vicinanza al territorio in attuazione della sussidiarietà sia verticale che orizzontale ha creato una sorta di laboratorio di sperimentazione dei servizi sociali. Questo processo è stato possibile anche grazie alla presenza sul territorio di una società civile molto attiva e partecipe in fase di consultazione (anche se la consultazione non implica la programmazione e progettazione condivisa), rafforzata da un rapporto dinamico e di partenariato nella gestione dei progetti. Anche all'interno della stessa società civile esiste una rete territoriale che agisce come laboratorio di opinione e di negoziazione. Il ruolo del nonprofit può essere anche quello di portare avanti le istanze del lavoratore e di agire a livello istituzionale e di sistema per il riconoscimento della dignità del lavoro sociale, alla luce delle criticità discusse nel corso dell'analisi.

Nonostante queste note positive, il ruolo principale del nonprofit all'interno del sistema rimane quello di erogatore/fornitore dei servizi secondo le direttive indicate nei bandi, con tutte le problematiche connesse: l'obiettivo di sistema dovrebbe essere non lavorare al massimo dell'economicità ma al massimo della qualità. Il servizio sociale è il primo luogo dove si manifesta il disagio sociale, pertanto potrebbe essere inteso come un buon osservatorio per la nascita e lo sviluppo di servizi nuovi e innovativi e per una lettura tempestiva delle domande e dei bisogni. I fenomeni sociali nella società di oggi sono in continuo mutamento: la facoltà di adattarsi ad una realtà dinamica rappresenta un requisito fondamentale per un sistema che voglia fornire una risposta reale ai bisogni del territorio.

Capitolo 7

Una sintesi dei risultati: il lavoro nel sociale e i sistemi locali dei servizi sociali

7.1. Introduzione

In questo capitolo i risultati dei tre casi studio realizzati per la ricerca dal CNR-IRPPS e dei due casi realizzati dal Formez sono messi a confronto in modo da sviluppare alcune analisi comparative e trarre alcune considerazioni d'insieme, che possano condurre ad alcuni suggerimenti di policy. E' opportuno ricordare brevemente le caratteristiche principali dei cinque casi esaminati e i criteri che hanno portato alla loro identificazione.

Il caso di Pesaro-Urbino (PU) comprende i due Ambiti territoriali di Pesaro e Urbino, all'interno della relativa provincia, che hanno le caratteristiche di un'area industriale moderna densamente popolata (Pesaro) e di un'area interna a bassa densità abitativa, con attività agricole e centri di servizio (Urbino).

Il caso di Venezia Mestre (VE) comprende il territorio del Comune, una città di medie dimensioni, divisa tra il centro storico (segnato da perdita di popolazione, alta presenza di anziani e centri di servizio) e il territorio di Mestre (con una forte presenza industriale e crescita demografica, anche migratoria).

Il caso di Roma Municipio I (RM) comprende il quartiere Centro storico della capitale, caratterizzato da forti presenze di istituzioni e attività terziarie, con una popolazione che presenta un rapido invecchiamento e rilevanti flussi migratori. In questo caso ci si è concentrati sui servizi sociali realizzati - sia dal pubblico che dal nonprofit - all'interno del Municipio I e destinati alla popolazione ivi residente, escludendo dall'analisi i servizi sociali con sede nel Municipio, ma destinati all'intero Comune di Roma.

Il caso del Piano Locale Unitario dei Servizi 21, in provincia di Cagliari (SAR) comprende un territorio a est della città di Cagliari caratterizzato sia da fenomeni di periferia urbana sia da aree agricole a bassa densità abitativa.

Il caso dell'Ambito territoriale di Triggiano, in provincia di Bari (PUGL) comprende un territorio in Provincia di Bari caratterizzato da aspetti di periferia urbana e di attività agricole.

I cinque casi sono stati individuati per rappresentare differenze significative sotto molteplici aspetti:

- presentano profili di attività economiche differenziati (terziario avanzato, servizi tradizionali, industria, agricoltura intensiva e marginale);
- presentano profili demografici e sociali diversi (alta e bassa natalità, diversi tassi di occupazione femminile, alti e bassi flussi migratori dall'estero);
- presentano strutture familiari e fattori di rischio sociale differenziati (diversi tassi di invecchiamento, frequenze delle separazioni, tassi di disoccupazione e di occupazione precaria), producendo in questo modo diverse tipologie di domanda di servizi sociali;

- presentano forti differenze istituzionali e nel tipo di politiche sociali realizzate, nel ruolo relativo di Regioni, Comuni e altri enti pubblici impegnati sui problemi sociali, e nel rilievo delle esperienze nel campo dei servizi sociali;
- la forte differenziazione geografica (Nord-Est, Centro-Nord-Est, Centro, Mezzogiorno e Isole) dà infine conto della diversità delle caratteristiche storiche e sociali del Paese e delle politiche che vengono realizzate.

Sulla base di tali marcate differenze, ci possiamo aspettare che gli aspetti che ritroveremo comuni a tali cinque casi si presentino come aspetti generali della realtà nazionale; quando emergono diversità tra i casi studio, si tenterà invece di riportarle ai principali fattori - sociali, demografici, istituzionali e politici - che possono contribuire a spiegarle.

7.2. Il confronto tra i casi studio sui sistemi locali dei servizi

Pesaro Urbino

Il caso studio su Pesaro Urbino ha riguardato gli Ambiti territoriali sociali (ATS) di Pesaro e Urbino, due territori attigui ma differenti per caratteristiche: costiero, con buoni livelli di urbanizzazione e industrializzazione, il primo; posto sulla dorsale appenninica dell'interno, con più bassi livelli demografici e a vocazione rurale, il secondo. Il contesto economico è quello di una zona a vocazione manifatturiera e un tessuto di piccole e medie imprese a conduzione familiare, con un reddito pro capite nella media italiana. Il profilo socio demografico ci mostra una popolazione complessiva di 175.000 persone (la metà nel solo Comune di Pesaro, gli altri nei restanti 17 comuni), con un indice di invecchiamento e un tasso di occupazione femminile superiore alla media nazionale, un tasso di disoccupazione inferiore ai valori nazionali.

Gli attori principali del welfare territoriale in termini politici ed economici sono i Comuni, sia nella fase programmatoria dei servizi che nella loro realizzazione. Gli ATS hanno ruolo strategico nel coordinare i diversi soggetti -pubblici e privati, avviando dinamiche di governance partecipata e processi di cogestione dei servizi. Fatta eccezione per l'inserimento lavorativo dei disabili, realizzato attraverso la rete dei Centri per l'Impiego, alla Provincia (come alla Comunità Montana) resta un ruolo residuale nei servizi, con la specializzazione in settori ancora poco coperti (giovani, immigrazione) e campagne informative e di prevenzione. Il comparto sanitario si occupa principalmente di Anziani, Disabili, adulti in condizioni di Disagio e Dipendenze patologiche, per i quali gestisce nel territorio una serie di strutture residenziali e semi-residenziali.

Il territorio considerato ospita un terzo settore piuttosto vivace, con un'elevata densità di organizzazioni di volontariato e un alto numero di Cooperative sociali (50 compresi 2 consorzi). Queste ultime si presentano di dimensioni economiche medie e ben radicate nel territorio, costituiscono il braccio operativo del welfare e sono attori importanti anche nei processi di progettazione e programmazione dei servizi territoriali.

I territori degli ATS I e IV vantano la spesa sociale pro capite più alta di tutta la regione: 122 e 135 euro, contro una media nazionale di 98. Tuttavia nei Comuni analizzati abbiamo trovato una fortissima differenza di spesa, che in quelli maggiori è circa quattro volte superiore a quella dei comuni più piccoli. Gran parte di questa differenza dipende dalla presenza di strutture residenziali o semi-residenziali per anziani, disabili, minori.

Rispetto alle aree d'utenza, sono confermate le risultanze nazionali di forte concentrazione delle risorse su tre aree principali (Famiglia e minori, Anziani e Disabili), seppur con minore concentrazione, e due importanti differenze: l'elevato valore pro-capite registrato nell'area Disabili (€3068), nettamente superiore al valore nazionale (€1889) e il sottodimensionamento della spesa pro-capite per interventi nei settori Anziani e Minori.

La struttura dell'offerta vede una titolarità dei servizi sempre pubblica per i settori Famiglia e minori, Disabili, Anziani, Immigrati; mentre non è raro che sia detenuta da soggetti privati (Cooperative sociali di tipo A) nei settori quali Dipendenze, Povertà e disagio.

Gli attori principali nell'offerta di servizi sono i Comuni, che impiegano i propri lavoratori soprattutto nei settori di Famiglia e minori, Anziani. Ai Comuni si affiancano altri protagonisti pubblici a seconda dei settori: gli enti sanitari per Disabili e Dipendenze; la Provincia per l'Immigrazione e le Dipendenze; e altri protagonisti privati (cooperative sociali di tipo A) per i settori Disabili, Anziani, Minori, Povertà e disagio, Dipendenze.

Sono sempre a gestione diretta del pubblico i servizi sociali di base e gli asili nido, mentre prevale l'esternalizzazione per il servizio d'assistenza domiciliare; gli altri servizi sono erogati attraverso gestione pubblica per certi comuni, privata per altri. Come modalità di affidamento a privati, prevalgono decisamente gli appalti sulle convenzioni (80% contro 20% in termini economici).

Il finanziamento è sempre pubblico ma è richiesta una compartecipazione da parte dell'utenza per l'assistenza domiciliare, le strutture diurne e residenziali, gli asili nido.

Sulla base della metodologia comune della ricerca, il questionario è stato somministrato a 23 dirigenti di istituzioni pubbliche (Comuni, Provincia, ATS, Distretto Sanitario e ASUR), e organizzazioni nonprofit (Cooperative sociali, associazioni di volontariato e promozione sociale, sindacati). Nel complesso le organizzazioni intervistate occupano 870 lavoratori corrispondenti, secondo una stima attendibile, all'80% dei lavoratori totali impiegati nel sociale.

Venezia Mestre

Il contesto economico e sociale della zona di Venezia Mestre è caratterizzato da forti dinamiche demografiche (diminuzione della natalità, aumento del numero di anziani, crescita della componente immigrata), da cambiamenti nelle condizioni di vita e di lavoro (la progressiva deindustrializzazione, ad esempio) e dalla particolarità di una città che riceve in ogni momento dell'anno grandi flussi di utenza non residenziale: turisti, pendolari, studenti universitari, militari. Il carattere estremamente mobile del territorio cambia il punto di vista tradizionale, l'approccio alla definizione delle politiche. Da studi recenti è emerso che la popolazione che usufruisce dei servizi è largamente superiore a quella ufficialmente residente. Questa quota aggiuntiva di popolazione non residente, non considerata nelle statistiche ufficiali e soprattutto nella ripartizione delle risorse, solo per il Comune di Venezia si è quantificata in circa 100.000 unità.

Da un punto di vista sociale ed economico, la situazione è dunque molto complessa: da un lato, la ricchezza presente sul territorio definisce nuovi bisogni, dall'altro, permangono sacche di disagio e si manifestano "nuove povertà". La diminuzione del tasso di natalità e l'aumento del numero degli anziani sono fenomeni nazionali, ma che hanno assunto particolare rilevanza nel Veneto e Venezia, dove le persone con oltre 65 anni sono il 26% della popolazione.

Per rispondere alla sfida dei cambiamenti il Comune di Venezia si è dato una struttura organizzativa centrata sul Dipartimento di Welfare, che ha funzioni di progettazione, coordinamento tra aree di intervento, osservatorio ed erogazione di servizi (nonché funzioni gestionali ed economiche) e - in base alla specifica tipologia di utenza e dei bisogni che si manifestano - ha previsto l'istituzione di cinque Servizi differenziati: servizio Anziani-Disabili e Salute Mentale; servizio Adulti; servizio Infanzia e Adolescenza; servizio Immigrazione e Promozione dei Diritti di Cittadinanza; servizio Pronto Intervento Sociale per non Residenti. Il Dipartimento è inoltre composto dall'Osservatorio Politiche di Welfare (con funzioni di progettazione e attivazione di risorse), dal Servizio Risorse Economico Finanziarie e Tecniche, dalla Direzione Politiche della Residenza e dalla Direzione Politiche Educative e Sportive.

La politica sociale a livello regionale e locale è definita - nel contesto della legge 328/2000 - dal "Piano Regionale per un Sistema integrato di interventi e servizi sociali" e dai Piani di zona del Comune di Venezia.

Lo studio delle professioni sociali ha seguito la metodologia definita per la ricerca. L'obiettivo, anche nello studio su Venezia Mestre, era quello di delineare un quadro il più completo possibile del lavoro nel sociale, delineando sia le caratteristiche di questo specifico mercato del lavoro che si colloca tra il settore pubblico e il settore nonprofit, sia il sistema di fornitura dei servizi sociali in generale. Diversi quindi i soggetti in gioco: dagli enti pubblici e le istituzioni (il Comune, la Provincia, la Regione, le Ulss, ecc.) alle organizzazioni del Terzo settore. In particolare, per quanto riguarda i soggetti che sono stati coinvolti della ricerca, una serie di interviste generali ad alcuni testimoni privilegiati ha consentito di definire il quadro del sistema locale dei servizi e delle dinamiche che riguardano il lavoro. Sono stati intervistati i referenti del Piano di Zona, i rappresentanti di organizzazioni nonprofit e delle cooperative sociali locali, alcuni dirigenti della Provincia e della Regione, i sindacalisti della Funzione Pubblica. Si è scelto di somministrare il questionario semi-strutturato ai funzionari responsabili dei diversi Servizi del Dipartimento di Welfare del Comune di Venezia-Mestre: Servizio Immigrazione e Promozione dei Diritti di Cittadinanza, Servizio Pronto Intervento Non Residenti, Servizio Infanzia e Adolescenza, Servizio Anziani-Disabili-Salute Mentale, Servizio Adulti. Si è poi proseguito nell'intento di avere un quadro complessivo di tutti i soggetti operanti nel sociale con le interviste ad alcuni dirigenti del nonprofit, in particolare di alcune cooperative di tipo A e B.

Roma Municipio I

Il Municipio Roma Centro Storico (Municipio I) rappresenta la "vetrina" della città di Roma e il polo in cui si concentra l'attività politica, economica e culturale della città e del paese, ma è anche uno spazio che contiene realtà differenziate, soggetto ad un progressivo spopolamento e invecchiamento della popolazione. Le principali dinamiche demografiche e sociali degli ultimi anni si possono riassumere nella crescente percentuale di adulti e anziani, nel maggior numero di famiglie mono-componenti, nella maggiore presenza di immigrati. La popolazione complessiva è rimasta stabile negli ultimi anni e ammonta a 122 mila abitanti, di cui il 23% circa è rappresentato da anziani e un altro 23% da immigrati, a fronte di una quota di giovani piuttosto bassa, pari al 6%. Altra peculiarità del Municipio I è la presenza sul territorio di molte istituzioni che forniscono un domicilio fittizio o virtuale alle persone senza fissa dimora, come rifugiati, richiedenti asilo, persone in condizione di disagio, un'utenza, questa, in continuo aumento che usufruisce dei servizi sociali presenti sul territorio. Se da un lato nel Municipio si ritrova l'eredità storica della città, dall'altro la presenza straniera si è fatta sempre maggiore. Questa commistione fra tradizione e multiculturalità rende questo territorio un collettore di bisogni unico, da quelli delle persone senza fissa dimora a quelle dei minori, dei rifugiati, degli immigrati.

Il sistema dei servizi sociali nel Municipio I è strettamente legato a quelle che sono le modalità con cui l'amministrazione comunale ha decentrato i servizi, spostando il baricentro della regolazione del welfare verso le circoscrizioni, oggi municipi. La pianificazione sociale nel Comune di Roma si inquadra nel Piano Regolatore Sociale cittadino (PRS). Questo è un documento di pianificazione triennale volto ad integrare le politiche sociali con le altre politiche urbane che si è sviluppato di pari passo con la distribuzione di competenze e funzioni sempre più specifiche ai Municipi, nell'ottica di un equilibrio fra interventi svolti a livello cittadino e territoriale. Lo scopo è quello di garantire un sistema di welfare urbano che da un lato rispecchi una logica unitaria ma dall'altro sia calato nelle differenti realtà che caratterizzano il tessuto sociale. Per questi motivi la città di Roma rappresenta un caso singolare di applicazione del processo di ristrutturazione del welfare locale che si caratterizza per il suo doppio livello di decentramento: comune-municipio. Il comune ha avviato un continuo spostamento delle funzioni socio-assistenziali dal centro verso i servizi territoriali conferendo loro maggiori ruoli e specifiche funzioni. Seguendo le linee guida tracciate a livello cittadino dal PRS comunale, i singoli municipi romani hanno elaborato i propri documenti di programmazione sociale individuando gli obiettivi strategici nonché i mezzi e le risorse per

raggiungerli, alla luce delle peculiarità e delle caratteristiche del territorio di riferimento: infatti il sistema locale si articola al suo interno in zone sociali che si differenziano per caratteristiche topografiche, socio-economiche, demografiche. Il piano di zona municipale (o piano regolatore sociale municipale) elaborato sulla base delle linee guida per le politiche sociali rappresenta quindi l'insieme di interventi con cui sono organizzati e gestiti i servizi sociali territoriali, lo strumento di programmazione su cui si basa tutto l'impianto del welfare locale. Ai vari livelli, il Tavolo sociale è l'organo deputato alla definizione delle linee guida e degli obiettivi generali delle politiche sociali, al Tavolo municipale spetta la definizione degli obiettivi in ambito locale, l'Ufficio di Piano municipale si occupa dell'attività di programmazione, gestione e monitoraggio e, attraverso il coordinamento di Laboratori locali di co-progettazione e di Gruppi tematici inter-istituzionali, ed è responsabile della fase attuativo-gestionale del Piano di zona.

Inoltre, il sistema dei servizi sociali non comprende soltanto i servizi socio-assistenziali gestiti dal Comune e dal Municipio, ma anche quelli socio-sanitari, e cioè i servizi che sono erogati in modo integrato dalla ASL e dal Comune di Roma o dai Municipi.

Per quanto riguarda l'offerta di servizi sociali, nel Municipio I questa risulta assai variegata e, alla luce di quanto evidenziato sul funzionamento del sistema, caratterizzata da una struttura multilivello in cui operano con ruoli e intensità differenti i diversi attori. È necessario sottolineare il fatto che mentre il ruolo del Municipio e della ASL è agito all'interno del sistema locale dei servizi sociali, quello del Comune abbraccia tutti i municipi romani. A livello generale, il Municipio è particolarmente attivo nelle aree Famiglia e Minori, Anziani e Disabili, in cui lavora anche in integrazione con la ASL; nell'area Disagio adulti è il Comune a gestire la maggior parte dei servizi, anche in relazione ai servizi territoriali dei singoli municipi, nell'area Immigrazione è ancora il Comune a gestire le fasi relative alla prima accoglienza e all'inserimento socio-lavorativo che gestisce all'interno delle strutture residenziali, in quella Dipendenze il principale referente è la ASL per l'aspetto socio-sanitario, mentre per quello socio-assistenziale il ruolo principale è agito dall'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze. Occorre infine evidenziare che al Municipio spetta l'erogazione dei contributi in tutte le aree d'intervento, che vanno dai contributi per i problemi legati all'alloggio ai contributi monetari per particolari categorie, all'integrazione delle rette per strutture diurne o residenziali.

Per quanto riguarda le risorse impegnate a livello locale per le politiche sociali il Municipio impegna parte del suo bilancio ordinario. Dal PRS del Municipio emerge che la spesa sociale municipale nel corso del triennio 2006-2008 ammonta a oltre 17 milioni di euro. La distribuzione della spesa nelle diverse aree d'intervento mostra che le risorse nel triennio si sono concentrate nell'area Anziani, seguita da quella Famiglia e Minori, Disabili e Adulti, a conferma dell'esigenza di intervenire sulle problematiche più forti all'interno del sistema locale.

Analizzando invece la composizione della spesa per tipologia di offerta a livello dell'intero Comune di Roma, emerge che una quota consistente della spesa viene erogata per le strutture, in cui rientrano gli utenti e i costi delle strutture residenziali o semiresidenziali gestite direttamente dal comune o affidate in convenzione a soggetti esterni (gestite indirettamente). Infatti a questo servizio viene destinato dal Comune il 64% della spesa, a fronte di un dato nazionale pari al 37,8%. Per quanto riguarda la spesa per gli interventi e i servizi, la quota comunale si attesta sul 26,6%, mentre il dato nazionale è del 39,4%. Analogamente esiste uno scostamento significativo anche per la quota destinata ai trasferimenti, che a fronte di un valore nazionale del 22,8% è pari al 9,3%.

I dati riportati confermano in qualche modo quanto esplicitato relativamente alla struttura dell'offerta: al Comune di Roma spetta infatti la gestione delle strutture residenziali, area in cui la spesa sociale risulta maggiore, mentre per i trasferimenti spende una quota bassa in quanto esistono i contributi erogati dai municipi. Un dato che fa riflettere relativamente alla struttura dell'offerta è quello che riguarda la spesa per strutture nell'area Povertà - disagio adulti e senza fissa dimora: mentre a livello nazionale la percentuale di spesa destinata alle strutture in quest'area d'intervento è pari al 3,2% della spesa per strutture (pari a 69 milioni di euro), a Roma questa quota sale al 9,4% in quanto la domanda di servizi è molto elevata.

Sardegna PLUS 21

Il territorio del Distretto è parte dell'area vasta cagliaritana, di cui costituisce una porzione rilevante in termini di estensione, di dotazione insediativa e infrastrutturale, nonché di consistenza delle risorse ambientali. Dal punto di vista demografico, l' Ambito si caratterizza per essere uno dei più consistenti, sia a livello complessivo (94.571 abitanti al 31 dicembre 2006) che rispetto alle singole realtà comunali⁵¹. L'Ambito del PLUS 21 è costituito da sette Comuni (Settimo San Pietro, Monastir, Monserrato, Quartucciu, Selargius, Sestu e Ussana), dalla Provincia e dall'Azienda Sanitaria Locale di Cagliari.

Per il governo del sistema integrato dei Servizi alla persona, analogamente a quanto accaduto nella maggior parte dei 23 Ambiti territoriali della Regione, le istituzioni pubbliche del Distretto del PLUS 21, hanno optato per una forma organizzativa politico-istituzionale "debole" ovvero l'Accordo di programma con l'individuazione di un Ente capofila, nel caso specifico rappresentato dal Comune di Settimo San Pietro. La Conferenza dei Sindaci (CdS), che ha compiti di indirizzo e controllo, ne rappresenta il principale riferimento politico istituzionale. Per la definizione e approvazione condivisa, in sede di Conferenza di Servizi, delle politiche e strategie di integrazione socio-sanitaria dell'Ambito, la CdS viene integrata dall'Assessore Provinciale alle Politiche Sociali e dal Direttore dell'Azienda Sanitaria. Il Gruppo Tecnico di Piano (GTP) rappresenta invece il principale organismo di consulenza tecnica per la programmazione e la gestione unitaria dei servizi e si avvale del supporto operativo dell'Ufficio di Piano. La Conferenza di programmazione la sede privilegiata di programmazione partecipata in cui vengono definiti, con il contributo di tutti gli attori sociali territoriali, i contenuti del PLUS. La Conferenza di programmazione si articola in momenti di plenaria e in conferenze di settore (Tavoli Tematici) finalizzate all'approfondimento tematico e alla predisposizione di contributi e di proposte per la definizione delle politiche per le singole aree di intervento.

Le organizzazioni attive sul territorio nella gestione di servizi sociali previsti dal PLUS sono complessivamente 20 di cui 17 cooperative sociali di tipo A e 1 di tipo B e 2 Associazioni. Sono state tutte coinvolte nel Progetto di ricerca che è stato inoltre esteso ai due Consorzi alle quali alcune delle cooperative attive nell'Ambito aderiscono. Le organizzazioni, incluse nella rilevazione in quanto titolari di servizi privati, residenziali e semiresidenziali, offerti ad utenti residenti nell'Ambito per i quali i Comuni hanno sostenuto totalmente o parzialmente il costo delle rette, sono invece 6 di cui 2 cooperative sociali, 3 associazioni e 1 ente religioso. Nel Distretto risultano, inoltre, avere sede legale complessivamente 74⁵² organizzazioni *no profit* e fra queste solo una è ricompresa tra le unità di analisi della presente ricerca in quanto l'unica, con sede legale nel territorio, ad aver sottoscritto dei contratti di appalto con i comuni dell'Ambito. Si tratta di 36 cooperative sociali, di cui 18 di tipo B, e 38 associazioni di volontariato in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 3 della Legge n. 266/1991⁵³.

⁵¹ Fanno parte del Distretto 2 dei 14 comuni isolani con una popolazione superiore ai 20.000 abitanti; i due comuni meno popolosi hanno una popolazione -circa 4000 abitanti- decisamente superiore alla media dei comuni sardi.

⁵² I dati sono stati ricavati attraverso la consultazione dell'Albo regionale delle cooperative sociali aggiornato al mese di marzo del 2007 e il Registro regionale delle associazioni di volontariato, Settore A- SOCIALE, aggiornato al mese di febbraio 2008. E' ancora in fase di predisposizione il Registro regionale delle associazioni di promozione sociale istituito dalla L.R. 23/2005 in attuazione delle previsioni della Legge n. 383/2000.

⁵³ Si riporta in allegato l'elenco completo delle organizzazioni con sede legale nell'Ambito

L'offerta sociale del Distretto relativa all'anno 2007 è distribuita fondamentalmente su quattro aree di intervento: "Famiglia e Minori" in cui si concentra il 28% dell'intero pacchetto⁵⁴, "Disabili" che ne assorbe il 26% e "Povertà Disagio Adulto" e "Anziani" sulle quali si concentra rispettivamente il 21% e il 14% dell'offerta complessiva. Risulta molto limitata l'offerta di servizi rivolti a "Immigrati" e "Nomadi" e a soggetti in condizione di dipendenza. In tutte le aree di intervento, prevalgono i servizi erogati in regime non residenziale, costituiti per una buona parte da servizi/interventi ad alta personalizzazione con finalità educative e di integrazione sociale. Una quota consistente dell'offerta sociale dei Comuni è rappresentata da trasferimenti monetari suddivisi tra interventi di sostegno economico e integrazione di rette per utenti ospitati in strutture residenziali. L'offerta "residenziale" del Distretto è interamente privata. Le uniche strutture residenziali a titolarità pubblica sono una RSA e una Casa Famiglia di cui è titolare la ASL di Cagliari che erogano servizi e prestazioni di natura socio sanitaria/riabilitativa. I servizi semiresidenziali sono prevalentemente a titolarità privata. Sono di titolarità pubblica gli Asili nido, i Centri socio-ricreativi per Minori e Anziani e 1 Centro semiresidenziale in cui vengono erogati interventi di integrazione sociale per sofferenti mentali.

La collaborazione interistituzionale e fra organizzazioni per la gestione/erogazione congiunta di servizi è stata nel corso del 2007 marginale. L'Ambito ha comunque raggiunto un risultato importante con l'istituzione del servizio di Assistenza Domiciliare associato. L'iter di istituzione del servizio ha rappresentato un importante banco di prova sia per le singole Amministrazioni che per le organizzazioni aggiudicatrici, in ATI, della gestione. Entrambe, infatti, hanno dovuto concertare e condividere modalità organizzative e gestionali per un servizio consolidato, gestito fino al momento con discrezionalità presso le singole amministrazioni. Le uniche altre esperienze di gestione associata sovra comunale hanno riguardato nel 2007 i CeSIL, Centri Servizi per l'Inserimento Lavorativo dei soggetti svantaggiati, istituiti con fondi del POR Sardegna 2000-06 Misura 3.4 e due progetti per l'integrazione sociale e lavorativa di soggetti con disabilità intellettiva e relazionale⁵⁵. I Comuni dell'Ambito hanno inoltre aderito a un protocollo di intesa con la Provincia di Cagliari per la organizzazione e gestione del Centro Affidi e l'attivazione dello Sportello per l'Immigrazione. Nel corso del 2007 si è inoltre dato avvio ad una delle azioni previste nel Patto per il sociale, denominato "Servizi Integrati per il superamento dello svantaggio sociale" siglato nell'ambito del processo di Progettazione Integrata promosso dalla Regione Sardegna⁵⁶ nell'anno 2006.

La gestione esternalizzata ha riguardato nel Distretto una pluralità di servizi, in particolare quelli di sostegno educativo e ludico-ricreativo, trasversalmente alle diverse aree di intervento, facendo registrare una maggiore concentrazione nell'Area "Famiglia e Minori" e "Disabilità" all'interno delle quali ricadono rispettivamente il 31% e il 27% del complesso dei servizi esternalizzati. L'assistenza domiciliare è l'unico servizio che, nel corso del 2007, tutti i Comuni indistintamente

⁵⁴ Per la stima della distribuzione dell'offerta nelle diverse aree di intervento è stata calcolata sulla base del numero dei servizi compresi in ciascuna delle 12 macrotipologie convenzionalmente individuate per la catalogazione dell'offerta sociale: A - Attività di servizio sociale professionale, B - integrazione sociale; C - interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo; D - Assistenza domiciliare; G - Strutture a ciclo diurno o semiresidenziale; G1 - Asilo nido; G2 - Servizi integrativi e/o innovativi per la prima infanzia; G3_G6 Centri e strutture di aggregazione; H - Strutture comunitarie e residenziali; I - Pronto intervento sociale; Sportelli informativi; L - Segretariato sociale.

⁵⁵ Non tutti i comuni delle associazioni costituite fanno parte dell'Ambito del PLUS 21

⁵⁶ La Progettazione Integrata è un percorso di progettazione territoriale partecipata. I Patti per il Sociale costituiscono degli strumenti operativi del Programma di pianificazione delle risorse Comunitarie finalizzate al recupero della coesione sociale. Le linee guida per la predisposizione dei PLUS definiscono i Patti per il Sociale parte integrante della programmazione locale sociale, sociosanitaria e sanitaria e, in quanto tali, strumenti di attuazione dei PLUS.

hanno affidato all'esterno. Lo strumento maggiormente utilizzato per l'affidamento dei servizi è l'appalto (87% dei casi), nella quasi totalità dei casi aggiudicato da cooperative sociali di tipo A. Il ricorso all'affidamento diretto tramite convenzioni (17% dei casi) è circoscritto alle associazioni e nel 2007 ha riguardato prevalentemente servizi/strutture di integrazione sociale per Disabili e Sofferenti Mentali.

Puglia Triggiano

La scelta dell'Ambito Territoriale di Triggiano è stata motivata dalla considerazione che l'Ambito in oggetto è un esempio significativo in Puglia di realizzazione della gestione associata tra i Comuni per la costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Infatti, tutti i servizi e gli interventi previsti del Piano Sociale di Zona 2005-2007 hanno valenza di ambito e sono gestiti in forma associata. La criticità è rappresentata dal ritardo con il quale è stata avviata l'attuazione del primo Piano di Zona.

L'Ambito Territoriale è costituito dai comuni di Adelfia, Capurso, Cellamare, Triggiano e Valenzano. Ha una superficie complessiva di Km² 86,27, con una popolazione residente pari a 83.309 abitanti (dati Istat 01.01.2007). Il Comune con il maggior numero di abitanti è quello di Triggiano (27.405), mentre quello più piccolo, con 5.288 abitanti, è Cellamare; gli altri tre Comuni hanno una popolazione quasi equivalente (Capurso 15.088, Adelfia 17.070, Valenzano 18.458).

Anche se formalmente già nel luglio del 2004, attraverso la sottoscrizione del Protocollo di Intesa da parte dei Sindaci dei Comuni dell'Ambito, si costituiva il Coordinamento Istituzionale e veniva istituito il Gruppo tecnico di lavoro, futuro Ufficio di Piano, il percorso verso l'associazionismo comunale così come la stessa elaborazione del primo Piano di Zona è avvenuta, inizialmente, scontando alcune difficoltà imputabili soprattutto alla scarsa esperienza dei Comuni di lavorare in modo sinergico ed associato.

La programmazione sociale dell'ambito territoriale è fortemente condizionata dalla programmazione regionale che definisce le aree prioritarie di intervento, le percentuali di allocazione delle risorse economiche a valere sul FNPS⁵⁷, gli obiettivi prioritari (domiciliarità e inclusione sociale), i servizi da considerarsi prioritari ed essenziali, la quota di cofinanziamento minimo per comune. Inoltre, il Regolamento Regionale di attuazione della Legge regionale 19/2006 sul sistema dei servizi stabilisce i criteri per le modalità operative (autorizzazioni e accreditamenti, affidamento dei servizi, accesso ai servizi da parte dell'utenza e criteri per l'esenzione o la compartecipazione alle spese, requisiti per il funzionamento di servizi e strutture, caratteristiche dei servizi e del personale, indicazioni per l'integrazione sociosanitaria, etc). La programmazione e la progettazione di Ambito riguardano, quindi, le seguenti aree di intervento: Responsabilità familiari, Minori, Anziani, Disabilità, Dipendenze, Salute Mentale, Contrasto alla povertà e inclusione sociale, contrasto all'abuso e maltrattamento in danno dei minori, azioni di sistema e funzionamento ufficio di Piano. Naturalmente la programmazione di ambito tiene conto del sistema dei servizi offerti a livello dei singoli comuni.

Si è registrato un coinvolgimento maggiore, rispetto alla fase della programmazione concertata, delle organizzazioni nonprofit e del Distretto Sanitario durante la fase della progettazione di dettaglio per la stesura della seconda parte del PdZ. Il Distretto Sanitario interviene, in modo particolare, per la selezione delle modalità operative riguardanti i servizi ad integrazione sociosanitaria e quelli che prevedono quote di compartecipazione

⁵⁷ Il PRPS (Del.G.R. n. 1104 del 4.agosto 2004) stabilisce le quote minime di risorse del FNPS da dedicare alle aree prioritarie di intervento: Responsabilità familiari 8% - Politiche per i minori. Lotta all'abuso e maltrattamento 22% - Persone anziane 20% - Persone con disabilità 15% - Dipendenze 5% - Salute mentale 5%- Contrasto alla povertà 5% - le disponibilità residue 20% - sono libere da vincolo e possono essere usate per le stesse aree ovvero per altre aree ritenute prioritarie.

Più intensa è stata la collaborazione con i referenti ASL nella fase di avvio dei servizi a forte integrazione socio-sanitaria che ha portato alla predisposizione del Disciplinare di Appalto per l'affidamento a terzi del Servizio di Ambito per il "Trasporto dei cittadini disabili, all'approvazione del regolamento disciplinante l'accesso al servizio ed il relativo regolamento di funzionamento, nonché all'individuazione dei soggetti beneficiari de servizio; alla predisposizione del Capitolato d'oneri e del Disciplinare di appalto per l'affidamento del servizio di Assistenza educativa specialistica scolastica con l'approvazione, di intesa con l'AUSL e le Scuole, del regolamento disciplinante l'accesso al servizio e l'organizzazione e l'approvazione della graduatoria degli eventi diritto al servizio; alla predisposizione ed approvazione del protocollo d'intesa con il DSM/ASL BA per i progetti di sostegno e di inserimento lavorativo e sociale nell'area della salute mentale; alla predisposizione della bozza di regolamento per la PUA e l'UVM; alla predisposizione ed approvazione del protocollo d'intesa disciplinante l'istituzione dell'Ufficio Tutela Minori con relativo assetto organizzativo e funzioni (vengono definite le finalità, le funzioni, la composizione e i compiti delle due équipe multidisciplinari integrate e delle due equipe territoriali che opereranno nell'area del contrasto all'abuso e maltrattamento e dei servi relativi all'affidamento familiare e all'adozione). Tutti i regolamenti e i protocolli di intesa vengono sottoscritti direttamente dal Commissario Straordinario dell'ASL/BA.

Le organizzazioni nonprofit formalmente attive sul territorio sono circa 35. Di queste se ne individuano 12 si operano in modo stabile e permanente nell'ambito dei servizi e degli interventi socio – assistenziali, con le professionalità e le modalità richieste dalla normativa regionale e nazionale, autorizzate dai Comuni ad erogare servizi, interventi e prestazioni sociali e rientranti nel "sistema" integrato locale di interventi e servizi sociali realizzato nel corso del 2007 nell'Ambito territoriale.

Si riscontrano sul territorio inoltre associazioni di famiglie, con una presenza al loro interno esclusivamente di volontari che svolgono le attività in modo gratuito, presso sedi messe a disposizione dai Comuni (in particolare Adelfia) in comodato d'uso gratuito, senza operatori professionali anche se con una lunga esperienza sul campo. Altre associazioni e cooperative sociali che non avevano avuto nel corso del 2007 un rapporto formalizzato (contratto, convenzione, appalto, affidamento diretto) con i servizi sociali dei Comuni, che spesso presentano caratteristiche tipiche di associazioni culturali.

Il gruppo delle 12 organizzazioni che sono state coinvolte nell'attività di ricerca è composto da sette cooperative sociali di tipo A (ovvero che forniscono servizi e interventi sociali), tre Associazioni, un Consorzio di cooperative sociali e una azienda privata.

I servizi e gli interventi sociali realizzati dai Comuni dell'Ambito Territoriale all'interno del territorio si possono classificare in tre gruppi omogenei:

- **i servizi, gli interventi e le prestazioni sociali "in economia"**, cioè gestiti in forma singola e direttamente erogati dagli Assistenti sociali dipendenti comunali sono il servizio sociale professionale e la sua funzione fondamentale di segretariato sociale in tutte le aree di politica sociale (Famiglie e minori, Divesamente abili, persone anziane, dipendenze, disgaio adulti e povertà, immigrati e nomadi, multiutenza, ...), l'acquisto di sussidi didattici per l'autonomia funzionale dei diversamente abili, il servizio di residenza anagrafica per i senza fissa dimora, il servizio civico (nel caso di alcuni Comuni), l'affido anziani, i contributi economici per il sostegno al reddito ai fini dei bisogni primari (tra cui l'affitto di casa), i contributi alle persone anziane per l'acquisto di climatizzatori;
- **i servizi e gli interventi sociali esternalizzati** dai Comuni, quasi tutti in forma singola, riguardano interventi in prevalenza non residenziali (sostegno socio-educativo scolastico per minori anche diversamente abili, home maker per minori, attività ludico-ricreative in forma laboratoriali soprattutto estive, l'assistenza domiciliare socio-assistenziale per disabili e per le persone anziane, il servizio taxi per le persone anziane in particolare, il servizio di telefonia e

telesoccorso, i pasti a domicilio per le persone anziane e in situazione di povertà, o sportello informagiovani), e semiresidenziali (centro socio-educativo diurno);

- **gli inserimenti di minori e anziani in strutture residenziali** con pagamento delle rette da parte dei Comuni. Distinguiamo le comunità educative per minori (interventi indifferibili disposti con ordinanza dal Tribunale per i minorenni) e le strutture residenziali per persone anziane (case di riposo, case protette), nelle quali il pagamento delle rette da parte dei Comuni avviene in tutto o in parte. Sono strutture che risiedono anche fuori dall'Ambito territoriale. Anche l'unica IPAB presente nell'Ambito territoriale (Adelfia) viene utilizzata dai Comuni per inserire alcuni anziani e pagarne le rette in tutto o in parte.

Al di fuori di questi tre gruppi di interventi sociali distinguiamo solo altre due attività: l'organizzazione dei soggiorni climatici estivi per gli anziani organizzati in località esterne all'Ambito e le attività socio-riabilitative di persone diversamente abili in strutture semiresidenziali (centri diurni) partecipate dalla A.Usl.

Infine possiamo distinguere le attività gestite in forma associata: da un lato i contributi economici erogati con risorse regionali su avvisi pubblici su specifiche materie (assegno di cura, contributo per prima dote, contributo per sostegno natalità, contributo per acquisto prima casa), dall'altro alcuni servizi esternalizzati (assistenza specialistica educativa scolastica per persone diversamente abili, trasporto scolastico riabilitativo e sociale per diversamente abili, progetti di sostegno personalizzato per adulti con disabilità mentale e di sostegno psicosociale e di inserimento lavorativo e attività di prevenzione per ex tossicodipendenti).

Nell'ambito del gruppo dei servizi e interventi sociali esternalizzati - programmati dai Comuni, soprattutto in forma singola, ma anche in forma associata - ritroviamo lo spazio di collaborazione più "ampio" tra Comuni e organizzazioni. Una collaborazione che si estrinseca nella forma del rapporto tra Committenza (Comuni e Ambito) e erogatori dei servizi (Organizzazioni). La maggior parte di questi servizi e interventi vengono appaltati (70%) attraverso gare ad evidenza pubblica a cooperative sociali di tipo A. Ci si riferisce a servizi che offrono interventi e prestazioni sociali in particolare a persone diversamente abili (assistenza domiciliare socioassistenziale, assistenza educativa specialistica scolastica, trasporto scolastico, riabilitativo e sociale), a persone anziane (assistenza domiciliare socio-assistenziale, telesoccorso e teleassistenza, servizio taxi, pasti a domicilio) e a minori e nuclei familiari (home maker, centro diurno socio-educativo).

7.3. Il confronto sull'occupazione

Dopo questo riepilogo delle caratteristiche di base dei cinque casi esaminati, possiamo entrare nel merito del lavoro nei servizi sociali confrontando le diverse esperienze.

La Tabella 7.1 riporta le dimensioni occupazionali sia nelle istituzioni pubbliche (Comuni, Provincie, Ambiti territoriali, Aziende Sanitarie, etc.), sia nelle organizzazioni nonprofit (cooperative sociali, etc.) per i cinque casi analizzati. Vengono riportati in genere i dati occupazionali relativi alle istituzioni oggetto di analisi attraverso interviste e questionari; i dati complessivi possono discostarsi da questi. Una discussione puntuale di questi aspetti è fornita nei capitoli relativi ai singoli casi.

Prima di procedere all'analisi dei risultati emersi dai casi studio è opportuno fornire una panoramica sui dati ufficiali relativi all'occupazione che fa riferimento all'ultimo censimento dell'Industria e servizi risalente al 2001. Come evidenziato nel Capitolo 2 relativo alla quantificazione degli occupati nel settore dei servizi sociali a livello nazionale, la statistica ufficiale non fornisce dati specifici al riguardo in quanto l'aspetto che viene indagato a livello censuario è quello relativo all'attività economica prevalente, classificata secondo l'ATECO. Si pone dunque un problema di

identificazione delle unità che svolgono attività di assistenza sociale, ma non in modo prevalente, caso abbastanza frequente nelle organizzazioni nonprofit, e di conseguenza anche di “imputazione” di una quota dei lavoratori dell’unità censita a questo tipo di attività, e allo stesso tempo di sovrastima dell’occupazione in quelle unità che pur svolgendo come attività prevalente quella dell’assistenza sociale sono attive in altri settori.⁵⁸

Tabella 7.1– Occupati nei servizi sociali per tipologia istituzionale nei 5 casi studio (valori assoluti)

TIPOLOGIA ISTITUZIONALE	CASO STUDIO					Ambito territoriale di Triggiano (BA) PUGL
	Pesaro-Urbino PU	Venezia Mestre VE	Roma RM	Municipio I	Piano Locale Unitario dei Servizi 21 (CA) SAR	
Pubblico	180	222	42		90	27
Nonprofit	690	418	270		477	99
TOTALE	870	640	312		567 ⁵⁹	126

Tabella 7.2 – Occupati* e unità locali nel settore dell’assistenza sociale (nella classificazione ATECO 853) per tipologia istituzionale nei 5 casi studio. Anno 2001 (valori assoluti)**

CASO STUDIO	PUBBLICO			NONPROFIT			TOTALE		
	Unità locali	Occupati*	Occupati/unità locale	Unità locali	Occupati*	Occupati/unità locale	Unità locali	Occupati*	Occupati/unità locale
PU	34	684	20	102	607	6	136	1291	9
VE	26	895	34	179	2445	14	205	3340	16
RM	26	732	28	261	1053	4	287	1785	6
SAR	2	12	6	35	135	4	37	147	4
PUGL	1	8	8	10	26	3	11	34	3

Fonte: ns elaborazioni su dati ISTAT, Censimento dell’Industria e dei Servizi

* include dipendenti, interinali e collaboratori

**nella classificazione ATECO 853 - ASSISTENZA SOCIALE

Tabella 7.3 – Lavoratori dipendenti (esclusi interinali e collaboratori) nel settore dell’assistenza sociale per genere. Anno 2001 (valori %)

CASO STUDIO	PUBBLICO		NONPROFIT		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F
PU	25	75	24	76	25	75
VE	65	35	23	77	35	65
RM	58	42	36	64	45	55
SAR	25	75	33	67	33	67
PUGL	25	75	64	36	53	47

Fonte: ns elaborazioni su dati ISTAT, Censimento dell’Industria e dei Servizi

⁵⁸ Per un approfondimento di questi aspetti si rimanda al cap.2

⁵⁹ Il dato va letto tenendo conto del fatto che, soprattutto nelle organizzazioni private, il monte ore dei lavoratori è caratterizzato da estrema variabilità: si passa dalle 5 ore settimanali, nel caso di lavoratori atipici impegnati in servizi educativi ad alta personalizzazione delle prestazioni, alle 30 ore per operatori impiegati su più servizi o su più casi nell’ambito del medesimo servizio

Tabella 7.4 - Occupati nel settore dell'assistenza sociale per tipologia contrattuale. Anno 2001 (valori %)

CASO STUDIO	PUBBLICO		NONPROFIT		TOTALE	
	Dipendenti	Atipici*	Dipendenti	Atipici*	Dipendenti	Atipici*
PU	96	4	93	7	94	6
VE	97	3	94	6	95	5
RM	92	8	82	18	86	14
SAR	100	0	91	9	92	8
PUGL	100	0	85	15	88	12

Fonte: ns elaborazioni su dati ISTAT, Censimento dell'Industria e dei Servizi

* include interinali e collaboratori

Tabella 7.5 – La spesa sociale nei 5 casi studio. Anno 2005 (valori assoluti e spesa pro-capite)

AREA DI INTERVENTO PREVALENTE	TOTALE SPESA (interventi, strutture e trasferimenti)				
	PU	VE*	RM**	SAR	PUGL
Famiglia e Minori	7.469.386	20.074.769	209.425.866	2.770.305	1.329.708
Disabili	4.988.657	11.674.838	80.890.698	2.265.994	206.096
Dipendenze	200.002	578.119	4.398.781	39.002	0
Anziani	4.421.455	23.124.170	57.417.782	981.410	531.343
Immigrati e nomadi	939.692	2.614.332	19.079.560	29.718	0
Povertà - disagio adulti e senza fissa dimora	903.326	6.621.001	47.872.787	856.379	187.674
Multiutenza	2.976.280	191.648	7.201.687	267.772	720.343
Altre tipologie di utenza (politiche giovanili)					13.673
Altre tipologie di utenza (co-finanziamento PDZ)					237.143
TOTALE	21.898.798	64.878.877	426.287.161	7.210.580	3.225.980
Spesa media pro-capite	127	240	151	76	39
Popolazione	172.240	269.780	2.817.293	94.571	83.309

Fonte: ns elaborazioni su dati ISTAT a livello comunale

* Gli ammontari indicati includono oltre a quelli del Comune di Venezia anche quanto speso dalla ULSS n.12 con la quale il Comune gestisce una parte dei servizi sociali

** dato riferito al Comune di Roma e non al Municipio I

Tabella 7.6 – Confronto fra occupati* rilevati (ns. indagine 2007) e censiti (ISTAT 2001) nei 5 casi studio (valori assoluti)

CASO STUDIO	PUBBLICO		NONPROFIT		TOTALE	
	OCCUPATI rilevati	OCCUPATI censiti	OCCUPATI rilevati	OCCUPATI censiti	OCCUPATI rilevati	OCCUPATI censiti
PU	180	684	690	607	870	1291
VE	222	895	418	2445	640	3340
RM	42	732	270	1053	312	1785
SAR	90	12	477	135	567	147
PUGL	27	8	99	26	126	34

*include dipendenti, interinali e collaboratori

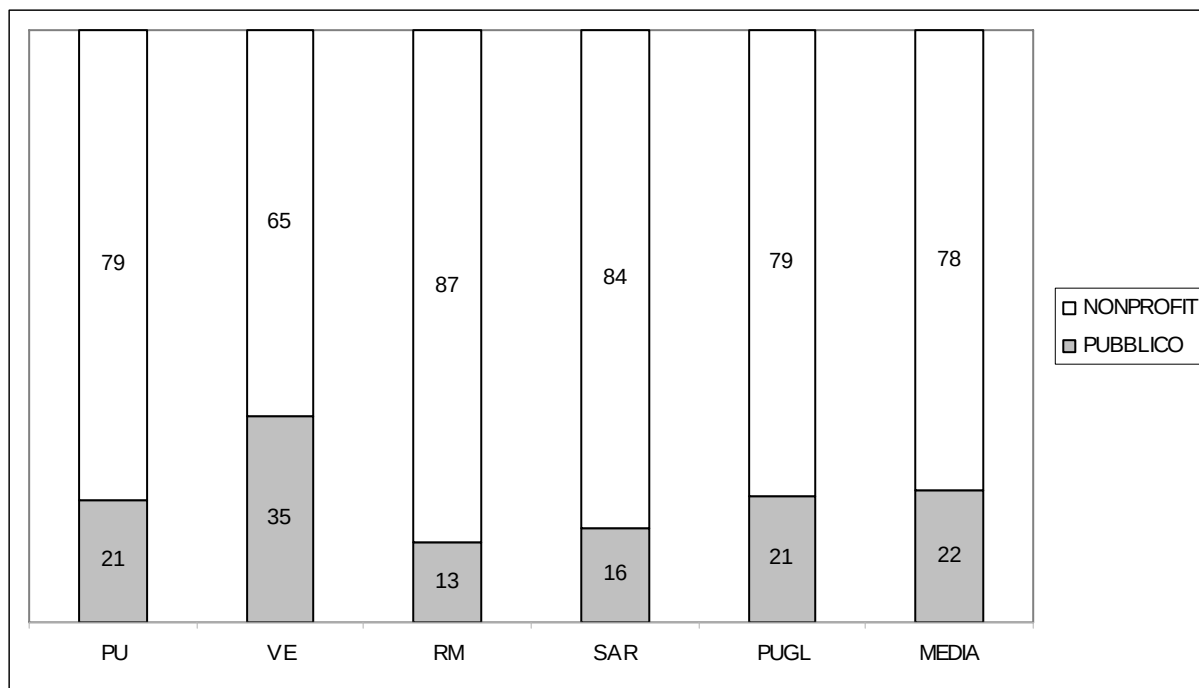
Le indagini sui casi studio hanno documentato una realtà occupazionale di qualche rilievo, che va dagli 870 lavoratori di Pesaro e Urbino ai 126 del caso di Triggiano in Puglia. Un tentativo preliminare di confronto tra gli occupati rilevati dalla nostra indagine e i dati di fonte censuaria è presentato nella Tabella 7.6. Le discrepanze esistenti sono legate da un lato l'inadeguatezza già ricordata delle definizioni dei servizi sociali all'interno delle classificazioni statistiche adottate dal censimento, dall'altro lato all'imputazione nel censimento di tutta l'occupazione nel comune sede di un'organizzazione o di un ente, mentre la nostra rilevazione ha mirato a ricostruire gli occupati

impegnati a fornire servizi specifici a un particolare territorio; tale problema è naturalmente più rilevante per i casi di Roma e Venezia.

La composizione di tali occupati tra le istituzioni pubbliche e quelle nonprofit è presentata nella Figura 7.1. In media, gli occupati nei servizi sociali si concentrano per tre quarti nel nonprofit e per un quarto nelle istituzioni pubbliche. Solo a Venezia il rilievo dell'occupazione nel pubblico è superiore alla media, mentre a Roma e in Sardegna siamo a meno di un sesto. Già da questo primo dato vediamo come le strategie dei pubblici poteri nel campo dei servizi sociali si siano differenziate notevolmente, con modelli che mantengono una presenza pubblica (Venezia), modelli che affidano tutto il possibile alle cooperative sociali (Roma e Sardegna) e situazioni intermedie come quelle di Pesaro Urbino e Triggiano.

In termini complessivi, questi risultati accentuano il peso relativo del nonprofit già individuato dall'analisi a livello nazionale del capitolo 2. Le ragioni per l'ulteriore aumento del rilievo del nonprofit sono soprattutto due. In primo luogo, i dati per i casi studio sono rilevati per il 2007, mentre i dati utilizzati nel capitolo 2 fanno riferimento a indagini nazionali precedenti; negli ultimi anni il blocco delle assunzioni nel settore pubblico e l'ulteriore ricorso all'esternalizzazione dei servizi ha spinto in alto la quota di occupazione nel nonprofit. In secondo luogo, l'analisi a livello locale, come quella qui realizzata, non considera gli occupati pubblici di Regioni, Amministrazione centrale dello Stato e altri enti con ambiti di riferimento superiori a quello locale. Si può concludere che per l'insieme dei servizi sociali nazionali, la composizione tra occupati nel pubblico e nel nonprofit si situa a metà strada tra la stima del capitolo 2 e quella qui riportata.

Figura 7.1– Occupati per tipologia istituzionale (valori %)



La Figura 7.2 mostra la composizione degli occupati in base al genere; le donne rappresentano tre quarti dei lavoratori nei servizi sociali. I due grafici successivi mostrano gli stessi dati per il pubblico (dove la quota di uomini è di poco superiore) e nel nonprofit, dove le donne sfiorano l'80%. La presenza di uomini è più elevata della media solo a Venezia e (per il nonprofit) a Roma. I dati del capitolo 2 segnalavano una quota di donne superiore a due terzi del totale degli addetti

stimati nei servizi sociali; i fattori sopra segnalati possono contribuire a spiegare la differenza tra i dati.

Figura 7.2 – Occupati per genere (valori %)

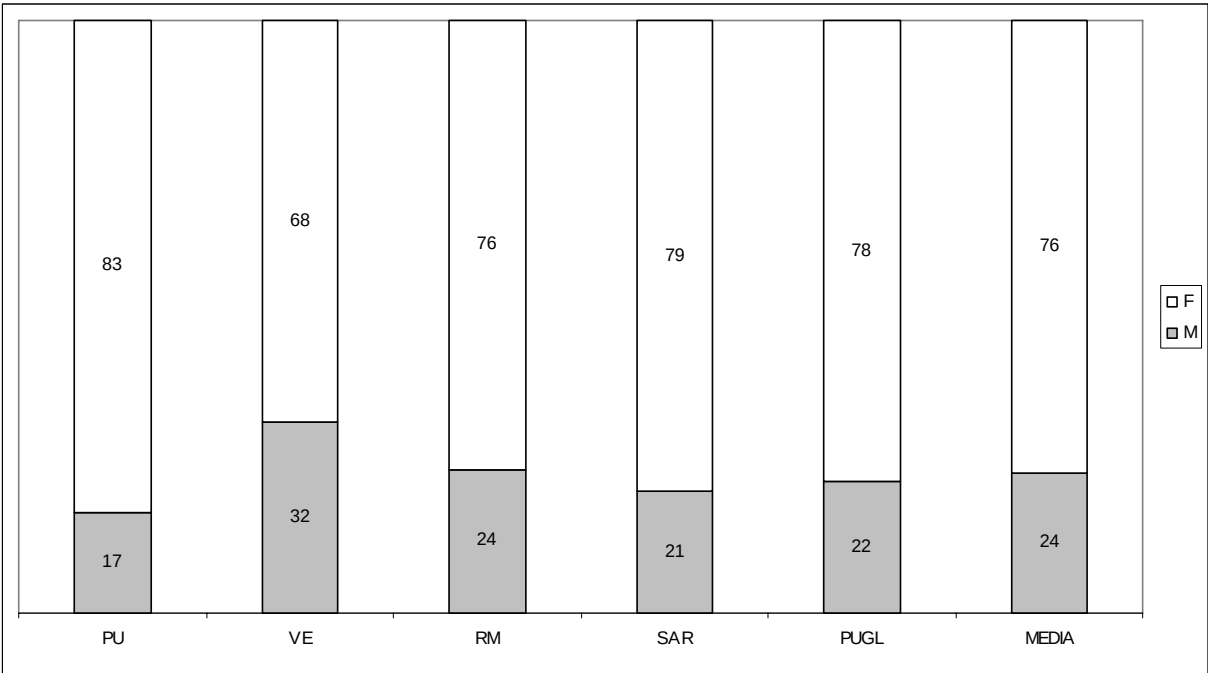


Figura 7.3 – Occupati nelle istituzioni pubbliche per genere (valori %)

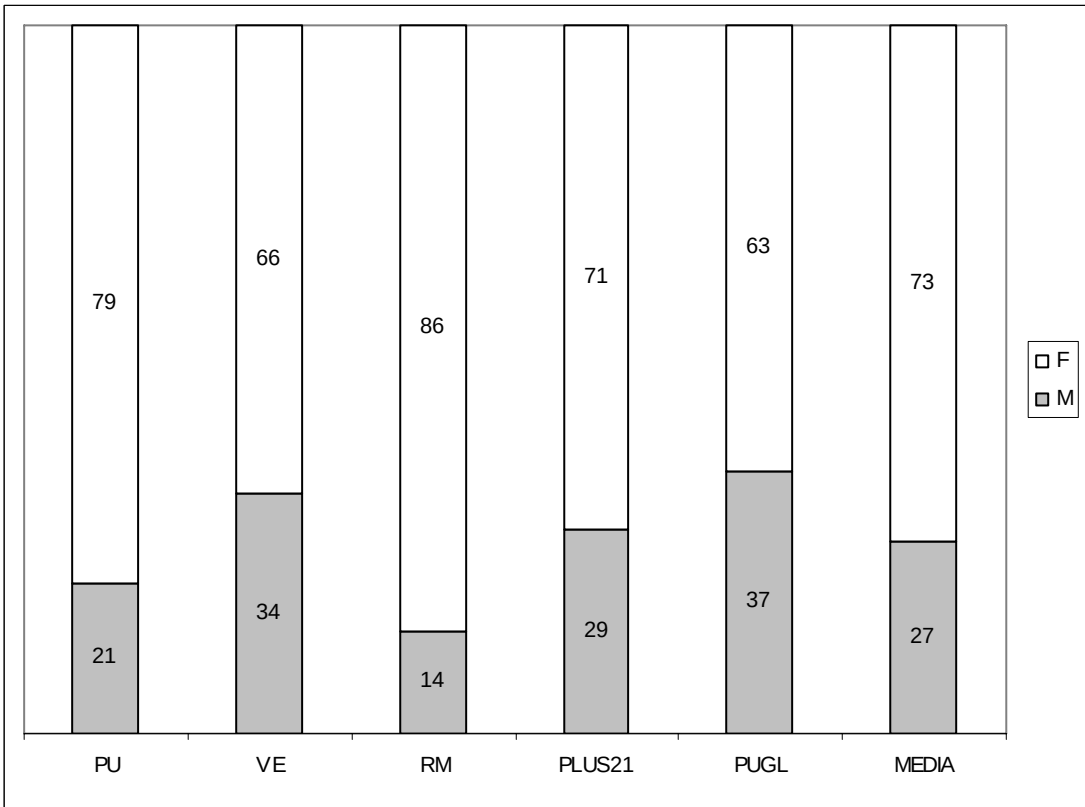
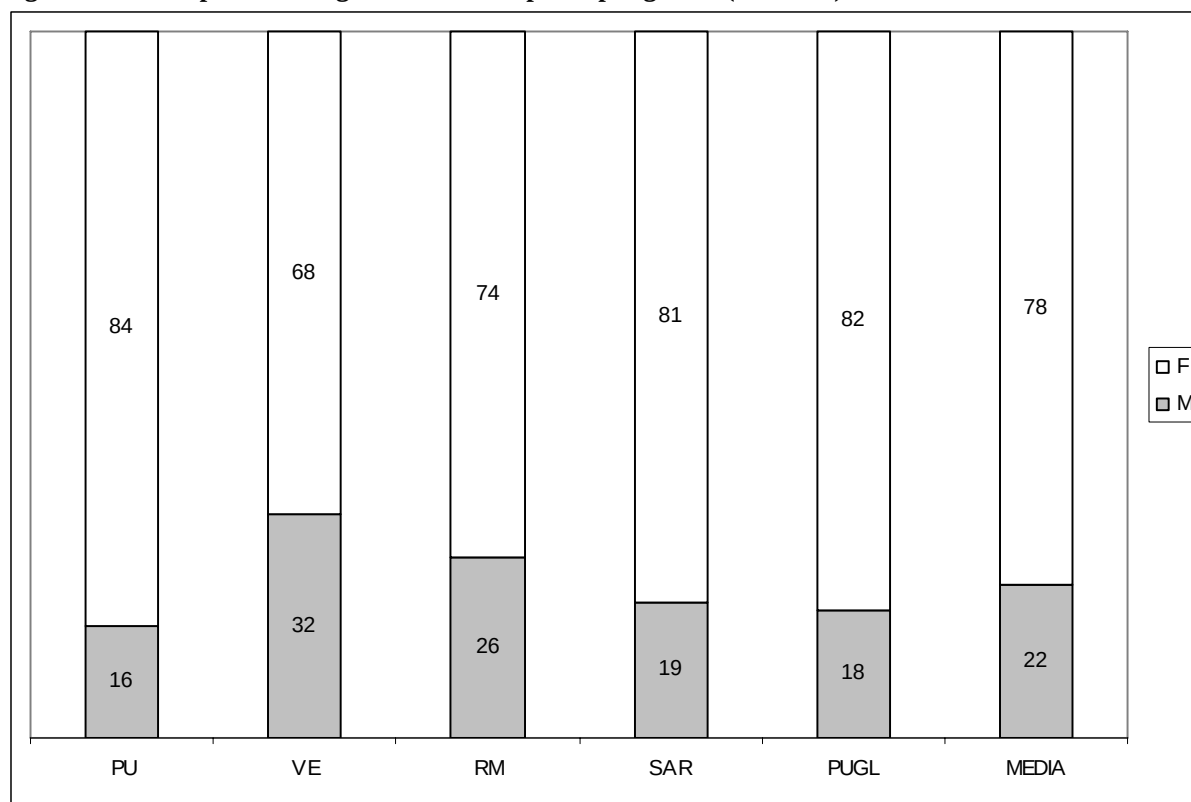


Figura 7.4 - Occupati nelle organizzazioni nonprofit per genere (valori %)



Le Figure da 7.5 a 7.7 mostrano la struttura dell'occupazione in base alla tipologia contrattuale, evidenziando la presenza di contratti di lavoro atipici. Il dato medio è che tre quarti degli addetti sono lavoratori dipendenti, ma esistono forti differenze. A Pesaro Urbino e Venezia la quota dei dipendenti è molto elevata, anche nel nonprofit: non pare così che l'esternalizzazione dei servizi abbia condotto al proliferare di contratti di lavoro atipici nelle cooperative sociali. Viceversa, a Venezia una quota elevata di atipici si trova nel pubblico. Roma è la città con il peso maggiore di lavoro atipico (metà degli occupati), con una bassa presenza nel pubblico (ma ricordiamo che qui gli addetti sono poche decine, essenzialmente funzionari dipendenti) e valori elevatissimi nel nonprofit. In Sardegna la quota di lavoratori atipici è elevata sia nel pubblico che nel nonprofit, mentre in Puglia i contratti di lavoro precari colpiscono soprattutto il nonprofit.

Questi risultati mostrano che, di fronte a problemi analoghi di carenza di risorse e alla comune opportunità di assumere persone con contratti a tempo determinato, i pubblici poteri dei cinque casi analizzati hanno risposto con politiche occupazionali radicalmente diverse: un mantenimento dell'occupazione dipendente a tempo indeterminato a Pesaro Urbino, Roma e Puglia e un vasto ricorso al precariato negli altri casi. Ma anche le cooperative sociali hanno usato i contratti atipici in modo differenziato: quasi per nulla a Pesaro Urbino e Venezia e in modo massiccio nel Centro-Sud. Le differenze nella solidità delle cooperative sociali, nel mercato del lavoro e nella presenza del sindacato possono contribuire a spiegare tali rilevanti differenze.

Figura 7.5 – Occupati per tipologia contrattuale (valori %)

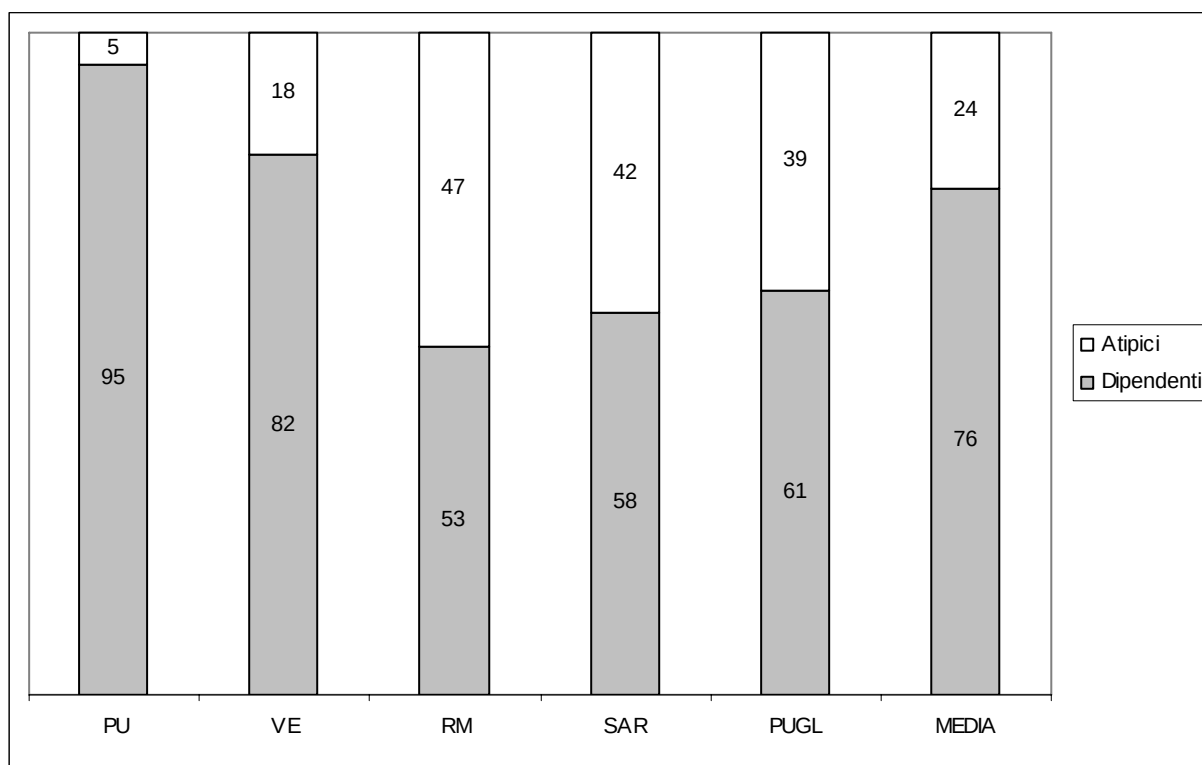


Figura 7.6 - Occupati nelle istituzioni pubbliche per tipologia contrattuale (valori %)

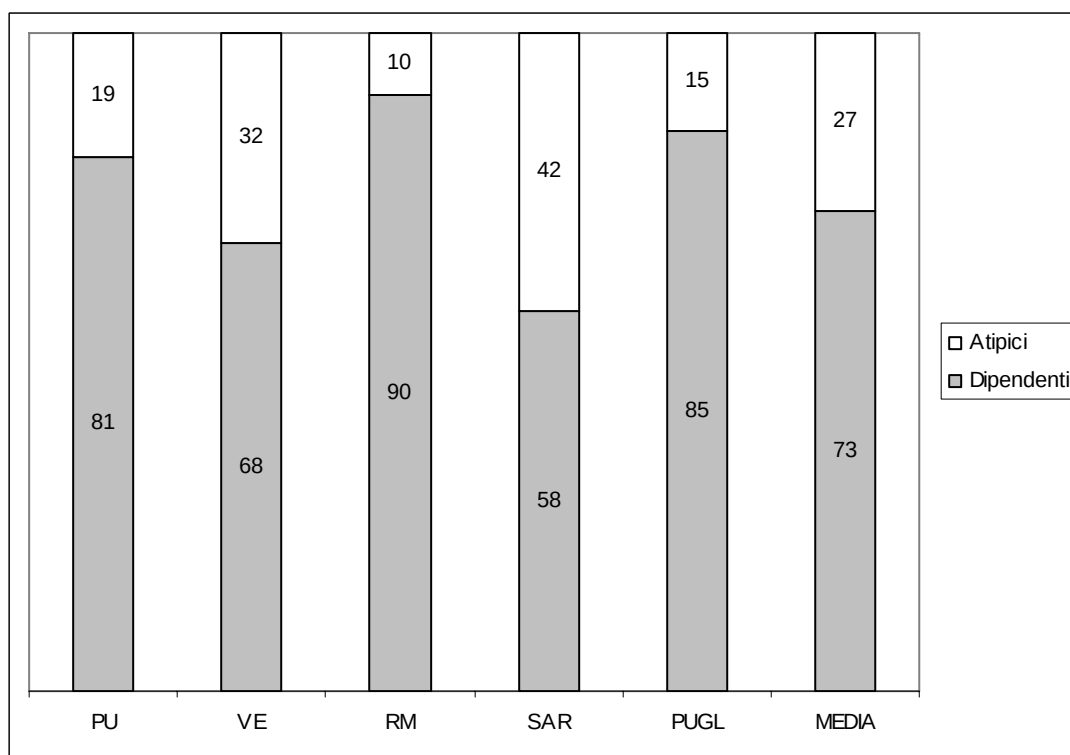
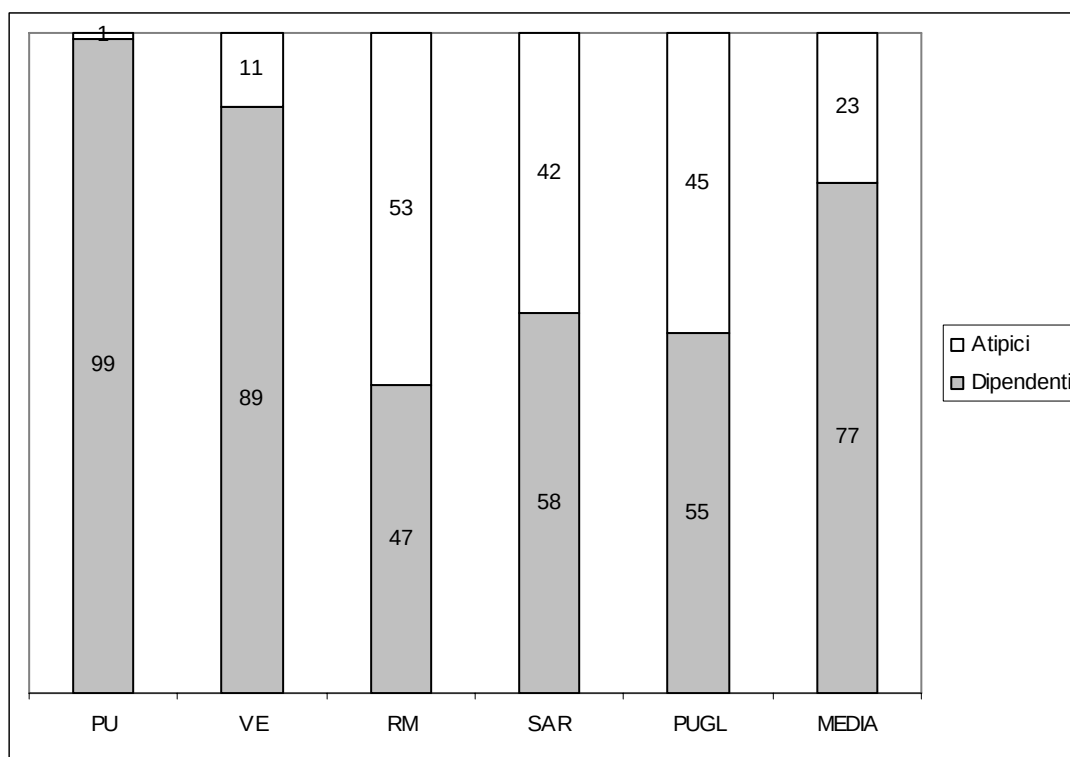


Figura 7.7 - Occupati nelle organizzazioni nonprofit per tipologia contrattuale (valori %)



L'occupazione nei servizi sociali non comprende tuttavia soltanto lavoratori a tempo pieno. Le Figure 7.8-7.10 mostrano la presenza di addetti a tempo pieno e a tempo parziale, che integra in modo significativo il quadro offerto dai dati precedenti. Nell'insieme, il part time riguarda metà degli occupati totali, un dato elevatissimo, specie a confronto con altri settori d'impiego.

Pesaro Urbino, Sardegna e Puglia sono i casi con il maggior peso del part time, oltre due terzi degli addetti. Nel pubblico le differenze sono limitate (tranne nel caso del Municipio I di Roma, dove tutti i dipendenti pubblici sono a tempo pieno), mentre nel nonprofit oltre tre quarti dei lavoratori di Pesaro Urbino, Sardegna e Puglia sono part time, contro solo un quarto a Roma e Venezia. Emerge qui una differenza nelle strategie occupazionali delle stesse cooperative sociali, con casi opposti di grande ricorso al part time, o di mantenimento di un'occupazione a tempo pieno.

A Pesaro Urbino troviamo un peso notevole del lavoro dipendente part time; qui la flessibilità nell'erogazione del lavoro da parte delle cooperative sociali è stata trovata attraverso il tempo parziale, all'interno di assunzioni a tempo indeterminato. A Venezia e Roma la flessibilità ha preso invece la strada di contratti atipici, ma in genere a tempo pieno. In Sardegna e Puglia troviamo invece combinati i due fattori di precarizzazione del lavoro, con un'alta quota di lavoro atipico e part time.

Queste dinamiche, tuttavia, possono essere influenzate da vari fattori. Dietro all'occupazione part time - com'è noto - ci possono essere ragioni diverse: possono essere le lavoratrici stesse (stiamo parlando di occupati che sono per tre quarti donne) a preferire un impiego part time per poter combinare meglio lavoro e ruoli familiari, quando non ci siano problemi immediati di reddito; nel caso di lavori di assistenza a bassa qualifica, o di attività in condizioni difficili, il part time può essere "scelto" per rendere tollerabili i lavori da svolgere; molto spesso invece le lavoratrici preferirebbero contratti a tempo pieno per ottenere un reddito adeguato, ma la carenza di risorse e la ricerca di maggior flessibilità spinge il pubblico e il nonprofit a offrire contratti part time. Inoltre,

l'utilizzo del part time garantisce non solo la flessibilità del sistema, ma anche un risparmio economico per le cooperative, che possono così applicare contratti nazionali con paga oraria decisamente più bassa di quanto comporterebbe un contratto atipico. Infine l'utilizzo di contratti a tempo indeterminato sembra essere una scelta che consente rapporti di lavoro più duraturi nel tempo, lasciando maggiori margini per investire sui dipendenti, ad esempio nella formazione.

Figura 7.8 – Occupati per tempo di lavoro (valori %)

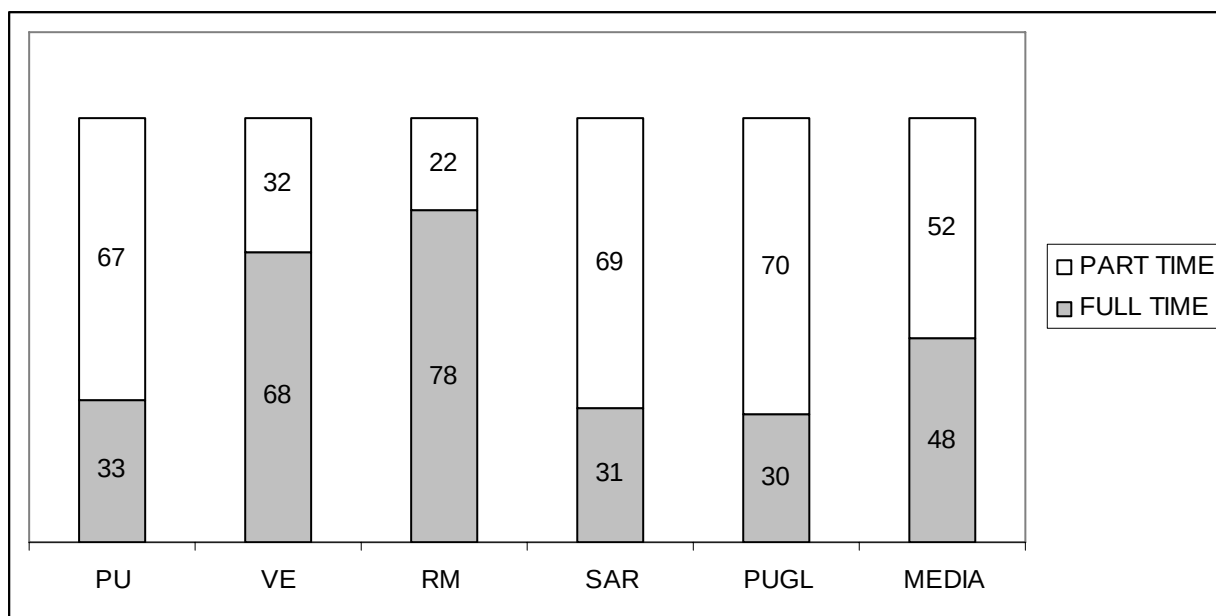


Figura 7.9 – Occupati nelle istituzioni pubbliche per tempo di lavoro (valori %)

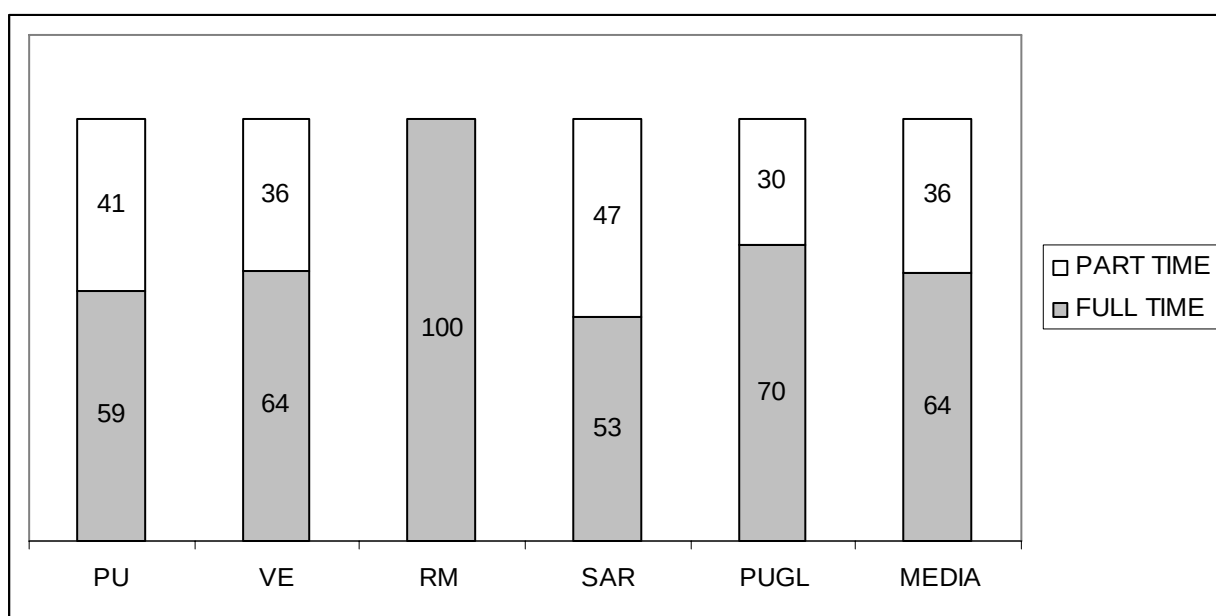
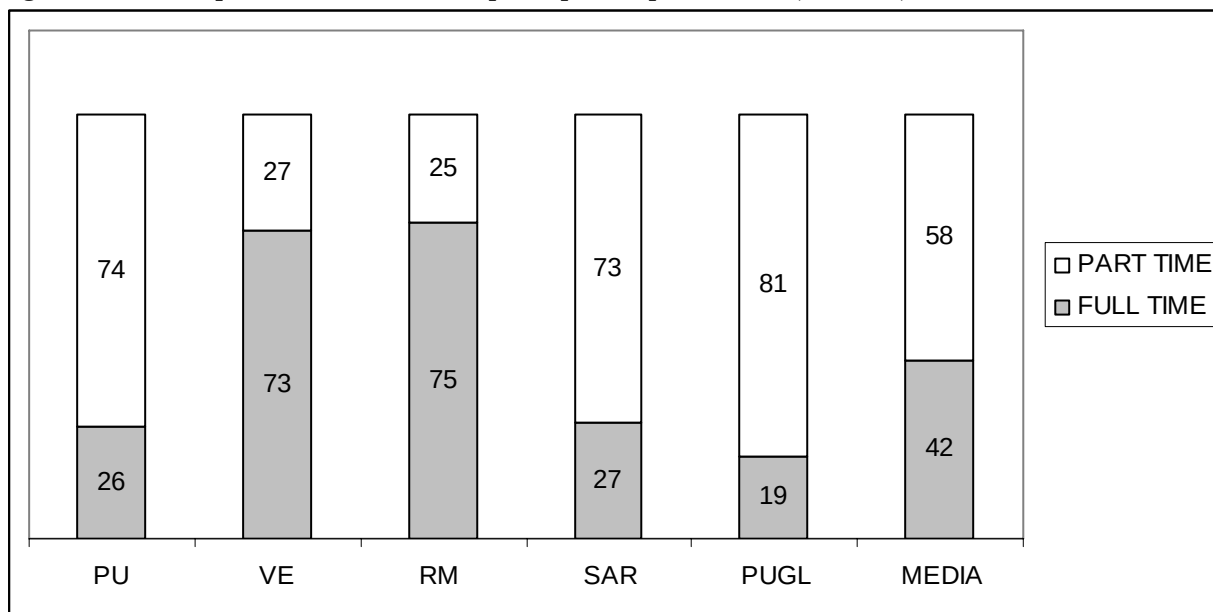


Figura 7.10 – Occupati nelle istituzioni nonprofit per tempo di lavoro (valori %)



Dato il rilievo del part time per il lavoro delle donne, nelle Figure 7.11-7.13 presentiamo gli stessi dati divisi per genere. Praticamente in tutti i casi, la quota di donne è più elevata nelle occupazioni part time che in quelle a tempo pieno, e tale differenza è particolarmente alta nel nonprofit (85% di donne tra gli impieghi part time, 71% di donne tra gli impieghi a tempo pieno). In diversi casi, nel pubblico troviamo invece una quota maggiore di uomini con lavori part time.

Il lavoro nei servizi sociali risulta così per tre quarti un lavoro di donne e per metà un lavoro part time; ma se consideriamo solo le occupazioni part time troviamo che le donne rappresentano l'85% del totale. Una spiegazione di questo dato potrebbe risiedere, oltre che nella maggiore necessità femminile a conciliare i tempi della vita (in famiglia) con quelli del lavoro, anche nel fatto che le donne siano soggetti più deboli sul mondo del lavoro, costrette dunque ad accettare situazioni meno tutelate, che i maschi possono più facilmente rifiutare.

Figura 7.11 – Occupati per tempo di lavoro e genere (valori %)

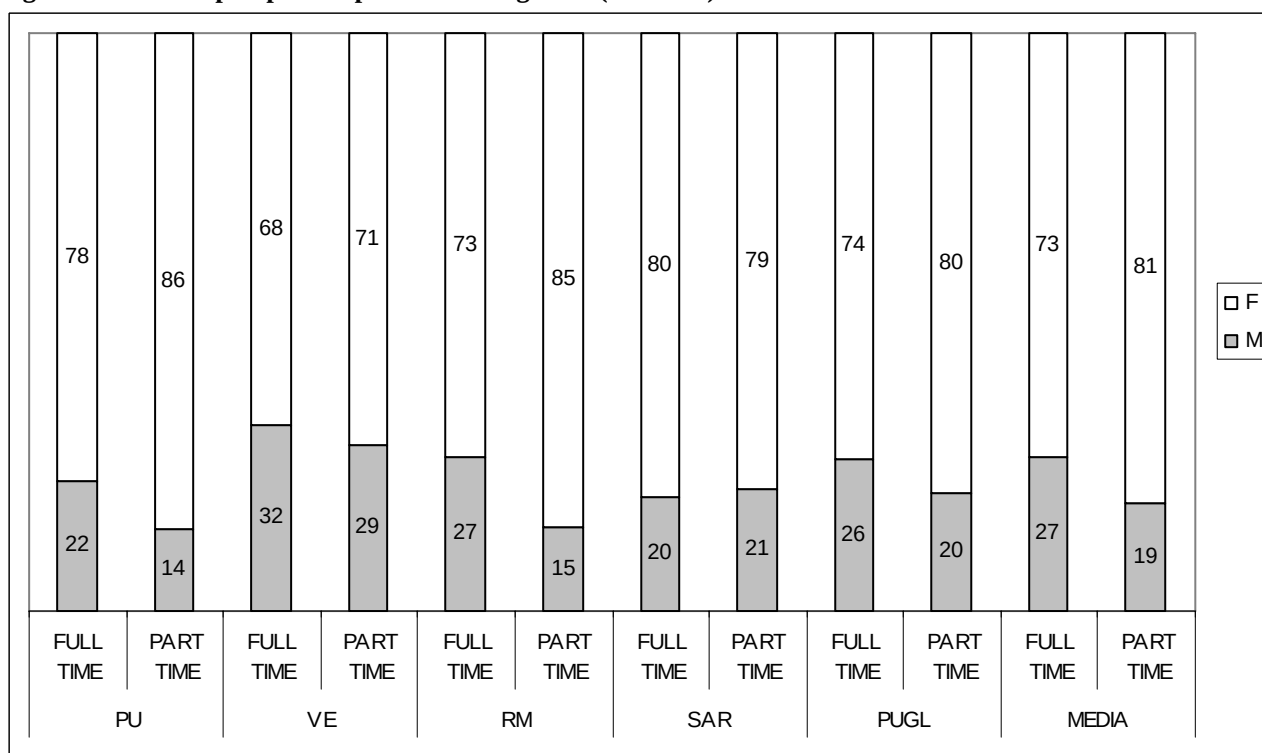


Figura 7.12 - Occupati nelle istituzioni pubbliche per tempo di lavoro e genere (valori %)

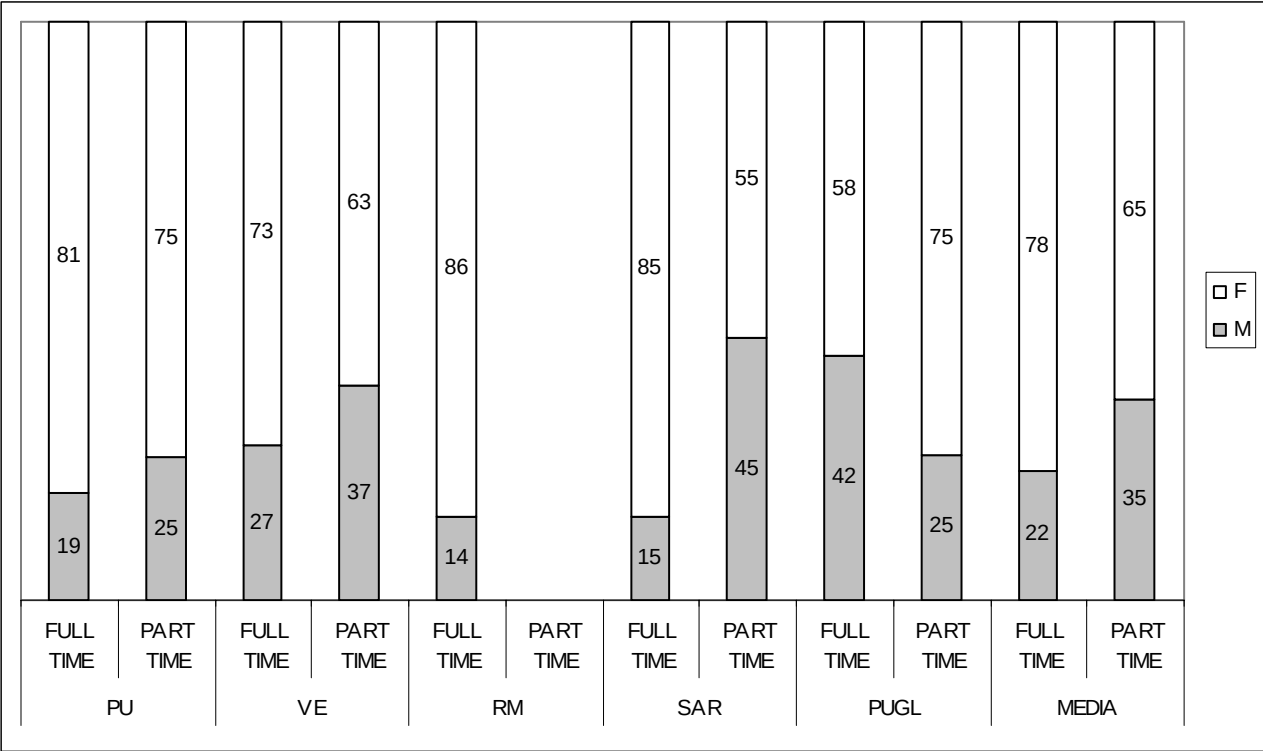
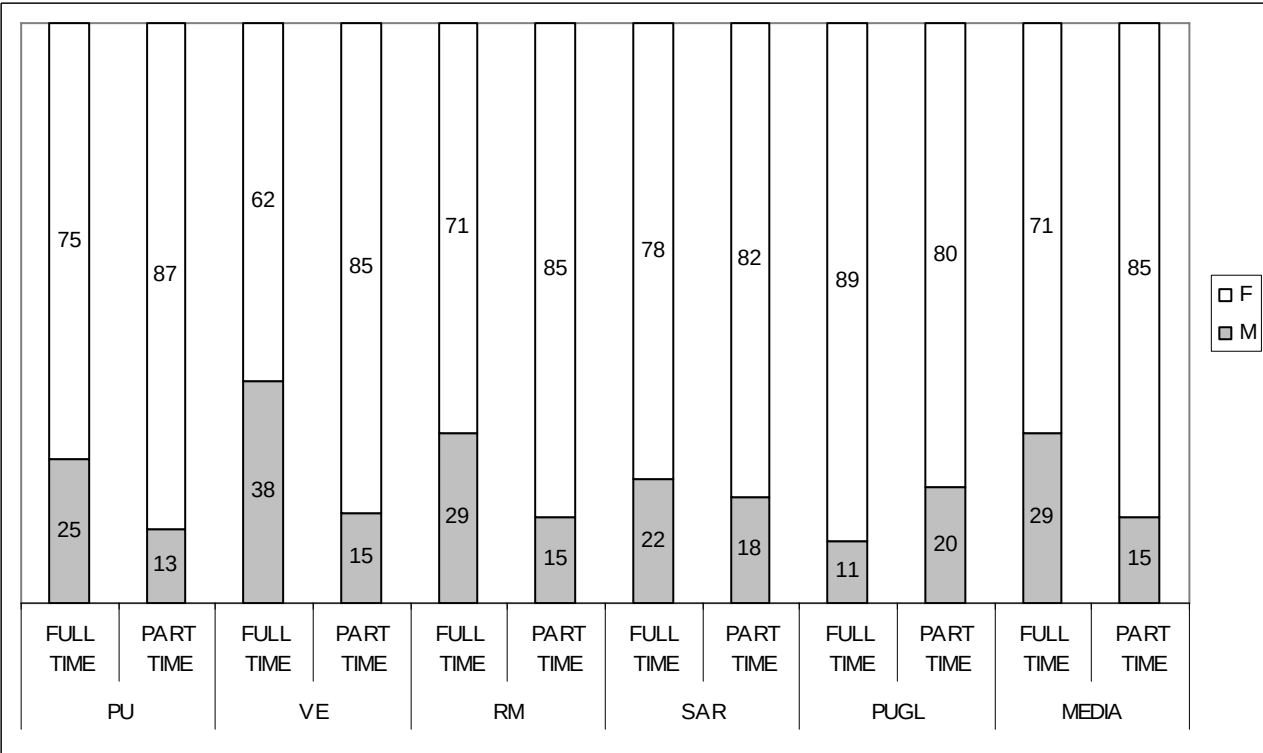


Figura 7.13 - Occupati nelle organizzazioni nonprofit per tempo di lavoro e genere (valori %)



7.4. Il confronto sull'istruzione e le professioni

Se i dati fin qui analizzati evidenziano la fragilità dell'occupazione nei servizi sociali, l'analisi dei dati sui titoli di studio, nelle Figure 7.14-7.16, mostrano un peso importante di alti livelli d'istruzione, per le donne più ancora che per gli uomini. La quota di laureati è più alta nelle grandi città, Roma e Venezia, dove va da metà a due terzi degli addetti, con percentuali superiori tra le donne rispetto agli uomini. In Sardegna la quota dei laureati sfiora la metà, sia per uomini che per donne, mentre in Puglia gli uomini con laurea scendono a un terzo; a Pesaro Urbino, viceversa, la quota delle laureate è la più bassa.

All'estremo opposto dei titoli di studio, le persone con solo la scuola dell'obbligo rappresentano quote intorno al 10% in molti casi considerati, con valori superiori tra le donne in Puglia e a Pesaro Urbino, che riflettono alcune specificità dell'occupazione nei servizi sociali rilevati nei capitoli dedicati ai singoli casi. I lavoratori che hanno effettuato corsi di formazione professionale sono rilevanti solo in Sardegna, mentre i diplomati rappresentano dal 10 al 50% degli addetti.

Considerando gli occupati nel pubblico emerge un livello di istruzione molto elevato, in genere superiore tra le donne rispetto agli uomini, e una presenza minima di addetti con la sola scuola dell'obbligo. Viceversa, nel nonprofit il profilo dell'istruzione è lievemente inferiore a quello complessivo, mantenendo tuttavia alti livelli di laureati e diplomati.

E' evidente da questi dati la divisione del lavoro tra dipendenti pubblici più qualificati, impegnati nelle attività di programmazione, finanziamento e nella fornitura di servizi sociali più qualificati e lavoratori e lavoratrici nel nonprofit che, per quote che vanno da metà a due terzi, hanno titoli di studio al massimo di scuola secondaria e tendono a svolgere compiti di tipo operativo e servizi meno qualificati. Nel confronto tra i casi, a Roma, Venezia e in Sardegna troviamo i livelli di istruzione più alti anche nel nonprofit.

Figura 7.14 – Occupati per titolo di studio e genere (valori %)

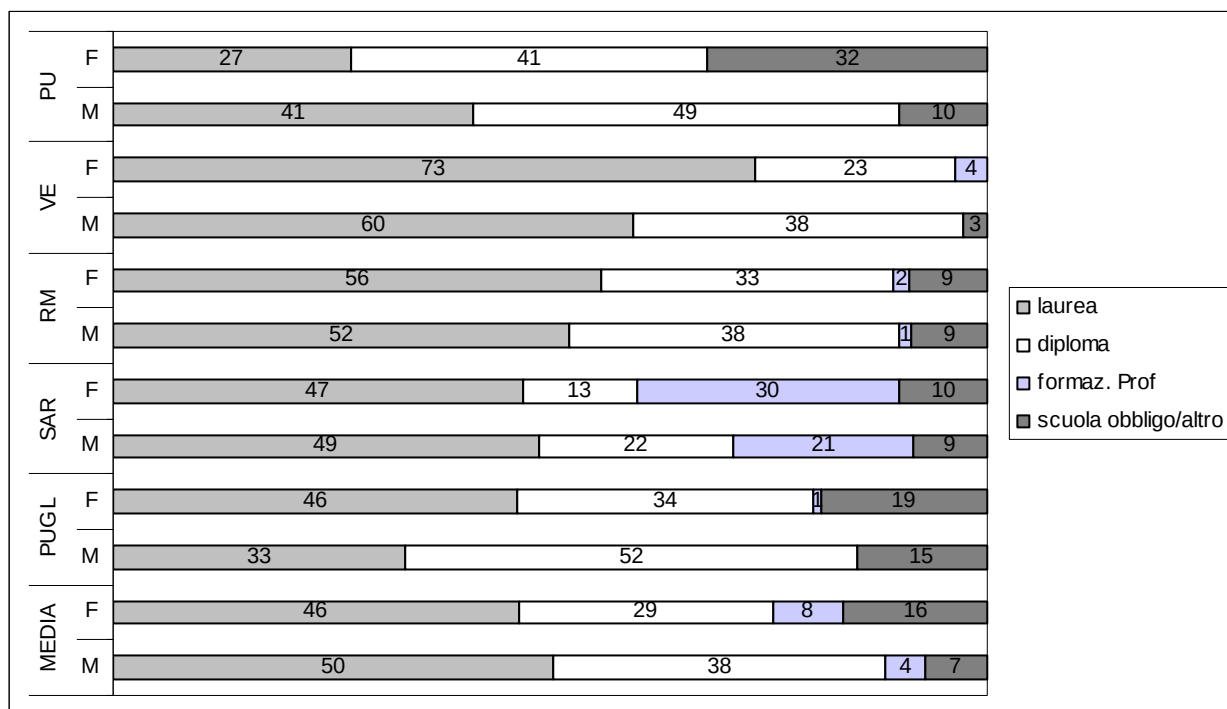


Figura 7.15 – Occupati nelle istituzioni pubbliche per titolo di studio e genere (valori %)

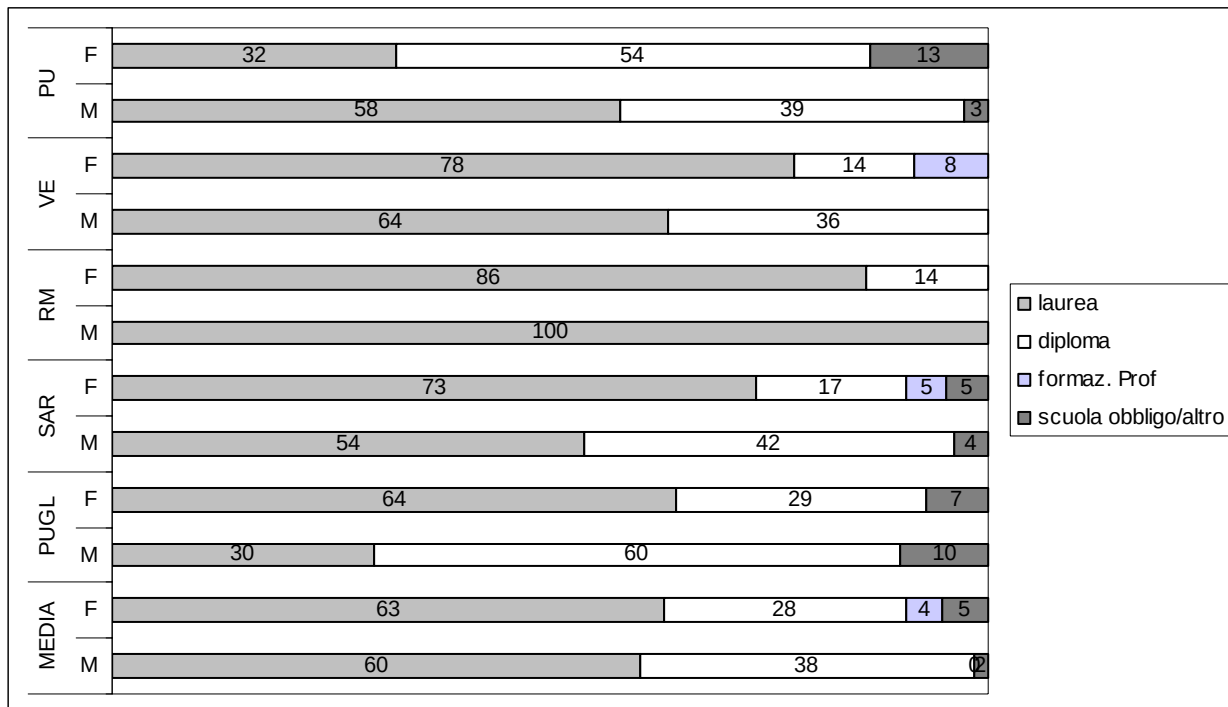
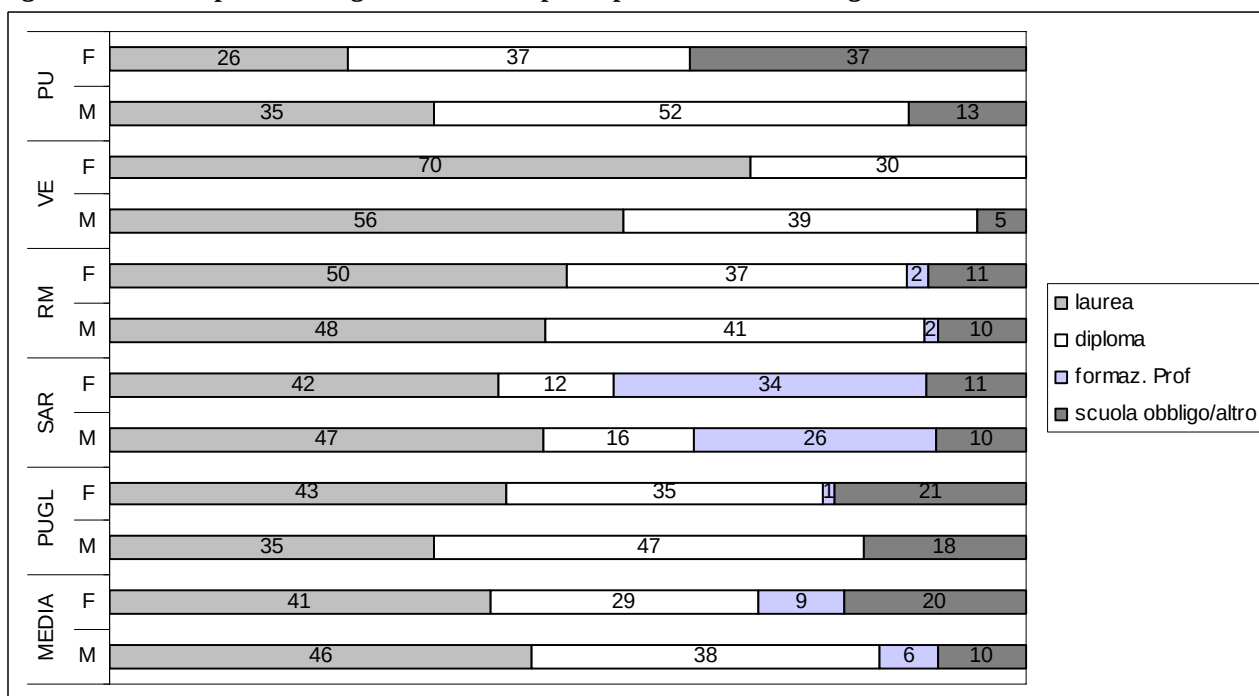


Figura 7.16 – Occupati nelle organizzazioni nonprofit per titolo di studio e genere



Un maggior dettaglio sui profili professionali degli occupati nei servizi sociali è fornito dalle Figure 7.17-7.19. Le interviste e i questionari realizzati dalla nostra ricerca presso le istituzioni pubbliche, le cooperative sociali e le associazioni richiedevano informazioni dettagliate sulle professioni svolte dagli occupati, sulla base della più recente classificazione ufficiale disponibile (Istat-Isfol). Non tutte le organizzazioni coinvolte sono state in grado di fornire dati così dettagliati; tuttavia i dati raccolti consentono di presentare per la prima volta un quadro sufficientemente articolato dei profili professionali esistenti all'interno del mondo dei servizi sociali, sia nel pubblico che nel nonprofit.

La Figura 7.17 riassume in 11 tipologie professionali i risultati ottenuti per i cinque casi analizzati, relativamente al totale degli occupati. Il primo dato che emerge è la forte varietà di profili professionali esistenti, e la diversità tra i casi esaminati.

Alcune professioni consolidate, centrali nella fornitura di servizi sociali, hanno sempre un certo rilievo: gli assistenti sociali e il gruppo degli operatori sociali (operatori sociali/operatori socio-sanitari/educatori); i primi rappresentano in media circa il 10% degli occupati; i secondi hanno quote variabili tra un quinto e un terzo degli occupati (a seconda anche delle definizioni adottate). Emerge poi un peso significativo degli educatori professionali (fino a un quinto degli occupati, meno rilevante a Roma), seguiti dagli assistenti domiciliari (importanti soprattutto a Roma, Sardegna e Puglia).

Le professioni più qualificate, come quelle di sociologi/psicologi/pedagogisti, hanno nel complesso un peso percentuale limitato, e sono presenti soprattutto nel pubblico, dove raggiungono invece quote elevate dell'occupazione soprattutto a Venezia, Pesaro Urbino e in Sardegna. Per ciò che riguarda l'Ambito del PLUS 21 è tuttavia importante evidenziare, una presenza prevalente di tale profilo, soprattutto degli psicologi, presso i servizi socio-sanitari della ASL (Consultori, CSM) e una differente tipologia di contrattualizzazione tra Comuni (nei quali gli operatori inquadrati nel profilo sono nella quasi totalità dei casi atipici o liberi professionisti) e l'Azienda sanitaria (dove invece risultano essere esclusivamente lavoratori dipendenti *full time*).

All'interno dell'occupazione nel settore pubblico, gli assistenti sociali svolgono un ruolo prevalente in tutti i casi considerati, e hanno un peso relativo tanto maggiore quanto più (come a Roma) le funzioni svolte dal pubblico sono ridotte e quanto più limitata è l'occupazione complessiva. Troviamo poi un'elevata quota di altre professioni, che comprendono anche i ruoli amministrativi richiesti per la gestione della spesa e dei servizi. All'interno dell'occupazione nel nonprofit, il quadro si rovescia. Sono pochi i sociologi/psicologi/pedagogisti e gli assistenti sociali e prevalgono gli operatori sociali, gli educatori professionali e gli assistenti domiciliari.

Figura 7.17 – Occupati per profilo professionale (valori %)

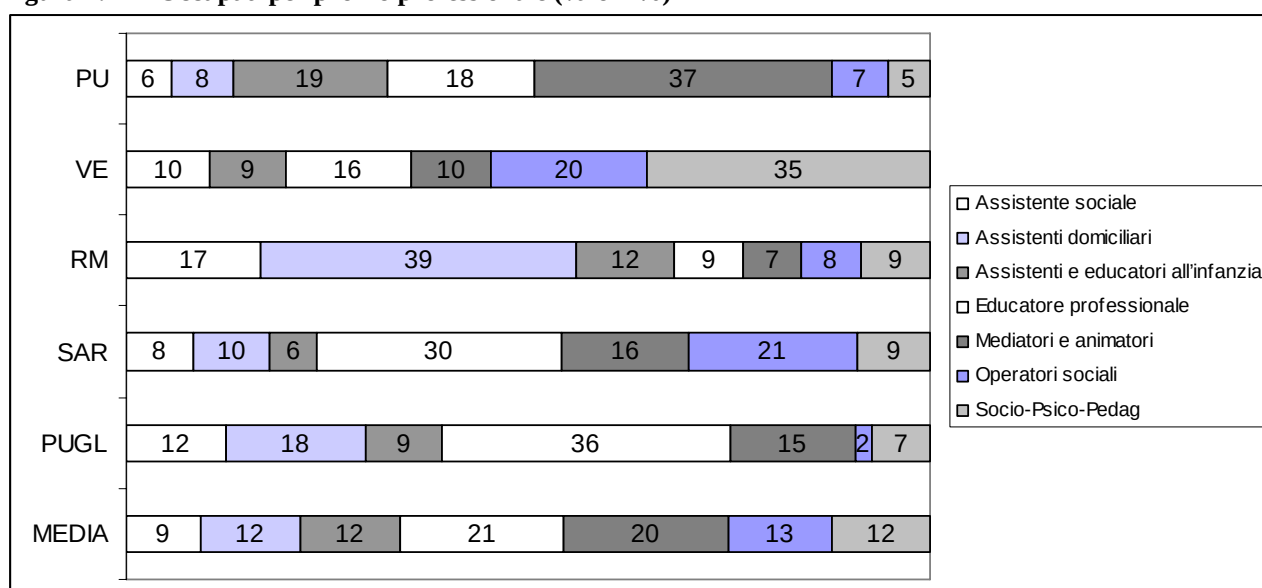


Figura 7.18 – Occupati nelle istituzioni pubbliche per profilo professionale (valori %)

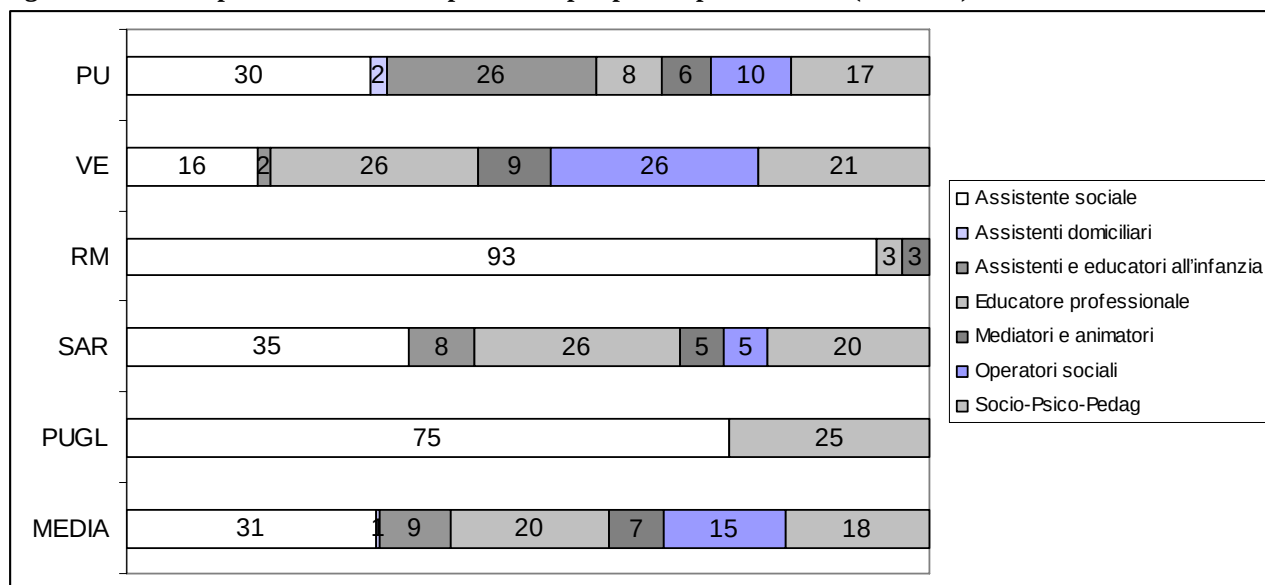
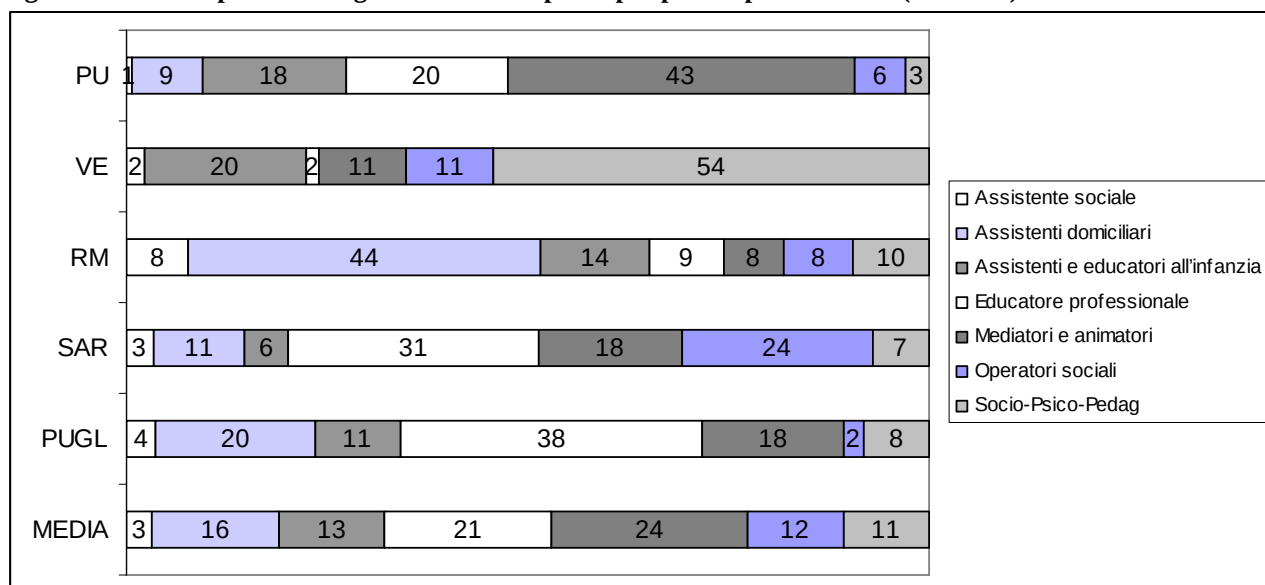


Figura 7.19 – Occupati nelle organizzazioni nonprofit per profilo professionale (valori %)



Da questa analisi emerge l'elevata frammentazione delle professioni sociali. Una frammentazione che è legata a diversi fattori.

1. La definizione stessa delle professioni è notevolmente variabile; questo è il risultato dell'assenza di categorie e norme precise a livello nazionale, delle diverse direzioni in cui sono andate le scelte locali di politica sociale e le modalità di realizzazione dell'esternalizzazione dei servizi pubblici a cooperative sociali (ad esempio con appalti che richiedevano la presenza di particolari professionalità); come abbiamo più volte rilevato, non esistono dati ufficiali che aggregino gli occupati nei servizi sociali e che forniscano una tipologia standard delle professioni esistenti. La

nostra ricerca mostra chiaramente l'esigenza di intervenire su questo vuoto conoscitivo e di arrivare a definizioni standard dei profili professionali nei servizi sociali.

2. I sistemi locali dei servizi sociali si sono sviluppati in direzioni diverse, con diversi rapporti tra pubblico e nonprofit; è emersa una divisione del lavoro sia "verticale" (con funzioni di coordinamento, programmazione, gestione, e attività di servizio "qualificate" presenti soprattutto nel pubblico, e funzioni operative di fornitura di servizi prevalenti nel nonprofit), sia "orizzontale" tra tipologie di servizi (ad esempio, l'assistenza sociale il servizio sociale professionale e il segretariato sociale fortemente presente nel pubblico, l'educazione professionale svolta soprattutto nel nonprofit). Tali confini tuttavia risultano fortemente variabili a seconda dei casi considerati. Attività professionali analoghe possono così essere svolte in condizioni molto diverse a seconda di tali assetti del sistema locale; non solo possono essere svolte nel settore pubblico o esternalizzate alle cooperative sociali e alle associazioni, ma possono essere inserite in programmi di intervento con diverso orientamento (ad esempio più legati al socio-sanitario, o al socio-familiare socio-educativo, o al socio-lavorativo) e presentare esigenze di qualificazione assai diverse tra loro. Tali differenze conducono naturalmente a una forte eterogeneità nelle risorse economiche disponibili e nel trattamento economico del personale; attività professionali analoghe possono essere svolte in condizioni di contratti di lavoro e di remunerazione molto diverse a seconda dei casi considerati. Anche questi problemi segnalano l'esigenza di interventi a livello nazionale che contribuiscano a ridurre tali disparità contrattuali e di trattamento economico.

3. Tale varietà nelle professioni sociali potrebbe avere un risvolto "positivo" nel caso in cui i particolari assetti locali che sono emersi rappresentino una risposta specifica alla domanda di servizi sociali del territorio, sulla base delle nuove esigenze sociali (anziani, immigrazione, nuove povertà), del contesto economico locale (lavoro industriale, agricolo, nei servizi) e delle capacità effettive di offerta locale di servizi sociali, nel pubblico e nel nonprofit. Resta tuttavia da valutare - sulla base di misure puntuali del grado di soddisfazione dei bisogni e di efficienza economica - se tali risposte *ad hoc* rappresentino davvero una risposta più immediata e efficiente alla rapida evoluzione dei bisogni sociali locali.

7.5. Il confronto sui punti critici dei servizi sociali

Le interviste e i questionari raccolti nei cinque casi studio hanno consentito di far esprimere le percezioni degli operatori - sia nel pubblico che nel nonprofit - rispetto ai problemi esistenti e agli aspetti più critici della situazione locale. Tali informazioni sono state raccolte sulla base di domande semistrutturate e le Figure da 7.20 a 7.23 sintetizzano i risultati ottenuti (limitatamente ai casi in cui erano disponibili dati significativi).

I punti critici riguardano nell'ordine: la gestione del personale; i problemi del lavoro e dei redditi; il funzionamento del sistema locale dei servizi sociali; i problemi legati all'utenza dei servizi.

La Figura 7.20 presenta i risultati per i casi di Pesaro Urbino, Roma e Sardegna. Qui alcuni aspetti emergono come punti critici comuni: l'inadeguatezza delle prospettive di carriera e la mancanza di formazione continua del personale sono percepiti come problemi di media o alta criticità sia nel pubblico che nel nonprofit. A Roma e Pesaro Urbino si segnala la scarsità di risorse per il personale; problemi specifici al settore pubblico di Roma riguardano la scarsità di personale a disposizione e la bassa mobilità del personale amministrativo. In Sardegna i problemi percepiti sono più diffusi, e riguardano anche la scarsità di personale e l'inadeguata formazione del personale in entrata. La formazione universitaria distante dal lavoro è percepita come un problema soprattutto dal nonprofit, che a Pesaro Urbino registra pure una forte mobilità in uscita. Se ricordiamo che nel nonprofit

predominano i lavori part time (in alcuni casi anche con contratti atipici), a bassa qualifica, e quindi con basse remunerazioni, è inevitabile che una parte del personale si sposti ad altre attività non appena emergono opportunità di lavoro diverse. Un'area come quella di Pesaro Urbino, con occasioni di lavoro anche nell'industria, tende a registrare prima delle altre i rischi di flussi in uscita del personale. In Sardegna, la mancanza nel mercato del lavoro di valide alternative, è la ragione principale della scarsa rilevanza del fenomeno.

E' significativo invece che *non* siano percepiti come punti critici nè la motivazione del personale, nè la flessibilità del lavoro. Il lavoro nei servizi sociali resta, per molti degli occupati, una professione con una forte dimensione di investimento motivazionale, che sembra resistere anche alle difficoltà delle condizioni di lavoro, contrattuali e di reddito. La diffusa esternalizzazione dei servizi e la frammentazione dei modelli contrattuali infine assicurano tutta la flessibilità necessaria per l'organizzazione dei servizi.

Figura 7.20 - Le criticità relative alla gestione del personale

	PU		VE		RM		SAR		PUGL	
	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT
Scarso livello della formazione del personale in entrata		**			* (legata a requisiti concorsi pubblici)		***	***	***	***
Inadeguatezza delle prospettive di carriera	*** (specie nel sanitario)	**			** (legata ai concorsi pubblici)	***	***	***	*	*
Mancanza di formazione continua del personale	**	**			**		***	*	Alta/Nulla	*
Scarsità del personale a disposizione					***		***	*	***	*
Eccessiva mobilità in uscita		**				* (ma è avvertita come un forte rischio)	*	* (ma è avvertita come un forte rischio)		
Scarsa flessibilità					*** per il personale amministrativo				*	*
Motivazione					* (ma potenzialmente si perde strada facendo)	* (ma si perde strada facendo)			Spalmata equamente sulle tre risposte	*
Formazione universitaria distante dal mondo del lavoro		**				**	***			
Scarsità risorse per il personale	***	***			***					

Legenda: * nulla/bassa ** media * elevata**

Figura 7.21 - Le criticità relative al lavoro

	PU		VE		RM		SAR		PUGL	
	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT
Eccessiva precarietà	*** (non nei Comuni)		***			*** (appalti durata e rinnovo)	*	*** (per la forte dipendenza dall'aggiudicazione, rinnovo e durata di committenze pubbliche)	*	***
Confusione nei percorsi/profili professionali*		**				**				
Precarietà e scarso reddito x alto ricorso al part time		**								
Scarso reddito					***	***				
Problema dei carichi di lavoro					***					
Pagamento straordinari					***					
Scarso riconoscimento del lavoro sociale						*** (anche da parte degli stessi committenti)				
Usura					***					
Retribuzioni inadeguate (in rapporto alla quantità e qualità del lavoro)							***	***		

Legenda: * nulla/bassa ** media * elevata**

La Figura 7.21 presenta i problemi relativi al lavoro e ai redditi, come risultano dalle risposte a interviste e questionari fornite dai responsabili delle istituzioni pubbliche e nonprofit (non necessariamente tali risposte coincidono con quelle che verrebbero da un'indagine sui singoli lavoratori).

L'eccessiva precarietà emerge come un problema significativo nel settore pubblico di Venezia, negli enti pubblici diversi dai Comuni di Pesaro Urbino e nel nonprofit di Roma e Sardegna, legato all'incertezza sulla durata e il rinnovo degli appalti pubblici. Sembrerebbe che l'assetto più consolidato dei rapporti tra pubblico e nonprofit a Pesaro Urbino e Venezia sia riuscito a limitare la percezione di precarietà nel nonprofit di queste aree. In alcuni casi il nonprofit segnala invece un problema di confusione nei percorsi e nei profili professionali.

Problemi di scarso reddito sono segnalati soltanto a Roma (dove il costo della vita è maggiore), sia dal pubblico che dal nonprofit, mentre a Pesaro Urbino emerge il problema di basso reddito legato alla forte presenza di lavoro part time. Nel Distretto del PLUS 21 sia nel pubblico che nel privato si

segnala l'inadeguatezza delle retribuzioni economiche in rapporto al livello di responsabilità, all'investimento emotivo e al carico di lavoro richiesto. Nel settore privato, soprattutto nei casi di gestione di servizi a titolarità pubblica, la situazione è spesso ulteriormente aggravata dai ritardi nell'erogazione delle retribuzioni causati dal mancato rispetto dei tempi di liquidazione da parte degli enti committenti.

Fonti particolari di disagio emergono nel settore pubblico di Roma (carichi di lavoro, usura del personale, straordinari) dove, ricordiamo, operano un numero assai limitato di occupati nei servizi sociali.

Figura 7.22 - Le criticità relative al sistema locale

	PU		VE		RM		SAR		PUBBLICO
	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT	
Scarsità di risorse	**	**	***		***		***		
Eccessivo accentrimento decisionale	**		**		***				***
Precarietà di sistema legata a qualità e brevità degli appalti		**				***		***	
Scarso riconosc. ruolo programm./innovaz.		***	**	**				***	
Inadeguato coinvolg. in programm. e decis.				**				***	***
Difficoltà di integrazione socio-sanitaria	***		**		***		***	***	
Dimensionamento delle risorse professionali condizionato da scarsità risorse finanziarie							***	*	
Professionalità condizionate da risorse finanziarie							***		
Debole identità giuridica dell'Ambito	***						*		
Scarso livello di cogestione dei servizi	***	**							
Elevata burocrazia					***				*
Ritardi nei pagamenti		**		**		**		*** (da parte dei committ)	
Criteri di assegnazione dei bandi al ribasso		**(dai piccoli comuni)		**	**	**			
Ribassi eccessivi negli appalti assegnati con il meccanismo dell'offerta economicamente più vantaggiosa								***	
Scelte programmatiche della Regione non pienamente aderenti alle esigenze locali							**	**	

Legenda: * nulla/bassa ** media * elevata**

La Figura 7.22 esamina i punti critici che i responsabili delle istituzioni pubbliche e nonprofit hanno individuato nel funzionamento complessivo del sistema locale dei servizi sociali. La scarsità di risorse appare come la criticità maggiore, ed è sempre segnalata dai soggetti pubblici. Quanto alle forme di gestione dei servizi sociali, i problemi segnalati dai responsabili pubblici sono il forte accentramento decisionale, le difficoltà dell'integrazione socio-sanitaria, una debole identità giuridica degli Ambiti territoriali sociali, che rispecchia un livello di cogestione dei servizi tra comuni ancora inadeguato. I responsabili di cooperative sociali segnalano invece i problemi degli appalti (assegnati per brevi periodi, con i criteri del massimo ribasso sulla base di ribassi eccessivi che compromettono gli effetti virtuosi del sistema dell'offerta economicamente più vantaggioso, con ritardi nei pagamenti) e, più in generale, criticano lo scarso riconoscimento del ruolo che il nonprofit ormai svolge in termini di programmazione e innovazione nei servizi sociali locali, e lo scarso coinvolgimento nelle decisioni.

La Figura 7.23 riguarda invece l'utenza dei servizi sociali, segnalando in tutti i casi esaminati l'emergere di nuove tipologie di utenti (anziani, immigrati, disagio degli adulti, etc.), che vengono intercettati a fatica dai servizi esistenti, e che richiedono servizi di natura nuova non facili da progettare ed erogare. L'aumento dell'utenza e la difficoltà a raggiungere i potenziali utenti sono segnalati soprattutto da Pesaro Urbino e Roma, dove emerge inoltre il problema di strutturare relazioni durature con gli utenti. La diversità delle situazioni socio-demografiche dei casi analizzati è un fattore importante dietro questi risultati; nel centro di una grande città come Roma si concentrano problemi di maggior intensità e eterogeneità, ma anche in un'area di maggior integrazione sociale come Pesaro Urbino emergono problemi rilevanti sul piano dei rapporti con gli utenti dei servizi sociali.

Figura 7.23 - Le criticità relative all'utenza

	PESARO-URBINO		VENEZIA-MESTRE		ROMA MUNICIPIO I		PLUS 21		PUGLIA	
	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT	PUBBLICO	NONPROFIT
Aumento utenza	**				***	**		*	***	***
Raggiungere utenza potenziale	***				***	*			***	*
Nuove tipologie utenza	**	***	***		***	*	***	*	***	***
Difficoltà a strutturare relazioni durature					**	*			***	*

Legenda: * nulla/bassa ** media *** elevata

7.6 L'analisi dei punti critici nei casi studio

Pesaro Urbino

I protagonisti intervistati hanno una percezione positiva del contesto in cui si trovano a operare, della propria azione al suo interno in relazione agli altri attori. Il livello di welfare realizzato sul territorio, infatti, è giudicato buono, anche se migliorabile, ed emerge con forza la capacità di **“fare sistema”**, di muoversi cioè in maniera coordinata tra le diverse istituzioni per elaborare risposte appropriate alle necessità emergenti, pur con notevoli carenze per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria. I tavoli di coordinamento sono indicati come i luoghi in cui i vari soggetti riescono

a fare rete, ma, oltre a questi momenti istituzionali, troviamo anche una dimensione comunitaria di vicinanza, favorita da dimensioni urbane ridotte, che favorisce la conoscenza diretta, lo scambio di esperienze e la creazione di fiducia tra le diverse istituzioni, nonché tra esse e i cittadini. In un quadro complessivo di scarsità di mezzi, il buon livello di coordinamento interistituzionale genera la convinzione degli attori che l'allocazione delle risorse destinate al sociale sia fatta con criteri di efficienza e attraverso un sistema di gestione razionale.

Quanto al **ruolo del settore nonprofit**, è preponderante sul fronte dell'erogazione di numerosi servizi ma anche nell'esercizio delle fondamentali funzioni di innovazione e programmazione territoriali, dove però solo le cooperative sociali di notevoli dimensioni (del tipo A) hanno le risorse necessarie per partecipare al processo di concertazione, mentre il resto del terzo settore ha poca voce ed è troppo frammentato (specie il volontariato), eccezion fatta per il sindacato presente con forza all'interno dell'Ambito nella definizione dei contratti dei lavoratori, ma anche dei livelli minimi di servizi per i cittadini.

La principale **criticità** del sistema è da tutti gli intervistati indicata essere la **carenza di risorse**, le cui difficoltà si vanno a scaricare soprattutto sul livello comunale, e da qui sia sull'utenza (tagli o inferiore qualità nei servizi), sia sulle organizzazioni (stato di emergenza continua che rende difficile la pianificazione, appalti al massimo ribasso e alta mobilità in uscita del personale per le non profit), sia infine sugli operatori (burn out del personale, carenza di formazione e specializzazione, bassi salari, scarse possibilità di carriera e precarietà). La crisi dei servizi si è riflessa sulla cooperazione sociale riducendo, nel biennio 2003-2005, il numero di occupati nelle Marche di circa 1700 unità, e spingendo le cooperative a fondersi per realizzare economie di scala e per reggere l'urto della competizione extra territoriale.

Per rispondere a tale crisi finanziaria e per cercare di bilanciare gli squilibri esistenti all'interno di ogni ATS, è condivisa la necessità di sperimentare forme di **gestione associata dei servizi** sociali tra i Comuni. In questo senso tra i Comuni del territorio sono stati già compiuti esperimenti su alcuni servizi, ma non hanno prodotto risultati apprezzabili, né in termini di gestione economica, né di cultura politica: il maggiore ostacolo sembra infatti essere l'incapacità dei diversi soggetti istituzionali a rinunciare alla propria autonomia. Tale proposta, non ancora entrata compiutamente in agenda a livello regionale, verrebbe rafforzata dal trasferimento di risorse dalla Regione agli ATS e consentirebbe a questi ultimi, quali livelli sovracomunali, di avere un proprio bilancio da spendere per realizzare servizi comuni. In alternativa, gli Ambiti stanno spingendo verso un fondo di solidarietà intercomunale.

Un'altra dimensione che presenta aspetti di criticità è una ancora incompleta **integrazione socio-sanitaria**, che sarebbe necessario rafforzare, almeno per alcuni servizi strategici, investendoci risorse e potenziandone gli aspetti sociali, superando una prospettiva divisa per competenze, incapace di mettere al centro dell'attenzione la persona nei suoi bisogni complessivi sociali e sanitari. A livello di spesa pubblica questa strategia porterebbe ad un gran risparmio visto che, esercitando un'azione preventiva, contribuirebbe a ridurre la pressione sui servizi sanitari, decisamente più costosi di quelli sociali. Di fronte ai timidi sforzi della Regione resta la difficoltà di tradurre queste istanze politiche nella realtà di istituzioni rigide e chiuse all'innovazione, poco abituate al dialogo con l'esterno.

Rispetto al rapporto tra **formazione** e figure professionali normate, viene segnalata l'importanza che la domanda di professioni sociali incida sull'offerta formativa. Il fabbisogno degli operatori sociali deve essere messo alla base dei percorsi di formazione, di aggiornamento e di riqualificazione. Questo dovrebbe avvenire a livello dei PdZ, con una forte impronta data dalla Regione tramite la definizione di criteri standard per la gestione dei servizi. Al momento nel mercato dei servizi sociali e socio-sanitari permane una certa discrezionalità da parte del gestore del servizio nella scelta dell'operatore da utilizzare, una scelta spesso influenzata più dal costo del lavoro della figura che non dalla reale necessità professionale.

Per concludere, rispetto alla Babele di figure professionali operanti nel sociale: poiché l'insieme di queste professioni condivide alcune competenze comuni, sarebbe opportuno prevedere la possibilità di cambiare specializzazione senza disperdere le competenze già acquisite. Un sistema condiviso (e normato a livello regionale e nazionale) di riconoscimento dei crediti tra i vari sistemi formativi, insieme alla possibilità di riconoscere l'esperienza di lavoro degli operatori, faciliterebbe il passaggio da una professione all'altra.

Venezia Mestre

Insufficienza del numero dei dipendenti del Comune direttamente inseriti nella rete di fornitura dei diversi servizi sociali, mobilità in uscita dei lavoratori assunti con contratti a tempo, scarsa formazione professionale specifica in entrata dei dipendenti comunali, ma anche di quelli delle cooperative sociali, rapido cambiamento della domanda di servizi da parte di una utenza in crescita e in continua evoluzione, scarsa chiarezza nell'inquadramento del personale e nel riconoscimento delle qualifiche professionali, con una esigenza di definizione a livello locale e nazionale dei profili delle nuove figure professionali del sociale; problematica situazione relativa al finanziamento delle cooperative e del nonprofit legati al sistema di convenzioni e appalti: sono queste le principali criticità emerse dallo studio del caso Venezia Mestre. Sullo sfondo resta la questione di fondo della definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Per quanto riguarda l'inquadramento professionale, nelle cooperative risulta ricorrente un inquadramento di persone laureati a livelli e con compiti più bassi rispetto al livello di qualificazione. Troviamo casi di donne e uomini laureati magari in psicologia che svolgono compiti di semplici operatori sociali, in una collocazione analoga a quella di colleghi non laureati. L'analisi realizzata sul caso di Venezia Mestre segnala una serie di valutazioni espresse dai protagonisti delle politiche sociali e della fornitura dei servizi nel Comune.

Una prima esigenza di fondo è la richiesta della determinazione dei Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria come risposta ai bisogni, a partire dai Piani di zona. Si tratta della necessità di avere una chiara definizione dei livelli di assistenza sanitaria, ma anche sociale, che siano poi accompagnati dalle necessarie risorse finanziarie, in modo da rendere concretamente fruibili i diritti che si vogliono garantire. Le proposte in questo campo comprendono la richiesta di attribuzione delle risorse a disposizione della Regione a livello locale, secondo parametri oggettivi, nel rispetto delle specificità demografiche (attenzione alla diverse aree regionali quindi) e dei territori delle Ulss; l'introduzione di misure di valutazione e di controllo della gestione e di parametri di qualità e strumenti per misurare l'appropriatezza degli interventi; l'istituzione di un Fondo per gli investimenti per la ricerca, attrezzature, ammodernamenti strutturali, poli unici; l'accreditamento delle strutture.

Si sottolinea anche la necessità del rafforzamento della politica ultra ventennale di integrazione sociale - sanitaria, che ha consentito risposte concrete ed uniformi anche nelle piccole realtà comunali, procedendo alla corretta ripartizione / attribuzione dei correlati oneri finanziari ai due ambiti interessati; integrazione che rappresenta la condizione operativa per realizzare in concreto la continuità assistenziale.

Per quanto riguarda le opinioni espresse dagli attori del nonprofit – associazioni del volontariato incluse – sono emersi dalla ricerca alcuni orientamenti comuni che sintetizziamo qui nelle loro linee essenziali. Le esigenze e le proposte che emergono dagli intervistati impegnati sul campo riguardano in particolare la necessità di avviare alcune “azioni strategiche”, tra cui:

- la Costituzione di un Tavolo Permanente, luogo di definizione delle relazioni e delle sinergie tra le politiche socio-assistenziali, della formazione e dell'occupazione e dell'integrazione pubblico-privato (nel 2004 si è costituito il Tavolo Veneto per le politiche sociali in collaborazione con Anci Veneto e Unione regionale delle Province del Veneto, con il patrocinio della Regione del Veneto, di cui fanno parte Cnca Veneto, Fondazione Zancan di Padova, Acli Veneto, Anci Veneto,

Coordinamento Veneto Accoglienza, Conferenza dei sindaci Dolo-Mirano, Provincia di Venezia, Comune di Padova e altri enti e associazioni del terzo settore, ma non prevede la partecipazione dell'Ulss);

- l'implementazione delle attività di orientamento ed accompagnamento per le fasce deboli: il potenziamento della formazione in ambiente lavorativo, (esempio: tirocini formativi); il sostegno allo sviluppo delle Cooperative sociali di tipo B come possibilità di inserimento "protetto" dei soggetti socialmente deboli; lo sviluppo del lavoro di rete tra i servizi per una presa in carico multidimensionale e con il nonprofit per promuovere azioni coordinate di lotta all'esclusione sociale.

Si propone anche la definizione del sistema dell'accreditamento delle strutture, con il riconoscimento delle rette per i servizi svolti, come una delle strade per superare il sistema delle gare d'appalto e contemporaneamente la definizione dei criteri di assegnazione dei contributi/appalti attraverso progettazione partecipata.

Roma Municipio I

Nel caso di Roma Municipio I, le problematiche più pressanti sul fronte del pubblico riguardano la cronica mancanza di risorse, che impedisce una vera attività di programmazione e progettazione degli interventi. Sebbene la qualità dei servizi offerti sia valutata complessivamente come elevata, sembra essere opinione diffusa che in futuro il mantenimento di tale livello qualitativo sia seriamente compromesso dalla costante diminuzione delle risorse. Per il pubblico questo comporta seri problemi nella gestione delle risorse umane: la mancanza di personale viene percepita come la massima criticità del sistema. Nel quadro comunale non emerge una forte diffusione del lavoro precario, tuttavia occorre segnalare che la forte incidenza di lavoratori dipendenti è dovuta alle recenti stabilizzazioni del personale interinale. Se da un lato è vero che la fotografia che emerge è quella di un settore pubblico dove la diffusione del precariato è molto bassa, dall'altro bisogna tenere in considerazione il fatto che spesso il personale viene stabilizzato dopo diversi anni.

La scarsità di risorse si traduce in una serie di conseguenze che coinvolgono direttamente tutti gli attori del sistema. Il collegamento fra una realtà lavorativa estremamente precarizzata e le modalità con cui il settore pubblico gestisce gli interventi sociali è uno degli aspetti che emergono con maggiore evidenza fra le organizzazioni nonprofit. Fra le criticità si riscontra l'esistenza di alcuni problemi di coerenza fra le risorse umane e gli obiettivi legati alle richieste della committenza, che vorrebbe centrare gli obiettivi con risorse scarse. Ciò si traduce in bandi in cui troppo spesso si gioca sul ribasso, a scapito della qualità dei servizi.

Nel nonprofit la questione della precarietà del lavoro è molto presente per diverse ragioni

1. le organizzazioni lavorando su progetti con un orizzonte temporale limitato e senza la garanzia di rinnovo, non riescono a stabilizzare il lavoro da precario a dipendente.
2. il problema delle gare al ribasso alimenta questo circolo vizioso, in particolare per la questione del salario dei lavoratori.
3. il problema maggiore è quello legato alla progettualità e al bagaglio di esperienza che si acquisisce nei progetti, e nella perdita dell'effetto esperienza a seguito del mancato rifinanziamento degli stessi.
4. un altro fattore di instabilità per le cooperative è rappresentato dai ritardi nei pagamenti: sebbene il fattore temporale sia considerato un qualcosa di fisiologico e dunque connesso a priori con l'esistenza di un finanziamento pubblico, dall'altro crea un problema di liquidità e di ricorso al credito bancario, con ulteriore aumento dei costi di gestione.

Questi fattori danno vita a una situazione in cui il lavoratore si sente frustrato sia dal punto di vista economico che della dignità professionale, a scapito della qualità del servizio. Anche nel pubblico il rischio di una perdita in qualità legata all'esiguità dei finanziamenti viene valutata come una criticità, il sistema degli appalti deve operare in modo tale da non lavorare al massimo ribasso ma al massimo della qualità.

Il problema delle risorse non riguarda soltanto la quantità ma la qualità delle risorse umane disponibili. Nel pubblico i problemi sono legati maggiormente alla formazione continua del personale piuttosto che in fase di ingresso. Al contrario nelle organizzazioni nonprofit si riscontra il problema della formazione soprattutto per il personale in entrata, anche se non a livelli elevati. Fra i profili più formati spiccano gli educatori, mentre la formazione è carente per le figure dell'operatore socio-sanitario (OSS), dell'operatore socio-assistenziale (OSA), dell'operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA). In particolare si rileva la carenza di profili sociali nel settore dell'assistenza domiciliare: i corsi sono pochissimi sia per formare gli operatori da zero che per la riqualificazione di una miriade di figure del passato. Nel pubblico questo aspetto non rappresenta una criticità, in quanto l'ingresso del personale è legato alle procedure concorsuali che stabiliscono i profili necessari: nella maggior parte dei casi si tratta di assistenti sociali. Laddove all'interno delle organizzazioni esista un problema di fabbisogni professionali specifici, viene tamponato con la formazione continua interna: a tale proposito si fa tanta formazione interna ma con poche risorse esterne in quanto i finanziamenti sono pochi. C'è una certa discrasia anche da un punto di vista di coerenza dei bandi con la disponibilità sul mercato delle figure professionali richieste, problema presente anche a livello del sistema universitario: la proliferazione dei corsi di laurea ha dato vita ad uno scollamento molto forte fra il mondo dell'università e quello della professione. A fronte di richieste nei bandi sempre più specifiche la frammentazione dei corsi di laurea è estrema. Strettamente legato al tema delle professioni è il problema dell'inadeguatezza delle prospettive di carriera dovuta al basso turn over. La presenza all'interno delle cooperative di pochi livelli legati a livello organizzativo al turn over, crea una scarsa possibilità ascensionale, però dall'altro lato esiste una possibilità di carriera laterale che consente una forte crescita professionale che permette di svolgere ruoli diversi in aree d'intervento diverse. Nel pubblico questo aspetto non è valutato come una vera criticità, in quanto è legato alle procedure concorsuali che regolano l'accesso alle posizioni apicali.

Nel considerare gli aspetti critici che riguardano il lavoro e il sistema nel suo complesso una valutazione d'insieme può essere fatta in relazione all'unico aspetto che all'unanimità gli intervistati nelle istituzioni pubbliche e quelli del nonprofit hanno valutato negativamente: il livello salariale molto basso del settore. Tanto negli enti locali che nelle cooperative sono state raccolte valutazioni estremamente decise nell'affermare che quello della retribuzione del lavoro sociale è un problema non solo di risorse ma di riconoscimento del lavoro che viene svolto. Nel nonprofit il problema di retribuzioni basse e di remunerazione adeguata del lavoro che viene svolto è strettamente legato alla mancanza del citato riconoscimento su un duplice livello: a livello dei committenti, che mirano al massimo ribasso, e a livello di sistema, in cui il lavoro sociale spesso viene confuso con il volontariato. Il problema delle retribuzioni è legato non solo alla natura degli appalti e delle convenzioni che giocano al ribasso, ma anche all'inquadramento contrattuale che è molto basso. L'aspetto molto sentito dunque è quello della dignità del lavoro e della mancanza di garanzie. Nel pubblico i salari sono percepiti come bassi rispetto alla qualità del lavoro svolto dalle persone. Questo meccanismo può originare una perdita di motivazione: se da un lato la prospettiva di carriera in una struttura pubblica è determinata dalla piattezza dell'ente pubblico, la mancanza di gratificazione economica può aggravare questa situazione. Molto sentita è anche la questione del pagamento degli straordinari e dell'assenza di una indennità di rischio. Infine, viene riscontrata una criticità nella mancanza di coordinamento socio-sanitario in quelle aree d'intervento in cui l'integrazione rappresenta una necessità, nell'ottica della complessità di alcune problematiche e del riconoscimento dell'interdipendenza fra i ruoli di tutti gli attori.

In sintesi, il caso studio del Municipio I rappresenta un esempio di come alcune delle problematiche relative al lavoro nel settore dei servizi sociali siano radicate nel contesto locale. L'elevata precarietà, il basso livello salariale, la scarsità di risorse, rappresentano i problemi fondamentali di

questo territorio e si collegano direttamente agli aspetti inerenti le professioni sociali e il lavoro sociale nel suo complesso. Se la necessità di lavorare in economia spinge il pubblico a lavorare al massimo ribasso, le organizzazioni che erogano i servizi sociali dall'altro lato organizzano la propria attività basandosi in misura sempre maggiore sul lavoro precario, mal retribuito, spesso con un inquadramento professionale inferiore, al fine di contenere i costi.

La frammentazione dei profili che caratterizza il territorio è in parte dovuta alla mancanza di percorsi formativi che preparino quelle figure maggiormente richieste nei bandi e all'assenza di percorsi di riqualificazione delle figure esistenti. Questo problema impone un confronto non solo con il mondo della formazione ma anche con quello dell'università.

La mancata integrazione delle aree sociale e sanitaria riflette una difficoltà di coordinamento complessiva: se da un lato il sistema mette in atto numerose risposte ai bisogni sociali, queste sono spesso poco coordinate o sovrapposte, da cui risulta una elevata frammentazione. Da questo punto di vista è necessario non solo implementare il coordinamento infra e interistituzionale, ma ampliare le competenze degli amministratori e dei tecnici dal punto di vista del ruolo programmatico e progettuale. La scarsa cultura di programmazione nei territori, in particolare nei municipi, e l'assenza di un vero e proprio sistema informativo rappresentano infatti un forte impedimento alla costruzione di un sistema locale dei servizi che sia coerente con la realtà territoriale. I municipi in questo senso dovrebbero ricoprire un ruolo fondamentale nella programmazione, progettazione, valutazione e monitoraggio dei servizi sulla base sia del quadro dell'esistente, ma anche sulla mappatura dei nuovi bisogni e delle nuove utenze, il cui risultato finale è un quadro che dia vita a una strategia più unitaria fra municipio e municipio, anche alla luce della creazione di servizi innovativi.

In conclusione, il sistema dei servizi sociali presenta come punti di forza una qualità dei servizi complessivamente elevata: l'estrema vicinanza al territorio in attuazione della sussidiarietà sia verticale che orizzontale ha creato una sorta di laboratorio di sperimentazione dei servizi sociali. Questo processo è stato possibile anche grazie alla presenza sul territorio di una società civile molto attiva e partecipe in fase di consultazione (anche se la consultazione non implica la programmazione e progettazione condivisa), rafforzata da un rapporto dinamico e di partenariato nella gestione dei progetti. Anche all'interno della stessa società civile esiste una rete territoriale che agisce come laboratorio di opinione e di negoziazione. Il ruolo del non profit può essere anche quello di portare avanti le istanze del lavoratore e di agire a livello istituzionale e di sistema per il riconoscimento della dignità del lavoro sociale, alla luce delle criticità discusse nel corso dell'analisi. Nonostante queste note positive, il ruolo principale del non profit all'interno del sistema rimane quello di erogatore/fornitore dei servizi secondo le direttive indicate nei bandi, con tutti gli aspetti problematici segnalati in precedenza.

Sardegna PLUS 21

Una lettura complessiva delle informazioni raccolte attraverso la ricerca fa emergere un sistema locale dei servizi sociali che, pur fortemente dinamico e ricettivo rispetto agli input di innovazione lanciati dal legislatore regionale con la legge 23/2005, si scontra comunque con una serie di elementi di criticità e debolezza condivisi dall'intero sistema di welfare locale sardo⁶⁰.

Le azioni promosse dall'Ambito in direzione della costruzione e qualificazione del sistema distrettuale dei servizi alla persona possono di certo essere considerate indicatori di una strategia che mira a una gestione integrata e associata dei servizi che non sia tale solo per la "spesa comune" dei fondi, ma anche e soprattutto per la adozione "condivisa" di linguaggi, strumenti e procedure, a garanzia dell'equità di accesso e fruizione dei servizi da parte dei cittadini dell'Ambito.

⁶⁰ Analisi condivisa anche dalla CGIL. Cfr Pintus G., *Valorizzare il lavoro sociale di cura per un rinnovato welfare locale. Le proposte della FP-CGIL per il lavoro nel settore socio-sanitario-assistenziale privato*, dicembre 2006

Alcune condizioni di contesto hanno inevitabilmente agevolato il percorso di costruzione e crescita del sistema distrettuale dei servizi sociali del PLUS 21: il numero limitato di enti afferenti all'Ambito che ha facilitato i processi decisionali, l'esistenza di un bagaglio esperienziale forte derivante da precedenti sperimentazioni di gestione associata di servizi, l'alto livello di interesse e collaborazione reciproca, da parte dei tecnici e di buona parte dei rappresentanti istituzionali. Esistono però alcuni aspetti sui quali è opportuno intervenire per evitare che costituiscano degli ostacoli allo sviluppo del processo di riforma intrapreso. In particolare viene avvertita la necessità di:

- rendere maggiormente proficuo il coinvolgimento, nell'attività istituzionale dell'Ambito, degli enti più periferici e di più limitate dimensioni, non sempre pienamente consapevoli delle opportunità offerte dalla gestione condivisa di politiche e servizi, in termini non solo di equità sociale, ma anche di efficienza ed economicità.
- rafforzare il coinvolgimento della ASL: a livello politico-istituzionale per creare basi concrete di sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, ma anche a livello operativo al fine di rendere PUA (Punto Unico di Accesso) e UVT (Unità di valutazione territoriale) gli strumenti fondamentali nel percorso di costruzione del Distretto sociosanitario⁶¹
- attribuire un'identità giuridica più solida all'Ambito territoriale per evitare che la sua operatività sia rimessa al senso di responsabilità, alla sensibilità e all'impegno dei singoli, tecnici e amministratori
- rafforzare il monitoraggio e la valutazione delle politiche e dei servizi a garanzia di una maggiore qualità e appropriatezza delle risposte offerte ai cittadini. prevedendo non solo un maggiore investimento di risorse economiche, ma anche una riorganizzazione di quelle professionali in funzione dell'entrata a regime del sistema informativo e dell'impianto di monitoraggio e valutazione previsto nel PLUS 2007-09 (Azioni 8 e 9)
- rafforzare la valorizzazione del privato sociale e della comunità per la costruzione del sistema di welfare, finora limitato a momenti di ascolto e proposta che in pochi casi è stato possibile tradurre in azioni progettate e realizzate in maniera condivisa.

L'avvio del processo di riforma del welfare locale ha fatto inoltre emergere in maniera evidente alcune debolezze organizzative degli enti pubblici del territorio. In particolare l'inadeguatezza quantitativa delle risorse professionali a disposizione dei Servizi Sociali presso le singole Amministrazioni e la mancanza di equipe multiprofessionali che costringe al ricorso all'apporto discontinuo di professionisti esterni.

In presenza di vincoli normativi che, da un lato non consentono nuove assunzioni e dall'altro limitano il ricorso alle forme contrattuali atipiche, l'esternalizzazione della gestione dei servizi viene considerata per l'ente pubblico quasi una soluzione obbligata di fronte al problema della scarsità di personale.

Il tema della gestione esternalizzata dei servizi, soprattutto quella che avviene attraverso lo strumento dell'appalto, diventa una delle principali chiavi di lettura nell'analisi delle modalità complessive di funzionamento del sistema locale dei servizi per le implicazioni che può avere per gli enti pubblici, per le organizzazioni private e per gli stessi cittadini-beneficiari dei servizi. Nonostante infatti, il quadro normativo nazionale e regionale abbia disegnato un sistema di welfare che deve tendere verso la qualità e l'appropriatezza dei servizi offerti, in condizioni di scarsità di risorse economiche e professionali, l'affidamento della gestione tramite gara d'appalto rischia invece di diventare concausa della scarsa qualità e della precarizzazione dell'offerta sociale nonché delle debolezze e distorsioni che caratterizzano il mercato del lavoro sociale. Il ricorso alle pratiche eccessivamente ribassiste nelle gare d'appalto "annulla" i vantaggi insiti nel meccanismo

⁶¹ Ai sensi di quanto previsto dalla DGR n. 44/11 del 2007

dell'offerta economicamente più vantaggiosa compromettendo, da un lato la qualità dei servizi offerti ai cittadini, e creando, dall'altro, i presupposti per disapplicazioni contrattuali e salari inadeguati a danno dei lavoratori occupati dalle organizzazioni aggiudicatrici. In un mercato del lavoro privo di opportunità lavorative stabili e durature, il potere contrattuale del lavoratore sociale risulta inconsistente e la mancata o inadeguata applicazione dell'art. 37 del CCNL delle cooperative, nonché l'assenza di qualsiasi forma di ammortizzatore sociale per i lavoratori occupati in servizi a gestione pubblica indiretta delinea un quadro complessivo che necessita di diversi interventi migliorativi

Alla luce di queste considerazioni appare indispensabile la creazione di un'agenda di priorità condivise per una destinazione più accurata delle poche risorse finanziarie disponibili in funzione di una maggiore qualità dei servizi offerti e il rafforzamento da parte degli Enti Pubblici del monitoraggio della qualità ed efficacia dei servizi esternalizzati e della vigilanza sul rispetto delle clausole contrattuali relative all'osservanza della normativa sul lavoro. L'istituzione da parte della Regione dell'*Osservatorio degli appalti e della applicazione dei CCNL* previsti dall'art 35 della L.R. 23/2005⁶² così come il sistema di accreditamento, come indicato nello stesso PLUS 21 all'Azione 5 potrebbe rappresentare un ulteriore importante passaggio in questa direzione.

La ricostruzione delle caratteristiche qualitative del lavoro e delle professioni sociali ha fatto emergere la necessità di:

- qualificare la formazione del personale in ingresso nel mercato del lavoro anche attraverso una maggiore valorizzazione di strumenti di politica attiva del lavoro quali il tirocinio e l'affiancamento sul lavoro nell'ambito di una migliore e più proficua collaborazione con l'Università;
- acquisire/rafforzare strumenti e competenze necessarie ad affrontare nuovi fenomeni e bisogni sociali come l'immigrazione, la lungoassistenza e le nuove povertà che richiedono profili professionali emergenti quali il mediatore culturale e familiare e il tecnico dell'inserimento lavorativo
- dotare l'Ambito di un'equipe multiprofessionale stabile in modo da evitare, in un'ottica di razionalizzazione di risorse, il ricorso sistematico a professionisti esterni
- combattere il fenomeno del lavoro sommerso/irregolare e il ricorso a lavoratori privi di competenze specifiche soprattutto nell'area dell'assistenza diretta e materiale alla persona, anche attraverso un monitoraggio costante e attento delle modalità di utilizzo da parte delle famiglie dei finanziamenti ottenuti per progetti e interventi personalizzati. L'istituzione del Registro delle assistenti familiari badanti previsto dalla DGR n. 45/24 del 2006, nelle finalità del legislatore rappresenta uno strumento in questa direzione.⁶³
- ridefinire i profili superando l'attuale eccessiva frammentarietà e settorialità di alcuni di essi in un'ottica di *multivalenza della figura professionale*.
- sviluppare un sistema di "certificazione" delle competenze in modo che il possesso di un determinato titolo di studio o qualifica non costituisca la discriminante principale nella selezione dei profili e sia consentita una maggiore interfungibilità tra gli stessi. L'obiettivo è

⁶² L'Art. 35, comma 2 dispone: La Regione istituisce l'Osservatorio degli appalti e dell'applicazione dei Contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL), con l'obiettivo di assicurare la verifica della conformità applicativa da parte degli enti locali e delle imprese affidatarie.

⁶³ Il Distretto del PLUS 21 ha istituito il Registro delle assistenti familiari "badanti". Il numero ridotto di iscrizioni, comunque in progressivo aumento negli ultimi mesi, dovuto in parte a un'insufficiente conoscenza dell'iniziativa, ma anche alla mancanza dei requisiti di accesso, in particolare quelli attinenti la frequenza di specifici percorsi formativi, rende ancora più urgente l'attivazione da parte della Regione dei corsi di formazione previsti dalla normativa a supporto e integrazione di quelli già attivati autonomamente dai Distretti per evitare che gli oneri formativi ricadano interamente su di essi

pertanto duplice: riconoscere e rendere spendibili apprendimenti avvenuti anche in contesti e con modalità non strutturate; accogliere gli orientamenti dell'UE rendendo trasparenti e comparabili le competenze per permettere ai lavoratori di affrancarsi dalla dipendenza professionale dalla domanda di lavoro locale in prospettiva di una maggiore mobilità e occupabilità a livello europeo;

- superare l'attuale frammentarietà della contrattazione (proposta questa sostenuta in particolare dal Sindacato) attraverso una omogeneizzazione dei contratti che regolano profili professionali simili, per giungere nel lungo periodo a un contratto unificato a livello nazionale.

Puglia Triggiano

L'analisi complessiva del sistema fa emergere una situazione in cui è a partire dal 2003, e non senza qualche ritardo, che l'ambito, come il resto dei territori pugliesi, hanno dato l'avvio al percorso di costruzione di un sistema integrato di servizi sociali.

Sotto l'aspetto generale delle strategie di attuazione delle politiche sociali sul territorio, appare che le criticità fondamentali che si riscontrano nell'Ambito di Triggiano siano legate soprattutto alla difficoltà di analizzare e leggere i bisogni del territorio, alla frammentazione degli interventi, alla carenza dei servizi sociali di base in alcuni Comuni, alla mancanza di integrazione tra i servizi sociali e sanitari, all'inadeguatezza delle risorse finanziarie.

Aspetti che disegnano una mancanza di cultura della programmazione delle politiche e dei servizi sociali locali, che si sta faticosamente tentando di superare. Lo spartiacque appare essere stato l'avvio della riforma in Puglia a partire dal 2004. Seppure con notevoli difficoltà dovute a quel gap "culturali" a cui si è accennato, la programmazione sociale appare avviarsi a diventare una prassi istituzionale, soprattutto in alcune aree di intervento "tradizionali" (famiglie e minori, persone disabili, persone anziane, disagio adulto e povertà). Ciononostante questa attività non può dirsi espletata in pieno a causa, soprattutto, della assenza di un "tempo-lavoro" (risorse finanziarie e umane) riservato alla lettura sistematica dei bisogni per la mancanza di adeguati strumenti di monitoraggio che consentono di comprendere l'evoluzione dei fenomeni di disagio sociale in un contesto territoriale.

A partire dal 2005, attraverso la predisposizione del PSdZ, i Comuni, hanno almeno avviato una nuova fase passando dalle singole e residuali progettazioni di servizi sociali comunali alla programmazione di Ambito di un sistema locale di servizi e interventi sociali.

Una fase che ha coinvolto, per la prima volta e quindi anche con diversi aspetti da migliorare, tutti gli attori istituzionali, della cooperazione sociale, del volontariato, delle OOSS, in modo particolare nelle attività di analisi dei bisogni del territorio, della definizione delle strategie di intervento, della individuazione dei servizi e interventi prioritari, alla loro co-progettazione.

Nell'ambito di questo percorso, uno dei punti di forza è stato il progressivo riconoscimento del ruolo di "cabina di regia" per la programmazione e l'attuazione del Piano Sociale di Zona, svolto dall'Ufficio di Piano. Un Ufficio composto da professionalità già presenti all'interno dei Comuni (tra Responsabili dei Servizi Sociali e Assistenti Sociali) allo scopo di valorizzare l'esperienza, le competenze e le capacità professionali acquisite operando da tempo nel settore specifico. Un Ufficio guidato da una Responsabile (nel 2007 e 2008, è stata la Segretaria Generale del Comune capofila, facente funzione di Dirigente del Settore Socio – Culturale) con specifici obiettivi da perseguire e risultati di gestione da raggiungere, in termini di trasparenza, efficacia ed efficienza del sistema, rispondendone direttamente all'organo di indirizzo politico (Coordinamento Istituzionale dei Sindaci dei Comuni). L'Ufficio di Piano viene supportato anche da una segreteria tecnica che cura la manutenzione del sistema di registrazione e documentazione di tutte le attività realizzate dal Coordinamento Istituzionale e dallo stesso Ufficio di Piano (verbali, registro di

presenze, relazioni, istruttorie, gestione finanziaria e monitoraggio nell'attuazione dei servizi d'Ambito, ecc.).

L'altro punto di forza, rispetto al passaggio verso un "sistema locale di servizi e interventi sociali" che si va costruendo, consiste nella progressiva crescita della progettazione e attuazione dei servizi d'Ambito. Ad esempio, il servizio di trasporto scolastico e verso i centri riabilitativi rivolto a disabili (ottobre 2006 ed ancora in corso), il servizio di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica (ottobre 2007 e in corso), i progetti di sostegno psicosociale, di inserimento lavorativo e le attività di prevenzione nell'area delle "Dipendenze" (giugno 2007 e in corso). Diversi, infine, i servizi di Ambito, banditi nel 2007, quindi appaltati e attivati nel 2008. Ci riferiamo all'Assistenza Educativa Domiciliare Minori (Home Maker), al servizio SAD e ADI per anziani e disabili, al Telesoccorso e Telecontrollo per persone anziane e disabili.

Occorre accelerare questa implementazione. Razionalizzare adeguatamente i diversi passaggi burocratici che avvengono dalla delibera di impegno alla erogazione del servizio. Migliorare il flusso informativo/comunicativo tra i diversi settori comunali in modo da consentire una erogazione più rapida dei servizi e interventi integrati. Nonostante alcune difficoltà segnalate, seppure non in tutti i Comuni, nei rapporti tra livello amministrativo-tecnico e livello politico-istituzionale, spesso troppo ingerente.

Un altro segnale di crescita dell'Ambito come soggetto referente fondamentale del "sistema locale di servizi e interventi sociali", possiamo individuarlo nelle procedure di regolamentazione dei servizi d'Ambito approvati: il regolamento per il trasporto delle persone con handicap, quello per la concessione di benefici economici (relativo anche ai servizi residenziali e semiresidenziali), il regolamento di Educativa Specialistica scolastica.

La collaborazione con l'ASL, invece, non può essere individuato come un punto di forza ma nemmeno di totale debolezza. Vengono riscontrate, infatti, difficoltà nel processo di integrazione socio-sanitaria. La collaborazione, ad esempio, viene segnalata come un aspetto ambivalente. Rispetto al confronto "tecnico", infatti, con i referenti dei diversi settori viene percepita una collaborazione lenta ma proficua. Specie il Distretto Sanitario interviene, infatti, per la selezione delle modalità operative riguardanti i servizi ad integrazione sociosanitaria e quelli che prevedono quote di compartecipazione. Altri risultati positivi consistono nella definizione concertata e successiva approvazione di protocolli operativi Comuni-ASL per la costituzione dell'Ufficio Tutela Minori di Ambito e per i progetti di sostegno e di inserimento socio-lavorativo nell'area della salute mentale.

Difficile appare, invece, la collaborazione a livello istituzionale e politico, soprattutto per ciò che attiene alla definizione e al rispetto degli impegni finanziari per i servizi a compartecipazione – che ha causato ad esempio un forte ritardo nell'avvio di servizi essenziali quali il Trasporto Disabili e l'ADI - e la programmazione integrata del Piano Sociale di Zona con il Piano delle Attività Territoriali del Distretto AUSL per i servizi e gli interventi socio-sanitari

Il ruolo della Regione viene percepito in maniera ambivalente. Da un lato tutti i Comuni apprezzano il ruolo della Regione, soprattutto in fase di programmazione e regolamentazione, attraverso l'esercizio dell'indirizzo normativo, l'indicazione degli obiettivi prioritari, la dimensione e l'allocatione delle risorse progressivamente aumentate sulle politiche sociali, la regolamentazione amministrativa dei servizi (standard e procedure previste nel Regolamento reg. n. 4/2007). Al fine di fornire indicazioni omogenee per l'intera Regione in merito alle procedure di accesso ai servizi e alla compartecipazione al costo da parte degli utenti, alle procedure di affidamento dei servizi, e all'allocatione e dimensione delle risorse economiche sui diversi servizi previsti nel Piano Sociale di Zona. D'altro canto viene sottolineato che, a volte, i tempi e le scadenze dettate dalla programmazione regionale, non hanno consentito una adeguata consultazione dei diversi soggetti – tra i quali i Comuni - in merito a una definizione concertata di priorità e strategie di intervento sui quali impostare avvisi e bandi regionali. Questa situazione provoca una difficoltà nell'accesso a

risorse finalizzate all'implementazione di servizi e interventi in quanto i Comuni non sono attrezzati come i soggetti d'impresa (anche no profit) per "rincorrere" i sempre più diffusi bandi e avvisi regionali non solo sui servizi sociali, ma anche su prestazioni e interventi specifici (Assegno di cura per persone non autosufficienti, Contributo per la prima dote per l'infanzia). Assente appare invece la Provincia, sia nella fase di programmazione che di progettazione.

Tra gli aspetti da migliorare va individuata sicuramente l'attività di monitoraggio e valutazione di servizi, interventi e prestazioni sociali a causa della mancata adozione di strumenti di monitoraggio delle politiche e delle attività finalizzati a "misurare" e "valutare" i risultati e l'impatto degli interventi realizzati.

Il monitoraggio appare solo di tipo fisico e finanziario, fornisce la misura dell'efficienza, ma non della qualità e dell'efficacia e raramente consente l'acquisizione di informazioni che permettono di intervenire e ri-orientare politiche, servizi, interventi, prestazioni sociali in un'ottica migliorativa. Una considerazione rilevata in maniera analoga dalle organizzazioni, che richiedono ai Comuni una più efficace verifica e valutazione dei risultati dei servizi erogati con risorse pubbliche anche al fine di migliorare gli strumenti di selezione delle proposte progettuali.

Emerge anche la necessità, da parte dei Comuni, di potersi avvalere di esperti in materie specifiche (ricerca sociale, sicurezza del lavoro, contratti di lavoro ecc.)

Un'altra criticità indicata, concordemente, dai Comuni, riguarda il tema del precariato. Ci si riferisce agli operatori che collaborano con gli enti pubblici non solo con contratti atipici - la cui "continuità" lavorativa è spesso legata alle possibilità di rifinanziamento da parte delle Amministrazioni dei progetti/servizi nell'ambito dei quali espletano la propria attività lavorativa - ma anche con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato (in alcuni casi le stesse assistenti sociali) la cui stabilizzazione, a causa dei vincoli del patto di stabilità, non è stata possibile perseguire in maniera definitiva.

A parere delle organizzazioni anche i Comuni non favoriscono, dal canto loro, una riduzione del "precariato" nel momento in cui privilegiano una durata non adeguata degli appalti dei servizi (al massimo 18 mesi con proroga di massimo 6 mesi, da normativa vigente) e non riescono a circoscrivere i tempi per l'espletamento delle procedure di gara. Una situazione che si ripercuote sul turn over degli operatori, riduce le possibilità di valorizzare la professionalità acquisita negli anni dagli operatori, non favorisce il consolidamento delle esperienze acquisite, il sentirsi parte dell'organizzazione, la loro stabilizzazione. Resta alta la motivazione degli operatori nei confronti del lavoro sociale anche se rischia a lungo andare di diminuire.

L'aspetto considerato in maniera univoca dai Comuni come effettivamente più problematico, appare, invece, quello riguardante l'inadeguatezza delle prospettive di carriera da parte delle figure tecniche in particolare (Assistenti Sociali).

Un tema anche questo su cui rintracciamo una analoga considerazione nell'ambito delle organizzazioni laddove evidenziano che spesso alle competenze medio-alte acquisite dagli operatori durante gli anni di esperienza non corrisponde un adeguato sviluppo delle carriere e corrispondente riconoscimento economico, a causa delle ridotte risorse economiche investite nei servizi sociali, seppur in questi ultimi anni in aumento.

Più volte, infatti, le organizzazioni nelle le interviste ribadiscono che "esiste una non adeguata coerenza tra risorse allocate dai Comuni nell'area dei servizi sociali e obiettivi di prestazione dei servizi, risultati da raggiungere".

Le organizzazioni rilevano come a fronte di un regolamento regionale (n. 4/2007 di attuazione della l.r. 19/2006) che richiede adeguati standard nella fornitura di servizi e interventi sociali (profili professionali, formazione, ...) e per il funzionamento (coordinamento, monitoraggio, valutazione), allo scopo di raggiungere obiettivi di qualità e di efficienza, non corrispondono adeguate risorse economiche e affidamenti più lunghi.

Per quanto riguarda l'utenza, vengono rilevati, in misura maggiore dalle organizzazioni rispetto ai Comuni, due fenomeni critici. Da un lato un tendenziale aumento dell'utenza adulta con "doppia diagnosi" (dipendenza da alcool e salute mentale). Dall'altro una difficoltà a raggiungere l'utenza potenziale nel campo della diversabilità, in particolare, forse per un retaggio culturale ancora abbastanza diffuso nelle famiglie a "nascondere" le diversità.

7.7. Alcune conclusioni e prospettive per le politiche sociali

Il quadro d'insieme che emerge da questa ricerca evidenzia numerosi problemi che si ritrovano nei sistemi locali e nel lavoro nei servizi sociali. I problemi principali che sono stati individuati possono essere riassunti come segue.

1. Mancano informazioni sistematiche sul lavoro nei servizi sociali e normative uniformi sul territorio nazionale relative ai profili professionali esistenti. E' urgente colmare tali lacune per dare risposte alle esigenze conoscitive e di programmazione, ma anche per standardizzare figure professionali ora estremamente frammentate e assicurare minori disparità nella quantità e qualità delle forniture dei servizi e nelle condizioni economiche e contrattuali dei lavoratori coinvolti.

2. Le risorse destinate ai servizi sociali, sia a livello nazionale che locale, risultano estremamente limitate di fronte a un'articolazione crescente dei bisogni sociali e all'emergere di nuove esigenze - anziani, immigrati, nuove povertà - che richiedono interventi di nuovo tipo. In assenza di risorse adeguate, gli enti locali hanno scelto la strada dell'esternalizzazione dei servizi, attraverso appalti e convenzioni con cooperative sociali e altre organizzazioni nonprofit con l'esigenza primaria di risparmiare sui costi e intervenire sulle emergenze sociali più gravi. A loro volta, le cooperative sociali sono state spinte sulla strada del contenimento dei costi e della massima flessibilità in condizioni di estrema incertezza sulla durata e il rinnovo degli appalti per i diversi servizi. Tutto questo ha portato a condizioni di lavoro difficili, con una forte diffusione del lavoro part time e, in molte aree, del lavoro precario, con remunerazioni particolarmente basse. Tutto il sistema sembra essersi sviluppato sulla base del vincolo di risorse modeste (e spesso decrescenti), in un contesto segnato dall'assenza di un disegno complessivo di politiche sociali.

Di fronte alla rapida evoluzione dei problemi sociali, è emerso un evidente spostamento sulle famiglie degli oneri per molti aspetti dell'assistenza sociale (agli anziani in particolare) e questa strada di "familiarizzazione dell'assistenza" ha condotto alla rapidissima crescita delle "badanti", quasi tutte immigrate, spesso in condizioni irregolari, che ora sono in numero superiore alla stima di tutti i lavoratori - sia nel pubblico che nel nonprofit - nei servizi sociali italiani. Se consideriamo il forte aumento della spesa delle famiglie per l'assistenza, si può vedere come le risorse complessive siano cresciute in modo notevole, in assenza tuttavia di una politica sociale che fosse in grado di integrare la dimensione pubblica, nonprofit e familiare dei servizi, assicurando adeguati standard di qualità e livelli minimi di servizio, in condizioni di equità tra aree diverse del paese. Tutti questi aspetti richiedono oggi nuovi interventi di politica sociale con nuovi rapporti tra la dimensione locale e quella nazionale e con nuove forme di finanziamento e organizzazione degli interventi.

3. L'assetto istituzionale dei sistemi locali dei servizi sociali risulta estremamente eterogeneo nelle diverse realtà, a seconda delle forme di realizzazione della riforma prevista dalla Legge 328/2000, delle politiche di Regioni, Provincie, Comuni e altri soggetti pubblici locali, e del ruolo assunto dal nonprofit. Tale ruolo risulta sempre predominante in termini quantitativi (ad esempio come numero di occupati), ma presenta caratteristiche assai diverse in termini di solidità economica, capacità di offrire garanzie occupazionali, capacità progettuali, qualificazione delle prestazioni, e così via. L'introduzione degli Ambiti territoriali dei servizi sociali presenta anch'essa esperienze assai eterogenee nelle diverse realtà analizzate e non sembra aver condotto efficacemente alla necessaria

integrazione tra ruolo delle istituzioni pubbliche e partecipazione del nonprofit e della società civile alla definizione delle politiche sociali. Dopo un decennio di cambiamenti istituzionali, un assetto efficiente ed efficace ancora non sembra essere stato trovato.

4. All'interno delle istituzioni pubbliche - soprattutto i Comuni - emerge una forte diversità nelle capacità politiche, di programmazione, organizzative e gestionali nel campo nei servizi sociali. Un primo problema emerso riguarda la scala territoriale: è assai difficile per piccoli Comuni assicurare servizi efficienti ed è necessario sviluppare le organizzazioni consortili tra Comuni e le attività svolte a livello di Ambiti territoriali dei servizi.

Un secondo problema aperto riguarda le difficoltà nel realizzare un'efficace integrazione socio-sanitaria. In tutti i casi analizzati questo appare come un'esigenza importante, senza che si siano ancora trovate forme e pratiche adeguate per realizzarle. E' evidente qui il contrasto tra l'approccio organizzativo e gestionale del mondo della sanità - dotato di grandi risorse, modelli "aziendali" e poteri alle Regioni - e del mondo dell'assistenza - con scarse risorse, modelli di gestione pubblica più tradizionali e poteri dei Comuni.

In terzo luogo, sono emerse diverse scelte tra mantenimento all'interno ed esternalizzazione fuori dal settore pubblico dei servizi sociali, ma anche diverse capacità di favorire il consolidamento di un sistema di cooperative sociali competenti ed efficienti, integrate con le strutture pubbliche. In alcuni casi il pubblico ha mantenuto un raggio d'azione più ampio anche nella fornitura dei servizi; in altri ha avuto un ruolo di regia e finanziamento di servizi quasi interamente esternalizzati; in altri ancora ha saputo integrare le proprie competenze con quelle emergenti nel nonprofit, sviluppando un sistema integrato più efficace. In tutti i casi, un rafforzamento delle capacità di programmazione e gestione degli enti pubblici locali è necessario per far funzionare un sistema sempre più complesso.

5. All'interno delle organizzazioni nonprofit - soprattutto le cooperative sociali - emergono situazioni assai diverse. Da un lato troviamo realtà consolidate - spesso riunite in consorzi - che dispongono di una certa solidità economica, rapporti stabili con le pubbliche amministrazioni, e hanno sviluppato una capacità di innovazione, progettazione e coordinamento dei servizi che va a integrare le funzioni svolte dalle istituzioni pubbliche. E' questo, ad esempio, il caso di Pesaro Urbino, dove il funzionamento del sistema sembra beneficiare da una tale stretta collaborazione tra pubblico e nonprofit.

All'altro estremo troviamo situazioni di maggior fragilità organizzativa, con cooperative sociali frammentate, prive di competenze manageriali adeguate, condizioni di lavoro difficili e un'alta precarietà; tali esiti sono aggravati da politiche locali che accrescono l'incertezza su appalti e convenzioni, da ritardi nei pagamenti, dalle pratiche di compressione dei costi.

Tra tali estremi, esiste una vasta gamma di realtà articolate, che tuttavia risentono dei problemi messi in evidenza nei punti precedenti. Le spinte che si registrano ora vanno verso processi di fusione tra cooperative sociali, che riflettono l'esigenza di un rafforzamento organizzativo e gestionale nel mondo del nonprofit, funzionale anche a reggere l'impatto con la concorrenza extra territoriale.

Una nota specifica, infine deve riguardare il ruolo del sindacato come soggetto che tutela i lavoratori del sociale e che può contribuire a definire la domanda di servizi. In alcune realtà (Pesaro Urbino, Roma) la presenza del sindacato è rilevante sia nell'organizzazione dei lavoratori, sia nel dibattito sulle politiche sociali. Dove il sindacato è radicato nel territorio, emerge che può collaborare efficacemente al funzionamento del sistema locale, evitando il degrado delle condizioni di lavoro, specie nel nonprofit, e favorendo la tutela delle professionalità esistenti. Una forte e consapevole presenza sindacale sembra così poter contribuire a una miglior qualità sia del lavoro (e delle condizioni contrattuali e salariali) sia dei servizi sociali forniti.

6. La nostra ricerca ha consentito di mettere in luce anche l'evoluzione del ruolo delle organizzazioni nonprofit e della società civile non solo nell'erogazione di servizi, ma nel disegno complessivo dei sistemi locali dei servizi sociali. Va ricordato che buona parte delle riforme introdotte, a partire dalla legge 328/2000, partivano anche dall'esigenza di riconoscere le competenze e le attività svolte dalla società civile - auto-organizzazione di servizi, volontariato, solidarietà, etc. - e il contributo che esse potevano offrire a una maggior efficacia ed efficienza del sistema. E' emerso che, specie dove il nonprofit ha potuto svilupparsi in modo qualificato, importanti conoscenze sui problemi sociali, sull'evoluzione dell'utenza, sulle buone pratiche per affrontarli sono presenti nelle cooperative sociali, nei loro consorzi e nelle associazioni (che peraltro mantengono un'eccessiva frammentazione che ne limita l'influenza sulle politiche sociali). Emerge spesso un'esigenza di riconoscimento del ruolo di fatto svolto nella programmazione dei servizi e nell'innovazione sociale; da più parti continuano a emergere istanze di maggior partecipazione democratica alla programmazione e alle decisioni sui servizi, sviluppando le modalità finora praticate all'interno dei nuovi assetti degli Ambiti territoriali dei servizi sociali. Integrare con efficacia le risorse organizzative e umane del nonprofit nel sistema locale dei servizi sociali resta una sfida importante per le politiche sociali.

Ciascuno di questi problemi rappresenta un'opportunità per lo sviluppo di politiche nuove che potrebbero costruire un nuovo equilibrio tra dimensione nazionale, regionale e locale delle politiche sociali.

Sulla base della dinamica della domanda e delle tendenze passate, il settore dei servizi sociali potrebbe rappresentare un grande bacino di espansione dell'occupazione per dare risposte qualificate e professionali ai bisogni sociali esistenti. Le istituzioni pubbliche e le organizzazioni nonprofit impegnate nel settore mantengono importanti competenze e capacità organizzative; gli occupati del settore presentano elevati livelli di qualificazione e una motivazione che resta elevata anche in presenza di condizioni di lavoro spesso difficili. Per aumentare la qualità dell'occupazione è importante favorire la crescita di contratti di lavoro a tempo indeterminato, riducendo gli alti livelli di precarietà, e di lavori a tempo pieno, riducendo l'altissima incidenza del part time, che spesso è subito più che scelto. Per aumentare la qualità delle prestazioni e la professionalità degli addetti è importante una ridefinizione, comune a tutto il territorio nazionale, dei profili professionali del lavoro nel sociale. Un quadro normativo e contrattuale più coerente dovrebbe essere sviluppato, con il contributo di tutti i soggetti interessati.

Un'esigenza importante per le politiche pubbliche è quella di offrire un disegno complessivo - in termini di tipologia e livelli di servizi da fornire, e risorse disponibili - che sappia integrare la dimensione pubblica, quella nonprofit e quella familiare. In questo modo potrebbe essere possibile far crescere lavoro e servizi nel settore pubblico e nonprofit con modalità professionali, limitando l'attuale "familiarizzazione dell'assistenza", accrescendo quantità e qualità del lavoro nel sociale ed efficienza ed efficacia dei sistemi locali dei servizi sociali.

8. Bibliografia

- Ascoli U., Ranci C. (a cura di), *Il Welfare mix in Europa*, Carocci Editore, Roma 2003.
- Ascoli U. (a cura di), *Il Welfare futuro. Manuale critico del Terzo settore*, Carocci Editore, Roma 1999.
- Ascoli U. (a cura di), *La crescita del terziario per il sistema produttivo*, Marsilio Editore, Venezia 1991.
- Arena G., *Cittadini attivi*, Laterza, Roma-Bari 2006.
- Atkinson A., *The Economic Consequences of Rolling Back the Welfare State*, The MIT Press, Cambridge 1999.
- Barry N., *Welfare. Second Edition*, Open University Press, Buckingham 1999.
- Bauman Z., *La solitudine del cittadino globale*, Feltrinelli, Milano 2008.
- Bauman Z., *Lavoro, consumismo e nuove povertà*, Città Aperta Edizioni, Troina 2007
- Bauman Z., *Il disagio della postmodernità*, Bruno Mondadori Editore, Milano 2002.
- Bauman Z., *Dentro la globalizzazione. Le conseguenze sulle persone*, Laterza, Roma-Bari 2001.
- Beck U., *La società del rischio*, Carocci, Roma 2000.
- Bifulco L., (a cura di), *Le politiche sociali*, Carocci, Roma 2005.
- Bifulco L., Cementeri L., “La partecipazione nei Piani sociali di zona: geometrie variabili di governance locale”. In *Stato e Mercato*, 80, agosto 2007.
- Bissolo G., Fazzi L., *Costruire l'integrazione socio-sanitaria*, Carocci, Roma 2007.
- Boeri T., Perotti R., *Meno pensioni, più welfare*, Il Mulino, Bologna 2002.
- Boeri T., Galasso V., *Contro i giovani*, Bruno Mondadori Editore, Milano 2007.
- Bruschi A., *Metodologia della ricerca sociale*, Laterza, Roma-Bari 2005.
- Cafaggi F., *Modelli di governo, riforma dello stato sociale e ruolo del terzo settore*, Il Mulino, Bologna 2002.
- Calza Bini P., Nicolaus O., Turco S. (a cura di), *Reddito minimo di inserimento. Che fare?*, Donzelli Editore, Roma 2003.
- Calza Bini P., *Lo Stato sociale in Italia 2002*, Donzelli Editore, Roma 2003.
- Cassese S., *La crisi dello Stato*, Laterza, Roma-Bari 2002.

- Castel R., *L'insicurezza sociale. Che cosa significa essere protetti*, Einaudi, Torino 2004.
- Cazzola G., *Lavoro e Welfare: giovani versus anziani. Conflitto tra generazioni o lotta di classe del XXI secolo?*, Rubettino Editore, Catanzaro 2004.
- Centro Studi di Politica Economica – CESPE (a cura di), *Il Welfare locale. Innovazione sociale, soggetti, istituzioni*, Editoriale Il Ponte, Milano 2003.
- Ceruzzi F., Tunzi F., *Professioni sociali. Governo del mercato del lavoro regionale*, Ediesse, Roma 2003.
- Cesari M., *I servizi sociali. Il nuovo ruolo dei Comuni nella organizzazione e gestione del sistema integrato di welfare*, Maggioli 2005.
- Colozzi I., *Le nuove politiche sociali*, Carocci, Roma 2002.
- Corbetta P., *Metodologia e tecnica della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna 1999.
- Dal Lago A., *Non persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano 2004.
- De Leonardis O., *In un diverso welfare. Sogni e incubi*, Feltrinelli, Milano 1998.
- Diamanti I., Ceccarini L. (a cura di), *Marche 2004. Mappe e scenari della società regionale*, Liguori Editore, Napoli 2004.
- Donolo C., (a cura di), *Il futuro delle politiche pubbliche*, Bruno Mondadori, Milano 2006.
- Esping-Andersen G., *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, Oxford 2002.
- Esping-Andersen G., *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, Il Mulino, Bologna 2000.
- Fanelli N. (a cura di), *Decentramento solidale. Lavoro, lavori e politiche sociali*, Associazione Culturale "L'orecchio di Van Gogh", Ancona 2003.
- Farrel G. (a cura di), *Flexicurity. Flessibilità e welfare. Una sfida da raccogliere*, Sapere 2000 edizioni multimediali 2006.
- Fedele M., "Le basi istituzionali del welfare locale. Processi di fissione e fusione prima e dopo la 328". In *La Rivista delle politiche sociali*, 2, 2, 2004.
- Federici A., Lussu A., Tortorelli M., *La relazione e l'operatore socio-sanitario*, Carocci, Roma 2006.
- Ferrera M., *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna 2006.
- Ferrera M., *The Boundaries of Welfare. European Integration and the New Spatial Politics of Social Protection*, Oxford University Press, Oxford 2005.
- Ferrera M., *Le trappole del Welfare. Uno Stato sociale sostenibile per l'Europa del XXI secolo*, Il Mulino, Bologna 1998.
- Formez, *L'attuazione della riforma del Welfare locale*, Formez, Roma 2005.

- Friedman L., *La società orizzontale*, Il Mulino, Bologna 2002.
- Gagliardi F., Accoranti M., *Attivare gli anziani*, Guerini e Associati, Milano 2007.
- Gambino S., *Stato, diritti sociali e devolution: verso un nuovo modello di welfare*, in www.associazionedeicostituzionalisti.it, 2006.
- Genova A., Palazzo F. (a cura di), *Il welfare nelle Marche*, Carocci, Roma, 2008.
- Giannini S., Onofri P. (a cura di), *Per lo sviluppo. Fisco e Welfare*, Il Mulino, Bologna 2005.
- Giddens A., *L'Europa nell'età globale*, Laterza, Roma-Bari 2007.
- Giddens A., *Capitalismo e teoria sociale. Marx, Durkheim, Weber*, Net, Milano 2002.
- Giddens A., *La terza via. Manifesto per la rifondazione della socialdemocrazia*, Il Saggiatore, Milano 1999.
- Giddens A., *Le conseguenze della modernità*, Il Mulino, Bologna 1994.
- Gori C. (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della legge 328 e le sfide future*, Carocci, Roma 2004.
- Guidicini P., Landuzzi C. (a cura di), *I territori del welfare. Servizi sociali, regionalizzazione e garanzie*, Franco Angeli, Milano 2006.
- Habermas J., *La costellazione post-nazionale*, Feltrinelli, Milano 1999.
- Harvey D., *La crisi della modernità*, Il Saggiatore, Milano 2002.
- Kazepov Y., *Le politiche contro l'esclusione sociale in Europa*, Officina Solidale, Ancona 2005.
- Kazepov Y., *Cities of Europe. Changing Contexts, Local Arrangements and the Challenge to Urban Cohesion*, Blackwell, Oxford 2004.
- Kazepov Y., *Frammentazione, sinergie e reti: il ruolo del coordinamento nelle politiche sociali in Europa*, numero monografico della rivista "Assistenza Sociale", Ediesse, Roma 2002.
- Kazepov Y., Carbone D., *Che cos'è il welfare state*, Carocci, Roma 2007.
- Kazepov Y., Sabatinelli S. (a cura di), *Attivazione e coordinamento. Il Caso italiano*, in *Assistenza Sociale* n. 3-4, 2003.
- Yeats N., *Globalizzazione e politica sociale*, Erickson, Trento 2004.
- Le Galès P., *Le città europee. Società urbane, globalizzazione, governo locale*, Il Mulino, Bologna 2006.
- Luciano A. (a cura di), *Politiche del lavoro. Linee di ricerca e prove di valutazione*, Franco Angeli, Milano 2002.
- Magnani C. (a cura di), *Beni pubblici e servizi sociali in tempi di sussidiarietà*, Giappichelli Editore, Torino 2007.
- Mingione E., Pugliese E., *Il lavoro*, Carocci, Roma 2006.

- Mirabile M. L. (a cura di), *Italie sociali. Il welfare locale fra Europa, riforme e federalismo*, Ediesse, Roma 2005.
- Mauri L., *Il sistema informativo sociale. Una risorsa per le politiche pubbliche di welfare*, Carocci, Roma 2007.
- Marshall T.H., *Cittadinanza e classe sociale*, Laterza, Roma-Bari 2002.
- Mau S., Vegete B., *Social Justice, legitimacy and the Welfare State*, Ashgate Publishing Limited, London 2007.
- Naldini M., *Le politiche sociali in Europa*, Carocci, Roma 2006.
- Neve E., *Il servizio sociale. Fondamento e cultura di una professione*, Carocci, Roma 2003.
- Paci M., (a cura di), *Welfare locale e democrazia partecipativa*, il Mulino, Bologna 2008.
- Paci M., *Nuovi lavori, nuovo Welfare. Sicurezza e libertà nella società attiva*, Il Mulino, Bologna 2005.
- Pavolini E., *Le nuove politiche sociali*, Il Mulino, Bologna 2003.
- Pasquini C. (a cura di), *Cinque anni molto sociali. 2000-2005: bilancio dell'assessorato*, Cooperativa sociale Stellaria, 2005.
- Pesenti L., *Il Welfare in transizione. Le regioni e la sfida della sussidiarietà*, Edizioni Lavoro, Roma 2005.
- Pierson C., Castles G. F., *The Welfare State Reader*, Polity Press, London 2006.
- Polany K., *La grande trasformazione. Le origini economiche e politiche della nostra epoca*, Einaudi, Torino 1974.
- Pulcini E., *L'individuo senza passioni. Individualismo moderno e perdita del legame sociale*, Bollati Boringhieri, Torino 2001.
- Ranci C., *Politica sociale. Bisogni sociali e politiche di welfare*, Il Mulino, Bologna 2004.
- Ranci Ortigiosa E., Battistella A., De Ambrosio U., *Il Piano di zona. Costruzione, gestione, valutazione*, Carocci, Roma 2004.
- Reyneri E., *Economia, occupazione, Welfare locali*, Ediesse, Roma 2002.
- Ritter G. A., *Storia dello Stato sociale*, Laterza, Roma-Bari 2003.
- Rodger J. J., *Il nuovo welfare societario. I fondamenti delle politiche sociali nell'età postmoderna*, Erickson, Trento 2004.
- Salvioli, G., *Gli anziani e le badanti*, *Giornale di gerontologia* Aprile 2007, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Pacini Editore, Ospedaletto (Pisa) 2007.
- Saraceno C. (a cura di), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna 2003.

- Sen A. K., *Scelta, benessere, equità*, Il Mulino, Bologna 2006.
- Sennett R., *L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*, Feltrinelli, Milano 2001.
- Serio M. L., Novara C., Milio A., *Welfare locale e piani di zona*, Franco Angeli, Milano 2008.
- Spicker P., *The Welfare State. A general theory*, SAGE Publications, Londra 2000.
- Supiot A., *Il futuro del lavoro*, Carocci, Roma 2003.
- Torchia L. (a cura di), *Welfare e federalismo*, Il Mulino, Bologna 2005.
- Trapanese R., *Cittadinanza e politiche sociali*, Liguori, Napoli 2005.
- Trigilia C., *Sviluppo locale. Un progetto per l'Italia*, Laterza, Roma-Bari 2005.
- Una Città, *Almanacco delle buone pratiche di cittadinanza*, Una Città, Forlì 2005.
- Vicarelli G. (a cura di), *Il malessere del welfare*, Liguori, Napoli 2005.
- Vicarelli G. (a cura di), *Donne e professioni nell'Italia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2007.
- Vicarelli G., *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, Il Mulino, Bologna 2008.
- Vitale T., "Attivazione e contrattualizzazione nel welfare locale: cambia la posizione dei destinatari?". In *La rivista delle politiche sociali*, 5, 2005.
- Wojtek Pankiewicz A., *Federalismo e diritti sociali*, Cacucci, Bari 2005.
- Zanardi A. (a cura di), *Per lo sviluppo. Un federalismo fiscale responsabile e solidale*, Il Mulino, Bologna 2006.
- Zanardi A., Franco D. (a cura di), *I sistemi di welfare tra decentramento regionale e integrazione europea*, Franco Angeli, Milano 2003.

9. Appendici

Pesaro Urbino

ELENCO INTERVISTE

ENTI LOCALI

- INTPU1 a Mirella Simoncelli, Dirigente Servizio Politiche Sociali del Comune di Pesaro – 18/07/2008
- INTPU2 a Federica Gresta, Responsabile Settore Affari Generali del Comune di Monteciccardo – 16/07/2008
- INTPU3 a Loredana Ercolani, Responsabile Settore Servizi Sociali del Comune di Sant'Angelo in Lizzola – 16/07/2008
- INTPU4 a Piero Fraternale, Funzionario dei Servizi Sociali del Comune di Urbino – 10/07/2008
- INTPU5 ad Amedeo Montanari, Responsabile Settore Affari Generali del Comune di Urbania – 09/07/2008
- INTPU6 a Marzia Anna Volpini, Responsabile Settore Servizi Amministrativi e Servizi Sociali del Comune di Petriano – 09/07/2008
- INTPU7 a Giuliano Tacchi, Coordinatore dell'ATS I di Pesaro – 03/07/2008
- INTPU8 a Marcello Secchiaroli, Coordinatore ATS di Urbino – 30/06/2008
- INTPU9 a Roberto Drago, Dipendente del Centro Servizi per la Pubblica Amministrazione della Provincia di PU – Coordinatore Area Dipendenze e Salute Mentale – 15/07/2008
- INTPU10 a Lucilla Dorazio, Dirigente Politiche Giovanili, Pari Opportunità, Politiche Europee e Attività Produttive della Provincia di Pesaro-Urbino – 15/07/2008
- INTPU11 a Lorena Mombello, Direttore Distretto Sanitario di Pesaro ASUR I – 14/07/2008
- INTPU12 a Giovanna Dotallevi, Direttrice del Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) dell'ASUR I di Pesaro – 11/07/2008
- INTPU13 a Loreto Roberto Reale, Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche di Urbino ASUR IV – 11/07/2008

ISTITUZIONI NON PROFIT

- INTPU-A a Diego Mancinelli, responsabile formazione della cooperativa sociale di tipo A COOSMARCHE – 03/07/2008
- INTPU-B a Gianfranco Alleruzzo, presidente della cooperativa sociale di tipo A Labirinto – 02/07/2008
- INTPU-C a Barbara Duranti, coordinatrice della cooperativa sociale di tipo A Alpha - 22/07/2008
- INTPU-D a Stefano Bertuccioli, amministratore della cooperativa sociale di tipo B T41B – 09/07/2008
- INTPU-E a Antonio Bernardini, presidente della cooperativa sociale di tipo B Francesca – 14/07/2008
- INTPU-F a Francesca Maticena, presidente associazione AVM-PU – 16/07/2008
- INTPU-G a Briaud Frederic, direttore dell'associazione Double Face – 11/07/2008
- INTPU-H a Simona Ricci, segretaria provinciale Funzione Pubblica della CGIL – 17/07/2008

INTPU-I a Sauro Rossi e Desi Goffi, segretario generale provinciale e operatrice FNP della CISL - 15/07/2008

Leggi e documenti regionali, provinciali e d'Ambito

Delibera Giunta Regionale n 107 del 28/01/2008 – Proposta di deliberazione di competenza del Consiglio regionale concernente il “Piano Sociale 2008-2010 – Partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale in un processo di continuità, stabilizzazione e integrazione delle politiche di welfare.

Proposta di atto amministrativo n. 81/08 a iniziativa della Giunta regionale presentata in data 29 gennaio 2008 - Piano Sociale 2008/2010 - Partecipazione, Tutela dei Diritti, Programmazione locale in un processo di continuità, stabilizzazione e integrazione delle politiche di welfare

Deliberazione della Giunta regionale n 1688 del 28/12/2004 – Approvazione Linee guida per la predisposizione dei Piani triennali di ambito sociale – obiettivi 2005-2007

Delibera Giunta Regionale n. 172/05 – Attuazione del riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche

Legge 8 novembre 2000, n. 328 - "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

Legge regionale 13 maggio 2003, n. 9 – Disciplina per la realizzazione e gestione dei servizi per l'infanzia, per l'adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie e modifica della Legge regionale 12 Aprile 1995. n. 46 concernente la “Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore dei giovani e degli adolescenti.

Legge Regionale 4 giugno 1996, n.18 – Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone handicappate.

Legge Regionale 2 marzo 1998, n. 2 – Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati

Legge Regionale 20/2002 – Definizione di casa di riposo

Linee guida per l'attuazione del Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali

Linee guida per la predisposizione dei Piani triennali di ambito sociale Obiettivi 2005-2007

Ambito Territoriale Sociale I di Pesaro - Comuni di Colbordolo, Gabicce Mare, Gradara, Mombaroccio, Monteciccardo, Montelabbate, Pesaro, Sant'angelo in Lizzola, Tavullia. Piano Sociale D'ambito Triennale 2005 – 2007 Fase Annuale 2005

Ambito Territoriale Sociale IV di Urbino – Comuni di Urbino, Borgo Pace, Fermignano, Mercatello sul Metauro, Montecalvo in Foglia, Peglio, Petriano, S.Angelo in Vado, Urbania, Comunità Montana Alto e Medio Metauro - Piano Sociale di Zona 2005-2007

Progetto Con-Tatto dell'ATS IV

Relazione programmatica relative all'attività dell'ATS IV di Urbino

Altre fonti

Prospettive sociali e sanitarie, numeri degli anni 2006-2007-2008.

La rivista delle politiche sociali, numeri degli anni 2006-2007-2008.

Venezia Mestre

Leggi e documenti regionali, provinciali e d'Ambito

Documenti regionali, di Ambito Territoriale Sociale e bibliografia locale

L.R. 15 dicembre 1982 n. 55 “*Norme per l’esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale*”

L.R. 56/94 “*Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale*”

L.R. 3 febbraio 1996 n. 56 “*Piano socio sanitario regionale per il triennio 1996-1998*”

L.R. 13 aprile 2001 n. 11 “*Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali*”

DDL 241/2002 “*Testo organico per le politiche sociali*”

Piani di zona dei Servizi Socio sanitari, Azienda Ulss 12.

Carte dei Servizi del Comune di Venezia, Dipartimento Politiche di Welfare
<http://www.comune.venezia.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/12359>

Relazioni “*Le nuove prospettive del servizio sociale nel sistema di welfare locale*”, Convegno organizzato dall'Ordine degli Assistenti Sociali del Veneto con il Patrocinio della Provincia di Venezia, del Comune di Venezia e dell'Università Cà Foscari, maggio 2008

Rapporto di ricerca “*Opportunità e criticità del terzo settore. Il caso Veneto*”, IRES e Fondazione Corazzin, 2005
http://www.parcosolidale.org/index.php?pg=cms&ext=p&cms_codcms=1141

Altre fonti

Borzaga C., Bragato S., Davanzo T., 1997, *Il non profit culturale. Una ricerca per l’individuazione dei fabbisogni di servizio nella provincia di Venezia*, Coses, Venezia.

Panozzo, F., 2004, “*Welfare locale e imprenditorialità sociale*”, in Studi Zancan, 5, Padova.

Sistemi regionali di welfare: profili e analisi comparata - primo rapporto Fondazione Zancan, Padova

Toffanin, T., Rapporto di ricerca “*Problematiche e prospettive del lavoro nelle imprese sociali nel territorio veneziano*”, Università Ca Foscari Venezia – Ires Veneto, 2007.

Elenco degli osservatori regionali

In attuazione del dgr n.2946 (ottobre 2003) la rete integrata degli Osservatori sociali presso le aziende ULSS ad oggi risulta così composta:

1) Osservatorio permanente sulla condizione giovanile, approvato con d.g.r. n. 4183 del 22.12.2000 e affidato all'Azienda ULSS n. 2 - Feltre. (assegnato, per competenza al Servizio Terzo Settore, Direzione regionale per i Servizi Sociali);

2) Osservatorio regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza, approvato con d.g.r. n. 2935 del 4.8.1998 e affidato all'Azienda ULSS n. 3 di Bassano del Grappa (assegnato, per competenza al Servizio Famiglia, Direzione regionale per i Servizi Sociali);

3) Osservatorio regionale sulla Popolazione anziana, approvato con d.g.r. n. 5021 del 28.12.1999 e affidato all'Azienda ULSS n. 12 di Mestre - Venezia (assegnato, per competenza al Servizio Anziani, Direzione regionale per i Servizi Sociali);

4) Osservatorio regionale per la tutela e promozione della persona, approvato con d.g.r. n. 5210 del 29.12.1998 e affidato all'Azienda ULSS n. 16 di Padova. (assegnato, per competenza al Servizio Prevenzione delle Devianze, Direzione regionale per i Servizi Sociali);

5) Osservatorio regionale Handicap, approvato con DGR n. 4303 del 30.11.1999 e con d.g.r. n. 876 del 10.3.2000, affidato all'Azienda ULSS n. 17 di Este (assegnato, per competenza al Servizio Disabili, Direzione regionale per i Servizi Sociali);

6) Osservatorio regionale per il Volontariato (assegnato, per competenza al Servizio Terzo Settore, Direzione regionale per i Servizi Sociali);

7) Osservatorio regionale sulla popolazione carceraria detenuta e in esecuzione penale esterna, approvato con d.g.r. n. 4026 del 30.12.2002 e affidato all'Azienda ULSS n. 16 di Padova (assegnato, per competenza al Servizio Prevenzione delle Devianze, Direzione regionale per i Servizi Sociali);

8) Osservatorio regionale sulle Dipendenze, approvato con d.g.r. 4019 del 30.12.2002, assegnato all'Azienda ULSS n. 20 di Verona (assegnato, per competenza al Servizio Prevenzione delle Devianze, Direzione regionale per i Servizi Sociali).

Roma Municipio I

ELENCO INTERVISTE

ENTI LOCALI

INTRM1 – Fabrizia di Profio, Posizione Organizzativa Servizi Sociali, Municipio I U.O. Servizi Sociali
INTRM2 – Lucio Spagnulo, Responsabile Applicazione PRS del Municipio I, Municipio I U.O. Servizi Sociali
INTRM3– Roberto Borzi, Responsabile area Adulti, Municipio I U.O. Servizi Sociali
INTRM4– Maria Giovanna Fortunato, Responsabile area Anziani, Municipio I U.O. Servizi Sociali
INTRM5–Silvia Menicucci, Assistente Sociale area Famiglia e Minori, Municipio I U.O. Servizi Sociali
INTRM6– Paolo Marchetti, Responsabile Servizio sociale professionale ASL RMA
INTRM7 – Domenico Antonio Viviani, Responsabile area Disabili adulti I Distretto, ASL RMA
INTRM8 – Fausto Giancaterina, Dirigente U.O. Disabilità e Salute mentale, Dipartimento V Politiche Sociali e della Salute, Comune di Roma
INTRM9 – Stefano Giuliani, Dirigente U.O. Minori e Famiglia, Dipartimento V Politiche Sociali e della Salute, Comune di Roma
INTRM10 – Giovanni Lelio Ciotti, Dirigente U.O. Immigrazione e Inclusione sociale, Dipartimento V Politiche Sociali e della Salute, Comune di Roma
INTRM11 – Aldo Barletta, Dirigente U.O. Emergenza sociale e Accoglienza, Dipartimento V Politiche Sociali e della Salute, Comune di Roma
INTRM12 – Daniela Moretti, Assistente Sociale, Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze
INTRM13 – Giulia Violi, Assistente Sociale Posizione Organizzativa Servizio I – Pianificazione territoriale e sistema informativo, Provincia di Roma

ISTITUZIONI NON PROFIT

INTRMA – Simonetta Tiberi, Presidente della Cooperativa sociale di tipo A e B Sadifor
INTRMB – Carmela Spina, Coordinatrice e referente area Giovani della Cooperativa sociale arl ONLUS Parsec
INTRMC – Marco Olivieri, Presidente del CdA della Cooperativa sociale Le mille e una notte
INTRMD – Bambina Cirella, Socia Responsabile Risorse Umane della Cooperativa Tutti giù per terra
INTRME – Paolo Rigetti, Responsabile Risorse Umane e Organizzazione della Cooperativa sociale ONLUS Cotrad
INTRMF – Emilia Casalvieri, Vice Presidente della Cooperativa sociale A e B La ragnatela
INTRMG – Carla Baiocchi, Referente dei servizi Associazione CDS Focus

Leggi e documenti regionali

Piano Regolatore Sociale 2008-2010, Comune di Roma – Municipio Roma Centro Storico
Piano Attuativo Locale (P.A.L.) Triennale 2008-2010, ASL RMA
Delibera C.C. n. 90 del 28 aprile 2005, “Regolamento Comunale per l’accreditamento di organismi operanti nei servizi alla persona”, Comune di Roma
Linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Regolatore Sociale, Comune di Roma
Legge Regionale 38/96 “Riordino, programmazione e gestione degli interventi e servizi socio-assistenziali nel Lazio”

Piano Regionale socio-assistenziale 2002-2004, Regione Lazio DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 ottobre 2002, n. 1408

Deliberazione Giunta Regionale 471/02 “Linee guida ai Comuni per l’utilizzo delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le politiche sociali (anno 2001)”

Deliberazione della Giunta Regionale 25 luglio 2003, n.704. “Criteri per il riparto del fondo per l’attuazione del piano socio-assistenziale regionale”

LEGGI REGIONALI DI SETTORE NELLA REGIONE LAZIO NEGLI ANNI 2001-2008.

2001

- l.r. 13/06/2001, n. 13

Riconoscimento della funzione sociale ed educativa degli oratori (B. U. n. 17 del 20 giugno 2001, s.o. n. 8)

- l.r. 29/11/2001, n. 29

Promozione e coordinamento delle politiche in favore dei giovani (B.U. n. 34 del 10/12/2001, s.o. n. 6)

- l.r. 07/12/2001, n. 32

Interventi a sostegno della famiglia (B.U. n. 36 del 29/12/2001)

- l.r. 20/12/2001, n. 40

Modifiche alle leggi regionali 9 settembre 1996, n. 38 "Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio" e 6.8.1999, n.14 "Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per la realizzazione del decentramento amministrativo (B.U. n. 36 del 29/12/2001, s.o. n. 7)

2002

- l.r. 22/04/2002, n. 10

Interventi a sostegno della famiglia per l'accesso alle opportunità educative nella scuola dell'infanzia (B.U. n. 14 del 20/05/2002)

- l.r. 11/07/2002, n. 18

Tutela del gioco infantile e disciplina delle ludoteche (B.U. n. 21 del 30/07/2002 s.o. n. 3)

- l.r. 28/10/2002, n. 38

Istituzione del garante dell'infanzia e dell'adolescenza (B.U. n. 32 del 20/11/2002, s.o. n. 7)

- l.r. 09/11/2002, n. 41

Norme a favore dei soggetti in attesa di trapianto d'organo, dei trapiantati e dei donatori (B.U. n. 33 del 30/11/2002)

2003

- l.r. 11/3/2003, n. 7

Istituzione di un fondo di solidarietà in favore delle famiglie di cittadini del Lazio appartenenti alle strutture operative di protezione civile, deceduti nell'ambito di operazioni di soccorso (B.U. n. 8 del 20/3/2003, s.o. n. 7)

- l.r. 14/07/2003, n. 17

Partecipazione delle associazioni di cui alla L.R. 24.5.1990, n. 58 (Concessione di contributi ed associazioni sociali regionali) e successive modifiche, ad organismi consultivi regionali (B.U. n. 22 del 9/8/2003, s.o. n. 6)

- l.r. 21/07/2003, n. 19

Norme per il diritto al lavoro delle persone disabili. Modifiche all'articolo 28 della LR 7.8.1998, n. 38 (Organizzazione delle funzioni regionali e locali in materia di politiche attive per il lavoro). Abrogazione dell'art. 229 della LR 10.5.2001, n. 10 (B.U. n. 22 del 9/8/2003, s.o. n. 6)

- l.r. 31/07/2003, n. 23

Interventi a favore dei laziali emigrati all'estero e dei loro familiari (B.U. n. 24 del 30/08/2003)

- l.r. 03/11/2003, n. 36

Consulta per i problemi della disabilità e dell'handicap (B.U. n. 32 del 20/11/2003, s.o. n. 6)

- l.r. 01/12/2003, n. 40

Interventi regionali a favore dei cittadini ciechi (B.U. n. 36 del 30/12/2003)

- l.r. 12/12/2003, n. 41

Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali (B.U. n. 1 del 10/01/2004)

- l.r. 24/12/2003, n. 42

Interventi a sostegno della famiglia concernenti l'accesso ai servizi educativi e formativi della prima infanzia (B.U. n. 36 del 30/12/2003, s.o. n. 9)

2004

- l.r. 27/02/2004, n. 2

Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2004.art 11 misure di sostegno per persone svantaggiate (B.U. n. 7 del 10/03/2004, s.o. n. 4)

- l.r. 29/04/2004, n. 6

Disposizioni in favore dei piccoli comuni del Lazio per le emergenze socio-assistenziali (B.U. n. 14 del 20/05/2004)

- l.r. 13/09/2004, n. 11

Assestamento del bilancio di previsione della Regione Lazio per l'anno finanziario 2004 ART 55 Istituzione del fondo socio-sanitario per la non autosufficienza (B.U. n. 26 del 20/09/2004, s.o. n. 9)

2005

- l.r. 14/01/2005, n. 5

Disposizioni per favorire il riutilizzo e la fruizione sociale dei beni confiscati alla criminalità organizzata. Modifiche alla LR 5.7.2001, n.15 (Promozione di interventi volti a favorire un sistema integrato di sicurezza nell'ambito del territorio regionale (B.U. n. 3 del 29/01/2005)

2006

- l.r. 28/04/2006, n. 5

Bilancio di previsione della Regione Lazio per l'esercizio finanziario 2006 (B.U. n. 12 del 29/04/2006, s.o. n. 6)

- l.r. 03/07/2006, n. 6

Istituzione della Consulta regionale per la salute mentale (B.U. n. 19 del 10/07/2006)

- l.r. 23/11/2006, n. 20

Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza (B.U. n. 34 del 9/12/2006)

2007

- l.r. 8/06/2007, n. 7

Interventi a sostegno dei diritti della popolazione detenuta della regione Lazio (B.U. n. 17 del 20/06/2007)

2008

- l.r. 14/07/2008, n. 10

Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati (B.U. n. 27 del 21/07/2008)

Altre fonti

AA.VV., *Quinto rapporto annuale sullo stato del regionalismo in Italia*, Giuffrè, Milano 2008.

AA.VV., *Quarto rapporto annuale sullo stato del regionalismo in Italia*, Giuffrè, Milano 2007.

Associazione Nuovo Welfare, *Il lungo cammino della riforma. Monitoraggio sull'applicazione della normativa sociale in Italia*, Roma, 2002

Napolitano G., *Tendenze delle politiche regionali nel settore socio-assistenziale*, in AA.VV., *Quarto rapporto annuale sullo stato del regionalismo in Italia*, Giuffrè, Milano 2007.
(www.issirfa.cnr.it)

Napolitano G., *Legislazione delle regioni e province autonome in materia di politiche sociali dopo la legge 328/2000 e la modifica del titolo V della Costituzione*, in AA.VV., *Quinto rapporto annuale sullo stato del regionalismo in Italia*, Giuffrè, Milano 2008. (www.issirfa.cnr.it)

SPES (Centro di Servizio per il Volontariato del Lazio), *La riforma dei servizi sociosanitari. L'impegno del volontariato. Una lettura dei Piani di Zona nella Regione Lazio 2002-2004*, Roma, 2006

Wol - Welfare On Line, N. 6, Ottobre 2008

Wol - Welfare On Line, N. 5, Luglio/Settembre 2008

Wol - Welfare On Line, N. 4, Maggio/Giugno 2008

RIEPILOGO PROGETTI INTEGRATI SOCIO-SANITARI ANNO 2007

1° DISTRETTO

RIEPILOGO PROGETTI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA					
MACROSTRUTTURA	UO DI RIFERIMENTO	NOME PROGETTO	UTENTE FINALE	ENTE COINVOLTO	ENTE COINVOLTO
I Distretto	U.Org. Consultorio per la Tutela della Salute dell'Infanzia, della donna e della famiglia I Distretto	Tutela Salute della Donna, I Distretto	Donne immigrate	Regione Lazio	Terzo Settore: Cooperativa
I Distretto	U.Org. Consultorio per la Tutela della Salute dell'Infanzia, della donna e della famiglia I Distretto	Informazione ed orientamento donne madri immigrate, I Distretto	Mamme immigrate	I Municipio	Comune di Roma
I Distretto	U.Org. Consultorio per la Tutela della Salute dell'Infanzia, della donna e della famiglia I Distretto	Tutela Salute e Sessualità, I Distretto	Studenti, Genitori e Insegnanti	Scuole Pubbliche del territorio	
I Distretto	U.Org. Consultorio per la Tutela della Salute dell'Infanzia, della donna e della famiglia I Distretto	Minori: interventi richiesti dalla magistratura minorile in collegamento con gli enti locali, G.I.L. (gruppo Lavoro Integrato) Consultorio, I Distretto	Tutela Minori e Genitorialità	I Municipio	Tribunale dei Minori di Roma
I Distretto	U.Org. Assistenza Domiciliare Tutela Salute Anziani: C.A.D. A.D.I. R.S.A. Patologie Terminali, I Distretto	Dimissioni Protette in base a protocolli di intesa ASL-Municipi-Comune di Roma, I Distretto	Anziani	Comune di Roma	I Municipio
I Distretto	U.Org. Assistenza Domiciliare Tutela Salute Anziani: C.A.D. A.D.I. R.S.A. Patologie Terminali, I Distretto	Centro Diurno Anziani Fragili: consulenza sistematica e continuativa, I Distretto	Anziani	I Municipio	Terzo Settore: Cooperativa
I Distretto	U.Org. Disabili Adulti I Distretto	(SAISH) Interventi per l'erogazione di servizi socio-assistenziali alle persone Disabili Adulti, I Distretto	Disabili adulti	I Municipio	Terzo Settore: Cooperativa
I Distretto	U.Org. Disabili Adulti I Distretto	Residenze Protette: Casa Famiglia persone disabili adulti, I Distretto	Adulti	I Municipio	Terzo Settore: Cooperativa
I Distretto	U.Org. Disabili Adulti I Distretto	Soggiorni Estivi, Week-End. I Distretto	Disabili adulti	I Municipio	Terzo Settore: Cooperativa
I Distretto	U.Org. Disabili Adulti I Distretto	Tirocini Formazione Lavori Disabili Adulti, I Distretto	Disabili adulti	I Municipio	Terzo Settore: Cooperativa
I Distretto	U.Org. Disabili Adulti I Distretto	Sostegno Gruppi Disabili e Famiglie, I Distretto	Disabili adulti	I Municipio	Terzo Settore: Cooperativa
I Distretto	U.Org. Tutela Salute Mentale e della Riabilitazione per l'Età Evolutiva (0-18 anni), I Distretto	Inserimento minori in case famiglia, soggiorni e centri ricreativi, I Distretto	Minori e Genitori	Comune di Roma	I Municipio
I Distretto	U.Org. Tutela Salute Mentale e della Riabilitazione per l'Età Evolutiva (0-18 anni), I Distretto	"Centro diritti infanzia e adolescenza", 285, I Distretto	Minori e Genitori	Comune di Roma	I Municipio
I Distretto	U.Org. Tutela Salute Mentale e della Riabilitazione per l'Età Evolutiva (0-18 anni), I Distretto	Interventi socio educativi nei punti di aggregazione giovanile, I Distretto	Minori	I Municipio	Terzo Settore: Cooperativa
I Distretto	U.Org. Tutela Salute Mentale e della Riabilitazione per l'Età Evolutiva (0-18 anni), I Distretto	Tirocini Formazione lavoro minori (borse lavoro), I Distretto	Minori	I Municipio	Terzo Settore: Cooperativa
I Distretto	U.Org. Tutela Salute Mentale e della Riabilitazione per l'Età Evolutiva (0-18 anni), I Distretto	Alunni Disabili Integrazione scolastica: partecipazione ai gruppi di lavoro per l'integrazione scolastica di cui all'art. 15 della legge 572/92 n.104, I Distretto	Minori disabili studenti / Docenti / Genitori /	Scuole pubbliche e private del territorio	I Municipio

RIEPILOGO PROGETTI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA					
MACROSTRUTTURA	UO DI RIFERIMENTO	NOME PROGETTO	UTENTE FINALE	ENTE COINVOLTO	ENTE COINVOLTO
		-stesura diagnosi funzionale - profilo dinamico funzionale -GLH operativi e di Istituto			
I Distretto	U.Org. Tutela Salute Mentale e della Riabilitazione per l'Età Evolutiva (0-18 anni), I Distretto	Assistenza domiciliare minorile famiglie con disagio psicosociale (attività individuali e di gruppo), I Distretto	Minori e Genitori	I Municipio	Terzo Settore: Cooperativa
I Distretto	U.Org. Tutela Salute Mentale e della Riabilitazione per l'Età Evolutiva (0-18 anni), I Distretto	Assistenza domiciliare disabili minori e famiglie, I Distretto	Disabili minori e Genitori	I Municipio	Terzo Settore: Cooperativa
I Distretto	U.Org. Tutela Salute Mentale e della Riabilitazione per l'Età Evolutiva (0-18 anni) I Distretto	Soggiorni Estivi, Week-End. I Distretto	Disabili minori	Comune di Roma	Terzo Settore: Cooperativa
I Distretto	U.Org. Tutela Salute Mentale e della Riabilitazione per l'Età Evolutiva (0-18 anni) I Distretto	(SAISH) Interventi per l'erogazione di servizi socio-assistenziali alle persone Disabili Minori, I Distretto	Disabili minori	Comune di Roma	I Municipio
I Distretto	U.Org. Assistenza Domiciliare Tutela Salute Anziani: C.A.D. A.D.I. R.S.A. Patologie Terminali I Distretto	Assistenza Domiciliare (CAD), I Distretto	Adulti / Anziani	I Municipio	Terzo Settore: Cooperativa
I Distretto	U.Org. Tutela Salute mentale e della Riabilitazione per l'Età Evolutiva (0-18 anni) I Distretto	Minori: interventi richiesti dalla magistratura minorile in collegamento con gli enti locali, G.I.L. (gruppo Lavoro Integrato) TSMRE, I Distretto	Minori e Genitori	Tribunale dei Minori di Roma	I Municipio