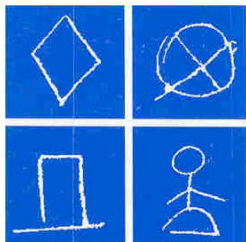


LE POLITICHE LOCALI CONTRO L'ESCLUSIONE SOCIALE



Commissione di
indagine
sulla povertà
e sull'emarginazione



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI

SOCIETÀ E ISTITUZIONI

**LE POLITICHE LOCALI
CONTRO
L'ESCLUSIONE SOCIALE**

**Commissione di indagine
sulla povertà e sull'emarginazione**

**PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER L'INFORMAZIONE E L'EDITORIA**

Testo elaborato dal Prof: Yuri Kazepov su richiesta della Commissione di indagine sulla povertà e sull'emarginazione

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI

COMMISSIONE DI INDAGINI'. SULLA POVERTÀ
E SULL'EMARGINAZIONE

Presidente
Pierre Carniti

Membri
Andrea Brandolini, Giuliano Cazzola, Mario Colombo,
Luigi Di Liegro, Paolo Garonna, Massimo Livi Bacci,
Giovanni Moro, Armando Sanguini, Chiara Saraceno,
Ugo Trivellato

Segretaria
Luciana Saccone

Collaborano
Guido Bolaffi, Viviana Egidi, Sergio Lugaresi, Maurizio
Manente, Mauro Maselli, Mario Marazziti, Carlo Trevisan

SOMMARIO

LE POLITICHE LOCALI CONTRO L'ESCLUSIONE SOCIALE

Presentazione	5
Introduzione	7
Capitolo I. Le misure di assistenza economica	13
<i>1.0. Introduzione: i contesti normativi regionali</i>	13
1.0.1. Il come, il quanto e il chi dell'assistenza economica nelle norme e nei piani di attuazione	17
1.1. Gli interventi delle città: regolamentazione e prassi dell'intervento economico	19
1.1.1. L'attuazione delle Leggi Regionali di riordino	19
1.1.2. Il Minimo Vitale	22
1.1.2.a. I destinatari	25
1.1.2.b. Le modalità di accesso e la loro verifica	26
1.1.2.c. I requisiti di reddito: la soglia del Minimo Vitale e la sua determinazione	26
1.1.2.d. Altre misure economiche esistenti (esempi)	28
1.1.3. Le misure di assistenza economica diverse dal Minimo Vitale	29
1.2. Considerazioni	32
Tabelle	33
Capitolo 2. Gli interventi a favore dei senza casa	49
2.0. Introduzione: i contesti normativi regionali	49
2.0.1. La questione della residenza per i senza fissa dimora	53
2.1. Gli interventi attuati	57
2.1.1. I dormitori pubblici	64
2.1.1.a. Criteri di ammissione	65
2.1.1.b. Tra tradizione e innovazione: i servizi offerti	68
2.1.1.c. Gli ospiti	69
2.1.1.d. L'emergenza freddo	70

2.1.2. La seconda accoglienza e gli appartamenti per le categorie deboli (esempi)	70
2.1.2.a. Per donne, madri sole con figli o gestanti	71
2.1.2.b. Per giovani	72
2.1.2.c. Per anziani	73
2.1.2.d. Per ex-detenuti	73
2.1.3. L'emergenza abitativa in senso stretto: cenni	73
2.1.4. Gli interventi mirati per immigrati: cenni	74
2.2. Considerazioni	77
Capitolo 3. L'Assistenza Domiciliare come politica di integrazione sociale degli anziani	79
3.0. Introduzione: definizione e contesti normativi regionali	79
3.1. Gli interventi attuali	84
3.2. Organizzazione del servizio e personale	87
3.2.1. Il decentramento	87
3.2.2. Lo strumento della convenzione	87
3.3. Le prestazioni	88
3.3.1. I Centri Diurni	89
3.3.2. L'assegno di Cura e l'Assistenza Domiciliare Indiretta	90
3.4. Destinatari e criteri	92
3.4.1. Gli utenti del servizio e i sistemi di rilevazione	94
3.5. Considerazioni	97
Capitolo 4. Alcune politiche per l'integrazione sociale dei minori	99
<i>Parte prima: L'AFFIDO FAMILIARE DEI MINORI E ALTRE NORME DI OSPITALITÀ</i>	99
4.0. Introduzione: il contesto legislativo nazionale e le articolazioni regionali	99
4.1. Definizione e tipologie di affido familiare	102
4.1.0. L'organizzazione del servizio affido	104
4.1.1. Le famiglie affidatarie: selezione, diritti e doveri	108
4.1.2. Assicurazione e sostegno economico mensile	109
4.1.3. Altre forme di ospitalità	112
<i>Parte seconda: LE INIZIATIVE EDUCATIVE A FAVORE DEI MINORI A RISCHIO</i>	114
4.2. Introduzione: alcuni riferimenti legislativi	114
4.2.1. Alcune iniziative	115
4.2.1.a. Nei Comuni del Mezzogiorno	116
4.2.1.b. Nei Comuni del centro-nord	119
4.3. Considerazioni	122

PRESENTAZIONE

Due sono gli obiettivi principali su cui si è impegnata la Commissione di Indagine sulla Povertà e l'Emarginazione. Il primo è quello di fornire dati e informazioni sulla diffusione e le caratteristiche della povertà nel nostro paese. Il secondo è quello di fornire al legislatore, ma anche agli amministratori, strumenti di valutazione delle politiche. La ricerca qui presentata risponde appunto a questo secondo obiettivo.

Nel nostro paese, come è noto, il DPI? 616 del 1977 ha trasferito la maggior parte delle competenze nella sfera dell'assistenza alle Regioni e ai Comuni. Manca tuttavia un quadro normativo che definisca standard di prestazioni e diritti minimi omogenei a livello nazionale pur nel rispetto delle specificità locali. Manca anche una strumentazione e rilevazione e sistemazione dei dati che consenta agli amministratori locali di verificare puntualmente le dimensioni e l'efficacia del loro operato e allo stesso tempo di confrontarlo con l'esperienza di altre amministrazioni locali. Di conseguenza, il quadro delle politiche locali contro la povertà si presenta insieme come ricco di innovazioni, di intelligente utilizzo di risorse spesso scarse, e altamente discrezionale sia nei soggetti che individua come beneficiari di un qualche sostegno, che nella entità dei sostegni stessi. Allo stesso tempo, la mancanza di meccanismi sistematici e omogenei per la raccolta dei dati (lati ai fini di valutazione delle politiche rende pressoché incomunicabile da una amministrazione all'altra, e talvolta all'interno di una stessa amministrazione, ciò che viene fatto, perché, con quali risultati. Una importante iniziativa sperimentale era stata avviata qualche anno fa con il SINSIA (Sistema Informativo Nazionale Socio-Assistenziale), ma è stata interrotta nel 1993.

Con questo studio, affidato al Centro Studi Interuniversitario sulla Diseguaglianza, su un campione limitato di città e su un numero limitato di politiche contro la povertà e l'emarginazione (misure di assistenza economica.. interventi per i senza casa, assistenza domiciliare per gli anziani non del tutto autosufficienti, assistenza ai minori a rischio o in difficoltà), la Commissione intende offrire un contributo sia alla conoscenza delle politiche concretamente esistenti, sia alla costruzione di un modello di rilevazione generalizzabile ad altri contesti locali e ad altre politiche, sia infine alla individuazione di alcuni nodi problematici che richiedono l'intervento del legislatore per quanto riguarda le politiche, il quadro che emerge dalle 14 città analizzate conferma che nel nostro paese i cittadini, specie i più poveri, fruiscono di "pacchetti di diritti" molto diversi che non dipendono, come sarebbe ovvio e legittimo, dalla condizione di bisogno, ma dal luogo in cui si abita, quindi dall'assetto che hanno in quel particolare contesto le politiche sociali e dell'assistenza. In altri termini, sembra che si stia consolidando nel nostro paese un sistema di cittadinanza sociale fortemente differenziato a livello locale, che risulta difficilmente accettabile da una democrazia e che smentisce anche gli impegni presi in sede europea in merito alla garanzia minima di risorse. Allo stesso tempo, emerge un "fai da te" dell'assi-

stenza, sia a livello di, elaborazione delle politiche che a quello della loro attuazione e valutazione, che spesso produce sprechi non solo finanziari, ma di energie e intelligenze investite, impossibilita di apprendimento cumulativo e circolare, di generalizzazione efficace. di valutazione adeguata.

La Commissione auspica che dalla lettura di questa ricerca il legislatore sia stimolato a porre finalmente mano a quella legge quadro dell'assistenza attesa ormai dal 1977 e in particolare a istituire, regolandolo e finanziandolo a livello nazionale, il minimo vitale per coloro che si trovano in povertà, in modo da eliminare inaccettabili disuguaglianze e discrezionalità. Auspica anche che Regioni, Comuni, Amministrazioni e organi di rilevazione centrali siano incoraggiati a cooperare nella messa a punto di sistemi informativi e di valutazione comuni. - uno strumento indispensabile sia per progettare e confrontare le politiche che per sorvegliare l'applicazione e giudicarne l'efficacia.

La Commissione

INTRODUZIONE

Con il DPR 616 del 1977 lo Stato ha trasferito alle Regioni e ai Comuni le competenze in materia di «beneficenza pubblica». In questo passaggio sta una delle grandi occasioni perse della politica sociale italiana. Le Regioni ed i Comuni hanno ereditato le proprietà e le funzioni di una serie di Enti, ora per lo più disciolti, che seguivano logiche di intervento per categorie di utenza più che per condizioni di bisogno (per esempio le madri nubili, gli orfani, i detenuti e i poveri assistiti dagli Enti Comunali di Assistenza, gli E.C.A.), ma non c'è stata la volontà di fornire un insieme di riferimenti ed indicazioni unitarie che permettessero di ricondurre le differenziazioni ed articolazioni locali in un sistema di sicurezza sociale quanto meno coerente a livello nazionale dal punto di vista della garanzia dei diritti sociali minimi. Questa mancanza ha lasciato gli enti territoriali in una *vacatio juris* che ha avuto e continua ad avere anche conseguenze negative.

Molte Regioni, in attuazione del DPR 616/77, e nell'attesa di questa legge quadro nazionale che permettesse un coordinamento e una relativa omogeneizzazione dei criteri di erogazione, hanno predisposto il riordino dei servizi socio-assistenziali a livello regionale. Non tutte, però, hanno ad oggi predisposto tale legge(1) e, comunque, quelle che lo hanno fatto non si sono coordinate tra loro e sono rimaste troppo nel vago nella determinazione dei principi generali. Anche i Piani Triennali, pensati per esplicitare le finalità e i criteri (di intervento e rendere, così, esecutive tali leggi, aggiungono ulteriori elementi di variabilità ad un panorama già eterogeneo. Il tocco finale viene dai Comuni, clone, in alcuni casi, il Consiglio Comunale ha deliberato in materia riorganizzando i propri servizi prima delle leggi regionali. In altri, come vedremo, non ha dato piena attuazione alle stesse.

Nel 1990 la L.N. n. 142 ha regolamentato il decentramento delle funzioni comunali a livello circoscrizionale e molti Comuni hanno, di conseguenza, deliberato un Regolamento che unifica criteri e procedure soprattutto per quanto riguarda l'accesso ai servizi e l'assistenza economica. Il tutto, però, solo a livello comunale e a fronte del fatto che comunque non tutti i comuni hanno deliberato in merito.

(1) Tra le regioni considerate nella ricerca, il Piemonte ha approvato L.R. 20/82 (e successive modifiche) e, più recentemente (1995), la nuova legge regionale (Norme per l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali); l'Emilia Romagna ha promulgato L.R. 2/85; la Lombardia la LR1/86, la Sicilia la L.R. 22/86, la Calabria la LR. 5/87, le Marche la L.R. 43/88; la Provincia Autonoma di Trento la L.P. 14/91; la Toscana la L.R. 42/92. La Campania con la L.R. 47/85 ha riunito in un unico fondo di spesa le materie trasferite ma non ha ancora approvato, insieme alla Puglia, una legge di riordino. Il Lazio la sta approvando: dopo una lunga discussione la legge è in esame al Consiglio di Stato.

Questa situazione ha portato nel tempo al consolidarsi di un sistema di cittadinanza sociale differenziato formalmente sul territorio nazionale che vede coesistere realtà molto differenti e all'interno delle quali i cittadini fruiscono di «pacchetti di diritti» molto diversi tra loro, che non dipendono dalla condizione di bisogno, ma dal luogo in cui il bisogno sorge e dal particolare assetto che in quel particolare luogo hanno i sistemi di tutela ed intervento per tali situazioni.

Questa forte eterogeneità formale si riflette su tutti gli aspetti, non ultimi quelli della verifica delle politiche e sulla connessa questione dell'esistenza (o della mancanza) di sistemi di monitoraggio, che producano informazioni da trasformare in conoscenza utile per la comprensione dei fenomeni e per un conseguente e, forse, più adeguato intervento. I dati che vengono riportati sia nel presente volume sia nei rapporti non pubblicati delle singole città riflettono le problematiche delle realtà locali, la frammentazione delle politiche e i criteri di accesso esistenti in quel particolare contesto territoriale, per quella particolare misura. I dati riflettono altresì modalità di rivelazione diverse, sia nei termini di qualità del dato (dati su erogazioni, fruitori (2) o nuclei e quante e quali caratteristiche sociali) sia in termini di gestione del dato (schede cartacee individuali, cartelle sociali, sistematizzazione informatizzata, gestione centralizzata o decentrata); non riflettono, quindi, necessariamente situazioni più o meno gravi, quanto la mancanza di criteri omogenei e certi.

Questo contribuisce, in sostanza, a configurare dei modelli di *prestrutturazione istituzionale* dei profili dei fruitori dei servizi stessi in cui un numero elevato di fruitori di una misura può voler dire che il problema è particolarmente acuto, come anche il contrario, ovvero che il diritto alla misura stessa copre una quota ampia di popolazione. Similmente pochi fruitori possono indicare un'area scoperta dal punto di vista dei diritti all'intervento in caso di bisogno, piuttosto che una situazione non drammatica dal punto di vista sociale. I problemi che questa situazione pone sono di fondamentale importanza nel momento in cui si vuole procedere ad una sistematizzazione delle informazioni per comprendere le differenze locali in termini di copertura del bisogno e di condizioni più o meno gravi da un punto di vista sociale. Dati quantitativamente simili possono riferirsi a contesti regolativi profondamente differenti, che rendono il dato difficilmente comparabile direttamente, e richiedono una preliminare comprensione del funzionamento del «filtro» istituzionale.

Un discorso simile vale anche per i dati relativi alla spesa per l'assistenza sociale. Gli unici dati comparabili sono quelli che abbiamo ricevuto dal Ministero degli Interni (cfr. tab.0.1.), ma sono talmente aggregati che difficilmente ci permettono considerazioni fondate. Certo nel confronto intercittadino della nostra indagine pilota Trento risulta sempre prima e Cosenza spesso all'ultimo posto, ma nel valutare questi dati non bisogna dimenticare che Trento fruisce di ingenti

(2) La differenza esistente fra «erogazioni» e «fruitori» sta nel fatto che un fruitore può beneficiare di più erogazioni. Il numero dei fruitori sarà, quindi, sempre inferiore o uguale al numero di erogazioni e mai superiore.

trasferimenti pubblici, da potersi permettere tali livelli di spesa. Bologna, invece, è forse al settimo posto nella spesa per «Assistenza e Beneficenza» anche perché ci sono numerose politiche preventive che contribuiscono, insieme al contesto socio-economico particolarmente dinamico, ad evitare percorsi di mobilità discendente.

Tab. 0.1. Spesa pro-capite per «Assistenza Infanzia e Asili Nidi» e «Assistenza e Beneficenza» nei comuni considerati 1993.

Nr.	Assistenza Infanzia e Asili Nido (1)		Assistenza e Beneficenza (2)			(1+2)
1.	Trento	(95.871)	Trento	(264.172)	Trento	(360.045)
2.	Milano	(75.453)	Catania	(163.537)	Milano	(215.195)
3.	Bologna	174.404)	Firenze	(142.127)	Catania	(206.599)
4.	Firenze	(63.656)	Milano	(139.711)	Firenze	(205.781)
5.	Pesaro	(56.547)	Torino	(113.399)	Bologna	(178.398)
6.	Torino	(49.100)	Pesaro	(109.954)	Pesaro	(166.501)
7.	Roma	(48.214)	Bologna	(103.993)	Torino	(162.500)
8.	Piacenza	(43.205)	Messina	(98.091)	Messina	(108.437)
9.	Catania	(43.062)	Napoli	(82.856)	Roma	(100.724)
10.	Ancona	(35.629)	Roma	(52.509)	Napoli	(84.516)
11.	Bari	(15.912)	Piacenza	(33.997)	Piacenza	(77.183)
12.	Cosenza	(12.233)	Ancona	(33.224)	Ancona	(68.854)
13.	Messina	(10.344)	Bari	(33.141)	Bari	(49.055)
14.	Napoli	(1.659)	Cosenza	(21.983)	Cosenza	(34.217)

Fonti: Nostre elaborazioni su dati: Ministero degli Interni, Direzione Generale, Amministrazione Civile, certificati consuntivi 1993 - Impegni di spesa corrente. ISTAT, censimento della popolazione, 1991.

E' proprio per questi motivi che, in questo studio pilota, è stata privilegiata la dimensione istituzionale: per offrire dei parametri di interpretazione e comprensione dei potenziali output informativi.

La ricerca ha analizzato quattro misure di politica sociale contro l'esclusione a livello locale:

- 1) le misure economiche erogate in base al Minimo Vitale;
- 2) le misure a favore dei senza dimora;
- 3) le misure di assistenza domiciliare anziani;
- 4) le misure di affidamento familiare minori e altri provvedimenti a favore dei minori a rischio.

Queste quattro misure sono state scelte perché coprono da un punto di vista formale un insieme di gruppi di popolazione a rischio di emarginazione particolarmente ampio. Le prime due misure fanno riferimento a leggi regionali e delibere locali e sono indirizzate a tutte le fasce d'età (tranne i dormitori), mentre le ultime

due hanno corte riferimento leggi nazionali o comunque provvedimenti unificanti e sono indirizzate agli anziani e ai minori. Questa differenziazione territoriale dei riferimenti legislativi formali svolge sicuramente un ruolo fondamentale nell'istituzionalizzare un sistema di disuguaglianze di trattamento a parità di bisogni, anche se come vedremo, alla differenziazione formale delle politiche corrisponde anche una differenziazione sostanziale delle politiche. Questo è vero per tutte e quattro le misure considerate, ma diventa ancor più evidente per l'assistenza domiciliare anziani e l'affido che a fronte di un quadro legislativo omogeneo a livello regionale, presentano notevoli differenze nell'attuazione a livello locale.

Il filo conduttore che attraversa, quindi, tutte le misure considerate dal rapporto nelle città in esame sembra essere l'eterogeneità. Un'eterogeneità dovuta all'effetto congiunto di variabilità differenti che sinergicamente moltiplicano e complicano le modalità di intervento senza, apparentemente far riferimento a un qualche criterio minimamente coerente e, soprattutto, uniforme. In altri contesti europei la situazione è più omogenea non solo perché esiste una legge quadro (3) ma soprattutto anche perché la sua applicazione segue criteri omogenei che lasciano poco spazio alla discrezionalità. Questo non deve far pensare ad una omogeneizzazione degli interventi intesa come uno stesso intervento per tutti, quanto al fatto che l'individualizzazione dell'intervento avviene in base a criteri certi, volti a garantire a tutti le medesime condizioni accesso. Un intervento omogeneo creerebbe paradossalmente diversità di trattamento perché riprodurrebbe le diversità delle singole condizioni di vita iniziali.

L'analisi che presentiamo in questo volume si basa su un'indagine pilota condotta, con la collaborazione di 14 gruppi di ricerca locali, in altrettante città italiane di grandi, medie e piccole dimensioni (cfr. tab. 0.2.). Di queste città, Piacenza, Pesaro, Firenze, Cosenza e Messina non erano comprese nel progetto iniziale finanziato dalla Commissione di Indagine sulla Povertà e l'Emarginazione e sono state incluse nella ricerca grazie a finanziamenti integrativi (4). Con una popolazione pari al 14.7% di quella nazionale, localizzate in 11 regioni, pur non offrendo una visione esaustiva delle politiche sociali locali, le città considerate offrono sicuramente una panoramica abbastanza rappresentativa del ventaglio di misure esistenti ed attuate in Italia nei differenti contesti territoriali.

(3)In Europa, oltre all'Italia solo la Grecia e il Portogallo, non hanno una legge quadro per l'assistenza sociale. La Spagna pur avendo avviato in questi anni un processo di regionalizzazione dell'assistenza sociale non ha fissato criteri omogenei a livello nazionale, presentando così per numerosi aspetti un assetto istituzionalmente frammentato come in Italia. Per una panoramica di sintesi dei differenti sistemi si veda: Commission of the European Communities (1995), *MISSOC: Social Protection social the Member States ei the European Union. The situation at July 1st, 1994 and evolution.*

(4)Nello specifico Piacenza è stata inclusa grazie al fatto che il Comune ha messo a disposizione un ricercatore/funziario; Pesaro è stata inclusa grazie ad uno stanziamento comunale che ha permesso di finanziare una ricercatrice locale; Firenze e Cosenza sono state incluse grazie ad un contributo del Dipartimento di Scienze Sociali dell'università di Torino sul fondo CEE dell'Osservatorio sulle Politiche di Lotta alla Povertà (prof.ssa Saraceno); Messina è stata inclusa grazie ad un finanziamento su fondi 40% Murst del progetto «Indagini preliminari per l'istituzione di un osservatorio longitudinale sulla povertà» (prof. Mingione). Ad essi va un sentito ringraziamento.

Tab. 0.2. Sinottica delle città considerate dall'indagine pilota, popolazione, regione di appartenenza, responsabile locale.

Nr.	Città	Abitanti	Regione	Responsabile locale
1.	Torino	962.507	Piemonte	Nicoletta Bosco (1)
2.	Milano	1.369.231	Lombardia	Susanna Terracina (2)
3.	Trento	101.540	Trentino Alto Adige	Elisabetta Ruspini
4.	Bologna	404.378	Emilia Romagna	Ornella Boggi
5.	Piacenza	102.268	Emilia Romagna	Giuseppe Magistrali
6.	Firenze	403.294	Toscana	Nedo Baracani (3)
7.	Ancona	101.285	Marche	Ornella Boggi
8.	Pesaro	88.713	Marche	Angela Vallarelli
9.	Roma	2.775.230	Lazio	Marco Accorinti
10.	Napoli	1.067.365	Campania	Enrica Morlicchio
11.	Bari	342.309	Puglia	Armida Salvati
12.	Cosenza	86.664	Calabria	Ada Cavazzani (4)
13.	Messina	231.693	Sicilia	Daniela Catanoso (5)
14.	Catania	333.075	Sicilia	Salvo Cacciola (6)

1) ha collaborato Antonella Meo;

2) hanno collaborato: David Minassi, Simone Ghezzi, Stefano Laffi, Raffaella Moro;

3) hanno collaborato: Alberto Tassinari, Monica Papini, Daniela Gremoli;

4) hanno collaborato bilancia Russo, Silvia Sivini;

5) ha collaborato: Annarosa Manfrè

6) hanno collaborato: Angela di Grazia, Maria Luisa Panebianco, Beatrice Rossino, Antonina Scuderi.

Da un punto di vista operativo, sulla base di una traccia comune, i gruppi di ricerca locali hanno intervistato funzionari responsabili e/o operatori nell'area di queste quattro politiche e hanno raccolto il materiale disponibile sia dal punto di vista legislativo (leggi nazionali, regionali, delibere, etc.) sia dal punto di vista della documentazione prodotta dai servizi stessi (dati sui fruitori, relazioni annuali, etc.). Tali informazioni, non sempre complete alla fonte, sono state poi utilizzate localmente per la ricostruzione dei singoli casi studio, che sono stati successivamente omogeneizzati quanto possibile grazie ad ulteriori approfondimenti.

Questo rapporto di sintesi ha lo scopo di ricostruire e ricomporre in breve il quadro che emerge dai rapporti delle singole città, fornendo così una guida preliminare alla lettura delle politiche sociali contro l'esclusione esistenti a livello locale, cercando di far emergere tratti comuni, tendenze e problemi. L'essere un rapporto di sintesi di un'indagine pilota fa ovviamente scontare al volume alcuni limiti — accentuati dai vincoli temporali e finanziari all'interno dei quali si è dovuta realizzare la ricerca — di cui siamo consapevoli. Non è stato, per esempio, possibile rendere conto adeguatamente di tutte le politiche attuate nei contesti più innovativi, in particolare delle misure di accompagnamento e delle politiche di assistenza economica o delle misure nei confronti dei minori a rischio; la pluralità di

soggetti istituzionali coinvolti e la peculiare articolazione di questi interventi avrebbe richiesto un approfondimento mirato che esulava dagli obiettivi prefissati. Un approfondimento mirato lo richiederebbero anche i dati sulla spesa e sui fruitori delle singole misure. L'analisi proposta in questo volume è da intendersi come preliminare a tali approfondimenti, in quanto pone in evidenza come le modalità regolative istituzionali danno senso alle informazioni prodotte. Partendo da questo presupposto, il volume dedica un capitolo ad ogni misura, che viene analizzata seguendo, per quanto possibile, un medesimo schema espositivo.

La complessità del lavoro di sistematizzazione delle informazioni è stata superata grazie all'aiuto di numerose persone, in particolare Susanna Terracina. Oltre ai gruppi di ricerca locali hanno letto con attenzione il manoscritto David Remassi. Simone Ghezzi, Simona Pigrucci, Alberta Andreotti. Maria Carbone e Luigi Francioli. Un aiuto speciale è venuto da Nicoletta Bosco e Ornella Boggi come anche da alcune istituzioni: *in primis* la Fondazione Bignaschi e la Cooperativa Elaborando che hanno reso possibile l'indagine da un punto di vista operativo. Ai gruppi di ricerca locali va un sentito ringraziamento per l'impegno mostrato e al Prof. Schizzerotto — direttore del Centro Studi Interuniversitario sulla Diseguaglianza Sociale con sede presso l'Università di Trento — per il sostegno attivo e intelligente dato alla ricerca. Infine, un ringraziamento particolare va anche a Chiara Saraceno che ha seguito la ricerca per conto della Commissione e che ha sempre fornito preziosi consigli in tutte le fasi dell'indagine. Ovviamente la responsabilità del risultato rimane mia.

Fiesole, dicembre, 1995

Yuri Kazepov

1. LE MISURE DI ASSISTENZA ECONOMICA

1.0. Introduzione: i contesti normativi regionali

In questo capitolo ci occupiamo delle misure di assistenza economica, intendendo con ciò le erogazioni in denaro sia di tipo continuativo sia di tipo occasionale, attuate nelle città oggetto dell'indagine (1). In particolare, verificiamo l'esistenza di un sussidio Minimo Vitale, ovvero un assegno mensile pagato per periodi definiti di tempo a individui o famiglie in condizioni di reddito e sociali al di sotto di una soglia ritenuta minima, o forme di assistenza economica alternative ma equivalenti dal punto di vista funzionale.

Effettivamente, in tutti i Comuni considerati esiste una qualche forma di assistenza economica. Le misure, però, si articolano in modo molto differente in relazione a:

- tipo di misura;
- soggetti aventi diritto;
- durata dell'erogazione.

Questa articolazione trova una prima spiegazione nella mancanza di una legge quadro nazionale che stabilisca dei criteri omogenei. Le leggi regionali di riordino dei servizi socio-assistenziali, infatti, oltre a non esistere in tutte le Regioni, hanno individuato i destinatari e spesso le soglie in modo autonomo, non coordinandosi tra loro. Una seconda spiegazione sta nel fatto che i criteri per l'erogazione vengono demandati per la loro definizione a livello comunale, dove spesso avviene un'ulteriore specificazione in categorie.

Sostanzialmente, comunque, in tutte le Regioni l'assistenza economica è intesa come strumento di sostegno a garanzia del soddisfacimento dei bisogni fondamentali di vita sia dei singoli individui, sia di nuclei familiari. La tabella 1.1.. mostra una sinottica delle principali leggi regionali cui le città che abbiamo analizzato si riferiscono. Le erogazioni in base al principio del Minimo Vitale vengono previste esplicitamente solo nei casi della Provincia Autonoma di Trento, della Regione Calabria e della Toscana. Negli altri casi il riferimento è implicito nel richiamo alla garanzia delle «condizioni di vita minime ed essenziali» (2).

(1) Per una migliore comprensione delle condizioni e dei meccanismi che regolano l'assistenza economica nelle città considerate, il testo va letto in parallelo alle tabelle in appendice al capitolo dove vengono riportate maggiormente in dettaglio e in forma sinottica le caratteristiche principali delle misure.

(2) Per non perderci in eccessivi nominalismi utilizzeremo nel prosieguo di questo lavoro il termine Minimo vitale per indicare le erogazioni monetarie che integrano il reddito del soggetto o del nucleo assistito fino ad una soglia considerata minima.

Tra le Regioni che abbiamo considerato, solo il Lazio, la Campania e la Puglia non hanno ancora approvato una legge di riordino dei servizi socio-assistenziali.

La Regione Lazio, per, ha predisposto un progetto di legge in merito (1995) al cui capo II tra gli interventi di sostegno alla persona e alla famiglia, è prevista l'assistenza economica «al fine di integrare i redditi singoli o familiari per il soddisfacimento dei bisogni primari». Tuttavia, nel progetto non viene citato il principio del Minimo Vitale e l'erogazione stabilita da Comuni singoli o associati, viene sottoposta al vincolo delle disponibilità di bilancio (3).

La Regione Campania, invece, ha promulgato nel 1985 la L.R. 47/85 per il «riordino delle materie trasferite ai sensi della legge 382 del 22 luglio 1975 nel settore dei servizi sociali. Norme di attuazione e organizzazione di spesa». Questa legge stabilisce l'istituzione di un fondo (4) per unificare amministrativamente tutti i fondi per l'assistenza economica, che però non si può definire propriamente una legge di riorganizzazione dei servizi.

In Puglia, al contrario, come vedremo più oltre, sono le delibere comunali a regolare i servizi socio-assistenziali e le erogazioni monetarie in particolare.

Nello stabilire il quadro generale e i principi di riferimento, le leggi regionali individuano gli aventi diritto all'assistenza economica, oppure, come nel caso del Piemonte, rimandano a specifiche delibere quadro (5). In prima istanza e in linea di principio non c'è una categorizzazione dei potenziali fruitori e non viene escluso nessuno. Hanno, infatti, diritto alle prestazioni tutti i cittadini residenti italiani e stranieri, i profughi e i rifugiati e coloro che si trovano temporaneamente sul territorio e necessitano di interventi non differibili. Rispetto a quest'ultimo punto vi sono in realtà interpretazioni più o meno inclusive, ma i criteri che sembrano accomunare tutte le leggi regionali sono quelli della residenza e dell'urgenza o emergenza (6).

(3) Con vincolo (il bilancio si intende principalmente il limite posto amministrativamente alla capacità di spesa degli uffici che si occupano di assistenza economica o che comunque la prevedono tra i propri interventi. E tendenzialmente a tale limite che gli operatori sociali devono orientarsi nel valutare le somme da erogare e la durata degli interventi.

(4) Il fondo è suddiviso in contributi ai Comuni per le seguenti categorie:

- a) intervento a favore degli anziani;
- b) per prevenzione, cura e riabilitazione (dei portatori di handicap);
- c) per la prosecuzione dell'assistenza economica già svolta dall'ENAOI e dall'ANMIL a favore degli orfani dei lavoratori e agli invalidi del lavoro e ai loro figli, compresa l'erogazione dell'assegno di incollocabilità;
- d) per l'assistenza post-penitenziaria;
- e) per l'assistenza e la beneficenza pubblica;
- f) per la prosecuzione dell'assistenza svolta dall'ONPI.

(5) L'art. 9 della l. R. 20/82 del Piemonte, specifica che: «con propria delibera quadro, secondo le indicazioni (del Piano Socio-Sanitario Regionale, ogni Unità Socio-Sanitaria Locale provvederà a definire parametri unitari di reddito e di bisogno cui commisurare l'erogazione dell'assistenza economica, compresa quella di natura assistenziale già di competenza di Enti le cui funzioni sono state attribuite a Comuni singoli o associati dal DPR 616/77».

(6) Come vedremo nel secondo capitolo, le ipotesi che interpretano restrittivamente questi criteri, tendono ad escludere dall'accesso ai servizi sociali le persone senza dimora «non residenti».

Chi è cittadino residente, sia italiano che straniero, ha diritto all'assistenza; per tutti gli altri è possibile al massimo ottenere un intervento eccezionale laddove sia dimostrata la non differibilità del bisogno allo scopo di consentire il rientro nel territorio di residenza.

Tale diritto diviene concreto nel momento in cui si manifesta una condizione di bisogno che costituisce sia la preconditione per avere accesso agli interventi socio-assistenziali, sia il criterio per definire e delimitare i destinatari. Solo la Lombardia e la Provincia Autonoma di Trento (P.A.T.) definiscono, però, in modo esplicito lo «stato di bisogno» (cfr. tav. 1.1.). In queste definizioni lo *stato di bisogno* non viene a coincidere necessariamente con una condizione determinata unicamente dall'insufficienza di reddito, ma piuttosto con un insieme di situazioni, anche diverse dal reddito, che possono combinarsi tra loro in modo estremamente diversificato o presentarsi singolarmente.

**Tav. 1.1. La determinazione dello stato di bisogno a Trento
nella Legge Provinciale, n. 14/91, art. 4.2. (7)**

«Lo stato di bisogno è determinato da almeno uno dei seguenti elementi:

- a) insufficienza del reddito familiare in rapporto alle esigenze minime vitali di tutti i membri del nucleo, allorquando non vi siano altre persone tenute a provvedere, o che di fatto provvedano, all'integrazione di tale reddito;
- b) incapacità totale o parziale di un soggetto, per effetto della quale lo stesso non sia in grado di provvedere ai propri bisogni, o il relativo nucleo familiare non possa assicurare un'adeguata assistenza;
- c) presenza di circostanze anche al di fuori dei casi previsti dalle lettere a) e b), a causa delle quali persone singole o nuclei familiari si trovino in situazioni di particolare bisogno, anche di carattere affettivo-educativo, o siano esposti al rischio di emarginazione;
- d) sottoposizione di un soggetto a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che impongano o rendano necessari interventi e prestazioni socio-assistenziali» .

L'aver inserito nel testo legislativo che a determinare la condizione di bisogno concorrano anche condizioni diverse dal reddito, mostra l'ambizione dei legislatori regionali di superare un concetto di bisogno meramente amministrativo e troppo legato ad indicatori esclusivamente economici. Questo, però, li ha portati a confondere tra loro due elementi fondamentali: da un lato la valutazione ed identificazione dello stato di bisogno e dall'altro gli aspetti amministrativi del diritto ad una qualche forma di tutela da parte del soggetto che si trova in un tale stato di bisogno. Il punto è che la valutazione dell'esistenza di uno stato di bisogno non deve costituire un elemento di discrezionalità che fa venire meno la certezza del diritto

(7) Nella stessa direzione va l'art. 12.3. L.R. 1/86 della Lombardia.

del soggetto ad un Minimo Vitale, quanto essere uno strumento per ampliare tale diritto, o quanto meno per poter operare con un grado maggiore di libertà su condizioni *border line*. In questo modo, soprattutto se integrato da misure di accompagnamento, l'intervento economico acquisterebbe una valenza più fortemente improntata alla prevenzione. In alcune città, come vedremo, per alcune «categorie» di destinatari (per esempio minori e anziani) questo effettivamente avviene; la questione (o la sfida) è legata piuttosto all'estensione degli interventi economici in chiave preventiva a tutte le persone in condizione di bisogno, come sarebbe in realtà previsto nella maggior parte delle leggi di riordino regionali.

Nelle Regioni in cui la questione della definizione dello stato di bisogno non viene affrontata esplicitamente si fa riferimento al permanere dello stato di bisogno considerandolo solo al fine di determinare il periodo limitatamente al quale il soggetto ha diritto all'erogazione di un sostegno economico. Il reddito costituisce, comunque, sempre l'indicatore di riferimento principale per l'erogazione del sussidio.

Seppure con le limitazioni accennate e con la vaghezza dei criteri di riferimento, le leggi regionali si inseriscono, in linea di principio, in una prospettiva di garanzia di un ammontare minimo che permette il soddisfacimento dei bisogni fondamentali, come avviene nella maggior parte dei paesi europei con un grado di inclusività piuttosto elevato. In tali paesi non viene lasciata scoperta alcuna area di bisogno al di sotto di una certa soglia. In questo le Regioni considerate nella presente ricerca pilota sono tendenzialmente in linea con le raccomandazioni dell'Unione Europea in materia di politica sociale, che prevedono condizioni di vita minime garantite a tutti (8). Le leggi regionali di riordino sono una grande innovazione rispetto a quella miscela tra la Legge Crispi (N. 6972 del 17 luglio 1890) e le categorizzazioni che si sono cristallizzate durante il fascismo, che caratterizzavano il sistema assistenziale prima del DPR 616/77. Restano, però, alcuni problemi di fondo che caratterizzano il sistema italiano nel suo complesso, che i Piani socio-assistenziali Regionali e Comunali (P.S.A.-R e P.S.A.-C) mettono implicitamente in evidenza definendo le linee di applicazione delle affermazioni di principio contenute nelle leggi. I diritti delle persone in condizione di bisogno economico, formalmente sanciti, vengono infatti ridimensionati da due elementi intervenienti che verranno analizzati nei prossimi paragrafi di questo capitolo:

- a) le direttive di implementazione regionali;
- b) la regolamentazione e la prassi nei singoli comuni.

(8) Si tratta ad esempio dell'art. 3 della direttiva E.U. n. 1408/71 sull'eguaglianza di trattamento delle persone residenti nei Paesi membri, nell'ambito dei provvedimenti di sicurezza sociale come anche delle raccomandazioni del 24-6-92 (92/441/E.E.C.) sulla necessità di avere criteri comuni rispetto a risorse e schemi di assistenza sociale nei paesi membri. In particolare quest'ultima raccomandazione esplicita in modo estremamente chiaro che i diritti a risorse minime devono essere garantiti al fine di facilitare l'integrazione sociale e il raggiungimento di un livello di vita dignitoso socialmente. L'ammontare dell'aiuto economico deve essere quindi adeguato in questo senso.

1.0.1. Il come, il quanto e il chi dell'assistenza economica nelle norme e nei piani di attuazione

Se analizziamo le direttive di attuazione (9) notiamo che non in tutte le Regioni considerate sono state approvate e, comunque, in alcune l'assistenza economica non assume la denominazione specifica di Minimo Vitale (cfr. 1.0.). Sinteticamente si può affermare che tali direttive convergono su alcuni punti:

— pur non essendoci una categorizzazione esplicita dei potenziali beneficiari, a titolo esemplificativo, vengono spesso identificate particolari categorie (per esempio i minori, gli anziani, ...) (10) rispetto alle quali viene *suggerito* di differenziare l'intervento;

— pur non essendo sempre menzionata esplicitamente (come viceversa lo è in Lombardia e in Sicilia), la soglia di riferimento è la pensione minima INPS. A tale ammontare viene solitamente aggiunto l'affitto. Il reddito del soggetto o del nucleo, sempre accertato (11), dovrebbe venire confrontato con tale somma complessiva;

— l'intervento economico viene suddiviso, prevalentemente, in: a) erogazioni di tipo continuativo che coprono periodi corrispondenti al perdurare della condizione di bisogno; b) erogazioni di tipo straordinario, *una tantum*, per bisogni contingenti;

— non è prevista, solitamente, una limitazione temporale esplicita all'erogazione dell'assistenza economica (12);

— sono sempre previste verifiche periodiche del permanere della condizione di bisogno;

— spesso è prevista una limitazione che esula dalla condizione di bisogno del soggetto e riguarda maggiormente i vincoli di bilancio regionali e comunali (per esempio in Lombardia, in Calabria e nel progetto laziale);

(9) In Lombardia tali direttive si trovano nel Piano Socio-Assistenziale triennale, a Trento ci sono oltre al piano (anch'esso triennale) delle determinazioni annuali adottate con delibera e nelle quali vengono specificate le modalità di erogazione dei servizi. In Toscana si trovano nel Piano Regionale Assistenza Sociale (P.R.A.S.), mentre in Calabria e Sicilia si fa riferimento alle Schede-Tipo di Regolamento in mancanza dei Piani attuativi.

(10) In Lombardia il P.S.A.-R per il triennio 1988-1990 definisce i destinatari come «i soggetti non in grado di provvedere in tutto o in parte a sé stessi che possono così essere identificati: Anziani, Minori, Inabili, persone o nuclei a rischio». A Trento sono previsti interventi specifici in favore di soggetti invalidi o affetti da nefropatia cronica e dei minori nomadi.

(11) A Trento se il capofamiglia risulta disoccupato viene applicato un reddito presunto. Anche nel caso in cui i componenti del nucleo possano svolgere un'attività lavorativa viene calcolata una quota presunta a meno di deroghe particolari per bisogni atipici sostenuti da una documentazione idonea e valutati caso per caso.

(12) In realtà a Trento il periodo massimo di erogazione è di 6 mesi all'anno ad eccezione dei casi di minorazione o di persona anziana. In tali casi l'erogazione viene estesa a 12 mesi. Gli interventi sono, comunque, iterabili in qualsiasi momento e per più volte, rendendo il limite solo formale e non sostanziale.

– spesso le direttive sono triennali, ma la loro validità viene prorogata fino all'approvazione delle direttive successive. In taluni casi (per esempio a Trento) le direttive triennali vengono integrate da determinazioni attuative annuali in cui vengono dettagliate le modalità di erogazione dei servizi in relazione all'andamento delle condizioni di bisogno e all'evolversi delle condizioni sociali del contesto locale.

Questi tratti, comuni più o meno a tutte le direttive di implementazione, introducono degli elementi che limitano considerevolmente i diritti delle persone in condizione di bisogno economico. La limitazione più vistosa, che ridimensiona notevolmente le affermazioni di principio menzionate nelle leggi regionali, è quella del vincolo di bilancio. Contrariamente a quanto avviene nella maggior parte dei paesi dell'Unione Europea, le erogazioni di sussidi monetari vengono vincolate alla disponibilità finanziaria delle casse comunali (13). Il diritto della persona viene così subordinato ai bilanci e non unicamente alla condizione di bisogno. Questo implica che «qualora il bilancio dell'Ente (comunale, *ndr*) non consenta la corresponsione a tutti i richiedenti degli importi a norma del precedente comma (14), verrà operata una riduzione percentuale e generalizzata» (CAP. IV, Scheda-Tipo di Regolamento, Regione Calabria). Il punto è che i legislatori (per esempio quelli lombardi) consigliano che «tali livelli (quelli del Minimo Vitale, *ndr*) [vengano] assunti con prudenza in relazione alle risorse disponibili data la metodologia nuova e mai sperimentata» (PSA-R Lombardo, 1988-1991). C'è, cioè, il timore che la situazione possa sfuggire al controllo. A questo timore corrisponde una gestione degli interventi economici caratterizzata spesso da un elevato grado di discrezionalità nel valutare sia l'opportunità dell'intervento, quanto le somme da erogare o la durata dell'erogazione. Tale discrezionalità, come abbiamo visto, è legata più alla mancanza di criteri certi e alla mancanza di una verifica della loro applicazione; non ha, cioè, lo scopo di permettere la predisposizione di interventi individualizzati e preventivi per tutte le persone in condizione di bisogno. La certezza di un Minimo Vitale definito *ex-ante*, però, non è necessariamente un'espressione di un intervento appiattito su aspetti e categorie amministrative. Una misura di sostegno economico certa nei propri parametri può, infatti, essere agevolmente parte di un progetto di inserimento sociale complessivo e personalizzato, come, tra l'altro, viene previsto da diverse direttive di implementazione (15). Questa prevista *integralità dell'intervento*, che è, per altro, più vera per alcune categorie (in particolare gli anziani e in taluni casi i minori) che non per altre (gli

(13) Alcuni casi studiati non vincolano *esplicitamente* l'assistenza economica ordinaria erogata in base al Minimo Vitale alle disponibilità di bilancio, ma solo l'assistenza straordinaria (per esempio Trento). La situazione viene, però, valutata in relazione alla gravità del caso.

(14) L'undicesimo comma del Cap. IV della Scheda-Tipo di regolamento della Calabria, stabilisce le soglie di reddito per l'accesso al sostegno economico. Il reddito varia da un minimo di L. 5.060.000 annuali per i nuclei di una persona a L. 19.000.000 per i nuclei di 7 persone.

(15) «L'intervento (economico, *ndr*) dev'essere inserito in un intervento globale» (Scheda-Tipo di Regolamento, Regione Calabria).

adulti), mostra che il retaggio categorizzante (pre-DPR 616/77) non è stato ancora del tutto superato (16).

1.1. Gli interventi delle città: regolamentazione e prassi dell'intervento economico

Un ulteriore elemento di variabilità è costituito dalle differenti modalità con cui i Comuni applicano le direttive di attuazione. Esso rende oggi più difficile la creazione di un sistema di diritti omogeneo sul territorio nazionale e aumenta l'incertezza del diritto, ostacolando la piena attuazione dei principi e dei diritti contenuti nelle leggi regionali di riordino. Tale articolazione a livello comunale delle misure economiche, in parte proprio anche conseguenza della mancanza di indirizzo a livello nazionale, si è consolidata in un insieme disomogeneo di misure; per questo motivo considereremo solo alcuni aspetti degli interventi comunali. In particolare focalizzeremo la nostra attenzione su:

1.1.1. i tempi di ricezione e di attuazione delle leggi regionali di riordino esistenti, in relazione all'assistenza economica;

1.1.2. Il Minimo Vitale (dove esiste);

- a) I destinatari;
- b) Le modalità di accesso, verifica ed i requisiti di reddito;
- c) La soglia del Minimo Vitale e la sua determinazione;
- d) *L'esistenza di altre misure integrative del Minimo Vitale;*

1.1.3. *Le misure diverse dal Minimo Vitale ma funzionalmente equivalenti.*

1.1.1. L'attuazione delle leggi regionali di riordino

Nelle città che abbiamo considerato, l'attuazione delle leggi regionali non è stata un processo semplice. Tra la deliberazione a livello regionale e l'anno di attuazione della misura a livello locale vi è sempre un lasso di tempo, più o meno lungo, e non sempre le leggi regionali vengono applicate. Vi sono, poi, alcuni Comuni nei quali il Minimo Vitale viene utilizzato come criterio per le erogazioni di sussidi economici, indipendentemente da quanto definito a livello regionale. Nell'insieme possiamo individuare quattro situazioni tipiche tra i Comuni considerati:

- a) i Comuni che hanno anticipato le leggi regionali;
- b) i Comuni che applicano la legge regionale;
- c) i Comuni che non applicano la legge regionale;
- d) i Comuni situati in Regioni senza legge regionale.

(16) Per un'analisi del Welfare State italiano nel suo complesso si rimanda a: Ferrera Maurizio, *Il Welfare State in Italia*, Il Mulino, Bologna, 1984; Ascoli Ugo (a cura di), *Il Welfare State all'italiana*, Laterza, Bari, 1984; Paci Massimo, *La sfida della cittadinanza sociale*, Edizioni Lavoro, Roma, 1990. Per un'analisi più mirata alle politiche sociali: Negri Nicola e Saraceno Chiara, *Politiche contro la povertà in Italia*, Il Mulino, Bologna, 1995.

a) Il Comune ha anticipato la legge regionale:

– A Torino già dal '78 l'amministrazione comunale ha predisposto un dettagliato regolamento che comprendeva misure di assistenza economica con riferimento al Minimo Vitale. Nel 1982 ha approvato la legge di riordino e, a livello comunale, con delibera del 1984, i criteri sono stati uniformati agli standard regionali e il Minimo Vitale agganciato alla soglia del minimo pensionistico.

– Ancona ha anticipato la Regione (L.R. 43/88) con un regolamento socio-assistenziale comunale già operativo dal 1981, che annualmente viene rinnovato, nel quale si stabiliscono i criteri di erogazione dell'assistenza economica a garanzia del minimo vitale (con riferimento alla pensione minima INPS).

– A Piacenza il Comune ha adottato il criterio del Minimo Vitale nel 1980, anticipando così la L.R. 2/85.

– A Firenze il Minimo Vitale è stato utilizzato come criterio per la determinazione dei sussidi monetari a partire dalla fine degli anni '70 (L.R. 42/92). Il Consiglio Comunale di Firenze ha deliberato successivamente (1/1/94) un Regolamento per l'assistenza sociale in cui sono specificati anche i criteri per l'assistenza economica e i beneficiari.

– A Catania l'attuazione del Minimo Vitale risale al 1983, mentre la legge regionale è del 1986 (L.R. 22/86).

b) Il Comune ha applicato la legge regionale:

– A Trento il Minimo Vitale è stato attivato nel '91 in applicazione della legge provinciale L.P. 14/91. La situazione è, però, particolare perché l'ente preposto alla programmazione e all'organizzazione dei servizi socio-assistenziali è la Provincia Autonoma di Trento che, fino al '91 ha gestito direttamente tutta la materia socio-assistenziale secondo la legge di riordino 30/80. L'assistenza economica veniva già gestita dalla fine degli anni '70 in base a criteri simili al Minimo Vitale, però, dalla Provincia e in compartecipazione con gli E.C.A. Con la L.P. 14/91 vi è stato il passaggio di competenze dalla Provincia al Comune e sono stati sciolti gli E.C.A.

– A Milano nel Piano socio-assistenziale Comunale (PSA-C) del 1989, posto in essere in applicazione della L.R. 1/86 e del PSA-R del 1988 sono stati identificati i destinatari e i criteri di erogazione del Minimo Vitale.

– Il Comune di Pesaro, in applicazione della legge regionale (L.R. 43/88) e in attesa del Piano regionale, ha proceduto dal 1989 al 1994, all'attuazione di misure di assistenza economica mediante delibere. L'assistenza economica erogata esplicitamente in base al Minimo Vitale è stata attivata con l'approvazione del regolamento da parte del Comune nel 1994, che la disciplina in modo organico.

c) Il Comune non ha attuato la legge regionale:

– A Cosenza ed a Messina a livello comunale non è prevista la misura di integrazione al Minimo Vitale, benché nelle leggi regionali si faccia riferimento ad un intervento a carattere continuativo per il raggiungimento del Minimo Vitale. A Cosenza la legge regionale è del 1987, ma a livello comunale è prevista solo l'assistenza economica straordinaria.

d) I Comuni situati in Regioni nelle quali non esiste una legge di riordino

– A Roma, Napoli e Bari la misura del Minimo vitale non è prevista né attuata a livello cittadino, ma d'altra parte non è prevista neppure a livello regionale, mancando le leggi di riordino. Sono previste comunque delle forme di assistenza economica anche continuativa.

Questa differenziazione nella tempestività con la quale viene recepita la normativa trova riscontro in una situazione altrettanto differenziata rispetto all'esistenza o meno del Minimo Vitale e alla sua applicazione. Le città che applicano il criterio del Minimo Vitale sono: Torino, Milano, Trento, Piacenza, Bologna, Ancona, Pesaro, Firenze e Catania. Non viene previsto, viceversa, a Roma, Napoli, Cosenza, Bari e Messina.

Tab. 1.1. Sinottica sulle misure di assistenza economica

	Minimo vitale continuativo e temporaneo	Diverso dal minimo vitale continuativo	Contributo Straordinario
Torino	–Minimo vitale – Minimo vitale fino al limite previdenziale (anche temporaneo) – A titolo di prestito	–Minimo alimentare	–Servizi integrativi MV – Servizi sostitutivi – Contributi straordinari
Milano	–Minimo vitale	– Sussidi per adulti R-N, UAD – Sussidi per minori SSMI	– Straordinario
Trento	–Intervento economico continuativo – (compreso temporaneo)		– Interventi economici una tantum
Piacenza	–Integrazione economica al MV del Comune – Contributo al MV della USL		– Interventi di assistenza economica straordinari-Comune – Contributi econ. Straordinari-USL – Contributi riscaldamento-Comune
Bologna	–Minimo vitale	– Sussidio continuativo-Comune – Sussidio continuativo-USL – – Sussidi continuativi integrativi e/o sostitutivi di servizi-USL	– Sussidio una tantum-Comune – Sussidio una tantum-USL
Ancona	–Assegno continuativo di mantenimento – Assegno temporaneo di mantenimento	–	– Assegno straordinario una tantum

Segue: Tab. 1.1. Sinottica sulle misure di assistenza economica

	Minimo vitale continuativo e temporaneo	Diverso dal minimo vitale continuativo	Contributo Straordinario
Pesaro	– Assistenza economica continuativa – (compreso temporaneo)		– Assistenza economica straordinaria – Assistenza economica per spese sanitarie
Firenze	– Assistenza economica continuativa per bisogni vitali – Assistenza economica temporanea		– Assistenza economica straordinaria
Catania	– Minimo vitale		
Roma	no	– Contributo ordinario	– Contributo straordinario
Napoli	no no	– Sussidio ex ECA per disoccupati – Sussidi ex ENAOLI – Sussidi per ex detenuti, famiglie di detenuti – tutti sospesi dal '93 per dissesto finanziario	– Sussidi straordinari a disposizione del sindaco fino al '93
Cosenza			– Assistenza ex ECA
Bari		– Assistenza economica di base (mai attivata)	– Assistenza economica straordinaria
Messina		– Servizio madri nubili – Sussidio ex enaoli – Sussidio ex annil	– Contributo economico di solidarietà (sospeso)

1.1.2. Il Minimo Vitale

Nonostante la persistenza di notevoli differenze locali, che vedremo successivamente, le misure di Minimo Vitale attuate nelle città che abbiamo analizzato sono caratterizzate da alcuni elementi comuni:

— per Minimo Vitale si considera prevalentemente una soglia di reddito che corrisponde alla pensione minima dell'INPS (L. 650.000 circa mensili per il 1995) e che viene annualmente aggiornata tendenzialmente in base all'incremento degli indici Istat sul costo della vita. Coloro che hanno un reddito mensile al di sotto di questa soglia, siano individui o nuclei (17), vengono considerati in stato di bisogno;

(17) Rispetto al calcolo della soglia per i nuclei familiari vengono utilizzate solitamente delle scale di equivalenza. Sull'argomento si veda il paragrafo 1.1.2.c. del presente capitolo.

– il sussidio economico che viene erogato dovrebbe esser determinato, teoricamente, dalla differenza tra la soglia del Minimo Vitale e il reddito effettivo della persona o del nucleo. Non tutte le persone in stato di bisogno, però, hanno egualmente diritto a tale integrazione. Ci sono delle *categorie di beneficiari* (ereditate dal sistema precedente al 1977) che, spesso, sono prese in carico da uffici diversi che si occupano di categorie specifiche e che erogano il sussidio con un grado diverso di automatismo. Tra queste ci sono, come vedremo, gli anziani (>60 se donne o >65 anni se uomini), che normalmente hanno diritto ad un'integrazione di reddito al Minimo Vitale continuativa, cioè non limitata nel tempo se la condizione di bisogno persiste. Ad essi sono equiparati anche gli inabili al lavoro con un'invalidità accertata maggiore di una percentuale variabile da città a città;

– tendenzialmente, per le *categorie* meno protette nel sistema assistenziale (per esempio gli adulti (18) vi è un grado relativamente alto di discrezionalità da parte dell'operatore sociale sia nella valutazione dello stato di bisogno, sia nella decisione sulla somma da erogare;

– il vincolo di bilancio può limitare le erogazioni economiche e in molte città vi è un tetto massimo dell'erogazione (19);

– gli *obbligati per legge* preposti, secondo il Codice Civile (art. 433), al mantenimento dei familiari in condizioni di necessità, sono i parenti fino al quarto grado di parentela. L'azione di rivalsa, però, dovendo essere avanzata dal soggetto stesso, spesso non costituisce un vincolo all'erogazione del sussidio anche se, a volte, i parenti obbligati vengono comunque considerati ai fini del computo del reddito familiare.

A fronte di questi tratti comuni, in ogni città le misure assumono oltre che una denominazione diversa anche peculiarità proprie. Queste derivano soprattutto dal fatto che le delibere istitutive ed attuative a livello locale stabiliscono criteri e vincoli che trasformano l'intervento, aumentando il margine di indeterminatezza ai vari livelli territoriali del diritto dei soggetti in condizioni di bisogno. Ciò contribuisce a delineare dei confini di inclusione/esclusione mobili, rendendo così la comparazione particolarmente complessa. Come possiamo notare dalle tabelle sinottiche in appendice a questo capitolo, la categorizzazione dei beneficiari, lungi

(18) Il fatto che gli adulti siano più protetti nell'ambito del sistema previdenziale (per esempio attraverso l'indennità di disoccupazione o gli assegni familiari) dipende da vari elementi. Se da un lato abbiamo il fatto che le politiche sociali (es. di mantenimento del reddito) italiane si sono sviluppate nella fase espansionistica dei sistemi di Welfare, collegandosi alla posizione lavorativa, in un contesto di piena occupazione. Dall'altro abbiamo il fatto che il sistema italiano nel suo complesso è stato costruito incrementalmente, senza un disegno unitario e sottostando a forti pressioni corporative che tendevano a far tutelare coloro che erano già inseriti nel mercato del lavoro. Non è casuale che il tasso di disoccupazione degli adulti maschi, sia in Italia tra i più bassi in Europa; in alcune regioni addirittura il più basso

(19) In alcuni casi, nel momento in cui vengono erogati servizi diversi dal Minimo Vitale (per esempio le persone vengono accolte presso istituti o viene fornita l'assistenza domiciliare) paradossalmente si perde il diritto all'integrazione al Minimo Vitale (per esempio a Roma).

dall'essere superata a livello locale, determina spesso ancora i flussi di risorse per categorie più o meno protette. Su questo aspetto si innestano molti elementi di differenziazione (20) che, oltre a variare da contesto a contesto, non dipendono necessariamente dall'esistenza di una condizione di bisogno *tout court*. In alcune realtà, la continuità dell'erogazione, per esempio, dipende in parte anche da eventuali vincoli di bilancio e dall'uso di forme di contrattazione tra l'operatore sociale e le persone in condizione di bisogno. Questi due aspetti combinati tra loro creano una notevole variazione nei modi e nei tempi di erogazione del minimo vitale e del grado di copertura delle condizioni di bisogno.

Nel complesso possiamo classificare le città analizzate che adottano il Minimo Vitale in base alle modalità con cui le stesse definiscono gli aventi diritto. Da questo punto di vista vi sono:

a) le città in cui è stato approvato un regolamento socio-assistenziale (per esempio Milano (21), Firenze, Ancona, Pesaro e Trento). Tale regolamento stabilisce una misura *generale* ed equipara la soglia del minimo vitale alla pensione minima dell'INPS (22).

b) le città in cui l'assistenza economica è regolata da delibere *specifiche* come Bologna, Torino, Piacenza e Catania (23) in cui si fa riferimento a categorie particolari. In questi casi l'integrazione al Minimo Vitale (soglia = pensione minima INPS) è garantita solo agli anziani, invalidi e handicappati; per gli altri vi è una serie molto eterogenea di misure specifiche che non sempre fanno riferimento alla medesima soglia;

Il regolamento socio-assistenziale (a) definendo dei criteri di valutazione uniformi per tutti i servizi, tende a semplificare gli interventi e superare la categorizzazione dei destinatari, inoltre è uno strumento che, formulando esplicitamente i criteri di erogazione, permette una maggiore chiarezza e riduce lo spazio di discrezionalità degli operatori (24).

Negli altri casi (b) che regolano gli interventi con delibere specifiche esistono da un lato numerose misure di durata diversa e con destinatari diversi e dall'altro casi in cui l'erogazione è dettata dalla prassi consolidata e/o dalla disponibilità finanziaria.

(20) Tra questi per esempio abbiamo la continuità o meno dell'erogazione, le modalità di calcolo dei redditi ai fini della determinazione della soglia, la definizione di un ammontare massimo, etc...).

(21) In realtà a Milano ci si riferisce al Piano Socio-Assistenziale Comunale del 1989, che però fornisce delle indicazioni troppo generiche per configurarsi come un vero e proprio regolamento da applicare alla lettera.

(22) Trento, con una soglia inferiore la minimo INPS e più vicina alla pensione sociale, costituisce da questo punto di vista, un'eccezione.

(23) A Catania esiste una delibera precedente alla legge regionale che, però, è in contrasto con quest'ultima. Il Comune applica la delibera per l'individuazione dei destinatari e la legge regionale per i parametri. Il Consiglio Comunale sta discutendo ora un nuovo regolamento socio-assistenziale.

(24) Ovviamente la discrezionalità degli operatori rimane un elemento importante nella strutturazione ed organizzazione dell'intervento, ma non deve essere strumento di limitazione dei diritti delle persone in condizione di bisogno.

Gli effetti di questa suddivisione (a e b) vengono ridimensionati dal fatto che benché il regolamento socio-assistenziale preveda criteri omogenei, in molti casi le misure vengono distinte in *assistenza economica continuativa*, erogata agli anziani, agli inabili ed ai minori e *temporanea*, erogata agli adulti; ciò nonostante il regolamento socio-assistenziale costituisca lo strumento formale per avviare a livello locale il superamento della frammentazione degli interventi.

1.1.2.a. I destinatari

Come abbiamo visto, le leggi regionali nell'individuare i destinatari dell'assistenza economica si riferiscono a singoli e nuclei in stato di bisogno e all'universalità di tale prestazione per tutti i residenti, i profughi e le persone temporaneamente dimoranti sul territorio regionale che rientrino in determinate fasce di reddito. A livello comunale i beneficiari dell'assistenza economica continuativa vengono, generalmente, ristretti agli anziani maggiori di 60 o 65 anni (a seconda se femmine o maschi), agli invalidi, ai minori a carico di nuclei indigenti e alle famiglie di detenuti e di ex-detenuti. In pratica solo per *categorie* per le quali esiste già di per se una normativa statale più ampia di tutela rispetto ad altri gruppi di popolazione e che, per così dire, non hanno *colpa* del proprio stato di bisogno.

In tutti i casi è anche previsto un sostegno a individui o nuclei adulti non in grado di provvedere con i propri mezzi. Tale contributo economico, pur essendo compreso solitamente tra le misure erogate in modo continuativo (25), nella realtà viene erogato solo per periodi limitati di tempo (3-6 mesi) rinnovabili al massimo fino ad 1 anno. Inoltre, se per gli anziani e i disabili il rinnovo è quasi automatico, data la situazione presumibilmente costante e irreversibile, e per i minori vi è un elevato grado di copertura fino al raggiungimento della maggiore età o comunque al completamento degli studi, per gli adulti il grado di discrezionalità nella decisione del rinnovo è relativamente elevato. In alcuni casi (per esempio a Torino) vengono individuate alcune tipologie di adulti a rischio di emarginazione, come i disoccupati, i senza fissa dimora e i tossicodipendenti. Per tutti, però, la condizione per avere un sostegno economico continuativo (seppure limitato nel tempo) è da un lato il cumulo di situazioni di bisogno (26), e dall'altro la manifesta volontà di uscire da tale situazione. Le madri nubili o gestanti sono garantite per periodi brevi espressamente a Torino (27), Piacenza e Messina. Gli immigrati vengono menzionati in quanto categorie che possono ricevere un sostegno a Pesaro e a Firenze,

(25) In alcuni casi (per esempio a Firenze e Ancona) la misura viene considerata separatamente e denominata temporanea. Anche Bologna ha un intervento specifico per gli adulti (cfr. paragrafo 1.1.2.d.).

(26) Il cumulo delle situazioni di bisogno consiste nella compresenza di uno o più fattori specifici di deprivazione che si sommano all'insufficienza di reddito, diminuendo ulteriormente l'effettiva e la potenziale autonomia del nucleo.

(27) In casi particolari, motivati esplicitamente, si può arrivare fino ad un anno. Il minore, comunque, può essere coperto fino ai 15 anni.

mentre a Trento vengono esclusi dalla fruizione del Minimo Vitale a fronte di un accordo con la Provincia volto a facilitare il loro accesso ai servizi.

1.1.2.b. Le modalità di accesso e la loro verifica

In tutti i casi analizzati le condizioni necessarie all'erogazione del sostegno economico sono:

- una domanda esplicita, sia essa da parte del soggetto beneficiario o di terzi;
- l'istruttoria da parte dell'assistente sociale a livello decentrato che prevede l'accertamento della condizione di bisogno e dei requisiti e la valutazione della situazione.

I casi si differenziano, viceversa, in relazione al fatto che la decisione dell'erogazione venga presa a livello decentrato o centralizzato.

Nelle città dove il servizio sociale è organizzato territorialmente, l'erogazione è decentrata e l'assistente sociale ha più influenza nello stabilire se il cittadino che fa domanda ha diritto all'assistenza economica e se sono rispettati i requisiti stabiliti. Il fondo stanziato dal Comune per l'assistenza economica viene, in questi casi, spesso diviso ai vari livelli di decentramento che acquisiscono una certa autonomia di spesa.

A Trento ed Ancona la decisione viene presa a livello centrale da una commissione tecnico-amministrativa. Per alcune categorie di persone, come i transitanti (28) a Roma e i senza dimora a Torino vi è un ufficio centralizzato.

A Milano esiste un sistema misto perché la decisione viene presa da servizi diversi in relazione alle categorie di utenza. Se il servizio è decentrato su base territoriale, come è il caso dei servizi per anziani (C.A.D.A.) e minori (S.S.M.I.), allora anche le decisioni sono in parte decentrate. Viceversa per i servizi centralizzati come l'Ufficio Adulti in Difficoltà (U.A.D.), i Ricoveri Notturni (R.N.), o «l'Ufficio H» per i portatori di handicap, le decisioni sono tendenzialmente centralizzate.

A Piacenza la decisione è centralizzata in un Ufficio Adulti Emarginati-Assistenza Economica.

In nessun caso, comunque, l'erogazione è automatica e tra la domanda di sostegno economico e l'erogazione passa mediamente un mese.

1.1.2.c. Requisiti di reddito: la soglia del Minimo Vitale e la sua determinazione

Rispetto ai requisiti di reddito c'è una sostanziale convergenza nel considerare la soglia di reddito del Minimo Vitale la pensione minima dell'INPS. Fa eccezione Trento che utilizza tabelle predisposte negli anni '70 e aggiornate annualmente ma, comunque, al di sotto dell'ammontare INPS.

Per tenere conto della dimensione del nucleo familiare, a volte a livello regionale nei piani di attuazione (per esempio la Lombardia, la Sicilia e la Calabria),

(28) Questa categoria comprende tutti i non residenti in condizione di bisogno: i senza dimora, gli stranieri senza permesso di soggiorno, etc.

a volte a livello locale, sono state predisposte delle scale di equivalenza. Nelle città considerate esiste, però, un elevato grado di disomogeneità tra le stesse, e l'impressione che se ne ricava è che il criterio alla base della determinazione delle scale sia tendenzialmente la casualità (cfr. tab. 1.2.).

Tab. 1.2. Scale di equivalenza utilizzate per determinare la soglia del Minimo Vitale in relazione alla dimensione del nucleo familiare

	TO	TN	MI	BO (1)	PC	FI	AN	PS	CT (2)	CIPE (3)
1 componente	100	100	100	100	100	100	100	100	75	100
2 componenti	70	75	65	89	70	59	50	50	25	66
3 componenti	40	50	47	82	50	46	33	33	35	56
4 componenti	40	50	42	82	50	37	24	24	15	50
5 e oltre	40	20	39		50	37	24	24		46
Persona sola		120								

(1) Nel caso di nucleo composto da due anziani Bologna eroga un ammontare procapite pari alla quota base -11%. Nel caso di nuclei composti da 3 o più anziani si sottrae per ciascuno alla quota base il 18% per ogni persona convivente.

(2) In questo caso la scala parametrica determinata a livello regionale è parzialmente applicata e personalizzata a seconda delle caratteristiche dei componenti del nucleo familiare: il capofamiglia riceve il 75%, il coniuge a carico il 25%, altro familiare a carico fino a 14 anni il 35% altrimenti il 15%.

(3) La scala di equivalenza della Commissione di Indagine sulla Povertà e l'Emarginazione è determinata considerando il consumo medio procapite come soglia (=100) per una famiglia di due persone; per ragioni di comparabilità con le scale adottate negli altri Comuni sono state ricalcolate le proporzioni, ponendo =100 la soglia del Minimo Vitale per 1 persona.

Fonte: Nostre elaborazioni su delibere e regolamenti comunali delle città in esame.

Nella definizione della soglia di reddito al di sotto della quale il soggetto viene considerato in una condizione di bisogno ed avente diritto all'assistenza economica si considera spesso oltre alla somma del Minimo Vitale anche l'affitto e altre spese aggiuntive quali. In alcuni casi viene stabilito un massimale per queste spese (per esempio a Torino L. 108.000 o Ancona L. 300.000 per l'affitto) che può prevedere anche un'integrazione per il riscaldamento (29). In altri casi l'affitto e le spese fisse per l'abitazione invece di venire aggiunte al Minimo Vitale, vengono detratte dal reddito del soggetto fino ad un massimo prefissato (per esempio a Bologna corrisponde per una persona sola a L. 127.000). L'effetto è lo stesso, ma l'eterogeneità dei criteri viene confermata. A Piacenza è previsto per i beneficiari del Minimo Vitale un contributo straordinario per le spese di riscaldamento inver-

(29) A Trento se tali spese non vengono accertate vengono forfettizzate a L. 113.000 mensili (1994).

naie e ad Ancona per gli anziani e inabili sono previste erogazioni *una tantum* per il riscaldamento e le spese dell'abitazione (30).

L'ammontare del contributo economico teoricamente da erogare è sempre dato dalla differenza tra tale soglia e il reddito accertato. Non sempre, però, nella pratica viene erogata la somma nella sua interezza, anche se non esiste un tetto massimo per l'ammontare, tranne a Trento dove è pari a L. 1.419.000 mensili, aumentabili solo in casi eccezionali (31).

Nella determinazione dell'ammontare da erogare vi sono due ulteriori elementi di variabilità: l'eventuale contributo dei parenti da un lato e il metodo di calcolo delle entrate (32). Entrambi possono contribuire a portare a soglie molto diverse.

I parenti *obbligati per legge* secondo l'art. 433 del Codice Civile sono tenuti a contribuire al sostegno dell'individuo o del nucleo in stato di bisogno, ma quasi mai il Comune ha la facoltà di praticare un'azione di rivalsa nei loro confronti. Infatti, non è il Comune ad essere titolare del diritto agli alimenti e, dunque, non può (sempre) rivalersi direttamente sui parenti del soggetto obbligati per legge agli alimenti tramite un'azione legale.

In alcune città (per esempio a Torino, Ancona e Pesaro) esistono dei regolamenti molto precisi rispetto alla definizione dei contributi a cui sarebbero tenuti i parenti, proporzionali alle fasce di reddito in cui si collocano. Di essi si tiene conto per determinare il reddito di colui che richiede il Minimo Vitale. In altri casi, invece, in presenza di familiari obbligati il contributo viene ridotto in modo omogeneo per tutti (per esempio del 20% a Firenze).

1.1.2.d. Altre misure economiche esistenti (esempi)

Tra gli interventi di assistenza economica che abbiamo analizzato dobbiamo ancora citarne due che sono al confine delle nostre classificazioni: il «Minimo Alimentare» e il «sussidio continuativo» di Bologna.

Il concetto di Minimo Alimentare, inteso solitamente come un sottoinsieme del Minimo Vitale, dovrebbe essere volto a garantire la sopravvivenza fisica del soggetto. È di entità inferiore ed è stato previsto solo a Torino e a Milano. A Torino, però, unica città che lo applica, più che essere parte integrativa del Minimo

(30) Dietro a questa differenziazione non vi è alcun criterio omogeneo, quale potrebbe essere, per esempio, tenere conto dei costi medi locali degli affitti.

(31) Se la somma delle quote individuali supera l'importo del limite previdenziale l'importo complessivo viene calcolato aggiungendo al limite previdenziale stesso il 2,5% per ogni componente il nucleo, escluso il primo. A Torino accanto al Minimo Vitale esiste anche un «Minimo Vitale ridotto fino al Limite Previdenziale», che si basa sul limite di reddito mensile previsto dall'INPS per l'erogazione della pensione sociale intera al coniuge (poco più di L. 1.000.000).

(32) Solitamente per il calcolo delle entrate viene considerato il 100% di tutti i redditi di tutti i membri del nucleo familiare. Trento fa eccezione. A fronte della considerazione del 100% del capofamiglia e del coniuge/partner viene considerato solo il 70% degli altri membri del nucleo familiare. Per le persone in grado di lavorare e con un reddito non accertato a Trento viene presunto un reddito mensile di L. 311.000 ed a Piacenza L. 200.000.

(33) Vitale, è una misura pensata per individui e nuclei in *temporanea* difficoltà economica. Il Minimo Alimentare corrisponde ad una somma di L. 206.910 (1995) (33). Condizione necessaria per l'erogazione, oltre ai requisiti di reddito, è che nessuno all'interno del nucleo sia occupato e percepisca un salario.

A Bologna, il Servizio Sociale Adulti e la USL erogano un sussidio continuativo a favore di adulti, ex detenuti, famiglie di detenuti, ed i minori con le rispettive famiglie. Tale sussidio fa riferimento al Minimo Vitale per identificare la soglia oltre la quale si ha diritto all'intervento, ma è fissato in un ammontare che può arrivare fino a un massimo di L. 300.000 per individuo e L. 500.000 per categorie particolari come i nuclei monoparentali.

Entrambe queste misure si aggiungono ad altre esistenti contribuendo a rendere il panorama ancora meno chiaro ed omogeneo sia a livello di criteri di erogazione sia a livello territoriale.

Interventi straordinari o una tantum

A fianco delle misure di intervento economico continuativo, tutte le città prevedono l'erogazione di interventi straordinari e, laddove esiste il Minimo Vitale, viene utilizzata la stessa soglia per stabilire chi ne ha diritto. In casi di eccezionale gravità la soglia di reddito può essere pari a due volte il Minimo Vitale (per esempio a Torino).

Generalmente l'assegno *una tantum* è volto a coprire le spese contingenti e urgenti (34) ed è rivolto agli stessi destinatari del Minimo Vitale, erogazione alla quale può sommarsi. Spesso viene anche utilizzata come misura di intervento a favore di persone con redditi leggermente superiori a quelli previsti dalle soglie.

In alcune città il contributo straordinario va a coprire espressamente anche le spese sanitarie contingenti (per esempio a Trento, Pesaro, Ancona e Bologna). A Torino ci sono tre misure a carattere straordinario: la prima senza specificazioni; la seconda integrativa all'intervento economico al Minimo Vitale che stabilisce un tariffario per le diverse spese (sanitarie, di cura, per l'educazione, etc.) e la terza che va a coprire le spese di alcuni servizi quali la mensa, la lavanderia, il vestiario o può coprire la quota in convenzione della pensione (o struttura analoga) che ospita l'utente.

1.1.3. Le misure di assistenza economica diverse dal Minimo Vitale

Nelle città dove l'assistenza economica non viene erogata in base al Minimo Vitale, la situazione è ancora più eterogenea. I criteri variano sia tra i diversi comuni che all'interno dei Comuni stessi a livello di circoscrizioni.

(33) A questo ammontare va aggiunto il 10% nel caso di persona sola e il 55% nel caso di nuclei di 2 persone. Viene aggiunta poi una quota di L. 72.220 per le utenze energetiche fino al limite di reddito previdenziale.

(34) Gli interventi straordinari possono comprendere spese scolastiche, spese legate all'abitazione o a contributi INPS, qualche volta anche spese legali o biglietti di viaggio, etc..

– A Roma il contributo ordinario è rivolto *in primis* ad anziani. Anche i minori e gli adulti indigenti hanno diritto a tale contributo, ma l'erogazione viene limitata da una maggiore selezione operata attraverso un intervento più discrezionale. La durata dell'erogazione è subordinata, similmente alle altre città al persistere della condizione di bisogno, ma la soglia di reddito al di sotto della quale si ha diritto al sussidio è più elevata di quella del Minimo Vitale; essa corrisponde a L. 800.000 per gli anziani, mentre è compresa tra le L. 700.000 e L. 1.000.000 per i nuclei familiari. La somma erogata varia, però, notevolmente dato che ogni circoscrizione adotta criteri differenti ed è vincolata da un proprio bilancio. La somma non supera, comunque, mai le L. 200.000 mensili. Il fatto di beneficiare di un sostegno economico, inoltre, esclude le persone in condizione di bisogno dalla fruizione di altri interventi dell'amministrazione comunale, in palese contrasto con la tendenza ad integrare l'intervento economico in un intervento più complessivo. Vengono erogati anche un contributo straordinario *una tantum* non ripetibile né cumulabile, pari a un massimo di L. 500.000 ai beneficiari con gli stessi requisiti del contributo ordinario e, dal 1986, un sussidio continuativo in favore delle famiglie dei detenuti e degli ex detenuti.

– A Napoli qualsiasi tipo di erogazione economica non compresa in voci di bilancio con copertura finanziaria garantita da trasferimenti specifici (per esempio per i minori) è sospesa dal 1993, anno in cui è stato dichiarato il dissesto finanziario (35). Fino a quella data venivano erogati sussidi straordinari *una tantum* di importo variabile (L. 200.000/L. 500.000) finanziati attraverso un fondo istituito nel 1958 a disposizione del sindaco (36).

— A Bari, nel 1987, è stato deliberato dal Consiglio Comunale un regolamento che, pur non facendo riferimento alla soglia del Minimo Vitale, distingue i sussidi economici in interventi di base e interventi straordinari. Il servizio di assistenza economica di base non è, però, mai stato attivato per l'esiguità dei fondi stanziati dall'assessorato, motivo per il quale le tabelle con le soglie di reddito (inferiori al minimo INPS dell'epoca) non sono state mai aggiornate. Di fatto viene erogata solo una somma di L. 200.000-L. 300.000 *una tantum* da parte delle 9 Circoscrizioni che sono, comunque, vincolate dalla relativa esiguità dei fondi stanziati dall'amministrazione comunale (L. 400 milioni per il 1994). Anche l'assistenza economica straordinaria, prevista per casi di grave difficoltà contingente, piuttosto che per

(35) A Napoli il dissesto finanziario è stato dichiarato in base all'art. 25 L.N. 144/89. Attualmente il meccanismo è regolato dal D.L. 77 del 25-2-1995. Le principali conseguenze della dichiarazione di dissesto finanziario sono: a) la nomina di una commissione governativa per la gestione del bilancio (l'amministrazione ordinaria perde ogni potere di decisione in merito); b) l'elevazione di tutte le tariffe al tasso massimo tabellare; c) quando possibile, la vendita dei beni comunali; d) il divieto di nuove assunzioni; e) la mobilità del personale ritenuto in eccedenza dai commissari; f) l'inaprimimento dei controlli sui potenziali aventi diritto a prestazioni economiche.

(36) Il gruppo di ricerca di Napoli ha incontrato notevoli difficoltà ad avere informazioni dai funzionari dei servizi sociali e dato che molto spesso le informazioni sono affidate alla loro memoria storica, la ricostruzione del caso è stata possibile solo parzialmente.

spese dovute a condizioni sanitarie particolari o per l'inserimento-reinserimento lavorativo, è in realtà vincolata dallo stanziamento annuale. Questi vincoli, di fatto, impediscono alle circoscrizioni di operare in modo adeguato.

– A Messina l'assistenza economica viene prestata a specifiche categorie di persone suddivise in base agli enti assistenziali esistenti precedentemente al DPR 616/77. In particolare l'assistenza economica viene erogata alle madri nubili, agli orfani (ex ENAOLI), ai grandi invalidi del lavoro (ex ANMIL) e alle famiglie dei caduti e dispersi in guerra (A.N.F.D.C.G, *Associazione Nazionale Famiglie dei Caduti e dispersi in Guerra*).

a) Alle madri nubili. Il servizio, trasferito dalla Provincia al Comune nel '91, comporta un sostegno economico a favore di madri con minori illegittimi con età inferiore ai 15 anni in stato di bisogno e con un reddito familiare inferiore ai 12 milioni l'anno. L'ammontare per il 1994 è stato pari a L. 250.000 mensili per il primo minore (L. 120.000 per il secondo e L. 100.000 per il terzo) e non è stato integrato con altre misure di sostegno o accompagnamento.

b) Ai minori orfani (ex ENAOLI) fino all'età di 21 anni o comunque fino al completamento degli studi. Il contributo economico che viene erogato annualmente alle famiglie monoparentali è compreso tra le L. 528.000 e L. 7.249.000 (37). Questi due servizi (a+b) sono stati attivati in base alla L.R. 22/86 che li finanzia interamente.

c) Ai grandi invalidi del lavoro e ai loro figli (ex ANMIL). Questo servizio pre-vede l'erogazione di somme per le vacanze di 15 giorni, le cure termali a favore di invalidi al 100%. e il pagamento del canone TV. A favore dei loro figli vengono poi erogate L. 241.000 annue se frequentano le superiori e L. 467.000 se frequentano l'università.

Vengono poi previste altre misure più o meno continuative con somme annuali comprese tra L. 500.000 e L. 3.000.000 (38).

(37) Gli assegni di mantenimento erogati ai minori orfani dipendono dal reddito percepito annualmente dalla famiglia di appartenenza, secondo il decreto del 18-3-1994 dell'Assessorato degli Enti Locali, che fissa le seguenti quote da elargire:

- per i nuclei con reddito zero, l'assegno per un solo figlio è di L. 7.249.000, cifra che aumenta di L. 350.000 per ogni figlio, per un massimo di 6 figli;
- per la fascia di reddito L. 0-L. 4.462.000, la cifra annuale ammonta a L. 3.852.000 per un figlio;
- per la fascia di reddito L. 4.462.000-L. 7.830.000, la cifra annuale ammonta a L. 2.050.000 per un figlio;
- per la fascia di reddito L. 7.830.000-L. 8.334.000, la cifra annuale ammonta a L. .416.000 per un figlio;
- per la fascia di reddito L. 8.334.000-L. 15.000.000, la cifra annuale è di L. 612.000 per un figlio;
- oltre L. 15.000.000, l'assegno erogato è di L. 528.000 mensili per un figlio.

(38) Tra questi abbiamo, per esempio, gli assegni di incollocabilità (tra L. 2.000.000 e L. 2.900.000) e di incollocamento proporzionale ai mesi di disoccupazione. L'A.N.F.D.C.G. eroga un assegno annuo di L. 608.000.

Infine è prevista l'erogazione di un contributo straordinario di solidarietà per soggetti e nuclei familiari economicamente bisognosi, secondo la L.R. 10/79, che è stata sospesa dal '90 per mancanza di un regolamento.

1.2. Considerazioni

Le misure di assistenza economica illustrate in questo capitolo mettono in evidenza un'estrema variabilità sia formale sia sostanziale degli interventi a livello locale. Questa variabilità non è tanto il risultato di un adeguamento a condizioni socio-economiche differenti, quanto di una differenziazione istituzionale dei sistemi di garanzia di un livello minimo di vita politicamente determinata *ex-ante* ed indipendentemente dalle condizioni di bisogno. Le tendenze messe in evidenza pur mostrando dei timidi tentativi di superamento della frammentazione ed eterogeneità esistenti non sono sufficienti a garantire eguale accesso a condizioni di vita minime su tutto il territorio nazionale e a tutte le persone in condizione di bisogno. Questo pone comparativamente l'Italia, insieme alla Grecia, al Portogallo e, in parte, alla Spagna, in una posizione di debolezza dal punto di vista dei diritti di cittadinanza sociale in ambito europeo. Ciò che differenzia l'Italia dagli altri paesi mediterranei è però la compresenza di realtà molto avanzate e innovative (prevalentemente i Comuni del centro-nord) e realtà più tradizionali e stigmatizzanti (prevalentemente i comuni meridionali), resa possibile dalla mancanza di una legge quadro sull'assistenza e quindi di un contesto legislativo di riferimento omogeneo anche per gli interventi di sostegno economico. In sostanza ciò che manca, in particolare per le misure di assistenza economica, è un insieme di criteri di intervento che determinino il diritto del soggetto con un reddito inferiore ad una determinata soglia, ad una erogazione *certa* di un ammontare che gli consenta una condizione di vita dignitosa. L'aiuto economico non deve dipendere da vincoli di bilancio, ma dallo stato di bisogno del soggetto.

Gli effetti perversi di tale situazione sono conosciuti e ad essi vanno rivolti gli sforzi di riforma. Come è noto, la Commissione di Indagine sulla Povertà e l'Emarginazione ha proposto l'istituzione di un minimo vitale a livello nazionale che va proprio nella direzione necessaria: unifica criteri, stabilendo parametri certi e vincolanti anche per gli enti locali; unifica le numerose misure esistenti evitando una sperequazione e differenziazione di intervento facendo tesoro anche dell'esperienza di altri paesi europei nel delineare il disegno dell'intervento e delle sue modalità di attuazione (39). In particolare viene data molta importanza alle misure di accompagnamento che, potendo contare sull'assicurazione di un minimo vitale, possono aiutare le/gli assistenti sociali a costruire un intervento sociale più completo ed efficace.

(39) Vedi Commissione di Indagine sulla Povertà e l'Emarginazione, *Verso una politica di lotta alla povertà: l'assegno per i figli e il minimo vitale*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma, 1995. Per una ricostruzione delle proposte di legge sull'assistenza sociale, i contenuti e le implicazioni si veda Giumelli Guglielmo *Assistenza: una legislazione incompiuta. Materiali per un dibattito* in «Marginalità e Società» n. 17, pp. 73-105, 1991.

Segue: ASSISTENZA ECONOMICA - Minimo vitale (MV)

CITTÀ	TORINO	TORINO	PIACENZA	PIACENZA
Durata massima di erogazione beneficio	continuativa <i>a titolo di prestito con impegno</i> per restituzione a persone in attesa di pensione fino alla liquidazione, rinnovabile di 6 mesi in 6 mesi	- periodo previsto per a) e b) - max 1 anno non rinnovabile per adulti - fino a età 15 anni per minori in nuclei con insufficienza economica, rinnovabile di 6 mesi - fino autonomia economica minori (oltre 18 solo per completamente studi)	continuativa max 1 anno per adulti	6 mesi rinnovabili
Modalità di calcolo	(MV+affitto)-(reddito)+contributo parenti) (affitto max £108.080)	scala di equivalenza MV ridotto 1.127.293 complessivo per nucleo di 3 comp o più, +2,5% per ogni comp.	(MV+affitto+telefono per persone sole)-reddito accertato. Per ogni componente maggiore in grado di lavorare si presumono 200.000	MV + affitto (- reddito)
Verifica della persistenza condizione di bisogno	annuale	alla domanda	annuale	almeno semestrale
Tempo medio tra la richiesta e l'erogazione	1 mese	1 mese	2 mesi	1 mese
Nr. beneficiari nel 1994	4.744 (erogazioni) 2.587 (erogazioni a titolo di prestito)	469 (erogazioni)	2 nuclei familiari e 80 individui	13 nuclei familiari

(1) Per limite previdenziale si intende il limite di reddito mensile previsto dall'INPS per la concessione della pensione sociale intera al coniuge, che ammonta a 1.127.293 per il 1995. La somma delle quote di minimo vitale per il nucleo di 3 persone non può superare tale limite. Per i nuclei composti da più di tre componenti si somma il 2,5% procapite oltre il limite.

(2) Donne appena separate, madri nubili sole con minori < 15, vedove con minori < 15 primo periodo, persone marginali, tossicodipendenti in disintossicazione, nuclei con capofamiglia tossicodipendente, ex detenuti appena dimessi, famiglie di detenuti nel primo periodo, minori in nuclei con insufficienza di reddito, minori segnalati all'autorità giudiziaria in affidamento, con necessità di studio. N.B. Nella tabella non sono stati inseriti i dati sulla spesa perché troppo disomogenei tra loro. Vi sono, comunque, comuni che dispongono di dati precisi e disaggregabili (per esempio Torino, Trento, Bologna, in parte Milano, etc.), altri comuni invece che hanno voci troppo aggregate per poter essere utilizzate (per esempio la maggior parte dei comuni meridionali) in base alle caratteristiche che l'intervento assume in quello specifico contesto.

Segue: ASSISTENZA ECONOMICA - Minimo vitale (MV)

	TRENTO	PESARO	CATANIA	MILANO	BOLOGNA
Denominazione	Intervento economico mensile/continuativo	Assistenza economica continuativa	Minimo vitale	Minimo vitale (per anziani SSR: Sussidio Sostitutivo di Reddito)	Sussidi mensili per garantire Minimo vitale ad anziani ed inabili di tipo continuativo
Riferimento normativo	L.P. 14/91 PSA-P '93-'95 determinazioni annuali	L.R. 43/88 delibera n. 167 del 1989 regolamento socio-assistenziale 1995	L.R. 22/86 schema di regolamento dopo del 1988 delibera n. 137 del 1983	L.R. 1/86 PSA-R del 1989 PSA-C del 1990	L.R. 2/85 o.d.g. n. 1317 del 1986 e PC n. 56190/86 delibere di delega, successive modifiche
Anno di attivazione	(1980) 1991	1982	1983	1988	'71, dal 1986 delega ai quartieri
Livello di erogazione	centralizzato-commissione tecnico-amministrativa	centralizzato	decentrato-circoscrizione	decentrato-consiglio di zona (CADA/UAD/R-N istruttoria, central. l'erog.)	decentrato-servizio sociale di quartiere
Beneficiari	soggetti in stato di bisogno: - anziani - invalidi/nefropatia - minori nomadi - indigenti	- anziani indigenti - persone con grave handicap psico-fisico - nuclei familiari insopportabili al mantenimento componenti - minori orfani di uno o entrambi - persone gravi problemi di devianza, emarginazione - immigrati in regola	- anziani >60 - famiglia in stato di indigenza - famiglie di detenuti - famiglie con membro con gravi problemi di salute - orfani di entrambi i genitori - gravi handicap	- anziani 55-64 (D) CADA 60-64 (U) CADA - minori SSMI - adulti 18-55 (D) UAD 18-60 (U) UAD	- anziani in condizione di bisogno economico in pensione/ in attesa di pensione, inabili al lavoro per età, > di 65 anni - invalidità accertata >2/3
Soglia di reddito	£402.000 quota base=MV PS=MV (£600.000 per il '95) per anziani indigenti MV=£740.000 no propr. immobiliari (esclusa ab.)	pensione minima INPS=MV	pensione minima INPS=MV	pensione minima INPS = MV	pensione minima INPS = MV (£656.000 per il '95) +£30.000 no proprietà immobiliari (esclusa abitazione)

Segue: ASSISTENZA ECONOMICA - Minimo vitale (MV)

CITTÀ	TRENTO	PESARO	CATANIA	MILANO	BOLOGNA
Rivalsa sui parenti (obbligati per legge, art. 433 CC)	no	si sui parenti 1° e 2° grado	no	n.p.	si
Durata massima di erogazione beneficio	- continuativa a tempo indeterminato per anziani e inabili - mesi per max 6 mesi reiterabili per gli altri	- continuativa per anziani e adulti con handicap gravi (6 mesi rinnovabili) - max 6 mesi in 1 anno per gli altri	- continuativa per anziani (1 anno) - assistenza temporanea (4 mesi)	continuativo	continuativo (1 anno rinnovabile)
Modalità di calcolo	[(MV+affitto+riscald.accertati)-reddito (100% capofamiglia e coniuge, 70% altri comp)+assegno natalità una tantum + £45.000 mens. +£113.000 per riscald. non accert. -£311.000 mensili reddito presunto disoccupati	MV-(reddito-affitto-spese fisse mensili fino a £350.000 o -£100.000 per chi non paga affitto) - per nucleo di 3 componenti detrazione del 20% - per nuclei di 4 componenti e oltre +£50.000 procapite	(MV+4500/7500 lire a vano abitazione)- reddito accertato - per nucleo di 3 componenti detrazione del 20% - per nuclei di 4 componenti e oltre +£50.000 procapite	(MV + affitto) - reddito accertato	MV-reddito accertato al netto di trattenute IRPEF, sono esclusi l'assegno di Cavaliere di Vittorio Veneto, i compensi per attività lavorativa del Piano Anziani e l'assegno pensione di guerra
Verifica della persistenza condizione di bisogno	annuale	trimestrale	semestrale	annuale	annuale
Tempo medio tra la richiesta e l'erogazione	20 gg/1 mese	1 mese	entro 1 anno	1 mese	1 mese
Nr. beneficiari nel 1994	850	circa 300 nuclei familiari	1.600 nuclei forme diverse di assistenza economica (stima)	3.500 (1993) CADA 200-300 (stima) UAD 1241 (erogazioni) SSMI	365 (1993)

Segue: ASSISTENZA ECONOMICA - Minimo vitale (MV)

CITTÀ	ANCONA	ANCONA	FIRENZE	FIRENZE
Denominazione	Assegno continuativo di mantenimento	Assegno temporaneo di mantenimento	Assistenza economica continuativa per bisogni vitali	Assistenza economica temporanea
Riferimento normativo	L.R. 43/88 delibera n. 776 del 1994-regolamento socio-assistenziale	L.R. 43/88 delibera n. 776 del 1994-regolamento socio-assistenziale	L.R. 42/92 delibera n. 108 del 1994-regolamento socio-assistenziale	L.R. 42/92 delibera n. 108 del 1994-regolamento socio-assistenziale
Anno di attivazione	1981	1981	n.p. (dopo soppressione ECA)	n.p. (dopo soppressione ECA)
Livello di erogazione	decentrato-servizi sociali diretto per istruttoria e centralizzato erogazione	decentrato-servizi sociali diretto per istruttoria e centralizzato erogazione	decentrato-servizi sociali territoriali e commissione di zona	decentrata-circoscrizione e commissione di zona
Beneficiari	<ul style="list-style-type: none"> - >65 indigenti - inabili con invalidità permanente > 74% accertata - inabili non autosufficienti in attesa riconoscimento 	<ul style="list-style-type: none"> - famiglie con genitori disoccupati e minori - ex -detenuti e detenuti misure alternative, - soggetti in stato fragilità fisico-psichica-sociale, - soggetti disadattati per marginalità, - soggetti a rischio di isolamento o devianza 	<ul style="list-style-type: none"> - anziani >65 anni - invalidità permanente >74% 	<ul style="list-style-type: none"> - residenti in condizioni di bisogno e rischio sociale - stranieri e apolidi - soggetti domiciliati o di passaggio per urgenza e a tutela dei minori
Soglia di reddito	pensione minima INPS= MV (arrot. a £600.000 per il '95)	pensione minima INPS= MV (arrot. a £600.000 per il '95)	pensione minima INPS= MV	pensione minima INPS= MV
	no proprietà immobiliari (esclusa abitazione)	no proprietà immobiliari (esclusa abitazione)	no proprietà immobiliari (esclusa abitazione)	no proprietà immobiliari (esclusa abitazione)

Segue: ASSISTENZA ECONOMICA - Minimo vitale (MV)

CITTÀ	ANCONA	ANCONA	FIRENZE	FIRENZE
Rivalsa sui parenti (obbligati per legge, art. 433 CC)	si	si	no	no
Durata massima di erogazione beneficio	continuativo	max 6 mesi in un anno prorogabili con delibera della giunta	continuativa (1 anno rinnovabile)	temporanea
Modalità di calcolo	(MV+affitto)-(reddito+contributo parenti) (affitto max £300.000) al netto ritenute assistenziali, previdenziali ed emolumenti fissi	(MV+affitto)-(reddito+contributo parenti) (affitto max £300.000) al netto ritenute assistenziali, previdenziali ed emolumenti fissi	MV-(reddito - affitto, interessi passivi mutuo, indennità di accompagnamento)	MV-(reddito - affitto, interessi passivi mutuo, indennità di accompagnamento)
Verifica della persistenza condizione di bisogno	annuale	alla domanda	annuale	alla domanda
Tempo medio tra la richiesta e l'erogazione	1 mese (gennaio-febbraio più lungo)	1 mese	1 mese/1 mese e mezzo	
Nr. beneficiari nel 1994	63	94	209 anziani	340 adulti 52 minori

ASSISTENZA ECONOMICA - Intervanto straordinario

CITTÀ	TRENTO	BOLOGNA	PIACENZA	PIACENZA
Denominazione	Interventi straordinari	Sussidio straordinario Comune/USL	Contributi economici straordinari USL	Interventi di assistenza economica straordinaria
Riferimento normativo	L.P. 14/91 PSA-P '93-'95 determinazioni annuali	L.R. 2/85 P.G. n. 56190/86 delega ai quartieri e successive modifiche o.d.g. n. 121 del 1991	L.R. 2/85 L.R. 27/89 regolamento USL	L.R. 2/85 determinazioni di giunta del 1980
Anno di attivazione	1991	già prima del '71 dal '86 decentramento	n.p.	1980
Livello di erogazione	centralizzato	decentrato ai quartieri -anziani centralizzato USL -minori dal '93 centralizzato servizio sociale adulti-adulti	centralizzato	centralizzato
Beneficiari	soggetti in stato di bisogno per spese straordinarie legate a abitazione, bollette, spese sanitarie non corrisposte da USL, biglietti viaggio, spese personali, scolastiche, debiti, contributi INPS	nuclei/singoli in condizione di bisogno temporaneo indifferibile	- minori e famiglie - madri nubili gestanti - disabili adulti - tossicodipendenti	- anziani - inabili - adulti in condiz. particolare e contingente difficoltà economica per spese casa, sanitarie, imposta rifiuti, servizio mensa Caritas
Soglia di reddito	valutazione soggettiva su base MV	non ci sono limiti di reddito	pensione minima INPS	riferimento a MV <£465.000 per mensa

Segue: ASSISTENZA ECONOMICA - Intervanto straordinario

CITTÀ	TRENTO	BOLOGNA	PIACENZA	PIACENZA
Rivalsa sui parenti (obbligati per legge, art. 433 C.C.)	non applicata	no	si fa un tentativo	
Durata massima di erogazione beneficio	unica soluzione	unica soluzione	6 mesi rinnovabili	max 3 volte l'anno max 15 buoni pasto
Modalità di calcolo	copertura totale per reddito inferiore al MV 80% copertura per reddito maggiore al MV	max £800.000, eccezionalmente £1.000.000		50% tasso per rifiuti. Valutazione globale bisogno
Verifica della persistenza condizione di bisogno	alla richiesta	alla richiesta	max 6 mesi	alla richiesta
Tempo medio tra la richiesta e l'erogazione	1 mese	1 mese	1 mese	immediata/ 1 mese
Nr. beneficiari nel 1994	435	526 anziani (1993)	210 famiglie 10 borse lavoro tossicodipendenti 12 contributi economici a disabili singoli	119 straordinari 68 persone di passaggio 152 contributo rifiuti 1039 mensa caritas * ad ogni persona sono stati erogati più contributi

Segue: ASSISTENZA ECONOMICA - Intervento straordinario

CITTÀ	TORINO	TORINO	PESARO	FIRENZE	ANCONA
Denominazione	Contributi straordinari	1. Servizi integrativi dell'intervento economico al Minimo vitale 2. Servizi sostitutivi di contributo economico	Assistenza economica straordinaria	Contributi straordinari	Assegno straordinario una tantum
Riferimento normativo	L.R. 20/82 delibera n. 7802443/19 del 1978 delibera n. 8309600/19 del 1984 e successive per aggiornamento parametri	L.R. 20/82 delibera n. 7802443/19 del 1978 delibera n. 8309600/19 del 1984 e successive per aggiornamento parametri	L.R. 43/88 delibera n. 167 del 1989 regolamento socio-assistenziale 1995	L.R. 42/92 delibera n. 108 del 1994 - regolamento socio-assistenziale	L.R. 43/88 delibera n. 776 del 1994 regolamento socio-assistenziale
Anno di attivazione	1984	1978	1982	n.p. (dopo soppressione E.C.A.)	1981
Livello di erogazione	centralizzato, la circoscrizione eroga contributi max £100.000	decentrato circoscrizione per istruttoria e centralizzato per erogazione	centralizzato	decentrato-servizi territoriali	decentrato-servizi sociali distretto per istruttoria e centralizzato erogazione
Beneficiari	individui e nuclei in condizioni socio-economiche gravemente compromesse da avvenimenti eccezionali	1. Per spese particolari degli aventi diritto al minimo vitale: alimentazione, custodia minori, riparazione protesi, gravi handicap, cure ortodontiche, abitazione, scolastiche. 2. Per spese di alimentazione, igiene, vestiario, vita relazione, alloggio	- anziani - inabili - disoccupati per esigenze urgenti e contingenti a copertura spese straordinarie per casa, trasporto, scolastiche, protesi.	Per fronteggiare i bisogni particolari degli aventi diritto al minimo vitale (es. protesi dentaria, pagamenti particolari.)	per soggetti aventi titolo a segni di mantenimento per esigenze contingenti e urgenti (spese sanitarie, casa, barriere architettoniche, protesi, trasporto, scolastiche. Per eccezioni delibera Giunta

Segue: ASSISTENZA ECONOMICA - Intervanto straordinario

CITTÀ	TORINO	TORINO	PESARO	FIRENZE	ANCONA
Soglia di reddito	pensione minima INPS=MV doppio del MV casi ecce- zionali	pensione minima INPS=MV (£626.450) no proprietà immobiliari (oltre abitazione)	£650.000 per indigenti £790.000 per anziani	pensione minima IN- PS=MV	pensione minima INPS=MV
Rivalea sui parenti (obbligati per legge, art. 433 C.C.)	sospesa	attualmente sospesa (esiste dal 1990 una rego- lamentazione dettagliata per fasce di reddito)	si sui parenti 1° grado	no	si
Durata massima di erogazione beneficio	una tantum, non ripetibile		3 mesi, max 1 volta in 1 anno	una tantum	unica soluzione o rateizzata
Modalità di calcolo	variabile max pensione minima x3 (3.381.879)	1. costo del servizio fino al massimale previsto. 2. costo del servizio nuclei	max £600.000 per indi- genti e scala equivalenza per nuclei	fino a un max £ 1.000.000	di fino a massimale (TAB A)
Verifica della persistenza condizione di bisogno	alla richiesta	alla richiesta	trimestrale	alla richiesta	alla richiesta
Tempo medio tra la richiesta e l'erogazione	1 mese	1 mese	1 mese	1 mese	1 mese
Nr. beneficiari nel 1994	204 (erogazioni)	1. 581 (erogazioni) 2. 897 (erogazioni)	240	n.p.	269

ASSISTENZA ECONOMICA - Intervento continuativo

CITTÀ	TORINO	BOLOGNA	MILANO
Denominazione	Contributi in base al Minimo Alimentare	1.sussidio continuativo adulti 2.sussidio continuativo minori e famiglie	1.Sussidi per adulti
Riferimento normativo	L.R. 20/82 delibera n. 8406113/19 del 1984 delibera n. 9300758/19 del 1993 parziale modifica dei criteri di erogazione	L.R. 2/85 1. P.C. n. 57235/93 2. delibera di regolamento e delega a USL, P.C. n. 20983/91 e successive	L.R. 1/86 PSA-C 1990
Anno di attivazione	1984	1. 1993 Servizio Sociale Adulti 2. 1986 USL	n.p.
Livello di erogazione	decentrato circoscrizione per istruttoria e centralizzato per erogazione	1. centralizzato Servizio Sociale Adulti 2. centralizzato USL	1. R-N istruttoria e UAD centralizzato commissione decisione
Beneficiari	individui e nuclei in temporanea difficoltà economica	1. adulti e assistenza post-penitenziaria (1) 2. nuclei familiari con minori, gestanti, handicappati	1. ospiti R-N su progetto reinserimento e UAD
Soglia di reddito	nessuna persona occupata	Minimo Vitale	riferimento a Minimo vitale
Rivalsa sui parenti (obbligati per legge, art. 433 C.C.)	sospesa	se il rapporto non è conflittuale si calcola il 70% reddito fratello 60% reddito ascendenti, discendenti, 40% reddito affini e collaterali.	no

Segue: ASSISTENZA ECONOMICA - Intervento continuativo

CITTÀ	TORINO	BOLOGNA	MILANO
Durata massima di erogazione beneficio	max 6 mesi, rinnovabile per altri 3, fino ad autonomia	1. massimo 1 anno 2. 1 anno rinnovabile	1. 6 mesi rinnovabile per R-N
Modalità di calcolo	MA=£206.910 per ogni componente persona sola+10%, 2 persone+5% MA-(reddito+contributi parenti)=massimale reddito previdenziale+£72.220 energia/gas	Sussidio max di £300.000 per individuo e scala equivalenza per nucleo e 500.000 lire se nucleo monoparentale o ex carcerati (2) MV-(Reddito-affitto e riscaldamento fino a £200.000) (3) Reddito=100% reddito familiare accertato o autodichiarazione reddito o £100.000reddito presunto	1. £200/300.000 mensili
Verifica della persistenza condizione di bisogno	controllo semestrale vigili	periodica	1. semestrale
Tempo medio tra la richiesta e l'erogazione	1 mese	1 mese	2/3 mesi
Nr. beneficiari nel 1994	3.852 (erogazioni)	1) 176 (634 erogazioni) 2) 534 erogazioni a nuclei con minori (1993)	1) 200/300 (stima)

(1) L'assistenza post-penitenziaria è stata fino al 1993 di competenza della USL.

(2) Scala di equivalenza nucleo: 2>66%, 3>60%, 4>53%, 5-6>44%, 7 e oltre >13%.

(3) Il riferimento teorico è il Minimo Vitale, ma non si tratta di una vera e propria integrazione al Minimo Vitale in quanto è fissato a priori il sussidio massimo erogabile, tale cifra è rimasta invariata dal 1991.

Segue: ASSISTENZA ECONOMICA - Intervento continuativo

CITTÀ	ROMA	NAPOLI	BARI	MESSINA
Denominazione	Contributo ordinario di assistenze economica	1) Sussidio ex ECA per disoccupati 2) Sussidio ex ENAOLI 3) Sussidio per ex detenuti, fam. detenuti	Assistenza economica di base	1) Servizio madri nubbili 2) Ex enaoli 3) Ex annil
Riferimento normativo	L.R. 11/76 delibere del 9/82 e del 6/84 proposta regolamento	L.R. 47/85 unificazione fondo spesa 3) L.R. 61/80	delibera n° 831 del 1987 «regolamento dei criteri per l'erogazione»	1) L.R. 33/91 2-3) L.R. 22/86
Anno di attivazione	1982	sospesi dal '93 per dissesto finanziario (se non in bilancio ordinario)	mai attivata	1) 1991 2-3) 1986
Livello di erogazione	decentrato-circostrizioni centralizzato per transianti	centralizzato-2° settore del 94° servizio ufficio ex ENAOLI in via di riorganizzazione	decentrato-servizi sociali circoscrizione	centralizzato
Beneficiari	1. anziani >55 F/>60 M 2. minori fino a 18 anni 3. adulti indigenti (detenuti, tossicodipendenti, malati aids, transianti)	1) disoccupati 2) orfani dei lavoratori invalidi del lavoro e figli 3) ex detenuti famiglie detenuti	indigenti, famiglie non in grado di soddisfare con mezzi propri le esigenze primarie	1) minori illegittimi in stato bisogno, fino a 15 anni 2) orfani < 18 anni alla morte genitori fino a 21 anni per studio o fino alla laurea in corso 3) grandi invalidi del lavoro 100%
Soglia di reddito	1. £ 800.000 2. nessuno 3. £ 700.000/100.000.000 per	n.p.	4 fasce fino a 3 mil/ tra 3 e 4 / tra 4 e 5/tra 5 e 6	1) £12 milioni annui 2) £16.500.000 annui 3) n.p.

Segue: ASSISTENZA ECONOMICA - Intervento continuativo

CITTÀ	ROMA	NAPOLI	BARI	MESSINA
Soglia di reddito	nuclei (reddito+pensione+patri- monio) differente per ogni tipologia no proprietà immobiliare(oltre abit.) no altra assistenza del comune			
Rivalsa sui parenti (obbligati per legge, art. 433 C.C.)	no	n.p.	n.p.	no
Durata massima di ero- gazione beneficio	12 mesi rinnovabili	n.p.		1) e 2) continuativa fino a per- manenza requisiti 3) a vita rinnov.ann.
Modalità di calcolo	max £200.000 mensili trime- strale	£50.000 mensili per disoccupati ex ECA	£100.000 + 30% per ogni com- ponente max £310.000 comples- sivi £70.000 +30% max £217.000	1) £250.000 mese 1° , £120.000 2° , £100.000 3° minore assistito 2) da £7.249.000 a £528.000 annue per fascia di reddito
Verifica della persistenza condizione di bisogno	alla richiesta e al rinnovo	n.p.	n.p.	1) trimestrale 2) annuale 3) n.p.
Tempo medio tra la ri- chiesta e l'erogazione	3-6 mesi	n.p.	n.p.	1) 4-5 mesi 2) 9 mesi 3) n.p.
Nr. beneficiari nel 1994	7.333 (compresi contribuiti straordinari) (1993)	n.d.	n.d.	1) 126 2) 400-450 3) 400 (1991-1992)

ASSISTENZA ECONOMICA - Intervento straordinario

CITTÀ	ROMA	NAPOLI	COSENZA	BARI	MESSINA
Denominazione	Contributo straordinario	Sussidio straordinario a disposizione del sindaco	Assistenza ex ECA	Assistenza economica straordinaria	Contributo straordinario di solidarietà
Riferimento normativo	delibera n. 1703 del 1984	n.p.	L.R. 5/87 delibera n. 64 del 1991; delibera n. 16 del 1994	delibera n. 831 del 1987 regolamento socio-assistenziale	L.R. 10/79
Anno di attivazione	1976-1984	1958 *sospeso dal '93	1977 a livello comunale 1983 circoscrizioni	1987	*sospeso dal 90 per mancanza di regolamento
Livello di erogazione	decentrato dal 1994-servizi sociali Circoscrizione	centralizzato	decentrato-circoscrizioni proposta centralizzata decisione	decentrato-circoscrizione centralizzato-assessorato per contributi spese sanitarie	centralizzato
Beneficiari	- anziani - minori - adulti indigenti	n.p.	nucleo familiare/persona sola in condizioni di indigenza	persone/nuclei non in grado di fronteggiare: a. eventi imprevisti b. situazioni sanitarie particolari c. inserimento/reinserimento lavorativo*	soggetti e nuclei familiari economicamente bisognosi
Soglia di reddito	<£700.000	—	£9.500.000 per una persona sola +£2.000.000 per ogni componente	tabella massimali reddito b. 2-16 mil c. 2-12 mil e scale equivalenza*	non definito
Rivalsa sui parenti (obbligati per legge, art. 433 C.C.)	no	—	non si è mai proceduto teoricamente prevista	no	—

Segue: ASSISTENZA ECONOMICA - Intervento straordinario

CITTÀ	ROMA	NAPOLI	COSENZA	BARI	MESSINA
Durata massima di erogazione beneficio	una tantum non ripetibile e non cumulabile ad altra assistenza	unica soluzione, eccezionalmente anche a carattere continuativo	una volta l'anno è possibile ripetere se persistono condizioni l'anno successivo	una tantum	—
Modalità di calcolo	max £500.000 £800.000 per ex detenuti	tra £200.000 e £500.000	max £300.000 per nucleo di 2 persone, +£50.000 altri componenti per situazioni particolari £1.000.000 elevabile a £5.000.000 con ordinanza del sindaco	a. £200-300.000 b. tra il 30%-80% della spesa sostenuta max £5.000.000	—
Verifica della persistenza condizione di bisogno	alla richiesta	—	alla richiesta	alla richiesta	—
Tempo medio tra la richiesta e l'erogazione	3-6 mesi	—	7 mesi	n.p.	—
Nr. beneficiari nel 1994	n.p.	—	891 su fondi comunali 50 su fondi regionali	n.p.	1.360 domande (1991-'93)

1) Questi sono i parametri definiti dal regolamento, che di fatto non vengono applicati a fronte di uno stanziamento insufficiente per l'assistenza economica.

2. GLI INTERVENTI PER I SENZA CASA

2.0. Introduzione: I contesti normativi regionali

In questo capitolo ci occupiamo delle misure messe in atto per affrontare specificamente l'emergenza abitativa di chi è senza casa e non ha mezzi economici o anche *capacità sociale* (40) per averla. Si tratta, quindi, delle misure rivolte dalle amministrazioni comunali delle città che abbiamo considerato nell'indagine sia alle persone *senza fissa dimora*, sia agli individui che sono stati sfrattati e che per qualche motivo non possono accedere alle abitazioni di edilizia popolare in tempi rapidi. Non rientrano, invece, in questa analisi le politiche di edilizia economica e popolare e neanche quelle a favore degli immigrati (41).

In particolare abbiamo rilevato:

1. l'esistenza di «dormitori pubblici»;
2. l'esistenza di strutture pubbliche di prima e seconda accoglienza dirette a persone senza casa (che spesso coincidono con i dormitori, dopo una loro ristrutturazione) (42);
3. l'esistenza di soluzioni di emergenza per contenere, in via provvisoria, i problemi abitativi sia di gruppi specifici (per es.: madri sole con figli), sia della popolazione in generale, con difficoltà abitative (per es.: sfrattati).

(40) Con *capacità sociale* intendiamo soprattutto la capacità dell'individuo di utilizzare le risorse che gli vengono messe a disposizione da parte del contesto sociale all'interno del quale è inserito. Di tale contesto fanno ovviamente parte i servizi sociali, che contribuiscono a strutturare la possibilità di uscire dalla condizione di bisogno del soggetto. Una persona con problemi relazionali o di malattia mentale avrà una capacità sociale relativamente bassa e necessiterà di interventi mirati e complessi allo stesso tempo per uscire dalla situazione di bisogno anche abitativo. Gli approcci che tengono conto di questo aspetto si stanno sviluppando sempre più. Nella letteratura tedesca ci si riferisce al concetto di *Lebenslage* (si veda, per una panoramica, Kazepov Yuri e Mingione Enzo (a cura di) *La cittadinanza spezzata. Il dibattito teorico e metodologico su esclusione sociale e povertà*, Armando Siciliano Editore, Messina, 1994). Per il dibattito anglosassone sul concetto di capability si veda: Amartya K. Sen, *Inequality reexamined*, Clarendon Press, Oxford, 1992 (trad. it., *La disuguaglianza*, Il Mulino, Bologna, 1994).

(41) Tali temi avrebbero richiesto un'impostazione diversa *ab origine* degli strumenti di rilevazione. Vi accenneremo, brevemente, laddove sia stato individuato a livello locale un intervento attuato dall'amministrazione pubblica che si intrecci con la problematica dell'essere *senza casa*.

(42) Con strutture di prima accoglienza si intendono tendenzialmente quelle che offrono una sistemazione di breve periodo; le strutture di seconda accoglienza, viceversa, offrono periodi di ospitalità più lunghi. Più della durata, l'elemento distintivo principale è l'esistenza di progetti che richiedono all'utente di mostrare impegno in attività collettive di gestione delle strutture, nella partecipazione a corsi di formazione professionale, etc.

Nell'identificare l'esistenza di queste misure ci interessava ricostruire il quadro legislativo di riferimento, e poi i servizi e le iniziative attivate dalle amministrazioni pubbliche a livello comunale. Ci interessava anche verificarne le modalità di gestione: in particolare, se la gestione era diretta o in convenzione con le cooperative sociali senza fini di lucro e le associazioni di volontariato. Non era, però, nostra intenzione censire *tutte* le iniziative del cosiddetto terzo settore, che in questo campo sono numerose e articolate. Abbiamo voluto, piuttosto, richiamare l'attenzione sul fatto che tali iniziative molto spesso sostituiscono il pubblico supplendo agli inesistenti o mal funzionanti meccanismi di tutela. A fianco di una gestione in convenzione di servizi pubblici, il privato sociale interviene, infatti, anche su aree di bisogno scoperte quale è spesso quella dei senza dimora. Quest'area, che viene considerata in crescita dalla maggior parte degli interlocutori, occupa ancora un posto residuale nelle politiche pubbliche.

Districarsi nella complessità degli interventi non è semplice, dato che in quest'area si sovrappongono servizi destinati a gruppi di persone (o categorie di fruitori/clienti) molto eterogenei tra loro. Si va dalle persone per le quali la mancanza di una abitazione è l'esito di altri tipi di emergenza o disagio, ai senza dimora italiani di media età, ai giovani immigrati extracomunitari, alle persone il cui bisogno più immediato se non prevalente è la perdita della casa, ad esempio gli sfrattati (43).

Per considerare adeguatamente i risultati della nostra indagine pilota va tenuto, quindi, presente che gli interventi analizzati si rivolgono a due popolazioni abbastanza differenti. Da un lato abbiamo una popolazione già marginale, rispetto alla quale gli interventi del primo e del secondo tipo possono essere considerati di contenimento e, nella migliore delle ipotesi, di inserimento o reinserimento sociale. Dall'altro lato abbiamo una popolazione a forte rischio di marginalità, per esempio gli sfrattati o le donne sole con figli che hanno lasciato l'abitazione per sfuggire dalle violenze del marito, o da questo sono state lasciate, il cui fragile equilibrio tra bisogni e risorse rischia di rompersi nel momento in cui l'accentuarsi di un bisogno abitativo si somma ad una situazione economicamente già precaria. In questo caso gli interventi del terzo tipo che abbiamo individuato possono essere considerati per certi aspetti preventivi di un processo di deriva sociale. Questo discorso vale, però, solo quando evitano l'innescarsi di un percorso di ulteriore marginalizzazione. Vanno, viceversa, considerati di contenimento quando *tamponano* una situazione di emergenza senza offrire una via d'uscita adeguata. Spesso entrambi gli aspetti sono, come vedremo, compresenti.

La natura, intrinsecamente diversa, delle due popolazioni si riflette, comunque, nel differente grado di regolazione dei problemi sia da un punto di vista normativo, sia da un punto di vista degli interventi concreti attuati.

La posizione tendenzialmente residuale in termini sociali delle persone senza casa trova, infatti, riscontro anche in una menzione al margine nelle leggi regionali e provinciali che costituiscono il riferimento delle città in esame.

(43) Per un'analisi recente del disagio abitativo si veda Tosi Antonio (a cura di), *La casa: il rischio e l'esclusione*. Rapporto IRS, Franco Angeli, Milano, 1994.

Come abbiamo accennato, gli interventi si differenziano in base al tipo di problema e al tipo di persone che vi sono coinvolte. La questione, però, è abbastanza sfumata dato che spesso marginalità sociale e bisogno abitativo vanno di pari passo o, comunque, si sovrappongono in una condizione di bisogno più complessiva. Da un punto di vista legislativo, come possiamo notare dalla tabella 2.1., abbiamo una distinzione tra interventi indirizzati alla marginalità degli adulti intesa in senso lato, e interventi indirizzati all'assistenza più specificamente abitativa. Tra i primi possono rientrare anche gli interventi rivolti ad una popolazione già gravemente emarginata, quale per esempio quella dei *senza dimora*.

Tab. 2.1. Riferimenti normativi regionali e provinciali degli interventi a favore degli adulti marginali, tra i quali vengono spesso classificati quelli a favore dei senza dimora, e l'assistenza abitativa(*).

Regione	L.R.	Emarginazione degli adulti e assistenza in strutture di accoglienza	Assistenza abitativa e interventi sulla casa
Piemonte	20/82 62/95(a)	Art. 4, Esigenze socio-relazionali. art. 31, Presidi socio-assistenziali	art. 5, Esigenze abitative
Lombardia	1/86	art. 12.3, Definizione dello stato di bisogno art. 59.5 Ospitalità temporanea	art. 74.1, Assistenza abitativa alloggi protetti art. 75, Case albergo
P.A.Trento (L.P.)	14/91 35/83	art. 30, Pronta accoglienza «Disciplina degli interventi volti a prevenire e rimuovere gli stati di emarginazione»	
Emilia Romagna	2/85	art. 6, Territorializzazione interventi art. 34, Assistenza sociale agli adulti a rischio emarginazione	
Toscana	42/92	art. 22, Centri Pronta accoglienza per adulti in difficoltà	art. 21, Interventi per alloggio
Marche	43/88	art. 26, Prevenzione art. 27, Promozione sociale art. 32, Sostegno e integrazione dei soggetti a rischio di emarginazione art. 38, Emergenza pronto intervento assistenziale	art. 27, Esigenze abitative
Calabria	5/87	art. 9, Pronto intervento per adulti art. 12, Interventi per integrazione sociale	art. 11, Esigenze abitative
Sicilia	22/86	art. 3.g) Centri accoglienza per ospitalità art. diurna o residenziale temporanea	3.i), Assistenza abitativa

(*) Si tratta unicamente di interventi nell'ambito dei servizi socio-assistenziali, a questi si aggiungono le leggi nazionali e regionali sull'edilizia popolare.

(a) Approvata il 13 aprile 1995.

Nella tabella abbiamo suddiviso, dove possibile, i riferimenti legislativi in base a due tipi di intervento:

- quello dedicato all'assistenza abitativa in strutture di accoglienza per persone emarginate o in condizione di bisogno non solo abitativo;
- quello dedicato all'assistenza abitativa in alloggi o alberghi.

Questa suddivisione riflette la differenza tra i due tipi di popolazione ai quali gli interventi sono indirizzati anche se non è, comunque, univoca in tutte le leggi. Tendenzialmente si può dire che il primo tipo di interventi presuppone che il pubblico predisponga delle strutture di pronto intervento con accoglienza notturna(44), mentre il secondo comporta un'assegnazione di alloggi e/o il pagamento dei canoni di locazione. Apparentemente chiara, questa classificazione porta con sé delle difficoltà, derivanti dal fatto che frequentemente non esiste una linea di demarcazione tra chi rischia di perdere la casa, per i quali si interviene fornendo appunto l'alloggio o integrazione dell'affitto, e chi ne è sprovvisto, per i quali si predispongono misure di emergenza quali possono essere i dormitori. Le leggi regionali non sembrano soffermarsi tanto su *cosa* fare per le persone già avviate su di un percorso di esclusione, perché tendono a privilegiare gli aspetti preventivi. Ne consegue che la maggior parte delle Regioni preveda, soprattutto rispetto alle persone a rischio, e già a livello legislativo, un'articolazione più complessa degli interventi che *bypassa* questa classificazione e va oltre il mero bisogno abitativo. Questo, però, non contribuisce a chiarificare linee guida omogenee di ciò che va fatto per le persone adulte già emarginate. Articolare gli interventi è sicuramente utile ed aiuta a costruire un sistema complessivo di sicurezza sociale, ma se all'interno di questa articolazione non vengono menzionati esplicitamente interventi a favore delle persone già emarginate in condizioni di bisogno abitativo e vengono, piuttosto, menzionati trasversalmente solo gli interventi a favore degli emarginati in senso lato, allora la rete di sostegno esistente è insufficiente. Le enunciazioni di principio, infatti, se non vengono concretizzate in modo vincolante, lasciano troppi margini di discrezionalità di intervento a livello locale. Come vedremo, per altre categorie di beneficiari sono ampiamente previsti standard e interventi specifici (soprattutto per i minori e gli anziani). I riferimenti legislativi regionali per la categoria di persone in condizione di esclusione abitativa si mantengono, quindi, nell'insieme ad un livello abbastanza astratto rispetto alle azioni concrete, lasciando ampio spazio all'iniziativa dei Comuni.

I dormitori, che costituiscono una delle misure da noi considerate, non rientrano esplicitamente nel quadro dei servizi socio-assistenziali disegnato a livello legislativo regionale. Gli unici rimandi esistenti sono indiretti e riguardano le funzioni e le proprietà degli E.C.A. (Enti Comunali di Assistenza) trasferite ai Comuni con il DPR 616/77. La Provincia Autonoma di Trento ha approvato la L.P. 35/83

(44) Nel testo legislativo viene menzionata solo la prima accoglienza, mentre non si prevedono strutture di accoglienza di altro genere (residenziali, seconda accoglienza) che, come vedremo più avanti, alcuni Comuni hanno attivato anche per soggetti in condizione di marginalità.

che disciplina e finanzia gli interventi volti a prevenire e rimuovere gli stati di emarginazione attraverso opportuni interventi. In Toscana, Calabria e Sicilia tra gli interventi assistenziali sono previsti esplicitamente anche dei centri di accoglienza in cui si possono far rientrare anche i dormitori. Nell'insieme, comunque, si può riconoscere un grado di vaghezza piuttosto elevato.

Questa vaghezza a livello legislativo pone due problemi:

– l'integrazione con gli altri servizi previsti dalle leggi regionali a livello programmatico;

– la destinazione dei fondi regionali (45). Entrambi questi problemi comportano da un lato un elevato grado di autonomia dei comuni nel valutare l'opportunità di mantenere, istituire, chiudere o trasformare tali strutture, dall'altro pongono la questione del loro finanziamento. Come vedremo più specificamente nel paragrafo 2.1.1., questi problemi caratterizzano i dormitori come strutture che si trovano a cavallo tra il passato e il futuro delle politiche sociali e riassumono in sé le contraddizioni e le difficoltà che il sistema di welfare italiano trova nell'affrancarsi da un'impostazione categorizzante e stigmatizzante.

Un aspetto strettamente legato alle difficoltà di integrazione tra normative e servizi disomogenei, che dimostra il costo sociale che la frammentazione delle politiche comporta in termini di diritti di cittadinanza, è la vicenda della residenza anagrafica.

2.0.1. La questione della residenza per i senza fissa dimora

Uno dei problemi cruciali per una persona senza casa è l'accesso alle prestazioni previste per coloro che si trovano in una condizione di bisogno. Benché da un punto di vista legislativo la maggior parte delle leggi regionali preveda l'accesso ai propri servizi a tutti coloro che si trovano sul territorio della regione, vi è, tuttavia un'ampia differenziazione nel modo in cui la materia è regolamentata a livello comunale. Infatti, da una parte le leggi regionali dichiarano che i destinatari di interventi di assistenza sociale sono individuati tra i cittadini italiani residenti, gli stranieri e gli apolidi residenti e le persone occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti sul territorio regionale che si trovino in situazioni di bisogno tali da esigere interventi non differibili. Dall'altra molti comuni non iscrivono all'anagrafe tutti coloro che ne fanno richiesta. Se da un lato si supera, quindi, il concetto di diritto legato alla residenza adottando il criterio del diritto all'as-

(45) In Lombardia esiste, per esempio, un fondo regionale per l'emarginazione non vincolato e distribuito proporzionalmente alla popolazione dei comuni (L.R. 1/86 art. 40 e segg.). È difficile ricostruire quanta parte dei finanziamenti regionali dati ai comuni venga destinata ai dormitori. Il dormitorio di Milano, per esempio, non riceve finanziamenti regionali diretti e non deve produrre una rendicontazione. Ciò, però, non esclude la possibilità che parte dei finanziamenti che riceve provengano da tale fondo.

sistenza laddove il bisogno si manifesta, dall'altro si limita di fatto questo diritto interpretando restrittivamente la legge anagrafica e non iscrivendo sempre i senza dimora. Tale limitazione, non possedere la residenza, non impedisce loro solo di accedere a molti servizi socio-assistenziali, ma anche di godere di alcuni diritti fondamentali garantiti costituzionalmente, quali il diritto di voto, la possibilità di beneficiare delle pensioni di invalidità, sociali e minime e l'accesso al Sistema Sanitario Nazionale. La differenziazione che emerge dalla tabella 2.2. ha, quindi, una notevole conseguenza sulla qualità dei diritti di cittadinanza sociale della persona che è senza casa, in particolare dei senza dimora.

La questione della residenza è stata a lungo dibattuta per via delle pressioni esercitate dalle associazioni di volontariato. Secondo il parere del Costituzionalista Valerio Onida l'iscrizione anagrafica può essere accordata a «chiunque possa dimostrare una rilevante presenza in un dato luogo indipendentemente dall'aver una casa», non solo quindi a chi è già stato iscritto all'anagrafe del Comune dove fa domanda (46) o a chi è nato nel Comune in questione pur senza avere una stabile dimora, come viceversa avviene per esempio a Milano.

La L.N. 1228/54, ovvero l'Ordinamento delle Anagrafi delle Popolazioni Residenti, dà effettivamente delle indicazioni interpretative relativamente chiare quando afferma che nel caso di soggetti che non hanno una dimora abituale, va utilizzato un criterio differente per l'iscrizione anagrafica. Tale criterio dev'essere l'elezione del domicilio, ovvero l'indicazione del Comune nel quale si vuole fissare la sede principale dei propri interessi (artt. 1 e 2). La forma che hanno preso i provvedimenti in merito mostra come tale criterio venga disatteso o comunque interpretato spesso in modi molto diversi. La situazione dovrebbe mutare a seguito della circolare del Ministero degli Interni, di cui parleremo più avanti. Di seguito si descrive la situazione fino al giugno 1995.

Il Comune di Roma, per esempio, è stato il primo ad attivare la *dimora temporanea*, secondo cui è possibile avere, sia per gli italiani che per gli stranieri, la residenza presso 15 associazioni di volontariato, che lo attestino mediante una lettera indirizzata all'anagrafe.

Anche a Firenze un'ordinanza del Sindaco (n° 2383, aprile 1995), accogliendo le proposte delle associazioni di volontariato, predispone che i senza dimora siano da ritenersi residenti nel Comune di Firenze, *nel caso in cui* il Settore Funzionale Sicurezza Sociale assicuri la permanente presenza nel territorio urbano, *con acquisizione dei programmi di intervento in loro favore da parte di Associazioni di volontariato* o comunque organismi che operino in campo sociale. Ciò significa che in entrambi i casi non sono gli individui liberi di fissare la propria residenza, ma sono le associazioni a farsi garanti per loro presso la pubblica amministrazione, che perciò si riserva di fatto un potere discrezionale di accogliere o respingere la richiesta di iscrizione anagrafica.

(46) Già il DPR 223/89 di approvazione del regolamento anagrafico all'art. 7 afferma che: "per le persone già cancellate per irreperibilità e successivamente ricomparse deve provvedere a nuova iscrizione anagrafica".

Tab. 2.2. Situazione sull'iscrizione all'anagrafe e l'attribuzione della residenza ai Senza Dimora prima della circolare del Ministero degli Interni (19 giugno 1995)

Città	Iscrizione anagrafica e residenza	Modalità regolative della residenza
Torino	si	Viene data la residenza c/o una delle tre case di ospitalità comunali. Regolamentazione attraverso l'Ufficio per Senza Dimora
Milano	si	Viene data la residenza c/o associazioni di volontariato ma solo a eyresidenti o nati a Milano
Trento	no	Il comune attua solo interventi straordinari, per l'assistenza ordinaria vale il domicilio di soccorso*
Bologna	si	Viene data la residenza c/o dormitorio. Regolamentazione attraverso il Servizio Sociale Adulti
Piacenza	no	Sulla carta d'identità: «sfd»; per gli interventi vale il domicilio di soccorso*
Firenze	si	Viene data la residenza c/o associazioni di volontariato
Ancona	si	Viene data la residenza in «Via della Casa Comunale» per persone da tempo in città o c/o l'Opera Padre Guido
Pesaro	no	Sulla carta d'identità: «privo di abitazione»; per gli interventi vale il domicilio di soccorso*
Roma	si	Viene data la residenza come «dimora temporanea» c/o 15 associazioni di volontariato
Napoli	no	Non viene data la residenza, per gli interventi vale il domicilio di soccorso*
Bari	no	Non viene data la residenza. per gli interventi vale il domicilio di soccorso*
Cosenza	si	Viene data la residenza c/o dormitorio gestito dal privato. sociale
Messina	no	Domicilio di soccorso* c/o Casa accoglienza
Catania	si	Residenza c/o dormitorio (Circolare-R n. 7 del 7/7/88 interventi per anziani-domicilio di soccorso)

(*) In base all'art. 72 della L. 6972 del 1890 e delle successive modifiche introdotte dall'art. 6 del Regio Decreto 1178 del 1932 e dall'art. 5 della L.N. 251 del 1954, con domicilio di soccorso si definisce l'obbligo dei comuni di fornire le prestazioni assistenziali necessarie alle persone in condizioni di bisogno in forza dell'urgenza e indifferibilità, salvo poi rivalersi nei confronti del comune dove il soggetto abbia dimorato per almeno due anni che è chiamato a contribuire al pagamento di eventuali rette.

A Milano viene data un'interpretazione più restrittiva: i settori Servizi Sociali e Servizi Civici hanno concordato nel luglio 1994 (47) di accogliere solo le richieste di iscrizione anagrafica delle persone senza dimora nei casi di:

1. persone già residenti, vittime di *blocco anagrafico* (48), che ora sono accolte presso Enti o Centri di Accoglienza, ai quali sarà chiesto di attestare la sussistenza di un recapito presso tali strutture;
2. persone non residenti nate a Milano, subordinato all'accertamento di sussistenza del recapito;

Per le situazioni che non rientrano nei due casi precedenti, gli «uffici valuteranno singolarmente ogni caso attuando soluzioni rese possibili dall'attuale regolamento anagrafico».

A Bologna e Torino, secondo il regolamento rispettivamente del Servizio Sociale Adulti e dell'Ufficio di assistenza alle persone Senza Dimora, sono gli stessi uffici a decidere sull'opportunità di dare la residenza presso i «dormitori pubblici», che però a Bologna decade al momento della dimissione da tali strutture. Similmente sembra funzionare a Catania e Messina.

Ad Ancona il comune ha assegnato la residenza in «Via della Casa Comunale» (49) ad un numero limitato di persone senza dimora assistite dal Comune già da molto tempo.

Nelle altre città vale la clausola del «domicilio di soccorso», che rimane, però, essenzialmente un atto amministrativo che permette la rivalsa nei confronti dei Comuni in cui la persona assistita risulta avere l'ultima residenza. Le persone restano di fatto senza dimora e tale condizione viene riportata anche sulla carta d'identità con le conseguenze non solo di stigmatizzazione, ma di perdita di diritti che questo comporta.

Nell'insieme, non c'è stata, comunque, fino alla recente circolare del Ministero degli Interni una presa di posizione pubblica che cercasse di rendere omogenea l'interpretazione della legge nazionale. Questo nonostante l'accesso ai diritti di cittadinanza non possa essere lasciato alla libera interpretazione del singolo Comune.

Con la pubblicazione della circolare del Ministero dell'Interno (Gazzetta Ufficiale del 19/6/95) si ha, finalmente, un contributo che chiarisce l'interpretazione delle norme esistenti, rendendo possibile l'adozione di una linea di condotta uniforme su tutto il territorio nazionale, evitando così la discriminazione dei cittadini a seconda del Comune eletto a proprio domicilio.

Le precisazioni della circolare vanno in una duplice direzione. Da un lato ribadiscono che il servizio anagrafico è competenza dello Stato e che i Comuni ne hanno solo la gestione; dall'altro che il Sindaco, facente funzioni di ufficiale di

(47) In precedenza per gli ospiti del dormitorio pubblico era già possibile avere la residenza presso tale struttura. Non sono stati mai rilevati i dati sul numero di persone residenti in V.le Ortles 69.

(48) Con *Blocco anagrafico* si intende essenzialmente la sospensione e la successiva cancellazione della persona dall'anagrafe a causa dell'irreperibilità durante il censimento.

(49) Questa è la dizione prevista dall'Istat nei moduli del censimento.

anagrafe e di governo⁽⁵⁰⁾, nell'esaminare le domande di iscrizione anagrafica dei cittadini italiani, deve osservare la legislazione vigente interpretandola in modo univoco. La circolare precisa, infatti, che:

«la richiesta di iscrizione anagrafica, che costituisce un diritto soggettivo del cittadino, non appare vincolata ad alcuna condizione, né potrebbe essere il contrario, in quanto in tal modo si verrebbe a limitare la libertà di spostamento e di stabilimento dei cittadini sul territorio nazionale in palese violazione dell'art. 16 della Carta costituzionale. [...] appaiono pertanto contrari alla legge e lesivi dei diritti dei cittadini, quei comportamenti adottati da alcune amministrazioni comunali, che nell'esaminare le richieste di iscrizione anagrafica, chiedono una documentazione comprovante lo svolgimento di attività lavorativa sul territorio comunale, ovvero la disponibilità di un'abitazione e magari, nel caso di persone coniugate, la contemporanea iscrizione di tutti i componenti del nucleo familiare [...]. Il concetto di residenza [...] è fondato sulla dimora abituale del soggetto sul territorio comunale, cioè dall'elemento obiettivo di permanenza in tale luogo e soggettiva dell'intenzione di avervi stabile dimora, rilevata dalle consuetudini di vita e dallo svolgimento delle relazioni sociali. Occorre sottolineare che non può essere di ostacolo alla iscrizione anagrafica la natura dell'alloggio, quale ad esempio un fabbricato privo di licenza di abitabilità, [...] grotte, alloggi in roulotte».

La circolare precisa, inoltre, che: «in presenza di quello che costituisce un diritto-dovere del cittadino, richiedere ed avere la residenza anagrafica, non si può assolutamente ipotizzare l'esistenza di una discrezionalità dell'amministrazione comunale, ma soltanto il dovere di compiere un atto dovuto ancorato all'accertamento obiettivo di un presupposto di fatto, e cioè la presenza abituale del soggetto sul territorio comunale».

Il contenuto della circolare è particolarmente chiaro e vincolante rispetto all'interpretazione delle norme vigenti. Questo implicherà una revisione del modo in cui i singoli Comuni hanno finora regolamentato la questione, anche se rimangono aperti i problemi, per fronteggiare i quali i Comuni hanno nel tempo assunto un atteggiamento restrittivo, in particolare la necessità di allocare risorse per far fronte alle responsabilità che discendono dal riconoscere come propri residenti categorie portatrici di particolari bisogni e diritti.

2.1. Interventi attuati

Alla forte differenziazione della legislazione regionale e delle modalità di regolazione comunale della residenza, corrisponde una forte differenziazione degli interventi pubblici.

⁽⁵⁰⁾ Questo è molto diverso dall'essere, nello svolgimento di quella funzione, il capo dell'amministrazione comunale. Infatti, in quest'ultimo caso il grado di discrezionalità sarebbe notevolmente maggiore.

Per cercare di porre un poco di ordine dobbiamo, quindi, mantenere distinti gli interventi rivolti a:

- a) persone già marginali o comunque inserite in un percorso di deprivazione già avviato;
- b) le persone a forte rischio di marginalità a causa di problemi abitativi *tout court*;
- c) interventi a favore degli immigrati extracomunitari.

Questa distinzione ci permette di cogliere le specificità ed i problemi che gli interventi presentano rispetto ai propri target, dato che nelle diverse città le stesse strutture, o gli stessi interventi, vengono utilizzate per gruppi di persone diverse e con funzioni diverse.

a) Per far fronte ai bisogni abitativi di persone marginali o persone appartenenti a gruppi particolarmente deboli o svantaggiati da un punto di vista sociale, le amministrazioni comunali mettono in atto interventi:

- 1) di prima/pronta accoglienza a carattere temporaneo e di emergenza (con una durata di circa 15 gg.);
- 2) di accoglienza residenziale «a progetto»;
- 3) di seconda accoglienza per tipologie deboli (madri-sole-con-figli, anziani, giovani, minori) ed «a progetto»;
- 4) di *emergenza freddo* nei mesi invernali a favore dei senza dimora.

Questi interventi possono avvalersi di personale e strutture sia pubbliche che convenzionate. Il terzo settore operante in regime di convenzione rientra, infatti, a pieno titolo nella programmazione delle politiche sociali locali e si differenzia dai molti interventi del privato sociale che ricevono finanziamenti *a pioggia*. In relazione a questi ultimi interventi, che per la loro multiformità e la loro frammentazione rispetto a obiettivi, mezzi e criteri di accesso sono difficilmente classificabili e rilevabili se non con ricerche *ad hoc*, il pubblico esercita un controllo relativamente basso. Ciò nonostante svolgono un ruolo chiave nel soddisfare i bisogni delle persone al margine delle politiche sociali stesse, anticipando spesso il pubblico nell'offerta di strutture e servizi differenziati per le persone senza casa.

I diversi gradi di integrazione con il pubblico trovano riscontro nell'esistenza di forme più o meno stabili di collaborazione quali i coordinamenti (per esempio a Torino) o le consulte (per esempio a Milano). La loro presenza non è, comunque, garanzia di un'effettiva pianificazione coordinata e svolge spesso una funzione di alibi nei confronti della pubblica amministrazione (51).

(51) A Torino si è costituito nel 1984 un coordinamento tra l'Ufficio per Senza Dimora comunale e le associazioni che operano nel settore; solo di recente, dopo alcuni anni di inattività, è stato dato nuovo impulso al lavoro di coordinamento tra pubblico e privato. A Milano è stata costituita nel 1989 una Consulta per l'Emarginazione che riuniva pubblico e privato, ma non ha mai operato né a livello consultivo, né a livello propositivo, anche se sono stati fatti tentativi di rivalizzazione da parte del privato sociale. A Bologna, contrariamente a Milano e in seguito alla riorganizzazione del settore, è molto attivo un coordinamento tra il Servizio Sociale Adulti e il privato sociale, che ha pro-

Nei contesti cittadini più innovativi (Bologna e Torino, in parte anche Trento e Milano) l'intervento può configurarsi secondo un modello a rete, che tiene conto in maniera tendenzialmente coerente di tutte le risorse, pubbliche e private, presenti sul territorio, integrandole tra loro. La predisposizione di un ufficio centralizzato di coordinamento finalizzato ad affrontare situazioni di esclusione è spesso cruciale. Per esempio sono stati istituiti a Torino nel 1981 l'Ufficio di assistenza alle Persone Senza Dimora, a Milano nel 1985 l'Ufficio Adulti in Difficoltà (U.A.D.) (52), a Roma nel 1988 il Servizio di Pronto Intervento sociale (S.P.I.S.) e a Bologna nel 1994 un Servizio Sociale per Adulti. Anche l'esistenza di un tale ufficio non è, però, una garanzia per un intervento capillare ed adeguato. A Milano, per esempio, la scarsa disponibilità di risorse monetarie e umane, i problemi legati alla residenza e l'ubicazione periferica impediscono all'ufficio di funzionare adeguatamente. Il problema di fondo è, quindi, la volontà politica a monte della mobilitazione delle risorse necessarie per integrare competenze diverse in un intervento a rete.

Le tabelle 2.3.a. e 2.3.b. mostrano la distribuzione dei tipi di intervento nelle città considerate nell'indagine. Possiamo notare, per esempio, come l'intervento su

persone emarginate è articolato in prima e seconda accoglienza solo a Torino e Bologna dove l'ufficio centrale prende in carico la persona e decide un percorso che

si avvale dell'apporto di strutture differenziate. A Trento non c'è un ufficio centrale, ma si distingue tra le due dimensioni dell'accoglienza, mentre a Firenze ci sono timidi tentativi in questa direzione. Il privato sociale, invece, è presente in quasi tutte le realtà, anche se il convenzionamento esiste ancora in misura molto ridotta. La tendenza attuale, pur andando verso l'ampliamento dell'uso della convenzione, incontra ancora alcune resistenze, sia da parte pubblica, sia da parte del privato

posto modifiche e integrazioni al progetto di ristrutturazione del dormitorio. A Trento sono previste Conferenze di Servizio (L.P. 35/83) al fine di garantire il coordinamento operativo tra le diverse strutture pubbliche e convenzionate. A Firenze, pur non esistendo organismi di concertazione, c'è stata una mobilitazione da parte delle associazioni di volontariato sul tema della residenza che ha portato alla formulazione di proposte concrete, accolte dall'amministrazione. A Roma, dal 1994 il servizio di pronto intervento sociale o S.P.I.S. ha attivato un coordinamento delle organizzazioni di volontariato nell'ambito del progetto del Comune "emergenza freddo": le organizzazioni si sono divise le forme e i luoghi di intervento (la presenza nelle varie stazioni, o l'intervento sanitario piuttosto che la fornitura di panini e latte caldo), mentre il Comune si è impegnato economicamente dotando le organizzazioni di beni (coperte, panini, *sacchi a pelo*), aprendo le stazioni della metropolitana, e organizzandosi in modo che lo SPIS, 24 ore su 24, possa segnalare agli organismi che partecipano a questo tavolo comune, i casi di persone in difficoltà.

(52) A Milano dal 1985 è stato avviato un processo di riorganizzazione del servizio rivolto agli adulti. Da un lato è stato istituito l'Ufficio Adulti in Difficoltà (U.A.D.) che si occupa prevalentemente di assistenza sociale ed economica per adulti in stato di bisogno. Dall'altro attraverso la ristrutturazione del dormitorio pubblico, in particolare rafforzando il servizio sociale per gli ospiti con l'introduzione nel 1989 di nuove figure professionali (psichiatra, psicologa, nuove assistenti sociali, etc.). Questa riprogettazione, di cui si trova testimonianza anche nel PSA-C dell'89, non è mai arrivata a conclusione e, soprattutto per quanto riguarda il dormitorio pubblico, lascia ancora irrisolti gravi problemi, primo fra tutti la dimensione difficilmente gestibile della struttura e la difficoltà di intervenire adeguatamente sulle persone cronicizzate che vi dimorano da anni (in alcuni casi anche da oltre 30 anni).

Tab. 2.3.a. Sinottica degli interventi messi in atto dalle amministrazioni comunali delle città in esame a favore dei senza case e delle emergenze abitative in *tout court*

	TO	MI	TN#	BO	PC	FI	AN	PS	RM	NA*	BA	CS	ME	CT
L.R. Socio-Assistenziali	62/95	1/86	14/91##	2/85	2/85	42/92	43/88	43/88	-	-	-	5/87	22/86	22/86
Prima accoglienza-dormitorio	+	+(I)	+	+	+(**)	+(I)	+	+(I)	+	+	+	+	+	+(I)
Seconda accoglienza	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alloggi comunali-mirati	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Privato sociale convenzionato	+	+	+	+(**)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Privato sociale a pioggia	+	+	+	+	+	+	+	n.p.	+	+	n.p.	+	+	+
Emergenza freddo	(**)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
L.R. su immigrati			13/90	14/90	14/90	3/94	3/94	3/94		33/94				
C.P.A. immigrati	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Privato sociale convenzionato	+	+	+	+(**)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Privato sociale a pioggia	+	+	+	+	n.p.	n.p.	n.p.	-	-	+	+	+	+	+
L.R. su E.R.P.	64/84	28/90	21/92	12/84	12/84	25/89	9/90	9/90	n.p.	n.p.	n.p.	54/84	n.p.	n.p.
Alloggi di riserva-assegnazione	+	+	+	+	+	+	+	+	n.p.	n.p.	n.p.	+	+	+
Parco Alloggi («parcheggio»)	+	+	+	+	+	+	+	+	n.p.	n.p.	n.p.	+	+	+
Contributo fitto casa			+	+	+	+	+	+	n.p.	n.p.	n.p.	+	+	+
Contratto agevolato privati			+	+	+	+	+	+	n.p.	n.p.	n.p.	+	+	+
Alberghi convenzionati	(+)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

(*) Sono esclusi gli interventi post-terremoto: container, alberghi e scuole fino al 1985. Nel 1986 sono stati costruiti e assegnati 20.000 alloggi di E.R.P.

(**) Sono stati previsti a partire dall'inverno 1995-96.

(I) La quota di immigrati extra-comunitari tra gli ospiti è del 50-70%.

(#) Per Trento si tratta di leggi provinciali.

(##) In realtà a Trento la maggior parte degli interventi a favore della popolazione marginale si riferisce alla L.P. 35/83 che mobilita anche le risorse necessarie per la loro attuazione.

Tab. 2.3.b. Illustrazione dei principali interventi pubblici contro l'esclusione abitativa nelle città considerate nell'indagine (GC=Gestione in Convenzione; C=Convenzione)*

Città	Dormitori pubblici e convenzionati	Strutture di Accoglienza pubbliche e convenzionate	Interventi del privato sociale	Emergenza abitativa <i>tour court</i>
Torino	- «Casa di ospitalità» (GC)	- minialloggi - case di ospitalità	- Dormitorio S. Vincenzo	- Riserva ERP - Alberghi
Milano	- «Ricovero Notturno» - Centro di prima accoglienza invernale		- SAM (8 Centri di prima e seconda accoglienza) Caritas	- Alberghi
Trento	- Casa di Accoglienza «Mons. Bonomelli» (GC) - Casa della Giovane (C)	- ALFID, APAS, CIRS, Centro aiuto alla vita, Villa S. Ignazio, Caritas (C)	Sono prevalentemente in convenzione	- Contratti privati-garanzia Comune - Contributo fitto - Riserva E.R.P.
Bologna	- Centro di accoglienza «G. Beltrame» - Centro di prima accoglienza invernale	- appartamenti USL per donne sole gestanti/con figli e madri con figli a rischio - appartamento USL per giovani	- Opera Marella Non è stato possibile un censimento perché troppo numerose	
Piacenza	no	- Progetto di casa ospitalità notturna+Istituto Gianelliane (C)+accoglienza donne (C)		- Alloggi-parcheggio (36) - Riserva E.R.P.
Firenze	- Albergo Popolare pubblico - Centri (C)	- mini-appartamenti		- Alberghi o affitta-camere - Alloggi-parcheggio - Contributo straordinario per affitto
Ancona	- Pronta Accoglienza Opera Padre Guido (C)		Tenda di Abramo e associazioni di volontariato del Comune di Falconara	- Alberghi, - Alloggi privati/parcheggio - Contributo economico per coabitazione
Pesaro	no	- Alloggi protetti per anziani		- Alloggi parcheggio (100)

sociale. Le resistenze del pubblico dipendono dal fatto che implicano un impegno programmatico, azioni di controllo e finanziamenti relativamente stabili. Le resistenze del privato dipendono, viceversa, dal fatto che la convenzione viene vissuta come troppo vincolante, sia in termini di controllo, sia in termini di standard che le strutture di accoglienza devono rispettare.

b) Nei confronti delle persone che si trovano in una situazione di emergenza abitativa *tout court*, come per esempio gli sfrattati, i nuclei familiari sottoposti ad ordinanza di sgombero o i *casi sociali*, segnalati ad una apposita commissione dai servizi sociali (53), vengono indirizzati interventi volti a risolvere una carenza abitativa o l'inadeguatezza dell'alloggio, prevenendo così un processo di esclusione sociale.

Tutte le amministrazioni pubbliche hanno, in base a leggi nazionali in materia di edilizia pubblica residenziale (54) e alle leggi regionali di attuazione, la possibilità di:

- emanare bandi di concorso per l'accesso all'E.R.P.;
- definire una percentuale di alloggi di riserva su quelli da assegnare con bandi di concorso per assegnazione definitiva;
- predisporre un parco alloggi di edilizia residenziale pubblica da destinare a casa parcheggio (eventualmente requisendo alloggi di E.R.P.).

Le amministrazioni comunali possono, inoltre:

- ricorrere ad alberghi/affittacamere cittadini, eventualmente stipulando apposite convenzioni;
- erogare un contributo per l'affitto di alloggi privati o per convivenze presso parenti;
- reperire sul mercato privato alloggi con cui vengono stipulati contratti di 2-4 anni con garanzie da parte del Comune.

Le tabelle 2.3.a. e 2.3.b. mostrano la presenza o meno di tali interventi nelle realtà locali che abbiamo considerato. Il grado di diversificazione è piuttosto alto. In alcuni casi le uniche misure attuate riguardano il ricorso agli alberghi e poco altro. Certo nel valutare le differenze negli interventi bisogna tenere conto del fatto che vengono messi a confronto contesti molto diversi sia dal punto di vista economico e sociale sia dal punto di vista della storia urbana nel suo insieme. Metropoli come Roma, Milano e Napoli hanno sicuramente problemi strutturalmente diversi da città come Ancona, Bologna e Firenze. Tale differenza si riflette necessariamente sia sull'ampiezza del fenomeno della marginalità sia sulle dinamiche del merca-

(53) Proprio per questi casi gli assessorati ai servizi sociali e quelli per la casa hanno un forte punto di contatto (per esempio a Torino e Firenze). Non sempre, però, è stato sviluppato un coordinamento ad hoc.
L.N. 513/77 "Provvedimenti urgenti per l'accelerazione dei programmi in corso, finanziamento di un programma straordinario e canone minimo dell'edilizia residenziale pubblica", L.N. 392/78 "Disciplina delle locazioni di immobili urbani", L.N. 457/78 "Norme per l'edilizia residenziale".

to delle abitazioni. Ciò nonostante lo strumentario delle politiche a disposizione varia troppo per essere il mero riflesso dei problemi contingenti di ogni città. Nel sud c'è forse un'emergenza ed un disagio abitativo più diffuso, ma meno marginale, mentre al nord i due aspetti vanno di pari passo in contesti economicamente prosperi. Aree ad alta tensione abitativa con elevati costi e difficoltà di accesso ad abitazioni di basso costo come Milano presentano un quadro che vede la presenza sia di un elevato numero di sfratti, sia di un elevato numero di senza dimora.

Soprattutto al sud gli enti locali ed il pubblico in generale non si sono attrezzati per far fronte alla situazione in modo adeguato, lasciando tutto in mano al privato sociale con cui però non hanno stabilito rapporti organici. Anche rispetto all'immigrazione non sono state predisposte strutture di pronta accoglienza adeguate.

c) Gli immigrati extracomunitari costituiscono una categoria trasversale alle prime due e gli interventi messi in atto sono in parte simili, in quanto non sempre sono rivolti in maniera esclusiva a italiani o stranieri. Tra questi abbiamo:

- 1) i centri di prima accoglienza (55) (C.P.A.);
- 2) gli alloggi per la seconda accoglienza;
- 3) le convenzioni con il privato sociale.

La situazione è, però, abbastanza fluida e l'esistenza dei servizi e delle strutture dipende sia dai flussi migratori, sia dalle capacità ricettive esistenti in un determinato momento in un determinato contesto, soprattutto rispetto all'articolazione pubblico/privato sociale e al clima politico in giunta(56).

2.1.1. I dormitori pubblici

I dormitori pubblici sono strutture ereditate dal passato, nate di norma su tutto il territorio nazionale a fine secolo scorso per iniziativa di opere caritative e divenute di proprietà dell'Ente Comunale di Assistenza (E.C.A.) nel '37. Tra le due guerre e nel primo dopoguerra hanno svolto una funzione prevalentemente di contenimento e di controllo di una popolazione povera in cerca di lavoro che si spostava nelle grandi città. Non è casuale, infatti, che la competenza per l'apertura dei dormitori era dei prefetti, e solo la gestione era del Comune. In genere hanno raggiunto dimensioni notevoli (Firenze: 700 posti, Napoli: 600, Milano: 550,...), ospi-

(55) L.N. 943/86 "Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati" e L.N. 39/90 "Legge Martelli".

A Milano erano stati aperti 10 C.P.A., che sono stati poi progressivamente chiusi negli ultimi due anni (1994-95) perché "considerata conclusa la loro esperienza" come si legge nelle delibere predisposte dalla giunta Formentini. Sicuramente la situazione era diventata sempre più difficile da gestire date le dinamiche che hanno caratterizzato l'intervento: grandi concentrazioni di persone, strutture inadeguate per una permanenza prolungata, conflittualità con la popolazione residente, microcriminalità. Il problema è, però, che non sono stati attuati interventi alternativi. Non è casuale, quindi, che recentemente (giugno '95) la giunta Formentini, anche in un clima politico mutato, abbia proposto di recuperare una parte di tali centri. Il problema si rivela essere l'aleatorietà degli interventi e la mancanza di una politica sociale seria.

tando ed assistendo nel tempo migliaia di persone. Con lo scioglimento degli E.C.A., a seguito del DPR 616/77, i dormitori sono passati sotto la responsabilità diretta dei Comuni. Delle città considerate dalla ricerca solo quelle più grandi possiedono almeno un dormitorio pubblico: Torino, Milano, Trento, Bologna, Firenze, Roma, Napoli e Catania (cfr. tabb. 2.4.a. e 2.4.b.).

Nel corso del tempo sono mutati sia il profilo degli ospiti tipici, sia la funzione delle strutture sia gli interventi messi in atto. Se inizialmente i dormitori ospitavano temporaneamente italiani indigenti, prevalentemente emigranti lungo l'asse sud-nord, nel corso del tempo hanno sempre più accolto italiani tendenzialmente cronicizzati, di età medio-alta e, spesso, con problemi sanitari e mentali, isolamento, alcolismo. Dalla fine degli anni '80 si sono aggiunti gli immigrati extracomunitari, prevalentemente maschi e giovani. Negli ultimi anni sono aumentati anche i giovani con problemi connessi alla tossicodipendenza e le donne. E intuibile che tali mutamenti nella popolazione di riferimento abbiano sottoposto le strutture a forti sollecitazioni.

Alcune realtà sono state riorganizzate per far fronte ai mutamenti con un'articolazione nuova (Torino, Bologna, Firenze, in parte anche Milano). Napoli ha mantenuto l'impostazione originaria E.C.A., mentre a Roma, Trento e Catania di fatto i dormitori sono stati affidati alla Caritas o ad altre associazioni di volontariato.

I processi di riorganizzazione sono stati avviati tra il 1984 e 1987 a Firenze, Milano e Bologna, a Torino già nel '78. La tendenza è stata quella di differenziare tra prima e seconda accoglienza. E, infatti, impensabile rispondere univocamente a bisogni di natura diversa. Da un punto di vista organizzativo questo ha portato a due tipi di soluzione. Da un lato ad una differenziazione, all'interno della stessa struttura tra posti letto destinati all'emergenza con una permanenza limitata nel tempo e posti letto che fanno parte di un'area residenziale (per esempio a Bologna, e prossimamente a Milano) cui hanno accesso persone che seguono un progetto di reinserimento. Dall'altro (per esempio a Torino) alla riduzione del numero di posti letto concentrati in un unico dormitorio e alla creazione di strutture *ad hoc* differenziate per tipologia di senza casa, mostrando un timido tentativo di de-istituzionalizzazione o comunque di ridimensionamento di strutture totalizzanti. L'esistenza di situazioni molto differenziate richiede, infatti, una risposta articolata. Casi «cronicizzati» in età avanzata, ma non assimilabili agli ospiti delle case di riposo, e che difficilmente si renderanno autonomi in quanto sommano, spesso, malattia fisica e mentale, alcolismo e solitudine, avranno bisogno di un intervento diverso da persone di età più giovane che hanno un elevato potenziale di reinserimento sociale.

2.1.1.a. Criteri di ammissione

In tutti i casi considerati i dormitori prevedono l'accesso ad individui auto-sufficienti soli e maggiorenni. Non c'è, invece, differenza di accesso per italiani e stranieri, anche se, spesso, viene data priorità agli italiani residenti e c'è una tendenza crescente a differenziare le strutture. I posti letto destinati alle donne, introdotti e aumentati di recente, anche in relazione all'aumento di questa utenza, sono, comunque, sempre una percentuale inferiore al 10% sul totale. Nel caso di Trento

Tab. 2.4.a. Principali caratteristiche dei dormitori pubblici esistenti nelle città oggetto d'indagine

CITTÀ	TORINO	MILANO	TRENTO	BOLOGNA
Denominazione	Albergo Notturno	Ricovero Notturno	a) Casa di Accoglienza «Mons. Bonomelli»; b) Casa della Giovane;	Centro di accoglienza «C. Beltrame»
Riferimento normativo	delibera 8303922/19 del '83	PSA-C (1989)	LP 35/83 e L.P. 13/90	delibera P.C. n° 90927/92
Anno	1985	1986	n.p. (E.C.A)	n.p. (E.C.A)
Anno ristrutturazione	—	1989	a) 1984 convenzione con Caritas (operativa dal 1985) b) 1984 convenzione con ACI-SJF	1992
Tipo di gestione	1985 gestione in convenzione con la cooperativa «Parella»	gestione diretta	gestione in convenzione.	gestione diretta convenzione per educatori
Posti letto	M: 36; F: 6; pronta emergenza: 4	M: 460; F: 40	a) M: 38 b) F: 12	M: 103; F: 12 (n=115) di cui: 18 Area Prima Accoglienza 97 residenza sociale
Permanenza media	4 mesi	di lungo periodo	prorogabile a progetto	prorogabile a progetto
Limite permanenza	4 mesi	6 mesi	10 gg.	15 gg. per prima accoglienza; a progetto per area residenza sociale
Personale	6	68	a) 8; b) 3	23
Presenza volontari	no	no	si	si per mensa
Costo pernottamento	£1000	£3000	a) £1000; b) n.p.	£2000
Ospiti '94	370 ('93)	1216	a) 870; b) 314	493
% media stranieri	30% (fino al '95, poi apertura CPA)	50%	a) 80%; b) 25%	5% rifugiati politici
Spesa comune '94	procapite £26.700 £448.293.000 (1993)	£2.278.137.000 (Beni e Servizi) £2.343.000.000 (Retribuzione personale)	a) £750.000.000 di cui: £527.550.000 (LP 13/90) £222.450.000 (LP 35/83) b) £174.000.000 (LP 35/83)	£576.000.000 £1.200.000.000 (1995) pro-capite £28.500

Tab. 2.4.b. Principali caratteristiche dei dormitori pubblici esistenti nelle città oggetto d'indagine

CITTÀ	FIRENZE	ROMA	NAPOLI	CATANIA
Denominazione	Albergo Popolare	a) Ostello di via Marsala (F) b) Ostello di via Giolitti (M) c) Centro Ponte Casilino d) Centro Accoglienza Notturno	Dormitorio Pubblico «Vittorio Emanuele II»	Centro di Pronta Accoglienza «Cardinale Dusmet»
Riferimento normativo	delibera 710/36 del '89 e integrazione del '93	n.p.	L.R. 65/80 art. 1	n.p.
Anno	1905	a) Caritas: 1986; b) Caritas: 1990; c) Caritas: 1991; d) Esercizio Salvezza: 1914	1873	1931
Anno ristrutturazione	1984 1993	a) 1995 d) 1988	1981	1985
Tipo di gestione	gestione diretta	a) Caritas: 1987; b) Caritas: 1990; c) Caritas: 1991; (C) d) Esercizio Salvezza: 1988 (C)	gestione diretta; convenzione suore delle povere relle per assistenza e servizi (pasti e lavanderia)	1989 convenzione Caritas
Posti letto	MF: 100 + 16 minialloggi = 160	a) F: 80; b) M: 100; c) M+F: 50; d) M+F: 250; totale: 480 (di cui: M=100; F=80; M+F=300)	dal 1981 M+F: 300 di cui agibili: li: 100	M: 40
Permanenza media	n.p.	di lungo periodo	di lungo periodo	n.p.
Limite permanenza	6 mesi	30 gg.	3 gg.	3 mesi
Personale	10	n.p.	31	11
Presenza volontari	n.p.	a)+b)+c): si; d): no	si	si
Costo pernottamento	£1500	gratis	gratis	gratis
Ospiti '94	n.p.	1230	60	315
% media stranieri	> 50%	n.p.	circa 25%	70%
Spesa comune '94	£2.628.000.000	£999.988.050 (di cui £549.000.000 alla Caritas)	n.p.	£240.000.000

e Catania l'accesso è solo per un'utenza maschile, mentre per l'utenza femminile esistono solo strutture private in convenzione. L'accesso viene formalmente consentito per un periodo limitato nel tempo, che varia dai pochi giorni a circa 6 mesi. Nella realtà raramente vengono rispettati questi limiti (a Milano e Napoli in modo vistoso) e ci sono ospiti che superano i trent'anni di permanenza. In alcuni casi viene richiesto il pagamento di una quota quasi simbolica per il letto variabile dalle 1.000 alle 5.000 lire a seconda del tipo di stanza. In molti casi la quota viene coperta da un sussidio che eroga la struttura stessa.

2.1.1.b. Tra tradizione e innovazione: i servizi offerti

L'assistenza fornita non si riduce quasi mai alla sola offerta di un posto letto. All'interno della stessa struttura esiste quasi sempre una mensa e vi operano assistenti sociali, medici, educatori e psicologi. Lo scopo è, ufficialmente, quello di favorire sempre più una presa in carico della persona nel suo complesso per poter cogliere la multidimensionalità del bisogno e predisporre un progetto di reinserimento. In molti casi, però, tale scopo non viene né perseguito né raggiunto a causa dell'assetto ancora troppo tradizionalmente assistenzialistico delle strutture. Infatti, anche se la sistemazione dovrebbe essere transitoria per tutti, nella realtà la formulazione di un progetto di reinserimento sociale non è possibile senza adeguati strumenti e risorse ed è, in ogni caso, difficile da attuare nel breve periodo.

L'invecchiamento di una quota, anche consistente, di ospiti e la presenza di persone dipendenti da sostanze, quali alcolisti o ex-tossicodipendenti con problemi di Aids, ha fatto emergere sempre più la necessità di soddisfare anche bisogni di natura sanitaria. La maggior parte dei dormitori ha così attivato un servizio di assistenza medico-infermieristica in collaborazione con le USL locali.

Tra gli altri servizi forniti abbiamo anche il segretariato sociale che aiuta (o dovrebbe aiutare) gli ospiti a destreggiarsi nel complesso sistema di interventi socio-assistenziali. In taluni casi, vengono erogati anche sussidi monetari, rispetto ai quali la questione è, però, poco chiara. L'assistenza economica, come abbiamo visto, dovrebbe rientrare nell'ambito degli interventi economici continuativi erogati nella maggior parte delle regioni in base al Minimo Vitale. Tale regolamentazione dovrebbe valere anche per le persone ospiti dei dormitori che possiedono i requisiti per ricevere tali sussidi.

Nella realtà tutto funziona diversamente. Infatti, come abbiamo visto nel capitolo dedicato al Minimo Vitale (cfr. cap. 1), gli adulti soli spesso non rientrano a pieno titolo tra gli aventi diritto. Per i senza casa si aggiunge in alcuni comuni il problema della residenza e, per quelli ospiti di strutture di accoglienza, ci sono i problemi legati al fatto che, offrendo «vitto e alloggio» si tende a minimizzare le erogazioni monetarie. Senza un adeguato sostegno economico e soprattutto senza adeguate misure di accompagnamento, però, si impedisce loro di rendersi autosufficienti, favorendo una crescente dipendenza dal servizio.

A Torino i sussidi sono differenziati a seconda del progetto e quindi della casa in cui sono accolte le persone: ca. L. 95.000 mensili se si è nell'albergo notturno, ca. L. 220.000 mensili se si è nella casa di accoglienza per 18-30enni, ca. L. 50.000

mensili se si è nella casa di ospitalità per i più «cronici». L'erogazione di queste somme è vincolata, similmente al Minimo Vitale, alla valutazione che l'operatore sociale fa della disponibilità dell'utente ad impegnarsi in un progetto di reinserimento sociale. A Bologna sono previsti sussidi *una tantum*, continuativi e buoni pasto. Lo stesso accade a Milano dove il sussidio *una tantum* viene chiamato *stacco* e i sussidi continuativi sono solo su progetto.

Interessante è la recente attivazione all'interno del dormitorio di Firenze di un centro di avviamento al lavoro che dovrebbe consentire, oltre all'acquisizione di alcune capacità manuali, anche l'avvio di un processo di reinserimento attivo nella società. I bisogni complessi che caratterizzano i soggetti ospiti del dormitorio, risultato di un processo di cumulo e sedimentazione che ha indebolito la capacità dell'individuo di fruire delle risorse messe a sua disposizione, rendono l'intervento particolarmente difficile.

Ci sono anche dormitori in cui viene fornita un'assistenza legale, ma il servizio non è molto frequente e viene istituito soprattutto dove ci sono molti immigrati extracomunitari (per esempio a Catania dove costituiscono il 70% degli utenti).

Di fatto i dormitori che presentano la più alta integrazione tra servizio sociale, strutture di accoglienza e un'offerta più articolata che tenga conto delle diverse esigenze di un'utenza eterogenea e che distingue tra prima e seconda accoglienza, sono quelli di Torino e Bologna. A Firenze e Milano si sta lavorando in questa direzione. In contesti più piccoli, come Piacenza, Pesaro ed Ancona il problema sembra non essere così rilevante da richiedere interventi di ampia portata. Ciò nonostante il fenomeno sembra essere in crescita anche in tali contesti che stanno predisponendo interventi differenziati per farvi fronte (per esempio a Piacenza ha già approvato dei progetti in merito).

2.1.1.c. Gli ospiti

La tipologia di persone che si rivolgono a queste strutture è molto eterogenea e presenta solitamente un cumulo di problemi. Se la mancanza della casa è il fatto che le accomuna tutte, le cause della loro condizione e i percorsi biografici sono differenziate. In genere si può affermare che vi è un aumento nell'afflusso da parte delle donne e un tendenziale abbassamento dell'età media degli ospiti. Bisogna però distinguere tra italiani e stranieri. Tra gli italiani troviamo situazioni ormai cronicizzate su cui è molto difficile intervenire, mentre tra gli stranieri abbiamo esclusivamente giovani maschi provenienti in prevalenza dall'area maghrebina, ma in misura crescente anche dall'Est, soprattutto con problemi di inserimento lavorativo.

I sistemi di rilevazione esistenti non ci permettono, comunque, di tracciare un profilo attendibile degli ospiti. Solo a Trento, Torino, Bologna e Milano si effettua una rilevazione sistematica delle loro caratteristiche socio-demografiche. A Firenze è in via di attivazione un sistema di monitoraggio informatizzato. Negli altri casi ci sono per lo più degli archivi cartacei con *cartelle sociali e schede di rilevazione* non sempre compilate con criteri omogenei. Questa situazione impedisce una programmazione adeguata degli interventi perché non permette di cogliere in modo sistematico né la natura dei bisogni degli ospiti né il loro mutamento.

2.1.1.d. L'emergenza freddo

Per far fronte all'emergenza freddo che investe i senza dimora e le persone che vivono prevalentemente per strada, sia italiani che stranieri, in alcune città per il periodo invernale sono state attrezzate delle strutture per la pronta accoglienza. Si tratta di interventi a termine che intendono garantire la pura sopravvivenza fisica nei periodi più freddi dell'anno a persone che non sono già prese in carico dai servizi sociali. Sono evidentemente misure urgenti a bassa soglia senza nessuna limitazione di accesso e che solo parzialmente riescono a stabilire una relazione con le persone emarginate. Esistono soprattutto nelle città di grandi dimensioni dove c'è una più alta concentrazione di persone che vivono per strada e dove il clima pone seri problemi di assideramento. Le persone che usano tali strutture presentano un cumulo notevole di problemi. In particolare l'utenza italiana *cronica* presenta un quadro fortemente caratterizzato da disagio mentale, tossicodipendenza e alcolismo, non solo causa ma anche risultato di una vita sulla strada. Sono presenti anche stranieri che normalmente trovano ricovero in macchina o per strada. Il loro profilo è completamente diverso: giovani maschi extracomunitari di recente immigrazione, spesso senza permesso di soggiorno.

A Milano, per il secondo anno consecutivo, viene assicurato il pernottamento gratuito a 200 persone in grandi camerate con letti a castello, nei locali e con il personale della protezione civile (spesa '94-'95, L. 22.000.000). A Bologna sono state allestite 6 tende da campo ed è stato attuato un servizio di strada per fornire coperte e panini. Anche a Roma le organizzazioni di volontariato operano per strada; gli interventi sono coordinati dal Comune attraverso il Servizio di Pronto Intervento Sociale (S.P.I.S.); il Comune fornisce coperte *sacchi a pelo* (materassini da mare) e panini; inoltre, per assicurare un riparo in un luogo protetto, nelle ore notturne è stata aperta la metropolitana. A Torino, per l'emergenza freddo, si è fatto ricorso ad alberghi ed è stato predisposto un coordinamento per attrezzare delle strutture per il prossimo inverno ('95-'96).

2.1.2. Seconda accoglienza e appartamenti per categorie deboli

In alcune città l'intervento a favore delle persone emarginate è articolato in modo da fornire soluzioni mirate a categorie specifiche di utenza. Nel caso di Torino, Trento, Bologna e Firenze si tratta di strutture pubbliche. A Trento la gestione è affidata ad associazione private in convenzione secondo la legge provinciale 35/83. Nell'indagine pilota che abbiamo condotto, abbiamo preso in considerazione alloggi veri e propri o micro-strutture che sono utilizzate dai servizi sociali per categorie particolari di persone inserite in progetti di recupero. Si tratta di un gamma molto eterogenea di strutture che si configura prevalentemente come una seconda accoglienza per persone che non sono in grado né di mantenere economicamente né di gestire autonomamente un'abitazione, ma che al tempo stesso dimostrano la volontà di seguire un percorso che li porti ad acquisire (o riacquisire) tale autonomia. La difficoltà principale nel collocare questi interventi in un quadro analitico è dovuta alla difficoltà di classificarli in una tipologia coerente che valga per tutte

le città; infatti le realtà sono molto eterogenee e fluide. L'esistenza degli interventi dipende anche molto da quale sia il bisogno da coprire in relazione alla disponibilità di altre strutture pubbliche e private volte a soddisfare bisogni simili (57). Il criterio prevalente rispetto al quale si possono classificare per differenziarli dai dormitori in senso stretto, diventa allora da un lato la categoria specifica di fruitori ai quali essi si rivolgono e dall'altro il fatto che le strutture sono predisposte per la permanenza anche durante il giorno degli ospiti e l'accoglienza è spesso legata a progetti specifici di recupero e/o inserimento. In alcuni casi, l'assessorato all'assistenza ha competenza anche in materia di assegnazione temporanea di alloggi E.R.P. per «casi sociali» (per esempio Torino, Pesaro, Piacenza, Bologna e Firenze). È necessario però che sia stabilito un accordo e che vengano definiti i criteri tra l'assessorato ai servizi sociali e quello competente per l'Edilizia Residenziale Pubblica. Sono, comunque, casi di confine che sono già stati accolti in altre strutture e che sono, in ogni caso, seguiti dai servizi sociali.

Qui di seguito presentiamo sinteticamente solo alcune delle soluzioni presenti nelle città considerate (58). Ciò che le caratterizza e le rende per noi interessanti è il fatto che costituiscono degli interventi a rete. Il loro presupposto è, cioè, spesso la mobilitazione di risorse diverse su di un progetto specifico, che pur essendo più costosa è più efficace di strumenti che considerano solo aspetti specifici della condizione di bisogno.

2.1.2.a. Per donne, madri sole con figli o gestanti

A Bologna ci sono 5 alloggi, gestiti direttamente dalla USSL o in convenzione, che hanno l'obiettivo di assicurare idonee condizioni materiali, affettive, relazionali e sociali a donne che si trovino nella necessità temporanea di uscire di casa per gravi conflitti o che si trovino nell'impossibilità di reperire una sistemazione abitativa. A volte, in queste strutture è prevista la presenza di un operatore e la durata della permanenza può arrivare fino a 2 anni, periodo entro il quale, sostenute psicologicamente ed economicamente, devono intraprendere un percorso di autonomizzazione.

Per questa categoria di persone in molte città ci sono strutture di accoglienza private convenzionate: per esempio a Trento il Comitato Italiano per il Reinserimento Sociale (C.I.R.S.) e a Napoli gli istituti religiosi Villa Aurora e Cuor di Maria. Entrambe le strutture cercano di fornire alle ragazze/donne ospiti strumenti psico-sociali e possibilità lavorative tali da facilitare un processo di superamento delle condizioni di marginalità sociale. Ancora a Trento la Casa di Accoglienza per la Giovane, convenzionata, si rivolge a un'utenza femminile sia per la prima acco-

(57) Anche in questo caso abbiamo considerato unicamente l'intervento pubblico o il privato convenzionato. Questo lascia in ombra l'ampio e diversificato intervento del terzo settore che, comunque, contribuisce, spesso in modo decisivo, a far fronte alle condizioni di bisogno.

Per una trattazione più completa degli interventi messi in atto nelle varie città si rimanda alle ricostruzioni dei casi studio.

glienza (12 posti letto convenzionati), essendo il dormitorio solo maschile, sia per periodi più lunghi legati a un progetto. L'intervento è indirizzato prevalentemente a donne con figli di età non inferiore ai 3 anni, che non siano in grado di integrarsi positivamente nell'ambiente in cui vivono per via della mancanza di autonomia (di natura fisica, psichica o ambientale). L'associazione ha concordato con i servizi, per parte delle ospiti, un progetto globale di sostegno alla persona che comprende il reperimento di un posto di lavoro, la riattivazione dei rapporti con la famiglia di origine, l'attivazione di tutti quegli interventi specialistici in grado di rimuovere situazioni di disagio profondo e per reperire una soluzione abitativa definitiva (n=10 nel 1992). Sempre a Trento sono disponibili 4 appartamenti (3 per donne e 1 per uomini) del Comune per l'accoglienza temporanea di persone sole o con figli, la cui gestione è affidata in convenzione all'Associazione Laica Famiglie in Difficoltà. Si tratta di situazioni di emergenza dovute a separazioni di fatto, abbandoni o violenze nell'ambito familiare, alle quali viene dato un sostegno nella ricerca di un lavoro e di un'autonomia alloggiativa (n. 27 nel 1994).

Progetti in questa direzione verranno attuati a partire dal '96 a Piacenza attraverso convenzioni con strutture già esistenti in città.

2.1.2.b. Per giovani

A Bologna è stato avviato un gruppo-appartamento per giovani adulti che prevede una permanenza media di un anno, estendibile fino a un massimo di due, per giovani con difficoltà di inserimento sociale e lavorativo. I giovani (in numero di 2-3) sono seguiti da un'équipe di operatori che comprende un assistente sociale e un operatore sociale all'infanzia. Il lavoro educativo viene svolto da un'educatore (16 ore settimanali) il cui obiettivo è quello di aiutare i ragazzi a sviluppare una crescente autonomia attraverso una graduale acquisizione di maggiori responsabilità e facilitare così l'ingresso nel mondo del lavoro (n=4 nel 1993). L'elemento di novità di questo intervento è la possibilità di dare continuità al progetto individuale anche in quei casi ove si è raggiunta la maggiore età, evitando così un'interruzione drastica.

A Torino i giovani che hanno seguito un progetto legato ad un percorso di reinserimento sociale e hanno riacquisito una certa autonomia hanno accesso a 7 mini-alloggi pubblici a fronte di una retta mensile di 25.000 lire. Pensati come sistemazioni temporanee (non solo per giovani), si configurano di fatto come sistemazioni abitative di medio-lungo periodo. Dall'82, poi, è stata attivata una casa per la seconda accoglienza per soggetti tra i 18 e i 30 anni di sesso maschile in grado di partecipare a un progetto di inserimento sociale e lavorativo (molto spesso si tratta di ex tossicodipendenti). La durata media di permanenza varia dai 6 ai 9 mesi per 12 posti letto. Sono presenti degli operatori e l'accesso è autorizzato dall'Ufficio centrale di assistenza alle persone senza fissa dimora.

A Trento la Cooperativa Villa S. Ignazio, che opera in regime di convenzione, si rivolge a soggetti giovani-adulti. L'accoglienza può durare fino a due anni e prevede una gestione comunitaria ed interventi individualizzati di sostegno educativo, psicologico e di riavviamento al lavoro. L'iniziativa si caratterizza per il fatto di essere una struttura intermedia a gestione comunitaria, cioè pensata per il passaggio

di soggetti in difficoltà da un ambiente protetto (comunità alloggio, gruppo-famiglia, istituto) ad una vita autonoma o, comunque, autogestita, con il supporto iniziale dei servizi sociali del territorio (n=82 nel 1993).

2.1.2.c. Per anziani

A Torino il dormitorio ex-E.C.A. è stato ristrutturato dando luogo ad una struttura a carattere residenziale di seconda accoglienza per persone tra i 50 e 65 anni che per età e condizioni psico-fisiche hanno maggiori difficoltà a trovare una sistemazione autonoma. Non è prevista una durata massima di permanenza ed il costo è di 13.000 lire a notte (quasi mai corrisposto). Si tratta dei soggetti più cronici, che sono privi di possibilità di inserimento lavorativo e con gravi problemi sanitari. Alcuni di questi se raggiungono una certa autonomia, possono accedere ai mini-appartamenti del Comune.

2.1.2.d. Per ex-detenuiti

A Trento il Comune dispone di 4 alloggi destinati per far fronte alle difficoltà abitative di detenuti dimessi dal carcere o soggetti a misure alternative (semi-libertà) e loro familiari. La loro gestione è affidata in convenzione all'Associazione Provinciale di Aiuto Sociale per i detenuti. L'intervento vuole supportare prevalentemente coloro che uscendo dal carcere sono privi di risorse personali e familiari e personali tali da vivere in una situazione di disagio sociale, aggravata spesso dall'abuso di sostanze stupefacenti e alcoliche.

2.1.3. L'emergenza abitativa in senso stretto: cenni

Tutte le amministrazioni comunali hanno predisposto degli strumenti per fare fronte a situazioni di emergenza abitativa, prevedendo alcuni interventi specifici quali:

- 1) il ricorso agli alberghi;
- 2) l'assegnazione temporanea di alloggi parcheggio;
- 3) l'assegnazione definitiva di alloggi di riserva;
- 4) l'erogazione di un contributo economico ad integrazione dell'affitto.

La competenza per questa materia è, comunque, per lo più dell'Assessorato ai Lavori Pubblici o all'Edilizia Residenziale Pubblica (E.R.P.) e non dei Servizi Sociali. In questi casi tali misure si caratterizzano più per il grado di urgenza e provvisorietà della soluzione alloggiativa che offrono, piuttosto che per l'essere destinate a categorie specifiche di fruitori. Le soluzioni possono essere temporanee, come l'alloggio in albergo, semidefinite, come il ricorso ad alloggi-parcheggio o definitive come l'assegnazione di alloggi di E.R.P. di riserva, il contributo per l'affitto o i contratti agevolati con privati. In alcune città sono stati deliberati dei regolamenti che stabiliscono criteri per la priorità.

L'alloggio/pernottamento in alberghi sembra essere la soluzione più immediata e diffusa. Essa, però, comporta, oltre all'evidente disagio per chi viene ospitato,

costi notevoli per l'amministrazione pubblica, dato che poi l'emergenza si traduce spesso in permanenze pluriennali a fronte di una durata massima prevista di 6 mesi.

Tutte le amministrazioni pubbliche che abbiamo considerato attuano questo intervento. Pur deliberando la maggior parte di esse per una sua riduzione drastica, incontrano notevoli difficoltà nel trovare soluzioni alternative concrete. Bari è un caso esemplare in quanto ospita in albergo, unica soluzione offerta all'emergenza abitativa, 150 nuclei familiari per complessivi 600 individui. A Cosenza ci

sono persone ospitate in albergo da 8-9 anni. A Firenze nel '94 sono state ospitate circa 400 persone in alberghi e presso affittacamere. Ad Ancona in attesa di attivare un servizio specifico, il ricorso all'albergo (delibera del 7/3/95) è inteso come servizio di pronta accoglienza per soggetti residenti o presenti occasionalmente sul territorio, in condizioni di indigenza, emarginazione e disagio sociale (59).

Le persone che hanno diritto a queste misure sono tendenzialmente quelle che hanno i titoli per l'accesso all'edilizia popolare. Ciò che le accomuna è, con l'eccezione di Ancona, la mancanza di una casa in senso stretto, legata ad una situazione di indigenza o insufficienza economica (che devono certificare) più che ad una complessità di problemi che si configurano come grave marginalità e che caratterizzano i senza dimora classici.

La mancanza di casa in senso stretto è legata alla situazione della domanda e dell'offerta locale di edilizia pubblica e di alloggi popolari per persone o nuclei a basso reddito. Tale situazione varia notevolmente da contesto urbano a contesto urbano e trova nelle aree metropolitane di Milano, Roma, Napoli, le situazioni più a rischio. Tale rischio è dovuto principalmente a due elementi:

- 1) la presenza di sfratti o sgomberi (60);
- 2) il blocco dei bandi di concorso per l'accesso all'edilizia residenziale pubblica.

Ci sono poi situazioni molto particolari come il caso di Napoli in cui si sono resi necessari interventi mirati post-terremoto e dove, evidentemente, il problema investe una parte di popolazione consistente (61).

2.1.4. Interventi mirati per immigrati: cenni

Gli interventi a favore degli immigrati con problemi abitativi non sono stati il *focus* centrale della rilevazione. Dato, però, che spesso vi è un grado di sovrapposizione con le politiche sia nei confronti dell'emarginazione, sia nei confronti dei

(59) Tra questi vengono fatti rientrare i cittadini italiani, gli stranieri di passaggio, residenti sul territorio italiano, con permessi di soggiorno, i rifugiati politici e gli esuli provenienti soprattutto dalla ex Jugoslavia, i senza fissa dimora. Ad Ancona, quindi, l'intervento è trasversale e comprende sia il bisogno abitativo *tout court* sia bisogni più complessi all'interno dei quali l'abitazione è un fattore importante, ma non l'unico.

(60) Si tratta in questo caso di sgomberi attuati a causa dell'inagibilità degli stabili. Dopo il terremoto dell'80 sono state sgombrate 35.000 famiglie dalle proprie case pericolanti. Nel 1985 esistevano ancora 150 campi/container che ospitavano 3.000 famiglie e altrettante erano sistemate in albergo.

problemi abitativi non possiamo esimerci dall'accennarvi. Occorre subito chiarire che il volontariato organizzato e il terzo settore in generale sono molto attivi ed articolati in questo ambito, anche perché ha spesso supplito all'incapacità del pubblico di intervenire in tempi ravvicinati su di un problema emergente. Presentare solo l'intervento pubblico è, quindi, sicuramente parziale e rischia di dare un'immagine distorta se lo scopo è quello di considerare l'intervento complessivo di accoglienza a favore degli immigrati. In questo caso occorrerebbe tenere conto anche del privato sociale non convenzionato che, però, non era previsto dal disegno della ricerca e avrebbe richiesto uno sforzo investigativo maggiore.

Lo scopo di questo breve paragrafo e della tabella sinottica (tab. 2.5.) è quindi quello di accennare *solo* alle strategie delle amministrazioni pubbliche locali nei confronti dell'accoglienza abitativa degli immigrati. Queste si differenziano per il tipo di strutture previste e per il diverso grado di integrazione con il privato sociale. Dal punto di vista delle strutture abbiamo da un lato degli alloggi distribuiti sul territorio, mentre dall'altro abbiamo strutture collettive che concentrano in un unico edificio o in una serie di prefabbricati molte persone (62). Tra i primi abbiamo, per esempio, gli alloggi popolari a Bologna (63). Tra i secondi invece abbiamo, per esempio, i Centri di Prima Accoglienza organizzati in *container* o in ex-scuole a Milano.

Rispetto al grado di integrazione con il terzo settore, invece, possiamo notare che esso è elevato laddove vengono stipulate convenzioni, che fanno rientrare gli specifici interventi nell'ambito di un quadro di responsabilità pubblica dell'intervento e della garanzia di standard minimi di servizio (per esempio a Torino e Roma).

Solitamente per poter accedere ai Centri di Prima Accoglienza dei comuni bisogna essere cittadini di un paese extra-comunitario ed essere in possesso di un

regolare permesso di soggiorno, o essere titolare dello status di rifugiato. In alcuni casi possono accedere anche gli irregolari, ma per un periodo di tempo limitato (massimo 30 gg.). In alcuni casi, come a Bologna e Piacenza, l'accesso è stato ristretto a persone inserite nel mercato del lavoro, mentre a Torino è sufficiente la residenza. Solitamente i C.P.A. si rivolgono a maschi soli, anche se in alcuni casi (per esempio a Bologna e Piacenza) ci sono anche appartamenti di seconda accoglienza per familiari, o come a Roma, strutture che accolgono le donne immigrate con il loro bambino o in attesa. Il problema più grande dei C.P.A. è che sono strutture preposte alla breve accoglienza, mentre nella maggior parte dei casi il periodo di permanenza si prolunga nel tempo. Gli immigrati usufruiscono poi anche dei dormitori. Nei casi da noi considerati, la loro presenza viene stimata in una percentuale che va dal 5% (Bologna) all'80% (Trento) dell'utenza complessiva dei dormitori.

(62) Non consideriamo qui i dormitori dove (per esempio Milano, Torino) gli stranieri hanno spesso dei posti riservati.

(63) A Bologna, parallelamente ai Centri di Prima Accoglienza (n=9), che hanno accolto 895 persone nel 1994, esistono 6 appartamenti e 75 strutture per famiglie immigrate che hanno accolto, nello stesso periodo, 321 persone (Osservatorio Comunale dell'Immigrazione, 1994).

Tab. 2.5. Centri di Prima Accoglienza comunali per immigrati extracomunitari

	TORINO	MILANO	BOLOGNA	PIACENZA	FIRENZE	ROMA
Nr.	2	4 in via di chiusura (+6 già chiusi)	9+3 per famiglie+6 appartamenti	1+apparta- menti per la seconda	1	16
Anno di attivazione	1995	1990	1991	1992	1994	1990-95
Descrizione	scuole	scuole e pre- fabbricati	prefabbricati	immobili	immobili	immobili
Posti letto	150	406	1.202 (312 in prefabbricati)	40+8	18	200 ca
Requisiti	M soli M con figli- 10	M soli con permesso soggiorno	permesso di soggiorno rifugiato o in attesa	nel CPA solo per M con permesso soggiorno	permesso di soggiorno	permesso di soggiorno e status di rifugiato
Ospiti '94	n.p.	n.p.	1.202 (-800 91-94) M: 905; F: 5; 78 famiglie	M: 61; + 1 famiglia (n=6)	M: 18	> 1.000
Permanenza prevista	6 mesi+3+3; irregolari 30 gg	6 mesi	6 mesi prorogabili	7 mesi prorogabili	2 mesi+2	2 mesi+2
Durata media	-	stabile	stabile	stabile	-	2 mesi
Costo per l'utente	L. 4.000 notte L. 120.000 al mese	dalle L. 40.000 alle L. 120.000 al mese (solo 10%)	L. 100.000 mese	L. 80.000 al mese L. 300/400.000 negli apparta- menti	gratuito	gratuito
Gestione	convenzione con coop	convenzione con coop	convenzione con coop. e autogestione	convenzione con coop	n.p.	convenzione
Spesa Comune (in 000 lire)	937.951 stanziamento '95-'96	369.349 stanziamento 95	208.000 7,6% sul bilancio	107.951 1,28% sul bilancio	n.p.	n.d.

2. 2 Considerazioni

Come le misure di assistenza economica, anche le misure a favore dei senza casa mettono in evidenza un'estrema variabilità degli interventi. Si va da un'impostazione più tradizionale di risposta puntuale al bisogno abitativo a progetti più complessi che integrano risorse diverse, come per esempio gli interventi di seconda accoglienza precedentemente descritti. L'ambito di intervento sta, comunque, attraversando come tutte le politiche sociali una fase di ridefinizione che vede i contesti più innovativi (per es.: Torino, Trento, Bologna) presentare politiche di de-istituzionalizzazione che affiancano la soluzione del problema abitativo a livello micro con politiche attive di reinserimento sociale come borse-lavoro e sostegno psicologico, in modo da aiutare le persone in condizione di bisogno a sviluppare un crescente grado di autonomia dai servizi sociali. Ancora una volta, dunque, la soluzione più efficace è quella di un «pacchetto integrale di diritti e risorse» la cui presenza è, però, distribuita in modo diseguale sul territorio nazionale. Una legge quadro, quindi, oltre a fornire criteri omogenei di accesso ai servizi dovrebbe anche rendere possibile lo sviluppo diffuso di misure di accompagnamento integrate che basandosi su di un Minimo Vitale certo costruiscono un intervento sociale individualizzato.

3. L'ASSISTENZA DOMICILIARE COME POLITICA DI INTEGRAZIONE SOCIALE DEGLI ANZIANI

3. Introduzione: definizione e contesti normativi regionali

In questo capitolo prendiamo in esame gli interventi destinati alla popolazione anziana e mirati ad arginare i rischi di emarginazione sociale loro peculiari. In

particolare consideriamo i rischi indotti da condizioni di salute precarie, da situazioni familiari disagiate, dal venire meno dell'autonomia fisica. L'attenzione verrà posta prevalentemente sulle competenze e sugli interventi dei Comuni nell'area socio-assistenziale, nella consapevolezza tuttavia che in questo campo sono forti le interrelazioni con l'area più strettamente sanitaria. Queste relazioni, che implicano in molti casi un processo di integrazione tra i diversi ambiti e i diversi Enti (in particolare le USL), costituiscono un terreno di sperimentazione per rendere sempre più adeguati ed efficaci gli interventi a favore degli anziani. Si tratta, per altro, di un settore in evoluzione, anche perché la recente trasformazione delle USL in Aziende (ASL), ossia in enti autonomi sia in termini progettuali sia finanziari (64), e le indicazioni date a livello nazionale dal Ministero della Sanità con il Progetto Obiettivo Anziani (65) influenzano in modo significativo anche il livello di competenze di cui sono responsabili gli Enti locali. Il Comune in particolare assume un ruolo fondamentale in quanto è ad esso che viene attribuita la responsabilità operativa dell'attuazione della legislazione regionale (66).

Lo scenario che si sta definendo a livello nazionale, stimolato dalla compresenza di specifiche tendenze demografiche di lungo periodo e di costi crescenti de-

(64) In base ai DL 502/92 e DL 29/93.

(65) Il DPR del 1 marzo 1994 - "Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il Triennio 1994-1995" - in conformità con quanto previsto nei Decreti di riordino del Servizio Sanitario Nazionale 502/92 e 517/93 e la Legge 142/90, rappresenta il testo base del nuovo assetto del sistema socio-sanitario regionale. I Progetti Obiettivo degli Anziani regionali vengono definiti in coerenza con gli esercizi pianificatori nazionali seguenti: il Piano Sanitario Nazionale del 25/11/93 (atto d'intesa tra Stato e Regioni); il Progetto Obiettivo nazionale "Tutela della salute degli anziani" del 30/12/92 approvato dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica; monitoraggio del Progetto Obiettivo Anziani; "Scheda di rilevazione sulla realizzazione del P.O.A."; Linee Guida del Ministero della Sanità; D.C.P.M. del 8/8/85 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di attività a rilievo sanitario con quelle socio-assistenziali"; Legge 725/94 (Legge Finanziaria 1995).

Questo è principalmente vero, anche se la L.N. 502/92, e la successiva L.N. 517/93, gli ha tolto in parte le competenze che aveva in materia sanitaria trasferendo alle aziende USL tutti i beni mobili e immobili adibiti a uso sanitario.

gli interventi tradizionali (in particolare il *ricovero*), è caratterizzato da uno spostamento sempre maggiore degli interventi verso prestazioni da erogare *presso* l'abitazione dell'anziano, valorizzando e stimolando al tempo stesso le risorse provenienti dalle reti sociali primarie parentali e amicali.

Gli interventi assistenziali nei confronti degli anziani si attuano, in base al grado di autosufficienza dell'anziano stesso, seguendo due direttrici principali:

— lungo la prima, che considera il grado di istituzionalizzazione come criterio di classificazione, gli interventi si collocano tra un contesto di massima istituzionalizzazione (servizi residenziali) e contesti di istituzionalizzazione minima (dove sono previsti servizi domiciliari);

— lungo la seconda, che considera il grado di integrazione degli interventi sanitari e socio-assistenziali, gli interventi si collocano in un ambito che va dalla totale separazione tra le due dimensioni a una loro crescente integrazione.

Benché l'insieme di prestazioni a favore della popolazione anziana non sia, dunque, in alcun modo limitato a quelle fornite presso il domicilio dell'utente, nel presente capitolo focalizzeremo l'attenzione su questo ambito oltre che per le tendenze già accennate, anche perché partire dall'Assistenza Domiciliare [A.D.(67)], e quindi dall'intervento più articolato di prestazioni, aiuta ad illustrare anche altre iniziative socio-assistenziali, e in misura minore, sanitarie che completano la gamma degli interventi a favore degli anziani.

Tutte le Regioni prese in esame hanno legiferato ampiamente a favore degli anziani, indipendentemente dall'approvazione di una legge quadro di riordino del settore socio-assistenziale. In questo senso, tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80 in tutte le Regioni considerate è stata prevista l'attivazione, con modalità molto diverse da Regione a Regione, dell'assistenza domiciliare. Con le leggi di riordino, che sono di solito successive ai primi provvedimenti specifici sugli anziani, l'assistenza domiciliare viene inserita a pieno titolo tra le attività di prevenzione dell'emarginazione degli anziani attraverso la conservazione e/o il rafforzamento del loro ambiente familiare e sociale. In considerazione di questo principio generale, nei Piani Socio-Assistenziali elaborati in attuazione delle leggi regionali di riordino è stato dato particolare rilievo ai Progetti Obiettivo per la tutela della salute degli anziani, cercando di stimolare l'integrazione, sia operativa sia organizzativa, con l'ambito sanitario.

Il corpus legislativo delle singole Regioni ed i regolamenti (cfr. tab. 3.1.) definiscono tanto le finalità quanto i criteri operativi di accesso al servizio, determinando i destinatari, i tipi di prestazioni e fissando i termini di gestione e di integrazione con il settore sanitario e chiarendo anche i requisiti per le strutture e gli operatori.

(67) I diversi servizi comunali assumono denominazioni diverse tra loro (S.A.D., A.D.A., C.A.D.A.); per semplicità utilizzeremo l'espressione "Assistenza Domiciliare" (A.D.). Per un confronto con esperienze nei maggiori paesi europei, si veda: Frederic Lesemann e Martin, Claude, *Assistenza e domicilio: famiglia e anziani. Un confronto internazionale*, Franco Angeli, Milano, 1994.

Tab. 3.1. Quadro sinottico della produzione legislativa e regolamentare inerente l'Assistenza Domiciliare, l'Assistenza Domiciliare Integrata, l'Assegno di Cura e l'Assistenza Domiciliare Indiretta

Città	Leggi Regionali e Progetti Obiettivo (P.O.A.)	Anno di attivazione e Regolamenti a livello comunale A.D.	A.D.I.	Assegno di cura Assistenza Domiciliare Indiretta
Torino	L.R. 20/82 P.S.R. 90-92 e delibera attuativa del 22/2/93 L.R. marzo 1995	1976/84	Protocollo di intesa (attiva dal 1994)	Affidamento familiare limitato
Milano	L.R. 1/86 P.S.A.-R 88-90 n° 871/87 e proroghe P.O.A.-R 95-97	1984 Servizio di assistenza domiciliare (SAD)	Protocollo d'intesa 93 (attivata)	1993 Assegno di Cura (Assegno terapeutico)
Trento	L.R. 40/77, L.P. 14/91 P.S.A.-P 93-95 n°17279/94	1978/1991	n.d.	no
Bologna	L.R. 30/79, L.R. 2/85 L.R. 5/94 (POA-R)	1972 Dal 1990 decentrata	Protocollo d'intesa 94 e Accordo di programma 95	L.R. 5/94 Assegno di Cura
Piacenza	L.R. 30/79, L.R. 2/85, L.R. 5/94 (POA-R)	1980 Dal 1992 Servizio Integrato Domiciliare (SID)	Accordo di programma in via di realizzazione	L.R. 5/94 Assegno di Cura - attivato dall'ASL dal gennaio 1995
Firenze	L.R. 15/76 L.R. 61/90 L.R. 42/92 P.O.A.-R 168/92 P.R.A.S. 93-95 n°337/94	Anni '70-90 Regolamento Comunale 108/94	RC 108/94	L.R. 49/93 A.D. Indiretta
Ancona	L.R. 43/88 Regolamento- R 24/89 Servizio SAD	1981 Delibera Comunale 776/94		Solo A.D. Indiretta

Segue: Tab. 3.1. Quadro sinottico della produzione legislativa e regolamentare inerente l'Assistenza Domiciliare, l'Assistenza Domiciliare Integrata, l'Assegno di Cura e l'Assistenza Domiciliare Indiretta

Città	Leggi Regionali e Progetti Obiettivo (P.O.A.)	Anno di attivazione e Regolamenti a livello comunale A.D.	A.D.I.	Assegno di cura Assistenza Domiciliare Indiretta
Pesaro	L.R. 43/88 L.R. 24/89 L.R. 80/88	Regolamento Regionale-Regionale SAD Regolamento Comunale del 1995 Delibera Regionale 3051/91	Delibera CR 3051/91 (non attivata)	Solo A.D. Indiretta
Roma	L.R. 11/76 L.R. 80/88	Delibere CC:1031/82 1561/84 e 2420/84	Delibera CR 1020/89 e Proposta 1993(non attivata)	non attivato
Napoli	(L.N. 285/77) L.R. 29/81 e L.R. 46/85 e integrazioni L.R. 21/89	Delibera CC 282/80 Istituzione dell' ufficio Assistenza Domiciliare Anziani (A.D.A.)	Delibera CC 416/82 e Protocollo di intesa con ASL, '95 (non attivata)	Delibera CC 154/89 «Anziani in Famiglia» non attivato
Bari	L.R. 49/81	Fino al 1987, (attualmente sospesa) Delibera n. 160/93 «Istituzione Servizio di Assistenza domiciliare»	L.R. 9/93 fondi per ADI delibera CC. 5397/94 (non attivata)	non attivato
Cosenza	(L.N. 285/77) L.R. 5/87 Regolamento-Regionale delibera n° 491/89	1990 fino al 1993 (attualmente sospesa)	L.R. 5/87 art.10 (non attivata)	non attivato
Messina	L.R. 87/81 integrata da: L.R. 14/86, L.R. 27/90 L.R. 22/86	1988	POA-R «Tutela della Salute degli Anziani» 20/12/94 (non attivata)	non attivato
Catania	L.R. 87/81 integrata da: L.R. 14/86, L.R. 27/90 L.R. 22/86	1988	POA-R «Tutela della Salute degli Anziani» 20/12/94 (non attivata)	non attivato

I Progetti Obiettivo Anziani che prevedono l'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), cioè un intervento potenzialmente più completo in quanto comprende l'assistenza sanitaria, sono il risultato di leggi regionali molto più recenti (68). Il primo caso di riorganizzazione dell'assistenza agli anziani in questa direzione si ha in Campania, che con la L.R. 21/89 - «Interventi a favore degli Anziani» - ha fatto espressamente riferimento all'integrazione socio-sanitaria e alla collaborazione tra Comune e USL in questo ambito. E comunque dal 1994 che la maggior parte delle Regioni legifera in tal senso: la Toscana ha approvato con la L.R. 337/94 il Piano Regionale Socio-Assistenziale (PRAS) 1993-95, l'Emilia Romagna istituisce l'A.D.I. con la L.R. 5/94, la Provincia Autonoma di Trento approva il Piano Socio-assistenziale '93-'95 in applicazione della L.P. 14/91 nel 1994, ed anche la Sicilia nel dicembre di quell'anno incentra sull'attivazione dell'A.D.I. il Progetto Obiettivo «Tutela della Salute degli Anziani». Nel marzo del '95 il Piemonte inserisce l'A.D.I. nella nuova legge quadro socio-assistenziale. In Lombardia è stato approvato il Progetto Obiettivo Anziani per il triennio '95-'97 mentre è terminato il triennio sperimentale '92-'94. La Puglia, anche se non ha ancora approvato una legge apposita, ha stanziato già nell'esercizio finanziario del '93 un fondo per l'attuazione dell'A.D.I. (di cui una parte destinata al Comune di Bari). Nel dicembre 1994 il Comune di Roma ha elaborato una sua proposta di ADI in collaborazione con le aziende USL; è stata indetta la gara e pubblicato il bando di assegnazione del servizio a cooperative (per le quali erano stati fissati parametri e criteri di accesso), sono state poi proclamate le vincitrici. Dopo aver redatto la delibera di assegnazione, la tesoreria del Comune si è accorta che l'onere era troppo elevato per il Comune e, quindi, tutto è stato dichiarato decaduto in attesa che il Piano Socio-Sanitario Regionale determini l'entità della partecipazione dei due Enti (Comune e USSL).

A questa vivacità legislativa non corrisponde sempre una pronta attuazione delle misure previste. In particolare nelle città meridionali molti servizi non vengono implementati. Se, per esempio, l'assegno di cura in effetti è assente anche in molte città settentrionali, l'integrazione tra assistenza domiciliare comunale e quella sanitaria nelle città meridionali viene sostanzialmente disattesa, benché nei Piani Obiettivo e nelle leggi regionali ne sia stata prevista la realizzazione: a Bari addirittura non è stata avviata malgrado fossero disponibili i fondi necessari. Ma ancora più significativo è forse il fatto che sia a Bari che a Cosenza sia stata interrotta la stessa assistenza domiciliare dopo pochi anni di funzionamento: il risultato è che in queste due città, a livello comunale, non sono praticamente previsti interventi «moderni» a favore degli anziani. Più in generale, nel Mezzogiorno si tenda a privilegiare ancora il tradizionale strumento del ricovero, meno rispettoso delle reali esigenze dell'anziano e più costoso dell'A.D.I. per lo Stato.

(68) L'Assistenza Domiciliare Integrata è tuttora un progetto in fase di sperimentazione anche nelle città più dinamiche ed "innovative", in quanto la sfera di attività comunale e quella delle USL/ASL rimangono ancora sostanzialmente separate. L'implementazione dell'A.D.I. incontra, quindi, ancora diversi ostacoli, in quanto presuppone, per la sua realizzazione, il superamento delle sovrapposizioni tra questi due Enti e, quindi, una ridefinizione delle rispettive competenze. A questi problemi d'ordine "politico" se ne aggiungono altri di carattere più strettamente organizzativo e finanziario.

3.1. Gli interventi attuati

Il quadro generale che emerge analizzando le esperienze locali considerate nella ricerca rimane, almeno per quanto riguarda l'attuazione degli interventi predisposti nelle delibere, ancora ad uno stadio preliminare. L'aspetto più delicato di questo processo è rappresentato dalla progressiva integrazione tra l'area assistenziale e quella sanitaria, mediato dalla necessità di cooperazione tra Enti territoriali diversi (Comuni, Aziende USL) e tra questi e altri operatori del settore (privato, privato sociale, volontariato). L'AD, inoltre, ha sempre previsto un grado più o meno ampio di copertura *anche* delle esigenze sanitarie ed infermieristiche. Ai problemi organizzativi (e politici) emersi nell'integrazione tra servizi assistenziali e servizi sanitari si aggiungono, però, quelli derivanti dal ricorso ad attività in regime di convenzione: in alcune città per non creare conflitti tra gli operatori, rispetto a ruoli o presunte differenze di trattamento (ad esempio a Trento e Torino) si è cercato di distinguere tra le mansioni degli operatori pubblici e quelle degli operatori privati; in altre, invece (ad esempio a Piacenza, Roma, Ancona e Messina), dove il personale è interamente convenzionato, si pone maggiormente il problema del controllo della qualità delle prestazioni erogate e della professionalità degli operatori. La tendenza sembra essere il ricorso sempre più frequente al convenzionamento con le cooperative sociali, e la conseguente riduzione del personale dipendente dal pubblico. Nell'insieme, comunque, gli anziani costituiscono il gruppo a rischio di esclusione sociale formalmente più tutelato sia in termini di strumenti di sostegno economico che garantiscono l'erogazione automatica di sussidi (cfr. cap. 1), sia per quanto riguarda i servizi, che mediamente funzionano meglio e sono diffusi più capillarmente sul territorio. Questo non vuol dire tanto che la condizione dei servizi per gli anziani sia adeguata e non migliorabile, quanto che, almeno dal punto di vista formale, sono previste ed attuate molteplici modalità di intervento che per altri gruppi a rischio non lo sono.

L'Assistenza Domiciliare (A.D.) quale forma di integrazione sociale degli anziani, viene sviluppata prevalentemente tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, stimolata, come abbiamo visto, da leggi regionali specifiche o dall'iniziativa diretta delle amministrazioni comunali. Successivamente, nella seconda metà degli anni '80, viene rafforzata dalle leggi regionali di riordino dei servizi.

In generale è nella prima metà degli anni '80 che molti Comuni recepiscono le leggi regionali e rapidamente istituiscono, con proprie delibere, l'A.D. (cfr. tab. 3.1.). Le eccezioni a questo scenario sono rappresentate da alcuni Comuni meridionali: Messina e Catania attivano tale misura solamente nel 1988; Bari nel 1993(69). A Cosenza, benché la delibera regionale per l'attivazione dell'A.D. risai-

(69) A Bari, in realtà, il servizio di A.D. per anziani veniva erogato dal Comune utilizzando personale proprio già dall'inizio degli anni '80; la carenza di organico, però, ha comportato la sospensione del servizio nel 1987.

ga al 1987, il servizio non è, ad oggi, erogato(70). In questi Comuni il provvedimento maggiormente adottato è ancora il ricovero, al quale viene destinata una quota delle risorse disponibili, proporzionalmente maggiore che nelle altre città. In altri contesti urbani l'esperienza dell'assistenza domiciliare comincia già negli anni '70 su iniziativa diretta dell'Amministrazione comunale. E il caso di Torino, per esempio, dove questo servizio viene attivato in via sperimentale in alcune zone, per essere poi esteso a tutto il territorio comunale nel corso degli anni '80(71); anche a Milano e Bologna, i primi interventi domiciliari risalgono all'inizio degli anni '70.

Il servizio è indirizzato quasi esclusivamente alla popolazione anziana, ma vi sono anche casi nei quali il servizio viene prestato ad handicappati, a minori in famiglie problematiche (72), e ad adulti in condizioni particolari (per esempio a Trento, Torino, Milano, Piacenza, Firenze, Ancona, Pesaro e Roma.). In quasi tutte le città oggetto della ricerca, la partecipazione alle spese viene graduata in base a specifiche fasce di reddito: nel caso di anziani con un reddito inferiore alla soglia del Minimo Vitale la prestazione dei servizi domiciliari avviene a titolo completamente gratuito: in alcune città è previsto anche un sussidio monetario integrativo dell'assistenza domiciliare, erogazione che in altre città, paradossalmente, comporta l'esclusione dal diritto di fruizione del servizio di A.D. [per esempio a Cosenza e Catania (73) J.

Reddito e isolamento da reti sociali primarie (famiglia, vicinato, etc...) rappresentano in quasi tutti i contesti i criteri per determinare chi ha diritto alla prestazione dei servizi domiciliari. Pur non rappresentando gli unici indicatori che vengono considerati, essi concorrono comunque all'attribuzione di priorità nel diritto al servizio, in quanto in quasi tutti i contesti analizzati vi è una lista di attesa di diversi mesi (74).

Con Assistenza Domiciliare si intende un insieme di prestazioni fornite presso l'abitazione dell'utente, riguardanti in senso ampio la cura della persona e della casa fino a considerare anche i bisogni relazionali (75). Queste prestazioni possono:

(70) Anche per Cosenza si registra un'esperienza nell'erogazione dell'A.D., anche se nell'ambito della Legge a Favore dell'Occupazione Giovanile (L.N. 285/77 art. 23) e limitatamente al triennio 1990-1993.

(71) La prima delibera è la n. 1398 del settembre 1976. L'estensione a tutto il territorio si ha con la delibera n. 8309598/19 del febbraio 1984.

(72) Per quanto riguarda i minori, si veda il quarto capitolo.

(73) A Catania la fruizione alternativa delle due forme di assistenza è solo di carattere progettuale, in quanto al momento attuale non è ancora entrata in funzione alcuna forma di integrazione al Minimo Vitale. A Firenze il tempo di attesa è di circa un mese al massimo.

(74) Costituiscono un'eccezione Piacenza e Firenze. A Piacenza il tempo di attesa è di circa una settimana e in casi di estrema urgenza il servizio può essere attivato entro le 24 ore. A Firenze il tempo di attesa è di circa un mese al massimo.

(75) L'enfasi posta sull'aspetto relazionale, e sul mantenere l'anziano inserito nel proprio contesto sociale, anche nel caso di non totale autosufficienza, è dimostrato dagli interventi di carattere economico a sostegno della famiglia che ospita o si occupa di un anziano esistenti in talune città: l'Assegno di Cura e l'assistenza domiciliare indiretta, nonché l'organizzazione dei Centri Diurni.

– essere destinate solamente ad anziani (con gradi diversi di autosufficienza) oppure ad altri soggetti non anziani con particolari esigenze sociali e/o sanitarie (es. l'assistenza domiciliare ai minori o portatori di handicap);

– essere interamente gratuite oppure prevedere forme di compartecipazione ai costi;

– venire affiancate da servizi integrativi, quali il telesoccorso, la lavanderia, i Centri Diurni, i Centri Vacanza, ecc.;

– configurarsi come prestazioni vere e proprie (Assistenza Domiciliare Diretta) o come erogazioni di contributi economici a copertura di prestazioni «acquistate» dal soggetto sul mercato (Assistenza Domiciliare Indiretta).

All'interno di questo quadro generale i diversi assetti comunali si differenziano in modo significativo in relazione a due aspetti principali:

– la complessità degli interventi, intesa come costruzione di un sistema di prestazioni eterogenee ma integrate tra loro in vista di un progetto individualizzato;

– i criteri più strettamente organizzativi (per es. gli individui aventi diritto, le forme di convenzionamento, l'organizzazione territoriale, ecc.), che necessariamente si riflettono poi anche sulla qualità delle prestazioni fornite.

Al di là, dei contenuti formali che ritroviamo nella legislazione regionale e nelle delibere locali e che delineano un panorama sostanzialmente omogeneo dell'assistenza agli anziani in Italia, l'analisi dei programmi effettivamente realizzati nelle diverse città ci restituisce, infatti, una realtà assai differenziata. Mentre il Mezzogiorno sembra scontare ancora un ritardo significativo nell'attuazione di un sistema di assistenza domiciliare, benché le Regioni abbiano in quasi tutti i casi legiferato in materia, le città del Centro e del Nord, con una lunga tradizione di intervento alle spalle, si sono dotate di servizi complessi articolati sul territorio. Nelle città di piccole dimensioni, comunque, l'assistenza domiciliare viene prestata tendenzialmente in base ad un modello centralizzato mentre, in quelle più grandi c'è stato un processo di delega delle competenze. Bologna costituisce da questo punto di vista l'esempio più estremo: i distretti agiscono come *aziende*, autonome sul piano finanziario e programmatico anche se all'interno di standard prefissati a livello comunale, che garantiscono accesso e qualità uniformi.

A fianco di questi interventi di A.D., più recente e ancora in fase di sperimentazione si sta sviluppando l'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) prestata dalle USL/ASL, che privilegia l'intervento sanitario sulle persone che presentano una condizione più grave dal punto di vista psico-fisico. Data la mancanza di autonomia di queste persone, per essere attivata l'A.D.I., a differenza dell'A.D., richiede la partecipazione delle famiglie e prevede un lavoro di équipe particolarmente esteso. Visto, però, che nella maggior parte dei casi gli anziani sono soli, nella pratica tale partecipazione viene spesso ridimensionata. Nella maggior parte delle città, comunque, l'A.D.I. non è ancora stata avviata. Il ritardo è, tuttavia, almeno parzialmente bilanciato dal fatto che le cooperative e/o gli operatori che erogano di fatto il servizio di A.D. soddisfano spesso le esigenze di base di carattere infermieristico/sanitario.

3.2. Organizzazione del servizio e personale

3.2.1. *Il decentramento*

Come abbiamo visto, in alcune città, l'assistenza domiciliare è stata attivata inizialmente a livello sperimentale solo in alcune zone, per poi essere estesa all'intero territorio comunale dopo averne verificato l'efficacia (per esempio Torino, Milano). Questo processo di «copertura» del territorio è andato di pari passo con la spinta al decentramento di funzioni e competenze a quartieri e circoscrizioni, spinta che ha ricevuto un impulso significativo anche più recentemente dalla L.N. 142/90 sulle autonomie locali, che obbliga i Comuni ad adottare propri statuti e regolamenti, soprattutto nell'ottica di rafforzare e rendere omogenei nell'ambito cittadino i servizi decentrati a livello di circoscrizione (76).

La territorializzazione dei servizi si riflette sul piano organizzativo, nel fatto che il servizio domiciliare agli anziani è nella maggior parte dei casi decentrato ai servizi sociali di zona, restando centralizzato solo il coordinamento. A Bologna la delega delle funzioni ai nove quartieri è iniziata nel 1986 per ultimarsi nel 1990. Ad ogni quartiere viene attribuito un budget in base al quale programmare autonomamente la politica territoriale, in conformità con le deliberazioni strategiche del consiglio comunale. I quartieri suddividono, poi, la spesa in capitoli di bilancio in relazione alle esigenze specifiche del territorio. A Milano l'assistenza domiciliare agli anziani è di competenza dei C.A.D.A. (Centri per l'Assistenza Domiciliare agli Anziani, n=24, uno per ogni zona (20) e due nelle zone a maggiore richiesta), raggruppati in sei aree, ciascuna sotto la supervisione di un responsabile e tutte facenti capo all'Assessorato ai Servizi Sociali; ogni C.A.D.A. costituisce, però, un'agenzia di servizio sociale sul territorio (77) relativamente autonoma. A Napoli gli operatori sono suddivisi in gruppi facenti capo ai Centri Territoriali di Servizio Sociale, che a loro volta dipendono da quattro Uffici di Coordinamento. Anche per tutte le altre città si propone un analogo schema di ripartizione in zone, il cui numero varia a seconda delle dimensioni e della densità della popolazione residente.

3.2.2. *Lo strumento della convenzione*

Il personale che presta i servizi di assistenza a domicilio può essere sia comunale, sia volontario o dipendente di cooperative sociali convenzionate. La tendenza va verso una progressiva riduzione dell'organico comunale addetto a questa funzione e all'esternalizzazione della prestazione del servizio. In generale prevale il ricorso a convenzioni che prevedono un appalto di tutte le prestazioni di A.D.

(76) Su questo processo si innesta la trasformazione delle USL orientata alla "distrettualizzazione" delle competenze e delle prestazioni.

(77) I C.A.D.A. milanesi hanno un'altra caratteristica importante, il ricorso a personale volontario che opera in sintonia e all'interno della struttura comunale.

(per esempio a Piacenza, Roma, Ancona e Messina); a Bologna e Catania il personale di cooperative convenzionate rappresenta l'80%; a Milano il 65%; nelle altre città(78) il personale convenzionato è pari a circa la metà degli operatori complessivi. Napoli costituisce invece una vistosa eccezione, in quanto gli interventi sono effettuati solamente da dipendenti comunali, a seguito delle massicce assunzioni effettuate nel quadro della L.N. 285/77 a favore dell'Occupazione Giovanile.

Il vantaggio del ricorso al convenzionamento con le cooperative sociali, consiste per l'istituzione pubblica nella diminuzione dei costi: gli assistenti domiciliari vengono, infatti, pagati solo per le ore di assistenza prestate e, quindi, proporzionalmente meno di un dipendente pubblico. Inoltre, la maggiore flessibilità operativa delle cooperative consente di programmare orari meno rigidi e di offrire, in linea di massima, un servizio più adeguato alle esigenze dell'utenza anziana (si pensi soprattutto ai periodi estivi, alle giornate festive o all'assistenza notturna).

Il ricorso al convenzionamento pone tuttavia, come abbiamo visto, dei problemi organizzativi e di coordinamento(79) che devono essere risolti dall'Ente pubblico territoriale, al quale spetta anche il controllo degli standard delle prestazioni e dei requisiti di formazione del personale impiegato (80). Tale controllo, attuato anche attraverso l'attività di supervisione nei confronti degli operatori domiciliari, ha lo scopo di garantire un eguale accesso ai servizi.

3.3. Le prestazioni

In generale la natura delle prestazioni erogate non varia in modo significativo tra le diverse città: ci si riferisce in tutti i casi alla cura della persona, al governo della casa e al sostegno psico-sociale e relazionale.

Dal carattere molto generale delle prestazioni previste, conseguenza dell'irriducibilità a tipologie rigide delle necessità individuali consegue che non esiste (e

(78) A Torino, per esempio, il personale dipendente dalle circoscrizioni è diminuito nel tempo (81 operatori nel 1993, 66 nel 1994). Il servizio svolto da terzi, invece, ha subito un incremento del 20% nello stesso periodo.

(79) È soprattutto nelle città dove l'azione delle cooperative nell'erogazione delle prestazioni di A.D. era antecedente alla competenza comunale in materia, che si sono verificate delle difficoltà nell'attribuzione dei ruoli e dei compiti fra personale comunale (dipendente) e personale convenzionato. Come abbiamo visto, in vari casi è emersa chiaramente l'esigenza di distinguere le competenze tra il personale pubblico e quello privato per evitare la sovrapposizione dei ruoli a fronte di condizioni contrattuali economiche e professionali eterogenee tra gli operatori. Nello specifico, nel caso di Trento, il criterio di attribuzione dei casi assunto è quello dell'autosufficienza relativa. Agli operatori pubblici vengono affidati casi "complessi" anche dal punto di vista psichiatrico, o anche brevi o "a distanza" (teledrin), mentre alle cooperative vengono affidati interventi a favore di persone non auto-sufficienti, a carattere continuativo. La tendenza principale è quella di affidare ai dipendenti comunali l'identificazione, la selezione ed il controllo dei casi di intervento e il disbrigo delle pratiche burocratiche.

(80) A Torino, Piacenza e Pesaro sono previsti dei corsi di formazione di varia durata; a Trento, dal 1989 vi è anche una scuola biennale per operatori.

probabilmente non potrebbe essere diversamente) un mansionario specifico al quale l'operatore deve attenersi: è l'assistente domiciliare stesso, insieme all'assistente sociale di riferimento e con la supervisione del responsabile, che valuta la situazione ed attua gli interventi più opportuni caso per caso. In questo senso, la questione delle prestazioni effettivamente erogate dipende dal tipo e dal grado di auto-sufficienza dei destinatari. E, quindi, difficile per gli intervistati esplicitare il tipo di servizio effettivamente erogato, la frequenza settimanale e la durata delle visite. Solo in alcuni casi sono stati indicati gli standard minimi e massimi per la durata degli interventi e il numero delle visite (cfr. tab. 3.2.).

In quasi tutte le città l'intervento domiciliare è, comunque, inserito in un piano organizzativo più complesso, che si avvale di un *sistema a rete*, in base al quale vengono affiancati altri servizi quali ad esempio i pasti a domicilio, il servizio biancheria, etc.. Anche il telesoccorso (o teleassistenza) è diffuso su quasi tutto il territorio nazionale e viene utilizzato con modalità che vanno dalla pura segnalazione dell'emergenza (Teledrin) all'assistenza quotidiana «a distanza», con chiamate quotidiane per assicurarsi che tutto vada bene (per esempio ad Ancona e Torino). Da mero strumento di emergenza il telefono viene ora sempre più inteso anche dalle strutture di assistenza quale importante mezzo di diffusione dei servizi.

3.3.1. I Centri Diurni

Nell'arricchire e completare l'efficacia dell'assistenza domiciliare, intesa anche come strumento di prevenzione per mantenere l'anziano nella società, i Centri Diurni svolgono un ruolo decisivo. Si tratta di strutture previste a livello legislativo in tutte le Regioni, ma non per questo presenti in tutte le città considerate (per esempio mancano a Pesaro). I Centri diurni possono essere sia strutture gestite direttamente dalle USL, sia strutture in convenzione con le stesse, e fungono da supporto all'assistenza domiciliare fornendo servizi di socializzazione (ricreativi, etc.) e di cura (igienici, riabilitativi, etc.). A seconda del servizio fornito si tratta sostanzialmente di due tipi di centri diversi. I primi svolgono la funzione di luoghi di incontro destinati agli anziani, al cui interno le iniziative sono volte ad offrire all'utente una possibilità di incontro al di fuori dell'ambito domestico. Per questo motivo le attività promosse sono estremamente varie e stimolanti, spaziando da iniziative prettamente culturali (per esempio la partecipazione a corsi di vario genere, mostre) ad altre più strettamente ricreative e socializzanti (per esempio le carte, le bocce, il ballo). I secondi, anche chiamati Centri Diurni Integrati, hanno un alto contenuto assistenziale e sanitario

La direzione verso la quale le realtà più dinamiche si muovono è quella del progressivo allargamento delle sfere di socialità, tramite l'introduzione di nuovi servizi quali la mensa e l'ambulatorio (per esempio: Torino, Bologna e Milano). I Centri Diurni sono talvolta affiancati da centri ricreativi del Comune. Ciò che sicuramente contraddistingue i singoli contesti sono la qualità e la diffusione di queste strutture: a Napoli esistono solo Centri Diurni privati, a Bari esiste un Centro aperto polivalente (anche se l'assistenza domiciliare è sospesa), come del resto a Trento; a Cosenza sono attivi solo 2 Centri.

3.3.2. L'assegno di cura e l'Assistenza Domiciliare Indiretta

Una prestazione particolarmente interessante, per il significato innovativo che potenzialmente potrebbe rivestire, è l'assegno *di cura*: un contributo economico destinato alle famiglie che si prendono cura di un anziano non autosufficiente all'interno del contesto familiare, evitandone quindi l'istituzionalizzazione. Si tratta di uno strumento finanziato dal Sistema Sanitario Nazionale, previsto nel Progetto Obiettivo Anziani nazionale, la cui attivazione dipende dall'iniziativa legislativa a livello regionale e dalle UU.SS.LL. Infatti, come riportato nella tab. 3.1., le realtà che hanno recepito questo strumento, seppure ancora in via sperimentale, sono poche.

In Emilia Romagna, dove è stato anche distribuito un vademecum informativo su questa iniziativa in attuazione della L.R. 5/94 e delle successive circolari, l'assegno di cura viene inserito in un programma all'interno dell'A.D.I.. La sua erogazione è subordinata alla sottoscrizione di un accordo tra l'Unità di Valutazione Geriatrica(81) (U.V.G.) e la famiglia richiedente, nel quale vengono definiti gli interventi assistenziali che la famiglia si impegna a soddisfare: sostanzialmente si tratta di prestazioni di cura che nel caso di anziani soli vengono assicurate dall'A.D.

L'Assegno di Cura viene corrisposto sia nel caso in cui l'anziano permanga o rientri nel nucleo familiare in forma residenziale, sia nel caso in cui, pur abitando da solo un parente assicuri gli interventi necessari per la soddisfazione dei bisogni, recandosi a determinate scadenze nell'abitazione dell'anziano.

Requisiti per accedere alla prestazione sono l'accertamento della non autosufficienza, attraverso l'U.V.G., e il non superamento di limiti di reddito ponderati in base alla numerosità del nucleo familiare di riferimento dell'anziano (cfr. 3.2.).

Tab. 3.2. Limiti di reddito previsti per l'erogazione dell'assegno di cura in relazione alla dimensione del nucleo

Numero componenti	Reddito
2 persone	50 milioni
3 persone	61 milioni
4 persone	71 milioni
5 o più persone	80 milioni

* limiti validi fino al 31 dicembre 1995 indicizzati annualmente in base alla variazione dell'indice dei prezzi al consumo stimata dall'ISTAT. Fonte: Comune di Bologna.

(81) All'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), istituita con la L.R. 5/94, spetta la valutazione dei bisogni socio-sanitari dell'anziano non autosufficiente; Essa è composta da un medico geriatra, un infermiere professionale o assistente sanitario e da un assistente sociale.

A Bologna il servizio è stato attivato nel dicembre 1994, e nei primi due me-si ha ricevuto circa 2400 domande, indice di un notevole grado di *autoaddossamento* dell'attività di cura da parte delle famiglie. L'erogazione avviene a livello decentrato presso il servizio sociale di quartiere (non sono ancora disponibili i dati). In via sperimentale è stato fissato un contributo di L. 20.000 o L. 14.000 giornaliero, in base al grado di non autosufficienza. Per quanto riguarda le prestazioni sanitarie, queste saranno di competenza dell'A.D.I.

A Piacenza la USL si è attivata per organizzare la U.V.G. su scala provinciale. A livello comunale, comunque, a fronte di 1078 domande (31-8-1995) sono stati effettuate 635 visite domiciliari e sono stati erogati 103 assegni di cura.

In Toscana, la L.R. 49/93 ha assegnato al Comune di Firenze 900 milioni per il 1994 e altrettanti per il 1995 per il potenziamento dell'assistenza domiciliare: si tratta di contributi di L. 20.000 al giorno destinati alle famiglie che accudiscono un anziano non autosufficiente in casa. Sono già state presentate 1200 domande, ma la misura non è ancora stata attivata, perché nel caso venissero accolte 1000 domande, i fondi a disposizione si esaurirebbero in 45 giorni. Vi sono poi i problemi legati da un lato al costo molto elevato che le famiglie devono sostenere per mantenere un anziano non autosufficiente in famiglia e dall'altro legati alle tensioni che una tale convivenza può innescare.

Anche a Milano esiste un «assegno terapeutico», che può arrivare fino ad un ammontare di L. 1.500.000 al mese per il mantenimento di un anziano non autosufficiente presso la propria abitazione. L'istruzione della pratica è affidata ai Centri di Assistenza Domiciliare Anziani (C.A.D.A.), successivamente una commissione dei servizi sociali verifica l'ammissibilità all'intervento; i requisiti all'accesso sono i medesimi richiesti per il ricovero in una casa di riposo e la misura ha validità annuale rinnovabile. Le richieste sono in rapido aumento: 40 nel '93, 80 nel '94 e per il '95 si prevede un'ulteriore crescita.

A Torino esiste un affido anziani, che prevede anche un assegno di accompagnamento (L. 724.910 se l'anziano non è autosufficiente, L. 145.090 se è autosufficiente) integrato anche da un sostegno economico, ma rimane per ora una esperienza estremamente limitata.

A Napoli, con delibera del 1989, è stata prevista l'istituzione di un sostegno economico continuativo per soggetti (coniuge, familiare o conoscenti) che in via continuativa prendano in affido un anziano anche se autosufficiente, allo scopo di evitare il ricovero in istituto. La misura prevede l'integrazione, fino a L. 1.200.000. In realtà, però, il servizio non è mai stato attivato.

Un'ulteriore forma di contributo economico che alcuni Comuni forniscono ai soggetti o alle famiglie con un anziano non completamente autosufficiente è l'Assistenza Domiciliare Indiretta. Si tratta di un'erogazione monetaria per prestazioni di assistenza domiciliare che il soggetto o la famiglia acquistano direttamente sul mercato, e che vengono totalmente o parzialmente rimborsate dal Comune. Anche in questo caso è il livello di reddito che rappresenta il criterio chiave nell'attribuzione del rimborso, ma le soglie in base alle quali stabilire chi ne ha diritto sono molto differenti tra le città.

L'assegno di Cura e l'Assistenza Domiciliare indiretta sono estremamente simili nel contenuto, ciò che li differenzia (al di là della natura pubblica o privata delle prestazioni) è il contesto di organizzazione socio-assistenziale nel quale sono inseriti. Nel caso dell'assegno di cura si tratta di un contesto il più possibile integrato e coordinato (inserito anche nel nuovo assetto legislativo di riordino); nel caso dell'A.D. indiretta gli interventi sono più frammentati e sporadici.

3.4. Destinatari e criteri

I destinatari dell'assistenza domiciliare sono tendenzialmente soggetti (tendenzialmente le donne con più di 55 anni e gli uomini con più di 60 anni) nei quali si riscontra una deficienza funzionale che li pone nell'impossibilità di provvedere alle proprie esigenze quotidiane. Gli obiettivi principali, come si è detto, sono quelli di evitare il ricovero (e la conseguente istituzionalizzazione) e di prevenire rischi di emarginazione.

I criteri in base ai quali si identificano i destinatari degli interventi sono ovunque riconducibili a uno stato di bisogno, legato da un lato al grado di autonomia che la persona ha nell'accudire se stessa e la propria abitazione e dall'altro dal rischio di marginalità.

In alcune città esistono delle schede per la valutazione del grado di autosufficienza, ma in realtà non ci sono criteri omogenei, dato che tendenzialmente ogni caso viene valutato alla luce del contesto sociale in cui l'anziano è inserito. Se vi sono figli o parenti in grado di farsene carico, spesso non viene neppure rilevata l'esigenza; viceversa la richiesta di assistenza viene considerata quando l'anziano è solo, o quando il grado di non autosufficienza è tale da impedire, per motivi economici e/o di tempo, ai familiari di assisterlo. Anche il reddito viene preso in considerazione nella valutazione del caso, ma negli ultimi anni perde sempre più il carattere di requisito per l'accesso al servizio. Va, infatti, sottolineato che non-autosufficienza, isolamento e basso reddito concorrono a determinare solo le priorità alla fruizione, alla quale, almeno in teoria, tutti possono accedere.

La selezione e la valutazione dei casi da ammettere alle prestazioni, nonché le priorità, viene stabilita, nelle città in cui è attivata l'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), dalle Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) delle USL, chiamate a sviluppare un piano di intervento adeguato alle esigenze individuali. A Milano, sono i Medici di Medicina Generale (M.M.G.) ad essere coinvolti in prima persona, e tendenzialmente a loro compete l'iniziativa di sottoporre le situazioni all'U.S.S.L. di competenza, anche se poi le segnalazioni possono arrivare da più parti, soprattutto dai parenti.

A Bologna, come anche a Pesaro, nel caso di limitazioni funzionali lievi, medie e gravi, si interviene sia quando l'anziano è solo, sia quando è in coppia o in famiglia, ferme restando le priorità su citate. Condizioni simili valgono anche nelle altre città, ciò che può variare è il grado più o meno alto di auto-sufficienza (cfr. tab. 3.3.).

Tab. 3.3. Erogazione del servizio di Assistenza domiciliare in base al requisito di autosufficienza nella selezione dei beneficiari

Grado di autosufficienza	Assistenza Domiciliare	A.D.I.
Autosufficienti	TO, BO, TN, PS, CT	
Parzialmente autosufficienti	TN, TO, MI, BO, FI, AN, PS Roma, NA, CT, ME	**
Non autosufficienti	TO, BO, PC*, AN, FI, NA + integraz. sanitaria	TO, MI, FI in via attuazione a BO, PS

* A Piacenza in base alle direttive regionali e alla convenzione con la USL per i non autosufficienti con certificato medico, a fronte di A.D. viene corrisposto al Comune un rimborso pari a 10.000/h dal fondo Sanitario Regionale.
** L'ADI è per sua natura legata alle condizioni sanitarie ed opera per obiettivi.

Il criterio del reddito diviene determinante nel momento in cui i soggetti superano le soglie previste localmente per la partecipazione alle spese. Nelle città in cui esiste (cfr. cap. 1) la soglia è data dal Minimo Vitale(82). A Torino, per esempio, il concorso alla spesa da parte dell'utente viene stabilito in base ad un coefficiente (C) calcolato come segue:

$$C = \frac{\text{Reddito del nucleo} - (\text{Minimo Vitale} + \text{affitto} + \text{quota ulteriore})}{\text{Minimo Vitale} + \text{affitto} + \text{quota ulteriore}}$$

Ottenuto il coefficiente questo viene moltiplicato per il costo orario convenzionale.

A titolo d'esempio, per un nucleo di 2 anziani autosufficienti con un reddito complessivo di L. 1.363.630 e Minimo Vitale + affitto + quota ulteriore = L. 1.350.125, C sarà pari a:

$$C = \frac{1.363.630 - 1.350.125}{1.350.125} = 0.01$$

Essendo la quota oraria forfettaria per le prestazioni pari a L. 12.421, il contributo della coppia per ora di assistenza prestata sarà uguale a $0.01 * 12.421 = L. 124$.

Un modello simile di calcolo della compartecipazione alle spese da parte degli utenti esiste a Trento e, in parte, a Bologna. A Pesaro, chi supera i parametri sta-

(81) L'estensione del servizio agli anziani con reddito superiore al Minimo Vitale non sempre è stata rilevata; è da presumere che laddove l'informazione non è stata rilevata non sia prevista una compartecipazione alla spesa.

biliti dal Comune è chiamato a contribuire al costo orario con L. 8.000 stabilite forfettariamente, mentre ad Ancona questo costo è graduato in base ad alcune fasce di reddito. A Firenze, invece, la soglia dell'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare è il Minimo Vitale (Pensione Minima INPS), detratti il canone d'affitto, eventuali interessi passivi di mutui per la casa e l'indennità di accompagnamento. In modo simile, a Roma sono ammessi al servizio i soggetti soli fino a un reddito di L. 1.300.000, o in coppia fino a L. 1.600.000. Nonostante queste soglie di reddito, agli assistenti sociali rimane, comunque, un ampio margine di discrezionalità nella valutazione dell'ammissibilità della prestazione, anche in funzione del vincolo di bilancio posto dall'Amministrazione alle circoscrizioni.

Nella maggior parte dei casi è previsto che gli *obbligati per legge* versino dei contributi, ma spesso le Amministrazioni non esercitano un'azione di rivalsa nei loro confronti: in generale il costo dell'azione legale supera quello dell'eventuale contribuzione. Inoltre, non sono frequenti i casi in cui gli obbligati per legge che, dotati delle necessarie risorse, si siano rifiutati di intervenire. In alcuni casi (per esempio a Milano) è previsto il coinvolgimento della famiglia nell'elaborazione del progetto, ma non per quanto riguarda la partecipazione ai costi.

3.4.1. Gli utenti del servizio ed i sistemi di rilevazione

Tra i servizi che abbiamo analizzato, e a parte alcune eccezioni (per esempio a Bari e Cosenza), l'A.D. è la misura che garantisce l'accesso più ampio e universalistico alle prestazioni previste. Ciò è dimostrato, oltre che dalla maggiore diffusione ed omogeneità sul territorio di questo servizio rispetto agli altri, anche dal numero *relativamente* alto di fruitori. L'impressione è, comunque, che in alcuni contesti il numero dei potenziali fruitori che non lo ricevono sia ancora molto alto e che la conoscenza del servizio non sia poi così diffusa come ci si sarebbe potuto aspettare. A Napoli, per esempio, a fronte di circa 400 collaboratori domiciliari e 200 assistenti sociali, il servizio è stato prestato solo a 478 anziani. Nell'insieme, comunque, soprattutto le città di medie dimensioni (per esempio: Trento, ma anche Messina e Piacenza) sembrano garantire una copertura maggiore dell'utenza potenziale, probabilmente anche grazie alle minori difficoltà organizzative e finanziarie che l'amministrazione di una piccola realtà urbana deve affrontare. Rimane il fatto che nel complesso, da un punto di vista quantitativo, il ricovero è ancora la strategia più frequentemente adottata.

Dal punto di vista del monitoraggio dell'erogazione dei servizi di A.D. e delle caratteristiche dell'utenza, la situazione pur essendo, come per gli altri servizi abbastanza differenziata territorialmente, è comunque migliore anche se i dati non sono sempre disponibili. A Napoli e Roma non esistono sistemi organizzati per la rilevazione dei dati, mentre a Cosenza e Piacenza⁽⁸³⁾ esistono solo delle schede

(83) La rilevazione dei dati a Piacenza è particolarmente articolata, anche se le informazioni non sono informatizzate.

Tab. 3.4. Sinottica del numero di utenti e di alcune caratteristiche economiche (costi) del servizio di Assistenza Domiciliare Anziani (1994)

Città	N. Utenti A.D. 1994	Compartecipazione al costo del servizio	N. operatori costo	Spese in migliaia di lire
Torino 161.477 (16,8%)	44 (1114 compresi minori e portatori di Handicap)	$C = \frac{\text{Reddito} - (\text{MV} + \text{affitto} + \text{quota}^*)}{\text{MV} + \text{affitto} + \text{quota}^*}$ *145.050 autosuff/724.910 non auto	66 operatori pubblici 140.000 ore convenzionate (3 cooperative per 80 -95) £12.421/h	2.505.330 pubblica 2.154.233 convenz. (*1993 tot) -20.207 compartecipaz.
Milano 249.204 (18,2%)	3657 (2500-3000mese)	Gratuito requisiti: reddito=MV o max £1.200.000	300.000 ore convenzionate 116.800 ore pubbl. (80) 30.000 ore conv infirm+50 10.000 ore conv riabilitaz.	7.214.000 conv. 5.504.000 circa pubblico 3.500 annuo per utente
Trento 15.705 (15,5%)	467 conv. 680 pubbl.	$C = \frac{\text{Entrate} - \text{MV}}{\text{MV}}$	12.000 min/15.000 max 76648 ore pubbl 181053 ore -145 operatori	3.893.705 pubblica 4.115.948 convenz 1.001.868 compartecip. *tutti
Bologna 94.507 (23,4%)	1214 (*media mensile) (1993)	Gratuito per indigenti, proporzionale al reddito per gli altri	21 operatori pubbl. 80% operatori conv. 198.068 ore totali	5.667.202 24,9% sul bilancio
Piacenza 19.438 (19,0%)	317	Proporzionale al reddito Figli non conviventi contribuito	35 in conv.-3 cooperative pers.infermieristico conv. USL £25.168/h	1.268.584 14,92% sul bilancio
Firenze 88.650 (22,0%)	900 diretta 177 indiretta	Gratuito per reddito=MV 10% del costo (15.000/h) per 1.000.000>MV+20% per ogni pa- rente obbligato	n.p.	3.000.000 dipendenti 4.000.000 convenzione 8% sul bilancio
Ancona 18.344 (19,1%)	245 diretta (305 tot) 51 indiretta (71 tot)	Gratuito=MV compartecip. da 1000 a 10000 £/h per fasce di reddito	80.436 ore conv (lire 19.490/h) (1995) 62 operatori conv.	1.577.000 diretta 190.000 compartecip* 150.000 indiretta* 22% sul bilancio *tutti

Segue: Tab. 3.4. Sinottica del numero di utenti e di alcune caratteristiche economiche (costi) del servizio di Assistenza Domiciliare Anziani (1994)

Città	N. Utenti A.D. 1994	Compartecipazione al costo del servizio	N. operatori costo	Spese in migliaia di lire
Pesaro 15.078 (17.0%)	120/150 circa	Gratuito=MV + £.200.000 compartecipaz. £8000/h	7 operatori conv. 7 operatori pubbl	260.000 conv 30/40.000 indiretta 220.000 pubbl. 5,5% sul bilancio
Roma 402.485 (14.5%)	2253 (1993)	Gratuito Requisiti reddito= £1.300.000 individuo £1.600.000 coppia	Max 25 operatori per 3 cooperative conv. (£21.000/h)	16 miliardi circa 40.688.958 (tutte categ.) 31% sul bilancio
Napoli 128.300 (12.0%)	478	Gratuito Requisito reddito=£500.000 mens.	196 Ass Soc pubblici + 400 collaboratori domiciliari altro personale	n.p.
Bari 41.592 (12.1%)	Sospesa dal 1987 Progetto approvato			
Cosenza 12.283 (14.2%)	Sospesa dal 1992			
Messina 35.165 (15.2%)	800	Gratuito requisito reddito=17 mil per anziano solo e 23 mil per coppia (compartecipazione)	2 persone ufficio centrale 30 convenz 2 cooperative.	3.000.000 (1.000.000 da Regione) 400 mensili per anziano
Catania 46.516 (14.0%)	700	Gratuito=MV l'integraz. al MV esclude A.D. !	20% pubblico 3 cooperative convenzionate 1 operatore/4 anziani	2.029.350

1) Popolazione 65 e oltre: valori assoluti e valori percentuali sulla popolazione totale. Fonte ISTAT, censimento 1991, nostre elabor.

cartacee con le caratteristiche dell'utente compilate al momento dell'accesso che, nel caso di Cosenza, non vengono aggiornate. A Catania la rilevazione è affidata ad una cooperativa convenzionata, e l'amministrazione si preoccupa solamente di effettuare dei controlli.

Nelle altre città, invece, la rilevazione dei dati è stata organizzata in modo adeguato, in particolare a Torino, Milano, Bologna e Trento. Nella prima il sistema è completamente informatizzato sulla base di una scheda di rilevazione regionale; negli altri casi i dati vengono comunicati dal servizio sociale di quartiere all'ufficio centrale con frequenza annuale, anche se si sta cercando di aumentare la frequenza. I dati delle diverse città non sono, comunque, raccolti con criteri omogenei tali da permettere una comparazione delle principali caratteristiche dei fruitori dei servizi (cfr. tab. 3.4.).

3.5. Considerazioni

Lo sviluppo legislativo incrementale che il sistema di welfare italiano ha seguito determina, oltre a spiccate differenze territoriali, anche la mancanza di punti fermi intorno ai quali organizzare l'assistenza. Tale situazione, vera in generale, dovrebbe non valere per l'assistenza domiciliare anziani, dato che i riferimenti legislativi formali sono tendenzialmente omogenei. Tuttavia la situazione rilevata mostra come nel tempo si sia consolidata una sostanziale iniquità, incentrata oltre che su di una disparità territoriale esistente in parte anche a livello formale, anche sulle disparità qualitative delle prestazioni (tipo di servizio, misure di accompagnamento, struttura organizzativa, risorse a disposizione, etc.). Due anziani con esigenze identiche possono, dunque, ottenere prestazioni molto diverse a seconda del luogo dove risiedono e di dove si rivolgono al servizio (per esempio a Trento e Bari). Ovviamente nei differenti contesti, le istituzioni sociali come la famiglia e/o il vicinato possono giocare un ruolo diverso, questo comunque non inficia il fatto che l'accesso è diseguale ed eterogeneamente regolato. Questa eterogeneità di fondo conferma, ancora una volta, lo iato tra il centro-nord e il sud sia considerando il tipo di prestazioni che vengono messe a disposizione degli anziani sia, soprattutto, considerando gli standard organizzativi dei servizi. Nell'insieme tali standard operativi ed organizzativi, sembrano rispondere a logiche diverse dall'efficiente funzionamento del servizio o dall'efficace intervento sulla condizione di bisogno (84). In connessione con la scarsa integralità delle prestazioni fornite va rilevata anche la scarsa collaborazione tra servizi diversi: in nessuna delle città meridionali è stato avviato un Progetto di Assistenza Domiciliare Integrata insieme alla USL/ASL (85).

(84) Per esempio in modo particolare a Napoli, anche se recentemente (1995) è stato avviato un profondo processo di riorganizzazione dei servizi sociali.

(85) Questo vale in generale anche se a Napoli, proprio mentre era in corso la ricerca (maggio 1995), è stato firmato un protocollo d'intesa tra il Comune e l'ASL 1 che va in questa direzione.

Nelle città del centro-nord, in virtù di una più lunga tradizione di intervento sul territorio, i singoli Comuni sono maggiormente in grado di elaborare strategie di intervento per questo tipo di popolazione. Nell'insieme, le città che sembrano porsi al livello qualitativo più elevato sono Bologna, Milano, Trento e Torino, forse perché in queste città sono più marcate le trasformazioni socio-demografiche che stanno cambiando gli scenari urbani. Il manifestarsi di nuovi e molto acuti bisogni, ha posto, infatti, le amministrazioni locali di fronte alla necessità di ricercare nuovi strumenti e modelli di intervento, una volta che quelli tradizionali si sono dimostrati inefficaci e troppo costosi.

4. ALCUNE POLITICHE PER L'INTEGRAZIONE SOCIALE DEI MINORI

I minori sono, insieme agli anziani, una delle categorie alle quali lo Stato dedica maggiore attenzione sia in termini di enunciazione di diritti, sia in termini di predisposizione di interventi di tutela nei confronti del rischio di emarginazione. Come abbiamo visto nel primo capitolo, per esempio, i minori sono tra i soggetti che beneficiano di misure di sostegno economico con maggiore facilità rispetto agli adulti. In questo capitolo ci occupiamo di altri due interventi, attuati specificamente a favore dei minori a rischio di emarginazione sociale. In particolare analizziamo nella prima parte *l'affido eterofamiliare* e altre forme di ospitalità alternative al ricovero in quanto misure contro i rischi derivanti dalla difficoltà della famiglia di origine di far fronte alle proprie responsabilità educative. Nella seconda parte del capitolo consideriamo, invece, alcune iniziative di prevenzione. La trattazione, soprattutto per quanto riguarda le iniziative di prevenzione, è necessariamente incompleta perché i livelli istituzionali che gestiscono gli interventi con flussi di risorse *ad hoc*, spesso non coinvolgono gli enti locali. D'altronde anche le competenze sono frammentate tra diversi livelli, non ultimo quello della Provincia, con la quale i Comuni non sempre riescono ad instaurare un rapporto di collaborazione/integrazione.

PARTE PRIMA: L'AFFIDO FAMILIARE DEI MINORI E ALTRE FORME DI OSPITALITÀ

4.0. Introduzione: i riferimenti legislativi

La Legge Nazionale n. 184 del 1983 (cfr. tav. 4.1), disciplinando da un punto di vista normativo l'adozione (86) e l'affidamento familiare dei minori, sancisce dal punto di vista legislativo la necessità di attuare un servizio rivolto esclusivamente alla tutela dei minori in difficoltà, affermando "in modo forte" il diritto del minore a vivere e crescere in un ambito familiare (art. 2). Tale legge delega alle Regioni la determinazione delle «condizioni e [delle] modalità di sostegno alle famiglie, per-

(86) L'adozione ha in comune con l'affido il fatto di essere una misura volta a creare una migliore accoglienza per un bambino la cui famiglia naturale non è più in grado di garantire un ambiente adeguato alla sua crescita. Vi sono comunque delle differenze sostanziali date non solo dalla durata e permanenza dell'intervento, ma dal fatto che l'adozione crea un legame definitivo e stabile con dei nuovi genitori, rompendo definitivamente i legami giuridici precedenti.

sone e comunità di tipo familiare» (art. 80), affinché il minore in difficoltà possa trovare presso le stesse una accoglienza idonea e temporanea, fino a quando le condizioni della sua famiglia d'origine non siano considerate nuovamente adatte per la sua crescita e non arrechino più alcun pregiudizio alla sua educazione e istruzione. Si tratta di una legge molto innovativa, in quanto mira a sostituire, per quanto possibile, il ricorso generalizzato all'istituzionalizzazione dei minori. Soluzione questa impersonale e il più delle volte destrutturante che difficilmente può rispondere ai bisogni educativi ed affettivi del minore stesso.

Tav. 4.1. L.N. 184/83 Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori.

TITOLO I

DELL'AFFIDAMENTO DEI MINORI

Art. 1 Il minore ha diritto di essere educato nell'ambito della propria famiglia. (..)

Art. 2 Il minore che sia temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo può essere affidato ad un'altra famiglia, possibilmente con figli minori, o ad una persona singola, o ad una comunità di tipo familiare al fine di assicurargli il mantenimento, l'educazione e l'istruzione.

Ove non sia possibile un conveniente affidamento familiare, è consentito il ricovero in un istituto di assistenza pubblico o privato da realizzarsi di preferenza nell'ambito della regione di residenza del minore stesso

Art. 3 L'istituto di assistenza pubblico o privato esercita i poteri tutelari sul minore ricoverato o assistito (...)

Art. 4 L'affidamento familiare è disposto dal servizio locale, previo consenso manifestato dai genitori o dal genitore esercente la potestà (...)

Art. 5 L'affidatario deve accogliere presso di sé il minore e provvedere al suo mantenimento e alla sua educazione e istruzione, tenendo conto del giudizio dei genitori (...)

Art. 80 Il giudice, se del caso ed anche in relazione alla durata dell'affidamento, può disporre che gli assegni familiari e le prestazioni previdenziali relative al minore siano erogati temporaneamente in favore dell'affidatario (...)

Le Regioni determinano le condizioni e le modalità di sostegno alle famiglie, persone e comunità di tipo familiare che hanno minori in affidamento affinché tale affidamento si possa fondare sulla disponibilità e l'idoneità all'accoglienza indipendentemente dalle condizioni economiche.

Come emerge dalla nostra indagine alcune realtà locali erano già dotate di strumenti normativi per l'attivazione del servizio di affido familiare prima della promulgazione della legge nazionale e di quelle regionali. Questo anche a seguito della soppressione nel 1975 di enti parastatali quali l'ONMI (Opera Nazionale Maternità e Infanzia) e del trasferimento ai Comuni, con il DPR 616/77, della competenza socio-assistenziale riguardante i provvedimenti «civili ed amministrativi» del

Tribunale dei Minorenni, oltre che di competenza di enti categoriali di assistenza sciolti in quegli anni.

A Torino, Firenze e Piacenza (cfr. tab. 4.1.) è stato istituito un servizio di affido, analogo a quello predisposto successivamente con la legge nazionale, già intorno alla seconda metà degli anni '70, mentre a Milano e a Pesaro l'affidamento familiare ha preceduto di un anno o due la L.N. 184/83.

Tab. 4.1. Anno di attivazione dell'affido familiare e relativi riferimenti legislativi

Città	Leggi Regionali	Anno attivazione	Regolamenti
Torino	20/82, art. 21 62/95, art. 28 55/89 (a)	1976	Delibere specifiche documento complessivo del Comune n. 18595/85 e protocollo di intesa con la USL nel 1986 (n. 932)
Milano	1/86, art. 82	1983 (fine anni '70)	Comunale nel 1982 nonne attuative della Regione del 1986 (legge n.1)
Trento	14/91, art. 28	8391 Provincia 1994 Comune	Determinazioni triennali e annuali della Provincia Autonoma di Trento
Bologna	2/85(b) 27/89 (6)	1984	Comunale nel 1994
Piacenza	2/85(b) 27/89(e)	fine anni '70	Regionale: L.R. 27/89 Gli interventi fanno riferimento all'Azienda USL
Firenze	42/92(6)	1976	Comunale n. 796/91 (n.d.)
Ancona	43/88, art. 40	1985	Comunale n. 133/85 normativa socio-assistenziale 95
Pesaro	43/88, art. 40	1982	Comunale n. 17/80 e n. 7/95
Roma	<i>Progetto di legge</i> (1985)	1989	Comunale n. 2819/89
Napoli		1993	Regionale, in via di approvazione
Bari	30/77	1988	Comunale n. 2407/88 Comunale 191/94 bozza
Cosenza	5/87, art. 13	1992	delibera del Consiglio Regionale n. 491 delibera della Giunta Regionale n. 1850/94
Messina	22/86, artt. 8,9	1992	Regolamento-tipo della Regione del 1987
Catania	22/86, artt. 8,9	1988	Regolamento-tipo della Regione del 1987 delibera comunale di attuazione n. 1511/87

(a) L.R. 55/89 di istituzione del Consiglio Regionale sui Problemi dei minori;

(b) Le L.R. in questione non citano testualmente l'affido ma si riferiscono ad interventi rivolte ai minori;

(c) L.R. 27/89 ' Nonne concernenti la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione e agli impegni di cura verso i figli..

Tali servizi, non essendo disciplinati in modo organico da una legge nazionale, erano dotati di un regolamento interno approvato dai Consigli comunali, nei quali si trovavano le indicazioni operative riguardanti le modalità di funzionamento del servizio (le competenze degli Enti, la durata del servizio, il contributo economico, etc...).

A seguito della L.N. 184/83 molti Comuni hanno attivato l'intervento dell'affido tra l'83 e l'85, deliberando (laddove non esistevano ancora) dei regolamenti operativi.

Con le leggi regionali di riordino, inoltre, l'affido viene inserito a pieno titolo nel quadro dei servizi socio-assistenziali, recependo le indicazioni della legge nazionale. In quasi tutte le leggi regionali da noi considerate (fanno eccezione l'Emilia Romagna e la Toscana) esiste un articolo dedicato al servizio di affido dei minori (cfr. tab. 4.1.). Avendo quasi tutte il riferimento alla legge nazionale non abbiamo rilevato delle differenze sostanziali tra i diversi testi di legge.

In alcune regioni come il Piemonte e L'Emilia Romagna alle leggi quadro regionali si vanno ad aggiungere leggi regionali *ad hoc* sulla famiglia e i minori, mentre in altre Regioni, come la Campania e la Puglia, dove le Leggi quadro mancano sono state comunque approvate delle leggi che riguardano direttamente gli interventi a favore dei minori.

I Comuni del Mezzogiorno hanno attivato tali interventi solo verso la fine degli anni '80, e ancora oggi sia a livello regionale che comunale si deve registrare un notevole ritardo nella diffusione dell'affido. Vedremo più avanti i problemi di attuazione di tali interventi in alcuni Comuni, qui basti ricordare che, su sollecitazione del «Coordinamento Nazionale per la Difesa e la piena Attuazione della L.N. 184/83», cui aderiscono oltre 40 gruppi e associazioni, il Ministro degli Interni ha inviato il 24 aprile 1992 una circolare a tutti i Prefetti per una più completa applicazione di tale legge. Questo a dimostrazione del fatto che la sua diffusione non è ancora adeguata rispetto al bisogno.

4.1. Definizione e tipologie di affido familiare

Il principio guida a cui le leggi regionali si ispirano riflette le indicazioni della L.N. 184/83 e si basa sull'assunto che il minore ha il diritto di vivere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia e che spetta all'Ente locale, ancor prima di qualsiasi altro intervento, sostenere adeguatamente la famiglia o la convivenza, perché sia messa nelle condizioni di fare fronte alle situazioni di crisi e di difficoltà, mettendo in campo tutte le risorse disponibili dei servizi sociali per sostenerla con interventi sia di tipo economico, sia di carattere socio-educativo. Nei casi in cui questo non è possibile o comunque molto difficile e la famiglia non è in grado di garantire un ambiente idoneo allo sviluppo del bambino, vengono attivate misure di sostegno quali l'affido. Con questo termine si intende la collocazione temporanea, completa o parziale, di minori presso famiglie diverse da quelle di origine o di parenti oppure presso strutture residenziali predisposte a tale scopo (e di cui tratteremo nel paragrafo 4.1.3.). La L.N. 184/83 precisa che l'affido è uno strumento che deve essere privilegiato rispetto ad altre soluzioni istitu-

zionalizzanti. Si tratta in linea di principio di una misura di carattere temporaneo, perché l'obiettivo finale è quello di reinserire il minore nella propria famiglia d'origine (qualora, ovviamente, sussistano le condizioni e sia stata rimossa la causa del disagio), con il sostegno della famiglia affidataria e degli interventi degli operatori sociali.

L'affido può essere consensuale o giudiziario. Viene considerato consensuale quando almeno uno dei due genitori (o il tutore) di una famiglia problematica acconsente a che il figlio venga affidato ad una famiglia diversa da quella d'origine. Generalmente questo è il caso meno diffuso. Motivazione di tale atteggiamento è da ricercare nel vissuto che la famiglia di origine ha spesso rispetto alla famiglia affidataria, vista come "buona - brava - capace", e che gli rimanda un'immagine di inadeguatezza non sempre tollerabile. Tanto che la famiglia d'origine è più disposta ad accettare un ricovero in Istituto (rispetto al quale si sente meno messa in discussione) che non l'affido familiare. Più frequente, invece, è l'affido giudiziario, disposto con decreto del Tribunale per i minorenni a cui i servizi sociali segnalano il caso, quando manca l'assenso dei genitori (o del tutore) rispetto alla proposta di affido familiare. Nel caso degli affidi consensuali, però - per regolamento - rimane la necessità della convalida del provvedimento da parte del giudice tutelare.

Le ragioni che conducono i servizi sociali a chiedere l'affidamento familiare di un minore sono molteplici, ma tutte riconducibili a forme più o meno gravi di disagio familiare, alla presenza di gravi malattie da parte del minore o dei suoi genitori (tra cui la sempre più diffusa sieropositività al virus Hiv) e all'handicap. La rilevazione del disagio presente in famiglia risulta determinante per valutare l'adeguatezza del tipo di affido che può essere proposto: questo, infatti, può differire per la durata e per il carico di ore che il minore trascorre nella famiglia ospitante.

Nel complesso, sebbene nei regolamenti comunali non siano esplicitamente indicati e codificati, si possono configurare prevalentemente i seguenti tipi di affido:

- a tempo pieno;
- giornaliero o diurno;
- per il fine settimana;
- per le vacanze;
- notturno;
- di emergenza.

L'affido a tempo pieno è indubbiamente la forma di intervento più diffusa nelle diverse città, tuttavia la base di dati disponibili è piuttosto disomogenea per poter fare un confronto adeguato. Alcune città non classificano l'affido sulla base dell'ammontare di ore o giorni, ma sulla base del tipo di forme affidatarie. Così a Torino e Bologna l'affido viene distinto in:

- affido a terzi (famigliari);
- affido a terzi (singoli);
- affido a comunità familiari.

A Torino, si aggiungono a questa suddivisione altri tipi di affido che sono stati oggetto di delibere specifiche:

- affido di minori portatori di handicap;
- affido diurno;
- affido di minori a rischio (con condizioni familiari particolarmente gravi).

Dai dati, a volte solo frammentariamente disponibili, emerge che laddove i servizi sociali mostrano una grave carenza organizzativa, sia sotto il profilo del personale, sia sotto il profilo delle risorse economiche e progettuali (per esempio: Napoli, Cosenza, Messina e Catania), le forme di affidamento familiare siano poco articolate, per cui si interviene solo laddove lo stato di bisogno è molto accentuato, quando cioè il provvedimento viene richiesto dal Tribunale dei minori, disponendo un affido a tempo pieno.

Per quanto riguarda la durata dell'affidamento presso una famiglia, l'art. 4 della legge nazionale 184/83 si limita a dire che «deve essere (...) indicato il periodo di presumibile durata dell'affidamento», ma non lo quantifica in termini di tempo, sebbene ne sottolinei la temporaneità. La genericità legislativa d'altra parte è inevitabile se si considera che, a priori, non possono essere definiti tempi che sono determinati da fattori molteplici ed a volte non prevedibili, quali: i problemi della famiglia d'origine e del minore, la loro natura (ad es. una pur grave inadeguatezza educativa ha un peso diverso dalla presenza di problemi di natura psichiatrica), la capacità, pur residuale, della famiglia d'origine a superare momenti di difficoltà, disagio, etc.

E comunque necessario porre dei limiti di tempo, che possono essere fissati sulla base di un progetto educativo chiaro e motivato - di una valutazione (continua-mente verificata) di recuperabilità, di un reale coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti nell'affido: famiglia d'origine, minore, famiglia affidataria, operatori. Di norma, secondo i servizi sociali, il provvedimento non dovrebbe superare i due/tre anni, salvo diverse prescrizioni del Tribunale per i minorenni per singoli casi. Il periodo di affidamento familiare può comunque essere prolungato da un provvedimento del Tribunale, di solito su segnalazione dei servizi sociali. A titolo di esempio, a Milano il 45% dei minori rientra nella famiglia di origine, mentre il 16% rimane presso la famiglia affidataria, il 12% viene inviato in Istituto, il 5% viene adottato.

4.1.0. L'organizzazione del servizio di affido

L'organizzazione del servizio d'affido è molto eterogenea nelle varie realtà lo-cali prese in esame. Di solito gli Enti locali operano contemporaneamente su due livelli, l'uno centralizzato, l'altro decentrato, coinvolgendo molteplici attori del settore pubblico, del privato e del volontariato (cfr. tab. 4.2). In molti casi, infatti, la realtà è piuttosto frammentata e non vi è un unico Ente locale erogatore del servizio, bensì più istituzioni pubbliche (per esempio: Provincia e Comune, Regione e Comune, USL, ecc.) tra le quali possono sussistere anche conflitti di competenze che hanno, di fatto, effetti negativi sull'efficienza del sistema di intervento nel suo complesso.

Di norma, a livello centrale svolge le proprie funzioni un ufficio affidi dove opera una équipe pluriprofessionale, composta da psicologi, assistenti sociali e da

personale amministrativo. Tale ufficio non si occupa solo delle attività di coordinamento e di programmazione, ma anche di istituire - quanto meno presso le amministrazioni più avanzate dal punto di vista organizzativo - le banche dati sulle famiglie affidatarie e sui minori da affidare, in modo da facilitare l'incontro fra i due soggetti. Equipe integrate, sia centralizzate che decentrate, sono operative nei Comuni di Torino, Milano, Trento, Bologna, Piacenza e Pesaro.

L'ufficio affidi può trovarsi sia presso la Provincia, sia presso il Comune. A Trento, a Roma e a Bologna, per esempio, vi è un forte coinvolgimento della Provincia che è invece completamente assente in altre città, dove il livello centrale è assegnato all'Amministrazione Comunale. Nell'ambito degli interventi a favore dei minori, a Trento l'affidamento familiare è di competenza della Provincia sia rispetto alla selezione, alla formazione che all'assegnazione dei minori alle famiglie affidatarie. Questi compiti vengono esplicati tramite l'attività di un Gruppo Tecnico (costituito con delib. della Giunta Prov. n. 6305 del 11/5/92) formato da diverse professionalità: assistenti sociali, psicologi dell'area materno-infantile, uno psichiatra, un pediatra e un coordinatore laureato in pedagogia. A Roma, invece, dove tra l'altro opera ancora l'Istituto Provinciale Accoglienza Infanzia (IPAI), dal 1989 esiste un protocollo di intesa tra Comune e Provincia per operare in maniera congiunta e coordinata in materia di minori (e più in generale nei riguardi delle fasce svantaggiate della popolazione). Per quanto riguarda Bologna, la competenza in merito agli affidi è suddivisa tra Provincia e USSL, alla quale il Comune ha delegato il servizio in questione, ma è l'Ente Provinciale ad occuparsi del coordinamento tecnico che, al fine di rendere omogenei gli interventi di affido, ha prodotto un regolamento applicato su tutto il territorio provinciale.

Solo in due città (Torino e Cosenza) vi è un coinvolgimento significativo della Regione. A Torino, la Regione ha istituito (L.R. 55/89), a partire dal 1989, il «Consiglio Regionale sui Problemi dei Minori», il quale svolge funzioni di analisi, coordinamento e promozione su tale materia. Questo consiglio può erogare contributi agli Enti locali, singoli o associati, per la realizzazione di progetti a favore dei minori e dei diritti dell'infanzia. A Cosenza, invece, la Regione non svolge alcun compito particolare di coordinamento o di promozione, ma provvede direttamente alla corresponsione dell'assegno integrativo alle famiglie affidatarie.

Se il livello centrale, in altri termini, si fa garante dell'uniformità e della professionalità degli interventi, l'erogazione vera e propria del servizio avviene invece in modo decentrato grazie all'intervento degli operatori sociali distribuiti sul territorio e nei vari punti di «ascolto». Essi pubblicizzano l'affido familiare nella propria zona di competenza, prendono contatto con le famiglie in difficoltà, con quelle affidatarie e con i minori. E a questo livello che si intensificano i rapporti tra operatori sociali e altri servizi sociali del Comune o dell'USL, quali il Servizio Materno Infantile, il Servizio di Igiene Mentale e dell'Età Evolutiva (S.I.M.E.E.), il servizio di Neuropsichiatria Infantile e, soprattutto, il Tribunale per i Minorenni, con il quale, per ovvie ragioni, vi è una intensa collaborazione istituzionale. L'esistenza di un'integrazione tra gli interventi di carattere sanitario (USL) e sociale (Servizi sociali del Comune o di altri Enti pubblici) nell'ambito dell'affido può considerarsi un indicatore importante della qualità dell'intervento medesimo. Infatti, tale integrazione presuppone un lavoro con-

giunto di operatori con professionalità differenti che integrano le problematiche del minore e della famiglia in modo globale. In questi casi si costruisce un progetto articolato che prevede il ricorso a misure differenti che vanno dalla psicoterapia alla formazione (corsi di recupero e di sostegno scolastico), alla creazione di momenti di aggregazione giovanile; dal sostegno economico alle famiglie, all'assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, etc..

Sebbene in quasi tutte le città considerate siano stati stabiliti accordi per l'integrazione dei vari servizi sociali per svolgere più efficacemente il servizio di affidamento familiare, non in tutte le realtà tali accordi sono attuati pienamente (cfr. tab. 4.2). Tale elemento appare estremamente importante se si considera l'estrema delicatezza e complessità dell'affido familiare, la cui peculiarità e ricchezza è determinata dall'interazione fra le due famiglie e fra di esse ed il minore. Interazione che può risentire dell'incontro di storie e culture estremamente diverse, ma che nell'interesse del minore deve essere opportunamente accompagnata e sostenuta dai servizi.

Tab. 4.2. Sinottica sugli organismi coinvolti nel servizio di affidamento

Città	Livelli di competenza dell'intervento	Volontariato
Torino	1. Uffici territoriali, protocollo intesa con USL 2. Ufficio Affidi Centrale	Collaborazione con associazioni e A.N.F.A.A.
Milano	1. Il servizio affidi SSMI (psicologo e assistente sociale) 2. L'Ufficio Affidi centrale coordinamento e Banche dati	Parrocchie; volontari A.N.F.A.A. cooperative sociali CAM
Trento	1. Assistente sociale di ambito-équipe interprofessionale 2. Coordinatore Area Materno-infantile centrale 3. PAT: Gruppo tecnico (assistenti sociali, psicologi, psichiatra, pediatra)	A.N.F.A.A. Collaborazione con associazioni
Bologna	1. Poliambulatori territoriali della USL che ricevono la richiesta o segnalano i casi 2. Équipe specializzata (assistente sociale e psicologo) a livello centralizzato di USL 3. Coordinamento provinciale sull'affido e Banche dati famiglie affidatane e minori	Collaborazione con associazioni di volontariato
Piacenza	1. Équipe integrate (assistenti sociali, psicologi neuropsichiatri) decentrate sul territorio 2. Servizio centralizzato USL	Volontari associazione «dalla parte del bambino»
Firenze	1. Servizio Affidi centralizzato del Comune c/o Istituto degli Innocenti, integrato sociale-sanitario	Volontariato
Ancona	1. Servizio sociale di distretto, non integrazione con la USL (funzione di sensibilizzazione) 2. Ufficio Affidi centrale (1 responsabile minori, coordinatrice distretti)	Consultorio privato Cattolico

Segue: **Tab. 4.2. Sinottica sugli organismi coinvolti nel servizio di affido**

Città	Livelli di competenza dell'intervento.	Volontariato
Pesaro	Servizio Sociale Affidi centralizzato, composto da un'équipe pluriprofessionale integrata con gli operatori della USL (assistente sociale e psicologo del Comune, assistente sociale USL e 2 neuropsichiatri infantili come consulenti esterni). Si sta creando una banca dati sulle famiglie affidatarie	3 Comitati per l'affido temporaneo
Roma	Le competenze sono suddivise tra Provincia e Comune, tra cui è stato definito un protocollo di intesa 1. Servizi sociali territoriali di circoscrizione per regolamento in raccordo con USL ma di fatto no 2. Ufficio Affidamento centrale presso ripartizione assistenza, archivio	Collaborazioni con associazioni di volontariato
Napoli	Ufficio Affido familiare centralizzato presso settore servizi sociali minori del 94° servizio	Associazioni (Telefono azzurro) e parrocchie
	Uffici circoscrizionali gestiscono il servizio affidi con una cooperativa sociale. N.B. Un'équipe pluriprofessionale ha elaborato un nuovo progetto che è stato approvato dal Consiglio Comunale nel 94, che prevede l'istituzione di servizi affidi territoriali e uno centrale di coordinamento.	
Bari	Ufficio Igiene e sanità anziani e affido centralizzato presso il Settore Servizi Sociali	Associazioni e parrocchie
Cosenza	Ufficio centrale dei servizi sociali (composto in tutto da 4 assistenti sociali).	Associazioni e parrocchie
Messina	Le 3 assistenti sociali che si occupano assicurano anche il servizio affidi	n.p.
Catania	1. Servizio centralizzato (no coordinamento con neuropsichiatria infantile) Collegamento con Centri Sociali di circoscrizione	Volontari A.N.F.A.A. Collaborazione con cooperative sociali

La bassa integrazione con i servizi si nota soprattutto nelle Amministrazioni Comunali con gravi problemi organizzativi (per esempio: Napoli, Cosenza e Messina), o perché vi è una carenza di personale specializzato in interventi sui minori, o perché il personale stesso deve fare i conti con una certa farraginosità del sistema burocratico e, nel peggiore dei casi, con la mancanza di copertura finanziaria, senza la quale non si può mantenere un servizio a pieno regime. Da qui il ricorso eccessivo al sud all'istituzionalizzazione dei minori, percentualmente maggiore che

in altre realtà locali, in aperta contraddizione con gli intenti della L.N. 184/83 e con l'efficacia e l'economicità dell'intervento (87).

Un altro tipo di collaborazione riguarda le associazioni di volontariato, l'Associazione Nazionale Famiglie Adottive e Affidatarie (A.N.F.A.A.), le cooperative sociali e le parrocchie che si occupano dell'area minorile e con le quali vi è un confronto continuo che può arrivare fino alla impostazione di una progettualità comune. Ancora una volta, però, va notato che questa integrazione con il volontariato è più sviluppata laddove i servizi sono più organizzati e articolati (per esempio a Torino, Milano, Bologna e Pesaro). Dove i servizi sono organizzati spesso il volontariato (per lo più gruppi di famiglie) promuove iniziative, soprattutto di affidi diurni, che però non incidono sul territorio complessivo delle città e quindi sull'offerta di servizi perché legate al contesto microlocale di intervento.

4.1.1. Le famiglie affidatarie: selezione, diritti e doveri

Per facilitare l'incontro tra minore e famiglia affidataria, in alcune Amministrazioni locali sono state create le Banche delle Famiglie Affidatarie e le Banche dei Minori che vengono aggiornate periodicamente (per esempio a Milano a livello comunale, a Trento e Bologna a livello provinciale e a Pesaro in fase di costituzione).

La creazione della Banca dati sulle famiglie affidatarie rappresenta un momento molto importante per la buona conduzione dell'affido, perché consente agli operatori di poter disporre - in tempi brevi - di una famiglia con caratteristiche adatte al caso, già pronta ad accogliere un minore. Non tutte le famiglie, infatti, sono in grado di accogliere il minore nelle migliori condizioni ambientali, tali da permettergli di recuperare il proprio equilibrio psicologico. La famiglia affidataria non solo deve garantire al minore un ambiente sano, sereno e gratificante, ma deve anche sapere interagire costantemente da un lato con gli operatori e con i servizi sociali - senza creare ostacoli - e dall'altro, con la famiglia di origine del minore che il più delle volte vive in condizioni precarie, caotiche o di devianza.

La creazione della Banca sulle famiglie affidatarie avviene generalmente in tre fasi:

- a) promozione;
- b) selezione;
- c) formazione.

(87) Questa forte discrepanza territoriale nel ricorso alle strutture residenziali socio-assistenziali trova conferma nei rapporti annuali dell'Istat, che evidenziano come oltre il 60% dei minorenni collocati in istituto è collocato al Sud. Questo dato deve fare riflettere. L'allontanamento del minore dal proprio contesto familiare e l'inserimento in una struttura educativo-assistenziale, in alcuni casi, può tradursi in una vera e propria "delega" alle strutture medesime di tutte le responsabilità relative al progetto con il minore e la famiglia, se non in una vera e propria forma di *abbandono istituzionale*.

a) Iniziative promozionali di grande successo sono state realizzate a Torino, Milano e Roma, grazie ad una capillare campagna di informazione che ha utilizzato vari spazi pubblicitari, ad esempio autobus, pubbliche affissioni, spot televisivi etc.. Ma la promozione può avvenire anche sotto altre forme. Per esempio, con l'aiuto dei volontari dell'A.N.F.A.A. o di altre associazioni e degli operatori sociali del settore, che quotidianamente fanno opera di informazione e di sensibilizzazione e organizzano incontri con i cittadini a livello zonale. Parallelamente a questi livelli, funzionano anche canali informali e occasionali per il reperimento di famiglie affidatarie. Un caso emblematico è quello di Cosenza dove, non essendo stata ancora predisposta una banca dati delle famiglie affidatarie, gli operatori sociali devono rivolgersi alle loro conoscenze personali per riuscire a trovarne qualcuna (88).

b) La selezione delle famiglie affidatarie, che rispondono alle campagne pubblicitarie e/o a proprie e personali sensibilità nell'ambito sociale, ha lo scopo di fornire tutti i chiarimenti sull'affido (obblighi, modalità, obiettivi) necessari per coinvolgersi in un impegno sicuramente gravoso e che richiede una notevole disponibilità da parte di tutti i membri della famiglia; valutando, nel contempo, quei requisiti (di disponibilità, motivazione, capacità di accoglienza, etc.) essenziali per una "tenuta" del progetto di affido.

c) La formazione, infine, viene compiuta: 1) rispetto agli affidatari, dove ha il duplice obiettivo di supporto (individuale e di gruppo) e di approfondimento dell'esperienza di affido. Anche in questa fase risulta prezioso il contributo formativo svolto da Associazioni ed in modo particolare dall'A.N.F.A.A. 2) rispetto agli operatori con l'obiettivo di fornire quegli strumenti necessari per avviare e gestire un intervento quale l'affido familiare, che vede partecipi famiglia affidataria, famiglia d'origine e minore con le particolari dinamiche messe in gioco.

4.1.2. Assicurazione e sostegno economico mensile

All'atto dell'ingresso del minore nella famiglia affidataria, l'amministrazione comunale è obbligata a stipulare un contratto di assicurazione tramite il quale il minore è garantito da eventuali incidenti e danni che possono accadergli o che egli stesso può arrecare a persone e cose. Inoltre, ogni famiglia che accoglie un minore in affido riceve mensilmente un sostegno economico, come previsto dall'art. 80 della L.N. 184/83. La tab. 4.3 offre un quadro riepilogativo sull'entità dell'ammontare degli assegni per l'affidamento erogati nelle diverse realtà locali alle famiglie af-

(88) Vi è poi un altro caso particolare rappresentato da Ancona. In questo Comune si è evidenziata una serie di contraddizioni che nascono dalla difficile integrazione tra gli interventi del Comune e quelli dell'USSL; è infatti quest'ultima, e in particolare il consultorio pubblico, che dovrebbe promuovere iniziative di sensibilizzazione e di informazione per il reperimento di famiglie affidatarie; invece quest'ultimo aspetto viene delegato di fatto ad un consultorio privato di matrice religiosa, che si sostituisce nel reperimento e nel coordinamento delle coppie affidatarie. E a questo soggetto privato che gli operatori sociali si rivolgono per l'individuazione delle famiglie in cui inserire i minori.

Tab. 4.3. Sintotica sugli organismi coinvolti nel servizio di affido e presenti in strutture di accoglienza, il sostegno economico alle famiglie affidatarie e il costo medio mensile, 1994*

Città	Affidi familiari		Strutture di accoglienza		Spesa del Comune (000)
	Nr. minori (1994)	Sostegno economico agli affidatari (000)	Strutture di accoglienza	Costo medio mensile pro-capite (000)	
	Nr. minori (1994)	Sostegno economico agli affidatari (000)	Tipo di strutture residenziali/semiresidenziali	Nr. minori (1994)	Costo medio mensile pro-capite (000)
Torino 152.624 (15.9%)	497 (atto) 167 (accessi)	640 (resid.) + (aumenti % per handicap)	Istituti (privati) ¹ Comunità ³ alloggio pubb. ... convenzionate ... private	287 81 97 185	831-3.700 ² 6.000 377-4330 3.000
Milano 199.253 (14.6%)	234 (in atto) 72 (accessi)	300 giornalieri 600 vacanze 790 complessi 1200 steropos.	Istituti Comunità alloggio Pronto Intervento	1057 (1993)	1.860 (1993)
Trento 18.400 (18.1%)	29	786 (80% max per parenti)	Semiresidenziali Residenziali Progetto 92	35 43 30	70-189 177-270
Bologna 48.207 (11.9%)	76 65 (parenti)	700 900 (handicap)	Semiresidenziali Residenziali	25 113	n.p.
Piacenza 15.140 (14.8%)	50	450 (variabile)	Case famiglia Istituti	24	1.600
Firenze 55.605 (13.8%)	150	600	Residenziali Pronta accoglienza Servizi diurni	250 300 280	2.850 2.250
Ancona 16.682 (16.5%)	18 15 (diurno)	780 600 (parenti)	Comunità alloggio Pronta accoglienza, conv.	8 14	n.p.
Pesaro 15.312 (17.3%)	18	600	Istituti convenzionati. Comunità convenzionati Case famiglia		900 1.500 1.500
					A: 2.419.000 C: 16.195.000 (1993)
					A: 1.249.975 I: 24.000.000 (1993)
					A: 188.000 I-R: 2.149.480 I-SR: 553.879
					Bilancio USL
					A: 128.154 CF: 400.000
					Area Minori: 12.794.835 (dato totale)
					A: 258.000 A-D: 30.000 C: 170.000 P-A: 18.000
					I: 228.200

Segue: Tab. 4.3. Sinottica sugli organismi coinvolti nel servizio di affido e presenti in strutture di accoglienza, il sostegno economico alle famiglie affidatarie e il costo medio mensile, 1994*

Città	Affidi familiari			Strutture di accoglienza		Spesa del Comune (000)
	Nr. minori (1994)	Sostegno economico agli affidatari (000)	Tipo di strutture residenziali/semiresidenziali	Nr. minori (1994)	Costo medio mensile pro-capite (000)	
Roma 501.519 (18.1%)	304 (in atto)	350-450	Istituti Istituti convenzionati Case famiglia Pronta accoglienza	900 100 ca. 300	1.110 1.830 9.000	I: 3.000.000 CF: n.d. P-A: n.d.
Napoli 266.185 (24.9%)	8	15 giorno/fam. 25 giorno/case fam.	Convitto Semiconvitto	38 2.457	n.p.	18.000.000
Bari 78.346 (22.9%)	22	300-500	Istituti Comunità alloggio	500 10	890	A: 550.000
Cosenza 20.433 (23.6%)	5	500 300 (parenti)	Istituti convenzionati Case famiglia	79 20	600 1200	Stanziamiento regionale
Messina 54.276 (23.4%)	25	360	Istituti convenzionati Semiconvitto Convitto	648 (1992)	450 660	A:100.000 I: 2.000.000
Catania 81.337 (24.4%)	25	300	Istituti convenzionati Comunità convenzionate	100 100	690-900 2700	A: 100.000 I: 600.000

A=affido; I=istituti; C=comunità; CF=case famiglia; I-R=istituti residenziali; I-SR=istituti semiresidenziali; P-A=pronto-intervento.

1) Sono istituti in Piemonte con a carico minori della città.

2) La variazione delle cifre legata alla tipologia di utenza (minori, portatori di handicap, sieropositivi, etc.) e alle modalità di permanenza (convitto, semiconvitto, etc.).

3) Compresa le madri e/o gestanti.

* La percentuale dei minori è calcolata sul totale della popolazione della città.

fidatarie. Le differenze piuttosto marcate derivano dal fatto che la legge ha demandato alle regioni il compito di determinare le modalità e la quantità del sussidio, e queste non si sono coordinate tra loro per prevedere un criterio omogeneo. Per un affido a tempo pieno, l'entità del contributo va dalle L. 300.000 circa di Catania e Messina, fino alle L. 700.000 e oltre nelle Amministrazioni di Torino, Milano, Trento e Ancona. Il divario è ancora più evidente se si tiene conto del fatto che in queste ultime città è prevista una maggiorazione per i casi di affido complessi, cioè con minori disabili, handicappati, sieropositivi, etc.. Non sembra esserci, comunque, un criterio che tenga conto del differenziale del costo della vita a livello locale. In tutti i casi, ad eccezione di Torino, se la famiglia affidataria è parente del minore (e si considera tale fino al quarto grado nella linea parentale), allora l'integrazione economica erogata diminuisce e non supera mai l'80% del sussidio previsto.

4.1.3. Altre forme di ospitalità

La L.N. 184/83 non stabilisce un'unica misura di affido dei minori in difficoltà, ma lascia libero il campo ad una vasta gamma di possibilità dal punto di vista istituzionale. All'articolo n. 2 della legge 184 si definisce comunque un ordine di priorità nella scelta della collocazione di un minore che sia temporaneamente privo di ambiente familiare idoneo. Tale scala di priorità prevede, oltre all'affido eterofamiliare, anche l'affido a comunità familiari e a comunità alloggio, mentre ipotizza il ricovero in «istituto di assistenza pubblico e privato» solo nel caso in cui le altre forme di affido non risultino possibili. Il ruolo residuale che la legge assegna agli istituti è un indicatore importante della filosofia generale della legge. L'istituto è sinonimo di grandi strutture fisiche, che accolgono un numero elevato di minori e in cui il rapporto numero (li educatori/numero di minori) è molto basso.

In ognuna delle città considerate dall'indagine esistono diverse strutture di accoglienza per minori aventi varie denominazioni e caratteristiche e differenti standard strutturali. Le stesse strutture vengono chiamate spesso con nomi diversi in regioni diverse, oppure strutture diverse vengono chiamate con gli stessi nomi. Il termine *comunità alloggio* in Piemonte diventa in Calabria *gruppo appartamento*. Il dibattito è comunque ancora in corso e anche proposte di legge recenti non definiscono esplicitamente le «comunità alloggio» e le «case famiglia» (per esempio: Regione Lazio, L.R. 618/93).

L'inserimento dei minori in tali comunità sembra essere a volte l'unica soluzione (consensuale) accettabile da parte della famiglia d'origine che, pur in difficoltà, si mostra poco propensa a lasciare il figlio presso una famiglia affidataria a loro estranea. In ogni caso, la legge è piuttosto chiara su un punto: il ricovero in Comunità deve essere posto in posizione subordinata, consentito cioè solo dopo la provata impossibilità di affidamenti familiari (89).

(89) Va inoltre considerato, come già osservato nel capitolo dedicato agli anziani, che per una amministrazione comunale il costo di un minore inserito in una Comunità Alloggio è molto più alto di quello sostenuto se il minore stesso fosse in affido familiare (cfr. tab. 4.3.).

In alcune città (per esempio a Trento, Piacenza, Pesaro, Napoli, Cosenza, Bari e Catania), non esistono comunità alloggio di proprietà del Comune e per questo motivo si ricorre al privato convenzionato.

A Milano le Comunità Alloggio (definite anche attraverso gli standards regionali fissati dalla legge 1/86 e successivo PSA) operano da diverso tempo. In tutte viene privilegiata e valorizzata una soluzione abitativa ed organizzativa sul modello familiare. Esistono solo due comunità dell'Ente Pubblico, le altre sono private ed operano in convenzione. L'offerta cerca di rispondere alle diverse esigenze suddividendosi in tipologie per fascia d'età o bisogno del minore.

A Torino le Comunità Alloggio per minori vengono distinte in comunità:

- a) di pronto intervento (0-10 anni, con un massimo di 10 minori);
- b) per bambini in età scolare (6-14 anni);
- c) per adolescenti (11-18 anni);
- d) per gestanti e madri col bambino;
- e) case-famiglia (max. 6 minori con personale composto da due persone, preferibilmente una figura maschile ed una femminile; in più è prevista la presenza - non indispensabile - di altri volontari e obiettori di coscienza);
- f) famiglia (formata da una coppia che garantisce una presenza stabile e che ospita fino ad un massimo di 4 minori)

A Roma, la proposta di legge regionale a cui abbiamo fatto cenno, prevede, oltre alla casa-famiglia (sul modello di Torino):

- a) il gruppo appartamento (max 8 minori con problematiche complesse, inseriti in un normale contesto educativo, caratterizzato da una certa flessibilità organizzativa);
- b) la comunità educativa (max 50 minori suddivisi in gruppi di 10, affidati ad operatori che fanno opera di formazione ed educazione).

L'obiettivo di queste comunità è quello di fornire ai minori un contesto educativo e uno spazio di vita quotidiana simile a quello di una normale famiglia, individuando nell'adulto un punto stabile di riferimento, un valido supporto educativo in sostituzione al ruolo genitoriale. Il compito è molto complesso ed ha dei risvolti negativi, poiché, per una comunità composta da 5 a 12 minori (90), è difficile elaborare interventi specifici a seconda della complessità dei casi. Ciò, infatti, comporterebbe un elevato numero di ore di lavoro a carico degli operatori sociali e un confronto continuo con gli altri servizi sociali. E in questo contesto che si rilevano con maggiore frequenza casi di *turnover e di burn-out*, con il rischio effettivo di compromettere il progetto educativo nella Comunità a danno dei minori coinvolti negli interventi.

(90) Il numero di minori dipende dal numero medio degli operatori e dai problemi che questi minori hanno

PARTE SECONDA: LE INIZIATIVE EDUCATIVE A FAVORE DEI MINORI A RISCHIO

4.2. Introduzione: alcuni riferimenti legislativi

Un minore può definirsi a rischio quando la sua condizione è precaria e potenzialmente costituisce un grave fattore di squilibrio tale da provocare nel tempo situazioni di disagio, devianza ed emarginazione (91). Non si può, comunque, parlare di intervento di prevenzione in senso stretto in quanto il provvedimento sui minori in questione viene attivato per lo più quando la condizione di disagio risulta già *conclamata* nell'ambito familiare; piuttosto si tratta di un intervento che ostacola e scongiura un aggravamento della condizione di partenza e quindi una cronicizzazione dei fattori di disagio.

Osservando gli interventi sui minori a rischio nel loro complesso, l'obiettivo che i servizi sociali si prefiggono è duplice. Da un lato, vi è la promozione di iniziative e strutture miranti ad evitare o attenuare il cronicizzarsi di forme acute di devianza o, più genericamente, di disagio ed emarginazione. Dall'altro lato, vi è l'aspirazione a sviluppare politiche sociali di prevenzione a diversi livelli, tali da coinvolgere un numero sempre maggiore di minori a rischio. Data, però, l'estrema eterogeneità dei potenziali fattori eziologici dei comportamenti devianti (o a rischio), le iniziative sono altrettanto eterogenee. Questo ci costringe ad una trattazione limitata volta a mettere in risalto alcuni tratti comuni alla maggior parte delle iniziative, ma che sicuramente non riflette la ricchezza di interventi esistenti, soprattutto nelle città con le politiche giovanili più innovative. Un altro limite che il capitolo sconta è dovuto al fatto che molte iniziative rivolte ai minori ed ai giovani non coinvolgono necessariamente il Comune (se non marginalmente), ma altri enti, dal Provveditorato agli Studi alla Provincia e alla USL, che non sono, però, stati oggetto d'indagine e con i quali il Comune non necessariamente concerta le iniziative a favore dei minori. Questo basso grado di coordinamento tra le singole iniziative ai differenti livelli istituzionali e/o territoriali costituisce effettivamente uno dei problemi principali che le politiche a favore dei minori a rischio scontano ancora oggi in Italia.

Il panorama legislativo in materia di minori riflette questa stessa eterogeneità ed è particolarmente ricco, ma affollato e disorganico. Tra i provvedimenti legislativi più significativi di questi ultimi anni (92) si annovera la L.N. 216/91

(91) Si può trattare ora di un rischio *oggettivo* per l'assenza di cura nell'alimentazione, salute, igiene (condizioni di trascuratezza), ora di un rischio *relazionale* nel caso in cui il minore risulti inserito in una rete di rapporti *distorti* o violenti non in grado di rispettarne la personalità.

Tra questi abbiamo anche la L.N. 162/90 «Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685 recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione (lei relativi stati di tossicodipendenza». Il DPR 309/90, che all'art. 114, nell'ambito delle iniziative di prevenzione prevede i Progetti Adolescenti. La L.N. 554/88 che prevede i Progetti Obiettivo di educativa territoriale. Il DPR 448/88 e il DL 272/89 Area penale minorile.

(avente durata triennale), che nasce con l'intento di favorire interventi rivolti ai minori a rischio, mettendo a disposizione degli enti locali contributi annuali per la realizzazione di progetti da parte di enti pubblici e privati. Le principali aree di interesse di questa legge sono due: la prima, volta a favorire la crescita e la maturazione individuale e la socializzazione dei minori (artt. 1 e 2); la seconda area, invece, rivolta ai ragazzi già entrati nell'area penale o a rischio di entrarvi, intende sviluppare interventi di prevenzione della delinquenza e di risocializzazione nell'ambito penale minorile (art. 4). Questa legge è stata poi rinnovata per un altro triennio (1994-1996) con il D.L. 209/94.

I destinatari della legge sono in teoria tutti i giovani minorenni (0-18 anni) in condizione di bisogno l'art. 4 pone, però, soprattutto l'accento sul finanziamento di progetti di prevenzione della delinquenza nei Comuni e nelle Regioni del Mezzogiorno. In pratica l'obiettivo prioritario della legge è quello di promuovere interventi nelle aree urbane maggiormente coinvolte nel fenomeno della criminalità minorile, dove si riscontra anche una elevata quota di abbandono scolastico.

Il quadro normativo della L.N. 216/91 estende le iniziative a quattro ambiti privilegiati:

- comunità di accoglienza, di cui abbiamo già detto nella prima parte di questo capitolo in relazione alle altre forme di ospitalità (cfr. 4.1.3.).
- interventi a sostegno delle famiglie in condizione di bisogno;
- centri di incontro e iniziative di presenza sociale nei quartieri a rischio;
- utilizzo di strutture scolastiche per attività extra-scolastiche, durante le ore pomeridiane e nei periodi estivi.

La legge favorisce anche il coinvolgimento di cooperative sociali e del volontariato organizzato, in modo particolare, per i minori compresi nella fascia di età 11-18, che richiedono una presenza flessibile, e al tempo stesso costante, di operatori di strada collegati con i servizi degli enti locali per rendere più incisivo il sostegno ai minori.

Le attività rivolte ai minori a rischio sono finanziate dal Ministero degli Affari Sociali e dal Ministero dell'Interno (circ. n. 85/MR 32 dell'11/02/93 del Ministero degli Affari Sociali e del Ministero dell'Interno); mentre quelle previste dall'art. 4 vengono finanziate dal Ministero di Grazia e Giustizia direttamente ai Comuni delle regioni meridionali (circ. n. 929000 del 18/02/93 del Ministero di Grazia e Giustizia).

Nei Comuni meridionali da noi analizzati, la quasi totalità dei progetti messi in atto fa riferimento alla L.N. 216/91.

4.2.1. Alcune iniziative

Le iniziative a favore dei minori a rischio hanno un elemento in comune che le differenzia dall'affido o da altre forme di ospitalità: sono volte a mantenere il minore nel proprio contesto familiare e di quartiere, evitando così l'allontanamento e riducendo anche il grado di istituzionalizzazione. A fronte di questo elemento comune c'è, però, un panorama frammentato di istituzioni e leggi, di cui si è detto. Le iniziative a favore dei minori a rischio possono differenziarsi in base a:

- 1) i destinatari, in particolare considerando flessibilmente fasce d'età differenti (pre-scolastica, scolastica, pre-adolescenziale, adolescenziale) e il sesso;
- 2) i contesti degli interventi (la famiglia, la scuola, le strutture dei servizi sociali, la strada, etc.);
- 3) il tipo di attività svolta (attività di supporto scolastico, di socializzazione, di orientamento, etc.);
- 4) i soggetti che gestiscono gli interventi (i servizi sociali nelle persone di educatori professionali dipendenti del settore e inseriti nelle équipes, i servizi privati nelle persone di educatori di cooperative sociali in convenzione con il pubblico, etc.);

La difficoltà maggiore nell'individuare interventi su questa fascia d'età è determinata dai bisogni che tali minori portano. La particolarità di tale periodo di crescita con tutti i problemi e tutte le dinamiche che normalmente la caratterizzano, è ancor più "esaltata" quando si aggiungono problemi socio-ambientali e familiari. Si impone pertanto un'offerta quanto mai ampia, diversificata, integrata ed articolata di interventi, che non sempre è possibile e che necessita, più di certi interventi, di un coordinamento delle risorse pubbliche e private operanti.

Nei seguenti paragrafi presentiamo alcune iniziative evidenziate dai gruppi locali differenziando tra Comuni del Mezzogiorno e Comuni del Centro-Nord.

4.2.1.a. Alcune iniziative nei Comuni del Mezzogiorno

Nei comuni del Mezzogiorno la grande maggioranza dei progetti sui minori a rischio è finalizzata ad impedire l'abbandono prematuro della scuola dell'obbligo e al recupero di minori già entrati nel mondo della criminalità (cfr. tab. 4.4.). E difficile, però, fare delle considerazioni sugli interventi attuati e valutare il loro impatto sul territorio. Considerando, infatti, la numerosità delle iniziative e la mancanza di sistemi di monitoraggio le amministrazioni comunali non riescono ad esercitare un controllo su tutte le associazioni, sulla realizzazione dei progetti e la loro efficacia ed efficienza. Illusteremo, quindi, solo alcuni interventi, ritenuti significativi a livello locale.

A Bari i servizi sociali hanno approntato un programma di sostegno extra-scolastico denominato *Scuole Aperte* attivato nel 1992 e indirizzato ai minori delle scuole dell'obbligo (medie ed elementari) come strumento di prevenzione specifica del disadattamento sociale e scolastico. Le attività che si svolgono in questo ambito, in collaborazione con strutture del volontariato, organizzato per lo più in cooperative sociali, sono molteplici e vanno dall'animazione alla danza, ai laboratori di studio della natura, etc..

Per quanto riguarda Napoli(93), particolarmente innovativa è la L.R. 41/87, meglio nota come «Legge Eduardo», dal nome del suo promotore (Eduardo de Filippo). Tale legge prevede incentivi per imprese che assumono a tempo indeterminato

(93) In Campania la responsabilità degli interventi a favore dei minori a rischio è stata conferita ai Comuni a partire dal 1978 con la L.R. n. 42/78 che sancisce la soppressione dei patronati scolastici e dei relativi consorzi provinciali.

**Tab. 4.4. Competenza degli interventi ed esempi di iniziative
a favore dei minori a rischio**

Città	Competenza	Esempi di iniziative
Torino	Assessorato assistenza Provveditorato agli Studi Assessorato alla Gioventù	Educativa territoriale pubblica e convenzionata Progetti Prevenzione Secondaria (centri diurni) Servizi Minorili amministrazione Giustizia
Milano	Assessorato Servizi Sociali, Area Minori, Ufficio Giovani Provveditorato agli Studi	Assistenza domiciliare minori (ADM) Progetto Adolescenti Centri Giovani Progetti specifici coordinati fra i vari servizi che li integrano nelle proprie strategie di intervento
Trento	Servizio attività sociali Provveditorato agli Studi	Assistenza domiciliare Progetto Prevenzione Giovanile (DPR 309/90) Spazio giovani/genitori Progetto Telemaco Centri aperti- Coop La Bussola Centro aperto Ravina (Progetto '92) Comunità Murialdo
Bologna	Provveditorato agli Studi USL	Gruppi socio-educativi e tempo libero Gruppi Carovana, Miami Gruppo l'ulivo (in parte semi-residenziale) P.O.L.O. Navile (ENAIIP) Gruppo velainsieme Gruppo educativo Arciragazzi
Piacenza	USL	Centri Educativi Sostegni individualizzati alle famiglie
Firenze	Assessorato ai Servizi Sociali, Ufficio tutelari integrativi	Punto giovani Educatori di strada Assistenza domiciliare Minori
Ancona	Servizio educativo-formativo Provveditorato agli Studi	Servizio educativo-formativo a livello distrettuale Recupero scolastico Centri ricreativi sperimentali (es. Ludoteca la Cicala) Centri estivi
Pesaro	Assessorato Servizi Sociali - Giovani	Informa giovani, informabus Centro Ascolto Centri Aggregazione Doposcuola
Roma	Ufficio minori-ripartizione Sicurezza sociale	Assistenza Domiciliare Minori

Tab. 4.4. Competenza degli interventi ed esempi di iniziative a favore dei minori a rischio		
Citta	Competenza	Esempi di iniziative
Napoli	Servizio 92° Tempo libero e politiche giovanili Servizio 94° Famiglia	Finanziamento progetti ad hoc (LN 219/91); (1994: 31 progetti finanziati, ca. 100 associazioni); Educativa di strada; Associazione Quartieri Spagnoli
Bari	Assessorato Servizi Sociali, Settore Minori	Progetto «Scuole aperte» (LN 216/91) Iniziative territoriali delle parrocchie
Cosenza	Ufficio programmazione, studio, ricerca	Orientamento Progetto contro la dispersione scolastica Progetto di integrazione nomadi Associazione S.Pancrazio
Messina	n.p.	n.p.
Catania	Assessorato ai Servizi Sociali Provveditorato agli Studi Protocollo di intesa Comune-USL	Laboratori scuola-bottega (LN 216/91) Progetti adolescenti Centri di aggregazione Progetto Infanzia Associazione GAPPA, progetti di socializzazione

nato giovani a rischio di emarginazione e contributi per la loro partecipazione a corsi di formazione. In tale ambito è stato realizzato il progetto «Nisida», ovvero l'istituzione sull'isola Nisida (NA) di un centro giovanile polivalente.

Attualmente, grazie ai fondi provenienti dalla L.N. 216/91, sono stati finanziati numerosi progetti nei vari settori di intervento previsti dalla legge. Nel 1992, per esempio, in base agli artt. 1 e 2, hanno chiesto contributi una cinquantina di associazioni, e quasi altrettante hanno fatto richiesta nel 1994. Del resto nell'area napoletana (che comprende sia la provincia di Napoli che di Salerno) solo nel 1993 sono entrati nel circuito penale almeno 4.900 minori, portando alla luce una realtà complessa e per molti aspetti drammatica che coinvolge interi quartieri della città.

Come a Napoli, anche a Catania la condizione giovanile è particolarmente difficile. Per questo l'amministrazione comunale ha messo in atto una serie di progetti con valenza educativa organizzati dall'assessorato ai Servizi Sociali, in collaborazione con altri assessorati. Le iniziative si rivolgono prevalentemente a minori di età compresa tra i 14 e i 16 anni, molti dei quali già segnalati dall'Autorità Giudiziaria e comprendono:

- i Laboratori Scuola/Bottega (ai sensi della L.N. 216/91), gestiti centralmente in collaborazione con il Provveditorato agli Studi, che hanno lo scopo di favorire la transizione scuola-lavoro, anche rivalutando l'apprendistato;

- il progetto adolescenti;
- i centri diurni per minori gestiti dai Centri Sociali Comunali di quartiere o da associazioni di volontariato. Quest'ultimo intervento trova un riferimento nelle L.R. n. 2/79 e n. 1/86 sul riordino dei servizi socio-assistenziali, che prevedono programmi di prevenzione primaria attraverso attività di socializzazione e animazione culturale.

Tendenzialmente tali iniziative non vengono mai gestite direttamente dal Comune, ma quasi sempre affidate attraverso appalti a strutture delle associazioni di volontariato che, in genere, operano sul territorio nei quartieri a più alto tasso di devianza minorile. Ai Comuni rimane spesso il ruolo di supervisione, e il compito di sostenere e verificare l'attività di queste associazioni. Questa, però, è proprio l'area di maggiore incertezza, da cui provengono i maggiori interrogativi. I controlli delle numerose iniziative e del personale impiegato, costituito, in teoria, da educatori specializzati, assistenti sociali, psicologi e sociologi, sono nella realtà alquanto rari. La generale insufficienza di coordinamento sia tra assessorati dello stesso Comune, sia tra il Comune e altri Enti responsabili quali la Provincia e le USL non fa che aggravare la situazione.

4.2.1.b. Alcune iniziative nei comuni del centro-nord

Nei Comuni del Centro e del Nord la vivacità di iniziative per i minori a rischio non fa riferimento alla legge 216/91, che ha un ruolo più marginale rispetto ad altri strumenti legislativi. Tuttavia tali iniziative sembrano più coerenti e meglio articolate, non solo per le maggiori risorse di cui dispongono queste aree, dove le situazioni di vera e propria emergenza per la criminalità minorile sono più circoscritte, ma anche per la migliore organizzazione dei servizi, che si riflette sulla qualità dei progetti realizzati. In molti Comuni, inoltre, alcuni interventi vengono attuati (cfr. tab. 4.4.) da parecchi anni, in tal modo è stato possibile un periodo di collaudo che ne ha migliorato il funzionamento e l'efficacia.

Tra gli esempi più significativi vi sono Bologna e Torino, dove sulla base di iniziative sorte negli anni '80 di educativa territoriale, si sono sviluppati altri progetti di prevenzione, che sono andati potenziandosi sensibilmente nel corso degli anni. Anche a Milano l'Ufficio Giovani svolge un ruolo di sperimentazione interessante, integrando più interventi di sostegno, accompagnamento, prevenzione e reinserimento in progetti individualizzati. Dalla seconda metà degli anni '80 alcuni progetti mirati alle fasce giovanili a rischio di devianza sono stati attivati anche a Firenze e Trento.

L'elemento originale che contraddistingue le politiche sociali nell'area di Bologna consiste nel fatto che le USL hanno scelto di non differenziare in modo sostanziale gli interventi destinati ai minori a rischio di devianza, rispetto a quelli di prevenzione generale, rivolti a tutti gli adolescenti e pre-adolescenti. Gli interventi preventivi avvengono in primo luogo nella fase scolare grazie allo stretto collegamento esistente tra servizio sociale e scuola, garantito dal filtro della medicina scolastica. E infatti quest'ultima a segnalare le situazioni problematiche, rilevando quali minori hanno una frequenza scolastica irregolare ed eventualmente gravi problemi familiari. Quando i soggetti vengono individuati e presi in carico, l'attività di prevenzione co-

mincia fornendo un supporto educativo al minore, cercando successivamente il coinvolgimento della sua famiglia. Nel caso dei minori già segnalati dal Tribunale per i Minorenni (per esempio perché hanno già commesso piccoli reati), invece, l'intervento dei servizi è più mirato, individuale e specifico al problema del minore.

Per tutte le iniziative (94) il personale coinvolto è costituito prevalentemente da educatori di cooperative sociali convenzionate con il Comune, in misura minore troviamo gli educatori dell'USL, del Comune e della Provincia. In particolare le USL ultimamente richiedono solo educatori professionali, in possesso di un diploma di specializzazione. Questo pone la questione, molto delicata, relativa ai percorsi di formazione degli educatori professionali, che a seconda delle realtà regionali hanno seguito forme e modalità differenti. Tuttavia nel corso degli ultimi anni la figura dell'educatore professionale si è andata sempre più definendo parallelamente ad una sempre maggiore strutturazione dei percorsi formativi (diploma, corso di specializzazione, etc.) (95).

A Torino il Progetto Prevenzione Secondaria, realizzato dall'Assessorato alla Gioventù (ora Assessorato alla Qualità della Vita), in atto dal 1977, è mirato ai ragazzi inseriti nel circuito penale, anche non residenti in città, ma segnalati dai servizi territoriali (96), dall'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni e dal Tribunale.

Vi sono anche iniziative di educativa territoriale rivolte più genericamente ai minori e alle loro famiglie che vivono situazioni potenzialmente a rischio, di emarginazione o di comportamenti devianti. Esse da un lato si appoggiano alle strutture semi-residenziali, alle comunità alloggio, ai centri diurni etc., dall'altro svolgono attività in collaborazione con le scuole e le famiglie come sostegno nei compiti educativi. Gli interventi si estendono dalle attività del tempo libero alle attività volte a favorire l'inserimento dei giovani nell'ambito lavorativo attraverso la promozione dell'incontro con artigiani e altre associazioni. A partire dal novembre del 1994 l'educativa territoriale si realizza prevalentemente mediante convenzioni con cooperative. Il Comune, però, richiede espressamente che si mantengano con precisione gli obiettivi e le modalità degli interventi delineati nei provvedimenti legislativi, richiedendo anche l'impiego di personale qualificato (97).

(94) Sono compresi anche gli interventi indirizzati ad un *target* più ampio che si svolgono con gruppi informali - più o meno ristretti a seconda delle iniziative - di pre-adolescenti (11-14) e adolescenti (14-20 anni). Vi sono gruppi di socializzazione e di sostegno scolastico e gruppi che rispondono al bisogno di aggregazione attraverso la fruizione di risorse sportive ed educative da prati-care nel tempo libero.

(95) L'amministrazione di Ancona ha gestito fino a tempi recenti una scuola di specializzazione di educatori che è stata poi il canale privilegiato attraverso il quale sono stati reperiti gli educatori assunti nei distretti.

(96) In questo caso è necessario che il Comune di provenienza autorizzi l'intervento mettendo a disposizione le risorse necessarie.

A questo proposito, a Torino esiste una Scuola di Formazione per Educatori Professionali (SFEP). Una delibera regionale (n. 392-2437 del 1987) delinea i requisiti del profilo professionale degli educatori e del programma dei corsi triennali necessari per la loro formazione.

A Milano tra le numerose iniziative rivolte ai minori possiamo individuare tre tipi di intervento: a) quello di prevenzione nei quartieri, rappresentato dai Centri di Aggregazione Giovanile, rivolti ai minori in generale e presenti in quasi tutte le zone di decentramento; b) gli interventi di orientamento; c) gli interventi propriamente indirizzati ai minori a rischio quali le attività di sostegno scolastico, e di sostegno educativo tra cui il Progetto Adolescenti e l'Assistenza Domiciliare ai Minori (A.D.M.). Il Progetto Adolescenti nasce nel 1989 in base alle indicazioni contenute nel DPR 448/88 ed è finalizzato ad assistere adolescenti con problemi particolarmente complessi. Si tratta prevalentemente di maschi tra i 14 e i 21 anni (80% dei fruitori) e, di solito, la durata media dell'intervento sul singolo minore dura due o tre anni. A volte si tratta di ragazzi che terminano un periodo più o meno lungo di istituzionalizzazione, per cui li si aiuta a riprendere i contatti con la nuova realtà; in altri casi, invece, si tratta di ragazzi con situazioni familiari difficili, per cui va fornito un sostegno completamente diverso (da quello a livello scolastico, a quello per un migliore impiego del tempo libero). Uno dei limiti di tali interventi è rappresentato dalla difficoltà di coordinare e far sviluppare un intervento sia sul minore che sulla famiglia, al fine di evitare, come a volte avviene, che il permanere di una situazione di difficoltà della famiglia vanifichi i progressi e le evoluzioni positive del minore. Per ovviare a tale problema il Servizio Sociale Materno Infantile, formato da Assistenti Sociali del Comune e della Provincia, ha realizzato alcuni progetti, frutto di collaborazioni con Cooperative di educatori e avvalendosi di finanziamenti dell'Amministrazione Provinciale e Comunale, rivolti a fasce d'età preadolescenziale ed adolescenziale, dove l'intervento educativo con il minore va di pari passo con l'intervento dell'Assistente Sociale con le figure genitoriali (98).

L'A.D.M. (delib. n. 5812 del 1985), invece, ha come scopo quello di fornire ai nuclei familiari che per varie ragioni non sono in grado di prendersi cura adeguatamente dei minori, interventi di supporto educativo integrativo. In questi casi il rapporto minore-educatore-famiglia si trasforma in una rete di relazioni molto fitta e stabile per diverso tempo che non esclude l'integrazione con altri interventi, di carattere economico (sussidi) oppure di tipo psicologico (Servizio di Igiene Mentale e dell'Età Evolutiva - S.I.M.E.E.). In origine il progetto di A.D.M. interessava maggiormente i ragazzi tra i 6 e i 12 anni, attualmente, invece, sono coinvolte un po' tutte le fasce d'età, anche quella dai 0 ai 3 anni, segno che le segnalazioni di questi casi non avvengono più esclusivamente tramite la scuola, dove i casi in genere sono più visibili e facilmente individuabili.

Come a Milano, anche a Trento le iniziative di assistenza domiciliare minori svolgono un ruolo molto importante nell'ambito degli interventi a favore dei minori a rischio, in particolare offrendo supporti educativi individualizzati, concordati con gli assistenti sociali. L'A.D.M. può servire da un lato ad attivare delle risorse nel

(98) Un esempio di tale modalità operativa è costituito dal Progetto AZIMUT che è presente in alcune zone della città.

bambino/a e nel ragazzo/a, in ambito prevalentemente scolastico e, dall'altro, a mobilitare anche i genitori ad un ripensamento del proprio ruolo educativo. A fianco di questo intervento si collocano, poi, numerose altre iniziative, molte delle quali nell'ambito della prevenzione, tra cui il Progetto di Prevenzione Giovanile, che prevede un percorso formativo anche per genitori. Lo scopo di questi progetti, che nascono spesso nell'ambito della prevenzione alla tossicodipendenza, è quello di favorire la nascita di gruppi di mutuo-aiuto tramite il confronto e lo scambio di esperienze con altri partecipanti, socializzando così le conoscenze.

Elementi comuni a tutti questi interventi nelle città del centro-nord sono, oltre alla maggiore coerenza con le politiche sociali locali nel loro complesso, da un lato il fatto che operano spesso in una logica di rete e, dall'altro, il fatto che sono tendenzialmente volti più alla prevenzione che all'intervento su problemi già consolidati. Rispetto alla logica di rete, città come Bologna, Milano, Torino e Trento, per esempio, sviluppano con meno difficoltà interventi più complessi che integrano risorse monetarie, istituzionali ed umane diverse su progetti mirati di sostegno e recupero. Rispetto agli interventi preventivi esiste una maggiore offerta di attività di socializzazione e di supporto educativo con servizi i cui interventi sono maggiormente mirati ed efficaci.

4.3. Considerazioni

Questo capitolo sulle politiche contro l'esclusione sociale dei minori mostra, al pari di quello sulle politiche contro l'esclusione degli anziani, come l'esistenza di una legge nazionale (quella per l'affido) è una condizione necessaria ma non sufficiente a garantire un eguale accesso a misure di integrazione sociale. L'eterogeneità delle condizioni di accesso, infatti, non riflettendo le differenti condizioni sociali e la gravità dei problemi, ma essenzialmente differenti assetti organizzativi, pone le persone in condizione di bisogno (in questo caso i minori) di fronte ad una sostanziale disegualianza di trattamento.

Questo vale anche per le misure educative a favore dei minori a rischio che, riferendosi ad un insieme di leggi più ampio, presentano lo stesso problema. Il capitolo, data la numerosità delle iniziative locali, non ne offre ovviamente una panoramica esaustiva, pone però una questione fondamentale: la necessità di coniugare l'innovatività ed autonomia locali (importanti per migliorare l'adeguatezza degli interventi) con un maggior coordinamento e controllo di qualità e garanzia degli standard minimi. Dall'indagine pilota che abbiamo condotto emerge è uno dei deficit del sistema di sicurezza sociale italiano, non è tanto la mancanza di leggi quanto, spesso, la mancanza di criteri unitari e, quando le leggi esistono, la dipendenza nell'attuazione delle stesse dalla volontà politica. Nella maggior parte dei paesi dell'Unione Europea c'è un grado di "stateness" maggiore che garantisce a livello nazionale (o federale) standard minimi relativamente omogenei. Questa omogeneità nei criteri e negli standard non deve far pensare ad un'uniformità degli interventi tale da impedire di tenere conto della crescente eterogeneità delle problema-

tiche e dei contesti sui quali intervenire, quanto alla necessità di non differenziare i diritti a parità di condizioni di bisogno. Che la realizzazione di uno stesso diritto richieda strategie di sostegno differenziate è, infatti, una questione ormai accettata e consolidata, il problema è evitare che i diritti, e soprattutto la loro attuazione, si differenzino sul territorio istituzionalizzando un sistema di diseguaglianze formali e sostanziali.

ABBREVIAZIONI

A.D. = Assistenza Domiciliare
A.D.A. = Assistenza Domiciliare Anziani
A.D.I. = Assistenza Domiciliare Integrata
A.N.F.A.A. = Associazione Nazionale Famiglie Adottive e Affidatarie
A.N.F.D.C.G. = Associazione Nazionale Famiglie dei Caduti e Dispersi in Guerra
A.S.L. = Azienda Sanitaria Locale
C.A.D.A. = Centro Assistenza Domiciliare Anziani
C.C. = Consiglio Comunale
C.I.R.S. = Comitato Italiano per il Reinserimento Sociale
C.P.A. = Centri di Prima Accoglienza
D.P.R. = Decreto Presidente della Repubblica
E.C.A. = Ente Comunale Assistenza
E.R.P. = Edilizia Residenziale Pubblica
I.N.P.S. = Istituto Nazionale Previdenza Sociale
L.N. = Legge Nazionale
L.P. = Legge Provinciale
L.R. = Legge Regionale
P.O.A. = Progetto Obiettivo Giovani
P.R.A.S. = Piano Regionale Assistenza Sociale
P.S.A.-C. = Piano Socio-Assistenziale Comunale
P.S.A.-R = Piano Socio-Assistenziale Regionale
S.I.M.E.E. = Servizio Igiene Mentale e dell'Età Evolutiva
S.S.M.I. = Servizio Sociale Materno Infantile
S.P.I.S. = Servizio di Pronto Intervento Sociale
U.A.D. = Ufficio Adulti in Difficoltà
U.S.L. = Unità Sanitaria Locale
U.S.S.L. = Unità Socio-Sanitaria Locale
U.V.G = Unità di Valutazione Geriatrica

Direttore
Mirella Boncompagni

Coordinamento redazionale
Diana Agosti

Realizzazione grafica
Ufficio grafico dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato
presso il Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria

Stampa e diffusione
Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato
Roma 1996

In copertina

«Momenti della memoria»

Tecnica mista su tela cm 90 x 120, anno 1995,
gentilmente concessa dall'artista Claudio Marciano.
Proprietà Galleria Antigone, Dolceacqua (IM).