

Capitolo 9 - WELFARE



9. WELFARE

9.1. VULNERABILITÀ E PROTEZIONE SOCIALE

Una decina di anni fa venne coniata l'espressione «città degli esclusi» (Guidicini, Pieretti, 1999) per sottolineare l'esistenza di metropoli parallele formate da persone accomunate da condizioni di indigenza e di marginalità tali da metterne a repentaglio la salute fisica e psichica, talvolta la stessa sopravvivenza. Le metropoli storicamente hanno concentrato «sacche» più o meno ampie di esclusione sociale e sono quindi state terreno prioritario per le politiche di welfare¹; agli albori dell'età industriale, il fenomeno era a tal punto marcato e diffuso da costituire un serio problema, anche di ordine pubblico², come oggi avviene in tante megalopoli del Terzo mondo. Nel corso del XX secolo i sistemi di welfare hanno prodotto una relativa integrazione sociale; poi però, dagli anni Ottanta, hanno conosciuto una crisi sia di efficacia (capacità reale di ridurre marginalità e disagio) sia di efficienza (soprattutto per i costi enormi delle grandi strutture pubbliche)³. In

¹ In un'epoca come l'attuale, caratterizzata da una pesante crisi economica globale, il settore delle politiche di protezione e assistenza sociale è uno di quelli maggiormente investiti di nuove responsabilità, probabile aumento di utenti ecc. In questo capitolo si cerca di ricostruire quella parte delle politiche di welfare gestite di solito dai servizi sociali, mentre di altri importanti settori del welfare (politiche del lavoro, sanità, istruzione ecc.) si dice già in altri capitoli di questo **Rapporto**. Le politiche sociali restano comunque un ambito difficile da analizzare, sia perché è complesso delimitarne i confini, sia per la molteplicità di soggetti che vi operano (enti pubblici, consorzi, privati, terzo settore, famiglie), sia per i problemi di raccogliere informazioni e dati affidabili e confrontabili, in quanto questi spesso differiscono – come emergerà più volte nel capitolo – quanto a classificazioni adottate e tempi di aggiornamento.

² Gli studi storici rivelano, ad esempio, come la Torino ottocentesca – pur molto più piccola di quella attuale – fosse enormemente più pericolosa, con diffusi problemi di ordine pubblico all'interno del perimetro daziario, zone off limits per le stesse forze dell'ordine (come attorno a Porta Susa o nel Borgo del Moschino, dove oggi sorge piazza Vittorio Veneto) e le zone fuori porta in preda al brigantaggio e in condizioni non dissimili a quelle del (contemporaneo) Far West americano, con assalti alle diligenze, sparatorie, cacciatori di taglie ecc. Su questo tema, si veda ad esempio Mondo A. (2007), **Briganti del Piemonte**, Newton & Compton, Roma.

³ Va anche tenuto conto che il problema dei costi del welfare, in una certa misura, è strutturale: infatti si tratta prevalentemente di servizi a forte conte-

più, ha cominciato piano piano a erodersi il risparmio accumulato dalle famiglie italiane nei decenni precedenti.

Non che prima non vi fossero problemi di emarginazione, ma questi in genere erano «circoscritti nel tempo, [potevano] colpire incidentalmente la vita delle persone 'normali', trascinandole in una situazione 'anormale' per un periodo di tempo circoscritto» (Negri, 2006, p. 1). Negli ultimi vent'anni, invece, la crescita dell'instabilità professionale⁴, la precarizzazione del lavoro, i rischi di disoccupazione per categorie un tempo «al sicuro» – come i ceti medi – hanno aumentato la consistenza delle fasce precarie e vulnerabili.

Anche altre dinamiche contribuiscono ad esporre a rischi sociali individui e famiglie: l'aumento dei divorzi ha generato una forte crescita del numero di nuclei formati da un solo individuo o da un solo genitore con figli. A Torino, ad esempio, dal 1991 ad oggi la quota di single è cresciuta dal 30% al 42% della popolazione residente, quella dei nuclei monogenitoriali dal 10,4% al 12%.

Specialmente nei casi in cui si tratti di donne (mediamente più svantaggiate sul mercato del lavoro e delle retribuzioni) o di persone anziane, alla debolezza economica spesso si somma quella delle reti relazionali, con pochi parenti e amici da cui farsi sostenere nei momenti di difficoltà (Naldini, 2006). A partire dagli anni Novanta e con particolare intensità nell'ultimo decennio, quando ancora doveva completarsi l'integrazione delle precedenti generazioni di immigrati dal Mezzogiorno, hanno cominciato ad affluire nelle aree più dinamiche del Paese persone provenienti da paesi poveri, con un ulteriore ampliamento del bacino di persone bisognose di assistenza. Altri fattori – come ad esempio l'aumento generalizzato degli affitti o dei mutui bancari⁵ (si veda il capitolo 3) aumentano la cosiddetta «povertà grigia», ovvero la precarietà di famiglie che,

nuto relazionale ed elevata «intensità di lavoro», caratteristiche che offrono quindi scarse possibilità di innovazioni tecnologiche in grado di contenere i costi attraverso un aumento di produttività; le esperienze di questi anni insegnano che ai risparmi (ad esempio grazie ad appalti vinti dal miglior offerente) spesso non corrisponde l'erogazione di un servizio più qualificato, anzi.

⁴ Da una recente indagine in provincia di Torino emerge, ad esempio, la crescita di persone espulse dal mercato del lavoro in età matura, per le quali diventa molto più difficile ricollocarsi sul mercato e aumentano i rischi di avviarsi verso una progressiva emarginazione sociale (Centro Einaudi, 2007).

⁵ Dall'inizio del secolo le «spese per l'abitazione» sono l'unica voce il cui peso cresce in modo rilevante nei bilanci delle famiglie torinesi (fonte: Camera di Commercio, ASCOM, Confesercenti); lievissima la crescita delle spese per tempo libero e vacanze; stabili tutte le altre principali voci: alimenti, utenze domestiche, trasporti, istruzione, cure; in calo le spese per l'acquisto di sigarette e

pur potendo contare su anche più di un reddito da lavoro, sono costantemente «al limite», in grave crisi qualora debbano far fronte a improvvisi eventi negativi e «spiazzanti», come malattie gravi o la perdita del lavoro (Barbera, Negri, 2006; Caritas Italiana, Fondazione Zancan, 2007)⁶.

Tra i trenta paesi dell'Ocse, inoltre, l'Italia è oggi al sesto posto per gap tra ricchi e poveri e ha un tasso complessivo di povertà (pari all'11% della popolazione) che, sebbene in calo da fine anni Novanta, rimane comunque sopra alla media degli altri paesi⁷. Nel 2007, l'Istat stimava a livello nazionale un 4,8% di famiglie povere, cioè con livelli di spesa nettamente inferiori alla soglia della «povertà relativa»⁸, e un 4,4% di famiglie con consumi appena superiori al livello di povertà. Si tratta di famiglie che, sebbene possano contare su uno o più redditi da lavoro, rischiano continuamente di inde-

tabacchi. Per il quinto di torinesi meno abbienti, le spese per l'abitazione gravano per il 39,4% del bilancio familiare, contro l'11-12% nel caso delle famiglie più abbienti.

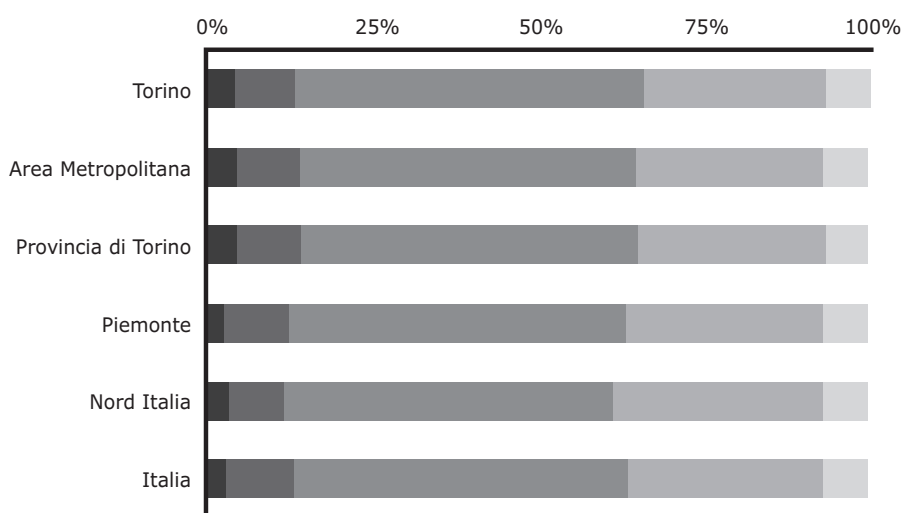
⁶ Il progetto **Fragili Orizzonti** – lanciato dalla Provincia con Banca etica, Movimento consumatori, Banco alimentare, Federazione italiana medici generalisti, Centro agroalimentare CAAT, ASL 5, Comune di Settimo – si rivolge a famiglie in difficoltà economica a causa di inattesi eventi critici, eroga piccoli crediti (fino a 3.000 euro) senza vincoli di garanzia e distribuisce ai bisognosi merce invenduta tramite alcuni esercizi commerciali. La Provincia, inoltre, nell'ambito di percorsi di «educazione al risparmio», eroga alle famiglie a basso reddito una quota integrativa (fino a 1.500 euro) pari a quanto risparmiato dalla famiglia in un anno; si tratta della prima esperienza del genere in Italia.

⁷ Si veda OECD (2008), **Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries**.

⁸ Il concetto di povertà presenta ampi margini di incertezza definitoria e quindi, tanto più, risulta ostico cercare di misurarne le dimensioni. Abitualmente si identifica come povertà **assoluta** la condizione di carenza di beni legati ai bisogni primari (ad esempio per garantire il minimo nutrizionale), salvo poi che i parametri di riferimento (ad esempio il concetto di fabbisogno calorico) risultano piuttosto variabili a seconda della situazione storica, ambientale o sociale. Nel 2009, a seguito di un lungo dibattito scientifico e politico, l'Istat ha istituito per la prima volta indicatori di povertà assoluta. Tanto più opinabile è il concetto di povertà **relativa**, che dipende interamente dagli standard e stili di vita caratteristici di ogni specifica cultura. In Italia, ad esempio, nel 2007 vengono classificate come «relativamente povere» le famiglie composte da due persone con una spesa media mensile pari o inferiore a 986,35 euro (fonte: ISTAT). Talvolta gli esperti ricorrono al più ampio concetto di «vulnerabilità» (Negri, 2006), riferendosi cioè a una condizione di strutturale debolezza e insicurezza che caratterizza condizioni di vita, familiari e/o lavorative di determinate persone, non necessariamente povere, ma potenzialmente tali: ad esempio fasce deboli del mercato del lavoro, in possesso di scarse «credenziali educative», perennemente a rischio di perdere il lavoro e, se accade, difficilmente in grado di trovarne un altro.

bitarsi e di ricorrere all'assistenza sociale. In Italia oggi il 3,4% delle famiglie è costretta a contrarre debiti, un altro 10% a erodere i propri risparmi. In Piemonte la situazione risulta un po' più grave che nel resto d'Italia, nella provincia torinese ancora più critica, con il 14,5% di famiglie in difficoltà economica.

Figura 9.1 – I bilanci delle famiglie – 2008
(valori percentuali; fonte: Osservatorio del Nord-Ovest)



■ Fa debiti ■ Preleva risp. ■ Quadra appena
■ Risp. qualcosa ■ Risp. abbastanza

9.2. RISPOSTE DIVERSE AI BISOGNI

All'aumento delle difficoltà per fasce sempre più ampie di popolazione, nell'ultimo decennio – come accennato – s'è associata la minore disponibilità di risorse pubbliche, dovuta soprattutto all'esigenza di ridurre un deficit pubblico enormemente aumentato nei decenni precedenti. Questo è uno dei classici terreni su cui si sono confrontate e sperimentate in questi anni le politiche di sostenibilità, dovendo conciliare l'obiettivo dell'integrazione e dell'equità sociale con quello del reperimento delle risorse economiche necessarie. Per

tutti gli anni Ottanta del XX secolo, il dibattito sui destini del welfare si è ridotto talvolta a una querelle tra sostenitori di «tagli» e drastiche dismissioni e difensori a oltranza dei «diritti acquisiti» (di cittadini, lavoratori ecc.). Nel successivo decennio, nella gran parte dei paesi occidentali – Italia compresa – si registra un tentativo di mediazione tra queste posizioni estreme, in particolare cercando di rendere sostenibile il welfare col coinvolgimento attivo di tutti e tre i tradizionali pilastri delle moderne democrazie (enti pubblici, imprese private profit, terzo settore no profit). Sia in fase di progettazione sia di gestione si applica cioè una logica di **welfare mix**⁹, andando verso un mercato sociale dei servizi, in cui il settore pubblico mantiene il principale ruolo di coordinamento e sostegno (Ranci, 1999; Bulsei, 2008; Bifulco, 2005), il terzo settore diventa il partner della pubblica amministrazione, aumentano i soggetti in campo e, quindi, i livelli di concorrenza tra fornitori di servizi; il che dovrebbe – almeno in teoria – accrescere qualità ed efficienza.

Il settore socioassistenziale sta quindi diventando un ambito interessante per i soggetti privati¹⁰. Le aziende del Piemonte prevedono che quello socioassistenziale sarà nei prossimi anni il settore maggiormente in crescita subito dopo il farmaceutico biotecnologico, e precedendo di gran lunga altri comparti: enologia, gestione rifiuti, settore caseario, aerospazio, ICT, commercio, alberghi ecc. (Rete indagine fabbisogni, 2008)¹¹. I privati profit che lavorano nei servizi diventano fornitori dell'ente pubblico

⁹ Da fine anni Novanta, i sistemi europei di welfare si sono orientati in misura crescente secondo i nuovi indirizzi del cosiddetto «Metodo aperto di coordinamento» (MAC), introdotto a partire dal settore politiche del lavoro dell'Unione europea, esteso quindi ad ambiti come inclusione sociale, pensioni e sanità – ispirato dalle idee guida della sussidiarietà (verticale) tra livelli di governo territoriale e della pluralizzazione (orizzontale) degli attori coinvolti. La logica di mescolare attori di varia natura nell'ideazione, coordinamento e gestione delle politiche è, d'altronde, una tendenza caratteristica degli ultimi quindici-venti anni anche ad esempio nei servizi culturali o ambientali; la logica di fondo è offrire ai cittadini un ventaglio ampio d'offerta di servizi (erogati da soggetti ed enti diversi), tra i quali poter scegliere quello ritenuto migliore per rapporto tra qualità e prezzo.

¹⁰ Il ruolo dei privati nel sistema dell'assistenza è regolamentato dall'Accordo Stato-Regione 8 agosto 2001 e quindi dalla LR 1/2004 **Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento.**

¹¹ A differenza delle cooperative sociali (di cui si dirà più avanti), le aziende private profit, oltre al personale, forniscono le strutture, operano perlopiù nel settore delle case di riposo per anziani non autosufficienti, meno nei centri diurni, affidati maggiormente a cooperative. Le case di riposo hanno una retta sani-

attraverso una procedura di accreditamento, con la quale si verifica il possesso di alcuni requisiti essenziali: numero adeguato di operatori e di spazi (ad esempio posti letto), numero di ore di ogni figura professionale.

Negli ultimi anni, inoltre, si sono progressivamente trasferiti poteri agli enti locali ed è cresciuto il livello di autonomia dei soggetti locali del welfare. Questa tendenza è parte di una più generale «riscoperta» dell'ambito locale come livello di massima efficacia delle politiche (le stesse conferenze internazionali sulla sostenibilità enfatizzano questo livello di intervento), puntando a costruire un modello meno burocratico e rigido¹², più efficiente (in quanto meno standardizzato e centralizzato e più vicino a utenti e attori, ovvero ai protagonisti di domanda e offerta di politiche sociali). Nel ragionamento sull'efficienza complessiva del welfare rientrano anche le riflessioni sulla necessità di passare da una concezione della spesa sociale come carico per la collettività all'idea che questa rappresenti piuttosto un investimento. Osserva in proposito il vicesindaco di Torino: «Competitività e coesione sociale non sono elementi in contrasto l'uno a scapito dell'altro, ma complementari: la disponibilità di servizi sociali, la qualità dell'ambiente, i fattori di identificazione collettiva, la sicurezza, le istituzioni gentili ed efficienti, l'uguaglianza delle opportunità incidono sulla disponibilità ad investire e sulle performance delle imprese e delle persone. [Né] si può più continuare a pensare al welfare solo in termini di risorse da reperire e/o servizi che qualcuno (il sistema pubblico) eroga a qualcun altro.

taria e una alberghiera: l'ASL paga la prima, l'utente la seconda; se non può, intervengono i servizi sociali. In Piemonte, imprese private profit gestiscono la quota più rilevante (23%) dei posti in strutture residenziali, seguono le Ipad (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza: 22%), gli enti religiosi (12%), le cooperative sociali: 11% (Cogno, 2008).

¹² Un problema perdurante rimane la carenza di servizi flessibili e a «bassa soglia», utilizzabili a domanda, per brevi periodi, quando serve: qualcosa, in verità, è stato fatto, ad esempio con l'istituzione dei micronidi, il cui utilizzo da parte delle famiglie può limitarsi a certi giorni o periodi dell'anno. Nella direzione di aumentare la flessibilità dell'offerta, vanno anche gli interventi finalizzati a riconoscere alle famiglie un ruolo nella co-gestione di servizi di aiuto. La Regione, ad esempio, ha istituito un «bonus per la domiciliarità», ovvero un rimborso spese – utilizzabile per diversi servizi socioassistenziali – per familiari e/o conviventi che curano a casa persone non autosufficienti con più di 65 anni. Il welfare italiano ha da sempre fatto affidamento in modo implicito sulle reti familiari per supplire a carenze – e/o inefficienze – dei servizi pubblici. Il problema è che anche in Italia le famiglie negli ultimi decenni sono molto cambiate e in molti casi è declinato il loro ruolo di «rete di protezione» per i membri.

Occorre invece sviluppare percorsi in parte già avviati ed in parte solo sperimentati (come fondi integrativi pensionistici e sanitari). Occorre investire nella formazione, soprattutto quella continua, sui servizi integrativi, sulle abitazioni, sugli asili, sulla mobilità, sull'ambiente» (De Alessandri, 2008, pp. 16-17).

Uno degli elementi di maggiore efficienza del welfare dovrebbe discendere dal coinvolgimento in molti servizi di soggetti (come cooperative sociali e associazioni di volontariato) che – per aspirazione ideale o diretto coinvolgimento in situazioni problematiche – presentano livelli di competenza e motivazionali spesso maggiori rispetto a settori della pubblica amministrazione o del privato profit.

9.3. IL RUOLO STRATEGICO DEL TERZO SETTORE

Il terzo settore ha assunto negli anni un ruolo crescentemente strategico nelle politiche di welfare¹³. Si tratta di un insieme estremamente variegato di soggetti privati che producono beni e servizi pubblici e di interesse collettivo. Il dibattito sul ruolo del terzo settore è andato diffondendosi nel corso dell'ultimo ventennio¹⁴, benché in parte indebolito, da un lato, dalla limitata disponibilità di informazioni e di dati, dall'altro, dall'estrema eterogeneità normati-

¹³ L'espressione terzo settore (a volte sostituita dalle espressioni no profit, privato sociale, economia civile/sociale, terzo sistema, azione volontaria, terza dimensione) indica l'insieme delle entità collettive (associazioni, cooperative ecc.) che – per rifarsi a una storica categoria di Max Weber – operano secondo modelli organizzativi razionali e pianificati, non però allo scopo di accumulare profitti (come le imprese), bensì di riaffermare valori etici, religiosi ecc.

¹⁴ L'interesse degli studiosi per il terzo settore risale agli anni Novanta, quando a livello nazionale vengono realizzate le prime indagini sul volontariato per cercare di quantificare e fotografare il fenomeno (FEO Fivol, 1995; Istat, 1999). In realtà, la perdurante carenza di dati statistici su strutture, finalità, attività e finanziamenti del no profit determina tuttora notevoli difficoltà di comprensione di questo fenomeno. Per supplire alle carenze informative, l'Istat ha in programma per il 2009 – a distanza di dieci anni dal primo – un secondo censimento del terzo settore italiano. Vi è anche un evidente problema di frammentazione del settore: in Piemonte, ad esempio, nel 1999 l'Istat aveva censito 18.700 organizzazioni del Terzo settore, la cui dimensione media era pari a 14,9 volontari.

va, mancando nell'ordinamento italiano una disciplina organica sulle istituzioni del settore no profit (Cnel, Istat, 2008).

Organizzazioni di volontariato, cooperative sociali e fondazioni sono le tre categorie del terzo settore che più partecipano alla cogestione dei servizi socio-assistenziali¹⁵, sempre più frequentemente anche contribuendo a definire programmi e politiche (Bifulco, 2005). Le organizzazioni di volontariato – iscritte in Piemonte al registro istituito dalla LR 38/1994 – si occupano di assistenza sociale, sanitaria, diritti, protezione civile, ambiente, cultura, istruzione, promozione sportiva e tempo libero; operano in gran parte con volontari, talvolta – in genere nel caso delle realtà maggiori – con dipendenti impiegati in ruoli perlopiù organizzativi. Le cooperative sociali (LR 18/1994) sono di due tipi: quelle A forniscono servizi sociali, sanitari o educativi, quelle B inseriscono lavoratori svantaggiati in attività produttive (di varia natura); entrambe si avvalgono perlopiù di soci lavoratori, con un minimo apporto di volontari o giovani in servizio civile. Le fondazioni amministrano patrimoni per scopi di pubblico interesse (istruzione, cultura, ambiente, assistenza, salute, sport, diritti civili) e tradizionalmente svolgono funzioni «operative» (fornendo servizi, come case di cura, scuole ecc.) e/o «erogative», finanziando progetti altrui, in genere del settore no profit (Marocchi, 2008).

Per quanto riguarda le organizzazioni del volontariato, è difficile oggi quantificare la reale dimensione del settore, tenendo conto delle tante realtà tuttora «sommerse», ad esempio nelle forme di gruppi di quartiere o parrocchiali. La gran parte è oggi comunque censita nei registri del volontariato: tra il 1995 e il 2005 il numero delle organizzazioni iscritte è triplicato sia in Piemonte sia in provincia di Torino, dove ha sede circa il 40% del volontariato regionale.

¹⁵ Fanno parte del terzo settore anche le associazioni di promozione sociale (LR 7/2006) impegnate in attività promozionali di tempo libero, sport ecc., le società operaie di mutuo soccorso (nate un secolo fa per assicurare i lavoratori contro invalidità e malattia, che oggi conservano ruoli minimi, come la gestione di circoli aggregativi), le organizzazioni non governative (ONG, che operano soprattutto in progetti di sviluppo nel Sud del mondo), i patronati (ad esempio sindacali, per assistenza e consulenza ai lavoratori), le Ipab (LR 10/1991), attive soprattutto nei servizi per anziani e nel settore dell'istruzione e formazione, che – per effetto di una riforma avviata nel 2001 – sono in fase di trasformazione in Onlus, aziende private o aziende per i servizi alla persona. Si interseca con questa classificazione quella delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale (D.Lgs 460/1997), le Onlus appunto, che comprendono associazioni, fondazioni, cooperative e altri enti che possiedono requisiti per ottenere dallo Stato una serie di agevolazioni fiscali.

Tale aumento, tuttavia, ci dice poco circa il reale andamento quantitativo del settore, poiché è in gran parte prodotto, per l'appunto, dall'«emersione» di strutture (già esistenti) interessate a iscriversi nei registri per ottenere agevolazioni e/o contributi pubblici¹⁶.

Nel 2007, una ricerca della fondazione FEO Fivol a livello nazionale conferma gli esiti di precedenti ricerche dell'Istat¹⁷: i settori prevalenti del volontariato sono quelli dell'assistenza sociale (47%), di educazione e formazione (41%), della tutela dei diritti (24%), cui appartengono ad esempio Amnesty International, Telefono Azzurro, Telefono Rosa. In Piemonte, rispetto sia al Nord sia alla media nazionale, sono quantitativamente più rilevanti i settori della protezione civile, dell'ambiente e, soprattutto, della tutela dei beni culturali.

Nel campo dell'assistenza, dopo quella milanese, la provincia di Torino annovera il maggior numero assoluto di organizzazioni del volontariato; le due metropoli «staccano» nettamente tutte le altre del Nord, del Centro e del Sud (con Bari e le due siciliane a livelli molto inferiori rispetto alla media). Considerando, però, il numero di volontari (anziché di organizzazioni), la situazione risulta relativamente più equilibrata tra le metropoli del Centro-nord, con Torino assolutamente nella media quanto ad incidenza di volontari sul totale dei residenti.

Le cooperative sociali attive in Italia sono 7.363, il 33,5% in più rispetto al 2001, per due terzi di tipo A, per un terzo di tipo B (Istat, 2007). In Piemonte ha sede il 6% delle cooperative sociali italiane, meno della Lombardia (16,2%) e del Veneto (7,7%); di queste, il 50,9% ha sede in provincia di Torino, in due terzi dei casi nel capo-

¹⁶ L'iscrizione al registro è quasi sempre condizione necessaria per accedere a contributi pubblici, stipulare convenzioni e beneficiare di agevolazioni fiscali. Per iscriversi, le organizzazioni di volontariato devono avere uno statuto, operare da almeno un anno in un ambito ufficialmente riconosciuto in almeno cinque regioni italiane. In Piemonte, il registro del volontariato introdotto dalla legge regionale 38 del 1994, dal 2002 è di competenza delle Province, responsabili pure dell'assegnazione di contributi ai progetti delle organizzazioni regolarmente iscritte. È stato inoltre istituito il Consiglio regionale del volontariato, nel quale sono rappresentati i diversi settori dell'associazionismo: collabora con gli Enti locali, promuove una conferenza biennale, formula pareri e proposte in materia di volontariato.

¹⁷ Dall'indagine **Le organizzazioni di volontariato in Italia**, pubblicata dall'Istat nel 2005, emerge che sanità e assistenza sociale rimangono i settori nei quali operano più organizzazioni di volontariato, rispettivamente il 28% e il 27,8%. Sono in aumento i settori ricreazione e cultura (salito al 14,6%), protezione civile (al 9,6%) e tutela dell'ambiente (al 4,4%).

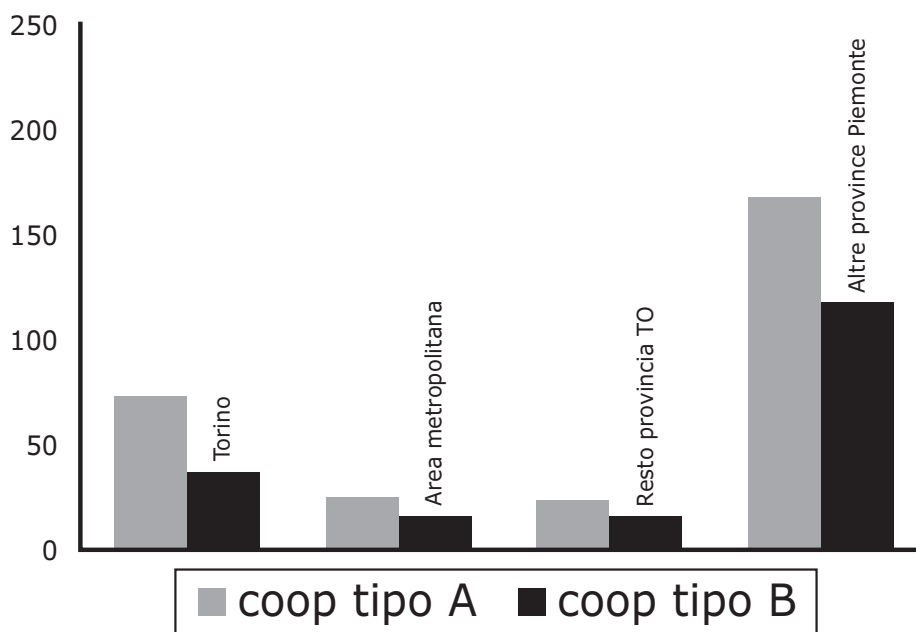
Tabella 9.1 – Enti di volontariato e volontari nelle province metropolitane – 2006
(nostre elaborazioni su dati Istat)

	Enti			Volontari			
	Assist. sociale	Tot. Enti	% Enti Ass. soc.	Assist. sociale	Tot. Volontari	% Volontari Ass. soc.	Volontari Ass. soc. ogni 10mila abit.
Torino	272	746	36,5	12.584	27.601	45,6	57,4
Milano	414	1.105	37,5	24.732	60.215	41,1	65,5
Venezia	116	308	37,7	4.272	10.060	42,5	49,0
Genova	117	423	27,7	6.089	19.105	31,9	74,0
Bologna	103	424	24,3	5.927	17.622	33,6	63,4
Firenze	159	522	30,5	10.818	39.785	27,2	112,9
Roma	192	481	39,9	12.209	26.945	45,3	32,5
Napoli	175	506	34,6	10.806	22.353	48,3	35,0
Bari	61	171	35,7	1.698	5.857	29,0	10,8
Palermo	46	165	27,9	1.360	5.178	26,3	11,0
Catania	26	136	19,1	1.389	4.931	28,2	13,0
Cagliari	174	550	31,6	4.716	15.427	30,6	61,6

luogo. La cooperazione sociale torinese dà lavoro complessivamente a 10.690 persone (+12,6% rispetto a due anni prima), per due terzi donne, per metà soggetti svantaggiati: di questi, il 35% è costituito da disabili fisici e psichici, il 31% da tossicodipendenti, il 17% da pazienti psichiatrici, i restanti soffrono di altre forme di disagio. Le cooperative di tipo A dipendono in gran parte (81%) da finanziamenti pubblici, il che – in una fase di ristrettezze economiche per gli enti locali – rappresenta certamente un aspetto di debolezza e rischioso; più equilibrata risulta la situazione delle cooperative di tipo B, con il 54% di entrate pubbliche e il 46% private (Marocchi, 2008).

L'Istat nel 2007 ha condotto la prima rilevazione sulle fondazioni italiane, censendone 4.720 (il 57% in più rispetto al 1999) ed evidenziandone la disomogenea distribuzione territoriale: il 44,2% ha sede nel Nordovest, mentre nel Nordest, al Centro e nel Sud operano, rispettivamente, il 20,7%, il 20,2% e il 14,9%. Il rilievo del Nordovest nel settore delle fondazioni è ben superiore sia al suo peso demografico (abita in quest'area il 26,5% degli italiani) sia a quello economico: si produce qui il 32,1% del PIL.

Figura 9.2 – Cooperative sociali iscritte al Registro regionale – 2008
(valori assoluti; fonte: nostra elaborazione su dati Rupar Piemonte e Ires)



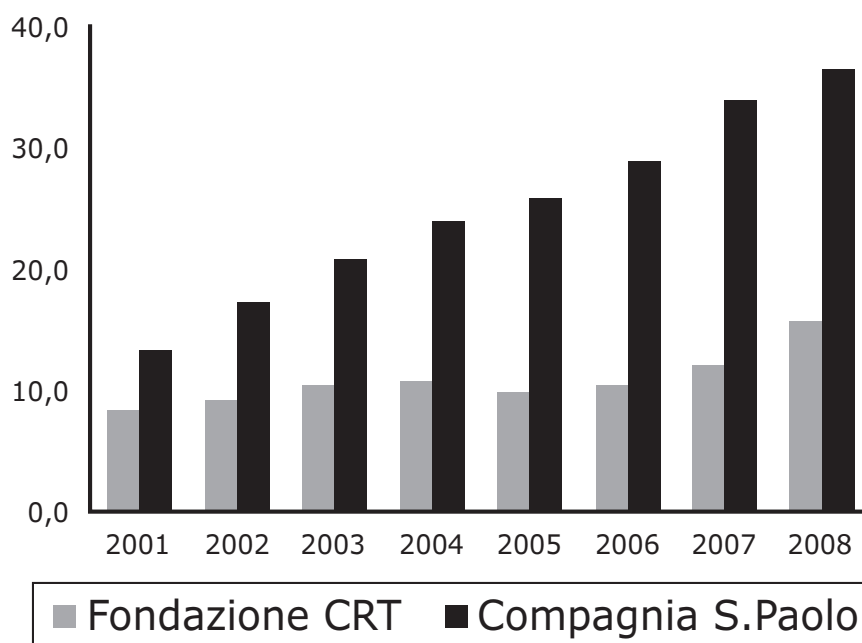
Il Piemonte è la quarta regione per numero assoluto di fondazioni (405), dopo la Lombardia (1.430), l'Emilia (443), il Lazio (423) e precede il Veneto (369) e la Toscana (334). In provincia di Torino ha sede il 47,2% delle fondazioni piemontesi: nel 46% dei casi si tratta di fondazioni «operative», nel 16% «erogative», per il resto di realtà che svolgono entrambe le funzioni¹⁸. A Torino e in Piemonte è particolarmente rilevante il ruolo della Compagnia di San Paolo e delle undici fondazioni delle Casse di risparmio; anche la milanese Fondazione Cariplo sostiene interventi in Piemonte, in particolare nelle province di Novara e del Verbano Cusio Ossola¹⁹.

¹⁸ Nei decenni scorsi, il ruolo delle fondazioni era prevalentemente erogativo, mentre negli ultimi dieci-quindici anni le fondazioni sono sempre più entrate all'interno dei processi decisionali sui progetti, cui spesso erogano contributi in fase d'avvio, per poi lasciarne in genere la gestione ordinaria a carico degli enti pubblici. Gli operatori delle fondazioni sono per metà dipendenti, per circa un quarto volontari, per un sesto collaboratori esterni.

¹⁹ Oltre alle fondazioni citate, enti locali e di volontariato di Torino e Piemonte cooperano su progetti assistenziali con altre fondazioni nazionali (come la romana Vodafone o la milanese Oltre) e locali (l'albese Ferrero o la torinese Paideia, attiva dal 1993 soprattutto a favore di bambini in situazioni di disagio).

La Compagnia di San Paolo investe un quarto del suo budget nell'ambito del sociale, in cui opera anche attraverso l'Ufficio Pio, che interviene a favore di persone e/o nuclei familiari in difficoltà dell'area metropolitana (segnalati da una rete di circa 200 volontari) e che gestisce anche una casa di riposo. Nel 2008 si sono rivolte all'Ufficio Pio 4.402 persone (di cui il 38% straniera) per un totale di 7.983 passaggi. Accanto alle tradizionali attività di sostegno ai nuclei familiari, l'Ufficio Pio ha sviluppato alcuni progetti finalizzati all'integrazione attraverso il recupero di autonomia (tirocini, orientamento e corsi di formazione), contro la dispersione scolastica (**Provaci ancora Sam**) e a favore di persone in situazione di fragilità sociale (**Il Trapezio**). La Compagnia di San Paolo nel 2008 ha stanziato circa 36,5 milioni a favore di interventi di carattere sociale sostenendo, oltre alla consueta attività erogativa, progetti con altri soggetti pubblici e del terzo settore, tra i quali **Il Bandolo** (rivolto a persone con disagio mentale), **Logos** (integrazione sociale di detenuti ed ex detenuti), **Microcredito** (avvio di attività economiche di persone senza garanzie bancarie), **NOMIS** (recupero sociale di minori stranieri nel circuito penale), **YEPP-Youth Empowerment**

Figura 9.3 – Spese delle fondazioni bancarie torinesi per attività socioassistenziali (milioni di euro; elaborazioni L'Eau Vive, Comitato Rota, su dati di bilancio)



Partnership Programme, Approdo e Dafne (a favore di vittime di reati), **Programma Housing** (si veda il capitolo 3).

La Fondazione CRT ha erogato nel 2008 il 14% dei suoi finanziamenti al settore «Volontariato, filantropia, beneficenza», sostenendo, ad esempio, i progetti **Vivomeglia** (per migliorare la qualità della vita e dell’abitazione di persone disabili), **Residenzialità anziani** (per adeguare a norma strutture residenziali). Per prevenire il disagio economico, la Fondazione CRT finanzia la Fondazione anti usura, che gestisce fondi di garanzia per agevolare famiglie e piccole imprese nell’ottenere finanziamenti bancari a tasso agevolato.

Nel 2008, il settore dell’assistenza risulta in provincia di Torino il quarto per impegno finanziario delle fondazioni (13%), dopo l’arte (39%), l’istruzione (22%), la ricerca (16%) e prima della sanità (4%). Negli anni compresi tra il 2001 e il 2008 si registra una costante crescita, in termini assoluti, dei fondi destinati dalle due fondazioni torinesi al settore socio assistenziale. La crescita degli investimenti in assistenza è particolarmente accentuata nel caso della Compagnia di San Paolo (+158%), minore per la Fondazione CRT (+88,2%).

9.4. VERSO UN SISTEMA DEI SERVIZI?

Al di là della crescente importanza del mix gestionale e, quindi, del crescente contributo di fondazioni e cooperative, i principali soggetti (soprattutto erogatori) rimangono pubblici e possono contare sul ruolo particolarmente rilevante – in termini assoluti – delle fonti di finanziamento sovra-locali. L’Unione Europea – a partire soprattutto dalla strategia di Lisbona e dal trattato di Nizza del dicembre 2000 – ha sviluppato piani d’azione contro l’esclusione sociale, soprattutto con misure di **welfare to work**, finalizzate a favorire l’occupabilità di soggetti a elevato rischio di esclusione sociale: disabili, detenuti (o ex), tossicodipendenti, giovani senza sostegno familiare, immigrati ecc. Per il periodo 2007-2013 l’Unione Europea ha programmato di investire quasi metà del Fondo sociale europeo-FSE in progetti di inclusione sociale e occupabilità, in particolare attraverso il programma Progress (http://ec.europa.eu/employment_social). In Piemonte dovrebbero arrivare 343 milioni, come quota comunitaria di cofinanziamen-

to, a copertura del 39,4% degli interventi complessivi, cui si sommano il 46,5% statale e il 14% regionale: la concessione dei fondi europei, infatti, è condizionata a una ripartizione dei contributi totali tra diversi livelli di governo del territorio.

La spesa pubblica italiana per progetti di protezione sociale risulta sotto la media dell'Unione europea a quindici paesi, sia in percentuale rispetto al PIL sia come spesa pro capite²⁰. L'Italia si uniforma a un «modello mediterraneo» – comune anche a Grecia, Portogallo e Spagna – caratterizzato da bassi investimenti, un elevato ricorso a prestazioni monetarie (soprattutto pensioni), un sistema sanitario a copertura pressoché universale (ossia finanziato con l'imposizione fiscale e poco attraverso assicurazioni private), una limitata efficacia²¹, scarsi benefici sociali prodotti e, quindi, un fondamentale ruolo di «supplenza» da parte delle famiglie, in gran parte a carico delle donne (Ferrera, 1996; Naldini, 2006). In Italia il welfare si basa su due pilastri fondamentali, previdenza e sanità, che assorbono rispettivamente il 56,1% e il 25,4% delle risorse, mentre all'assistenza sociale è destinato l'11,9% (Caritas Italiana, Fondazione Zancan, 2007).

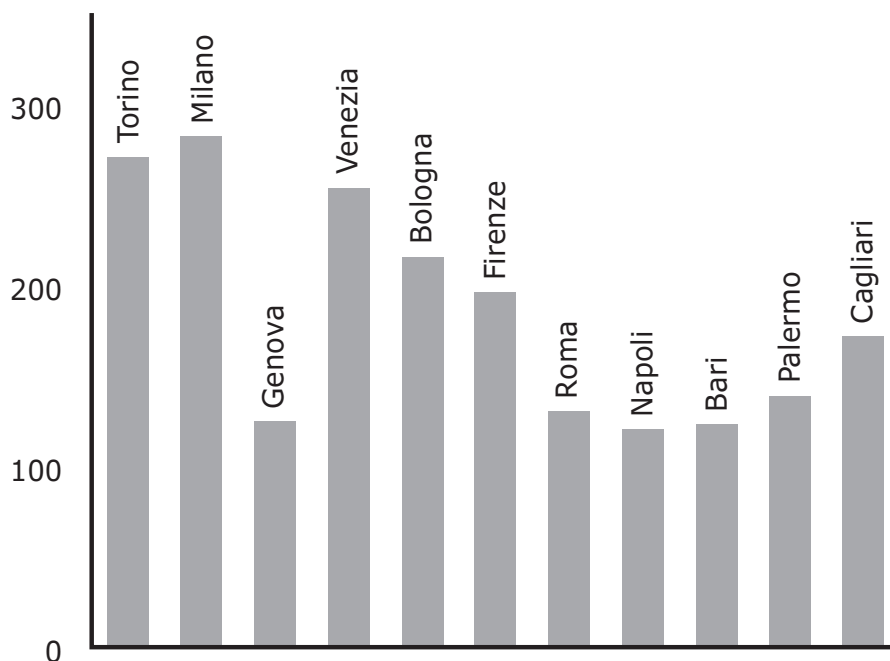
A livello regionale, per spesa media in assistenza e servizi sociali, il Piemonte è al settimo posto (con circa 125 euro procapite). In generale, sono le aree metropolitane ad attrarre i maggiori investimenti in servizi di welfare: a Torino si registra la maggiore spesa procapite, dopo Milano. Negli ultimi anni è cresciuta la quota dei finanziamenti regionali destinati al capoluogo: dai 26,3 milioni del 2005 ai 30,7 del 2007. La Regione, in considerazione della crisi economica in atto, ha approvato un bilancio di previsione per il 2009 in cui vengono tagliate le spese in diversi settori, lasciando però inalterate quelle per il welfare (Regione Piemonte, 2008a).

Quanto alle categorie di beneficiari, in provincia di Torino risultano un po' più rilevanti della media regionale gli investimenti rivol-

²⁰ Circa un quarto del PIL italiano viene ogni anno destinato a politiche di protezione sociale, una quota inferiore, ad esempio, a quelle erogate in Austria (29,1%), Belgio (29,3%), Germania (29,5%), Danimarca (30,7%), Francia (31,2%) e Svezia (32,9%).

²¹ Dopo la Grecia, è stato calcolato nel 2008 che l'Italia è il paese in cui i trasferimenti sociali riescono a ridurre di poco (circa del 5%) il rischio povertà, contro una riduzione di tale rischio del 50% nel caso delle politiche messe in atto, ad esempio, in Svezia, Danimarca, Finlandia, Olanda, Germania o Irlanda (Caritas italiana).

Figura 9.4 – Spesa sociale nei comuni metropolitani – 2006
(euro procapite; fonte: Citalia Ifel, su dati Ministero Interno, 2008)

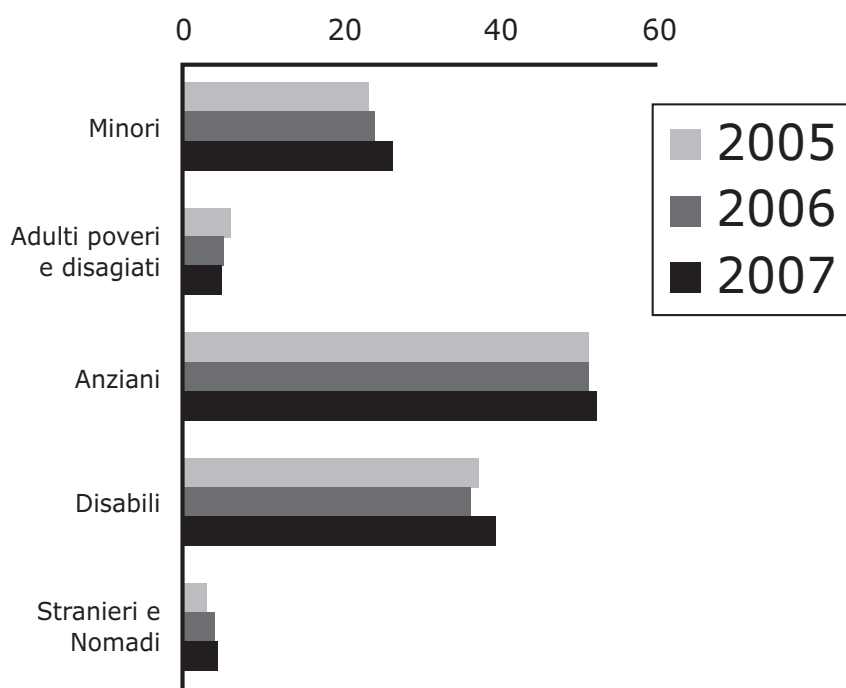


ti agli adulti disabili (26,5%, contro 22,5% regionale) e un po' più bassi quelli destinati ai servizi per gli anziani: 27,7% contro 31%. La maggior parte della spesa (65,3%) è destinata ad attività territoriali, ossia di assistenti sociali ed educatori impegnati nei presidi territoriali e a domicilio, settore giudicato strategico per prevenire varie forme di disagio e per ridurre al minimo, ad esempio, l'istituzionalizzazione degli anziani o di altri soggetti deboli. Nel caso del Comune di Torino, la maggior quota di spesa sociale (circa il 40% nel 2007) è indirizzata alle persone anziane, il 31% ai disabili, il 21% ai minori. Rispetto a dieci anni prima, si registra un forte aumento delle spese per gli anziani (e una corrispondente riduzione di quelle rivolte ad adulti con problemi economici), ma è lecito attendersi ulteriori incrementi: oggi in provincia di Torino gli anziani non autosufficienti sono quasi 90.000, di cui solo 12.000 supportati dai servizi; le stime per il 2025 – già tenendo conto di un atteso ulteriore miglioramento di speranza e qualità di vita – indicano una crescita del numero di non autosufficienti fino ad oltre 130.000 persone anziane.

Per quanto riguarda i minori, in termini di numerosità degli utenti, il principale intervento riguarda i minori assistiti economicamen-

te (2.687), quindi i ragazzi seguiti da educatori a livello territoriale (2.135) e quelli ospitati in residenze e centri diurni (1.486, in aumento rispetto al recente passato²²) o in affidamento (residenziale o diurno): 1.240. Per quanto riguarda gli adulti, l'utenza principale è costituita oggi dagli immigrati, in particolare dagli utenti dell'Ufficio stranieri, più o meno stabili negli anni nonostante il fortissimo aumento di stranieri in città²³. Nel caso degli anziani, risultano particolarmente rilevanti i servizi di assistenza domiciliare (con 6.820 utenti nel 2007, cui si aggiungono 1.470 anziani allacciati al

Figura 9.5 – Spesa del Comune di Torino per i servizi socioassistenziali, per categorie di utenti (milioni euro; fonte: Comune di Torino)



²² È molto difficile stimare da che cosa dipendano esattamente le variazioni di numero di utenti indicate dai servizi sociali: bisogna infatti tener conto che i sistemi di monitoraggio sono ancora in fase di affinamento, quindi vi sono spesso forti discontinuità nelle serie storiche (o tra enti diversi) proprio perché sono cambiati negli anni modalità e criteri di rilevazione.

²³ Secondo gli esperti dell'Assessorato per le Politiche sociali, ciò dipende dal fatto che un numero crescente di stranieri già integrati svolge una fondamentale funzione di supporto ai nuovi arrivati; inoltre si rivolgono all'Ufficio solo gli stranieri appena immigrati, mentre alla gran parte degli altri sono già state fornite le informazioni utili a orientarsi tra i diversi servizi e uffici.

**Tabella 9.2 – Utenti dei servizi socioassistenziali del Comune di Torino
(numero assoluto di utenti; fonte: Comune di Torino)**

Minori:	1999	2001	2003	2004	2005	2006	2007
provvedimenti giudiziari a favore minori assistiti economicamente	611**	626**	5.314	5.487	5.307	5.145	5.256
seguiti sul territorio da educatori ospitati in residenze e centri diurni	2.212	1.367	877	736	611	526	2.687***
in affidamento residenziale e diurno stranieri ²	660**	700**	1.900	2.250	2.284	2.120	2.135
istruttorie per adozioni	886	882	1.052	1.045	1.012	1.478	1.486
borse di formazione	1.498	1.297	1.568	1.251	1.313	1.268	1.240
	1.498	266	404	1.280	367	341	341
	133	184	153	141	128	173	181
	128	142	189	99	109	97	92
Adulti:							
accessi all'ufficio stranieri ospitati in centri notturni	13.095	20.166	21.707	23.084	18.894	21.997	13.875
stranieri assistiti economicamente	257	n.d.	812	1.177	1.182	1.017	1.324
	n.d.	960	473	341	300	361	359
Anziani:							
assistiti a domicilio	1.600	2.000	2.038	1.534	1.701	1.606	6.820*
assistiti economicamente allacciati al telesoccorso	3.301	3.546	2.322	856	2.245	2.065	2.438
in affido familiare residenziale e diurno	800	800	1.308	1.496	1.530	1.721	1.470
accessi a mense o pasti a domicilio	310	520	1.152	1.225	1.354	1.196	1.185
ospiti in strutture comunali	230	450	973	1.194	1.155	978	764
ospiti in comunità alloggio	748	649	723	615	670	607	546
	30	32	24	23	17	22	23
Disabili:							
beneficiari di servizio taxi ospitati in comunità alloggio	2.543	2.898	3.830	3.760	3.725	3.274	3.446
assistiti economicamente in affido familiare residenziale e diurno	477	468	795	1.283	1.417	1.174	1.249
accessi a centri socioterapeutici	3.495	1.000	745	972	1.141	1.023	801
in centri di lavoro guidato	82	158	386	471	540	586	684
	703	618	654	1.608	1.743	677	653
	661	102	130	146	287	328	352

* incremento dovuto a riordino dei servizi di domiciliarità; ** dati parziali; *** cifra comprensiva degli assegni statali a famiglie con almeno due minori e degli assegni maternità.

servizio di telesoccorso, in aumento rispetto agli anni scorsi) e quella economica. Quanto alle persone con disabilità, il maggior numero di utenti (3.446) beneficia del servizio taxi gratuito, 1.249 sono ospitati in comunità alloggio con educatori, 801 sono assistiti economicamente.

A Torino circa il 3,5% della popolazione risulta assistita (in qualche modo) dai servizi sociali. In alcune parti dell'area metropolitana si registrano valori più elevati, come nel caso dei comuni serviti dal consorzio di servizi sociali CIS (da Borgaro a Ciriè fino alle colline del Canavese), con il 6,6% di cittadini seguiti dai servizi sociali, oppure nell'area da Villastellone a Carmagnola, dove il consorzio Cisa ha in carico il 4,7% degli abitanti.

Rispetto alla composizione per fasce generazionali, in alcune zone risulta particolarmente rilevante l'utenza minorile: è il caso, ad esempio, oltre che del capoluogo, dell'area di Settimo-Volpiano, di quella da Pianezza a Val della Torre e dei comuni tra Beinasco e Piovascote; la quota di anziani in carico ai servizi sociali risulta invece particolarmente elevata nell'area sud (da Moncalieri e Nichelino verso None e Trofarello) e, soprattutto, nell'area ovest, da Rivoli a Rosta.

In ogni caso, disponendo soltanto di questi dati sui sistemi di assistenza, è difficile stabilire se le distanze rilevate corrispondano a differenze reali sul versante della domanda, ossia a una maggiore o minore incidenza del disagio nelle diverse aree, o piuttosto, sul versante dell'offerta, a diverse dotazioni di servizi sociali; non si può d'altra parte escludere che essi possano parzialmente dipendere anche dalle modalità di raccolta dei dati²⁴.

Nonostante, come detto, si stia cercando da anni di potenziare i servizi di assistenza a domicilio, un po' in tutti i consorzi di Torino e area metropolitana sono in forte crescita gli utenti inseriti in presidi o in affidamento familiare esterno.

Il primo tipo di intervento consiste in prestazioni di aiuto fornite a soggetti che non possono più vivere nella propria abitazione e che quindi vengono ospitati in residenze gestite dai servizi socio assistenziali. L'affidamento è invece una forma di sostegno temporaneo a una persona in difficoltà (e talvolta alla sua famiglia) da parte di un nucleo familiare che si impegna ad assicurare adeguate risposte ai suoi bisogni relazionali, educativi, di mantenimento. La maggior

²⁴ I diversi consorzi assistenziali, infatti, utilizzano talvolta criteri diversi per registrare e classificare gli utenti, sebbene dal 2001 – anno in cui ha avuto avvio la prima rilevazione regionale – gli enti abbiano affinato e uniformato le modalità di registrazione. Inoltre, in alcune aree, certi servizi sono gestiti direttamente dai comuni, in altre gli stessi servizi sono di competenza dei consorzi. In ogni caso, questi dati statistici risultano gli unici esistenti su dimensione e composizione del sistema dell'assistenza nell'area metropolitana torinese.

Tabella 9.3 – Utenti dei servizi sociali nell'area metropolitana, per consorzi²⁵
e fasce generazionali – 2006 e variazioni % rispetto al 2001
(numero di utenti; nostra elaborazione su dati Regione Piemonte)

	Minori	Var. %	Adulti	Var. %	Anziani	Var. %	% su Pop.
Comune di Torino	9.694	+121,4	14.386	+112,8	7.523	+27,9	3,5
Cisap Grugliasco Collegno	715	-1,2	1.343	-25,5	833	+2,6	3,3
Cisa Rivoli Rosta...	340	+43,5	928	+316,1	848	+178,0	3,7
Cissa Pianezza... Valdellatorre	458	-16,1	749	+104,6	309	-34,8	1,8
CIS Borgaro Ciriè... Levone	1.373	+87,6	3.135	+73,2	1.538	+87,3	6,6
Cissp Settimo Leini Volpiano...	565	+47,5	506	-10,4	577	+101,0	2,1
Cisa S.Mauro... Cinzano	248	+42,5	510	+48,7	287	+36,7	2,6
CSS Chierese	590	+48,6	984	+92,9	536	+46,0	2,2
Cisa Villastellone... Carmagnola	639	+95,4	1.217	+364,5	489	+134,0	4,7
Cissa Moncalieri... Trofarello	608	+128,6	1.118	+140,9	806	+127,0	3,4
Cisa Nichelino Vinovo... None	402	+19,6	973	+194,0	654	+127,1	2,7
Cidis Beinasco... Piossasco	496	+30,2	790	+36,0	374	+19,5	1,8
Ciss Chivassese	393	+47,7	695	+92,0	425	+40,3	2,0

rilevanza di utenti in carico a presidi e in affidamento si registra soprattutto nel capoluogo²⁶.

Per quanto riguarda il trattamento delle diverse dipendenze, si registra nell'ultimo decennio un aumento degli utenti seguiti dai Servizi tossicodipendenze-Sert delle ASL: nel capoluogo, sull'insieme delle quattro ASL, dal 1996 al 2006 i tossicodipendenti diminuiscono del 5,5%, ma gli alcolisti aumentano del 53,2%; nelle quattro ASL dell'area metropolitana aumentano entrambe le categorie: +17,1% di tossicodipendenti, +120,4% di alcolisti. Anche in questo caso, però, le variazioni – tanto nel tempo quanto tra diverse ASL – non possono essere interpretate come indicative di reali cambiamenti nella consistenza del fenomeno delle dipendenze, in quanto

²⁵ Essendo variabile il numero di comuni membri di ciascun consorzio, da un minimo di due a più di venti, vengono citati nella tabella solo i comuni principali e/o geograficamente estremi, in modo da poter identificare l'area di competenza di ciascun consorzio.

²⁶ Nel 2000, il Comune ha aperto la Casa dell'affidamento, luogo di incontro, sensibilizzazione e coordinamento – tra soggetti pubblici, del terzo settore, famiglie – sull'affidamento e l'accoglienza temporanea in famiglia di bambini e ragazzi con problemi di disagio: nei primi sette anni di attività, hanno frequentato la Casa 936 famiglie, sono stati organizzati 50 gruppi informativi e di auto-aiuto.

Tabella 9.4 – Utenti inseriti in presidi o in affidamento familiare nell'area metropolitana, per consorzi e fasce generazionali – 2006
(numero di utenti; nostra elaborazione su dati Regione Piemonte)

	Minori	Adulti	Anziani	TOT	Var.% 2001-06	Utenti per 1.000 ab.
In presidi						
Comune di Torino	651	2.180	1.558	4.389	+57,5	4,9
Cisap Grugliasco Collegno	18	56	46	120	0,0	1,4
Cisa Rivoli Rosta...	17	46	23	86	+53,6	1,5
Cissa Pianezza... Valdellatorre	20	28	113	161	+8,1	1,9
CIS Borgaro Ciriè... Levone	28	38	156	222	+141,3	2,4
Cissp Settimo Leini Volpiano...	14	4	15	33	-68,9	0,4
Cisa S.Mauro... Cinzano	4	9	9	22	-65,1	0,5
CSS del Chierese	46	46	49	141	+15,6	1,4
Cisa Villastellone... Carmagnola	5	19	32	56	-1,8	1,1
Cissa Moncalieri... Trofarello	23	0	10	33	-49,2	0,4
Cisa Nichelino Vinovo... None	11	13	109	133	+11,8	1,8
Cidis Orbassano... Piossasco	29	25	47	101	+14,8	1,1
Ciss Chivassese	10	50	30	90	-14,3	1,2
In affidamento						
Comune di Torino	1.268	366	856	2.490	+25,3	2,5
Cisap Grugliasco Collegno	31	16	4	51	+2,0	0,6
Cisa Rivoli Rosta...	14	8	11	33	+10,0	0,6
Cissa Pianezza... Valdellatorre	27	4	0	31	+6,9	0,4
CIS Borgaro Ciriè... Levone	34	10	1	45	+36,4	0,5
Cissp Settimo Leini Volpiano...	83	25	6	114	+100,0	1,4
Cisa S.Mauro... Cinzano	16	3	21	40	+42,9	1,0
CSS del Chierese	122	11	33	166	+238,8	1,7
Cisa Villastellone... Carmagnola	67	15	15	97	+86,5	2,0
Cissa Moncalieri... Trofarello	36	0	41	77	+234,8	1,0
Cisa Nichelino Vinovo... None	27	6	8	41	+10,8	0,5
Cidis Orbassano... Piossasco	47	3	0	50	+72,4	0,5
Ciss Chivassese	38	4	3	45	0,0	0,6

spesso sono conseguenza del potenziamento dei servizi: a Torino, ad esempio, sono aumentate le unità operative sia di alcologia sia specializzate nella dipendenza da cocaina²⁷.

²⁷ Non esistono dati particolarmente attendibili circa la reale diffusione delle dipendenze, ma solo stime più o meno vaghe, anche a causa delle troppe

Tabella 9.5 – Utenti tossicodipendenti e alcolisti utenti dei Sert, per ASL²⁸
(numero di utenti; fonte: Regione Piemonte – Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze)

Torino	Tossicodipendenti				Alcolisti			
	1996	2001	2006	Var.% 1996-06	1996	2001	2006	Var.% 1996-06
ASL 1: To Sudest	1.282	1.379	1.434	11,9	191	225	339	77,5
ASL 2: To Sudovest	875	788	764	-12,7	231	58*	143	-38,1
ASL 3: To Nordovest	1.162	1.249	1.093	-5,9	133	97	189	42,1
ASL 4: To Nordest	1.222	1.325	1.001	-18,1	64	66	277	332,8
Area Metropolitana								
ASL 5: Ovest V. Susa	973	989	1.197	23,0	93*	205	353	n.d.
ASL 6: N-Ovest Lanzo	439	398	398	-9,3	127	179	251	97,6
ASL 7: Chivassese	780	822	906	16,2	140	68*	223	n.d.
ASL 8: Est, collina	758	888	953	25,7	247	234	306	23,9

*Mancano i dati di uno dei gruppi di lavoro per l'alcolismo – GLA, struttura comune a Sert e Servizi di salute mentale

Uno dei maggiori problemi di efficienza del sistema socioassistenziale rimane lo scarso coordinamento tra servizi e, quindi, la moltiplicazione di soggetti ed enti diversi che si occupano delle stesse

sostanze da monitorare, buona parte delle quali sfuggono ai controlli sia delle forze dell'ordine sia dei servizi sociosanitari. Analisi chimiche della Smat sulle acque che confluiscono nel depuratore torinese hanno riscontrato nell'inverno del 2005 concentrazioni di cocaina pari a 1.288 grammi totali quotidiani, equivalenti a circa 13.000 dosi giornaliere; nell'autunno 2008 le concentrazioni rilevate risultano inferiori: 1.136 grammi, pari a 11.300 dosi quotidiane, ossia circa una ogni cento abitanti dell'area. Anche in questo caso, però, non è detto che siano calati i consumi reali, in quanto la concentrazione inferiore potrebbe dipendere da variazioni nella portata del Po (durante la rilevazione del 2008 superiore a quella di tre anni prima, quindi in grado di diluire maggiormente la concentrazione di cocaina).

²⁸ Dal 2008 le ASL sono state riaccorpate: l'attuale TO1 comprende le ex ASL 1 (quartieri Centro, Crocetta, S.Salvario, S.Rita, Lingotto, Mirafiori Sud) e ASL 2 (S.Paolo, Cenisia, Pozzo Strada); l'ASL TO2 comprende le ex ASL 3 (S.Donato, Parella, Lucento, Vallette, Madonna di Campagna, Borgo Vittoria) e ASL 4 (Barriera di Milano, Regio Parco, Barca Bertolla, Falchera, Rebaudengo, Aurora, Vanchiglia, Madonna del Pilone); nell'area metropolitana operano oggi tre ASL: TO3 (in cui sono confluite l'ex ASL 5, comuni della cintura ovest e Val di Susa, e l'ex ASL 10 del Pinerolese), TO4 (formata dall'ex ASL 6, cintura Nordovest e Valli

forme di disagio sociale e psicologico, talvolta producendo inutili duplicazioni delle prestazioni. I problemi di coordinamento sono particolarmente accentuati nel caso di servizi che dipendono da ministeri e assessorati diversi: Sanità, Assistenza, altri. Un caso evidente è proprio quello di ASL e consorzi assistenziali, i cui ambiti di pertinenza differiscono creando ovvi problemi: per citare un esempio tra i tanti, i comuni di Rivoli e Alpignano lavorano coi minori tossicodipendenti nell'ambito della stessa ASL, mentre operano in consorzi differenti per i progetti di educativa territoriale di ragazzi disagiati. I servizi per anziani sono tuttora talmente parcellizzati (tra settori diversi del Comune, le circoscrizioni, altri soggetti) da rendere quasi impossibile orientarsi: proprio gli anziani economicamente e culturalmente più deboli (e quindi maggiormente bisognosi di supporto) risultano maggiormente in difficoltà a conoscere i servizi disponibili sul territorio e ad usufruirne²⁹. Lo stesso vale per le politiche finalizzate a rendere più sostenibile la vita dei disabili in città, polverizzate tra assessorati e settori diversi che, ad esempio, si occupano di barriere architettoniche, trasporti accessibili, housing sociale, integrazione scolastica e/o lavorativa (si vedano, in proposito, i riferimenti nei capitoli 3, 4, 7).

In una stagione di ristrettezze economiche per le casse pubbliche – e di fronte a una crisi economica globale che non potrà non produrre nuovi utenti – diventa particolarmente urgente razionalizzare l'offerta di servizi, per rendere più efficienti gli investimenti (pubblici e privati), anche tenendo conto delle lunghissime liste d'attesa che tuttora caratterizzano l'accesso a diversi servizi socioassistenziali. L'esigenza di razionalizzare la spesa e di selezionare gli investimenti ripropone la questione di come avviare un serio processo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dei singoli servizi; il tema acquista ulteriore urgenza tenendo conto del progressivo decentramento di competenze alla scala locale, livello al quale il controllo sulla qualità dei servizi e sulla loro gestione diventa anche più agevolmente realizzabile (rispetto al livello nazionale). Si tenga conto che spesso per i servizi erogati in convenzione con enti locali da privati o cooperative nemmeno si verifica che venga «messo a

di Lanzo, dall'ex ASL 7 del Chivassese e dall'ex ASL 9 dell'Eporediese), TO5 (che coincide con l'ex ASL 8 della cintura Est e comuni collinari).

²⁹ A proposito degli anziani, fra le linee programmatiche del Piano regolatore sociale c'è quella di distinguere tra «attivi» e «fragili», diversificando conseguentemente l'offerta di servizi, di coinvolgere nell'organizzazione ad esempio le associazioni di anziani (anche nella gestione di sportelli informativi).

disposizione degli utenti tutto il personale concordato e il cui costo è stato, ovviamente, posto a carico dell'ente appaltante. Ciò nonostante che, fatto di assoluta evidenza, la quantità (oltre che la qualità) degli addetti sia uno degli elementi fondamentali per garantire prestazioni idonee» (Santanera F., 2004, **L'accreditamento delle strutture residenziali**, in «Prospettive assistenziali», n. 148). Anche in Piemonte mancano quasi del tutto «forme stabili di comunicazione e rendicontazione all'estero delle attività svolte dai soggetti che erogano i servizi» (Cogno, 2008, p. 120).

Il Comune di Torino, tra 2007 e 2008, ha lanciato a questo scopo il Piano regolatore sociale³⁰, per censire tutti i servizi erogati dai diversi soggetti e settori, evitare sovrapposizioni e «doppioni», integrare e coordinare meglio settori e uffici pubblici; è previsto prossimamente un concorso di idee (rivolto soprattutto a enti no profit), puntando a migliorare il sistema della protezione sociale. Oltre a un'esigenza di sostenibilità economica, una razionalizzazione dei servizi potrebbe favorire le utenze multiproblematiche (ad esempio tossicodipendente adulto con figli e senza reddito, disabile adulto con genitore anziano non autosufficiente ecc.).

³⁰ Prima di quello torinese, il Piano regolatore sociale è stato sperimentato in Italia a Roma nel 2002 e a Genova nel 2005 (ma senza coinvolgere gli enti di tutela della salute). A Torino, il Piano – realizzato su proposta dell'Assessorato alla famiglia, salute e politiche sociali – ha concluso la prima fase operativa nel corso del 2008, con tavoli di lavoro cui hanno partecipato diversi settori comunali, il servizio sovrazonale di epidemiologia dell'ASL, Torino Internazionale (come accompagnatore metodologico); si è poi aggiunta la Compagnia di San Paolo.

