

Irescenari Irescenari

IL LABORATORIO DELLA PROTEZIONE SOCIALE

INTEGRARE GLI ASSETTI, QUALIFICARE I SERVIZI,
PERSONALIZZARE GLI INTERVENTI DEL WELFARE



ISTITUTO DI RICERCHE ECONOMICO SOCIALI DEL PIEMONTE

L'IRES PIEMONTE è un istituto di ricerca che svolge la sua attività d'indagine in campo socioeconomico e territoriale, fornendo un supporto all'azione di programmazione della Regione Piemonte e delle altre istituzioni ed enti locali piemontesi.

Costituito nel 1958 su iniziativa della Provincia e del Comune di Torino con la partecipazione di altri enti pubblici e privati, l'IRES ha visto successivamente l'adesione di tutte le Province piemontesi; dal 1991 l'Istituto è un ente strumentale della Regione Piemonte.

L'IRES è un ente pubblico regionale dotato di autonomia funzionale disciplinato dalla legge regionale n. 43 del 3 settembre 1991.

Costituiscono oggetto dell'attività dell'Istituto:

- la relazione annuale sull'andamento socioeconomico e territoriale della regione;
- l'osservazione, la documentazione e l'analisi delle principali grandezze socioeconomiche e territoriali del Piemonte;
- rassegne congiunturali sull'economia regionale;
- ricerche e analisi per il piano regionale di sviluppo;
- ricerche di settore per conto della Regione Piemonte e di altri enti e inoltre la collaborazione con la Giunta Regionale alla stesura del Documento di programmazione economico finanziaria (art. 5 l.r. n. 7/2001).

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Angelo Pichierri, *Presidente*

Brunello Mantelli, *Vicepresidente*

Paolo Accusani di Retorto e Portanova, Antonio Buzzigoli, Maria Luigia Gioria,
Carmelo Inì, Roberto Ravello, Maurizio Ravidà, Giovanni Salerno

COMITATO SCIENTIFICO

Giorgio Brosio, *Presidente*

Giuseppe Berta, Cesare Emanuel, Adriana Luciano,
Mario Montinaro, Nicola Negri, Giovanni Ossola

COLLEGIO DEI REVISORI

Emanuele Davide Ruffino, *Presidente*

Fabrizio Allasia e Massimo Melone, *Membri effettivi*

Mario Marino e Liliana Maciariello, *Membri supplenti*

DIRETTORE

Marcello La Rosa

STAFF

Luciano Abburrà, Stefano Aimone, Enrico Allasino, Loredana Annaloro, Maria Teresa Avato,
Marco Bagliani, Cristina Bargerò, Giorgio Bertolla, Paola Borriore, Antonino Bova, Paolo Buran,
Laura Carovigno, Renato Cogno, Luciana Conforti, Alberto Crescimanno, Alessandro Cunsolo,
Elena Donati, Carlo Alberto Dondona, Fiorenzo Ferlaino, Vittorio Ferrero,
Filomena Gallo, Tommaso Garosci, Maria Inglese,
Simone Landini, Antonio Larotonda, Eugenia Madonia, Maurizio Maggi,
Maria Cristina Migliore, Giuseppe Mosso, Carla Nanni, Daniela Nepote, Sylvie Occelli,
Santino Piazza, Stefano Piperno, Sonia Pizzuto, Elena Poggio, Lucrezia Scalzotto,
Filomena Tallarico, Luigi Varbella, Giuseppe Virelli

© 2008 IRES – Istituto di Ricerche Economico – Sociali del Piemonte
via Nizza 18 – 10125 Torino
Tel. 011.66.66.411 – Fax 011.66.96.012

Iscrizione al Registro tipografi ed editori n. 1699,
con autorizzazione della Prefettura di Torino del 20/05/1997

Si autorizza la riproduzione, la diffusione e l'utilizzazione del contenuto
del volume con la citazione della fonte.

Irescenari

**TERZO RAPPORTO TRIENNALE
SUGLI SCENARI EVOLUTIVI DEL PIEMONTE**

Coordinamento scientifico: Paolo Buran

2008/14

**IL LABORATORIO DELLA PROTEZIONE SOCIALE.
INTEGRARE GLI ASSETTI, QUALIFICARE I SERVIZI,
PERSONALIZZARE GLI INTERVENTI DEL WELFARE**

di Dario Rei

UFFICIO EDITORIA IRES PIEMONTE

Maria Teresa Avato, Laura Carovigno

PROGETTO GRAFICO

Clips – Torino

IMPAGINAZIONE

Edit 3000 srl – Torino

INDICE

1.	IL “WELFARE POSITIVO” IN UNA PROSPETTIVA REGIONALE	1
2.	RISCHI SOCIALI TRADIZIONALI ED EMERGENTI	2
3.	TRE SCENARI	3
4.	PRESTAZIONI, UTENTI, GOVERNANCE DEI SERVIZI SOCIOASSISTENZIALI	4
5.	GLI STRUMENTI DELLA PIANIFICAZIONE	7
5.1	I Piani di zona	7
5.2	Scelte di grandi enti	8
5.3	Ambiti di innovazione nei servizi	9
6.	POTENZIALITÀ E VINCOLI DELL’INFO-WELFARE	11
7.	TRE AREE SOCIALI DI INVESTIMENTO STRATEGICO	13
7.1	Anziani molto vecchi e questioni della domiciliarità	13
7.2	Bambini molto piccoli e sostegno educativo precoce	14
7.3	La famiglia come microsistema dinamico e relazionale	15
8.	LA RIFORMA DEL LAVORO SOCIALE PROFESSIONALE	17

1. IL “WELFARE POSITIVO” IN UNA PROSPETTIVA REGIONALE

Un welfare regionale è chiamato a fornire beni di sicurezza, salute, inclusione sociale, in base a diritti e attese di cittadinanza, partecipazione, sviluppo umano, che rispondono ai principi di parità e solidarietà fra i cittadini, fissati in Costituzione (art. 2, 3, 4) e ripresi in normative specifiche (da ultimo, la l. 328/2000 sul sistema integrato di interventi e servizi sociali, recepita in Piemonte dalla L.R. 1/2004).

La componente sociale e socioassistenziale di un tale welfare dovrebbe inoltre:

- mantenere una continuità nei suoi interventi per le criticità estreme, il disagio sociale diffuso, la vita ordinaria;
- concorrere alla promozione di salute per ridurre le domande (proprie e improprie) di cura e di *care*;
- sperimentare buone pratiche di soluzione a problemi, in vista di adeguate trasformazioni istituzionali e gestionali;
- migliorare la qualità organizzativa e professionale nel lavoro dei servizi alla persona;
- organizzare le sue prestazioni in coerenza con la pianificazione territoriale, combinando il decentramento necessario ad assicurare livelli standard ed equidistribuiti di prestazioni, con la generazione e l'impiego di risorse territoriali specifiche;
- favorire l'attivazione societaria con un uso appropriato della sussidiarietà orizzontale e del ricorso alle organizzazioni civili.

Il senso dell'orizzonte normativo delineato è quello di accrescere la risposta efficace a diritti non rinunciabili e non derogabili, determinando un quadro di possibilità che aumentano la libertà reale di scelta dei cittadini sui loro percorsi di vita. L'agenda del welfare si iscrive nell'orizzonte di una personalizzazione degli interventi e responsabilizzazione di attori pubblici e privati coalizzati, che mira alla promozione della qualità sociale del territorio attraverso lo sviluppo di “comunità competenti”.

Corrisponde a ciò l'idea del welfare “positivo”, delineata da Giddens, come passaggio da una protezione tradizionale, “che si proponeva di trasferire il rischio dall'individuo allo Stato” a **una società “del benessere postindustriale”**, nella quale “i servizi di welfare devono essere disegnati, ogni volta che sia possibile, in modo da **aiutare le persone ad aiutare se stesse**”¹. Anche se si ammette la non riproducibilità futura degli assetti di welfare fondati su una modalità di lavoro stabile e garantito, non ne segue che il sistema di welfare si limiti al solo contrasto della povertà, per chi è in situazione estrema, e al mero risarcimento previdenziale contro i rischi del lavoro, ma debba far sì che la richiesta di flessibilità e polivalenza del lavoro mantengano un senso di integrazione sociale, che non sarebbe possibile “senza un minimo di sicurezza e di protezione” garantito da “diritti della transizione”².



¹ A. Giddens, *Dal welfare negativo al welfare positivo*, in *L'Europa nell'età globale*, Roma-Bari, 2007, pp. 111-55, in particolare pp. 113-16.

² R. Castel, *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?*, Torino 2004. Un rapporto curato per la Commissione Europea da A. Supiot (*Au de là de l'emploi*, Paris, 1999; trad. it. *Il futuro del lavoro*, Roma, 2003) prospetta nuovi “diritti sociali di prelievo”, ossia crediti individuali, a cui attingere in diversi momenti della vita, e da utilizzare secondo personali esigenze (congedi parentali, aspettative per motivi di studio, periodi sabbatici, aggiornamento professionale e culturale, impegno in attività sociali, copertura di reddito nelle fasi di transizione e di moratoria del corso di vita, ecc.) V. anche M. Paci, *Nuovi lavori, nuovo welfare. Sicurezza e libertà in una società attiva*, Bologna 2005.

2. RISCHI SOCIALI TRADIZIONALI ED EMERGENTI

Alla diacronicità e processualità dei dispositivi di protezione fanno ostacolo sia le criticità trascurate o non tematizzate dalle definizioni convenzionali di povertà e di marginalità, sia i nuovi rischi sociali emergenti. Parte di tali rischi derivano dai cambiamenti intervenuti nella scena dell'occupazione: l'atipizzazione dei rapporti di lavoro; la conciliazione difficile, soprattutto a carico delle donne lavoratrici del settore privato, tra famiglia e lavoro di cura – nonostante le previsioni della legge n. 53 del 2000; l'impatto dei costi crescenti della casa sul reddito da lavoro e i bilanci delle famiglie; la condizione dei *working poors* e le domande di reddito connesse all'impoverimento delle famiglie di lavoratori regolari; le rotture familiari, con le loro implicazioni su casa, lavoro, relazioni; i problemi che le nuove generazioni incontrano nei percorsi verso maggiore autonomia personale familiare e adulta.



L'indebolirsi del sistema delle garanzie per chi vi è incluso si unisce alla **difficoltà di riottenere le precedenti garanzie, una volta che si sia usciti, anche temporaneamente, dalla "cittadella della protezione"** (Nicola Negri). La vulnerabilità, che ne consegue, cumula i fattori di rischio in senso longitudinale alle biografie dei soggetti, e nutre la domanda di prestazioni di aiuto che sappiano farsi carico delle storie personali familiari locali, con l'offerta di sostegni anche verso i fenomeni di impoverimento intermittente e oscillante, e di risorse promozionali che accompagnino i percorsi di reinserimento sociale.



L'esigenza di una risposta attiva alla vulnerabilità sottolinea peraltro due debolezze strutturali del nostro sistema di protezione sociale: la scarsa connessione esistente fra politiche del lavoro e della formazione da una parte, servizi alla persona a sostegno della vita quotidiana dall'altra³; e la mancanza di misure di garanzia del reddito che siano dotate di reale universalismo e certezza erogativa, con automatismi non stigmatizzanti, funzionali a gestire difficoltà e transizioni nei percorsi di lavoro e nei corsi di vita.

³ Y. Kazepov, S. Sabatinelli, *L'anello mancante. Frammentazione e coordinamento nelle politiche sociali in Italia*, Rapporto per la Fondazione Europea sul Miglioramento delle Condizioni di Vita e di Lavoro, Dublino 2000.

3. TRE SCENARI

Il quadro brevemente tracciato consente di ipotizzare tre scenari di welfare futuro fra loro divergenti.

1) **Una destrutturazione che si espande**

La crescita dei fenomeni di disaffiliazione sociale, la formazione di sottoclassi stabilmente escluse, l'avvio di derive di povertà entro condizioni già protette, nonché l'estendersi di "ordinaria insicurezza", con fragilità personali, malesseri sociali connessi, sindromi di aggressività e violenza, tutto ciò accrescerebbe una domanda di sicurezza primaria (*safety*, nel linguaggio di Bauman) e alimenterebbe altresì pratiche di protezione a carattere corporativo, categoriale o particolaristico, togliendo plausibilità alle politiche welfariste nei loro esiti attesi di integrazione sociale. L'assistenza sarebbe ristretta a soggetti e disagi da privazione grave (per mancanza di reddito, lavoro, casa, isolamento, solitudine, devianza), necessariamente meno attenta alla platea generale dei cittadini portatori di specifici diritti sociali.



2) **L'adeguamento nella continuità**

Un ampliamento della partecipazione all'occupazione, assecondato da riforme a livello nazionale per quanto concerne il sistema previdenziale e la disponibilità di ammortizzatori sociali più adeguati, potrebbe stabilizzare i fattori di difficoltà, in cui attualmente versa la base fordista-industriale del welfare. In particolare renderebbe possibile: perseguire il mantenimento di una sufficiente protezione assicurativo-previdenziale del lavoro dipendente e stabile; ampliare le tutele ai lavoratori con carriere discontinue; e offrire forme di sostegno alle nuove generazioni in attesa di inserimento al lavoro. In questo scenario l'assistenza verrebbe rafforzata in senso selettivo per fronteggiare/risolvere situazioni di povertà grave e rischi di esclusione sociale permanente, ma potrebbe estendere la sua attenzione anche al territorio delle "periferie sociali problematiche", a cui indirizzare politiche mirate alla prevenzione del disagio conclamato e alla promozione di percorsi di reinserimento.



3) **Un cambiamento flessibile e plurale**

Questo scenario configura un orizzonte di trasformazione evolutiva nella complessità del sistema di protezione sociale, volta a riarticolare complessivamente i percorsi di vita e lavoro, care familiare, formazione, attività di utilità sociale. L'idea della "società pluriattiva" (avanzata da M. Paci) combina una ridefinizione della sicurezza a base collettiva istituzionale (ad esempio, con **un assetto previdenziale "a tre pilastri"**, in luogo dell'attuale monopilastro a dominanza pubblico-obbligatoria) con l'allargamento del ventaglio di risorse messe a disposizione dei singoli e dei nuclei per sostenere le loro scelte di vita. Lo sviluppo di una dimensione promozionale del welfare passerebbe attraverso consistenti investimenti in formazione, accompagnamento nei percorsi di riconversione sociolavorativa, sostegno alla autoimprenditorialità (giovanile, anziana, immigrata). Richiederebbe altresì una più larga attivazione della sfera associativo-volontaria e forme di partnership pubblico-privata nella produzione di prestazioni e nel mercato sociale amministrato dei servizi, non a complemento di una offerta pubblica in contrazione, ma come sperimentazione di nuove e più dinamiche modalità di risposta a domande personalizzate.



4. PRESTAZIONI, UTENTI, GOVERNANCE DEI SERVIZI SOCIOASSISTENZIALI

Una rilevazione condotta dall'IRES nei primi anni 2000 sull'offerta di prestazioni socioassistenziali includeva il Piemonte in un gruppo di regioni dette a "welfare efficiente", con Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna, secondo in Italia solo al "welfare munifico" di Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta⁴.

Tab. 1 – Regimi regionali di welfare

	SPESA PUBBLICA PROCAPITE NEL SOCIO-ASSISTENZIALE	OFFERTA DI POSTI IN STRUTTURE E SERVIZI PER ANZIANI E BAMBINI	RICORSO DELLE FAMIGLIE ALL'OFFERTA PRIVATA DI CARE INFANTILE	PRESSIONE DEMOGRAFICA DA ANZIANITÀ	ATTIVAZIONE INFORMALE DI CARE DELLE FAMIGLIE
Munifico (Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige)	****	****	*	**	**
Efficiente (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna)	***	***	***	****	**
Sotto pressione (Liguria, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Sardegna)	**	**	****	****	***
Fragile e familista (Sud)	*	*	*	**	****

Fonte: elaborazione da C. Caltabiano, *Il prisma del welfare*, cit.

Il Piemonte presentava livelli medio-alti sia di spesa pro capite e offerta di strutture, sia di spesa privata (a differenza dei regimi municipali), mentre evitava gli effetti di tensione da invecchiamento riscontrati nelle regioni del welfare "sottoppressione". Con una attivazione informale delle famiglie medio-bassa, a differenza delle regioni del Sud, l'assetto complessivo delle prestazioni risultava congruente con una struttura moderna della famiglia e un elevato tasso di occupazione femminile.

Nei primi anni 2000 le prestazioni e le utenze dei servizi socioassistenziali registrano un significativo incremento⁵: gli utenti in carico salgono da 90.053 (1999) a 137.257 (2005), con una incidenza sulla popolazione totale da 1,93% a 3,16%; sono per il 65% autosufficienti e non disabili, per il 35% disabili e non autosufficienti (nel 1999 il rapporto era di 74,6% contro 25,4%); il totale delle prestazioni erogate ammontava a 206.200 interventi, in prevalenza per adulti e minori non disabili e per anziani non autosufficienti.

⁴ Si veda la sintesi che ne dà C. Caltabiano, *Il prisma del welfare: analisi dei regimi socioassistenziali nelle regioni italiane*, in "Impresa sociale", n. 1, 2004, pp. 101-24.

⁵ Cfr. *Piemonte sociale. Primo Rapporto sull'Assistenza*, "Quaderni della Regione Piemonte", n. 24, 1999; *Politiche sociali. Il punto sui servizi*, "Quaderni della Regione Piemonte", n. 33, 2001; *I numeri dell'assistenza in Piemonte. I servizi sociali territoriali*, Regione Piemonte, 2003; *I numeri dell'assistenza in Piemonte. I servizi sociali territoriali*, Regione Piemonte, 2007. Le spese complessive ammontavano a 445,5 milioni di euro (2005), con un incremento della spesa per abitante, rispetto al 1999, pari al 45%.

Tab. 2 – Gruppi utenziali e graduatoria per intensità di prestazioni ricevute

TARGET	I	II	III	IV	V	VI
Tutti N=206.200	Ssp	Ae	Ad	Cad	Is	Uv
Minori non disabili N=45.099	Ssp	Is	Aet	Af	Uv	Ad
Minori disabili N=7.566	Ssp	Aet	Ad	Uv	Is	Ae
Adulti non disabili N=47.398	Ssp	Ae	Ip	Uv	Is	Ad
Adulti disabili N=27.265	Ssp	Aet	Cd	Ad	Ip	Ae
Anziani non autosufficienti N=35.766	Cad	Ssp	Ad	Ae	Ip	Ts
Anziani non autosufficienti N= 43.101	Ssp	Ad	Uv	Cud	led	Ir

Legenda
 Ssp - servizio sociale professionale
 Ad - assistenza domiciliare
 Ae - assistenza economica
 Aet - assistenza educativa territoriale
 Af - affidamento familiare
 Cad - Interventi complementari all'assistenza domiciliare
 Cd - inserimento in centro diurno
 Cud - cure domiciliari
 led - interventi economici per la domiciliarità
 Ip - inserimento in presidio
 Ir - integrazione rette
 Is - istruttorie per minori e incapaci
 Uv - attività per Uvg, Uvh, abusi

Fonte: elaborazione da *I numeri dell'assistenza 2007*, p.24.

Le figure che operano nel sistema dei servizi sono state definite dalla l.r. 1/2004 (art. 32); il loro numero totale è cresciuto da 6.745 unità (2000) a 10.214 (2007); si tratta per il 40,5% di operatori di assistenza diretta (ADEST-OSS), 29% educatori, 9,2% assistenti sociali, 21% altre figure professionali e non (animatori, ecc.) Solo gli assistenti sociali hanno contratti di dipendenza pubblica in forma quasi esclusiva (97%), mentre il rapporto di lavoro con cooperative sociali è prevalente per gli educatori (68,4%) e gli ADEST-OSS (55,9%).

L'assetto degli interventi e servizi socioassistenziali è l'esito di una ristrutturazione istituzionale e organizzativa iniziata con la l. n. 20 del 1982 e proseguita con la l. n. 62 del 1995. Il Piemonte è stato nel gruppo di testa delle regioni che hanno provveduto a recepire le indicazioni della l. 328/2000 e dare corso ai conseguenti processi di ridefinizione dei servizi⁶.

Al di là delle questioni di fondo aperte dall'interpretazione del nuovo Titolo V della Costituzione, la **regione esercita funzioni di regolazione** normativa, organizzativa e finanziaria e di promozione tematica delle politiche di indirizzo (delineate, in attesa della proposizione del Piano sociale

⁶ *I nuovi percorsi normativi delle politiche sociali. Prime norme attuative della legge regionale 8 gennaio 2004*, n. 1, Regione Piemonte, 2004.



regionale, dalla parte terza della l.r. 1/2004). Tuttavia, **la mancata definizione di livelli essenziali di assistenza sociale a scala nazionale ha reso più disagiata delineare una perspicua distinzione nelle responsabilità e risorse** attribuite ai diversi livelli istituzionali **e meno stringenti e univoci sul territorio i criteri di selezione e accesso degli utenti alle prestazioni** (valutazione del bisogno, partecipazione alla spesa, scelta nella pluralità dei fornitori, ecc.)

L'opzione preferenziale per i "comuni – compiuta dalla l. 62/1995 e confermata dalla l. 1/2004 – chiama il livello locale a confrontarsi da un lato con la "pari titolarità" delle prestazioni conferita a tutti i cittadini di cui spetta ai comuni provvedere (la l.r. 1/2004, art. 39 li impegna verso i propri residenti), dall'altro con le loro diseguali capacità di organizzazione e spesa nella realizzazione delle prestazioni: i 59 soggetti gestori attivi al 2007 presentano infatti taglie alquanto disomogenee fra loro.

LE GESTIONI SOCIOASSISTENZIALI (2007)

- 3 comuni singoli (Torino, Novara, Asti) con ulteriore suddivisione dei servizi per circoscrizioni
- 41 consorzi intercomunali, scomposti per aree/distretti intercomunali/presidi nei singoli comuni
- 9 comunità montane
- 4 associazioni con convenzione intercomunale
- 2 gestioni delegate all'ASL

N.B. Dal 2005 al 2006 5 comuni hanno cambiato collocazione, l'ente gestore è passato da associazione a consorzio.



Poiché la mappa territoriale delle gestioni socioassistenziali viene determinata dai comuni attraverso autonome scelte di aggregazione, mentre il territorio delle ASL è definito direttamente a livello regionale, ne consegue una discrasia che non ha finora consentito la coincidenza – pur sollecitata dalla l. 328/2000, art. 8 – fra distretti sanitari e zone socioassistenziali; l'impiego stesso del termine distretto nei due contesti, con riferimento a scale macro e microcomunali, è un elemento aggiuntivo di complicazione. **Una pianificazione che consenta la piena coincidenza areale fra i bacini dei servizi appare pertanto una condizione necessaria**, benché di per sé non sufficiente, per perseguire l'integrazione dei servizi stessi rispetto a gruppi omogenei di popolazione e di domanda.

5. GLI STRUMENTI DELLA PIANIFICAZIONE

5.1 I PIANI DI ZONA

Le Linee Guida regionali (dgr. n. 51 del 9 settembre 2004) hanno indirizzato la costruzione dei Piani di zona come “strumenti obbligatori per la definizione e l’attuazione della rete dei servizi sociali”. I documenti di Piano risultanti dalla elaborazione condotta da comuni ed enti gestori presentano la rilevazione di bisogni, servizi esistenti (offerta da enti gestori, comuni, altri enti pubblici: scuole, ASL, ecc., organizzazioni di terzo settore), in relazione alle risorse economiche e umane impiegate. La costruzione dei PdZ è stata finalizzata a definire criticità, obiettivi e specifiche azioni da attuare sia da parte dei servizi esistenti sia in via progettuale e di prospettiva. Le metodologie seguite hanno combinato la sistemazione delle basi di dati disponibili con l’ascolto di gruppi attivi sul territorio, attraverso “tavoli tematici” composti in riferimento a target di popolazioni-persone (minori, famiglie, giovani, adulti, anziani, disabili, stranieri); di problemi (difficoltà degli adulti, handicap, immigrazione, dipendenze); e di obiettivi (domiciliarità, tutela materno-infantile, responsabilità genitoriali e familiari). L’iter si conclude di norma con la convalida sociale del piano, la sua approvazione istituzionale e la stipula del relativo accordo di programma⁷.

PERCORSO TIPO PER LA ELABORAZIONE DEL PdZ SU BASE CONSORTILE

- *convocazione dell’assemblea consortile, composta dai sindaci dei comuni associati*
- *composizione del Tavolo politico (istituzionale) e del Tavolo tecnico (Ufficio di piano)*
- *scelta di società di consulenza a supporto dell’UdP*
- *individuazione degli ambiti tematici per la rilevazione di bisogni, obiettivi, azioni, progetti*
- *organizzazione della prima conferenza di piano*
- *individuazione degli stakeholder esterni da coinvolgere*
- *analisi del territorio, dei bisogni e indicazione delle priorità di intervento (UdP)*
- *costituzione di tavoli misti fra servizi e stakeholder esterni*
- *predisposizione di griglie contenenti le problematiche affrontate, i bisogni relativi, l’esistente, i dati e le fonti, le proposte emerse*
- *rielaborazione complessiva e redazione del documento di piano da parte dell’UdP; inserimento delle proposte aventi alta priorità ed elevata fattibilità, indicazione dei compiti di realizzazione da parte di ogni attore coinvolto*

⁷ La composizione della platea degli aderenti all’Accordo di programma (AdP) discende dalla formula gestionale adottata. Si cfr. l’AdP fra provincia (Torino), comuni (Collegno, Grugliasco), ASL (n. 5), Consorzio (CISAP) finalizzato alla approvazione e attuazione del PdZ del Distretto n. 1 per il triennio 2006-2008; l’AdP fra Consorzio Intesa, Provincia di Cuneo, comuni consorziati ASL 18; il PdZ fra i comuni del Cebano, del Novese, del Comune di Asti, dell’ASL 21 Casale-Servizio socioassistenziale (i documenti dei Piani di zona al 12 settembre 2007 sono stati raccolti e messi a disposizione dall’Assessorato alle Politiche sociali della Regione, che si ringrazia per la collaborazione).



L'elaborazione dei Piani di zona ha fatto emergere quali principali problemi :

- **Il rapporto dei servizi socioassistenziali con l'ASL competente in caso di sovrapposizione di delimitazioni territoriali differenti:** in particolare la mancata coincidenza del distretto sanitario con il territorio consortile e/o l'appartenenza dei comuni consorziati a diverse ASL.
- **La difficile integrazione fra i diversi attori del sistema** (gli enti locali, le altre istituzioni pubbliche, la cooperazione sociale, il mondo associativo-volontario), quando si passa dalle intese complessive e "politiche" alla definizione di protocolli operativi e di coordinamenti organizzativi per la gestione delle soluzioni specifiche prefigurate.
- **Il partenariato effettivo nel rapporto con le organizzazioni di terzo settore** (organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, cooperative sociali, società di mutuo soccorso, enti di patronato), sia quando attuano modalità di partecipazione degli attori civili sul piano del policy-making, sia quando sono affidatarie dirette di servizi. In questo secondo caso la normativa regionale (BURP suppl. n. 22, 1° giugno 2006) richiede alla pianificazione locale il rispetto della "progettualità del soggetto gestore", la "valutazione degli aspetti qualitativi del servizio prima e durante l'affidamento" nonché azioni di sostegno e qualificazione formativa e organizzativa⁸.

5.2 SCELTE DI GRANDI ENTI



In ordine alla pianificazione locale dei servizi, le province vengono a esercitare un duplice ruolo: di supporto funzionale alle scelte dei comuni e di coordinamento correttivo della loro frammentazione. Si vedano ad esempio le iniziative della **Provincia di Torino** rivolte alla costruzione del Piano provinciale, che hanno elaborato un "**bilancio sociale consolidato di territorio**" per orientare le attività di comuni ed enti gestori socioassistenziali⁹.



La **Città di Torino** ha elaborato una prima versione di Piano dei servizi sociali (2003-2006) articolata su due livelli – cittadino e circoscrizionale – attraverso un lavoro per "tavoli tematici misti" volti a individuare criticità e obiettivi.

Il decentramento dei servizi sociali si intreccia, nella prospettiva di collocare in ogni circoscrizione un "unico grande presidio sociale e sociosanitario", con la scomposizione delle ASL cittadine, i cui 10 distretti coincidono con i territori circoscrizionali.

Il successivo Piano Regolatore Sociale della città tende a favorire una connessione più ampia, tra fattori ambientali fisici, spazi sociali implicati nella forma urbana (mobilità, trasporti), dotazioni culturali, processi relazionali, stili individuali di comportamento e di vita, entro un profilo di salute e qualità urbana riferito alla intera comunità cittadina: "la costruzione del profilo di salute e benessere della comunità locale avrà come riferimento territoriale il distretto sanitario coincidente

⁸ Da definire la gestione delle prestazioni da parte delle IPAB nella loro nuova figura di aziende pubbliche di servizi alla persona. Ben 771 furono le IPAB estinte nel periodo 1972-2002, con destinazione ai comuni delle risorse patrimoniali vincolate al comparto socioassistenziale (*Il patrimonio socio-assistenziale delle Ipab e dei comuni*, Regione Piemonte 2004).

⁹ *La Provincia per la programmazione sociale. Verso il Piano Sociale provinciale*, febbraio 2004. Il documento considera i compiti istituzionali svolti dai servizi dell'ente, i target dell'intervento realizzato (povertà di tipo economico, disabilità e condizione anziana) e delinea i fattori emergenti di vulnerabilità non tradizionale e di esclusione sociale. Sul terreno delle *policies*, un progetto, "Fragili orizzonti", promosso dalla Provincia di Torino con i comuni del consorzio chierese, introduce forme di microcredito sostenute da Banca Etica, per poveri "non assoluti" (50 famiglie fruiscono di un credito di 3.000 euro da restituire in 24 mesi a interesse contenuto). Nella strumentazione di un welfare per "penultimi", si collocano altre iniziative di finanza sociale e di microcredito avviate da parte del sistema bancario e finanziario e connesse fondazioni, in risposta a emergenti profili di nuove povertà; vedi anche D. Ciravegna, A. Limone (a cura di), *Otto modi di dire microcredito*, Bologna 2007.

con la circoscrizione”¹⁰. Il PRS è implicitamente inteso a definire il quadro di raccordo fra servizi socioassistenziali, servizi sociali universalistici, servizi sanitari: **dal territorio come spazio-contenitore di interventi al territorio come comunità che (auto)sviluppa benessere e salute.**

L'ARCHITETTURA DEL PRS DI TORINO

- *Tavoli tecnici (tematici) a livello centrale, affidati alla responsabilità politica assessorile, “recensiscono, analizzano e descrivono il modello di welfare cittadino” ed elaborano priorità, orientamenti e culture di intervento*
- *Dieci Tavoli circoscrizionali articolano il welfare “contribuendo anche alla ricomposizione del modello di welfare cittadino”*
- *Un gruppo di accompagnamento insediato ai vertici dell'amministrazione cittadina raccorda tavoli tecnici centrali e decentrati*
- *Le popolazioni e i problemi oggetto dei tavoli tematici sono: adulti (formazione, lavoro); anziani, terza e quarta età; disabili (accessibilità, inclusione sociale); bambini e bambine; ragazze ragazzi giovani; immigrati (nuovi cittadini, integrazione).*

5.3 AMBITI DI INNOVAZIONE NEI SERVIZI

I Piani di zona finora elaborati delineano anche **un ventaglio delle azioni innovative attese nell'ambito socioassistenziale**, in tema di **domiciliarità** a livello micro (assistenza domiciliare integrata, assistenza familiare, regolazione della badanza, telesoccorso); **affidamento di minori e disabili** (reagendo alla calante propensione sociale/familiare ad accogliere); **pronto intervento sociale** (compresa l'emergenza alloggiativa); **contrasto a fenomeni di disagio relazionale**, conflitti interpersonali, violenza a base di genere, etnia e generazione, attività di mediazione.

Tra i compiti più generali, che attendono i futuri assetti, territoriali e gestionali, che deriveranno dalla applicazione del Piano sociosanitario approvato e di quello sociale in via di definizione, vi saranno quelli di:

- favorire la ricomposizione, anche organizzativa, dei percorsi di accesso e fruizione delle prestazioni “miste” sanitarie e socioassistenziali (interventi per la non autosufficienza di anziani e disabili);
- aprire spazi di progettualità per rilanciare interventi a forte connotazione tematica (ad esempio i coordinamenti specialistici già attualmente operanti in tema di lotta all'abuso e di maltrattamento infantile);
- fare dell'assistenza distrettuale il perno della ricomposizione dei piccoli presidi sparsi, delineando un terreno di *servizi di base per la salute*, che operi un raccordo stabile fra medicina di territorio e servizi sociali di zona;
- progettare “poli di servizio sociale territoriale”, che funzionino come punti unici di accesso, accoglienza, indirizzamento e valorizzazione di risorse e competenze, oltre che di manutenzione dei servizi in essere.

¹⁰ Deliberazione della Giunta comunale di Torino, n. 0704, 160/019: “Approvazione dell'architettura del Piano regolatore sociale. Condivisione degli obiettivi”. Nella concezione ampia di salute e benessere si iscrive anche il rapporto: *Lo stato di salute della popolazione in Piemonte. Parte seconda, Misure della Salute Sociale*, Regione Piemonte, Assessorato al Welfare e Lavoro – Università di Torino, Dipartimento di Scienze sociali, maggio 2006.

Al di sopra della rete efficace dei servizi di base, si aprono per i servizi sociali compiti di intervento più specializzato, in connessione con attività specialistiche di sanità (psichiatria, dipendenze), scuola, giustizia penale e civile, ecc. A loro volta anche le reti della sanità di livello superiore dovrebbero (ri)comprendere sistematiche attività di supporto sociale (accompagnamento, dimissione, monitoraggio), rivolte a facilitare e sostenere il percorso degli utenti nelle diverse fasi del trattamento.

6. POTENZIALITÀ E VINCOLI DELL'INFO-WELFARE

I Piani di zona rilevano, nella dislocazione fisica delle strutture sul territorio, problemi di adeguatezza rispetto all'organizzazione dei servizi e all'accesso degli utenti, giustificando la conseguente **aspettativa che la diffusione delle connessioni veloci su tutto il territorio regionale – e soprattutto nei territori più marginali e/o congestionati – sia in grado di elevare il potenziale di integrazione funzionale del sistema**. Peraltro è da notare come, fra le informazioni di esercizio diffuse dal lato dell'organizzazione dei servizi e la situazione dei destinatari, sussista una ampia dissimmetria, dovuta innanzi tutto ai **limiti culturali e cognitivi** (da età, stato di salute, luogo di residenza) dell'utenza accedente. Ad essa si aggiunge la difficoltà di incorporare i valori aggiunti di informazione nei protocolli delle relazioni di aiuto: **i requisiti di forte relazionalità intersoggettiva, che definisce molti servizi alla persona**, non consentono loro di risolversi in una mera fornitura o passaggio “neutro” di informazioni; e a maggior ragione in confronto con quelle innovazioni nelle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, dove la teletrasmissione dei dati rende più agevole un rapporto diretto, ancorché a distanza, con l'utenza e ne incrementa il senso di sicurezza e protezione¹¹. **Ciò non giustifica peraltro il sottoutilizzo delle potenzialità dei sistemi informativi come risorsa di governo, gestione, accesso e fruizione**, sia per le conseguenze negative che ciò avrebbe sul prestigio e la considerazione sociale delle attività svolte dai servizi sia per la necessità di accrescere la loro riflessività interna, la trasparenza nella offerta e nella percezione di qualità delle loro prestazioni.

Un info-welfare potrà dunque rivolgersi a:

- *governare i nodi più congestionati dell'offerta*, tra cui attualmente figurano le carenze nelle strutture residenziali protette per anziani, in considerazione del fatto che i problemi di questa tipologia di prestazioni (accesso, liste di attesa, mobilità) non si risolvono liberalizzando il mercato in termini concorrenziali¹²;
- *supportare la gestione delle transizioni e delle cronicità*, attraverso file personalizzati che accompagnano la carriera degli assistiti;
- *strumentare attività di case management*, realizzate dal segretariato sociale di zona o con altre forme di consulenza personalizzata, evitando di accollare ai soli utenti i costi di ricomposizione dei loro percorsi;
- *potenziare la scelta* da parte degli utenti e dei nuclei familiari di riferimento di “percorsi assistenziali flessibili”;
- *favorire intreccio e complementarità* nell'impiego di risorse umane – professionali, associativo-volontarie e sociali – nella costruzione di protocolli operativi, che consentano più efficaci collaborazioni, pur nella distinzione funzionale di ruoli e responsabilità¹³.

¹¹ Un progetto pilota “Wireless Ambulatori Cannobina” è stato finanziato dal progetto ISACCO in un territorio di cinque comuni montani, esteso per 120 kmq, con circa 6.000 abitanti, per il 21% ultra 65-enni e per il 40% non in grado di spostarsi autonomamente. Il sistema inserisce le esigenze della ASL 14 alla rete preesistente fra i comuni, con servizi di teleprenotazioni, teleconsulenza – visita video con specialista – ECG, invio dei referti, integrando così la medicina di base alle attività socioassistenziali di telesoccorso e assistenza domiciliare, già attivate per una popolazione anziana e dispersa.

¹² Sulla qualità delle strutture residenziali: *Case di Riposo Aperte. La qualità dei servizi nelle strutture socioassistenziali*, Regione Piemonte, 2003; AA.VV., *Sistemi di gestione per la qualità delle residenze per anziani non autosufficienti*, 2007 (manuale di autovalutazione, elaborato a partire da 11 case di riposo del territorio biellese nel processo di certificazione sulla qualità organizzativa nelle strutture per anziani, anche come base per la formazione di un “management sociale” delle stesse).

¹³ A fronte di pressioni insorgenti, l'integrazione di funzioni specializzate già esistenti, nel mancato collegamento a bisogni e visioni più complessive, può portare “a ignorare temi rilevanti e nuove esigenze che una collettività sviluppa”: R. Cugno, *Servizi pubblici: una risorsa da governare*, “Informaires”, n. 33, 2006, p. 69.

La costruzione di un repertorio di competenze e know-how posseduti dagli operatori del sistema ai diversi livelli e nei diversi contesti operativi, potrà evolvere in una banca delle “buone pratiche” efficaci, di cui la regione intercetti l’eccellenza e la rilanci, consentendo il trasferimento di modalità organizzative e professionali “di successo” dai punti pilota a tutto il territorio regionale.

7. TRE AREE SOCIALI DI INVESTIMENTO STRATEGICO

7.1 ANZIANI MOLTO VECCHI E QUESTIONI DELLA DOMICILIARITÀ

L'ageing è uno dei fattori cruciali per l'evoluzione del sistema dei servizi, in quanto determina una crescita "esponenziale" delle esigenze di trattamento sociosanitario-assistenziale e impone nuovi criteri per valutare il bisogno e l'adeguatezza dell'offerta di prestazioni formali e informali¹⁴.

La principale opzione che ne consegue è quella fra "residenzialità protetta" e "domiciliarità piena", con le diverse condizioni intermedie e miste fra i due estremi¹⁵.

Lo sviluppo di un servizio adeguato di assistenza domiciliare a gestione pubblica (diretta e indiretta) si pone in alternativa al ricorso alla residenza protetta (vincolato alla disponibilità dei posti e al livello delle rette) come alle soluzioni di autoaccomodamento privato-familiare (badanza, mercato dei servizi) che sono peraltro in forte incremento. L'assistenza domiciliare agli anziani incontra i suoi limiti attuali nella selezione dei destinatari, ristretta alle situazioni di maggior gravità e urgenza, nella scarsa disponibilità ed elevato ricambio del personale addetto, e nella difficoltà di modulare risposte coerenti con la condizione territoriale e familiare degli anziani richiedenti. Una risposta introdotta in via sperimentale è la scomposizione tra prestazioni a contenuto assistenziale "alto" (ADEST/OSS) e "basso" (colf-badante), che favorisce riduzione della spesa e, a parità di budget, aumento dei casi in carico e dell'orario del servizio¹⁶.

Uno sviluppo complessivo comporterebbe:

- l'adozione di una politica mirata verso la badanza, attraverso modalità (albi, registri locali, certificazioni, ecc.) che consentono di allocare l'offerta in modo più soddisfacente, qualificato e securizzante per l'utenza;
- un utilizzo più sistematico degli assegni di cura e/o dei buoni servizio amministrato, risolvendo i problemi di finanziamento e controllo del loro corretto utilizzo;
- la definizione possibile di figure di assistenti familiari professionali, che operino in raccordo con i servizi territoriali.

Una rete di servizi agli anziani centrata sullo sviluppo della domiciliarità andrà infine completata con:

- forme di accoglienza leggera in ingresso, che orientano e anticipano i percorsi di *care* prima e fuori dei bisogni conclamati;
- flessibilità di passaggi fra interventi socioassistenziali domiciliari, servizi intermedi e strutture protette, contrastando quelle resistenze culturali e sociofamiliari che in taluni casi ostacolano l'accesso in struttura percepito come stigmatizzante, in altri non incentivano il ricorso e l'accettazione di forme leggere di assistenza domiciliare.

¹⁴ "La pressione dell'invecchiamento sul sistema dell'assistenza dipende più dalla crescente fragilità dell'argine familiare ai bisogni che da una effettiva espansione demografica" ("Informaires", n. 24, 2001, p. 31).

¹⁵ Si contavano in Piemonte, nei primi anni 2000, 772 presidi residenziali per anziani, per 39.620 posti, di cui il 50% (RSA, RAF e quota dei posti in case di riposo in via di adeguamento) per non autosufficienti. La modalità di gestione risultava direttamente pubblica (comuni, comunità montane, consorzi, ASL) solo nel 17% dei casi; IPAB e non profit nel 40%; religiosa nel 18%, privata societaria nel 26%. Una rilevazione condotta su 496 presidi indicava come il 76% degli ospiti fosse donna, il 70, 8% di età da 80 e più anni, il 51, 8% in condizioni di non autosufficienza (*Case di Riposo aperte: dove, come e quanto. Dati sulle residenze per anziani del Piemonte*, Regione Piemonte, 2002, p. 28). La diseguale dotazione di strutture configura per alcune province (Asti, Biella) una offerta sovradimensionata rispetto a necessità strettamente locali, con conseguenti processi di "migrazione infraregionale".

¹⁶ Report di ricerca presentato dal CISS di Chivasso: *Tutte le mattine... Anziani e servizi a sostegno della domiciliarità*, 2007.



Al di là di facili semplificazioni, va detto che il **mantenimento di una “domiciliarità piena”, orientata a conservare agli anziani, specie se molto vecchi, familiarità e consuetudini entro i loro spazi significativi di vita**, delinea un orizzonte complessivo di politica sociale assai impegnativo. Essa include i servizi dedicati, le prestazioni complementari – dalla fornitura a domicilio di pasti, farmaci, trasporti, ai contributi per l’affitto e l’accesso all’edilizia sociale, fino al turismo sociale e ricreativo – e gli apporti di una socialità informale, associativa, a base volontaria relazionale e di prossimità, che non può essere semplicemente postulata, ma va costruita e promossa¹⁷. Al centro di tale politica si viene a porre una rete strutturata di connessioni (famiglia-domicilio-centri diurni-presidi semiresidenziali-strutture protette), servita da “punti unici di accesso” distribuiti sul territorio, che accompagnano verso i servizi e il loro uso appropriato. La costruzione e la manutenzione di una rete siffatta comporta una stabile integrazione istituzionale fra gli attori pubblici (comuni/consorzio/ASL) alle diverse scale, e la definizione omogenea di livelli essenziali, che articolano gli apporti di prestazione e spesa rispettivi di ASL, comuni e utenti, e consentono certezza di prestazioni a parità di costi e di diritti¹⁸.

7.2 BAMBINI MOLTO PICCOLI E SOSTEGNO EDUCATIVO PRECOCE

La maggiore attenzione del welfare alla “ordinaria condizione di vita” di bambini e famiglie costituisce un altro investimento sociale necessario; al di là dell’impegno, che le situazioni estreme di abuso e maltrattamento dell’infanzia ricevono da parte di servizi e operatori specializzati¹⁹ e del non ancora ultimato spostamento dei minori dalle strutture verso alternative di tipo familiare (comunità, affidamenti, adozioni).

Ridurre i costi di abbandoni e fallimenti educativi e scolastici e sostenere *tutti i bambini*, specialmente quelli in situazioni familiari a rischio, nelle fasi precoci della loro crescita, è richiesto sia da principi di equità sociale che da ragioni di opportunità in senso preventivo²⁰. Le ricerche condotte sul territorio segnalano, nella gestione del tempo-crescita dei bambini, la tensione insorgente fra vincoli e obblighi delle istituzioni formative e mobilità fuzzy delle scelte di socialità e svago. Tende ad ampliarsi lo scarto fra cultura scolastica e contesto familiare – anche per l’ingresso fortemente spiazzante dei media nel circuito educativo. Si avverte **la mancanza di luoghi e ambienti di vita quotidiana, che abbiano reale qualità cognitiva e culturale per l’educazione e la crescita**.



¹⁷ L’Associazione Vita3 di Saluggia è tra le più significative esperienze presenti in regione di volontariato di prossimità per/tra anziani.

¹⁸ Il quadro normativo per l’integrazione dei servizi ai fini della domiciliarità, già delineato dal d.lgs. 229/1999, dal dpcm. del 29 novembre 2001 sui LEA sanitari e dal dpcm. del 14 febbraio 2002, “Atto di indirizzo e coordinamento per l’integrazione sociosanitaria”, è attuato in Piemonte con linee guida per l’attivazione del servizio di cure domiciliari nelle ASL, contenute nella dgr del 7 maggio 2002, n. 41-5952 e dgr. del 31 dicembre 2003 51-11389, Accordo Regione-Territorio per applicazione dei LEA sull’area sociosanitaria (“BURP”, n. 53, 31 dicembre 2003). La necessità di fornire ulteriori risorse per ridurre le liste di attesa nelle strutture e finanziare assegni di cura, servizi di assistenza domiciliare, ricoveri di sollievo è alla base di un recente provvedimento, che ripartisce il fondo aggiuntivo della Regione agli enti gestori, in rapporto alla quota di anziani di 75 e più anni sulla popolazione. Ciò conferma implicitamente come la transizione fra terza e quarta età configuri il vero punto di snodo nelle concezioni e pratiche della domiciliarità (sul problema in generale v. E. Pavolini, *Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza*, Roma, 2004).

¹⁹ *Linee Guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso sessuale*, in AA.Vv., *Il bambino tradito. Carenze gravi, maltrattamento e abuso a danno di minori*, Roma, 2000, pp. 357-73. Sul “diritto all’ascolto” del bambino in generale, vedi M. Olagnero, D. Rei, *L’ascolto dei bambini da principio normativo a pratica sociale: osservazioni dal contesto torinese*, “Quaderni di sociologia”, n. 42, n. 3, 2006, pp. 101-31.

²⁰ Studiosi come G. Esping Andersen e J. Bradshaw sostengono la necessità di imprimere una svolta *child-oriented* alle politiche di welfare in Europa. Vedi AA.Vv., *Sociologia dell’infanzia*, in “Quaderni di Sociologia”, n. 42, 2006. Ricerche locali: D. Rei (a cura di), *La fatica di crescere*, Torino, 2002; *La città che ascolta i bambini. Moncalieri, Trofarello, La Loggia: desideri, paure e attese dell’infanzia*, Torino, 2007.

A quest'ultima esigenza può rispondere l'attivazione di luoghi dedicati (centri educativi e ludici, spazi urbani attrezzati per il gioco e la socialità, ecc.) che forniscono riconoscimento e sostegno alla dinamica educativa e allo scambio anche cognitivo fra generazioni.

Problemi in parte analoghi si avvertono per il servizio degli asili nido. L'offerta pubblica per la fascia 0-3 anni, pur al di sopra della media nazionale (Italia 11%, Piemonte 16%) lascia ancora scoperta una ampia domanda che ricorre a offerte private e di mercato e alla *care* familiare informale. L'ampliamento atteso del servizio è chiamato perciò a combinare l'estensione quantitativa dell'utenza con l'intensificazione qualitativa del rapporto educativo. Se le necessità quantitative comprendono la ripresa di welfare connesso all'occupazione (asili nido all'interno di aziende, e di enti pubblici, strutture aziendali consortili) e il conseguente sostegno alla famiglia dual worker e all'occupazione femminile extradomestica, le ragioni qualitative richiamano al sostegno nell'esercizio di responsabilità genitoriali, in forme che prevedono interazione e reciprocità delle famiglie con le competenze educative professionali, riprendendo le significative innovazioni avviate in Piemonte in attuazione della l. 285/1997 (micronidi in autogestione residenziale, centri per famiglie, ecc.)²¹

7.3 LA FAMIGLIA COME MICROSISTEMA DINAMICO E RELAZIONALE

Il tema delle “politiche familiari” si propone all'orizzonte del welfare regionale in duplice verso. Da un lato comporta interventi che riguardano la varietà di condizioni (bambini, giovani, anziani, disabili, ecc.) presenti nel nucleo familiare, in relazione a loro problemi specifici, dall'altro ha riferimento ai compiti propri dello “specifico familiare” in materia di responsabilità educative, di *care*, ecc. (l. 328/2000, art. 16): “la politica per la famiglia ha come sua logica che l'intervento deve essere volto in ogni situazione alla ricostruzione del sistema di solidarietà relazionale familiare”²².

Pur in assenza di una legge regionale apposita (si vedano comunque le indicazioni offerte dalla l.r. 1/2004 artt. 41-43), **il sistema dei servizi sociali non si è limitato al target delle famiglie problematiche**, ma ha esteso la gamma dei suoi interventi, per la prima infanzia, l'affidamento e l'adozione, la deistituzionalizzazione dei minori, la domiciliarità nell'assistenza sanitaria (*home care*) e sociale. La ricerca comparativa sulle politiche regionali riconosce al Piemonte la dotazione di una legislazione sociale forte soprattutto di un largo ventaglio di azioni e progetti specifici. A innalzare l'“indice di familiarità delle politiche” concorre soprattutto il peso assegnato all'**intervento verso i minori**, che appare una sorta di sostituto funzionale delle politiche rivolte direttamente alle famiglie, per quanto sia esile – per interventi come adozioni e affidamenti – il confine fra i due tipi di beneficiari (il minore e il nucleo in cui si inserisce).

Si rileva tuttavia in complesso **nella pratiche concrete dei servizi la prevalenza di impostazioni più orientate al controllo dei rischi “da famiglia inadeguata” che alla promozione di risorse endogene da riconoscere e valorizzare**: “la famiglia sembra non essere chiaramente identificata e riconosciuta nel suo ruolo di soggetto attivo all'interno di un processo di interven-

²¹ Al 2003 in Piemonte si contavano 206 asili nido comunali (196 a gestione diretta), con 11.495 iscritti e una domanda inevasa (in attesa) di altri 7.833, 91 asili nido privati autorizzati e 75 servizi “a ore” (baby parking), con circa 3.200 posti autorizzati. Servizi integrativi e a progetto sono stati elaborati e finanziati grazie alla l. 285/1997 con formule più agili rispetto alle strutture della l. 844/1971; tra questi i micronidi interfamigliari, nei quali un recente bando regionale punta ad attivare ulteriori 1.200 posti (*I servizi per la prima infanzia in Piemonte*, Regione Piemonte, 2003).

²² *Politiche familiari e potenziale sociale. Le legislazioni regionali, le buone prassi locali e le rappresentazioni delle famiglie in Italia*, Edizioni Lavoro, Roma, 2005. La ricerca censisce 29 provvedimenti legislativi piemontesi (8 leggi e 21 dgr) fino al 2004, che riguardano beneficiari diretti e finali, in prevalenza minori, anziani e disabili e soggetti socialmente svantaggiati. Ai provvedimenti normativi corrispondono 79 interventi/servizi (32 per minori, 17 per disabili e anziani, 10 per soggetti svantaggiati). La famiglia è ritenuta destinataria diretta di un solo intervento, la dgr. 17 novembre 2003 n. 78-11034, istitutiva del Servizio famiglie professionali finalizzato all'affido in alternativa all'inserimento nei presidi.



to”²³. Un riorientamento conseguente delle politiche comporterebbe di dare sostegno non solo alla pratica di solidarietà corte, funzionali alla soluzione di specifici problemi relazionali, ma all’esercizio di quei “rapporti lunghi”, intrafamiliari e intergenerazionali, che in un contesto di frammentazione e “socialità liquida” tendono a perdere in rilevanza sociale e valore comune di cittadinanza. Ciò riguarda anche le dinamiche familiari proprie a una immigrazione, che manda segnali di essere “qui per restare” (Zincone): tassi di natalità superiori a quelli della popolazione autoctona, acquisti di case, aumento di attività economiche, frequenza della scuola dell’obbligo. La **stabilizzazione delle famiglie immigrate, quando si fuoriesca dalle tensioni proprie della prima emergenza assistenziale, pone questioni di “esposizione reciproca” tra modelli culturali nei processi educativi, e nei rapporti di genere e intergenerazionali entro la famiglia. In particolare** la condizione dei minori nati in Italia da genitori stranieri (“seconda generazione immigrata”) apre uno spazio di potenziale intervento educativo e sociale, volto a contrastare i rischi del pendolarismo fra modelli culturali e i conflitti nelle aspettative individuali, che vengono a misurarsi più sui coetanei della società italiana che sulle famiglie d’origine dei minori in questione.

²³ Un indice di familiarità delle politiche (valore massimo 100) è calcolato sui seguenti indicatori: beneficiari (individui o gruppi in relazione); sussidiarietà (partecipazione della famiglia al mix degli attori); strategia (risorse di programmazione, formazione, valutazione), azioni (contenuto degli interventi). I provvedimenti piemontesi che presentano un valore dell’indice più elevato sono la promozione dell’affidamento (91), i gruppi appartamento per gestanti e madri con bambino (75), le cure domiciliari (72), le norme su affidamento e adozione (71) il servizio famiglie professionali (67). Il basso punteggio (29) assegnato alla dgr. del 20 novembre 2000 n. 19-1361 sui requisiti strutturali e gestionali dei centri di custodia oraria-baby parking riflette il giudizio che l’utilizzo strumentale prevalga sul coinvolgimento diretto delle famiglie. (Il nesso fra il modello di famiglia ritenuto necessario o preferibile, e le sue implicazioni sulle politiche sociali regionali non può che essere accennato; analogamente per le politiche – conciliazione dei tempi di lavoro e di *care* anche per i lavoratori flessibili, riduzione dei costi per famiglie numerose, trattamento fiscale più amichevole in rapporto alla composizione del nucleo ecc. – che travalicano la stretta competenza regionale.)

8. LA RIFORMA DEL LAVORO SOCIALE PROFESSIONALE

Non appare dubbio che il lavoro sociale futuro debba affrontare come proprio compito i nuovi rischi sociali – precarietà e intermittenza della occupazione, invecchiamento e non autosufficienza anziana, dinamiche migratorie, moratoria dei corsi di vita – che attenuano i confini fra inclusione/esclusione sociale e dilatano gli spazi della vulnerabilità. Un intervento sociale volto ad affrontare stati individuali di sofferenza, isolamento, disgregazione, è ben lungi dal potere essere trascurato, in un contesto di polarizzazioni sociali e precarietà. Ma **un lavoro sociale inteso a servire un welfare positivo-promozionale** dovrà nel contempo prospettare le sue attività in termini di salute, benessere, qualità di vita, autosufficienza, relazionalità, sviluppo delle capacità, cittadinanza.

Un welfare promozionale richiede ai professionisti sociali di combinare la loro competenza di aiuto alle persone concrete e ai loro tessuti relazionali minuti, con l'interesse e la capacità di inserirsi entro interventi più complessi di comunità, gruppo, territorio e di interagire con **altre professioni dei servizi**, sanitarie, educative, formative, di animazione socioculturale, e con quelle risorse sociali – volontaristiche, associative, informali – che sono portatrici di sapere concreto e familiarità attiva con il territorio di riferimento.

L'*integrazione sociosanitaria*, riproposta nei documenti di piano²⁴ propone a operatori di diversa estrazione e competenza **un modello condiviso di benessere e salute** che consente di esplicitare identità e competenze specifiche entro una collaborazione interprofessionale di qualità elevata.

Ne consegue una “particolare attenzione richiesta a **percorsi formativi favorenti la cultura della intersectorialità**” che mobilita il quadro della formazione al lavoro sociale, attualmente svolta nelle due Università di Torino e del Piemonte Orientale, nelle scuole di rango regionale, attraverso collaborazioni con gli enti gestori dei servizi. La regione è chiamata a svolgere una attività di regolazione, per la definizione delle singole professionalità, la previsione dei loro impieghi e l'utilizzo delle figure formate. Gli enti gestori a consentire la realizzazione di tirocini e apprendimenti sul campo, sostenuti da una adeguata capacità di supervisione. Le Università a dispiegare le loro autonomie progettuali e responsabilità culturali e scientifiche, in un rapporto attento con le dinamiche dei bisogni in trasformazione nella società esterna²⁵.

Spetta alla formazione nei suoi diversi momenti – di base, sul campo, in servizio, dotare il futuro professionista sociale della competenza necessaria a muoversi fra i diversi e connessi piani- cognitivo, istituzionale, emozionale, relazionale – del suo operare. Tale formazione, non predeterminabile entro logiche di implementazione sinottica delle politiche, e non ristretta nei confini di una “amministrazione disciplinare” del disagio, sarà chiamata a estendere la base teorico-accademica da cui muove in sapere riflessivo e orientato all'intervento, e il sapere appreso sul terreno dei servizi in riflessività aperta all'arte relazionale dell'aiuto e del cambiamento.

²⁴ *Piano sociosanitario regionale 2007-2010*, cap. IV *Integrazione socio-sanitaria: salute e benessere sociale*.

²⁵ La nuova classe delle lauree in servizio sociale (L-39) indica per la formazione del professionista assistente sociale i seguenti obiettivi: “avere conoscenze disciplinari e metodologiche adeguatamente utili alla programmazione e alla realizzazione di interventi integrati fra vari ambiti operativi [...] possedere competenze nel campo della rilevazione e del trattamento di situazioni di disagio sociale, tanto di singoli quanto di famiglie gruppi comunità [...] attivare azioni preventive del disagio sociale, promozionali del benessere”.

