



TAVOLO
**BENESSERE
E COESIONE SOCIALE**

Welfare e nuove povertà

Paolo Zurla

Alessandro Bozzetti

Elena Mattioli

Tatiana Saruis

Alessandro Martelli

con il contributo di



**FONDAZIONE
DEL
MONTE**

1473

INDICE

PARTE PRIMA

LO STATO DEL DIBATTITO TEORICO E GLI ORIENTAMENTI SOVRALOCALI

1 I sistemi di welfare in sintesi: definizioni e modelli ...	5
2 Le trasformazioni del welfare: le sfide e le tendenze in atto.....	7
2.1 Le sfide	7
2.2 Le tendenze	9
3 Il discorso sul welfare nazionale, in sintesi	12
4 Il contesto sovralocale	14

PARTE SECONDA

LE DINAMICHE NELL'AMBITO DEL TERRITORIO BOLOGNESE

1 Premessa: i confini “sfumati” del sociale	18
2 Gli strumenti della programmazione provinciale....	22
3 Accessibilità: sportelli sociali e sportelli comunali per il lavoro	24
3.1 Gli sportelli sociali.....	25
4 Servizi socio-assistenziali e target di utenza: principali caratteristiche e trasformazioni nella morfologia del bisogno e della risposta nel territorio bolognese	29
4.1 Premessa	29
4.2 La rete dei servizi per le famiglie ed i minori	30
4.2.1 <i>Le famiglie con minori in difficoltà</i>	30

4.2.2 <i>I servizi e gli interventi sociali rivolti alle famiglie con minori in difficoltà</i>	32
4.2.3 <i>Possibili priorità di azione e spunti di riflessione</i>	34
4.3 Approfondimento 1: La rete dei servizi socio-educativi 0-3 anni	34
4.3.1 <i>La popolazione di riferimento e la domanda di accesso</i>	35
4.3.2 <i>I servizi socio-educativi per la fascia zero-trentasei mesi</i>	37
4.3.3 <i>Possibili priorità di azione e spunti di riflessione</i>	41
4.4 Approfondimento 2: Le giovani generazioni	41
4.5 Anziani	44
4.5.1 <i>Caratteristica dell'utenza</i>	44
4.5.2 <i>La struttura dell'offerta di servizi</i>	45
4.5.3 <i>Dinamiche e tendenze nella domanda</i>	45
4.5.4 <i>Criticità e priorità di azione</i>	47
4.6 Disabili	50
4.6.1 <i>Caratteristiche dell'utenza</i>	50
4.6.2 <i>Mappa dei servizi</i>	51
4.6.3 <i>Le dinamiche in corso</i>	55
4.6.4 <i>Criticità e priorità di azione</i>	55
4.7 Immigrati	56
4.7.1 <i>Caratteristiche dell'utenza</i>	56
4.7.2 <i>La struttura dell'offerta di servizi</i>	60
4.7.3 <i>Criticità e priorità di azione</i>	61
4.8 Adulti in difficoltà	62
4.8.1 <i>Caratteristiche dell'utenza</i>	62
4.8.2 <i>L'emergere di una nuova fascia di bisogno: le nuove povertà</i>	66
4.8.3 <i>La struttura dell'offerta di servizi</i>	67
4.8.4 <i>Criticità e priorità di azione</i>	69
4.9 Approfondimento 3: le persone in esecuzione penale ed i servizi loro rivolti	70
4.9.1 <i>La popolazione in esecuzione penale</i>	70
4.9.2 <i>Servizi nell'ambito dell'esecuzione penale degli adulti</i>	72

PARTE TERZA

NODI CRITICI E PROSPETTIVE

1 Nuove aree di bisogno: vecchie e nuove povertà	74
2 Regia e convergenza del sistema dell'offerta	75
3 Le professionalità in campo nel sociale: il difficile equilibrio tra qualità del lavoro, scarsità delle risorse e innovazione.....	76
4 La valutazione	81
Riferimenti bibliografici e sitografia	84

PARTE PRIMA

LO STATO DEL DIBATTITO TEORICO E GLI ORIENTAMENTI SOVRALOCALI

1 | I SISTEMI DI WELFARE IN SINTESI: DEFINIZIONI E MODELLI

Sebbene si possa rintracciare una condivisione di fondo tra i diversi approcci definatori del welfare nell'identificare come fine generale il "benessere dei cittadini", meno unanimità si rintraccia nel definire il "benessere" cui si dovrebbe tendere: quali i bisogni da soddisfare ed i portatori di tali bisogni titolati a ricevere una risposta, quali le modalità per farlo, quali le finalità da perseguire, quali gli attori chiamati ad impegnarsi in tal senso e quale tra di essi la suddivisione dei ruoli e delle responsabilità.

Settanta anni fa esatti, nel 1942, il *Report on Social Insurance and Allied Services* di Beveridge modificava radicalmente l'approccio al problema della povertà, proponendo un sistema unificato di sicurezza sociale per proteggere il cittadino "dalla culla alla tomba", segnando la nascita del moderno welfare state.

Nel suo momento di massima espansione, nei cosiddetti 'trenta gloriosi' anni successivi alla Seconda Guerra Mondiale, lo Stato assume un ruolo preminente nella tutela dei cittadini dai rischi del lavoro e della vita.

È in base a questa impostazione che viene elaborata una prima tipologia dei cosiddetti regimi di welfare, che, anche considerate le trasformazioni che si sono innescate a partire dalla crisi economica degli anni Settanta, appare ancora valida a descrivere la sua differente declinazione nei diversi Paesi occidentali.

In questa prima sistematizzazione si individuano tre regimi (Titmuss 1975; Esping-Andersen 1999): quello **liberale**, prevalente nei Paesi anglosassoni, le cui misure sono prevalentemente basate sulla cosiddetta prova dei mezzi (*means-test*) e residuali, dunque mirate ad intervenire solo sull'emergenza, laddove i meccanismi inclusivi del mercato falliscono; quello **conservatore-corporativo**, tipico dei Paesi dell'Europa continentale, dove l'accesso alle misure di welfare è collegato alla posizione occupazionale, pertanto i destinatari sono, per lo più, i lavoratori; quello **socialdemocratico**, diffuso nei Paesi scandinavi, dove gli schemi universalistici prevalgono, la dipendenza dal mercato è attenuata

e i diritti sociali sono esigibili dagli individui sulla base del diritto di cittadinanza e non sulla possibilità di contribuzione.

A partire da questa tipologia, si propone l'aggiunta di **quarto modello, definito mediterraneo o dell'Europa meridionale** (Ferrera 1996 e 2006), dove la famiglia e le reti parentali hanno una responsabilità primaria di tutela, mentre i servizi pubblici intervengono soltanto con modalità residuali, le misure di protezione privilegiano apporti finanziari rispetto all'offerta di servizi, che sono in larga misura delegati alle famiglie.

Infine, più recentemente, si sono inclusi in questa tipologia, **i sistemi di welfare dei Paesi dell'Est Europa in transizione** (Kazepov 2010).

A partire dagli anni Settanta del Novecento, per una serie di complesse ragioni che saranno approfondite in seguito, si favorisce la creazione nei Paesi occidentali di più complessi e articolati 'sistemi di welfare' alla realizzazione dei quali prendono parte, accanto allo Stato, anche altri attori, sia pubblici sia privati.

Si va così a comporre quello che viene definito il "diamante del welfare" (Ferrera 2006), dunque un sistema complessivo di risposta ai bisogni che, accanto al ruolo predominante dello Stato, vede il coinvolgimento del mercato, delle associazioni intermedie e della famiglia.

La stessa idea di welfare si allarga, dunque, per includere questi attori, sia individuali sia collettivi. Rispetto alle sue prime definizioni in cui lo Stato era al centro del sistema e il cittadino un fruitore passivo, ora quest'ultimo assume una nuova rilevanza, diventando responsabile in prima persona del proprio benessere.

Anche qui, però, la combinazione dei ruoli e delle responsabilità dei diversi attori inclusi nel welfare appare diversamente connotata, influenzando la definizione stessa del welfare e dei modelli secondo i quali si declina.

Da un lato, i modelli di welfare cosiddetti **lib-lab** in cui il benessere tende a essere concepito come puramente materiale, utilitaristico e individuale (Donati 2006). In questo senso, le diffuse esperienze di **welfare mix** tendono a mettere in risalto interessi privatistici e priorità di contenimento della spesa pubblica. L'individuo è qui interpretato in veste di cliente/consumatore in grado di operare scelte razionali in un sistema complesso, col rischio che cittadini e famiglie che si rivolgono al welfare, dunque probabilmente di per sé già vulnerabili, si trovino investiti da un eccesso di responsabilità.

Dall'altro lato, anche a partire dalla critica a questi modelli che si ritiene abbiano contribuito, almeno in parte, a delegittimare gli stessi sistemi di protezione sociale che avrebbero dovuto innovare e salvaguardare, si elabora una nuova concezione del welfare più **"comunitario" o "societario"** (Franzoni e Anconelli 2003; Di Nicola 2011 a e b) in cui le istituzioni pubbliche riprendono la 'regia' di un sistema complesso e inclusivo di attori e di reti che si costruiscono intorno al cittadino e al suo contesto di vita per valorizzarne le risorse e le

capacità, non solo in un'ottica di cura e tutela, ma anche di prevenzione, attivazione ed *empowerment*.

Emerge dunque l'idea di un sistema di **enabling welfare** (Zurla 2007), dove i cittadini, con le proprie reti relazionali e risorse, sono soggetti attivi da sostenere in un processo di accrescimento delle chance di vita proprie e collettive.

2 | LE TRASFORMAZIONI DEL WELFARE: LE SFIDE E LE TENDENZE IN ATTO

Da molti anni, in Italia e in Europa, sono in atto rilevanti trasformazioni nell'ambito delle politiche sociali. I sistemi di welfare, infatti, si sono «strutturati nelle forme attuali in un determinato periodo storico, per coprire configurazioni di rischi sociali storicamente determinate che oggi sono profondamente mutate. La discrasia fra nuovi assetti dei rischi sociali e vecchie configurazioni di welfare costituisce il problema centrale in ogni ragionamento sul welfare e la disuguaglianza sociale oggi» (Barbieri 2005, p.173).

Nuove sfide, legate a mutamenti demografici, sociali, culturali ed economici aprono così nuovi fronti d'intervento tanto per il sistema di welfare, quanto per la società nel suo complesso. Al contempo, la connotazione stessa dei sistemi di welfare viene ripensata sulla base di nuove filosofie, finalità e modelli organizzativi, anche su sollecitazione delle indicazioni europee volte agli obiettivi di convergenza. Il welfare è, dunque, a partire dagli anni Settanta del Novecento, oggetto di dibattito e di un profondo ripensamento, a partire da contributi elaborati in ambito politico, tecnico-amministrativo e anche scientifico.

2.1 | Le sfide

Come si è visto, il welfare europeo in tutte le sue declinazioni sta oggi fronteggiando importanti sfide che derivano da mutamenti demografici, economici, sociali e culturali complessi (Crouch 1999; Esping-Andersen 2005a, 2009; Ferrera 2007). Le trasformazioni che interessano le popolazioni europee si traducono in una domanda d'intervento sociale per molti aspetti nuova e influenzata da molteplici e complesse combinazioni di fattori. A volte stimolano un riadattamento dell'offerta di servizi alla domanda, a volte, mettono in discussione la sua connotazione o addirittura gli stessi fondamenti della solidarietà sociale. Di seguito si proverà a richiamare le principali trasformazioni in corso.

Una prima sfida è rappresentata dall'**invecchiamento della popolazione europea**, fenomeno particolarmente accentuato nel contesto italiano (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali 2011). I progressi della medicina e il miglioramento delle condizioni di vita hanno allungato l'esistenza media, comportando nuove esigenze di cure sociali e sanitarie per

gli anziani ed anche un aumento della spesa pubblica in sanità e pensioni. Il rischio è di uno squilibrio tra le fasce d'età attive, che sostengono il sistema di welfare, e quelle non più produttive, che ne usufruiscono in misura maggiore. All'aumento della speranza di vita e alla crescita del numero di anziani e grandi anziani presenti nella società, infatti, si è affiancata in molti paesi europei una parallela riduzione delle nascite che in Italia, dove il tasso di fecondità si mantiene stabilmente sotto la soglia di sostituzione da oltre 30 anni, sta modificando la struttura della piramide delle età della popolazione residente. L'esigenza di ripensamento e riorganizzazione dei sistemi di cura, assistenza e previdenza in termini di **sostenibilità** appare dunque decisamente urgente.

Una seconda sfida per il welfare futuro è data dalla **trasformazione delle forme dei nuclei familiari** che stanno modificando la configurazione di uno dei tradizionali pilastri del modello mediterraneo sud europeo (Ferrera 1996).

Per quanto riguarda il primo fronte, la famiglia, il calo del numero dei matrimoni, l'aumento dei divorzi e la crescita delle convivenze indicano il diffondersi di relazioni plurali e meno stabili rispetto al passato. Inoltre, la riduzione del numero dei figli e l'assottigliamento delle tradizionali reti familiari estese hanno eroso le capacità delle famiglie di far fronte internamente alle esigenze di supporto e assistenza dei propri membri, trasferendole più spesso ai servizi di welfare pubblici e privati (Gornick e Meyers 2006).

Anche le **relazioni di genere mutano**, ponendo nuove sfide. Se il welfare, in particolare nella sua versione sud-europea o mediterranea, si è basato sul modello familiare del *male breadwinner*, la crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro retribuito ha messo in crisi un equilibrio imperniato sulla figura della donna casalinga cui venivano tradizionalmente demandate tutte le attività domestiche e di cura. Questo cambiamento non sempre ha comportato una redistribuzione dei carichi di lavoro e di cura tra i generi (Lewis 2001), così, al diffondersi del "**doppio ruolo della donna**", a volte faticoso da sostenere poiché la vede impegnata sia in casa sia nel lavoro, si è accompagnato un aumento della richiesta di servizi educativi e di cura dell'infanzia, soprattutto per le fasce in età prescolare, ma anche di assistenza alle persone anziane e disabili (Bambra 2007; Fargion 2000). A questo proposito, occorre ricordare che molte indagini relative al fenomeno della povertà hanno evidenziato come, per una famiglia, il rischio di povertà sia correlato al numero di percettori di reddito in rapporto ai componenti a carico (Eurostat 2010). Il sostegno e il rafforzamento della presenza femminile nel mercato del lavoro, dunque, oltre che nell'ottica di un rafforzamento delle **pari opportunità di genere**, risulta utile anche ai fini del contrasto della povertà.

Una quarta sfida è connessa alle **dinamiche d'integrazione europea e di globalizzazione** e, nel caso dell'Italia, al passaggio da Paese di emigrazione a contesto prevalentemente d'immigrazione straniera nel corso degli anni Ottanta. L'arrivo di persone,

per lo più giovani in età lavorativa, dai Paesi più poveri del mondo può offrire un contributo importante al Paese in termini di ricchezza culturale ed economica, ma sono necessarie politiche che ne valorizzino gli apporti e affrontino **le complesse questioni dell'integrazione e della coesione sociale** e intervengano su problemi che spesso creano “allarmi sociali” in relazione all'irregolarità, alla sicurezza, al lavoro dei cittadini stranieri nel nostro Paese. Una sfida che mette in evidenza quanto quello di cittadinanza possa essere un concetto poco definito in un contesto globalizzato ed anche soggetto a elaborazioni culturali che riguardano i “confini” della solidarietà. Le cosiddette “seconde generazioni” pongono interrogativi d'importanza non secondaria nella definizione del welfare futuro, in relazione alla loro possibilità di accesso ai diritti politici e sociali.

Infine, come noto, la competizione delle aziende nel mercato globale e la diffusione delle filosofie neoliberiste hanno sollecitato la diffusione di **modalità di lavoro flessibili**, ritenute più efficienti e al contempo meno costose, ma anche meno garantite e tutelanti rispetto a quelle vigenti in passato. Le traiettorie professionali diventano più discontinue e l'alternanza di periodi di occupazione e disoccupazione chiama in causa ‘ammortizzatori’ sociali in grado di sostenere questi passaggi, non solo in termini di sostegno al reddito, ma anche di formazione continua, supporto nella ricerca e reinserimento in una nuova occupazione (Kluve *et al.* 2007). A queste necessità si aggiungono quelle dei *working poors* che, nonostante svolgano un'attività lavorativa, non raggiungono una soglia di reddito che consenta di soddisfare le necessità di sostentamento. La crisi economica in atto ha acuito le fragilità del mercato del lavoro e ampliato la fascia di popolazione esposta a vulnerabilità. Il **progressivo venir meno della corrispondenza tra rischi tutelati e bisogni effettivi** accentua il divario tra *insider*, che beneficiano di diritti acquisiti attraverso il sistema assicurativo, e *outsider*, al di fuori del mercato del lavoro o con posizioni lavorative che non consentono di maturare gli stessi diritti (Davidsson e Naczyk 2009; Emmenegger 2009; Häusermann e Schwander 2009, 2010; Schwander e Häusermann 2011; Palier 2008; Esping-Andersen *et al.* 2002), come i giovani inoccupati, i lavoratori irregolari, gli atipici, le casalinghe, gli anziani con pensione minima e così via. L'esigenza di una revisione e di una ricalibratura delle misure è oggetto di discussione anche oggi in Italia, non diversamente da quanto avviene in molti paesi europei.

2.2 | Le tendenze

A fronte di queste sfide, derivanti da dinamiche demografiche, sociali, culturali ed economiche che producono una nuova domanda d'intervento, più o meno espressa, anche le politiche di welfare attraversano **una fase di profondo ripensamento**.

Al contempo, a partire dagli anni Settanta del secolo scorso, dopo un trentennio di espansione del welfare garantito da una costante crescita economica, la cosiddetta *golden age*,

la recessione derivante dalla crisi petrolifera fa, per la prima volta, emergere la difficoltà degli Stati nel sostenere una continua crescita della spesa pubblica e i sistemi di welfare entrano nella cosiddetta “età dell’argento e dell’austerità permanente” (Taylor Gooby 2002). In reazione a tale crisi s’innescano processi, tuttora in atto, finalizzati a **contenere e ottimizzare le risorse destinate, nello specifico, alle politiche sociali**. Questo problema si è evidenziato ancora più nettamente in un Paese come l’Italia, caratterizzato da un debito pubblico molto consistente, soprattutto in occasione della nuova crisi economica, cominciata nel 2008. Il tentativo di contenere la spesa sociale ha contribuito ad innescare una serie di trasformazioni nell’impostazione del welfare stesso che di seguito si proverà a richiamare in breve.

Al fine di migliorare le performance e gli esiti delle istituzioni pubbliche, si cominciano ad introdurre **logiche di tipo aziendale** finalizzate al controllo della produttività e dei costi. È il contesto anglosassone a condurre l’innovazione in questo senso. S’inseriscono direttamente nel settore pubblico competenze manageriali¹, si sperimentano modalità di standardizzazione, budgetizzazione ed esternalizzazione delle prestazioni sociali, si elaborano strumenti di valutazione dei prodotti e degli esiti di quanto realizzato o erogato. Si rivisita il ruolo stesso dei cittadini, ripensati in veste di “clienti” attivi nella selezione delle proposte del mercato dei servizi. Come si è già ricordato, le esperienze di welfare mix nei cosiddetti *modelli lib-lab*, ponendo un forte accento sulle esigenze di contenimento delle spese e sul potere di regolazione del mercato, sembrano per molti versi aver contribuito a delegittimare i modelli di solidarietà e mettere in crisi i sistemi di protezione sociale che avrebbero dovuto riformare, col rischio di un arretramento del ruolo pubblico rispetto al governo degli interventi e dei servizi sociali (Donati 2006; Di Nicola 2011b).

Si rafforza e diventa esplicito un processo che, in maniera implicita, era cominciato già da tempo e che consiste in una **redistribuzione (*rescaling*) delle competenze istituzionali tra i livelli politico-amministrativi** (Kazepov 2009, 2010) in una logica di sussidiarietà verticale che si estende in una doppia direzione: da un lato, aumentano i poteri assegnati al livello europeo, dall’altro si trasferiscono competenze dallo Stato nazionale ai livelli subnazionali, così da consentire un migliore adattamento delle politiche alle necessità e alle risorse locali. Si tratta di processi di sussidiarizzazione che non hanno interessato tutti i Paesi nello stesso momento e occorre precisare che i modelli di welfare nazionali mantengono una loro rilevanza (Barbier 2008) e influenzano l’elaborazione e l’applicazione di riforme animate dalle medesime intenzioni. Nel nostro Paese, la logica del decentramento sembra venire incontro alla possibilità di realizzare politiche non solo più prossime al cittadino, ma anche più adatte alle varietà regionali e locali dei sistemi economici, sociali, culturali. Rimane

¹Si parla a questo proposito di *New Public Management* (NPM): cfr. Gruening 1999; Jones e Thompson, 1997; Pollitt *et al.*, 2007.

però cruciale il ruolo dello Stato nel coordinamento del sistema delle politiche e dei servizi, per calibrare specificità locali e garantire equità nella distribuzione territoriale dei diritti attraverso livelli minimi omogenei (stabiliti dalla legge quadro nazionale ma mai definiti) che limitino il rischio di istituzionalizzare e rafforzare una frammentazione che tradizionalmente ha caratterizzato l'Italia. In considerazione di simili criticità, alcuni Paesi, in particolare nel Nord dell'Europa, stanno procedendo a riaccentrare alcune funzioni, anche in ambito sociale, dove si è evidenziato che la capacità redistributiva del welfare si era ridotta e la disuguaglianza tra i cittadini era cresciuta (Kazepov 2010).

Si rafforza anche la cosiddetta **sussidiarietà orizzontale**, che vede il coinvolgimento di attori non pubblici nell'elaborazione e nell'attuazione delle politiche di welfare (Martelli 2007). A sostenere questa tendenza, da un lato, l'intenzione di assicurare, attraverso la condivisione con questi attori, maggiore trasparenza, efficacia ed efficienza nei sistemi decisionali e nei processi attuativi; dall'altro, la ricerca di risorse umane ed economiche che consentano di ridurre i costi. Alle istituzioni compete un ruolo crescente di coordinamento e supervisione di sistemi di welfare complessi, che vedono la partecipazione di attori numerosi e variegati alla programmazione e all'implementazione delle politiche, ma anche *empowerment* e valorizzazione delle energie e risorse del territorio. Una pluralità di soggetti collaborano al benessere comune in un modello di welfare che è stato definito come 'comunitario' (Franzoni e Anconelli 2003) o, con qualche diversa sfumatura, 'societario' (Di Nicola 2011a), rafforzando la coesione sociale nel costruire reti e risorse e valorizzando la cittadinanza attiva e la partecipazione dei cittadini.

Infine, sempre più spesso, le politiche e le **misure di sostegno al reddito sono integrate ed associate a quelle di attivazione**, secondo modalità notevolmente variabili all'interno del contesto europeo e occidentale. Tra le finalità del "nuovo" welfare, non solo il pur fondamentale sostegno economico, ma anche la riqualificazione e ricollocazione dell'individuo nella piena partecipazione sociale e lavorativa, in un'ottica di piena inclusione. Nell'ambito delle politiche attive sono emerse due logiche d'intervento: il cosiddetto *workfare* del modello anglosassone, finalizzato all'inserimento lavorativo immediato, con il rischio di attivare una catena di lavori scarsamente qualificanti e continue uscite e rientri nel mercato e nei servizi; e il *welfare to work* del modello scandinavo dove, attraverso ammortizzatori sociali e supporto alla formazione, si punta a rafforzare le competenze del cittadino per consentire un'integrazione nel mercato di migliore qualità e più lunga durata (Rosanvallon 1997; Barbier 2005; Paci 2006; Raveaud 2001). Anche le forme di reddito minimo, secondo il modello francese, s'intendono volte all'*empowerment* ed al rafforzamento dell'individuo e delle sue competenze, oltre che a garantire sostegno economico (Kazepov e Sabatinelli 2006).

La crisi economica in atto ha messo in luce la fragilità del sistema economico europeo, rendendo evidenti i suoi limiti e i rischi cui sono esposti i suoi cittadini. Anni di retoriche e

sperimentazioni guidate da filosofie esplicitamente o implicitamente neoliberiste, fin troppo indiscusse, hanno creato soluzioni, ma anche comportato problemi. L'occasione della crisi consente di riaprire una riflessione anche critica sulle loro conseguenze e sulle tendenze che hanno caratterizzato le trasformazioni e le riforme messe in atto in questi anni, così come su un possibile welfare futuro, in grado di raccogliere le nuove sfide e garantire sostenibilità. Comincia a riproporsi, in particolare, una sua rilettura nella logica dell'investimento sociale (Morel *et al.* 2011), dove si valorizzano anche le ricadute positive sull'economia stessa.

3 | IL DISCORSO SUL WELFARE NAZIONALE, IN SINTESI

In Italia, alcune delle problematiche descritte per il contesto europeo appaiono particolarmente evidenti.

I processi di invecchiamento della popolazione, con la conseguente crescita delle esigenze di intervento sulla non autosufficienza, sono più marcati; allo stesso tempo, il riconoscimento e il sostegno al lavoro di cura rimangono limitati e soluzioni private, peraltro non sempre regolari, hanno colmato in questi anni le carenze istituzionali. Si pone un problema di sostenibilità futura, considerando che gli indici di natalità rimangono inferiori a quelli registrati per i principali Paesi Europei.

Anche la diffusione dei servizi per l'infanzia resta limitata, ben lontana dal soddisfare gli impegni assunti a Lisbona nel 2000, pur con una particolarmente ampia, diversificazione territoriale.

Per quanto riguarda i flussi migratori, questi sono stati finora gestiti per lo più in maniera disorganica, creando un sistema incoerente e inefficace di intervento, i cui vuoti hanno spesso lasciato il governo del fenomeno ai sistemi di sicurezza. In Italia, le politiche per l'accoglienza sono caratterizzate da una forte frammentazione data dalla delega locale sulla questione, tanto che, a tale proposito, si è coniata l'espressione 'localismo dei diritti' (Zincone 1994; Caponio 2008).

Persiste la nota prevalenza dei trasferimenti monetari rispetto alla fornitura diretta di servizi, una spesa pensionistica ampiamente preponderante rispetto alla spesa sociale complessiva e inoltre, le politiche 'passive' restano ampiamente prevalenti rispetto a quelle attive di formazione e inserimento lavorativo.

La diffusione dei contratti atipici ha creato anche in Italia quella categoria di *working poor* per i quali mancano interventi adeguati. Rispetto ad altri contesti europei, il già citato squilibrio tra *insider*, inclusi in formule di lavoro tutelato e garantito e nel pieno del diritto di accedere al welfare, ed *outsider*, ai margini del mercato e con un accesso al welfare 'ridotto'

(ad esempio rispetto ai sussidi di disoccupazione) per cui a maggiore rischio di povertà, legato al disallineamento tra welfare e sistemi socio-economici cui si è fatto riferimento in precedenza (Palier 2008; Esping-Andersen *et al.* 2002). Anche perché l'Italia rimane uno dei pochi Paesi in Europa a non aver istituito una misura di reddito minimo garantito.

Questa connotazione del welfare e le sue ridotte capacità redistributive, oltre che le distorsioni del mercato, sono all'origine di indici di disuguaglianza economica, nel nostro Paese, inferiori solo a quelli di Portogallo e Polonia (Franzini 2010).

Il modello italiano di welfare rimane, in particolare rispetto alle politiche sociali, anche a 12 anni dall'introduzione della legge quadro del 2000 e delle sue spinte all'innovazione, ascrivibile al cosiddetto gruppo 'mediterraneo' sud-europeo, classificato anche come "familistico" (Ferrera 1998, 2006; Naldini 2007), per distinzione dai già citati modelli liberali di impronta anglosassone, da quelli universalistici dell'Europa settentrionale e da quelli corporativi dei Paesi continentali (Titmuss 1975; Esping-Andersen 1999; Ferrera 2006), in attesa di decodificare e cogliere gli esiti della transizione dei Paesi dell'Est Europa e dei modelli che qui si stanno venendo a creare (Kazepov 2010). Solo alcuni tratti di universalismo si possono rintracciare nel sistema complessivo di welfare italiano, in particolare nell'ambito della sanità.

Nel sistema di *governance* così come si è venuto a configurare, l'intreccio tra i ruoli dello Stato, del mercato, del terzo settore e della famiglia resta fortemente sbilanciato a carico di quest'ultima. A tal proposito si è anche coniata la definizione di **sussidiarietà "passiva"** (Kazepov 2009, 25-27), che vede spesso un'ampia delega al terzo settore e alla famiglia, spesso non accompagnata da adeguate risorse e responsabilità pubblica, sostenuta dunque da una ricca retorica, ma, di fatto, finanziariamente povera e vincolata.

Infine, la **frammentarietà** delle responsabilità istituzionali, finora scarsamente coordinate a livello nazionale, e la disorganicità nella gestione delle risorse, già scarse, tendono a creare dispersione e complessivamente compromettono e riducono l'efficacia e l'efficienza del sistema di prestazioni e il suo potenziale redistributivo. Ciò ha rafforzato, nell'ultimo decennio, la tradizionale diversificazione interna nel territorio italiano (Ranci 2002; Ferrera 2006; Kazepov 2009; Ascoli 2011). Non solo, un'eccessiva frammentazione della cittadinanza e dei titoli di accesso comportano un rischio di ri-feudalizzazione della società, sostenuto da un welfare che finisce per escludere piuttosto che includere (Di Nicola 2011a)

4 | IL CONTESTO SOVRALocale

A partire dalla legge quadro n.328/2000² sulle politiche e i servizi sociali, l'Italia, facendo proprie alcune indicazioni europee, è arrivata ad adottare un modello di governo delle politiche sociali ispirato ai principi di sussidiarietà verticale e orizzontale, riorganizzando e decentrando le competenze istituzionali verso i livelli più prossimi ai cittadini, valorizzando il ruolo del Terzo settore e di altri attori privati nella programmazione ed implementazione delle politiche sociali. Entro tale modello agli Enti Locali, alle Regioni e allo Stato è stata assegnata la responsabilità di realizzare un sistema per garantire ai cittadini prestazioni essenziali stabilite e omogenee a livello nazionale. Nel 2001, in seguito alla modifica del Titolo V della Costituzione³, vi è stata l'attribuzione alle Regioni della competenza esclusiva in materia di politiche sociali. Lo Stato si è quindi visto investito di pochi ma essenziali compiti, relativi al finanziamento del sistema attraverso l'imposizione fiscale (data impossibilità per le Regioni di contribuirvi in maniera significativa) e al coordinamento generale delle politiche, tramite la definizione di livelli di assistenza omogenei per tutto il Paese.

La Regione Emilia-Romagna ha adottato, con la legge regionale 2/2003⁴, una normativa che si pone in coerenza con la legge quadro nazionale. A questa ha fatto seguito la legge regionale n.29/2004⁵, anch'essa in linea con la legge quadro, ma avente ad oggetto specifico il settore sanitario. La legge 2/2003 ha stabilito le linee secondo cui il sistema delle politiche sociali è costruito, organizzato e finanziato. Gli strumenti principali della sua attuazione sono il Piano Sociale e Sanitario regionale, di valenza triennale e formulato con la partecipazione e il contributo del Terzo settore e delle organizzazioni di rappresentanza, ed il Fondo sociale regionale. Quest'ultimo è costituito dall'integrazione del Fondo nazionale⁶ con risorse regionali.

Tale può essere considerata la “cornice istituzionale” entro cui il sistema di welfare è collocato. Il rischio però è che questa venga, nella pratica, compromessa.

²Legge 8/11/2000, n.328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, in Gazzetta Ufficiale 13/11/2000, n.265 – Supplemento ordinario n.186.

³Legge cost. 18 ottobre 2001, n.3, *Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione*, in Gazzetta Ufficiale n.248 del 24 ottobre 2001.

⁴Legge Regionale 12 marzo 2003, n. 2, *Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

⁵Legge Regionale 23 dicembre 2004, n.29, *Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale*.

⁶La L. 328/2000 (artt.4 e 20) stabilisce per le Regioni il compito di ripartire fra gli enti locali i finanziamenti ricevuti tramite il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e di contribuire alla loro spesa sociale. Le Regioni, ed a loro volta i Comuni, integrano, infatti, le risorse provenienti dal livello superiore con stanziamenti propri.

Quello del finanziamento si è rivelato un primo aspetto piuttosto problematico: nel tentativo di riordinarlo e razionalizzarlo, la legge quadro aveva confermato il Fondo Nazionale Politiche Sociali, risalente al 1998. Si tratta della fonte nazionale di finanziamento di un sistema articolato di Piani Sociali Regionali e Piani Sociali di Zona che descrivono, per ciascun territorio, una rete integrata di servizi alla persona rivolti all'inclusione dei soggetti in difficoltà, o comunque all'innalzamento del livello di qualità della vita. Una serie di interventi successivi, coincisi essenzialmente con congiunture economiche particolarmente sfavorevoli, ne ha però depotenziato la portata, favorendo il ritorno a misure e filoni di finanziamento *ad hoc* non integrati con le politiche regionali (si pensi alla *social card*, ma anche a programmi ricondotti a fondi ministeriali): ne deriva un sistema delle prestazioni particolarmente frammentato in cui organicità, efficienza ed efficacia rischiano di lasciare il posto a disorganizzazione, sovrapposizioni e disequaglianze territoriali. Si tratta di una situazione che sembra essere destinata a peggiorare ulteriormente: vittima della crisi e del federalismo, “vaso di coccio fra i vasi di ferro” della sanità, della previdenza, degli interventi sulla “cassa integrazione” (Granaglia e Marano 2011), il sistema assistenziale rischia nei prossimi anni di essere cancellato in buona parte del paese, vittima dell'azzeramento dei finanziamenti nazionali al sociale⁷ e di vincoli posti alla possibilità di spesa e di raccolta fiscale da parte degli enti locali. Non si può non sottolineare che nel 2011 si è assistito alla riduzione di oltre il 60% delle risorse destinate alle Regioni da parte dello stesso Fondo Nazionale delle Politiche Sociali. Tale riduzione ha portato, nello specifico, l'assegnazione alla Regione Emilia-Romagna di una quota inferiore ai 13 milioni di euro (a differenza dei 27 milioni di euro stabiliti per l'anno precedente)⁸. La stessa Giunta della Regione Emilia-Romagna aveva peraltro deliberato nel Marzo 2011 un fondo sociale straordinario, pari a 22 milioni di euro, destinato agli enti locali, e finalizzato a garantire continuità di risposta ai bisogni della popolazione «anche a fronte degli effetti della crisi economica sulle comunità locali»⁹. I Comuni, a loro volta, sono poi tenuti a contribuire con una quota di cofinanziamento alla pianificazione zonale, costituendo un Fondo sociale locale in ambito distrettuale.

Altro nodo problematico è dato dal conflitto tra il livello nazionale e quello regionale (Arlotti 2009), che ha impedito lo sviluppo di meccanismi di omogeneizzazione tra i welfare regionali (si pensi alla definizione dei livelli essenziali): in assenza di un efficace coordinamento statale, la differenziazione territoriale non può che crescere, senza peraltro alcuna garanzia formale di esigibilità per i cittadini.

⁷Cfr. Istat (2011): in particolare, si veda il par. 4.4.2 *Gli interventi e i servizi sociali offerti dai Comuni* nel Cap. 4 *Le persistenti difficoltà delle famiglie*.

⁸Cfr. Deliberazione G.R. 24 ottobre 2011, n.1509, Regione Emilia-Romagna.

⁹Proposta GPG/2011/395, Giunta della Regione Emilia-Romagna

Rilevante risulta poi essere il ruolo esercitato dai Comuni: è affidata loro la responsabilità sull'organizzazione, sulla gestione e in parte crescente sul finanziamento stesso degli interventi in quest'ambito, in collaborazione con il privato sociale, profit e no profit, e con le associazioni di rappresentanza del mondo del lavoro. Se l'assegnazione alle istituzioni locali di competenze amministrative e gestionali sui servizi sociale risale agli anni Settanta (DPR 616/77¹⁰), la Legge Quadro del 2000, nel prefigurare un welfare "municipale e comunitario" (Franzoni e Anconelli 2003) ne ha ulteriormente rafforzato il ruolo, soprattutto nell'erogazione e nella programmazione degli interventi, e la riforma del Titolo V della Costituzione ha rafforzato la territorializzazione del welfare. Se sono già molti i servizi erogati dai livelli decentrati di governo (Regioni e soprattutto Comuni), è altrettanto vero che la pressoché totalità delle prestazioni monetarie (quasi il 90% del totale della spesa assistenziale) è gestita a livello centrale (Irs 2011, p.41). Riconoscere agli enti territoriali maggiori responsabilità nel comparto assistenziale equivale a prestare maggiore attenzione a ragioni di adeguatezza ed appropriatezza (andando a cogliere correttamente le specifiche condizioni di bisogno di individui e famiglie), di efficienza e tempestività di intervento. Il tutto dovrebbe avvenire tramite un rapporto diretto con i soggetti che si sono rivolti al sistema, in un'ottica di sussidiarietà e solidarietà sociale che coinvolga altri interlocutori sia del campo sociale, sia di altri servizi istituzionali, prestando particolare attenzione al possibile sviluppo di iniziative volte a prevenire l'insorgere dei problemi, così da promuovere e tutelare salute, benessere e coesione sociale¹¹.

Nel sistema delle politiche e dei servizi che si è venuto a creare, ai soggetti regionali e locali è comunque assegnata una discrezionalità istituzionale piuttosto ampia: in mancanza di una programmazione coordinata e, al contempo, in presenza di un controllo statale esercitato solo sul finanziamento del sistema, però, il decentramento in Italia rischia di tradursi in un rafforzamento della frammentazione e della disomogeneità territoriale. Se l'autonomia politico-programmatoria ha quindi il vantaggio di poter tenere conto delle specificità locali, è anche vero che in assenza di un orientamento comune degli obiettivi, tale specificità si rafforza, traducendosi in una tendenza alla divergenza. E ciò in ragione anche del fatto che tale autonomia, assegnata ai livelli subnazionali, si è tradotta in una non prevista deresponsabilizzazione del governo centrale.

Se il coordinamento risulta essere un pre-requisito prioritario per giungere a un sistema di politiche e servizi particolarmente efficiente, la programmazione riveste un ruolo altrettanto fondamentale: la destinazione su base annuale delle risorse attraverso la legge finanziaria, però, sottopone Regioni e Comuni ad un'elevata incertezza sulle risorse

¹⁰Decreto Presidente Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, Attuazione della delega di cui all'art. 1 della L. 22 luglio 1975, n. 382 in Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale 29 agosto 1977, n. 234.

¹¹ Cfr. *ibidem*

disponibili, rendendo pressoché impossibile programmare politiche di lungo periodo e facendo in modo che siano gli obiettivi da perseguire a essere definiti in base ai mezzi disponibili e non viceversa. In un momento come quello che stiamo attraversando, invece, la capacità di programmare politiche di ampio respiro diventa ancora più importante che in passato. Anche con minori disponibilità economiche, determinate scelte devono essere fatte: è fondamentale quindi che questa selettività programmatoria porti al più alto grado di equità possibile, evitando in ogni modo quelle irrazionalità e quei localismi frutto di decisioni prese al di fuori di un contesto condiviso.

Ecco quindi che assume un ruolo sempre più rilevante, su diversi livelli, il Terzo settore¹²: questo, infatti, può agire come soggetto gestore per conto del settore pubblico (attraverso esternalizzazioni e accreditamenti), ma può anche operare in autonomia, con l'annesso rischio di sovrapposizioni di supporti e misure per i cittadini più abili a comprendere e utilizzare il sistema. Una collaborazione fra pubblico e privato assai importante, ma non scontata né semplice in relazione a metodi, ruoli e strategie, nonché tradizionalmente insidiata da scarichi di oneri e responsabilità, che recenti tendenze a ridimensionare l'azione pubblica e a passare compiti al privato attualizzano (Martelli 2007; Irs 2011).

¹²Per Terzo settore si intende comunemente quell'insieme di organizzazioni che si occupano della difesa di bene i diritti in ambito sociale, sanitario, educativo, ambientale, culturale, ricreativo. Ne fanno parte le associazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, le cooperative sociali, le fondazioni, i comitati ed altri soggetti aventi forma giuridica diversa.

PARTE SECONDA

LE DINAMICHE NELL'AMBITO DEL TERRITORIO BOLOGNESE

1 | PREMESSA: I CONFINI “SFUMATI” DEL SOCIALE

Se, come si è visto, con l'espressione welfare state si intende il sistema politico-amministrativo di tipo pubblico volto ad assicurare un livello minimo di sussistenza ed a promuovere il benessere della popolazione, con quella di politica sociale si fa riferimento ad un campo in cui intervengono Stato, mercato, terzo settore e sfera delle relazioni primarie e che può essere complessivamente intesa come una forma specifica di riflessività politica che le società modernizzate esercitano su se stesse in ordine alla distribuzione e redistribuzione delle risorse materiali e simboliche che determinano il benessere sociale. In un'accezione ampia, le politiche di *welfare* possono comprendere dunque una vasta gamma di servizi e misure orientati non solo a proteggere i cittadini dalla povertà e dall'esclusione sociale e far fronte alle necessità che possono derivarne, ma anche ad agire in un'ottica di prevenzione, promuovendo attivamente la coesione, il benessere e la partecipazione sociale.

Quella delle politiche sociali è un'area dai contorni piuttosto indefiniti: la caratterizzazione multifattoriale e multidimensionale delle questioni che intendono affrontare, con molteplici aspetti problematici che s'intrecciano, richiedono soluzioni complesse e chiamano in causa competenze e risorse, finanziarie e non, di provenienza diversa. Occorre pertanto, prima di trattare nello specifico questo tema, precisare quali sono i suoi 'confini' con altri settori di *policy* così prossimi da essere spesso travalicati alla ricerca d'integrazione e di soluzioni sistemiche. Di seguito, dunque, in breve, si presentano gli ambiti socio-sanitario, socio-educativo, socio-abitativo e socio-lavorativo, per evidenziare i tratti comuni e le finalità condivise con il socio-assistenziale, che è l'oggetto di studio di questo rapporto.

- **Socio-sanitario:** quest'area chiama in causa le competenze del sociale (la già citata LR 2/2003), di pertinenza dei Comuni, e quelle sanitarie, delle Ausl e delle Regioni (LR 29/2004)¹³. In Emilia-Romagna, in questi anni, si è lavorato molto per la loro integrazione, anche in sede programmatica, come mostra il primo Piano sociale e sanitario 2009-2011 da cui discendono le pianificazioni locali impostate in questa stessa ottica. In particolare per

¹³La LR 29/2004, *Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale* consolida i principi contenuti nella LR 19/1994 e definisce le modalità di raccordo tra le linee programmatiche regionali e le scelte attuative locali, rafforzando il ruolo degli Enti Locali, chiamati, attraverso le Conferenze territoriali Sociali e Sanitarie a partecipare alla programmazione delle attività ed al monitoraggio dei loro esiti.

alcuni destinatari, come gli anziani non autosufficienti, l'integrazione tra sociale e sanitario ha costituito una delle priorità regionali e locali. Ambiti come quello della tossicodipendenza o della salute mentale, ad esempio, comportano bisogni talmente trasversali tra sociale e sanitario che non è sempre facile definire e coordinare competenze, prassi d'intervento, percorsi, linguaggi e integrare risorse.

- **Socio-educativo:** come si vedrà, a partire dalla normativa e dalle indicazioni regionali, i Comuni della Provincia di Bologna hanno investito molto negli anni sia nei **servizi per la fascia zero-tre anni**, sia nella conciliazione e sia in servizi di sostegno ai genitori nel compito educativo. Oltre ai **nidi** e ai servizi integrativi, l'offerta dei **Centri per le Famiglie** e gli interventi di prevenzione e promozione del benessere di ragazzi e adolescenti, come l'**educativa di strada**, i **Centri giovani**, gli **sportelli Informagiovani** costituiscono complessivamente un insieme vario e vasto di offerta in quest'area. Il ruolo di indirizzo della Regione¹⁴ e quello di coordinamento e monitoraggio svolto dalle Province hanno arricchito quanto messo in campo dai Comuni e garantito ai cittadini più piccoli un'offerta che spicca a livello nazionale per qualità (fondamentale in tal senso l'istituzione della figura del **coordinatore pedagogico**) e tassi di copertura, pur con differenziazioni territoriali non trascurabili. Sono note le funzioni di sostegno alle pari opportunità e di conciliazione svolto dai servizi per l'infanzia, come pure di supporto educativo alle famiglie, in particolare per i bambini che provengono da contesti meno stimolanti. Per tutte queste ragioni, tali servizi sono anche 'letti' come politiche d'investimento sociale, sia in favore delle famiglie e delle madri in particolare, sia in un'ottica di ciclo di vita, per cui migliorare la vita dei più piccoli creerà le condizioni per una loro migliore crescita e vita adulta (Esping-Andersen 2005b; Morel *et al.* 2009). In questo senso la Regione ha previsto la L.R. n. 14/2008 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni" che, in un'ottica longitudinale, punta alla possibilità di agire a supporto di tutto il percorso di crescita dei giovani cittadini.

- **Socio-abitativo:** l'area del socio-abitativo vede una distribuzione di competenze istituzionali trasversali che coinvolge lo Stato sul finanziamento e la normativa, la Regione¹⁵ per quanto riguarda investimenti e indirizzi e i Comuni in merito all'implementazione. Si tratta di un ambito che emerge, in particolare in alcune zone della Provincia, come problematico, soprattutto nelle aree urbane¹⁶. Qui, come noto, in genere tendono a

¹⁴Cfr. LR 1/2000, *Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia*, modificata con la LR 8/2004 'Modifiche alla LR 1/2000, recante *Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia*' regolamentano l'offerta dei servizi per l'infanzia in Emilia-Romagna.

¹⁵Cfr. LR 24/2001, *Disciplina generale dell'intervento pubblico nel settore abitativo*, LR 31/2002, *Disciplina generale dell'edilizia*.

¹⁶Come emerge dal Rapporto Regionale 2010 dell'Osservatorio Regionale del sistema abitativo, cfr.

[<http://territorio.regione.emilia-romagna.it/politiche-abitative/studi-analisi-pubblicazioni/pubblicato-il-rapporto-2010-osservatorio-regionale-sul-sistema-abitativo>].

<http://psm.bologna.it>

concentrarsi anche la povertà e l'esclusione sociale e a volte si scontrano interessi di residenti e abitanti, di gruppi sociali (studenti, famiglie, poveri, ecc.) che esprimono domande di abitazione, almeno potenzialmente, concorrenti (Mela, 2006). Inoltre, la possibilità di intervenire in questo settore richiede spesso risorse consistenti ed il raccordo tra più attori pubblici e privati. L'intervento pubblico di *housing* può essere orientato alla povertà *tout court*, ma anche all'investimento sociale sul benessere della popolazione nel suo complesso. Gli interventi¹⁷ effettuati hanno comunque visto un'azione integrata tra Regioni e Comuni e vanno dai **contributi per l'affitto**, al **canone calmierato**, all'**Edilizia Residenziale Pubblica**, ai contributi per l'**accesso alla prima casa** per giovani coppie. Tuttavia, quello della casa rimane un nodo di interesse, sia per il contrasto all'esclusione sociale conclamata sia rispetto a fasce della popolazione fragili o svantaggiate, come nell'ambito delle politiche in favore dell'autonomia dei giovani. Questo in considerazione non solo del valore simbolico assegnato alla casa di proprietà nella cultura italiana, come luogo significativo per la creazione di stabilità e di una famiglia (pilastro del welfare), ma anche come luogo a partire dal quale si creano legami più solidi col territorio e relazioni significative con la comunità che lo abita.

- **Socio-lavorativo e formativo**: in quest'ambito sono le competenze della Provincia ad essere chiamate in causa insieme con quelle della Regione. È fin troppo facile richiamare la necessità d'investimento sociale, sia per la carenza delle politiche di attivazione in Italia, sia per la recessione sia attraversa il Paese in questo momento e che certamente non risparmia l'Emilia-Romagna. La Provincia di Bologna in questi anni ha elaborato, sulla base delle indicazioni regionali¹⁸, un'offerta strutturata e consolidata d'interventi per la formazione¹⁹ e l'integrazione lavorativa, erogati tramite la rete dei **Centri per l'Impiego**. Alcuni Comuni, da diversi anni, hanno rafforzato l'accesso ai servizi per il sostegno all'occupazione con gli **Sportelli comunali per il lavoro**, raccordati ai servizi per l'impiego della Provincia e, anche per prossimità fisica, ai servizi più propriamente sociali. Inoltre, i servizi sociali dei Comuni tendono ad occuparsi di 'attivazione' nell'ambito del disagio: uno strumento come la **borsa lavoro** a valenza educativa, costituisce una modalità non passiva di intervento in favore di destinatari in condizioni di disagio, come ad esempio tossicodipendenti inseriti in percorsi di recupero. Rimane il problema, di cui si è già parlato, dell'assenza di forme di reddito di cittadinanza o comunque di una qualche forma universalistica di sostentamento economico, a supporto di chi perde un lavoro non-dipendente (atipici, partite iva, ecc., per i

¹⁷Il quadro degli interventi è offerto dal portale della Regione Emilia-Romagna, cfr. [<http://territorio.regione.emilia-romagna.it/politiche-abitative>].

¹⁸La Regione ha varato nel 2011 il *Piano delle politiche attive del lavoro per attraversare la crisi - Anno 2011*, Del.GR 567/2011.

¹⁹Con la LR 5/2011, *Disciplina del sistema regionale dell'istruzione e formazione professionale*, la Regione ha sistematizzato e consolidato il sistema della formazione, rafforzando l'impegno istituzionale in un ambito cruciale per il welfare futuro.

quali non è previsto un sussidio di disoccupazione), di chi è impegnato nella formazione e nella riconversione delle proprie competenze (anche per incentivarle), dei *working poor* e così via.

Come si è già accennato, in considerazione del mandato nella stesura di questo documento, ci si concentrerà sull'**ambito socio-assistenziale**, disciplinato dalla Regione Emilia-Romagna attraverso la già citata LR 2/2003, ed in particolare sul contrasto al disagio, alla povertà ed all'esclusione. Non si dimenticherà di evidenziare gli elementi in comune con le aree "di confine" appena descritte, anche se non vi sarà la possibilità di affrontarle in modo approfondito. Si terrà conto degli interventi di prevenzione e promozione che comunque sono parte di una strategia complessiva a contrasto del disagio sociale e aiutano ad affrontarlo non solo in un'ottica riparativa.

I Comuni, riuniti in zone sociali, sono i principali attori della programmazione e dell'implementazione delle politiche in questo settore, supportati dalle Province con strumenti di monitoraggio, come il Profilo di Comunità, e in un'ottica di sistema. Ma le istituzioni non sono i soli attori impegnati in tale senso. Si tratta, infatti, di un ambito dove l'impegno di quello che è oggi il terzo settore ha una storia antica ed un ruolo piuttosto consolidato ed a volte anche il privato *profit* si è ricavato uno spazio (ad esempio nei settori anziani e minori, in considerazione della possibilità di contribuzione delle famiglie).

Una significativa complessità delle problematiche da affrontare, unita alla molteplicità di attori, pubblici e non, rischia di creare frammentazione nelle competenze, sovrapposizioni e "zone di nessuno". Dunque rende particolarmente importante la funzione di coordinamento e sistematizzazione, che eviti dispersione di risorse e competenze. In questo senso può essere cruciale la visione metropolitana rappresentata dal piano strategico, che consente di creare sinergie di livello sovralocale e raccordare meglio competenze assegnate a livelli di governo differenti (per fare un esempio, tra il sociale di competenza comunale ed il lavorativo di competenza provinciale oppure di quest'ultimo con il socio-educativo).

2 | GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE PROVINCIALE

È attraverso i documenti della programmazione locale che si può comprendere in quale direzione sono orientate le politiche di welfare a livello provinciale. D'importanza primaria sono innanzitutto i *Piani di Zona distrettuali per la salute ed il benessere sociale*: strumenti che tentano di coinvolgere e mobilitare risorse diverse e che ricercano l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie con le politiche ambientali, urbanistiche, abitative, formative, occupazionali e culturali. Il campo delle politiche sociali risulta, infatti, così strutturato da necessitare un processo che sia il più possibile programmato, condiviso, integrato. Di durata triennale, prendono il via dall'organizzazione di una serie di tavoli di confronto tra le diverse realtà territoriali (associazioni, cooperative, cittadini), le rappresentanze istituzionali e del privato sociale. Sette sono i Piani di Zona che si riferiscono al contesto bolognese, nello specifico: Bologna, Casalecchio di Reno, Pianura est, Pianura ovest, San Lazzaro di Savena, Imola e Porretta Terme. Sono proprio i Piani di Zona ad essere la fonte di dati privilegiata cui attingere per una lettura delle problematiche inerenti alla popolazione, riconducibili ad alcune aree d'intervento delle politiche sociali: vengono in questi declinati gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale, siano essi trasversali o per *target* di popolazione. A tali documenti vanno poi aggiunti i *Programmi Attuativi Locali*, declinazione annuale dei Piani di zona, i quali, tenendo conto delle risorse disponibili annualmente e di eventuali bisogni e problematiche emergenti sul territorio, approvano progetti o programmi specifici d'integrazione tra politiche.

I Piani di Zona per la salute e il benessere sociale vengono definiti sulla base del *Profilo di comunità*, comprensivo dell'analisi dei bisogni, e dell'*Atto di indirizzo e coordinamento triennale* approvato dalla Conferenza triennale Sociale e Sanitaria (Ctss) - che riunisce amministratori e tecnici di Provincia, Comuni e Ausl -, cornice comune che garantisce coerenza e integrazione alla programmazione sociale e sanitaria provinciale e, allo stesso tempo, strumento di programmazione a livello 'intermedio' che individua gli obiettivi generali e settoriali per la pianificazione locale in un'ottica d'integrazione degli interventi nelle diverse aree. Il Profilo di comunità²⁰ non contiene scelte di programmazione ma, a partire dall'analisi di dati quantitativi e qualitativi, mira a identificare i punti rilevanti che la programmazione sociale e socio-sanitaria deve affrontare, mettendo in evidenza le peculiarità del territorio.

²⁰ Oltre alla versione completa del profilo di comunità risalente al 2008, sono disponibili i relativi aggiornamenti in vista dei programmi attuativi 2010-2011: i dati più aggiornati risalgono quindi a fine 2009.

Nella Tabella 2.1 viene presentato, in estrema sintesi, il riepilogo dei diversi strumenti della programmazione integrata in Emilia Romagna.

Tab.2.1 Gli strumenti della programmazione integrata in Emilia-Romagna

Livello	Strumento programmatico
Livello regionale	Piano sociale e sanitario regionale (triennale)
Livello intermedio – Conferenza territoriale sociale e sanitaria	Atto di indirizzo e coordinamento e Profilo di Comunità (triennale)
Livello distrettuale	Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale (triennale) Piano attuativo (annuale)

Fonte: LR 2/2003 e Del.Reg. 1682/2008, nostra elaborazione

3 | ACCESSIBILITÀ: SPORTELLI SOCIALI E SPORTELLI COMUNALI PER IL LAVORO

Una forte innovazione per quei sistemi amministrativi locali impegnati nella organizzazione delle reti e dei servizi sociosanitari è data dal cosiddetto “welfare dell’accesso” (Provincia di Bologna 2010): la possibilità, in altre parole, di fornire all’utenza nel suo complesso una determinata porta d’accesso al sistema che la possa far entrare in contatto, nel modo più immediato possibile, con le adeguate articolazioni dello stesso. Come emerge dal “Piano Sociale e Sanitario 2008-2010” della Regione Emilia-Romagna, l’accesso al sistema integrato dei servizi deve essere favorito attraverso attività di informazione e orientamento rivolte alla cittadinanza²¹. Se da una parte risulta fondamentale l’offerta di informazioni, non meno importante è il processo relazionale attraverso cui queste vengono fornite: un vero e proprio “welfare dell’accesso” non può esistere senza un ascolto reciproco che porti ad una chiarificazione del bisogno e della domanda. La necessità di mettere in atto politiche di semplificazione e di affiancamento dell’utente in ambito sociale e socio-assistenziale è considerata essenziale dalla normativa di settore e dai diversi documenti di programmazione. In sintonia con le disposizioni a livello nazionale, la Regione Emilia-Romagna ha quindi previsto l’istituzione degli *sportelli sociali* quali strumenti garanti dell’accesso al sistema locale dei servizi sociali a rete. Se andare ad analizzare l’attività di tali sportelli permette, da un lato, di monitorare la tipologia di servizi offerta ai cittadini, consente anche, dall’altro, di avere una visione, almeno parziale, sulla domanda. Fornisce la possibilità, in altri termini, di comprendere quali siano le necessità, le emergenze, più in generale le domande provenienti dal contesto sociale. Si tratta di un quadro circoscritto, per forza di cose, a quei soggetti che hanno la possibilità di rivolgersi a tali sportelli. Fattori quali la distribuzione territoriale, la facilità nella lettura delle domande provenienti dai cittadini, la presenza di eventuali barriere al loro utilizzo, la possibilità di usufruire di diversi canali di accesso, sono di primaria importanza. Il libero accesso alle risorse non garantisce, però, di per sé, il saperle utilizzare o il conoscerne la disponibilità: il riconoscimento formale non si trasforma automaticamente in azione concreta (Baglioni 2010). È proprio per questo motivo che gli sportelli sociali vanno ad assumere il ruolo di quelli che Crozier e Friedberg (1977) hanno chiamato “relè” organizzativi: si tratta quindi di “tradurre” istanze provenienti da soggetti che possono parlare linguaggi in parte o del tutto diversi in modo da favorirne il contatto, o, per meglio dire, un vero e proprio dialogo (Pacetti 2011).

²¹ Cfr. *Piano Sociale e Sanitario 2008-2010*, Regione Emilia-Romagna.

Si tratta di problematiche che hanno peraltro portato alla nascita di un altro tipo di servizio: gli *Sportelli comunali per il lavoro*²². Nati con l'obiettivo di ampliare sul territorio la rete dei servizi pubblici per l'impiego e favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, operano in stretta collaborazione con i Centri per l'impiego, proponendosi come più accessibili, in quanto 'più vicini' al luogo di domicilio. Operando in stretto raccordo con i servizi territoriali, permettono quindi un'azione integrata di sostegno alle persone in condizioni di disagio.

3.1| Gli sportelli sociali

Gli sportelli sociali costituiscono i punti unitari di accesso ai servizi sociali e socio-sanitari nei quali il cittadino deve trovare risposta ai bisogni di informazione, ascolto e orientamento, registrazione e primo filtro della domanda di accesso ai servizi così da poter essere avviato a percorsi di valutazione e presa in carico. Sono il primo passo del percorso che il cittadino fa nel sistema dei servizi: per questo è fondamentale che il suo bisogno sia registrato correttamente. Normativamente anticipati dalla legge 328/2000²³ e dal Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003²⁴, sono stati istituiti tramite la legge regionale 2/2003²⁵. Per mezzo di questi si realizzano azioni di informazione e orientamento in modo unitario e integrato sull'intero territorio della zona e viene promossa l'individuazione, in raccordo e collaborazione con i servizi territoriali, di percorsi assistenziali certi e modalità uniformi di presa in carico da parte dei servizi competenti all'interno della zona²⁶. Risulta quindi fondamentale un'azione di integrazione e coordinamento tra lo sportello sociale e gli altri punti informativi esistenti, spesso connotati da una specializzazione tematica, nonché un'integrazione funzionale tra il sistema sociale e quello sanitario, vale a dire tra gli sportelli

²² Sono dieci gli Sportelli comunali per il lavoro presenti nella Provincia di Bologna: si trovano nei comuni di Budrio, Castel S.Pietro Terme, Castiglione dei Pepoli, Medicina, Molinella, Vado e Vergato. Tre sono invece quelli presenti nel Comune capoluogo: per la precisione sono presenti nel Quartiere Borgo Panigale, nel Quartiere Navile e nel Quartiere S.Donato.

²³ Nella legge 8 novembre 2000 n.328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.265 del 13 novembre 2000, viene richiamata la necessità di fornire 'informazione e consulenza' a quei soggetti e a quelle famiglie intenzionate a fruire dei servizi offerti dal sistema di welfare.

²⁴ In tale *Piano Nazionale* si parla esplicitamente di una 'porta unitaria d'accesso ai servizi' per facilitare i cittadini nel disporre di informazioni.

²⁵ È stabilito all'art.7 della legge regionale 2/2003 che l'accesso al sistema locale è garantito da sportelli sociali attivati dai Comuni, singoli o associati, in raccordo con le Aziende usl.

²⁶ Cfr. Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, *Deliberazione dell'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna* n.175 del 22 maggio 2008, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n.92 del 3 giugno 2008, Parte II.

sociali e gli sportelli unici distrettuali, così da garantire che gli utenti, in entrambe le sedi, siano correttamente indirizzati rispetto al bisogno assistenziale manifestato²⁷.

Lo sportello sociale costituisce, come detto, una funzione di integrazione degli accessi al sistema locale dei servizi sociali: viene a costituirsi quale unico centro di responsabilità a livello zonale tradotto però, da un punto di vista operativo, in diversi punti fisici di accesso rivolti alla cittadinanza, presenti in ognuna delle sette aree distrettuali della Provincia di Bologna. Se è vero che nella totalità degli ambiti distrettuali della provincia bolognese sono presenti sedi di sportello, ciò non significa che tutti i Comuni ne abbiano uno: nella maggioranza dei casi il servizio ha un'unica sede presso il singolo Comune e risponde alle richieste dei cittadini ivi residenti. L'eccezione riguarda Bologna, città capoluogo e polo dei servizi sociali, dove sono stati attivati dieci sportelli sociali: uno per Quartiere cittadino, con l'eccezione del Quartiere Navile per il quale, vista la consistenza del bacino di riferimento, ne sono stati predisposti due²⁸. Scendendo più nello specifico e andando a considerare la copertura territoriale, si scopre che nei distretti di Casalecchio e Imola la copertura risulta inferiore al 50% (gli sportelli sono quindi presenti in meno della metà dei Comuni dell'ambito distrettuale) mentre la copertura risulta totale (gli sportelli sono presenti in ogni Comune) negli altri cinque ambiti distrettuali²⁹. Si tratta di un dato interessante in quanto negli intenti regionali lo sportello sociale dovrebbe esser un progetto condiviso a livello distrettuale e quindi implementato da tutti i comuni nell'ambito distrettuale.

Andando poi ad indagare, sempre in ottica provinciale, le caratteristiche prevalenti delle figure professionali impegnate allo sportello, si rintraccia nella maggioranza degli ambiti distrettuali bolognesi la scelta di utilizzare personale di un Ente pubblico. Nella fase di avvio di alcuni sportelli era poi nato un dibattito tra chi, da una parte, sottolineava la necessità della presenza allo sportello di un assistente sociale, in quanto figura con specifiche competenze nella lettura del bisogno, e tra coloro i quali, dall'altra, rimarcavano l'esigenza di personale di tipo amministrativo, con specifiche competenze nel "fornire informazioni". Indagando quindi, più nello specifico, la tipologia di personale presente, è emersa la netta prevalenza (salvo rare eccezioni) di sportelli sociali caratterizzati, al loro interno, dalla presenza di personale amministrativo³⁰.

Attraverso un'azione di coordinamento promossa dalla Provincia di Bologna, è stato poi possibile realizzare una vera e propria Rete di sportelli sociali a livello provinciale, in grado di

²⁷ Cfr. *Servizio Programmazione e Sviluppo dei Servizi Sociali*, a cura di, (2010).

²⁸ Cfr. *Ibidem*.

²⁹ Cfr. *Ibidem*.

³⁰ Cfr. *Ibidem*.

essere sistemi dialoganti tra loro in comunicazione. Contestualmente, il coordinamento provinciale ha consentito di arrivare a disporre di un Osservatorio degli sportelli sociali che collega in tempo reale gli oltre 60 sportelli sociali presenti nei Comuni della Provincia, in piena attuazione dell'art.7 della legge 328/2000, che richiama il ruolo delle province in ordine alla "raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse", e dell'art.18 della legge regionale 2/2003 che assegna tale compito di rilevazione del bisogno e dell'offerta dei servizi alle Province stesse.

A livello di singolo comune, di zona e di provincia, l'Osservatorio del bisogno permette di avere a disposizione i dati necessari per la valutazione dell'offerta di servizi e la loro organizzazione, nonché la relativa congruità con la domanda sociale che la rete degli sportelli sociali monitora in tempo reale. L'Osservatorio registra dati relativi a:

- Contatti: coloro che si rivolgono allo sportello per richiedere servizi o informazioni;
- Utenti: soggetti per cui viene fatta richiesta allo sportello;
- Bisogni espressi dagli utenti allo sportello;
- Servizi richiesti dagli utenti allo sportello.

Un nodo critico è dato dalla mancanza, inevitabile, della registrazione del bisogno inespreso, di coloro che non arrivano allo sportello.

Ad oggi sono disponibili, grazie all'attività dell'Osservatorio provinciale, i dati dei 62 sportelli sociali presenti nei comuni della provincia, relativi al primo semestre del 2011 (Gennaio – Giugno). Sono 35.506 i cittadini che si sono rivolti agli sportelli sociali del territorio provinciale nell'arco dei sei mesi monitorati, 27.832 gli utenti (corrispondenti al numero delle richieste pervenute).

Tab.3.1 Contatti ed utenti presso gli sportelli sociali

Ambito distrettuale	N. sportelli	Contatti	Utenti
Bologna	10	13.542	10.603
Casalecchio di Reno	9	5.562	4.983
Imola	3	2.726	1.886
Pianura Est	15	7.505	5.754
Pianura Ovest	6	1.413	1.026
Porretta	13	565	496
San Lazzaro di Savena	6	4.193	3.100
Totale Provincia	62	35.506	27.832

Fonte: Attività degli sportelli sociali, Osservatorio provinciale degli sportelli sociali. Dati Gennaio-Giugno 2011, nostra rielaborazione.

Come facilmente preventivabile è nel distretto di Bologna che viene registrato sia il maggior numero di contatti allo sportello sociale (nella percentuale del 38% sul totale provinciale) sia il maggior numero di utenti. I soggetti nella grande maggioranza dei casi (la percentuale è dell'88%), si recano personalmente allo sportello, anche se è da sottolineare come un certo numero di contatti avvenga telefonicamente. Lettere ed e-mail sono invece modalità d'accesso estremamente residuali.

La maggioranza degli utenti ha un'età compresa tra i 36 e i 50 anni ed è composta, per la maggior parte, da donne. Vi è una netta prevalenza degli utenti provenienti da Paesi facenti parte dell'Unione Europea (10.492) rispetto agli utenti "extra Ue" (3.367): la nazionalità più rappresentata risulta comunque essere quella marocchina, seguita da quella rumena e da quella bengalese.

L'analisi effettuata dall'Osservatorio provinciale permette poi un'aggregazione per *target di popolazione*: le "famiglie con minori" sono il target più rappresentato (10.280), seguite dalle categorie 'anziani' e 'disagio adulto'. È importante sottolineare che gli utenti disabili risultano però essere sottostimati in quanto in alcuni distretti della provincia molti casi si recano direttamente ai servizi specialistici non passando dallo sportello. In generale, sul territorio provinciale, quello della "disponibilità economica" risulta essere il bisogno più manifestato, seguito dalla "necessità di cura e accadimento" (soprattutto per anziani e disabili), dalla necessità di un'abitazione e da una più generale richiesta di informazioni e orientamento ai servizi.

4 | SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E TARGET DI UTENZA: PRINCIPALI CARATTERISTICHE E TRASFORMAZIONI NELLA MORFOLOGIA DEL BISOGNO E DELLA RISPOSTA NEL TERRITORIO BOLOGNESE

4.1 | Premessa

Si intende ora presentare un quadro generale dell'insieme dei servizi socio-assistenziali rivolti alla persona nell'ambito del territorio metropolitano bolognese. Nell'ambito di una cultura della cittadinanza attiva e inclusiva, è importante che chi sia chiamato alla programmazione e implementazione di politiche sociali comprenda in maniera adeguata gli elementi di specificità oggettivi e soggettivi del target delle proprie *policies*. In caso contrario, come messo in luce in letteratura (Sen 1985), le azioni messe in campo rischiano di non riuscire a valorizzare le *capabilities* dei soggetti e di depotenziarne quindi le possibilità di partecipazione e inclusione.

Nel ricostruire la complessiva cornice entro la quale si situano i vari interventi e i diversi servizi messi in campo, si ritiene opportuno procedere per target specifici di utenza accomunati da caratteristiche comuni, in accordo con quanto già in uso nei documenti inerenti alla programmazione regionale e distrettuale. Tale approccio, infatti, permette di ricomporre i diversi obiettivi di salute e benessere, ponendo al centro dell'attenzione la persona nel suo insieme (Regione Emilia-Romagna 2009, p. 9).

È opportuno rilevare che quest'approccio per target specifici di utenza si accompagna alla consapevolezza dell'esistenza di bisogni per target trasversali, con riferimento a problematiche o aree d'interesse che accomunano più fasce di utenza, proprio per rispondere all'esigenza d'intervento e risposta a tutto tondo, con l'obiettivo inoltre di evitare, per quanto possibile, sovrapposizioni di competenze e inutili duplicazioni di servizi.

Nelle pagine seguenti pertanto si prenderanno in considerazione le diverse fasce di utenza individuate (famiglie e minori, anziani, disabili, adulti in difficoltà, immigrati), presentando brevemente le principali caratteristiche dei tipi di utenti (in termini sia qualitativi sia quantitativi), un quadro dei servizi dedicati alla popolazione oggetto di riferimento, le principali problematiche emergenti (domanda inevasa, criticità rilevate, ...) ed infine la presenza di servizi o approcci caratterizzati da innovatività per quanto riguarda lo specifico target.

Per agevolare la comprensione del complesso insieme di azioni e interventi implementati si è scelto di procedere dedicando a ciascun target uno specifico approfondimento, strutturate

secondo lo schema delineato poco sopra. Nel fare ciò, in linea con i principi caratteristici di una concezione della cittadinanza intesa in senso attivo e partecipatorio, non si trascureranno i rimandi alla normativa di riferimento o alle principali ricerche condotte sul tema, attraverso un breve riepilogo delle principali fonti e documenti ufficiali.

Occorre infine ricordare come, nell'erogazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali per le persone in stato di necessità, il Terzo settore contribuisca in maniera rilevante alla copertura del bisogno della popolazione, mettendo in campo numerose azioni (organizzazione di nidi, gestione di centri diurni per anziani e adulti in difficoltà, trasporti sociali, attività ludiche e ricreative di vario genere). Una tale ricchezza di soggetti e attività costituisce un prezioso sostegno all'azione messa in campo dagli Enti locali³¹.

4.2 | La rete dei servizi per le famiglie ed i minori

4.2.1 | Le famiglie con minori in difficoltà

Nel Profilo di Comunità della Provincia di Bologna aggiornato al 2011 (Provincia di Bologna 2011, pp.5-6) si evidenzia che, nel periodo 2003-2010, il numero dei minori di 18 anni sul territorio provinciale bolognese è aumentato costantemente, attestandosi sui 147.000 circa. La crescita è andata da un minimo di +11,7% nel distretto di Porretta Terme ad un massimo di +29,7% nel distretto di Pianura Ovest. Complessivamente, a livello provinciale l'aumento registrato di un +18,8% nel periodo considerato (+19,5% è la crescita regionale). Il 21,5% dei residenti stranieri in Provincia sono minori, percentuale che cresce nei distretti di Porretta Terme e Pianura Ovest (entrambe 26%), contrariamente alla città di Bologna dove i minorenni rappresentano il 18,8% del totale.

Per ciò che concerne i minori in carico ai servizi sociali, nel 2009, superano l'8% del totale della popolazione minorenni residente, salendo al 10% nei Distretti di Bologna e San Lazzaro e raggiungendo quasi l'11,7% in quello di Porretta. Si tratta per giunta di un dato che nel triennio 2006-2009 è cresciuto del 14%.

Anche i minori stranieri in carico ai servizi nel territorio provinciale sono aumentati nello stesso periodo, con andamenti diversi a livello distrettuale: si va da una crescita rilevante, che si attesta intorno al 45% a Casalecchio di Reno e Bologna al 7,8% della Pianura Est. L'incidenza dei minori stranieri sul totale dei minori seguiti dai servizi è molto alta: nel 2009, infatti, quasi il 38% dei minori in carico in Provincia sono di origine non italiana.

³¹Per una panoramica dettagliata dei attori del Terzo settore coinvolti nell'erogazione di servizi di tipo socio-assistenziale, un prezioso strumento conoscitivo è costituito dai registri tenuti dalla Provincia, Settore Servizio Politiche sociali e per la salute, consultabili all'indirizzo:

[<http://www.provincia.bologna.it/sanitasociale/Engine/RAServePG.php/P/291011180303/T/Registri-ed-elenchi>]

<http://psm.bologna.it>

Si può richiamare in particolare l'attenzione sui minori stranieri non accompagnati e sulla complessità dell'intervento che questi specifici destinatari richiedono, che richiama competenze giuridiche, sociali, educative e formative e così via.

Tab. 4.1 Minori in carico ai servizi sociali in Provincia di Bologna, dati 2006-2009

Distretti	Bologna	Imola	Casalecchio	Pianura Est	Pianura Ovest	Porretta	San Lazzaro	Totale Provincia
Minori in carico ai servizi sociali territoriali al 31/12/2009	4.842	1.763	1.688	1.587	221	1.028	1.189	12.318
% sul totale provinciale	39,3	14,3	13,7	12,9	1,8	8,3	9,7	100,0
% sulla popolazione minorile	10,1	8,3	9,6	6,2	1,6	11,7	10,1	8,4
Variazione % 2006-2009	+10	+13	+51	-2	-15	+23	+23	+14
Di cui stranieri	2.193	581	769	124	63	411	498	4.639
% sui minori in carico	45,3	33,0	45,6	7,8	28,5	40,0	41,9	37,7

Fonte: SISAM - Sistema Informativo Socio-Assistenziale Minori – Regione Emilia-Romagna

I dati al 2009 sono da considerarsi ancora provvisori.

Nota 1: i dati dei Distretti di Pianura Est e Pianura Ovest risultano sottostimati perché in SISAM vengono registrati solo i casi di forte disagio che prevedono il coinvolgimento del personale specialistico area minori, mentre rimane fuori tutta la casistica del disagio economico seguita dai Comuni.

Nota 2: si segnala che nel 2006 non tutti i distretti aderivano alla rilevazione SISAM quindi nel confronto tra gli anni possono risultare alcune incongruenze.

Fonte: Provincia di Bologna 2011, p.9

4.2.2 | I servizi e gli interventi sociali rivolti alle famiglie con minori in difficoltà

Nell'ambito dei servizi sociali per i minori e le loro famiglie molteplici sono gli interventi e i servizi messi in campo, in particolare dai Comuni, nel tentativo di rispondere alle differenti esigenze della popolazione, andando così a costituire una ricca rete di azioni in cui forte risulta essere la collaborazione tra settore pubblico, privato e non profit.

Rispetto al **disagio economico**, le famiglie possono contare su diversi tipi di supporto erogate dai Comuni: integrazioni delle rette per il nido d'infanzia ed i servizi integrativi scolastici, alcune forme di sostegno del reddito familiare, borse lavoro, e così via; oltre ad altre misure rivolte alla popolazione in difficoltà nel suo complesso, come i fondi per l'affitto o il microcredito, ecc.

I servizi di tutela per i minori in condizioni di **disagio familiare** attuati nel territorio provinciale bolognese sono articolati in varie formule di accoglienza per bambini, ragazzi, o nuclei genitore-bambino in comunità, l'affido familiare e l'adozione nazionale e internazionale.

Per quanto riguarda la prima, la normativa regionale in materia³² prevede una tipologia di comunità di accoglienza articolata in: comunità familiari, comunità educative, comunità di pronta accoglienza, comunità per l'accoglienza temporanea di donne-madri, comunità madri-bambino, casa-famiglia. L'Atto di Indirizzo e Coordinamento Territoriale 2009-2011 della Provincia di Bologna sottolinea la crescita del ricorso all'**accoglienza in comunità**: rispetto al 2003 si è registrato un aumento del 30,5%. Si evidenzia, inoltre, come la rete dei servizi presente in Provincia riesca solo in parte a rispondere al bisogno di accoglienza: il ricorso alle strutture ubicate fuori dal territorio è molto forte e si attesta, sempre secondo l'Atto di cui sopra, sul 40%.

L'Aggiornamento dati del Profilo di Comunità prodotto dalla Provincia nel 2011 (pp. 11-13) mostra come l'accoglienza in comunità, nella serie storica dal 2003 al 2009, evidenzia una

³²Cfr. Regione Emilia-Romagna, Direttiva regionale n. 846 del 2007.

crescita costante e consistente dei minori inseriti in struttura residenziale: si tratta di 445 casi nel 2009, con un aumento del 30,5% rispetto al 2003, tuttavia si precisa che in seguito al picco raggiunto nel 2008, gli inserimenti in struttura hanno raggiunto una certa stabilità nel triennio successivo. L'incidenza dei casi inseriti in struttura sul totale dei minori in carico risulta pari al 3,6%.

Sempre secondo le stesse fonti di dati relative al territorio provinciale, anche l'intervento di **affido familiare** è stato caratterizzato da un forte incremento, poi stabilizzatosi nel corso degli ultimi anni: dal 1995 al 2008 si è passati da 99 situazioni d'affido a 296 nel territorio provinciale. Si evidenzia anche come in quest'area sia particolarmente difficile cogliere la domanda inevasa.

Infine, per quanto riguarda le **adozioni**, le coppie bolognesi disponibili per adozioni internazionali sono le più numerose a livello regionale e rappresentano il 2,2% del totale nazionale. Si evidenzia che le liste di attesa, anche se permangono, sono diminuite, grazie all'aumento del personale dedicato a quest'area d'intervento. Si sottolinea, inoltre, come risulti in aumento anche l'età dei ragazzi in adozione, attualmente in età scolastica elementare. Il servizio di post-adozione è presente in tutti i Distretti, pur in assenza di modalità omogenee.

Molteplici sono poi le tipologie d'intervento erogate nell'ambito dei **servizi dedicati alle famiglie, anche a quelle con minori in condizioni di disagio**, fra i quali trovano spazio interventi di mediazione familiare³³, azioni a carattere informativo e formativo, progetti di comunità, corsi di preparazione al parto e alla nascita, gruppi di auto e mutuo aiuto per genitori e neogenitori e così via, organizzati dai Comuni e laddove vi siano, dai Centri per le famiglie.

I **Centri per le famiglie**³⁴, presenti a Bologna, Casalecchio di Reno e Imola, sono promossi e sostenuti dalla Regione Emilia-Romagna e diffusi sul territorio regionale. Si tratta di luoghi polifunzionali rivolti alle famiglie e ai loro bambini, che offrono servizi di vario genere: informazione e orientamento, corsi di preparazione al parto e alla nascita, corsi per neogenitori (sostegno all'allattamento, massaggio infantile, ecc.), forme innovative di supporto economico alle famiglie (come il prestito sull'onore, promozione di gruppi di auto e mutuo aiuto, del volontariato, dell'affido e dell'adozione e così via.)³⁵. Il quadro dei servizi è infine integrato da risorse di tipo più propriamente sanitario, tra le quali, fondamentali sono quelle messe a disposizione dai **Consultori familiari**³⁶, dove è possibile ricevere assistenza

³³Per approfondimenti sulla mediazione familiare, cfr. [<http://www.credomef.ra.it/>] (Centro di Documentazione Regionale sulla Mediazione Familiare, Regione E-R)

³⁴Istituiti con la L.R. 27/89, *Norme per la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i figli*.

³⁵Il sito *Informa Famiglie e Bambini* nel portale della Regione offre la panoramica dei servizi offerti dai Centri: [<http://www.informafamiglie.it/emiliaromagna/centri-per-le-famiglie>].

³⁶Sulla rete dei consultori familiari, cfr. [<http://www.saluter.it/informazioni/donne/la-rete-dei-consultori>]

durante il percorso della gravidanza o che realizzano anche interventi di prevenzione dedicati, ad esempio, agli adolescenti o alle donne straniere.

4.2.3 | Possibili priorità di azione e spunti di riflessione

Il Profilo di comunità della Provincia di Bologna 2009-2010 propone una serie di spunti di riflessione, anche sul disagio delle famiglie con minori e la rete dei servizi loro dedicata.

Si sottolinea la diversificazione dell'offerta, evidenziando che risponde ad un «aumento e diversificazione delle problematiche di tipo sociale, dei flussi migratori, nonché della modificazione degli stili di vita familiari: (ad esempio, si segnala la significativa presenza dei minori accolti in comunità madri-bambino come conseguenza dell'aumento delle famiglie monogenitoriali spesso esposte a problemi di povertà e disagio)» (Provincia di Bologna 2011, p. 210).

In particolare si mettono in risalto i dati relativi ai minori stranieri non accompagnati e di tutte le problematiche che questa emergenza sociale comporta, che richiama la necessità di una forte rete territoriale fra servizi sociali, sanitari, scuola, formazione professionale, e così via.

Si evidenzia anche il buon risultato che le azioni di sensibilizzazione e supporto all'affido hanno raggiunto negli anni, facendo incrementare la disponibilità delle famiglie in tal senso. Rispetto alle adozioni, si ricorda che permane il problema di liste d'attesa e, ancora una volta, la necessità di rafforzare le reti di risorse e competenze disponibili al supporto dei percorsi di adozione, in particolare di quelle internazionali che comporta un ulteriore aumento di complessità nell'integrazione del bambino nella nuova famiglia.

Viene, infine, evidenziata la multidimensionalità delle problematiche affrontate nell'ambito delle famiglie e dei minori in difficoltà, sottolineando che «i servizi per minori impattano più di una problematica: difficoltà genitoriali, difficoltà socio-economiche delle famiglie, processi migratori. Il sistema, pur raffinato, è in affanno!» (*Ibidem*, p.210).

4.3 | Approfondimento 1: La rete dei servizi socio-educativi 0-3 anni

L'area del socio-educativo costituisce una parte rilevante del welfare ed un chiaro esempio della sua funzione di investimento sociale sul futuro, sul sostegno al compito educativo delle famiglie e alla conciliazione, sulle pari opportunità lavorative ed anche sulla prevenzione del disagio, offrendo al bambino, ma anche ai suoi genitori, un contesto accogliente, sicuro, competente e ricco di stimoli (Morel *et al.* 2009, Esping-Andersen 2005b).

La Regione Emilia-Romagna, con la legge n. 1/2000, “*Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia*”, modificata con la legge regionale 8/2004, ha inteso regolamentare l'intera offerta dei servizi per l'infanzia (pubblici e privati), introducendo nuove tipologie di servizi ed opzioni in grado di offrire alle famiglie soluzioni diversificate e risposte in grado di andare incontro alle loro esigenze, senza trascurare la qualità degli interventi e la centralità del benessere dei bambini.

Anche la Provincia di Bologna ha svolto un ruolo cruciale, in questi anni, in merito al socio-educativo, nel sostenere e monitorare la programmazione e le scelte di Comuni e Distretti, in un'ottica di sistema. In questo quadro di orientamento e coordinamento si colloca, in primo luogo, il Coordinamento Pedagogico Provinciale, attivo fin dal 1999. Inoltre, da molti anni, la Provincia promuove progetti e azioni volti all'analisi (Iress, 2009, 2010) della domanda e dell'offerta, con particolare attenzione alla qualità dei servizi.

L'attenzione condivisa con i livelli istituzionali regionale e provinciale ha supportato i Comuni, in questi anni, nel potenziamento e nella qualificazione dei servizi rivolti all'infanzia ed alle famiglie, oltre che nel cogliere la sfida dell'integrazione tra sociale, sanitario ed educativo, interdistrettuale e provinciale. Gli enti locali hanno continuato ad investire nei servizi socio-educativi per la prima infanzia, sostenendo costi crescenti e quasi interamente a loro carico a causa dell'assenza di interventi significativi di livello nazionale. Non mancano specificità e sperimentazioni locali, che mostrano come la riflessione in merito non sia mancata in questi anni, ma al contrario abbia prodotto qualità ed innovazione a tutti i livelli istituzionali coinvolti. Inoltre, si è cominciato anche a produrre riflessioni e sperimentazioni di raccordo tra i servizi a livello intercomunale.

4.3.1 | *La popolazione di riferimento e la domanda di accesso*

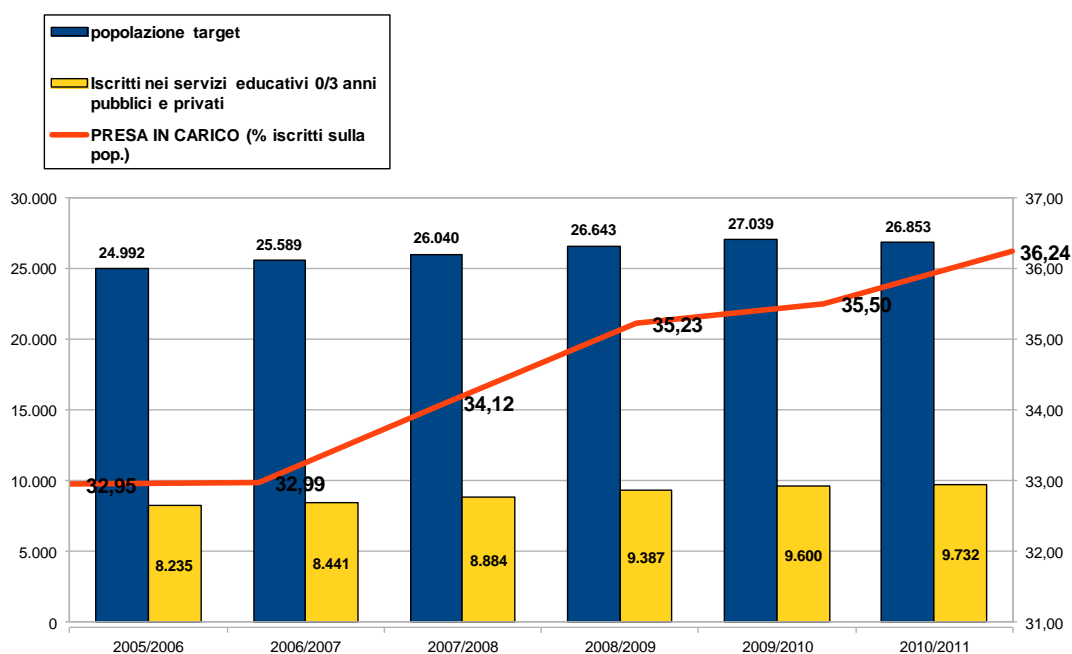
Secondo i dati raccolti dai sistemi informativi della Regione³⁷ e dalla Provincia³⁸, la popolazione zero-trentasei mesi residente in Provincia di Bologna è in crescita: tra il 2005/2006 ed il 2010/2011 si è passati infatti da 24.992 a 26.853 bambini.

Al contempo, anche la disponibilità di servizi educativi per la prima infanzia si è sviluppata: nello stesso periodo, i bambini che ne hanno usufruito sono passati da 8.235 a 9.732. I dati mostrano dunque che la percentuale dei bambini iscritti che hanno avuto accesso ai servizi è cresciuta in modo più marcato rispetto all'aumento della popolazione di riferimento (cfr. fig.4.1).

³⁷L'Osservatorio *infanzia e adolescenza* della Regione Emilia-Romagna monitora e supporta la programmazione delle politiche regionali e locali.

³⁸Dati forniti dalla Provincia di Bologna, Ufficio di Piano provinciale.

Fig. 4.1 Popolazione zero-trentasei mesi, iscritti ai servizi educativi e presa in carico, Provincia di Bologna, dati 2005/2006-2010/2011



Fonte: Provincia di Bologna, Ufficio di Piano Provinciale

Nell'a.s. 2010-2011, la Provincia di Bologna presenta dati di copertura superiori a quelli registrati per la Regione Emilia-Romagna³⁹: gli iscritti ai servizi educativi in rapporto alla popolazione di riferimento si attestano sul 36,2%⁴⁰ nella Provincia di Bologna a fronte di un dato regionale del 28,9%.

Permane il problema delle liste d'attesa, che nel 2010 comprendono 1137 richiedenti, i quali superano l'11% del totale. A questo proposito la distribuzione territoriale appare diversificata all'interno della Provincia: si va da un 3,5% della zona di San Lazzaro al 16,08% della città di Bologna.

³⁹Dati forniti dalla Provincia di Bologna, Ufficio di Piano Provinciale. Per eventuali approfondimenti si possono consultare le elaborazioni rese periodicamente disponibili a cura Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Emilia-Romagna sulla base dei dati raccolti tramite SPIER - Sistema informativo dei servizi per la prima infanzia.

⁴⁰Si ricorda che l'obiettivo fissato dal Consiglio Europeo di Lisbona nel 2000 era di raggiungere entro il 2010 un livello di offerta di servizi per la popolazione 0-3 anni pari al 33%.

Tab. 4.2 Popolazione di riferimento, richieste di iscrizione e liste d'attesa nei servizi educativi zero-trentasei mesi nei Distretti della Provincia di Bologna, dati al 31/12/2010

Distretti/Zone	Popolazione 0-36 mesi al 31.12.2010	Richieste di iscrizione	Bambini in lista d'attesa	% lista d'attesa su tot. richieste iscrizione	% richieste su tot. popolazione
Bologna	9.196	3.818	643	16,8	41,5
Casalecchio di Reno	3.176	1.342	139	10,4	42,3
Nuovo Circondario Imolese	3.799	1.367	73	5,3	36,0
Pianura Est	4.591	1.661	144	8,7	36,2
Pianura Ovest	2.567	818	92	11,2	31,9
Porretta Terme	1.301	241	21	8,7	18,5
San Lazzaro di Savena	2.223	714	25	3,5	32,1
Totale	26.853	9.961	1137	11,4	37,1

Fonte: Provincia di Bologna, Ufficio di Piano Provinciale

Si può aggiungere che, oltre ai mutamenti quantitativi, alcune interessanti analisi, svolte da Iress (2009, 2010) per conto della Provincia, hanno mostrato anche altre trasformazioni da tenere in considerazione: i fenomeni migratori, l'aumento delle madri lavoratrici, le nuove forme e modalità di fare famiglia, la flessibilità del lavoro, la necessità dei genitori di sostegno nel compito educativo si traducono in una nuova connotazione della domanda di servizi, sempre più variegata.

Lo stesso si può dire dei servizi educativi, che dalla formula base del nido si sono trasformati per accogliere le necessità delle nuove famiglie e dei loro bambini.

4.3.2 | I servizi socio-educativi per la fascia zero-trentasei mesi⁴¹

In questi anni, come si è già accennato, i servizi per la prima infanzia sono cresciuti e si sono diversificati. Secondo i già citati rapporti elaborati da Iress per conto della Provincia di Bologna, l'offerta si è sviluppata, secondo le direttive regionali, come di seguito.

Il più classico servizio di *Nido d'Infanzia* ha assunto modalità organizzative, formule gestionali ed orari più flessibili (nido part-time, full-time, micronido). A questi si sono affiancati:

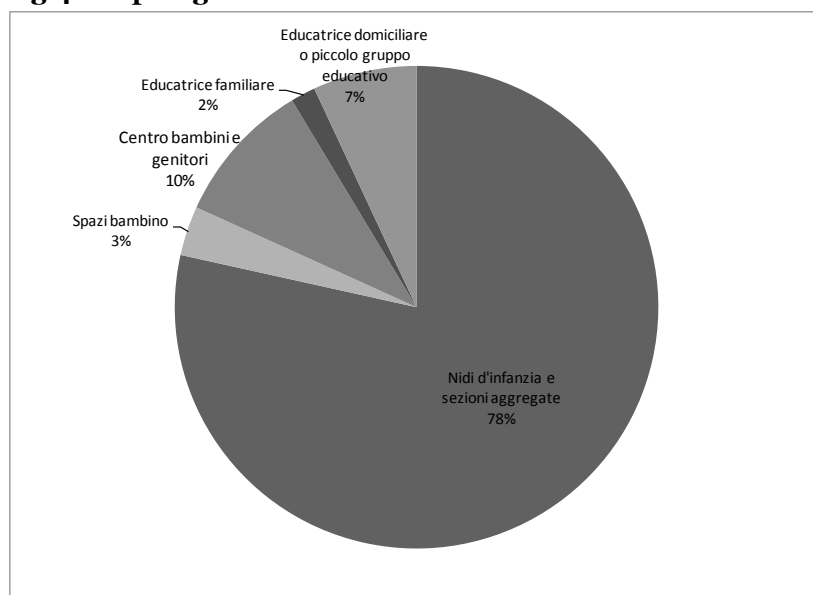
⁴¹Per una mappatura più ampia ed esaustiva cfr. [<http://www.regione.emilia-romagna.it/temi/sociale/infanzia-e-adolescenza/vedi-anche/nidi-dinfanzia>].

- i *servizi integrativi*: gli *Spazi Bambino*, che prevedono l'affido dei piccoli agli educatori per un massimo di cinque ore giornaliere e consentono una fruizione diversificata, senza prevedere (a differenza del nido part-time) la mensa e spazi per il riposo; ed i *Centri Bambini e Genitori*, che accolgono la coppia adulto/bambino, senza affido, in un contesto educativo e stimolante;

- i *servizi sperimentali*: *educatrice familiare*, che vede alcune famiglie accordarsi per affidare i piccoli (massimo 3) ad un educatore appositamente formato e mettere a disposizione il proprio domicilio per la realizzazione del servizio; *educatrice domiciliare* (o piccolo gruppo educativo), dove il servizio dedicato ad un massimo di 5 bambini tra 3 mesi e 3 anni è realizzato presso il domicilio dell'educatrice o presso locali adeguati messi a disposizione da soggetti pubblici o privati.

Sono anche stabiliti gli opportuni raccordi e modalità per gestire il passaggio tra i servizi zero-trentasei mesi e le *Scuole d'infanzia*, per garantire continuità educativa in un momento delicato nella vita del bambino, ma anche della sua famiglia. Infine, le cosiddette *sezioni primavera* completano il quadro delle possibili formule di accoglienza dei bambini nell'ultima parte della fascia d'età zero-trentasei mesi.

Fig.4.2 Tipologia dei servizi educativi nella Provincia di Bologna (a.s. 2009-2010)



Fonte: Provincia di Bologna, Ufficio di Piano Provinciale

Tab. 4.3 Iscritti ai servizi educativi per tipologia di servizio suddivisi per Distretti, Provincia di Bologna, dati al 31/12/2010

Distretti/Zone	Iscritti nidi e sez. di nido	Iscritti Servizi Integrativi	Iscritti Servizi sperimentali	Totale iscritti al 31/12/2010
Bologna	3.620	268	30	3.918
Casalecchio	995	80	25	1.100
Nuovo Circondario Imolese	1.168	55	40	1.263
Pianura Est	1.421	99	0	1.520
Pianura Ovest	862	83	10	955
Porretta Terme	240	0	0	240
Lazzaro di Savena	709	23	4	736
Totale Provincia di Bologna	9.015	608	109	9.732

Fonte: Provincia di Bologna, Ufficio di Piano Provinciale

Rispetto a questi servizi, i già citati studi hanno fatto emergere i tratti di un'importante diversificazione territoriale: anche nell'ambito dello stesso distretto, i criteri di accesso e di definizione delle rette sono i più vari. Proprio per far fronte ad una domanda sempre più variegata e in un'ottica d'inclusione, i *regolamenti* dei servizi educativi sono spesso diventati molto complessi proprio nel tentativo di fare proprie più possibile le esigenze di famiglie nelle più varie condizioni economiche, sociali e lavorative.

Inoltre, la diversificazione degli stili di vita e l'organizzazione del lavoro hanno anche dato vita a richieste di maggiore elasticità dei servizi da parte delle famiglie, alla ricerca di conciliazione: frequenza precoce del nido, fasce orarie di ingresso-uscita e di permanenza giornaliera più flessibili, periodo annuale di apertura esteso anche ai mesi estivi, copertura dei giorni festivi e prefestivi e così via, pongono anche interrogativi e questioni dal punto di vista pedagogico (Iress, 2009, p.72-73).

Le analisi svolte dall'Iress hanno anche mostrato che *la qualità* sembra complessivamente aver tenuto e le azioni di ricerca, che hanno coinvolto anche i genitori, hanno mostrato che le famiglie sono soddisfatte dei servizi. A sostenere questa qualità è emersa soprattutto *la professionalità degli operatori* impegnati in quest'ambito: "Si riconosce che i servizi alla persona sono "fatti" da persone, professionisti motivati che animano e rendono questi servizi "eccellenti". Occorre non dare per scontata questa professionalità che finora ha fatto grandi i nostri servizi" (Iress, 2010, p.41)

<http://psm.bologna.it>

Un'altra importante notazione sull'accesso ai servizi riguarda i *voucher conciliativi per i nidi d'infanzia*⁴², erogati in attuazione della Legge Regionale n. 17/2005, con la quale la Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con i Comuni, prevede l'assegnazione di assegni economici a parziale copertura della retta d'iscrizione a nidi d'infanzia privati autorizzati. Si tratta di un progetto cofinanziato dal Fondo sociale europeo finalizzato a supportare le famiglie in cui entrambi i genitori lavorano (o quelle con un solo genitore) nella conciliazione tra esigenze lavorative ed esigenze di cura dei figli.

Un ulteriore dato da evidenziare riguarda la **tipologia di gestione**: nell'a.s. 2010/2011, pur rimanendo quasi la metà dei servizi, e precisamente il 47,4% (la percentuale era del 53,6%, nell'a.s. 2009/2010), a gestione pubblica diretta, la gestione pubblica indiretta tramite appalto o concessione si attesta sul 17,9% (era intorno al 16% nell'anno precedente); i servizi convenzionati sono in aumento 26,8% (si fermavano intorno al 20,07%) ed i servizi a "libero mercato" non raggiungono l'8% dei servizi (erano il 9,8%)⁴³.

Infine, come elemento di innovatività, si sottolinea la presenza nella Provincia di Bologna di sei nidi aziendali o interaziendali, avviati ed autorizzati al funzionamento tra il 2002 ed il 2009. Il numero di posti offerti è di 235 nell'a.s. 2009-2010, di cui due terzi riservati ai dipendenti ed i restanti disponibili per il territorio⁴⁴.

Per realizzare un'offerta tanto complessa, si è fatto complesso anche il panorama dei soggetti che sono impegnati nella realizzazione dei servizi in area socio-educativa: accanto al settore pubblico e privato, è soprattutto il *terzo settore* ad essersi attivato in questo senso negli ultimi anni, contribuendo ad espandere i servizi, a supportare ed integrare gli interventi pubblici, alla realizzazione di sperimentazioni e ad offrire quella flessibilità e diversificazione che le famiglie oggi sempre più spesso richiedono.

A questi servizi, rivolti principalmente all'accoglienza dei bambini, se ne sono affiancati altri rivolti alle famiglie nel loro complesso, finalizzati ad affiancare e supportare i genitori nel compito educativo. Come si è già evidenziato, in molti Comuni, presso i Centri per le famiglie, i Nidi, i Consultori familiari o altri spazi pubblici e privati, si realizzano *iniziative e percorsi rivolti ai genitori*: incontri tematici con esperti o di riflessione tra pari, eventi ricreativi o di socializzazione. L'obiettivo è di offrire informazioni, formazione ed orientamento, stimolare la condivisione di visioni e pratiche tra i genitori e stabilire alleanze educative tra le famiglie ed i servizi, anche al fine di promuovere la partecipazione sociale e prevenire possibili forme di disagio, "affiancando" le istituzioni ai genitori nel percorso di crescita dei figli.

⁴² Cfr. [<http://www.allapari.regione.emilia-romagna.it/hp/conoscere-le-indagini-e-i-rapporti-regionali-piu-recenti/ruoli-di-genere-e-conciliazione-dei-tempi-della-vita-e-del-lavoro-in-emilia-romagna>].

⁴³ Provincia di Bologna, Ufficio di Piano provinciale.

⁴⁴ Cfr. Provincia di Bologna, *I servizi educativi per i bambini in età 0-3 anni nella provincia di Bologna. Aggiornamento al 31/12/2009. Allegato a cura dell'ufficio servizi socio-educativi*, pp.59-60.

4.3.3 | Possibili priorità di azione e spunti di riflessione

I servizi per la prima infanzia sono stati oggetto di riflessione per la Conferenza Metropolitana nel corso del 2011⁴⁵, dove è emerso come nei prossimi anni le principali sfide che probabilmente coinvolgeranno le amministrazioni sono quelle della programmazione di area sovracomunale, dell'equità ed omogeneizzazione dell'offerta territoriale, della coniugazione di scelte di qualità e di economicità, dell'integrazione tra servizi ed aree di intervento educativa, sociale e sanitaria. Si tratta di finalità condivisibili, orientate a garantire un trattamento equo ed armonizzato a famiglie che abitano lo stesso territorio, a distanza di pochi chilometri. La regia e la messa a sistema delle risorse, pubbliche e private, disponibili diventano poi di importanza strategica in un panorama dell'offerta variegato come quello presentato. Inoltre, rimangono le esigenze di integrazione tra aree di policy differenti, tra cui anche quella del socio-educativo, affermate dal Piano sociale e sanitario Regionale 2009-2001 e dall'Atto di indirizzo e coordinamento 2009-2001 della Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna e Giunta ex CTSS del Nuovo Circondario di Imola. Infine, rispetto alla qualità, le analisi hanno mostrato l'importanza del ruolo delle professionalità impegnate nei servizi, risorse e competenze da sostenere e valorizzare come elementi fondamentali della loro eccellenza.

4.4 | Approfondimento 2: Le giovani generazioni

Come sottolineato più volte dall'Unione Europea, i giovani, insieme con anziani, disabili, minoranze etniche e donne, costituiscono uno dei gruppi sociali più vulnerabili, la quale evidenzia proprio per le giovani generazioni un maggiore rischio di intrappolamento in processi di esclusione sociale. Tale rischio aumenta in modo particolare per quelle categorie di giovani prive di un elevato *stock* di capitale umano, sociale e culturale, come nel caso dei giovani *homeless*, dei minori a rischio di povertà, degli *early school leavers*⁴⁶ e, recentemente, nel caso dei cosiddetti Neet, ovvero i giovani *not in education, employment or training*⁴⁷, i quali stentano a salire in cima alle priorità dell'agenda politica, anche a fronte del contenimento del problema da parte del welfare familiare (Saraceno 2012, 58).

⁴⁵Conferenza Metropolitana, Riunioni del 2 maggio e del 14 novembre 2011.

⁴⁶Sul tema degli *early school leavers* cfr. Colombo 2010.

⁴⁷Sul fenomeno dei Neet il dibattito accademico ha avuto origine in area anglo-sassone all'inizio degli anni Novanta, e solo recentemente ha fatto la sua comparsa in Italia. Per quanto riguarda le problematiche definitorie e relativi aspetti, cfr. Bynner e Parsons 2002, Furlong 2009, 2006, Yates e Payne 2006. Di recente pubblicazione è inoltre un Rapporto di ricerca curato dall'*European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, in cui si presentano i primi risultati della ricerca condotta dall'Unità Employment and Competitiveness (Mascherini 2011).

<http://psm.bologna.it>

Inoltre, come messo in luce da più parti⁴⁸, l'investimento di energie e risorse per i giovani, dal punto di vista politico, economico e culturale, risente ancora di forti differenze nazionali: nonostante gli sforzi e le azioni intraprese a livello europeo per rafforzare i processi e le dinamiche di partecipazione ed inclusione delle giovani generazioni, la molteplicità e diversità fra gli Stati membri in materia di politiche giovanili finisce per depotenziare i diritti dei giovani in termini di opportunità e *chances* di vita, così che tali diritti non possano trovare piena attuazione, andando a costituire vincoli e limiti alla piena integrazione dei giovani nella società europea.

All'interno di un tale scenario, la Regione Emilia-Romagna è stata tra le prime ad aver adottato un approccio orientato all'adozione di strategie improntate all'innovatività e alla trasversalità degli interventi per le giovani generazioni, che trovano la loro declinazione nella legge regionale n.14 del 28 luglio 2008, "*Norme in materia di politiche per le giovani generazioni*". Gli ambiti entro i quali si sviluppano le politiche per i giovani sono quattro: sicurezza, indipendenza, inclusione e partecipazione.

Oltre alle iniziative di promozione svolte sul territorio Provinciale dai Comuni e dal Terzo settore, anche tramite i **Centri di aggregazione giovanile**, occorre ricordare, in un'ottica di integrazione, i servizi offerti dalla sanità per prevenire e curare il disagio, i **Consultori**, gli **Spazi giovani** in particolare, i quali raccolgono molta della domanda di intervento e di supporto anche da parte della fascia d'età più giovani.

Gli **Sportelli informagiovani** costituiscono senz'altro la via d'accesso privilegiata all'offerta di servizi ed interventi in quest'area, fornendo informazioni e orientamento nelle varie direzioni di interesse di questi cittadini.

La tabella 1 di seguito riassume le aree di erogazione degli interventi e progetti messi in campo a sostegno della popolazione giovanile, mostrando la varietà e trasversalità dell'offerta ed i filoni di azione individuati dalla Regione come linee di sviluppo.

⁴⁸ Sul tema delle trasformazioni dell'età giovanile e delle problematiche di *policy* correlate alle giovani generazioni esiste una vastissima letteratura a cui si rimanda. Si veda, tra gli altri, Besozzi 2009, Buzzi et al. 2007, Cesareo 2005, Merico 2004, De Luigi 2007, Dondona et al. 2004, Mesa 2010, Donati e Colozzi 1997, Bazzanella 2010, Leccardi 2006.

Tab. 4.4 Aree di intervento a favore delle giovani generazioni

<i>Ambiti</i>	<i>Filoni di azioni</i>	<i>Principali tipi di azione e interventi attuati</i>
Sicurezza	Salute	Salute della donna e dei bambini; interventi per bambini 0-6 anni; percorsi assistenziali per minori con problemi psichiatrici; contrasto alle dipendenze
	Stili di vita sani	Promozione attività sportiva e motoria; educazione alimentare, prevenzione obesità; educazione alla sessualità
	Famiglia e accoglienza	Affidi, adozioni e accoglienza in comunità; sostegno alla genitorialità; centri per le famiglie
Indipendenza	Sviluppo delle potenzialità dei bambini	Servizi educativi per la prima infanzia (0-3 anni); sistema regionale integrato delle scuole di infanzia (3-6 anni); servizi educativi 0-6 anni, Coordinamenti pedagogici provinciali
	Sviluppo delle opportunità e lavoro	Informagiovani; formazione professionale; sostegno all'imprenditorialità; sostegno a progetti di ricerca e centri per l'innovazione
	Creatività	Promozione produzione di documentari; sostegno attività di educazione al patrimonio culturale; sostegno all'attività artistica giovanile
	Diritto alla casa	Fondo sociale per l'Affitto; edilizia agevolata
	mobilità	Mobilità e percorsi casa-scuola; educazione stradale
Inclusione	Diritto allo studio	Promozione del successo formativo e contrasto alla dispersione scolastica; sostegno all'accesso alle attività scolastiche e universitarie
	Integrazione e aggregazione sociale	Sostegno ai minori in difficoltà; sostegno al dialogo e integrazione interculturale; centri di aggregazione giovanile
Partecipazione	Cittadinanza attiva e responsabile	Formazione alla cittadinanza; sostegno alla democrazia partecipata; educazione ai media; servizio civile
	Pari opportunità di genere	Promozione del cambiamento culturale per la realizzazione di pari opportunità di genere

Fonte: Regione Emilia-Romagna, 2009, p. 14-15, nostra rielaborazione

4.5 | Anziani

4.5.1 | Caratteristica dell'utenza

Come noto, il costante aumento della popolazione anziana ultrasettantacinquenne, in atto ormai da decenni nel nostro Paese, rappresenta una vera e propria sfida per i *policy makers*, che si trovano a dover rispondere ad un costante aumento dei bisogni tanto socio-sanitari quanto più strettamente socio-assistenziali, a seguito dei processi di invecchiamento della popolazione e al progresso delle conoscenze scientifiche e mediche, che hanno reso possibile un aumento degli anni di speranza di vita, all'interno di un panorama economico-finanziario sempre meno sostenibile, caratterizzato dalla riduzione delle risorse economiche a disposizione.

Per quanto concerne il territorio provinciale bolognese, nel quale è presente una percentuale di anziani maggiore rispetto al valore regionale e nazionale (tab. 4.5), negli ultimi anni si è registrato un leggero aumento del numero degli over 75, che passa dal 12,16% del 2009 al 12,35% del 2011. L'aumento più consistente si è verificato nel Distretto di Casalecchio (+ 0,47%), mentre il Distretto con la percentuale maggiore di anziani over 75 è Bologna, seguito da quello di Porretta Terme.

Tab. 4.5 Percentuale popolazione grandi anziani (>75) per distretti sanitari di residenza e anno, Provincia di Bologna, 2009-2011

Distretti sanitari di residenza	2009	2010	2011
Distretto Pianura Ovest	10,04	10,23	10,45
Distretto Pianura Est	10,46	10,59	10,71
Distretto Casalecchio Di Reno	10,85	11,07	11,32
Distretto Bologna	14,34	14,29	14,28
Distretto Porretta Terme	11,86	11,9	12,10
Distretto San Lazzaro Di Savena	10,07	10,38	10,67
Distretto Imola	11,60	11,67	11,83
% over 75 in Provincia di Bologna	12,16	12,24	12,35
% over 75 in Emilia-Romagna	11,43	11,54	11,66
% over 75 in Italia*	9,78	9,96	10,14
Totale provinciale (v.a.)	118.719	120.455	122.502

Fonte: Dati RER – Statistiche Self-service Regione Emilia-Romagna (consultato il 5/05/2012).

4.5.2 | *La struttura dell'offerta di servizi*

Per quanto riguarda la risposta al bisogno di assistenza espresso dalla popolazione anziana, diversi sono i servizi implementati dagli Enti locali, anche avvalendosi della collaborazione del Terzo settore. Tra i diversi tipi di servizi si trova l'**assistenza domiciliare sociale comunale (SAD)**, che si rivolge prevalentemente ai “grandi anziani” non autosufficienti o con bassi livelli di autonomia o a rischio di emarginazione, attraverso la quale è possibile erogare interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, nonché assistenza sociale e/o educativa a domicilio (Istat 2011, p.3).

Vi è poi l'**assistenza domiciliare integrata (ADI)**, alla quale devono essere ricondotte quelle prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate “a domicilio” a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, al fine di evitare ricoveri impropri e con l'obiettivo di mantenere il paziente nel suo ambiente di vita (*Ibidem*, p.3) il più a lungo possibile.

Tra i **trasferimenti monetari** rientrano l'**assegno di cura** e il **contributo aggiuntivo badanti**.

Infine, sono da ricordare i **programmi di dimissioni protette** nonché l'insieme dei servizi di tipo più prettamente sanitario offerti dai **consultori per la demenza senile**.

Vi sono poi differenti tipi di strutture per l'accoglienza degli anziani presenti sul territorio, caratterizzate da diversi gradi di residenzialità (in convenzione o autorizzate) quali: case protette, RSA, strutture semiresidenziali o residenziali, centri diurni, comunità alloggio e strutture per l'accoglienza temporanea di sollievo.

4.5.3 | *Dinamiche e tendenze nella domanda*

Per quanto riguarda le strutture residenziali, nel 2011 è riscontrabile complessivamente un leggero calo dei posti convenzionati disponibili nelle Ausl di Bologna e Imola, a fronte di un aumento della popolazione anziana over 75 (tab. 4.6). Le riduzioni si concentrano nel Distretto di San Lazzaro (-0,15%) e nel Nuovo Circondario Imolese (-0,12%). Considerando anche i posti per il servizio di sollievo/dimissioni protette, anche l'indice di convenzionamento presenta un andamento in leggera discesa (-0,13% sia nell'Ausl di Bologna sia nell'Ausl di Imola), con una contrazione particolare nel Distretto di Pianura Ovest (-0,30%). Al contrario, sono in leggero aumento i posti nelle strutture semi-residenziali (centri

diurni) in quasi tutti i distretti (+ 0,03% sia per quanto riguarda l'Ausl di Bologna che quella di Imola).

Per quanto riguarda invece l'assistenza domiciliare, è possibile osservare una riduzione complessiva delle ore rimborsate⁴⁹ nel corso del 2011 rispetto al 2009 in quasi tutto il territorio provinciale, ad eccezione del Distretto di Pianura Ovest (tab. 4.7)⁵⁰. La tabella 4.8 mostra invece il numero di ore medie settimanali per utenti presi in carico, relativamente all'anno 2011. Occorre innanzitutto precisare che i dati si riferiscono all'assistenza domiciliare socio-sanitaria erogata dal Comune e finanziata in parte con le risorse del FRNA, escludendo pertanto gli utenti la cui assistenza è pagata unicamente con risorse comunali e l'ADI sanitaria, pagata con risorse FSN. Il Distretto nel quale è riscontrabile il valore più alto di ore medie settimanali rimborsate è quello di Porretta (4,43 ore), seguito da quello di Bologna (4,42 ore), mentre il valore più basso è osservato nel Distretto di Imola (2,23 ore). Tuttavia, è necessario adottare una certa cautela nell'interpretazione di tali dati, dal momento che il numero di ore medie settimanali contiene anche utenti presi in carico per poco tempo (ad es., solo un mese), e pertanto potrebbe portare a considerazioni fuorvianti sull'entità della risposta garantita agli utenti in carico.

Anche per quanto concerne l'erogazione di assegni di cura (tab. 4.9), dopo l'aumento costante rilevato nel corso degli ultimi anni⁵¹, si rilevano nel corso del 2010 e del 2011 flessioni nel totale degli assegni erogati: nel 2011 la percentuale di anziani titolari di assegni di cura sul totale della popolazione over 75 risulta essere pari al 3,81% per quanto riguarda l'Ausl di Bologna (rispetto al 6,20% del 2009) e al 4,18% nell'Ausl di Imola (rispetto al 5,50% del 2009). È invece in aumento il numero di contributi aggiuntivi badanti erogati nella Provincia di Bologna: nell'Ausl di Bologna si passa dagli 882 del 2009 ai 1138 del 2011, mentre nell'Ausl di Imola, rispettivamente, da 123 a 133 (tab. 4.9).

Da quanto emerso finora, si evidenzia pertanto una forte differenziazione distrettuale nella composizione tanto della domanda quanto dell'offerta di servizi per la popolazione anziana, in ragione sia del differente peso degli anziani over 75 sul totale della popolazione residente, sia per la diversa morfologia dei servizi a disposizione di questa fascia di utenti e dei criteri per l'accesso.

⁴⁹Si ricorda che il rimborso non avviene direttamente erogato agli anziani presi in carico, ma viene versato dall'Asl competente al Comune, in modo da coprire parte dei costi dei servizi.

⁵⁰Il tasso grezzo di copertura dell'assistenza domiciliare degli abitanti nei vari distretti è pari al 24,84%. Il valore più elevato di tale tasso si rileva nel Distretto di San Lazzaro di Savena, con un tasso di copertura pari al 27,5%, seguito dal Distretto di Bologna (27,3%), Porretta Terme (25%), Casalecchio di Reno (22,3%), Pianura Est (22,2%), Pianura Ovest (19,4%), cfr. Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna - Ausl di Bologna 2011, p. 13. Su questo tema, di competenza più strettamente sanitaria, si rimanda al *"Rapporto su Sanità, sistema sanitario e ricerca"*, a cura di Stefano Inglese e Giampiero Cilione, redatto nell'ambito del Tavolo Benessere e Coesione sociale del Piano strategico metropolitano.

⁵¹ cfr. Profilo di Comunità 2011.

4.5.4 | Criticità e priorità di azione

Nell'ottica di una sempre maggiore promozione della cittadinanza in senso attivo e partecipatorio anche per quanto riguarda la popolazione anziana, nell'ambito di una concezione dell'invecchiamento in senso attivo, secondo quanto auspicato e più volte raccomandato anche a livello europeo⁵², è necessario attivare e rafforzare le politiche di intervento regionali e distrettuali che perseguono tali obiettivi.

Gli ambiti di azioni in cui la programmazione può intervenire sono molteplici: un primo filone di intervento riguarda la promozione della partecipazione alla vita pubblica e culturale degli anziani, in un'ottica intergenerazionale, al fine di promuovere la continuità e la solidarietà tra le diverse fasce della popolazione. Si vedano a tal proposito i progetti di coabitazione anziani-giovani studenti, i progetti di condomini solidali, etc⁵³. In secondo luogo, è necessario continuare a perseguire gli obiettivi di prevenzione della salute e di benessere psico-fisico degli anziani. Infine, è opportuno adottare politiche in direzione di un rafforzamento e di una promozione dei servizi capaci di sostenere l'autonomia residua degli anziani: si vedano, ad esempio, i progetti per il potenziamento della mobilità degli anziani atti a favorire la loro piena partecipazione alle attività socio-culturali sul territorio.

⁵² Si ricorda, a tale proposito, che nel 2012 è stato istituito dall'Unione Europea l'Anno Europeo dell'Invecchiamento Attivo e della solidarietà tra le generazioni, cfr. [<http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=it>].

⁵³ Interessanti esempi in direzione di una 'autocostruzione collettiva dei beni comuni (Saraceno 2012, 59), a sostegno anche delle reti di solidarietà informale tra cittadini, possono essere rinvenuti nelle esperienze delle Banche del Tempo, realtà ormai consolidata nel territorio regionale emiliano-romagnolo, come testimonia la presenza di uno specifico portale web curato dalla Regione Emilia-Romagna [<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/banche-del-tempo//>]. Sul tema delle Banche del Tempo cfr. Abate e Ricci 1999, AAVV 1999, Grisendi 1998, Amorevole et al. 1998.

Tab. 4.6 Posti ed utenti in strutture per anziani per distretto, anni 2009 e 2011.

		Bologna		Casalecchio		Pianura Est		Pianura Ovest		S.Lazzaro		Porretta		Totale Ausl Bologna		Ausl Imola	
		2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011
Strutture resid.	<i>posti convenz. CP + RSA</i>	1397	1399	298	292	411	403	204	188	197	197	162	162	2669	2.641	500	497
	<i>% posti convenz. su pop. >75</i>	2,60	2,58	2,50	2,35	2,50	2,43	2,50	2,20	2,50	2,43	2,40	2,32	2,50	2,47	3,30	3,18
	<i>Utenti inseriti stabilmente in struttura</i>	597	690	183	175	106	149	142	82	79	79	49	60	1156	1.235	255	—
Sollievo/ dimissioni protette	<i>posti</i>	70	43	17	17	17	17	20	24	4	4	15	15	143	120	7	10
	<i>Utenti in posti temporanei nell'anno</i>	288	285	149	93	199	280	322	388	48	51	121	152	1127	1.249	104	114
indice di convenzionamento (resid + sollievo e dimiss protette)		2,73	2,66	2,69	2,49	2,71	2,54	2,78	2,48	2,67	2,48	2,58	2,53	2,71	2,58	3,37	3,24
Strutture semi-resid.	<i>Posti convenz. in centro diurno</i>	283	283	106	114	56	56	39	54	43	43	13	13	540	563	52	52
	<i>% posti convenz. su pop >75</i>	0,50	0,52	0,90	0,92	0,30	0,34	0,50	0,63	0,50	0,53	0,20	0,19	0,50	0,53	0,30	0,33

* Dato non disponibile

Fonte: Profilo di Comunità 2010, Ufficio di Piano Provinciale Ausl Imola, nostra elaborazione

Tab. 4.7 Assistenza domiciliare socio-assistenziale, ore di attività rimborsate per distretto, anni 2009 e 2011.

Distretto	2009	2011
Bologna	215.829	151.159
Pianura Est	71.454	70.834
Pianura Ovest	25.611	29.262
Casalecchio	50.000	40.624
San Lazzaro	29.717	26.936
Porretta	7.256	5.984
Ausl Bologna	399.867	324.799
Ausl Imola	*	48.677

* dato non disponibile

Fonte: Ufficio di Piano Provinciale e Ausl Imola, nostra elaborazione

Tab. 4.8 Assistenza domiciliare socio-sanitaria, 2011.

Distretto	Ore assistenza domiciliare (ASSDI)	Utenti nell'anno	Ore medie settimanali per utente*
Bologna	151.159	658	4,42
Pianura Ovest	29.262	231	2,42
Pianura Est	70.834	501	2,72
San Lazzaro	26.936	144	3,60
Casalecchio	40.624	603	1,29
Porretta	5.984	26	4,43
Imola	48.678	419	2,23

* Il numero di ore settimanali medie di assistenza per utente è calcolato come (numero ore/numero utenti)/52. Fonte: Ufficio di Piano Provinciale - Servizio Politiche Sociali e per la Salute

Tab. 4.9 Anziani destinatari di assegni di cura e contributi aggiuntivi badanti per distretto, 2009 e 2011.

		Bologna		Casalecchio		Pianura Est		Pianura Ovest		S.Lazzaro		Porretta		Tot. Ausl Bologna		Ausl Imola	
		2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011
assegno di cura	anziani con assegno di cura	2.900	1.732	811	400	1.113	889	628	293	361	299	687	460	6.500	4.073	843	654
	nuovi utenti di cura nell'anno	1.105	755	286	69	442	129	162	81	101	65	192	112	2.288	1.211	223	587
	% utenti su popolazione over 75	5,40	3,19	6,70	3,22	6,90	5,37	7,60	3,43	4,60	3,68	10,00	6,58	6,20	3,81	5,50	4,18
contributo aggiuntivo badanti	utenti titolari del contributo	508	572	100	100	103	203	75	136	61	93	35	34	882	1.138	123	133
	% sul totale assegni di cura erogati	17,50	33,03	12,30	25,00	9,30	22,83	11,90	46,42	16,90	31,10	5,10	7,39	13,60	27,94	14,60	20,34

Fonte: Ufficio di Piano Provinciale e Ausl Imola, nostra elaborazione

4.6 | Disabili

4.6.1 | Caratteristiche dell'utenza

Per quanto riguarda l'area disabilità, è da riscontrare un costante aumento della percentuale di disabili sul totale della popolazione residente a livello provinciale: dagli ultimi dati disponibili⁵⁴, rispetto al 2008 si è avuto un aumento dei disabili in carico pari al 2,2%, con andamenti molto diversi tra i distretti. La crescita della percentuale di disabili è imputabile a diversi fattori, tra i quali l'insorgenza di patologie connesse all'invecchiamento, l'aumento delle patologie derivanti da traumi e malattie contratte in età adulta; la forte incidenza delle pluripatologie (mentre è da segnalare la diminuzione delle patologie

⁵⁴ Cfr. Provincia di Bologna, *Profilo di Comunità della Provincia di Bologna, Aggiornamento dati in vista del Programma Attuativo 2011*, a cura dell'U.O. Ufficio di Piano provinciale - Servizio Politiche Sociali e per la Salute, Provincia di Bologna, disponibile su <http://www.provincia.bologna.it/sanitasociale/Engine/RAServeFile.php/f/>

<http://psm.bologna.it>

congenite). Data la molteplicità di fattori che causano l'insorgere di patologie invalidanti e il fatto che diverse fasce di età possano rientrarvi, è necessario un intervento su più fronti.

Dati più aggiornati sono quelli relativi al bisogno espresso presso gli sportelli sociali: nel primo semestre del 2011, sono state 558 le richieste attribuibili al *target* disabili. A questo proposito si può osservare, con tutte le cautele necessarie, che si tratta di una cifra piuttosto bassa se confrontata con le richieste provenienti da altre categorie bisognose, ma che risulta sicuramente sottostimata in quanto in alcuni distretti della provincia molti casi non passano dallo sportello, ma si recano direttamente ai servizi specialistici. Sempre in riferimento alle esigenze relative al *target* disabili, i bisogni più espressi (e registrati) presso gli sportelli sociali risultano essere quelli di 'disponibilità economica' (peraltro il bisogno più manifestato sul territorio provinciale) e di "cura e accadimento" senza tralasciare le necessità di "socializzazione", di "mantenimento o sviluppo autonomia", e di "informazione e orientamento sui servizi"⁵⁵.

4.6.2 | Mappa dei servizi

Le risposte relative all'area della disabilità si contraddistinguono per il loro approccio trasversale, dal momento che specifiche azioni ed interventi fanno riferimento alle diverse fasi del ciclo di vita. Le prestazioni sono quindi suddivise in diversi settori⁵⁶: ambito educativo-formativo, ambito lavorativo, ambito socio-sanitario e assistenziale; ambito della cultura e del tempo libero; ambito della mobilità e dell'accesso.

Diversi sono anche i servizi e gli interventi volti a fornire risposte alle differenti esigenze della popolazione disabile. Si passa dalla certificazione scolastica per alunni disabili alla presa in carico da parte dei servizi sociali territoriali, dall'assistenza domiciliare e territoriale con finalità riabilitativo - educative a quella con finalità socio-assistenziali; dal centro adattamento ambiente domestico alle visite per certificazione invalidità e handicap.

Sono poi presenti diverse strutture rivolte ai soggetti affetti da disabilità: centri socio-riabilitativi residenziali (centri socio-sanitari a carattere residenziale destinati a cittadini con disabilità di età di norma non inferiore a 14 anni), centri socio-riabilitativi diurni (strutture socio-sanitarie a carattere diurno destinate a cittadini in situazioni di handicap), centri socio-occupazionali diurni, gruppi appartamento (strutture residenziali aventi la tipologia edilizia della casa di civile abitazione), residenza protetta (struttura assistenziale residenziale

⁵⁵ Cfr. *Osservatorio Provinciale degli sportelli sociali*, Provincia di Bologna.

⁵⁶ Per una disamina dettagliata, si veda *I Servizi della Provincia di Bologna per le Persone con disabilità. Aggiornamento 2010*, a cura di Angela Bianchi, disponibile su

<http://www.comune.bologna.it/media/files/reportdisabili2010pdf.pdf>. Inoltre i rapporti tematici *I Servizi della Provincia di Bologna per le Persone con disabilità*, dal 2002 al 2010, sono reperibili su:

[<http://www.provincia.bologna.it/disabili/>], nella sezione Attività ed Eventi oppure è possibile richiederli all'URP della Provincia di Bologna.

costituita da un complesso di alloggi di diversa tipologia dotata di zone per la vita comunitaria)⁵⁷. Al 31/12/2009 le strutture di accoglienza per persone con disabilità presenti sul territorio provinciale risultavano essere 106, così suddivise:

Tab. 4.10 Strutture per disabili: strutture per tipologia, dati al 31/12/2009

Tipologia di presidio	Presidi presenti, v.a.	Presidi presenti, v.%
Centro socio-riabilitativo diurno	53	50,0
Centro socio-riabilitativo residenziale	16	15,1
Centro socio-occupazionale	10	9,4
Gruppo appartamento	26	24,5
Residenza protetta	1	0,9
TOTALE	106	100

Fonte: “I Servizi della Provincia di Bologna per le Persone con disabilità Aggiornamento 2010”, p.105.

Di queste 106 strutture, la metà risultavano essere Centri socio-riabilitativi diurni. Si tratta di strutture socio-sanitarie a carattere diurno in cui viene offerto un sostegno, un aiuto al soggetto disabile che, al termine del percorso scolastico, non può essere inserito in situazioni di lavoro: gli interventi messi in atto sono volti all’acquisizione di un’autonomia individuale nelle attività quotidiane, al mantenimento e potenziamento delle abilità residue e all’integrazione sociale dell’ospite. Notevole era anche la presenza di Gruppi appartamento: strutture a carattere residenziale (a minore intensità assistenziale rispetto ai centri socio-riabilitativi residenziali) destinate a persone con disabilità “medio-gravi” che risultano prive del necessario supporto familiare o per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile.

Confrontando i dati relativi al periodo 2000-2009, si può notare un trend crescente del numero totale di presidi: si passa dai 68 presidi nel 2000 ai 106 del 2009 (crescita percentuale pari a +56%). Tale crescita si è però arrestata negli ultimi tre anni monitorati, in quanto il numero delle strutture è rimasto pressoché costante.

Come si evince nella Tabella 4.11, a livello territoriale, l’allocazione delle strutture è concentrata nel comune di Bologna che ha un’offerta pari a quasi il 40 % del totale delle strutture per disabili in provincia.

⁵⁷ Cfr. *I servizi della provincia di Bologna per le persone con disabilità, Rapporto 2009, Glossario*, Provincia di Bologna.

Tab. 4.11 Strutture per disabili: strutture per distribuzione territoriale al 31/12/2009

Distretto	Numero di strutture per disabili
Bologna	42
Pianura Ovest	6
Pianura Est	14
Casalecchio di Reno	21
San Lazzaro di Savena	9
Porretta Terme	10
Imola	4
TOTALE	106

Fonte: "I Servizi della Provincia di Bologna per le Persone con disabilità. Aggiornamento 2010", p.106.

Risulta quindi interessante analizzare la capacità di accoglienza delle strutture e il numero di utenti in esse presenti. Occorre fin da subito precisare che la capacità di accoglienza si riferisce al numero di posti disponibili comprensivi del numero di posti riservati all'emergenza: non coincide quindi necessariamente con il numero di utenti nelle strutture. Il numero totale di posti nelle strutture di accoglienza residenziali e semi-residenziali al 31/12/2009, come si vede nella Tabella 4.12, è 1.417, aumentati del 6% rispetto al 2007 grazie all'incremento di posti nei centri socio-riabilitativi residenziali e socio-riabilitativi diurni.

Gli utenti disabili inseriti nelle strutture prima presentate sono invece 1.352, di cui la maggior parte nei centri socio-riabilitativi diurni. È di fondamentale importanza sottolineare che alcuni utenti potrebbero essere conteggiati più volte in quanto frequentanti più presidi (per esempio alcuni potrebbero essere inseriti in un centro s.r. residenziale e frequentare anche un centro s.r. diurno). Negli anni si è comunque registrato un significativo incremento degli utenti, raddoppiati dal 2000 e cresciuti dell'11% dal 2007 al 2009, soprattutto nei centri socio-riabilitativi diurni⁵⁸.

⁵⁸ Cfr. *I Servizi della Provincia di Bologna per le Persone con disabilità. Aggiornamento 2010*, Provincia di Bologna.

Tab. 4.12 Strutture per disabili: posti e utenti per tipologia di presidio, dati al 31/12/2009

Tipologia di presidio	Posti, v.a.	Posti, v%	Utenti, v.a.	Utenti, v.%
Centro socio-riabilitativo diurno	717	50,6	729	53,9
Centro socio-riabilitativo residenziale	263	18,6	236	17,5
Centro socio-occupazionale	260	18,3	233	17,2
Gruppo appartamento	170	12,0	154	11,4
Residenza protetta	7	0,5	0	0
TOTALE	1.417	100	1.352	100

Fonte: “I Servizi della Provincia di Bologna per le Persone con disabilità. Aggiornamento 2010”, pp. 107-108.

Tra i servizi offerti ai soggetti affetti da disabilità sono infine presenti diversi tipi di trasferimenti monetari: assegno di cura per disabilità gravi; assegno di cura per disabilità gravissime; contributo per l’adattamento domestico; contributi economici di varia natura erogati dal Comune dall’Asl.

Facendo riferimento ai dati raccolti presso gli sportelli sociali relativi al *target* disabili, risulta che sono proprio gli interventi di sostegno economico ad essere i servizi di gran lunga più richiesti (direttamente dal cittadino oppure frutto di una prima valutazione da parte dell’operatore di sportello), seguiti ad enorme distanza da quelli riferiti al settore ‘*mobilità e trasporti*’ e dai servizi ed interventi domiciliari⁵⁹.

Non possono poi essere dimenticate quelle attività e quei progetti volti a contrastare lo stigma nel campo della salute mentale e della disabilità, rivolti sia ai soggetti stessi (si pensi alla realizzazione di laboratori teatrali), sia alle associazioni di utenti e di familiari, tramite appositi incontri periodici con operatori per confrontarsi su specifiche problematiche della salute mentale⁶⁰.

È infine da sottolineare l’attività svolta dal mondo *non profit*: al 31.12.2010, delle 1.326 associazioni iscritte al Registro Provinciale Associazionismo o al Registro Volontariato, 174 dichiarano di occuparsi di persone disabili e/o di temi legati alla disabilità (si tratta di un numero in continua crescita). Per quanto riguarda le Cooperative Sociali, invece, delle 154 iscritte, al 31.12.2010, nella Sezione Provinciale di Bologna all’Albo Regionale, 57 dichiarano di occuparsi di tali tematiche. Tra queste, 36 sono Cooperative di tipo A (erogatrici di servizi a favore di soggetti con disabilità), 5 di tipo B (svolgono attività produttive finalizzate all’inserimento lavorativo di persone svantaggiate), 16 di tipo A e B⁶¹.

⁵⁹ Cfr. Provincia di Bologna, 2011, *Osservatorio Provinciale degli sportelli sociali*, Provincia di Bologna.

⁶⁰ Si veda, a riguardo, l’attività svolta dall’ Istituzione Gianfranco Minguzzi.

⁶¹ Cfr. *I servizi della provincia di Bologna per le persone con disabilità, Rapporto 2010*, Provincia di Bologna.

4.6.3 | *Le dinamiche in corso*

I dati più aggiornati sono quelli relativi al campo del finanziamento dei servizi, in particolare per quanto riguarda le tre aree in cui è suddiviso il FRNA, il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza: anziani non autosufficienti, disabili adulti e gravissime disabilità acquisite. Quest'ultima area (in costante aumento) è nata a partire dalla DGR 2068/04⁶², volta a costruire un sistema di servizi a tutela di persone che acquisiscono disabilità gravissime conseguenti a patologie/deficit che si manifestano in età adulta derivanti da varie cause (traumi, malattie cronico degenerative ...) dalle quali deriva una grande dipendenza nel compiere le normali attività della vita quotidiana fino a raggiungere situazioni di totale non autosufficienza e/o di minima coscienza. Analizzando i dati dei consuntivi 2010-2011 è possibile notare, per quanto riguarda i disabili adulti, come sia il capitolo relativo agli assegni di cura a registrare l'incremento maggiore, sia per quanto riguarda il numero degli utenti che ne usufruiscono, sia nell'ottica dei costi sostenuti, a fronte di una diminuzione dell'attività e dei costi per quanto riguarda l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e socio-educativa. Dinamiche opposte possono essere riscontrate nell'"area anziani non autosufficienti" in cui si riscontra una diminuzione del numero di anziani con assegno di cura a fronte di un aumento di anziani inseriti stabilmente in strutture residenziali. Nell'area "gravissime disabilità acquisite", infine, è da sottolineare sia l'aumento del numero di utenti inseriti in struttura residenziale (si passa dai 63 utenti riportati nel consuntivo 2010 ai 77 nel 2011) sia l'aumento degli utenti che usufruiscono di un assegno di cura (dagli 85 del 2010 ai 97 del 2011).

4.6.4 | *Criticità e priorità di azione*

Riassumendo, nell'ambito degli interventi e dei servizi erogati, è possibile riscontrare un maggiore ricorso alla presa in carico e agli interventi domiciliari, anche per favorire la vicinanza tra utente e il proprio nucleo familiare originario. Sono inoltre aumentate le borse lavoro erogate. Emergono tuttavia notevoli differenze a livello distrettuale, riconducibili tanto a una probabile differenziazione nella domanda di interventi, quanto nella non omogeneità dei criteri individuati per l'accesso alle prestazioni, punto sul quale occorre effettuare uno sforzo in direzione di una maggiore omogeneizzazione.

Non mancano poi proposte relative alla messa in atto di percorsi individualizzati di inclusione lavorativa e sociale per le persone disabili: solo attraverso un coordinamento tra imprese, aziende profit, cooperative sociali, associazioni di rappresentanza delle persone disabili/svantaggiate e organizzazioni di volontariato sarà però possibile individuare i contesti

⁶² Cfr. DGR 2068/04, *Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni.*

nei quali situare tali processi inclusivi e monitorare costantemente efficacia e sostenibilità economica di tale sperimentazione (Callegari 2011).

In quest'ottica è importante sottolineare la riconferma⁶³, per il mandato politico 2009-2014, del Gruppo Provinciale Disabilità, il cui obiettivo principale è quello di ricondurre ad unità di intenti e di operatività le diverse attività rivolte a persone con disabilità. Si tratta di una vera e propria "regia tecnica" degli interventi rivolti alle persone con disabilità, con il compito di mantenere al centro di essi la persona, più che il suo singolo bisogno, senza trascurare l'ambito della sensibilizzazione.

4.7 | Immigrati

4.7.1 | Caratteristiche dell'utenza

Secondo i più recenti dati Istat, la popolazione straniera residente in Provincia di Bologna al 31 dicembre 2010 risulta essere pari a 102.809 individui, ed è costituita in prevalenza da donne (tab. 4.13).

Tab. 4.13 Popolazione straniera residente in Provincia di Bologna al 31 dicembre 2010 (v.a.)

Distretto	maschi	femmine	totale
Pianura Est	5871	6735	12606
Pianura Ovest	4068	4105	8173
Casalecchio di Reno	4609	5346	9955
Porretta Terme	2980	3239	6219
San Lazzaro di Savena	2591	3110	5701
Imola	5575	6114	11689
Bologna	22820	25646	48466
<i>Totale Provincia di Bologna</i>	<i>48514</i>	<i>54295</i>	<i>102809</i>

Fonte: Istat, nostra elaborazione

I paesi di provenienza degli stranieri residenti nel territorio provinciale bolognese sono molteplici: si contano, infatti, ben 156 paesi di provenienza differente (Istituto Carlo Cattaneo 2011, p. 66). Il paese che contribuisce con il maggior numero di presenze è la Romania (17,2% del totale della presenza straniera), seguito da Marocco (14,4%) e Albania (7,4%). Si osserva

⁶³ Delibera Giunta Provinciale, n.87 del 9.3.2010.

come negli immigrati di origine marocchina e albanese la componente prevalente sia quella maschile, mentre per gli immigrati di origine rumena a prevalere sono le donne.

Meno della metà degli stranieri risiede nel capoluogo di provincia, con un'incidenza della popolazione straniera sul totale della popolazione residente pari al 12,7%. Al secondo posto per incidenza della popolazione straniera sul totale della popolazione residente si trova il Distretto di Porretta Terme (10,8%), seguito dal Distretto di Pianura Ovest (10,0%)⁶⁴.

Tab. 4.14 Popolazione residente straniera e incidenza percentuale sul totale della popolazione residente per distretto socio-sanitario, dati al 31/12/2010

Distretto	Residenti stranieri	Totale residenti	Inc. % stranieri su totale residenti
Bologna	48.466	380.181	12,7
Casalecchio di Reno	9.955	109.627	9,1
Imola	11.689	131.984	8,9
Pianura Est	12.606	154.563	8,2
Pianura Ovest	8.173	81.715	10,0
Porretta Terme	6.219	57.807	10,8
S.Lazzaro di Savena	5.701	76.047	7,5
<i>Totale Provincia</i>	<i>102.809</i>	<i>991.924</i>	<i>10,4</i>
<i>Emilia-Romagna</i>	<i>500.597</i>	<i>4.432.418</i>	<i>11,3</i>

Fonte: Istituto Cattaneo - Osservatorio delle Immigrazioni della Provincia di Bologna 2011, p. 67

Il profilo della popolazione straniera residente nella Provincia di Bologna risulta quindi essere composto in prevalenza da donne, con una forte eterogeneità di culture, tradizioni e provenienze. Inoltre, la popolazione straniera è in media più giovane di quella italiana, con un'età media di 31,9 anni rispetto ai 46,9 anni degli italiani (Istituto Cattaneo 2011, 42-51).

⁶⁴Per un'analisi dettagliata a livello comunale, cfr. Istituto Cattaneo- Osservatorio delle Immigrazioni della Provincia di Bologna 2011.

<http://psm.bologna.it>

Nella progettazione degli interventi rivolti alla popolazione immigrata straniera, devono dunque essere tenute presenti queste caratteristiche, al fine di predisporre azioni in grado di rispondere adeguatamente all'eterogeneità dei bisogni espresse dalle diverse fasce di utenza.

Inoltre, sempre maggiori fasce della popolazione stanno avviando percorsi di integrazione nella società ospitante: si veda, ad esempio, la percentuale di donne straniere che si affidano al consultorio per la gestione della gravidanza⁶⁵, il numero di matrimoni misti⁶⁶, o ancora, la percentuale di alunni stranieri nel sistema scolastico⁶⁷.

L'estrema eterogeneità nella provenienza degli immigrati stranieri, pur costituendo un possibile elemento di frammentazione, può allo stesso tempo rappresentare una ricchezza per la società ospitante: si pensi ad esempio alla percentuale di imprese avviate da stranieri⁶⁸ o alla presenza delle associazioni multiculturali⁶⁹, importanti attori nell'erogazione di servizi *per e con* i cittadini stranieri, la cui potenzialità appare tuttavia non ancora del tutto valorizzata (Osservatorio dell'Immigrazione Provincia di Bologna 2011, 14)⁷⁰.

⁶⁵Secondo quanto riportato dal Bilancio di Missione dell'Azienda Ausl di Bologna, ad esempio, le donne immigrate in gravidanza in carico ai consultori sono passate da 1.279 nel 2008 a 1.338 nel 2009 (Ausl Bologna 2010, 59)

⁶⁶ Il numero dei matrimoni misti nel 2009 (ultimo dato disponibile) è stato pari a 3.128, cfr. [<http://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service/popolazione/matrimoni>]

⁶⁷ Dai dati presenti sul sito dell'Osservatorio sulla scolarità della Provincia di Bologna [<http://www.provincia.bologna.it/scuola/Engine/RAServePG.php/P/257811301009>], la percentuale di studenti con cittadinanza non italiana nelle scuole bolognesi nell'a.a. 2011-2012 è pari al 13,1%, in aumento rispetto all'a.a.2010-2011, dove la percentuale si assestava al 12,8%.

⁶⁸ Nel 2011 gli imprenditori individuali extra-ue sono 5.070, «tra fine 2010 e fine 2011 la crescita dell'imprenditoria extra-comunitaria si assesta al +6,3%, con un peso sul totale delle ditte individuali in provincia che supera il 10%, e continua a costituire una sorta di ammortizzatore alla dinamica altalenante delle imprese individuali in complesso» (Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura di Bologna 2011, p.3), cfr. [<http://www.bo.camcom.gov.it/statistica-studi/statistiche-socio-economiche>].

⁶⁹Secondo i dati rinvenibili sul sito dell'Osservatorio per l'Immigrazione della Provincia di Bologna, nel marzo 2010 le associazioni costituite da immigrati stranieri in Provincia di Bologna sono 112, di cui 75 locate nel Comune di Bologna e 35 nel resto della Provincia, a cui si aggiungono 42 associazioni rivolte agli immigrati stranieri, di cui 33 sono presenti nel Comune di Bologna e le restanti 9 nel resto della Provincia;cfr. [<http://www.provincia.bologna.it/sanitasociale/Engine/RAServePG.php/P/256611180706/T/Le-associazioni>]

⁷⁰Sul tema dell'associazionismo, si rimanda al *Rapporto Partecipazione e cittadinanza*, elaborato da Asher Colombo e Valerio Vanelli nell'ambito del Tavolo Benessere e Coesione sociale, Piano strategico metropolitano di Bologna.

Tab. 4.15 Stranieri residenti nella Provincia di Bologna per genere e per i primi 30 Paesi di origine. Dati al 31 dicembre 2010 e variazione percentuale rispetto all'anno precedente

Cittadinanza	Uomini	Donne	Totale	Totale (%)	Variatz. % 2009-2010	% donne
1. Romania	7.982	9.738	17.720	17,2	+8,4	55,0
2. Marocco	7.891	6.926	14.817	14,4	+3,6	46,7
3. Albania	4.002	3.557	7.559	7,4	+3,4	47,1
4. Moldova	1.885	4.376	6.261	6,1	+36,0	69,9
5. Filippine	2.526	3.004	5.530	5,4	+5,3	54,3
6. Ucraina	891	4.536	5.427	5,3	+17,3	83,6
7. Pakistan	3.630	1.657	5.287	5,1	+22,7	31,3
8. Bangladesh	3.231	1.912	5.143	5,0	+7,4	37,2
9. Cina	2.217	2.158	4.375	4,3	+11,4	49,3
10. Tunisia	2.609	1.602	4.211	4,1	+1,0	38,0
11. Polonia	567	2.126	2.693	2,6	+3,9	78,9
12. Sri Lanka	1.125	792	1.917	1,9	+2,6	41,3
13. Serbia	740	730	1.470	1,4	+0,6	49,7
14. Perù	571	843	1.414	1,4	+16,6	59,6
15. India	599	411	1.010	1,0	+13,0	40,7
16. Egitto	689	238	927	0,9	+14,4	25,7
17. Nigeria	400	504	904	0,9	+13,4	55,8
18. Eritrea	407	430	837	0,8	-2,6	51,4
19. Senegal	560	224	784	0,8	+9,0	28,6
20. Brasile	173	484	657	0,6	+3,6	73,3
21. Russia	98	533	631	0,6	+8,8	84,5
22. Macedonia	332	283	615	0,6	-12,4	46,0
23. Francia	233	378	611	0,6	-0,7	61,9
24. Camerun	326	273	599	0,6	+15,4	45,6
25. Bulgaria	150	365	515	0,5	+14,7	70,9
26. Germania	187	320	507	0,5	+0,8	63,1
27. Regno Unito	221	273	494	0,5	+0,8	55,3
28. Ghana	287	204	491	0,5	+4,2	41,5
29. Cuba	116	327	443	0,4	+2,8	73,8

30. Ecuador	191	249	440	0,4	+11,7	56,6
Totale Provincia	48.514	54.295	102.809	100,0	+8,5	52,8

Fonte: Istituto Cattaneo- Osservatorio delle Immigrazioni della Provincia di Bologna 2011, p. 67

Fra gli utenti immigrati vi sono poi due particolari categorie, i rifugiati e i richiedenti asilo, portatori di specifiche istanze sociali e giuridiche. Nella Provincia di Bologna, fra aprile 2011 e gennaio 2012, sono state accolte complessivamente 385 persone richiedenti asilo, in prevalenza giovani maschi soli (Provincia di Bologna 2012, p. 9). Rispetto a questi ultimi è inoltre da ricordare lo sforzo degli Enti locali nel cercare di coordinare l'accoglienza e i servizi rivolti ai profughi provenienti dal Nord Africa in seguito agli eventi socio-politici che hanno avuto luogo in questi Paesi nel corso degli ultimi mesi e allo stato di emergenza decretato dal Governo. Per rispondere a tale necessità di coordinamento la Provincia di Bologna ha istituito il Tavolo tecnico di coordinamento provinciale 'Emergenza 'Nord Africa', coordinato dall'Ufficio Politiche dell'Immigrazione della Provincia, in collaborazione con la Protezione Civile Provinciale.

4.7.2 | La struttura dell'offerta di servizi

Nell'ambito dell'area immigrazione, in considerazione delle diverse fasce di età cui gli interventi si rivolgono e della molteplicità di bisogni espressi dalla popolazione straniera, in materia di educazione, lavoro, assistenza socio-sanitaria nonché di integrazione nella società ospitante, i **servizi alla persona** messi in campo dal settore pubblico, in collaborazione con il settore non profit e, in modo particolare, con il mondo dell'associazionismo, sono molteplici e vanno da interventi atti a favorire l'integrazione sociale (corsi di alfabetizzazione, servizi di orientamento nell'ambito dell'offerta formativa o del lavoro, servizi di mediazione culturale); interventi di intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi; interventi e servizi educativi - assistenziali per inserimento lavorativo; pronto intervento sociale; sportelli informativi specializzati (diffusi in quasi tutto il territorio provinciale); nodi/antenne contro le discriminazioni. Sono inoltre da ricordare gli interventi rivolti agli operatori che lavorano nell'ambito dell'immigrazione, al fine di offrire strumenti per la lettura dei bisogni della popolazione migrante, in modo particolare per quanto concerne il bisogno di assistenza

giuridica⁷¹. A questi interventi si affiancano poi i **trasferimenti monetari**, quali, ad esempio, contributi per l'alloggio oppure contributi per l'integrazione del reddito familiare.

A sostegno della fascia più svantaggiata della popolazione straniera inoltre sono dedicate anche alcune **strutture**: sono, infatti, presenti sul territorio bolognese strutture di accoglienza abitativa sia rivolte ai singoli sia rivolte ad interi nuclei familiari, gestite da enti pubblici oppure da enti privati.

4.7.3 | Criticità e priorità di azione

Per quanto concerne l'area immigrazioni, le principali questioni individuate dall'amministrazione su cui confrontarsi e attuare strategie di intervento nel prossimo futuro riguardano principalmente quattro aree di intervento. Una prima questione è rappresentata dall'accesso al mercato del lavoro, in particolar modo per la componente femminile. Una seconda importante e cruciale questione riguarda il problema dell'accesso alla casa, avvertito fortemente tanto dalla popolazione residente italiana quanto da quella straniera immigrata, che tuttavia rappresenta per quest'ultima un ostacolo particolarmente gravoso, in considerazione della permanenza di condizioni pregiudiziali e discriminatorie che rendono difficile l'accesso agli alloggi da parte degli immigrati, cui si aggiungono i problemi derivanti dal costo elevato per l'acquisto o l'affitto di un'abitazione⁷². Un terzo nodo critico è poi rappresentato dalla questione dell'accesso ai servizi socio assistenziali, in cui è necessario continuare ad operare sforzi per la rimozione delle barriere linguistiche, culturali nonché informative, al fine di migliorare complessivamente le possibilità di salute e benessere della popolazione immigrata. Infine, occorre prestare attenzione alla questione del benessere psico-fisico degli stranieri, spesso turbato e compromesso in seguito all'evento migratorio, che non di rado impatta in modo traumatico sulle loro vite, causando disturbi e patologie di vario genere⁷³. In maniera trasversale a tali questioni, è poi necessario investire nella mediazione culturale e nell'alfabetizzazione alla lingua italiana.

⁷¹Ad esempio, nell'ambito delle attività coordinate dal Tavolo tecnico di coordinamento provinciale 'Emergenza Nord Africa, il 28 giugno 2011 si è tenuta una giornata di studio rivolta agli operatori sul tema del diritto di asilo e del Sistema di protezione in Italia (Provincia di Bologna 2012, p. 12).

⁷² Sul tema della casa, si veda l'interessante ricerca promossa dalla Provincia di Bologna e realizzata dall'Associazione Extrafondente, *Sguardi sull'abitare degli stranieri a Bologna e provincia*, 2011, disponibile su [http://www.provincia.bologna.it/sanitasociale/Engine/RAServeFile.php/f/Documenti/Dossier_Casa_1.2011.pdf]

⁷³Sul tema della salute degli immigrati si veda l'attività di ricerca dell'Ausl di Bologna, nell'ambito della quale sono stati prodotti due documenti, *Indagine esplorativa sui servizi territoriali indirizzati alla popolazione straniera/migrante* e *Indagine esplorativa sulla domanda e l'offerta dei servizi distrettuali rivolti a persone*

4.8 | Adulti in difficoltà

4.8.1 | Caratteristiche dell'utenza

La popolazione adulta in situazione di disagio e svantaggio è caratterizzata da un'estrema eterogeneità, che si riflette nella morfologia del bisogno espresso. Tra gli utenti destinatari degli interventi si trovano infatti i nomadi (Rom, Sinti), la popolazione detenuta ed ex-detenua, i senza fissa dimora, immigrati in difficoltà, vittime della tratta della prostituzione, tossicodipendenti, alcolisti, persone con problemi mentali nonché una nuova fascia di utenza, caratterizzata da un disagio spesso invisibile e multidimensionale, rappresentata dai cosiddetti "nuovi poveri". Data l'estrema eterogeneità dei destinatari di interventi nell'ambito dell'area del disagio adulto, di seguito si cercherà di presentare brevemente un profilo qualitativo delle diverse fasce di utenza, per poi passare a presentare i principali nodi critici rilevabili negli interventi a sostegno di queste fasce di popolazione. A tale proposito, occorre ricordare come questo tipo di utenza, seppure con modalità diverse, possa essere quantificata e "identificata" solamente a partire dalle attività o dai progetti attuati in tale ambito, rendendo pertanto difficile la quantificazione delle "aree grigie" e del "sommerso" che contribuiscono a comporre i target di utenza in questione.

Per quanto riguarda la popolazione nomade Rom e Sinti, alcune recenti indagini condotte dalla Regione Emilia-Romagna sottolineano come essa sia in leggero aumento in tutta la regione⁷⁴. Inoltre, per quanto riguarda il territorio bolognese, dal Profilo di Comunità (2009,

disabili migranti/stranieri (giugno 2010), cfr. [<http://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/dipartimenti-territoriali-1/il-dipartimento-socio-sanitario/pro-getto-salute-e-immigrazione/la-ricerca>]

⁷⁴Dal 1996 la Regione Emilia-Romagna effettua una rilevazione a cadenza triennale sulla popolazione Sinti e Rom e sui campi/aree presenti nel territorio regionale. L'ultima rilevazione, svolta il 30 novembre 2009 in collaborazione con le Province, ha visto la somministrazione di questionari in tutti i comuni della Regione. Dai dati emerge la presenza di 2.644 persone in 130 campi/aree. Rispetto al 2006, quando era stata rilevata la presenza di 2.550 residenti in 102 campi, non si evidenziano grandi cambiamenti per quanto riguarda l'aspetto quantitativo delle presenze. Si è invece notato un aumento nel numero dei campi, sia per effetto della scelta di alcuni comuni che hanno trasferito le persone da campi di grosse dimensioni in micro aree, sia per la diffusione di aree private, che evidenziano come alcune famiglie preferiscano uscire dal "campo" in favore dell'acquisto di terreni di proprietà. I campi sosta e transito sono maggiormente presenti a Reggio Emilia (54), Modena (24), Bologna (14) e Rimini (8). La popolazione indicata nei questionari è di 2.287 persone, distribuita principalmente a Reggio, Bologna e Modena, Piacenza. L'analisi dei dati mette in luce come sia difficile parlare di nomadismo in Emilia Romagna per le popolazioni Rom e Sinte. Gli spostamenti sono un fenomeno abbastanza limitato: l'82,5% dei residenti è stanziale e vive nel campo tutto l'anno, mentre il 4% risiede nelle aree quasi tutto l'anno (da 9 a 11 mesi), il rimanente 13,5% presenta invece una certa mobilità. La comunità più diffusa in Regione è quella dei Sinti (88,3%), seguita dai Rom italiani per il 7,4%, i Rom stranieri per il 3,3% e da una piccola percentuale (1%) di persone di altra provenienza. I Sinti sono presenti soprattutto nelle province di Reggio Emilia, Modena, Bologna, Piacenza, Ferrara, Rimini e Ravenna; i Rom invece sono presenti a Reggio, Bologna, Modena e Parma. Il 38,6% della popolazione Sinti e Rom è costituita da giovani al di sotto dei 18 anni di età, mentre la classe meno rappresentata (il 3,3%) è quella dei soggetti con oltre 65 anni (cfr. [[http://sociale.regione.emilia-](http://sociale.regione.emilia-romagna.it)

<http://psm.bologna.it>

p. 217) emerge che la maggior parte della popolazione nomade si concentra soprattutto nell'area del capoluogo bolognese. Tra i molteplici sforzi atti a migliorare le difficili e precarie condizioni di vita (sotto il profilo educativo, lavorativo e sanitario) della popolazione Rom e Sinti può essere segnalato il progetto "Roma-net", curato dall'Istituzione per l'inclusione sociale e comunitaria "Don Paolo Serra Zanetti", che, nell'ambito del progetto europeo "Urban II" si propone l'obiettivo di «facilitare l'apprendimento, il confronto, la trasferibilità di politiche, programmi e buone prassi sul tema dell'integrazione della popolazione Rom; nonché di aiutare i responsabili delle politiche urbane e gli operatori a definire e mettere in pratica i Piani di Azione per uno sviluppo urbano sostenibile»⁷⁵.

Per quanto attiene l'utenza costituita dalle donne vittime della tratta della prostituzione, alcune informazioni sono desumibili da alcuni progetti seguiti dall'Istituzione per l'inclusione sociale e comunitaria "Don Paolo Serra Zanetti", insieme con altre associazioni ed enti del territorio, attuati nell'ambito del progetto regionale "Oltre la strada" ed altri ("Artemide" e "Prostituzione invisibile"), atti a monitorare e contrastare non solo la tratta su strada ma anche la prostituzione avente luogo in abitazioni private o *online*⁷⁶. L'assenza di un dato certo e la difficoltà di arrivare ad una quantificazione del fenomeno sono ribadite dallo stesso Profilo di Comunità (2009, p. 217), che individua una possibile modalità di quantificazione proprio nella ricomposizione di diverse fonti informative, quali progetti o attività di specifici enti, attraverso i quali è possibile evincere che sono circa 170 le persone che si prostituiscono a Bologna (dati dell'Istituzione per l'inclusione sociale) e 154 le persone seguite nel 2007 dal progetto Oltre la strada (in aumento rispetto al 2006), provenienti nella maggior parte dei casi dall'Europa dell'Est.

Un'altra fascia di utenti dei servizi attuati nell'area disagio adulto è rappresentata dalla popolazione senza fissa dimora, di cui è ricavabile un profilo dall'attività del Servizio Mobile di Sostegno di Piazza Grande⁷⁷, operante nell'ambito comunale bolognese, che si caratterizza come l'ambito territoriale sul quale convergono la maggior parte delle persone senza fissa dimora e servizi dedicati. Nel biennio 2010-2011 si è assistito ad un incremento dell'utenza contattata: si è passati dalle 504 persone incontrate nel 2010 alle 881 nel 2011, con un incremento pari al 75%⁷⁸. In particolare, si rileva l'aumento delle presenze di stranieri

romagna.it/esclusione-sociale-e-poverta/documenti/rapporto-sulla-popolazione-sinta-e-rom-in-emilia-romagna-dati-al-30-11-2006], dati aggiornato al 30/11/2009).

⁷⁵Cfr. Scheda del progetto *Roma-net*, disponibile su

[http://www.comune.bologna.it/media/files/scheda_romanet_1.pdf (consultato il 2/05/2012)].

⁷⁶Per la descrizione dei progetti "Artemide" e "Prostituzione invisibile", cfr.

[<http://www.comune.bologna.it/inclusionesociale/servizi/139:9031/>]

⁷⁷Si ringraziano Leonardo Tancredi e Alessandro Tortelli dell'Associazione Amici di Piazza Grande per la concessione dei dati del Servizio Mobile relativi al 2010 e 2011.

⁷⁸Occorre ricordare che l'attività del Servizio Mobile di Sostegno avviene direttamente in strada, pertanto i dati raccolti sono relativi alle persone incontrate nel corso delle attività del servizio, la maggior parte delle quali

<http://psm.bologna.it>

provenienti dal Nord Africa, legato probabilmente allo scoppio della crisi libica e all'arrivo di profughi e richiedenti asilo: a fronte di 284 presenze rilevate nel 2010, nel 2011 gli stranieri sono infatti 599, di cui 343 nordafricani. Infine, rispetto al 2010 si nota anche un aumento dei residenti a Bologna e provincia: nel 2010, infatti, le persone incontrate dal Servizio Mobile di Sostegno residenti a Bologna sono state 87, mentre 38 il numero dei residenti nella provincia; nel 2011, invece, sono state incontrate 179 persone residenti a Bologna e 69 in provincia. Tuttavia, la stragrande maggioranza delle persone che si rivolgono ai servizi locali proviene da fuori Bologna (634 persone). Da sottolineare, infine, la prevalenza di persone che si dichiarano senza dimora da pochi mesi, complessivamente 345, di cui 233 dichiarano di essere in strada da pochi mesi mentre 112 solo da poche settimane. I dati evidenziano inoltre come, rispetto alle 403 persone accolte in "Emergenza Freddo" nel periodo tra dicembre 2011 e gennaio 2012, solo 42 fossero già state ospitate dalle strutture bolognesi nella precedente Emergenza Freddo, mettendo dunque in luce come solo una parte dei soggetti incontrati tenda a diventare 'stanziale' nel territorio bolognese e siano pochi i casi di persone che arrivano a Bologna 'attirati' dall'Emergenza Freddo. Dalle presenze rilevate inoltre si riscontra una maggiore presenza di uomini (88%), mentre le fasce di età maggiormente rappresentate sono gli adulti: il 43% delle persone, infatti, ha un'età compresa tra i 45 e i 64 anni, a fronte del 24% di 25-34enni e del 20% di 34-44enni.

Tab. 4.16 Persone incontrate e conosciute dal Servizio Mobile di Sostegno di Piazza Grande, anni 2010-2011

Anno di riferimento	Italiani	Stranieri	Totale
2010	220	284	504
2011	282	599	881

Fonte: Servizio Mobile di Sostegno, 2011.

Riguardo alla popolazione senza dimora, è necessario ricordare come essa sia caratterizzata da una molteplicità di problematiche, che implica necessariamente l'adozione di un approccio di risposta al bisogno caratterizzato da trasversalità. Dai dati rilevati dal Servizio Mobile di Sostegno emerge come siano alte le percentuali di coloro che hanno problemi legati

contattate presso la stazione ferroviaria di Bologna: le percentuali presentate possono quindi presumibilmente discostarsi per difetto dalle percentuali reali, per via della difficoltà legate all'aggancio della popolazione senza fissa dimora e al monitoraggio dei luoghi frequentati (ad esempio case abbandonate, parchi, capannoni in disuso, etc, seguiti dal Servizio mobile solo su segnalazione). I dati raccolti inoltre fanno riferimento al periodo compreso tra febbraio 2010 e gennaio 2011, per poter così includere i periodi di "emergenza freddo" e confrontarne l'andamento. Per maggiori approfondimenti sul tema del conteggio e rilevazione della popolazione senza fissa dimora e il relativo dibattito cfr. Barnao 2004.

all'abuso di alcol (60%) e di sostanze stupefacenti (64%), oltre a una non trascurabile percentuale di persone con problemi psichici (51%). Si sottolinea inoltre una quota consistente di persone per le quali non è stato possibile individuare una specifica problematica: questo dato lascia trasparire l'emergere di una fascia di persone senza dimora che non rientrano nel tradizionale "profilo" del senza tetto, rassegnato e chiuso in un processo di emarginazione crescente, ma capaci di mantenere un proprio grado di autonomia e progettualità, pur essendo in una situazione di forte disagio.

Per quanto riguarda l'area del disagio adulto, occorre ricordare come una parte consistente degli utenti presenti problematiche connesse all'utilizzo di sostanze stupefacenti o alcol. Si ritiene pertanto utile richiamare qui alcune dimensioni di tali fenomeni, nonostante si tratti di un tipo di assistenza di ambito più propriamente sanitario. Rispetto all'area delle tossicodipendenze e alcolismo, sono diversi i mutamenti e le evoluzioni evidenziate dagli operatori del settore. Alle trasformazioni del contesto epidemiologico e nel sistema dei servizi assistenziali, si aggiungono i problemi derivanti dal carattere sommerso del consumo, nonché quelli legati all'eterogeneità delle sostanze stupefacenti presenti sul mercato. Vi sono poi mutamenti anche nella popolazione destinataria degli interventi e nelle problematiche correlate alla cronicità della dipendenza da sostanze, che rendono pertanto necessaria la conoscenza e il monitoraggio costante di un fenomeno in continua evoluzione, unitamente alle caratteristiche dei soggetti ed alle problematiche sanitarie e sociali emergenti, divengono prioritari per orientare interventi specifici (Pavarin 2010, p. 7). Secondo quanto rilevato dall'Osservatorio metropolitano, il numero di utenti con problemi alcol correlati è in diminuzione nella popolazione residente (*Ibidem*, p. 9), su un totale complessivo di 2.906 persone entrate in contatto con i servizi nel 2010 (*Ibidem*, p.17). In aumento, invece, il numero di donne e di stranieri: le donne rappresentano il 25% del totale delle persone con problemi di alcol, mentre gli stranieri il 21% (*Ibidem*, p.18). Elevato è anche il numero di persone con problemi di alcol non direttamente in carico ai servizi: la "stima del sommerso" rileva complessivamente 6.063 soggetti con problemi alcol-correlati nel territorio bolognese, con un aumento rispetto al 2009 (*Ibidem*, p. 18).

Per quanto riguarda il consumo di sostanze stupefacenti, emergono alcune tendenze. Innanzitutto, diminuisce il numero dei decessi per overdose (nel 2010 nell'area metropolitana di Bologna i decessi per overdose sono stati cinque, dopo l'aumento registrato a partire dal 2003, con il picco raggiunto nel 2006 con 30 morti). In secondo luogo, non solo aumenta il numero di consumatori problematici di stupefacenti (complessivamente 3.862 soggetti in carico, di cui il 73% fa uso di oppioidi, il 24% di Cocaina, il 10% di Cannabis, il 2% di Benzodiazepine, il 14% fa un abuso concomitante di Alcol, infine un 5% è rappresentato da soggetti che abusano di Farmaci), ma cambiano anche le caratteristiche socio-economiche ed

<http://psm.bologna.it>

anagrafiche: sono in aumento le femmine, gli stranieri, gli studenti e i soggetti con scolarità medio-alta (i cosiddetti “consumatori socialmente integrati”) (*Ibidem*, p.13-15).

4.8.2 | *L'emergere di una nuova fascia di bisogno: le nuove povertà*

All'interno dello scenario di crisi economica attuale, che caratterizza tanto il contesto nazionale quanto quello europeo, anche nel territorio provinciale bolognese iniziano a manifestarsi segni di sofferenza, che vanno progressivamente aggravandosi. Uno dei principali aspetti di tale disagio è rappresentato dall'emergere delle cosiddette “nuove povertà”, costituite da quelle fasce della popolazione appartenenti al cosiddetto “ceto medio”⁷⁹, che si trovano oggi a dover fronteggiare una molteplicità di problemi. È quindi importante evidenziare come, unitamente all'aumento delle persone senza fissa dimora rilevato dal Servizio Mobile di Sostegno, si rilevi nel territorio bolognese anche un incremento delle persone in condizione di vulnerabilità, secondo quanto emerso da un'indagine *ad hoc* condotta dalla Provincia nell'ambito del “Cantiere per il contrasto alla vulnerabilità sociale”⁸⁰. L'indagine, realizzata tramite focus group a testimoni qualificati appartenenti a diverse organizzazioni⁸¹, mette in evidenza sia un aumento quantitativo delle persone in condizioni di svantaggio economico, sia alcuni cambiamenti nel profilo di questi individui, i cosiddetti “nuovi poveri”, contraddistinti, secondo quanto riportato dagli intervistati, da tre principali caratteristiche: innanzitutto si tratta di persone che non si erano mai rivolte in precedenza ai servizi e non presentavano un quadro multiproblematico; in secondo luogo sono individui per i quali è forte lo stato di “crisi identitaria”, letto dagli operatori in termini di un vero e proprio “sbigottimento” (Lelleri et al. 2010, p. 3), dovuto all'improvvisa caduta in una situazione di difficoltà che non avrebbero mai immaginato. Tale crisi e lo “shock” che ne deriva ha due importanti conseguenze: la prima consiste nel fatto che spesso queste persone o non si rivolgono ai servizi, o vi fanno riferimento quando la loro condizione è compromessa sotto più di un profilo e quindi di più difficile trattazione; la seconda conseguenza della crisi identitaria riguarda il difficile cambiamento nelle modalità di consumo e spesa, che non vengono immediatamente adattate alla nuova condizione economica, per mantenere una sorta di “legame” con la condizione sociale ed economica precedente. Infine, la terza caratteristica di

⁷⁹ Cfr. par.1, parte III di questo stesso Rapporto.

⁸⁰ Il Cantiere, creato dalla Provincia, rappresenta un luogo di governance in cui soggetti pubblici e privati operanti nell'ambito del welfare si riuniscono per mettere in campo azioni convergenti per il contrasto della povertà e degli effetti sia economici, che culturali e sociali della crisi economica. Per maggiori approfondimenti cfr. [<http://www.provincia.bologna.it/probo/Engine/RAServeFile.php/f/Vulnerabilita-Ilpercorso2010.pdf>]

⁸¹Cfr. Lelleri, Giovannini, Lacarpia 2010, disponibile su

[http://www.provincia.bologna.it/probo/Engine/RAServeFile.php/f/Provincia_oggi/Allegato2_analisi_focus_sintesi-Vulnerabilita2010.pdf]

questa nuova fascia di popolazione riguarda un maggiore coinvolgimento della popolazione italiana, intaccando così non solo i gruppi tradizionalmente percepiti come più deboli (immigrati, etc). Pertanto, i nuovi poveri vanno a collocarsi soprattutto tra le famiglie mono-reddito e le famiglie non in possesso dell'abitazione in cui risiedono. Sono inoltre più colpiti gli immigrati, le donne sole con minori a carico e i giovani. Tale condizione di fragilità risulta inoltre accentuata dalla residenza in zone più povere di risorse socio-economiche e servizi, quali ad esempio le zone di montagna del nostro Appennino, il tutto aggravato quando si tratta di persone in età avanzata⁸². L'importanza di tale nuova fascia di utenza costituisce una delle maggiori sfide per il sistema di welfare, rappresentando uno dei *nodi critici* cui sarà dedicata l'ultima parte di questo Rapporto.

4.8.3 | La struttura dell'offerta di servizi

Nell'ambito dell'area del disagio adulto, sono molteplici ed estremamente eterogenei gli **interventi e i servizi** messi in campo dalla rete di enti e associazioni del territorio, nel tentativo di rispondere ai diversi bisogni espressi dalla popolazione destinataria, tra i quali si possono individuare diversi livelli di risposta, quali: fornitura di generi di prima necessità; servizio mensa; servizi per l'igiene e la pulizia della persona (docce, lavanderie...); Unità di Strada; interventi per l'inserimento socio-lavorativo. Per quanto riguarda nello specifico la popolazione carceraria sono poi da rilevare interventi quali lo sportello informativo intramurario; lo sportello info-lavoro; il servizio sociale adulti; il servizio sociale del Ministero della Giustizia, l'Area Pedagogica del Carcere. Rispetto invece alla tipologia di **strutture** presenti sul territorio dedicate a questa fascia di utenza, si trovano strutture per l'accoglienza a bassa soglia⁸³ (Centro di accoglienza "Beltrame"), strutture residenziali di I livello (Casa del riposo notturno "Massimo Zaccarelli", Rifugio notturno della solidarietà di Via del Gomito, Riparo notturno "Madre Teresa di Calcutta") e II livello⁸⁴ (Centro di accoglienza "Beltrame",

⁸² Tale profilo sembra essere confermato anche da altri studi, si veda ad esempio la ricerca diretta dalla prof.ssa Callari Galli, "Vedere la povertà. Una ricerca sulle nuove povertà a Bologna", promossa dalla Fondazione Gramsci con il contributo di Coop Adriatica e Arci Bologna, cfr. [<http://www.iger.org/wp-content/uploads/2012/01/Vedere-la-poverta.pdf>]

⁸³ I servizi a bassa soglia sono caratterizzati dall'innovatività del metodo di intervento, fondato sull'informalità del rapporto, sulla presenza di una équipe di lavoro multidisciplinare nonché sul ricorso a strategie di rete tra strutture operanti nel territorio e strategie di *empowerment* atte a mobilitare le capacità personali (Franzoni e Anconelli 2003, p. 152)

⁸⁴ Per quanto riguarda la differenza tra strutture di I e II livello, le prime si caratterizzano per un intervento orientato a rispondere ai bisogni di riparo e accoglienza notturna, mentre le II si presentano maggiormente strutturate, non solo sotto il profilo della residenzialità (*Ibidem*, p. 154), ma anche per l'impegno maggiore richiesto all'utente nell'ambito dei percorsi di re-inserimento socio-lavorativo.

<http://psm.bologna.it>

Riparo notturno “Madre Teresa di Calcutta”), strutture semi-residenziali e centri diurni⁸⁵ (Centro diurno di via del Porto, Sala multifunzionale presso Centro Beltrame), alle quali sono poi da aggiungere strutture di tipo sanitario quali il Centro di salute mentale, i SerT e i poli alcolologici. Si ricorda che il Comune di Bologna dal 1 aprile 2009 ha affidato, tramite contratto di servizio, la gestione delle strutture per adulti all’Asp Poveri Vergognosi. Inoltre, sin dal 2006 si è proceduto ad un graduale e progressivo processo di decentramento a livello di quartiere che ha riorganizzato l’insieme dei servizi alla persona e l’accesso, che ora avviene tramite lo Sportello sociale. La fase di transizione è stata monitorata tramite il Core (Coordinamento Responsabili Servizio Sociale Territoriale) e il Tavolo dei Direttori di Quartiere, in stretto coordinamento con il Settore sociale e salute. La cornice regolamentare è rappresentata dal nuovo Regolamento generale in materia di Servizi Sociali del Comune di Bologna, entrato in vigore il 1/9/2008 (Regione Emilia-Romagna 2009, p.15). Per quanto riguarda le modalità di accesso, esse risultano essere differenziate a seconda del tipo di struttura. L’accesso a bassa soglia avviene direttamente in struttura, mentre per l’accesso alle strutture di I e II livello è necessaria la valutazione del Servizio sociale professionale⁸⁶ o dei servizi dell’Ausl e la stesura di un Piano Assistenziale Individualizzato (Pai), con gradi di articolazione più o meno strutturata a seconda del livello della struttura. Nel Comune di Bologna è inoltre in attività un servizio di Pronto Intervento Sociale (Pris), ovvero un servizio di pronto intervento ad ampio raggio (dedicato a minori, anziani e adulti), pensato per rispondere al bisogno espresso dalle persone in difficoltà al di là degli orari di apertura dei servizi, attivabile solo dalle Forze dell’Ordine, dai presidi sanitari e dai servizi di prossimità.

Per quanto riguarda il numero di posti letto, che raggiungono complessivamente circa le 238 unità, la situazione a maggio 2012 si presenta così configurata: il Pris ha disponibilità di 7 posti per l’accoglienza di adulti in difficoltà (5 per uomini, presso struttura di II livello “Beltrame” e 2 al dormitorio femminile “Madre Teresa di Calcutta”); le strutture di I livello dispongono complessivamente di circa 111 posti letto, di cui 81 riservati a utenti di sesso maschile e 30 ad utenti di sesso femminile; le strutture di II livello hanno a disposizione circa 93 posti letto, di cui 74 dedicati agli uomini e 19 alle donne. Occorre precisare che il dormitorio femminile di Madre Teresa di Calcutta di fatto ha gli orari di una struttura di I livello, ma alcuni posti vengono utilizzati come II livello, per permettere alle ospiti periodi di permanenza più lunghi. Inoltre, presso il Centro di Accoglienza “Beltrame”, oltre ai posti di II

⁸⁵ Per una disamina dettagliata delle strutture presenti complessivamente nella Regione Emilia-Romagna si veda il *Rapporto di Monitoraggio*, aggiornato al 2009, cfr. [http://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/dati-statistici-sips/pubblicazioni-dati-statistici-sips/Monitoraggio_Ott_2009_settoreAdulti.pdf]

⁸⁶ Si ricorda che per aver diritto ad un colloquio con l’assistente sociale e successiva valutazione bisogna essere residenti a Bologna.

livello e ai posti riservati al Pris, sono disponibili anche due posti riservati per il Centro “Biavati” e 3 posti riservati a persone con problemi sanitari. Infine vi sono circa 27 posti presso gruppi appartamento (5 unità abitative), in grado di accogliere in base a specifici progetti uomini, donne o coppie. È necessario ricordare, inoltre, che nel periodo invernale vengono messi a disposizione ulteriori posti letto nell’ambito del cosiddetto “Piano Freddo”, per rispondere alla necessità di riparo dalle intemperie. Per quanto riguarda invece il coordinamento e la stesura delle graduatorie d’accesso, queste sono affidate all’Equipe adulti per il sistema unificato d’accesso, coordinata dal referente del Core in collaborazione con l’Asp Poveri Vergognosi, che a sua volta si relaziona con i referenti delle strutture per il coordinamento e la gestione degli accessi in struttura, nonché sul monitoraggio dell’andamento dei Pai (Regione Emilia-Romagna 2009, p. 15-16).

A questi interventi si affiancano poi **trasferimenti in denaro**, erogati dai servizi comunali e dalle sue articolazioni, quali buoni spesa o buoni pasto, contributi per servizi alla persona (cura e igiene), prestiti d’onore/prestiti, contributi economici per l’alloggio, contributi economici per l’inserimento lavorativo, contributi economici utenze (telefono, luce, gas, acqua, ecc.), contributi economici spese di trasporto, integrazione reddito familiare.

4.8.4 | Criticità e priorità di azione

Uno dei principali problemi è rappresentato dalla massima concentrazione dell’utenza e, conseguentemente, dei servizi nel capoluogo. Da ricordare che nel 2004/2005 due strutture presenti nel Distretto Pianura Ovest hanno cessato la loro attività (Provincia di Bologna, Profilo di comunità 2008, p. 158). Come già accennato, inoltre, la difficoltà nel rilevare la domanda si traduce in una difficoltà nella programmazione e implementazione dei servizi. Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dalla diminuzione dei posti letto (anche se sembra diminuire il numero di utenti sia italiani sia stranieri, pur con le dovute cautele del caso, data la difficoltà della rilevazione delle presenze)⁸⁷. Data la multiproblematicità che caratterizza questo target di azioni, è bene sottolineare le priorità sulle quali l’amministrazione regionale e provinciale intendono concentrare la propria attenzione. I principali ambiti di intervento sono tre, primo fra i quali l’ambito del lavoro, nel quale s’inseriscono obiettivi strategici quali il potenziamento dei Centri per l’Impiego; il potenziamento degli strumenti per la formazione e il mantenimento delle capacità delle persone adulte in condizione di svantaggio; il potenziamento delle politiche per l’empowerment e l’attivazione della persona nonché la promozione del lavoro socialmente

⁸⁷Secondo gli ultimi dati ufficiali rintracciabili, la loro offerta di posti-letto ammonta a 336 unità, il 10,9% in meno rispetto al 2003 (Profilo di Comunità 2008, p.157).

utile. Un secondo ambito è rappresentato dal tema della casa e dell'accoglienza, nel quale si considerano obiettivi strategici il potenziamento dell'accoglienza a bassa soglia e di II livello; la necessità di una modifica dei criteri di gestione degli alloggi Erp; il potenziamento dello strumento del Fondo per l'affitto; il potenziamento delle Agenzie per l'affitto; infine il potenziamento e l'incentivo per il ricorso al microcredito. Infine, un terzo ambito è rappresentato dalla questione della salute, fra i cui obiettivi si trova il potenziamento delle attività informative per contenere il ricorso improprio al Pronto Soccorso; la previsione di strumenti di *e-care* anche per persone fragili; infine, il consolidamento e potenziamento dell'offerta dei servizi erogati dall'Unità di strada.

Nondimeno, le difficoltà connesse alla rilevazione delle presenze sul territorio e la molteplicità delle fonti con le quali si cerca di ottenerne una rappresentazione quantitativa, seppur parziale, costituiscono un ulteriore elemento di forte attenzione, da tenere a mente al fine di una programmazione adeguata delle azioni e degli interventi, in particolar modo per la presenza di aree "grigie" e nascoste dei fenomeni in questione, non rilevabili per definizione (si veda, a titolo esemplificativo, la complicata rilevazione del numero di consumatori di sostanze stupefacenti cosiddetto "oscuro").

4.9 | Approfondimento 3: le persone in esecuzione penale ed i servizi loro rivolti

4.9.1 | La popolazione in esecuzione penale

La Casa Circondariale "Dozza" ospita a metà 2011 circa 1.130 detenuti (sono 4.000 in totale nei 13 istituti dell'Emilia-Romagna), a fronte di una capienza regolamentare che non raggiunge i 500 posti (cfr. tab. 4.17).

La relazione 2011 del **Garante dei diritti delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà del Comune di Bologna**, sottolinea a questo proposito, da un lato, l'evidente **sovraffollamento**, ricordando che il Ministero della Giustizia colloca la struttura bolognese al 13° posto sulle 204 totali (con un indice di sovraffollamento massimo: pari a + 126,16% al settembre 2010); dall'altro lato, la cronicità di questo problema, rilevando che si tratta di una situazione che perdura da anni e che crea condizioni di detenzione ai limiti della vivibilità.

Più della metà dei detenuti è imputato o in attesa di un giudizio definitivo.

Il 70% circa dei detenuti sono cittadini stranieri provenienti da una cinquantina di Paesi diversi, mentre la percentuale di tossicodipendenti è di circa il 30%.

La popolazione carceraria femminile comprende circa 60 donne.

Tab. 4.17 Presenze nella Casa circondariale 'Dozza' di Bologna, dati al 31-05-2011

<http://psm.bologna.it>

Presenze al 31 maggio 2011 alla Casa circondariale di Bologna	Capienza	Presenti	Uomini	Donne	Imputati o non definitivi	Condannati definitivi
	497	1127	1063	64	634	493

Fonte: Relazione annuale del Garante dei diritti delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà 2011, p.9, on-line: <http://www.comune.bologna.it/garantedetenuti/servizi/114:6218/>

Le persone in **esecuzione penale esterna**, dunque coloro che sono sottoposti a misure di sicurezza o alternative al carcere, a metà del maggio 2010, sono 223 nel territorio provinciale: gli affidati sono 88, le persone in detenzione domiciliare sono 73, mentre altre 62 persone sono soggette ad altri tipi di restrizioni (cfr. tab. 4.18.)

Tab. 4.18 Persone in misure di sicurezza e alternative nella Provincia di Bologna, dati al 25-05-2010

Persone in misure di sicurezza o alternative nella Provincia di Bologna, al 25 maggio 2010	Affidati	Detenuti domiciliari	Liberi vigilati	Indultino	Lavoranti esterni art.21	Semiliberi	Totale
	88	73	37	1	9	15	223

Fonte: Garante dei diritti delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà, statistiche, nostra elaborazione, on-line:

[\[http://www.comune.bologna.it/media/files/misurealternative_aggiornato_al_252010.pdf\]](http://www.comune.bologna.it/media/files/misurealternative_aggiornato_al_252010.pdf)

Il Comune di Bologna ospita anche il **CIE - Centro di Identificazione ed Espulsione** dove, tra il gennaio e maggio 2011, sono entrati 303 cittadini stranieri, di cui 95 donne e 208 uomini, e 304 ne sono usciti, di cui 114 per espulsione, 91 per rilascio, 38 per trasferimento, 28 per non convalida, il resto per altre ragioni.

Infine, la città di Bologna ospita anche, presso la sede del Pratello, il **Centro di giustizia minorile** articolato in Istituto penale minorile (I.P.M.), Centro di prima accoglienza (C.P.A.), Ufficio servizi sociale per i minorenni e Comunità ministeriale per l'esecuzione dei provvedimenti dell'Autorità giudiziaria. Il complesso del Pratello, anche per la sua posizione nel centro cittadino, è da considerare, precisa la già citata relazione del Garante, *“come un luogo attorno al quale si dipana il senso di protezione della comunità verso i suoi ragazzi più difficili”*(p.24).

Nel corso del 2010 hanno avuto accesso ai servizi della Giustizia minorile nella Regione Emilia-Romagna: 68 ragazzi presso il CPA, 86 nell'IPM, 6 nelle comunità ministeriali e 82 in Comunità private. L'U.S.S.M. si è occupato di 1.108 ragazzi segnalati dall'A.G., mentre sono 781 quelli presi in carico.

4.9.2 | Servizi nell'ambito dell'esecuzione penale degli adulti

Il Comune di Bologna svolge attività di indirizzo politico e fornisce servizi nell'ambito dell'esecuzione penale attraverso la Presidenza del Comitato Locale per l'Area dell'Esecuzione Penale Adulti⁸⁸ e partecipando ai Lavori della Commissione Regionale Esecuzione penale.

L'ASP **Poveri Vergognosi**, per conto del Comune, si occupa di interventi, servizi e progetti finalizzati all'integrazione sociale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà afferenti all'area dell'esecuzione penale adulta sia in carcere sia all'esterno.

L'accesso ai servizi è gestito tramite lo **Sportello sociale** che fornisce, anche on-line⁸⁹, le informazioni sugli interventi previsti. Lo Sportello sociale precisa che possono accedere ai servizi offerti dal Comune: i cittadini residenti che risultano detenuti presso qualsiasi carcere italiano o estero, in esecuzione penale esterna presso qualsiasi struttura di Bologna e non ed ex detenuti; persone che, a prescindere dalla residenza anagrafica, si trovino detenute in carcere o in esecuzione penale esterna nel Comune di Bologna, ex-detenute presenti sul territorio comunale.

Sono attive sul territorio strutture di **accoglienza abitativa di tipo familiare per persone in esecuzione di pena** ammesse ad usufruire di misure alternative o detenuti usciti per fine pena. È inoltre prevista l'erogazione di **Borse lavoro in favore dei detenuti** e sono realizzati progetti e iniziative che si svolgono dentro la Casa Circondariale e sono finalizzate a favorire il reinserimento dei detenuti nella società esterna, rafforzando i legami con la comunità di appartenenza.

Tra i servizi effettuati all'interno della Casa Circondariale, sono attivi lo **Sportello informativo** e di orientamento giuridico, che supporta delle attività dell'Ufficio del Garante, e lo **Sportello di intermediazione culturale** rivolto ai detenuti stranieri cui offre la possibilità di colloqui con i nuovi giunti, traduzioni di materiale relativo alle sentenze, informativo e di orientamento sui servizi e su questioni giuridiche. Inoltre, la Provincia di Bologna, tramite il Servizio Politiche Attive del lavoro e Formazione, ha costituito lo **Sportello di Informazione e Orientamento al Lavoro** all'interno della Casa Circondariale di Bologna, finalizzato ad offrire alle persone detenute, ma anche alle aziende alla ricerca di personale, l'accesso ai servizi dei Centri per l'Impiego.

Come riconosciuto anche nella relazione del Garante, si evidenzia sul territorio la presenza di un panorama ricco di organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione

⁸⁸Il Comitato Locale è composto da: Comune, Provincia, AUSL, Direzione della Casa Circondariale, Direzione dell'UEPE - Ufficio Esecuzione Penale Esterna del Ministero Giustizia, Magistratura di sorveglianza, Garante Comunale Diritti persone sottoposte a misure restrittive della libertà, Dirigente servizi scolastici competente territorialmente, Centro Giustizia minorile.

⁸⁹Cfr. [<http://informa.comune.bologna.it/iperbole/sportellosociale/servizi/2709/2659/>]



<http://psm.bologna.it>

sociale, cooperative sociali ed anche imprese che costituiscono un'importante rete di sostegno alle persone in esecuzione penale sia in carcere sia all'esterno, realizzando attività che vanno dalla cultura al lavoro e mirano a costruire un rapporto positivo tra il carcere e la città che lo ospita.

PARTE TERZA

NODI CRITICI E PROSPETTIVE

1 | NUOVE AREE DI BISOGNO: VECCHIE E NUOVE POVERTÀ

Le analisi che hanno mirato, in questi anni, a comprendere la caratterizzazione del fenomeno povertà nel contesto regionale e provinciale, anche in occasione della crisi economica, hanno mostrato come i mutamenti sociali, economici e culturali ne hanno modificato i “volti” e le necessità. Nello specifico della Provincia di Bologna, il Cantiere Vulnerabilità⁹⁰ ha recentemente realizzato un percorso partecipato locale per approfondire questo tema, che ha coinvolto gli attori significativi del territorio impegnati nell’ambito del contrasto alla povertà e all’esclusione sociale. Questo percorso ha consentito di tracciare i “tratti” delle vecchie e delle nuove povertà e prospettare possibili linee di impegno per il futuro. Viene evidenziato come la povertà abbia attraversato in questi anni un mutamento quantitativo e qualitativo: da un lato, permangono le fasce di povertà conclamata più tradizionali, caratterizzate da multidimensionalità e cumulatività dei bisogni, dall’altro si crea una sorta di “zona grigia” di persone che si collocano in prossimità, mentre altre scivolano, per la prima volta, sotto la soglia. Cresce e si modifica, dunque la composizione sociale sia della popolazione vulnerabile, sia di quella in condizioni di vero e proprio disagio. Tale caratterizzazione non è un prodotto esclusivo della crisi cominciata nel 2008, che ne ha certamente amplificato gli effetti e richiamato una maggiore attenzione politica e pubblica, ma conferma i risultati di un’analisi precedente svolta in Emilia-Romagna nel 2006⁹¹, segno che una simile tendenza ha preso avvio in tempi meno recenti.

La povertà, dicono questi studi, ha travalicato i confini dei gruppi tradizionalmente percepiti come ‘deboli’. Tratti di vulnerabilità s’individuano anche in una fascia di popolazione una volta ritenuta al riparo, in quanto garantita da più solide solidarietà familiari e tutele lavorative. Per questa fascia, il passaggio dalla situazione di rischio alla povertà diventa dunque meno improbabile e si è venuta a costituire una domanda di intervento inedita per i servizi. Non si tratta, infatti, di persone che presentano un quadro multiproblematico (tossicodipendenza, disagio psichico e così via), ma che semplicemente all’improvviso si sono

⁹⁰Cfr. Provincia di Bologna, Cantiere vulnerabilità, *Lettura ragionata sulla ricognizione delle azioni di contrasto alla crisi* (allegato 1) e *Sintesi del Report dell’indagine tramite focus group* (allegato 2).

⁹¹Regione Emilia-Romagna, Iress, *La povertà in Emilia-Romagna: misurare il fenomeno, monitorare azioni di contrasto*, 2006, pp.72-84.

trovate in difficoltà economiche. Ciò che occorre evitare, secondo i due studi presi in esame, è che si inneschino processi di scivolamento nel disagio vero e proprio, dunque proporre interventi rapidi che mirino a valorizzare le risorse di cui queste persone dispongono e supportarli nell'affrontare una situazione nuova ed estremamente destabilizzante. Ad esempio, nel ripensare la propria visione identitaria personale e professionale, accettando quanto accaduto, ridefinire i propri comportamenti di spesa, riconsiderare e rafforzare le competenze da utilizzare nel mercato del lavoro. I Cantieri hanno individuato in particolare i settori del lavoro e della casa, come i principali ambiti di *policy* sui quali investire con questa funzione, ma l'intera rete dei servizi, pubblici e privati, è chiamata ad offrire un supporto, oltre che lavorativo e abitativo, anche relazionale, psicologico, economico, formativo e così via.

Sono anche stati individuati alcuni profili considerati più esposti di altri al rischio di povertà: le famiglie monoreddito e/o che non dispongono di un'abitazione di proprietà; i cittadini stranieri, che in genere hanno redditi più bassi e non dispongono di reti familiari di supporto; i nuclei monogenitoriali, con maggiori difficoltà di conciliazione e risorse economiche contenute; i giovani, spesso collocati in un mercato del lavoro precario e privi di fatto di ammortizzatori sociali, che meno di tutti vedono certezze nel proprio futuro e possono non essere in grado di procurarsi altre tutele dalla povertà (ad esempio, acquistare una casa).

Si precisa anche che, spesso, la condizione di fragilità è aggravata dalla collocazione territoriale in zone depauperate (ad esempio, nella montagna) e/o con l'avanzare dell'età, che tende a rendere più difficile il rientro nel mercato del lavoro. Infine, si evidenzia che, se finora le famiglie sono riuscite, anche grazie a solidarietà intergenerazionali, ad affrontare la crisi, occorre chiedersi per quanto tempo sono in grado di farlo, in considerazione della sua durata e nella consapevolezza che il mercato del lavoro è cambiato e sta cambiando, in attesa di riforme del welfare o dell'istituzione di nuovi ammortizzatori sociali.

2 | REGIA E CONVERGENZA DEL SISTEMA DELL'OFFERTA

In più parti di questo rapporto si è evidenziata e richiamata la complessità che il sistema di welfare ha raggiunto con la sua molteplicità di attori, variabilità dei bisogni e delle finalità, interdipendenze con altri settori di politica pubblica. La necessità di integrazione, in tutte le sue declinazioni, è uno degli obiettivi che i programmi regionali, provinciali e distrettuali hanno già stabilito come prioritari. A tal fine, strumenti come il Piano sociale e sanitario regionale, l'Atto di indirizzo della CTSS e il Profilo di comunità provinciale, oltre che i Piani di Zona (che costituiscono documenti di pianificazione, ma anche processi di governance orizzontale e verticale) hanno mirato a costruire una "regia" pubblica del sistema di welfare,

come stabilito dalla Legge Quadro nazione e dalla LR 2/2003, rimanendo le istituzioni “garanti” di fronte al cittadino dell’efficacia, dell’efficienza e della qualità in un panorama complessivo di attori ed azioni. Il coordinamento delle reti dei servizi delle risorse diventa infatti fondamentale proprio per valorizzare le molteplici risorse disponibili sul territorio, metterle a sistema ed evitare sovrapposizioni. Il costituirsi di quel *welfare* che è stato definito come “comunitario” o “societario” (Franzoni, Anconelli, 2003; Di Nicola, 2011a) dunque, non implica un defilarsi del pubblico, ma l’assunzione di un ruolo relativamente nuovo e in parte da costruire e rafforzare, per evitare che la sussidiarietà diventi una sorta di delega incrementale al privato della gestione di fenomeni a rilevanza pubblica. Il fine è garantire l’equità sociale e limitare un processo di “localizzazione” dei diritti sociali. In questo senso, la visione strategica metropolitana assume un significato importante: la rete interistituzionale può agevolare l’omogeneizzazione dei “confini” della cittadinanza sociale, attraverso un processo di riflessione sulla possibilità di coordinare ed integrare regolamenti, modalità di accesso e fruizione, tariffe, diffusione e qualità dei servizi.

3 | LE PROFESSIONALITÀ IN CAMPO NEL SOCIALE: IL DIFFICILE EQUILIBRIO TRA QUALITÀ DEL LAVORO, SCARSITÀ DELLE RISORSE E INNOVAZIONE

Nell’ambito di un quadro dei servizi socio-assistenziali rivolti alle persone in condizioni di bisogno, non bisogna dimenticare di prestare attenzione al tema delle professionalità coinvolte nell’erogazione di tali servizi. Le competenze e i profili professionali coinvolti sono infatti molteplici, come molteplici sono quindi i bisogni e le questioni aperte di ciascuna delle figure coinvolte, che vanno dall’assistente sociali, alle assistenti familiari (le badanti), agli educatori impiegati nei servizi educativi e sociali per minori e disabili, agli operatori sociali che lavorano presso strutture (sia del pubblico che del privato sociale) rivolte ad anziani, adulti in difficoltà, immigrati.

Se da un lato nel dibattito scientifico molto si è detto sulle trasformazioni del welfare e delle politiche sociali, meno attenzione è stata dedicata «ai soggetti che in concreto operano nei servizi, rapportandosi sia con i mutamenti sul fronte degli utenti, delle loro problematiche e delle loro domande, sia con quelli normativi e organizzativi, o con quelli che derivano dalla tendenziale contrazione delle risorse a disposizione» (Facchini 2010, p.460). Da più parti, infatti, è stato sottolineato come i tagli economici, che hanno interessato i servizi sociali, non hanno solo una ricaduta in termini di riduzione della possibilità di risposta al bisogno di assistenza della popolazione, ma riducendo le ore di lavoro, i progetti e i momenti formativi

«è come se proiettassero in un tempo “a ritroso”, dove ogni giorno viene smontato un pezzo di ciò che in questi anni si è costruito» (Camarlinghi e d’Angella 2012, p. 36); trasmettendo un sentimento diffuso di delegittimazione della persona e del proprio curriculum formativo e professionale. Secondo alcuni autori però, tale visione pessimistica non deve prevalere ma, anzi, dovrebbe rappresentare «un’opportunità per interrogarsi su che cosa (*NdA, le condizioni di lavoro critiche*) introducano e comportino nella quotidianità organizzativa e professionale, quali modificazioni ed evoluzioni vadano costruite e quali intrinseche difficoltà ci si trovi a sperimentare» (Olivetti Manoukian 2012, p. 62). Inoltre, tale disagio avvertito dai lavoratori del sociale è riscontrabile anche negli ambienti e organizzazioni di lavoro in cui gli operatori si trovano ad agire (Olivetti Manoukian 2012, p. 64), insinuandosi nei diversi ruoli e a diversi livelli, accomunando in un’analoga situazione di disagio operatori e destinatari stessi dei servizi, spesso risultando in una progressiva chiusura in se stessi e nel proprio ruolo o compito. Tuttavia, tale chiusura non può rappresentare una risposta adeguata alle sfide cui gli operatori si trovano a dover fronteggiare, rendendo così necessario “trasgredire”, ovvero «andare al di là delle collocazioni, aprire dei varchi, gettare dei ponti, costruire delle connessioni che sono inedite, perché da questi movimenti emergono risorse di idee, comprensioni, cooperazioni più pertinenti» (*Ibidem*, p. 72). È proprio nell’ambito di queste idee di trasversalità e partecipazione che sono auspicabili iniziative quali quella del Piano Strategico Metropolitano, che può così rappresentare un’opportunità per la comune costruzione di quei ‘ponti’ di cui parla l’Autrice, in cui settore pubblico, settore privato e terzo settore possono incontrarsi e conoscersi meglio nelle reciproche competenze e risorse di cui dispongono ai fini di una progettualità condivisa e in grado di rispondere ai cambiamenti che interessano questo settore.

Non potendo in questa sede mettere in evidenza la totalità delle criticità che riguardano tutte le professioni coinvolte nel sociale, ci si propone di presentare alcuni aspetti emergenti, relativi ad alcuni profili professionali e/o dimensioni del lavoro sociale.

Uno di questi è rappresentato dalla **figura professionale dell’assistente familiare**, per la peculiare caratteristica di essere contemporaneamente produttrice di welfare, ma anche consumatrice, in quanto portatrice di bisogni specifici (relazionali, contrattuali, nonché formativi). Numerose ricerche hanno messo in luce l’esistenza di differenti profili di badanti, sulla base delle strategie e aspirazioni individuali (Ambrosini e Cominelli 2004, Pavolini 2005): è evidente come alla molteplicità di profili si accompagni una molteplicità e differenziazione nei bisogni di cui le assistenti familiari si fanno portatrici. Basti pensare al bisogno di assistenza medica delle badanti e al tema dell’accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione straniera, non sempre facile ed immediato: come conciliare bisogno di cura individuale con la cura del proprio assistito? E ancora, come conciliare i bisogni relativi alla manutenzione del capitale sociale e relazionale delle badanti, necessario per il loro ben-essere, con i tempi e i modi dell’assistenza domiciliare agli anziani non auto-sufficienti? Infine, quale

riconoscimento possibile per le competenze delle assistenti familiari?⁹² Su quest'ultimo punto la Regione Emilia-Romagna si è mossa, promuovendo l'organizzazione di corsi di formazione⁹³ della durata di 120 ore, con l'obiettivo di certificare il raggiungimento di determinate competenze da parte delle persone iscritte ai corsi, rafforzato dall'istituzione di elenchi provinciali di assistenti familiari "certificate". Proprio in quest'ottica di rafforzamento e riconoscimento del profilo professionale dell'assistente familiare si inseriscono progetti quali, ad esempio, il Progetto "Badando"⁹⁴, attuato dal Distretto di Casalecchio di Reno, con il quale si è cercato di creare una rete tra famiglia/anziano in difficoltà, assistenti sociali del Comune, assistenti familiari e operatori socio-sanitari, per facilitare l'inserimento della badante nel nucleo familiare⁹⁵.

Un ulteriore punto critico rispetto alla figura delle assistenti familiari riguarda il loro profilo quantitativo: si tratta, infatti, di un calcolo non semplice, per almeno due motivi. Innanzitutto, per la forte presenza di lavoro nero in questo settore, e, in secondo luogo, per la mancanza di un contratto specifico per l'assunzione delle assistenti familiari, che rientrano quindi nel contratto di "miliari, che rientrano quindi nel contratto di lavoro domestico", all'interno del quale sono però comprese anche altre figure quali colf e baby-sitter. "Spie" relative all'incidenza del numero di assistenti familiari possono comunque essere rinvenibili nell'elevata "femminilizzazione" del fenomeno "badanti" e nella provenienza, in prevalenza dai paesi dell'Europa orientale. Tenendo quindi conto di tali caratteristiche, è possibile, secondo quanto affermato dalla letteratura in materia, effettuare alcune stime. Due sembrano essere i metodi perseguibili per una stima del numero delle assistenti familiari. Il primo di questi prende avvio dai dati Inps sui contratti di lavoro domestico, considerando anche i dati sugli ingressi di cittadini non comunitari attraverso le quote flussi ed effettuando una stima del numero di assistenti familiari irregolari (Pasquinelli e Rusmini 2009, p. 14). Il secondo metodo, "indiretto", prende come punto di partenza il numero di anziani ospitati in strutture residenziali, ipotizzando poi che il numero di anziani assistiti da badanti sia di tre volte superiore al numero di anziani in struttura e assumendo che il rapporto tra anziano assistito e badante sia di 1:1 (anche se è possibile che una stessa assistente familiare abbia più di un utente in cura) (*Ibidem*, p. 19).

Per quanto riguarda il territorio bolognese, in tabella (tab. 4.19) sono riportati il numero dei contratti avviati negli anni 2008-2011 per lavoro domestico. I dati mostrano come nel

⁹²Su questi ed altri temi, si veda, tra gli altri, Tognetti 2010. Sul tema del contratto di lavoro che regola l'impiego delle assistenti familiari si veda, tra gli altri, Franchi Scarselli 2007.

⁹³Si veda a tale proposito il *Progetto Madreperla*, promosso nel 2002 dalla Regione Emilia-Romagna e alcuni comuni della regione (Forlì, Modena e Reggio Emilia), cfr. Ferrari e Mazzoli 2004, Ceruzzi e Tunzi 2004.

⁹⁴[http://www.comune.casalecchio.bo.it/servizi/notizie/notizie_fase02.aspx?ID=5731]

⁹⁵Analogo progetto è stato messo in campo dall'Asp Giovanni XXIII nel Comune di Bologna, cfr. [http://www.aspgiovanni23.it/index.php?option=com_content&view=article&id=213].

2009 vi sia stato un picco nel numero di contratti avviati, che sono diminuiti nel 2010 per poi aumentare nuovamente nel 2011.

Tab. 4.19 Contratti di lavoro domestico avviati, Provincia di Bologna, 2008-2011.

Anno	Tipo di Contratto	Tutti		Italiani		Comunitari		Extracomunitari	
		totale	F	totale	F	totale	F	totale	F
2008	Lavoro domestico a tempo determinato	340	291	49	36	116	109	175	146
	Lavoro domestico a tempo indeterminato	6.112	5.099	403	321	1.378	1.313	4.331	3.465
	<i>Totale</i>	<i>6.452</i>	<i>5.390</i>	<i>452</i>	<i>357</i>	<i>1.494</i>	<i>1.422</i>	<i>4.506</i>	<i>3.611</i>
2009	Lavoro domestico a tempo determinato	787	636	83	65	214	203	490	368
	Lavoro domestico a tempo indeterminato	13.275	9.404	629	531	2.111	2.043	10.535	6.830
	<i>Totale</i>	<i>14.062</i>	<i>10.040</i>	<i>712</i>	<i>596</i>	<i>2.325</i>	<i>2.246</i>	<i>11.025</i>	<i>7.198</i>
2010	Lavoro domestico a tempo determinato	662	594	72	60	250	241	340	293
	Lavoro domestico a tempo indeterminato	7.226	6.222	556	503	1.831	1.768	4.839	3.951
	<i>Totale</i>	<i>7.888</i>	<i>6.816</i>	<i>628</i>	<i>563</i>	<i>2.081</i>	<i>2.009</i>	<i>5.179</i>	<i>4.244</i>
2011	Lavoro domestico a tempo determinato	983	882	127	115	382	372	474	395
	Lavoro domestico a tempo indeterminato	8.386	6.807	584	543	2.047	1.962	5.755	4.302
	<i>Totale</i>	<i>9.369</i>	<i>7.689</i>	<i>711</i>	<i>658</i>	<i>2.429</i>	<i>2.334</i>	<i>6.229</i>	<i>4.697</i>

Fonte: Servizio Politiche Attive del Lavoro e Formazione, nostra elaborazione

Un importante tema, trasversale a più profili professionali, riguarda **la qualità delle condizioni lavorative e retributive in cui si trovano ad operare i professionisti del sociale**. La crisi economica attuale ha messo a dura prova il comparto socio-assistenziale, a causa dei numerosi tagli che sono stati effettuati in funzione di un contenimento della spesa pubblica. Tuttavia, spesso il ricorso all'esternalizzazione dei servizi, pur nel tentativo di salvaguardare la qualità del lavoro attraverso il ricorso a complesse clausole nei contratti, potrebbe aver comportato una compressione del costo del lavoro e delle risorse a disposizione

del servizio stesso. È pertanto necessario interrogarsi su quali siano gli standard minimi da garantire a questi professionisti, sia in termini contrattuali sia in termini retributivi. Alcune ricerche hanno, infatti, messo in luce come manchino «informazioni sistematiche sul lavoro nei servizi sociali e normative uniformi sul territorio nazionale relative ai profili professionali esistenti. È urgente colmare tali lacune per dare risposte alle esigenze conoscitive e di programmazione, ma anche per standardizzare figure professionali ora estremamente frammentate e assicurare minori disparità nella quantità e qualità delle forniture dei servizi e nelle condizioni economiche e contrattuali dei lavoratori coinvolti» (Cnr-Irps 2009, 193). Ad una frammentazione dei profili professionali, inoltre, si affiancano le conseguenze dei tagli destinati al sociale, che si declinano in maggiore ricorso di contratti part-time, con una ulteriore riduzione nella retribuzione degli operatori. A tale proposito, alcuni autori sottolineano come la situazione del mercato del lavoro socio-assistenziale rischi di ingrossare le fila di un “nuovo proletariato dei servizi” (Mingione 1997, Tognetti Bordogna 2010), un proletariato costituito da lavoratori precari che godono di scarse o nulle garanzie. È necessario quindi chiedersi quali criteri adottare per regolamentare il lavoro sociale, anche in direzione di una maggiore omogeneizzazione delle modalità di assunzione, retribuzione e di lavoro presenti in uno stesso territorio, quale ad esempio l’area metropolitana bolognese. Tale tematica attraversa anche il lavoro educativo: ne è un esempio lampante la protesta e le rivendicazioni degli educatori nell’area bolognese, protesta che, anche grazie all’utilizzo dei nuovi *social media*, si sta ampliando al di là dei confini provinciali, nel tentativo di unificare il malessere di questa categoria in diversi comuni italiani⁹⁶.

L’inserimento socio-lavorativo di persone svantaggiate costituisce uno degli snodi critici attraverso il quale sarebbe possibile tentare un’innovazione delle modalità di fare welfare. Esso, infatti, permetterebbe non solo di sostenere i percorsi di autonomizzazione (economica, abitativa e, in generale, dai servizi) di adulti in condizioni di svantaggio (siano essi disabili, ex detenuti, tossicodipendenti o senza fissa dimora), ma allo stesso tempo di perseguire finalità di *empowerment* che escano dalle retoriche spesso permeanti il dibattito sull’attivazione. Su questo tema, alcune ricerche hanno approfondito le potenzialità delle strategie di attivazione individuale attraverso l’inserimento lavorativo nelle cooperative sociali di tipo B e attraverso la figura professionale dell’“operatore pari” (Bergamaschi 2010, Mattioli 2009, Martelli et al. 1999, Martelli e Saruis 2005), ovvero ex-utenti che, al termine di un progetto di inserimento lavorativo, vengono impiegati come operatori nell’ambito dei servizi di cui sono stati utenti o in altri contesti rivolti ad una utenza svantaggiata. Tale figura professionale è

⁹⁶Si vedano, ad esempio, il blog *Educatori contro i tagli* [<http://educatoricontroitagli.blogspot.it/>] e diversi gruppi di protesta su Facebook (tra gli altri: Educatori Educatoricontroitagli –Bologna; Movimento Educatori – Napoli; Coordinamento operatori sociali Bologna; Operatori Cooperativa Servizi Socio Sanitari Mestre/Venezia), per un’interessante e nuova modalità di *advocacy*.

comparsa agli inizi degli anni Ottanta in Olanda, nell'ambito del consumo di sostanze, per poi ampliarsi all'area del disagio adulto: nell'area bolognese l'Associazione Amici di Piazza Grande e la cooperativa sociale La Strada di Piazza Grande rappresentano due esempi di *best practices*, sia per le modalità di intervento adottate che per l'assunzione di ex utenti del servizio di accoglienza notturna a bassa soglia come operatori dello stesso. La ricerca empirica ha messo in luce come, tuttavia, sia necessario anche un riconoscimento ufficiale a tale attività: «l'importanza che rivestirebbe un riconoscimento "ufficiale" della figura dell'operatore pari, inoltre, avrebbe effetti positivi non solo sulla loro identità professionale, rafforzando ulteriormente il percorso di re-inserimento lavorativo, ma anche sulla loro identità personale, offrendo così un ulteriore stimolo alla loro crescita, dal momento che si sentirebbero apprezzati per il lavoro svolto e non avrebbero la sensazione di essere una forza lavorativa utile solo perché a basso costo» (Mattioli 2009, 264). Alcuni comuni italiani hanno attuato sforzi in questa direzione, ad esempio ricorrendo all'inserimento di specifiche "clausole sociali"⁹⁷ nei bandi per l'attribuzione di appalti pubblici. È il caso del Comune di Torino che, attraverso l'utilizzo di questo strumento, ha "premiato" quelle cooperative che prevedevano la presenza di operatori pari nei servizi da loro forniti, offrendo così un riconoscimento formale al valore aggiunto rappresentato dalla presenza di tale figura professionale. Tuttavia, i tagli conseguenti al contenimento della spesa impattano anche sulle risorse a disposizione per sostenere l'investimento su tali figure professionali e pratiche innovative, richiamando così all'attenzione sul difficile ma necessario equilibrio tra manutenzione e innovazione sociale.

4 | LA VALUTAZIONE

Altra questione aperta è relativa alla valutazione: per giudicare la qualità dei servizi erogati e perché si possa giungere a una piena trasparenza dell'intero sistema, è necessaria una continua attività di monitoraggio su quanto è stato fatto. Obiettivo indicato nel Piano Sociale e Sanitario è quello di individuare e di condividere strumenti per la raccolta dati, così da permettere comparazioni e raffronti temporali volti a un perseguimento o ad un eventuale ri-orientamento delle azioni intraprese. Si tratta di un'attività strettamente connessa a quella programmatoria in quanto vi deve essere coerenza tra metodo ed indicatori definiti a priori

⁹⁷Le clausole sociali sono previste ai sensi degli art. 2 e 69 del dlgs 163/2006, e dalla direttiva CE 18/04 (Brunato 2010). Se da un lato la presenza delle clausole sociali rappresenta un elemento positivo, non mancano tuttavia alcune criticità, legate in primo luogo ad un eventuale utilizzo speculativo della cooperazione sociale negli appalti, in secondo luogo al problema del controllo dell'effettiva presenza di "elementi sociali" una volta che ci si sia aggiudicati l'appalto. Per maggiori approfondimenti cfr. Brunato 2010, pp. 146-154.

per valutarlo: in questo senso la valutazione rappresenta la guida interna allo sviluppo stesso. “Ciascun livello di governo - si legge nel Piano Sociale e Sanitario - ha la necessità di realizzare azioni di monitoraggio e di valutazione per analizzare i processi e i risultati delle proprie politiche sociali e socio-sanitarie e migliorare tali politiche e i relativi interventi in un quadro in cui tali livelli si alimentino a vicenda diventando l’uno risorsa per l’altro.” (Regione Emilia Romagna 2008, pp.56-57).

Un primo livello di valutazione, prendendo a riferimento la dimensione locale, è dato dalla misurazione del processo e dei risultati perseguiti da un particolare programma di intervento, in termini sia di cose realizzate (*output* quali servizi/prestazioni realizzate, sostenibilità economica, ecc.), sia di esiti ottenuti (*outcome*, il miglioramento dello stato di salute o del benessere della popolazione o di gruppi di questa)⁹⁸. È poi importante una valutazione non tanto delle singole azioni, quanto la valutazione della programmazione in sé quale prodotto della politica pubblica, ovvero la misurazione della capacità di ottenere i meta-risultati che il sistema regionale intende perseguire: ci si sposta in questo caso da una dimensione locale a una regionale⁹⁹.

L’accreditamento (inteso come valutazione *ex ante* della capacità di un servizio di produrre prestazioni coerenti con quanto stabilito dalla normativa); gli strumenti di controllo della spesa, quale il monitoraggio del Fondo sociale locale; gli strumenti di rendicontazione sui risultati raggiunti (il Bilancio sociale territoriale, ad esempio); le forme di partecipazione alla valutazione dei servizi da parte dei cittadini (quali l’*audit* civico): sono alcune delle metodologie di valutazione fino ad ora sperimentate nel *welfare* emiliano-romagnolo che mettono a disposizione dei diversi decisori informazioni utili non solo per le scelte che devono compiere in merito al singolo oggetto/attore, ma più in generale anche per gli indirizzi che di conseguenza si devono dare al sistema regionale¹⁰⁰.

Le questioni relative al monitoraggio e alla valutazione, strettamente collegate ai processi programmatori, non risultano però sempre esaustive nelle prassi operative: emerge quindi in maniera evidente la necessità di investirvi fortemente¹⁰¹.

La valutazione, oggi, nei servizi che si occupano di *welfare*, ha già formalmente un posto stabile ed è indubbio che in questi anni sia maturata anche una consapevolezza della sua necessità. Praticare valutazione concretamente richiede investimenti stabili, anche di tempo, continuità e sistematicità nella raccolta dati, allineamento delle valutazioni degli esiti della

⁹⁸Cfr. *La governance delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento*, Dossier 192-2010 a cura del Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell’Agenzia sanitaria e sociale regionale dell’Emilia-Romagna.

⁹⁹Cfr. *Ibidem*

¹⁰⁰Cfr. *Ibidem*.

¹⁰¹Cfr. *I nuovi strumenti della programmazione regionale: la sfida del profilo di comunità e dell’atto di indirizzo e coordinamento triennale*

programmazione con i tempi della programmazione stessa, ottimizzazione dei sistemi di monitoraggio e analisi della domanda oggi operanti a livello regionale, condivisione degli obiettivi e dell'approccio valutativo. Occorre che tali necessità siano condivise dalla pluralità di attori che nelle varie sedi di governo sono chiamati a prendere decisioni politico-amministrative¹⁰².

La prima sperimentazione dei Profili di comunità fornisce una base di partenza per il lavoro migliorativo anche in campo valutativo. Appurato che valutare, pianificare e programmare è imprescindibile in tempo di crisi economica, occorre indirizzare in modo sempre più appropriato le risorse (professionali, economiche, progettuali): in un momento come quello che stiamo attraversando, la capacità di programmare politiche di ampio respiro diventa ancora più importante che in passato. Anche con minori disponibilità economiche, determinate scelte devono essere prese: è fondamentale quindi che questa selettività porti al più alto grado di equità possibile, evitando in ogni modo quelle irrazionalità e quei localismi frutto di decisioni prese al di fuori di un contesto condiviso.

I diversi strumenti valutativi hanno evidenti implicazioni dal punto di vista della governance. Ognuno di essi, infatti, svolge direttamente o indirettamente una funzione di *accountability*, mettendo a disposizione dei diversi decisori informazioni utili non solo per le scelte che devono compiere in merito all'oggetto/attore analizzato, ma più in generale anche per gli indirizzi che di conseguenza si devono dare all'intero sistema. *Accountability* che è, in estrema sintesi e con qualche approssimazione, l'inevitabile implicazione dell'attribuzione, da parte di qualcuno nei confronti di qualcun altro, di una responsabilità: diventa quindi necessario mettere a disposizione elementi che documentano cosa è stato fatto, come è stato fatto e quali risultati sono stati raggiunti¹⁰³.

In un sistema organizzativo così complesso quale quello costituito dal welfare moderno, caratterizzato da una molteplicità di relazioni, anche indirette, e da una pluralità di figure e ruoli (Altieri 2009), è quindi necessario che la valutazione si venga a configurare come un'attività sistematica, fondata su un metodo scientifico, che permetta di ottenere risposte adeguate e spendibili nell'imprescindibile attività programmatoria.

¹⁰²Cfr *ibidem*

¹⁰³Cfr. *La governance delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento*, Dossier 192-2010 a cura del Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFIA

- AA.VV., 1999, *L'indagine Istat sulle banche del tempo*, in «Autonomie sociali e servizi sociali», n. 3, pp. 535-537;
- AA.VV., 2011, *Disegniamo il welfare di domani*, un convegno per i primi 40 anni di *Prospettive Sociali e Sanitarie*, Milano, 29 settembre 2011, Irs, on-line: http://pss.irsonline.it/convegnowelfare/welfaredidomani_sintesidocumento.pdf];
- Abate, F., Ricci, M., 1999, *L'indagine rapida delle rete territoriale per il rapporto annuale «La situazione del paese nel 1998»*, Istat [www3.istat.it/dati/pubbsci/documenti/Documenti/doc_2001/2001_2.doc];
- Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2010, *La governance delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento*, Dossier 192-2010;
- Altieri, L., 2009, *Valutazione e partecipazione. Metodologia per una ricerca interattiva e negoziale*, Franco Angeli, Milano;
- Ambrosini, M., Cominelli, C., (a cura di), 2004, *Educare al futuro. Il contributo dei luoghi educativi extrascolastici nel territorio lombardo*, Ismu, Milano;
- Amorevole, R., Colombo, G., Grisendi, A., 1998, *La Banca del Tempo*, FrancoAngeli, Milano;
- Ardigò, A., 1981, *Introduzione all'analisi sociologica del 'welfare state' e delle sue trasformazioni*, in La Rosa M., Minardi E., Montanari A., a cura di, *I servizi sociali tra programmazione e partecipazione*, FrancoAngeli, Milano, pp.41-83;
- Arlotti, M., 2009, *Il sistema di spesa e di finanziamento delle politiche sociali: assetti territoriali e mutamento*, in Kazepov Y. (a cura di), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma;
- Ascoli, U., 2011, a cura di, *Il welfare in Italia*, Il Mulino, Bologna;
- Ascoli, U., Ranci C., 2003, *Il welfare mix in Europa*, Carocci, Roma;
- Associazione Amici di Piazza Grande, Servizio mobile di sostegno, 2011, *Report attività primo semestre 2011*, working paper;
- Associazione Amici di Piazza Grande, Servizio mobile di sostegno, 2011, *Report attività anno 2010*, working paper;
- Bambra, C., 2007, *Defamilisation and welfare state regimes: a cluster analysis*, in 'International Journal of Social Welfare', 16, 4, pp.326-338;
- Barbier, J.C., 2005, *Attivazione*, in 'La Rivista delle politiche sociali', 1, pp.257-289;
- Barbier, J.C., 2008, *The puzzling resilience of nations in the context of Europeanized welfare states*, Communication to the RC19 Meeting 'The future of social citizenship: politics, institutions and outcomes', Stoccolma, settembre 2008;

<http://psm.bologna.it>

- Barbieri, P., 2005, *Nuovi rischi, nuovo welfare: le sfide del futuro*, in 'Stato e mercato', 74, pp.173-180;
- Barnao, C., 2004, *Sopravvivere in strada. Elementi di sociologia della persona senza dimora*, FrancoAngeli, Milano ;
- Bazzanella, A., (a cura di), 2010, *Investire nelle nuove generazioni: modelli di politiche giovanili in Italia e in Europa*, Iprase, Trento,
- Bergamaschi, M., (a cura di), 2010, *Farcela. Percorsi di inserimento al lavoro*, Aracne, Roma;
- Besozzi, E., (a cura di), 2009, *Tra sogni e realtà. Gli adolescenti e la transizione alla vita adulta*, Carocci, Roma;
- Bianchi, A., (a cura di), 2010, *I Servizi della Provincia di Bologna per le Persone con disabilità. Aggiornamento 2010*, Provincia di Bologna, Assessorato Sanità, Servizi Sociali;
- Bifulco, L., (a cura di), 2005, *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Carocci, Roma;
- Brunato, G., 2010, *Amministrazioni locali e cooperazione sociale per l'inserimento lavorativo. Quali strumenti per una politica del lavoro a favore delle persone svantaggiate?*, in Bergamaschi, a cura di, *Farcela. Percorsi di inserimento al lavoro*, Aracne, Roma, pp. 137-164 ;
- Buzzi, C., Cavalli, A., De Lillo, A., (a cura di), 2007, *Rapporto giovani. Sesta indagine dell'Istituto Iard sulla condizione adolescenziale e giovanile in Italia*, il Mulino, Bologna;
- Bynner, J., Parsons, S., 2002, *Social exclusion and the transition from school to work: the case of young people not in education, employment , or training (NEET)*, in «Journal of Vocational Behaviour», no. 60, pp.289-309;
- Callegari, L., 2011, *Fasce deboli, aziende e distretti solidali. Proposte verso Patti Territoriali per l'inclusione lavorativa e sociale delle persone a occupabilità complessa*, CCM, Bologna;
- Camarlinghi, R., d'Angella, F., (2012), *Il futuro è una ricerca che si fa insieme. Come non arrendersi a un tempo di scarsità*, in «Animazione sociale»n. 259, pp.36-47;
- Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura di Bologna, 2011, *Movimprese. Natalità e mortalità delle imprese italiane registrate presso la Camera di Commercio di Bologna. Anno 2011*, disponibile su [\[http://www.bo.camcom.gov.it/statistica-studi/demografia-delle-impreses/MovimpreseAnno11.pdf/view\]](http://www.bo.camcom.gov.it/statistica-studi/demografia-delle-impreses/MovimpreseAnno11.pdf/view) [consultato il 2/05/2012];
- Caponio, T., 2008, *(Im)migration research in Italy. A European comparative perspective*, in 'The Sociological Quarterly', 49(3): 445-464;

<http://psm.bologna.it>

- Ceruzzi, F., Tunzi, F., 2004, *L'assistente familiare: indirizzi regionali*, in «Autonomie locali e servizi sociali», n. 1, pp. 141-146;
- Cesareo, V., (a cura di), 2005, *Ricomporre la vita, gli adulti giovani in Italia*, Carocci, Roma;
- Colombo, M., 2010, *Dispersione scolastica e politiche per il successo formativo. Dalla ricerca sugli early school leavers alle proposte di innovazione*, Erikson, Trento;
- Colombo, A., Sciortino, G., 2004, *Gli immigrati in Italia*, Il Mulino, Bologna
- Comune di Bologna, 2011, *Sportelli comunali per il Lavoro, Monitoraggio dei flussi di utenza*, Report di attività;
- Cnr-Irpps, (a cura di), 2009, *Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali*, Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali
- Crouch, C., 1999, *Social change in western Europe*, Oxford University Press, Oxford;
- Davidsson, J., Naczyk, M., 2009, *The Ins and Outs of Dualization: A Literature Review*, Recwowe working paper 2009/02;
- De Luigi, N., 2007, *I confini mobili della giovinezza*, FrancoAngeli, Milano ;
- De Luigi, N., Martelli, A., Zurla, P., 2009, *Pratiche di governance tra welfare e sistemi locali di produzione*, FrancoAngeli, Milano ;
- Di Nicola, P., 2011a, *Welfare societario e diritti di cittadinanza*, in 'Autonomie locali e servizi sociali', 2/2011, pp. 199-211;
- Di Nicola, P., 2011b, *Del benessere o del welfare*, in Secondulfo D. (a cura di), *Sociologia del benessere. La religione laica della borghesia*, FrancoAngeli, Milano;
- Donati P., 1989, *La famiglia nella società relazionale*, FrancoAngeli, Milano;
- Donati P., 1993, *Fondamenti di Politica sociale*, Carocci, Roma;
- Donati P., 2006, *Il welfare in una società post-hobbesiana*, in 'Atlantide', II(2), pp. 9-23;
- Donati, P., Colozzi, I., 1997, *Giovani e generazioni. Quando si cresce in una società eticamente neutra*, il Mulino, Bologna;
- Donati, P., Di Nicola, P., 2002, *Lineamenti di sociologia della famiglia. Un approccio relazionale all'indagine sociologica*, Carocci, Roma;
- Donati, P., Maccarini, A., Stanzani, S., 1997, *L'associazionismo sociale oltre il welfare state: quale regolazione?*, FrancoAngeli, Milano ;
- Dondona, C.A., Gallini, R., Maurizio, R., 2004, *L'osservatorio nazionale sulla condizione giovanile, le politiche per i giovani in Italia*, in «IRES Piemonte»;
- Emmenegger, P., 2009, *Barriers to Entry: Insider/Outsider Politics and the Political Determinants of Job Security Regulations*, in 'Journal of European Social Policy', 19(2), pp.131-146;

<http://psm.bologna.it>

- Esping-Andersen, G., 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford, tr. It: 2000, *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, Il Mulino, Bologna;
- Esping-Andersen, G., 2005a, *Le nuove sfide per le politiche sociali del XXI secolo*, in *Stato e Mercato*, 74, agosto 2005, pp. 181-206;
- Esping-Andersen, G., 2005b, *I bambini nel welfare state. Un approccio all'investimento sociale*, in 'La Rivista delle Politiche Sociali', 2(4), pp. 43-86;
- Esping-Andersen, G., 2009, *The incomplete revolution. Adapting welfare states to women's new roles*, Polity Press, Cambridge;
- Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A., Myles, J., a cura di, 2002, *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, Oxford;
- Eurostat, 2010, *Combating poverty and social exclusion - A statistical portrait of the European Union 2010*, European Commission, Eurostat Statistical Books, 2010 edition, 18-01-2010, Publications Office of the European Union, Lussemburgo;
- Facchini, C., 2010, *Il lavoro degli assistenti sociali: diversificazioni e tratti comuni*, in «Autonomie locali e servizi sociali», n. 3, pp. 459-474;
- Fargion, V., 2000, *Timing and the development of social care services in Europe*, *West European Politics*, 23, 2, pp. 59-88 ;
- Ferioli, E.A., 2009, *L'accreditamento nei servizi sociali ed il Terzo settore: una nuova sfida per il non profit?* Rapporto finale della ricerca finanziata dall'Agenzia per le onlus, Università del Molise, Dipartimento di scienze giuridico-sociali e dell'Amministrazione. 2009;
- Ferrari, M.O., Mazzoli, G., (2004), *L'assistente familiare nel quadro del welfare locale*, in «Autonomie locali e servizi sociali», n. 1, pp. 147-166;
- Ferrera, M., 1996, *Il modello sud-europeo di welfare state*, in 'Rivista italiana di Scienza Politica', 1, pp.67-101;
- Ferrera, M., 1998, *Le trappole del welfare. Uno stato sociale sostenibile per l'Europa del XXI secolo*, Il Mulino, Bologna;
- Ferrera, M., 2005, *The Boundaries of Welfare. European Integration and the New Spatial Politics of Social Solidarity*, Oxford University Press, Oxford;
- Ferrera, M., 2006, *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna;
- Ferrera, M., 2007, *Trent'anni dopo. Il welfare state europeo tra crisi e trasformazione*, in *Stato e Mercato*, 81, dicembre 2007, pp. 341-375;
- Franchi Scarselli, G., (2007), «Badanti» e servizi sociali, in «Autonomie locali e servizi sociali», n. 2, pp. 367-373;

<http://psm.bologna.it>

- Franzini, M., 2010, *Ricchi e poveri. L'Italia e le disuguaglianze (in)accettabili*, Egea, Università Bocconi Editore, Milano;
- Franzoni, F., Anconelli, M., 2003, *La rete dei servizi alla persona. Dalla normativa all'organizzazione*, Carocci, Roma;
- Furlong, A., 2006, *Not a very NEET solution: representing problematic labour market transitions among early school-leavers*, in «Work, employment and society», vol. 20(3):553-569;
- Furlong, A., 2009, *Handbook of youth and young adulthood*, Routledge, London
- Golini, A., Monnier, A., Ekkert-Jaffe, O., 1991, *Famiglia, figli e società in Europa*, Fondazione Agnelli, Torino;
- Gornick, J.C., M.K. Meyers, 2006, *Welfare Regimes in Relation to Paid Work and Care: A View from the United States on Social Protection in the European Countries*, in 'La Revue Française des Affaires Sociales', 1, pp. 187-212;
- Granaglia, E., Marano, A., 2011, *Suona il de profundis per le politiche assistenziali*, nelMerito.com, 4 marzo 2011;
- Gruening, G., 1999, *Origini e basi teoriche del New Public Management*, in Meneguzzo M., *Managerialità, Innovazione e Governance: La Pubblica Amministrazione verso il 2000*, Aracne, Roma;
- Häusermann, S., Schwander, H., 2009, *Identifying outsiders across countries: similarities and differences in the patterns of dualization*, Recwowe Working Paper 09/2009;
- Häusermann, S. Schwander, H., 2010, *Varieties of Dualization? Labor market segmentation and insider outsider divides across regimes*, paper prepared for the Conference 'The Dualization of European Societies', University of Oxford, January 14-16th, 2010;
- Grisendi, A., 1998, *Le Banche del Tempo in Italia*, in «Autonomie sociali e servizi sociali», n. 2, pp. 349-359;
- Istat, 2010, *Trasferimenti di residenza 2008*, Statistiche in breve, 2 dicembre 2010;
- Istat, 2011a, *Rapporto annuale – La situazione del Paese nel 2010*, Roma, maggio 2011;
- Istat, 2011b, *Glossario. Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati. Anno 2010* [disponibile su <http://www.istat.it/it/archivio/7566>];
- Iversen, T., Wren, A., 1998, *Equality, Employment, and Budgetary Restraint: The Trilemma of the Service Economy*, in 'World Politics', 50(4), pp 507-574;
- Jones, L.L., Thompson, F., 1997, *L'implementazione strategica del New Public Management*, in 'Azienda Pubblica', 6, pp. 567-586;

<http://psm.bologna.it>

- Kazepov, Y., (a cura di), 2009, *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma;
- Kazepov, Y., (a cura di), 2010, *Rescaling Social Policies: Towards Multilevel Governance in Europe*, European Centre Vienna, Ashgate, Burlington;
- Kazepov, Y., Sabatinelli, S., 2006, *Minimum Income and Social Integration: Institutional Arrangements in Europe*, in ILO, a cura di, *Social Protection and Inclusion: Experiences and Policy Issues*, International Labour Office, Geneva, pp. 53-76;
- Kluge, J., Card, D., Fertig, M., 2007, *Active Labour Market Policies in Europe. Performances and Perspectives*, Springer, Berlin/Heidelberg;
- Leccardi, C., Ruspini, E., 2006, *A new youth? Young people, generations and family life*, Aldershot, Ashgate ;
- Lelleri, R., Giovannini, G., Lacarpia, P., 2010, *Cantiere Vulnerabilità. Sintesi del Report dell'indagine tramite focus group. Allegato 2*, Provincia di Bologna [disponibile http://www.provincia.bologna.it/probo/Engine/RAServeFile.php/f/Provincia_oggi/Allegato2_analisi_focus_sintesi-Vulnerabilita2010.pdf];
- Lesthaeghe, R., 2000, [Europe's demographic issues: fertility, household formation and replacement migration](#), IPD Working Paper 2000-6, Interface Demography, VU Brussel;
- Lesthaeghe, R., 2010, [The Unfolding Story of the Second Demographic Transition](#), paper preparato per la Conferenza 'Fertility in the History of the 20th Century – Trends, Theories, Public Discourses, and Policies', Akademia Leopoldina e Berlin-Brandenburgische Akademie, 21-23 gennaio 2010;
- Lewis, J., 2001, *The Decline of Male Breadwinner Model: Implications for Work and Care*, in 'Social politics', 8, 2, pp.152-169;
- Martelli, A., 2002, *La regolazione locale delle politiche sociali. Un percorso d'analisi*, FrancoAngeli, Milano;
- Martelli, A., 2007, *Verso una nuova governance locale delle politiche sociali?*, in 'Autonomie locali e servizi sociali', 1, pp. 97 - 108 ;
- Martelli, A. e Saruis, T.,(2005), *Lavorarsè. Ricerca sui percorsi di integrazione lavorativa; nella cooperativa sociale La Strada di Piazza Grande*, Bologna, Iress;
- Martelli, A., Tagliaventi, M.T., Zurla, P., (a cura di) (1999), *"I laboratori di Piazza Grande" tra lavoro e intervento sociale*, FrancoAngeli, Milano;
- Mascherini, M., 2011, *Young people and NEETs in Europe: First findings*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Publication Office, Dublin;

<http://psm.bologna.it>

- Mattioli, E., 2009, *L'operatore pari tra empowerment e riconoscimento: un'indagine a Bologna*, in «Autonomie locali e servizi sociali», n. 2, pp. 257-266;
- Mela, A., 2006, *Sociologia delle città*, Carocci, Roma;
- Merico, M., 2004, *Giovani e società*, Carocci, Roma;
- Mesa, D., 2010, *Le politiche giovanili in Italia: attori, prospettive e modelli di intervento*, in «Autonomie locali e servizi sociali», n. 2, pp. 261-274;
- Mingione, E., 1997, *Sociologia della vita economica*, Carocci, Roma;
- Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2011, *Secondo Rapporto sulla Non Autosufficienza in Italia. Assistenza territoriale e cure domiciliari*, on-line: [\[http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/6A75D7BC-DF31-4BD1-A69D-DA6E25BA2915/0/SecondoRapporto_11_11_2011.pdf\]](http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/6A75D7BC-DF31-4BD1-A69D-DA6E25BA2915/0/SecondoRapporto_11_11_2011.pdf);
- Morel, N., Palier, B., Palme, J., 2009, *What Future for Social Investment?*, Research report, Institute for Future Studies, Stoccolma;
- Naldini, M., 2007, *Le politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy*, Carocci, Roma;
- Nens - Nuova Economia e Nuova Società, 2011, *Manifesto per un nuovo welfare*, on-line: http://www.nens.it/_publicfile/MANIFESTO%20PER%20UN%20NUOVO%20WELFARE.pdf;
- Olivetti Manoukian, F., (2012), *Quel tanto di trasgressioni per lavorare nel sociale. Accettare di porsi insieme qualche domanda*, in «Animazione sociale», n. 259, pp. 61-73
- Paci, M., 2006, *Nuovi lavori, nuovo welfare*, Il Mulino, Bologna ;
- Palier, B., 2008, a cura di, *Un lungo addio a Bismark? Le riforme del welfare nell'Europa continentale*, in 'La Rivista delle Politiche Sociali', I, pp. 41-55;
- Pasquinelli, S., Rusmini, G., (2008), *Badanti: la nuova generazione. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura*, Istituto per la ricerca sociale;
- Pavarin, R.M., a cura di, (2010), *Rapporto 2010 sulle dipendenze in area metropolitana. Quadro epidemiologico caratteristiche tossicodipendenti e alcolisti, attività dei servizi*, Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche, Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, Azienda Usl di Bologna;
- Pavolini, E., (2005), *Il mercato privato dell'assistenza nelle Marche: caratteristiche e ruolo regolativo dell'attore pubblico*, Agenzia Regionale Marche Lavoro, dicembre;
- Pollitt, C., van Thiel, S., Holmburg, V., a cura di, 2007, *New Public Management in Europe: Adaptation and Alternatives*, Palgrave, London;
- Ponzini, G., Pugliese, E., 2008, a cura di, *Un sistema di Welfare mediterraneo. Rapporto Irpps-Cnr sullo stato sociale in Italia 2007-2008*, Donzelli, Roma;

<http://psm.bologna.it>

- Porcari, S., 2004, a cura di, *Sistemi di welfare e gestione del rischio economico di disoccupazione*, Isfol, FrancoAngeli, Milano, 2004;
- Provincia di Bologna – Assessorato Sanità, Servizi sociali, Associazionismo, Volontariato e Iress soc.coop., 2009, *I servizi educativi per la prima infanzia nella Provincia di Bologna. Caratteristiche e tendenze*; Provincia di Bologna e Iress, 2010, *Scelte politiche e operative per i servizi educativi 0/3 anni*;
- Provincia di Bologna, 2010a, *I servizi della provincia di Bologna per le persone con disabilità, Rapporto 2009, Glossario*, Provincia di Bologna;
- Provincia di Bologna, 2011b, *I Servizi della Provincia di Bologna per le Persone con disabilità. Aggiornamento 2010*, Provincia di Bologna;
- Provincia di Bologna, 2010c, *L'accesso sociale: il nuovo sportello sociale, La sperimentazione della Regione Emilia Romagna e l'esperienza della Provincia di Bologna*, Provincia di Bologna;
- Provincia di Bologna, 2011, *Osservatorio Provinciale degli sportelli sociali*, Provincia di Bologna;
- Provincia di Bologna, 2011, *Profilo di Comunità della Provincia di Bologna, Aggiornamento dati in vista del Programma Attuativo 2011*, a cura dell'U.O. Ufficio di Piano provinciale - Servizio Politiche Sociali e per la Salute, Provincia di Bologna;
- Provincia di Bologna, 2012, *“Emergenza Nord Africa”. Accoglienza di adulti e famiglie in Provincia di Bologna. Report di monitoraggio n.2*, febbraio, disponibile su [http://www.provincia.bologna.it/sanitasociale/Engine/RAServeFile.php/f/Documenti/Report_accoglienze_15genn2012.pdf] [consultato il 2/05/2012];
- Ranci, C., 2002, *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna
- Ranci, C., 2009, a cura di, *Social Vulnerability in Europe. The New Configuration of Social Risks*, Palgrave Macmillan, Basingstoke;
- Raveaud, G., 2001, *Beyond work and welfare. Can Europe implement a 'autonomy trough participation' approach?*, in Muffels R., Tsakoglou P., a cura di, *Social exclusion in European welfare states*, Edward Elgar;
- Regione Emilia-Romagna, 2008, *Atto di indirizzo e coordinamento triennale 2009-2011*;
- Regione Emilia-Romagna, 2008, *Verso il 'bilancio sociale territoriale', Un appunto sulla governance dei processi e sulla sua rendicontazione*;
- Regione Emilia-Romagna, 2009, *I nuovi strumenti della programmazione regionale: la sfida del profilo di comunità e dell'atto di indirizzo e coordinamento triennale*;
- Regione Emilia-Romagna, 2009a, *Rapporto sociale Giovani generazioni*;
- Regione Emilia-Romagna, 2009b, *Monitoraggio regionale dei servizi e degli interventi rivolti al contrasto della povertà e agli adulti in difficoltà nei comuni*

<http://psm.bologna.it>

- capoluogo. Le strutture di accoglienza e i trasferimenti economici*, Assessorato alla promozione delle politiche sociali e di quelle educative per l'infanzia e l'adolescenza, Politiche per l'immigrazione Sviluppo del volontariato, dell'associazionismo e del terzo settore. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Servizio Politiche per l'Accoglienza e l'integrazione Sociale, ottobre 2009;
- Rosanvallon, P., 1997, *La nuova questione sociale. Ripensare lo stato assistenziale*, Edizioni lavoro, Roma;
 - Saraceno, C., Negri, N., a cura di, 2003, *Povert  e vulnerabilit  sociale in aree sviluppate*, Carocci, Roma;
 - Saraceno, C., 2012, *Disuguaglianze che segnano destini. Se cresce il welfare cresce la libert  di un Paese*, in «Animazione sociale», n. 259, pp. 48-60,
 - Sen, A., 1985, *Commodities and capabilities*, Amsterdam, North-Holland;
 - Servizio Programmazione e Sviluppo dei Servizi Sociali, a cura di, 2010, *Gli Sportelli Sociali in Emilia Romagna: esiti del primo monitoraggio*, marzo, Terzo Settore, Servizio Civile della Regione Emilia-Romagna;
 - Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna - Ausl di Bologna, 2011, *Bilancio di Missione 2010. Presentazione* [disponibile su [<http://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/bilancio-di-missione-e-altra-documentazione/doc-az/files/BM-2010-ver12-1-12-light.pdf>]];
 - Taylor Gooby, P., 2002, *The Silver Age of the Welfare State. Perspectives on Resilience*, in 'Journal of Social Policy', 31(4), pp. 597-621;
 - Terenziani, D., 2010, *L'accreditamento in Emilia Romagna: un percorso di rinnovamento del welfare*, contenuto in *Autonomie locali e servizi sociali*, 1/2010, Il Mulino, Bologna;
 - Tomba, R., 2010, *L'avvio dell'accreditamento per i servizi sociosanitari: governo del processo, criteri, procedure, standard*, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Area Innovazione Sociale;
 - Titmuss, R., 1975, *Social Policy*, Allen & Unwin, London;
 - Tognetti Bordogna, M., 2010, *Le badanti e la rete delle risorse di cura*, in «Autonomie locali e servizi sociali», n. 1, pp. 61-78;
 - Yates, S., Payne, M., 2006, *Not so NEET? A critique of the use of 'NEET' in setting targets for interventions with young people*, in «Journal of Youth Studies», vol. 9, No. 3, pp. 329-344;
 - Zincone, G., 1994, *Uno schermo contro il razzismo. Per una politica dei diritti utili*. Donzelli, Roma;



<http://psm.bologna.it>

- Zincone G., 1995, *Immigration to Italy: data and policies*, in Heckmann, F. & W. Bosswick (a cura di), *Migration policies. A comparative perspective*, Enke, Stuttgart, 137-56;
- Zurla, P., 2007, *Europa 'potenza civile' e centralità del modello sociale*, in Laschi G., Telò M., a cura di, *Europa potenza civile o entità in declino? Contributi ad una nuova stagione multidisciplinare degli studi*