

**LA PROVINCIA  
PER LA  
PROGRAMMAZIONE  
SOCIALE**

*Verso il Piano Sociale Provinciale*

**Torino, luglio 2005**

Il presente documento è una bozza di lavoro offerta alla discussione.  
E' la sintesi di un'ampia base di documentazione ed informazioni a disposizione degli interessati sul sito della Provincia di Torino all'indirizzo: [www.provincia.torino.it/solidarietà/piano/index.htm](http://www.provincia.torino.it/solidarietà/piano/index.htm)

## PROVINCIA DI TORINO Servizio Solidarietà Sociale

### Redazione a cura del Servizio Solidarietà Sociale:

- Centro Informazione Disabilità
- Pubblica Tutela
- Ufficio Amministrativo
- Ufficio Formazione interna e informazione
- Ufficio Giovani
- Ufficio Immigrazione
- Ufficio Maternità, infanzia e disabili sensoriali
- Ufficio Minori
- Ufficio Programmazione territoriale
- Ufficio Ragioneria 1
- Ufficio Ragioneria 2
- Ufficio Sanità
- Ufficio Servizio Genitori Ancora
- Ufficio Sistema informativo
- Ufficio Terzo settore
- Staff del Dirigente

Si ringraziano per la collaborazione e la disponibilità dimostrata tutti i colleghi delle Aree Lavoro e Solidarietà Sociale, Istruzione e Formazione professionale.

Sono inoltre da ricordare importanti collaborazioni di:

Centro Giustizia Minorile per il Piemonte e Valle d'Aosta  
Comuni del territorio provinciale  
Comune di Torino, Divisione Servizi Socio-Assistenziali  
Confcooperative  
Coordinamento permanente Consorzi Socio-Assistenziali del territorio provinciale  
Consulta dei Piccoli Comuni  
Enti gestori dei Servizi Socio-Assistenziali del territorio provinciale  
Federsanità ANCI Piemonte  
F.I.S.D. Sezione Regionale  
Forum del Terzo Settore  
INPS Sezione Regionale  
Legacoop Piemonte  
Lega delle Autonomie Locali  
Master in Analisi Politiche Pubbliche (MAPP)  
Organizzazioni Sindacali (CGIL, CISL, UIL)  
Osservatorio Regionale per l'Università e per il Diritto Universitario  
Prefettura di Torino  
Regione Piemonte, Direzione Politiche Sociali  
Regione Piemonte, Direzione Regionale Edilizia  
Servizio Epidemiologico ASL 5  
Società Ricerca e Formazione srl di Torino  
Torino Internazionale  
UNCEM  
Università degli Studi Torino – Dipartimento Politiche Sociali

### Copertina a cura di:

Carlo Forno

Coordinamento: Silvia Tosco, Giorgio Merlo

*Un anno di cambiamenti e il ruolo della Provincia:  
ente di vasta area nel sistema integrato di interventi e servizi*

La pubblicazione dello scorso anno, "*Verso il Piano Sociale*", ha voluto essere il primo tentativo di individuare i fattori concorrenti, necessari alla costruzione di un piano di programmazione complessivo in campo sociale, e insieme ha voluto esprimere l'impegno della Provincia nel suo ruolo di Ente intermedio di programmazione di vasta area nel sistema integrato di interventi e servizi.

L'intervento di quest'anno vuole confermare un modello e metodo di lavoro che vede coinvolti più soggetti in grado di cooperare tra loro in base al livello di condivisione degli obiettivi dell'azione, favorendo la progressiva acquisizione di un'ottica di lavoro di "rete". Questo si realizza a livello sia istituzionale che operativo, superando la logica della divisione del lavoro "per competenze" (istituzionali e/o professionali) a favore di una logica "per obiettivi" nel quale ogni soggetto ridefinisce il proprio ruolo in termini di conoscenza, abilità ed opportunità, in funzione di scopo comune da raggiungere.

Ciò implica che l'elaborazione e la gestione del Piano Sociale, non può prescindere dalla creazione di un sistema di conoscenza e di analisi dei fenomeni locali più rilevanti, al fine di attivare processi di programmazione e di sviluppo condivisi, efficaci e adeguati in relazione ai reali bisogni del territorio della Provincia di Torino

Per fare questo, è stato necessario pensarsi non più e non solo come singole realtà – istituzionali, sociali, economiche -, ma come soggetti che interagiscono tra loro con l'obiettivo prioritario di rispondere alle esigenze di una realtà sempre più complessa che si caratterizza attraverso i principi di solidarietà, sussidiarietà e adeguatezza.

Per dirlo con parole già utilizzate, occorre "*fare sistema*", "*fare rete*", ovvero essere in grado di produrre elementi di conoscenza. Occorre una Comunità che riflette su se stessa, capace di sostenere le scelte di programmazione che rispondano alle priorità dei bisogni dei singoli ambiti, e insieme di saper offrire risposte adeguate alle istituzioni che compongono il territorio.

E' importante mantenere una programmazione unitaria delle politiche sociali integrate nei diversi ambiti che compongono la Provincia di Torino e collocarle con ancora più incisività in politiche di area vasta all'interno dell'Ente nella sua totalità; ma occorre anche essere in grado di leggere le peculiarità e le differenze dei diversi Comuni, dei diversi territori, attraverso analisi mirate. Peculiarità e differenze lette proprio nell'ottica di promuovere l'intero territorio della Provincia per riuscire a dare risposte più puntuali ed efficaci.

Ciò significa lavorare insieme per "*costruire il sistema territorio*", un sistema che *vuole* coinvolti tutti i soggetti e attori al fine di un coordinamento tra i diversi "*poteri*" che insistono sul nostro ambito provinciale. Oggi, ad un anno dal cambio di amministrazione, si tratta di darsi un metodo per avviare la fase concreta di un processo che è iniziato nel febbraio del 2004, e che deve ora vivere la fase del rafforzamento, finalizzato al ruolo che questa Provincia intende assumersi nel sistema integrato di interventi e servizi, in quanto Ente di vasta area.

Aspetto importante di questo processo, al quale non possiamo non dedicare risorse e impegno, è l'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie. E' necessario pensare a percorsi concreti e tangibili di integrazione dei sistemi e degli strumenti di programmazione propri del ruolo assegnato alle Province dalla Legge Regionale 1/2004. In particolare è essenziale impegnarsi per un'integrazione efficace tra questo Piano Sociale, la Conferenza sulla Salute e i Piani di Zona.

Con questo documento ci poniamo tutti come attori sociali "*in movimento*", preparati a vivere il difficile passaggio che ci attende: dall'innovazione al consolidamento del processo di concertazione territoriale, al fine di rendere sempre più utilizzabili, da ciascuno di noi, strumenti, metodi e prassi di lavoro all'interno del "*sistema territorio*" che si sta già costruendo.

**PROVINCIA DI TORINO**  
**Servizio Solidarietà Sociale**

Pur tenendo in dovuta considerazione la componente di lavoro quotidiano legato all'emergenza, che vivono gli operatori delle nostre realtà, si è inteso pianificare ipotesi di intervento di più ampio respiro, per offrire così agli Amministratori dell'Ente e del territorio maggiori elementi conoscitivi a supporto delle proprie scelte politiche.

I lavori pubblicati in questo documento, nascono da una "ricognizione" degli interventi provinciali attuati **dall'Area Lavoro e Solidarietà Sociale** della Provincia di Torino, che ricadono sul "*sistema territorio*"; si è quindi volto uno sguardo complessivo sulle realtà territoriali dei Piani di Zona, in quanto comunità nelle quali si esprimono una pluralità di bisogni e insieme, una pluralità di risorse umane, progettuali e finanziarie. Le programmazioni che, in questi luoghi e con questo metodo, si struttureranno e si realizzeranno (piani di Zona, percorsi di concertazione consolidati e progetti) costituiranno i contenuti del Piano Sociale Provinciale.

Consapevoli che il processo avviato rappresenti un lavoro di lungo periodo e certamente non scontato, dovremo confrontare logiche territoriali diverse, inserite in obiettivi condivisi di area vasta, in un difficile equilibrio di ruoli e responsabilità, che richiederà da parte di tutti, a fronte di risorse sempre più scarse e bisogni in crescita, volontà di costruire e pianificare politiche di vero sviluppo locale.

Una sfida ambiziosa che, sono certa, la comunità provinciale è in grado di affrontare.

Il "*mandato*" di questo Piano è di prefissare mete di medio periodo e prospettare azioni; occorre mantenere lo sguardo sui processi e sui risultati intermedi attraverso l'uso di indicatori di risultato e metodologie di verifica e valutazione strutturate.

Con l'augurio che questo documento possa stimolare il confronto e la discussione per definire in maniera condivisa il programma di lavoro che ci attende, al fine di costruire il nostro "*sistema territorio*", organicamente inserito in sistemi più ampi, regionale, nazionale e internazionale.

**L'Assessore alla Solidarietà Sociale**  
**Politiche per i Giovani e Programmazione Sanitaria**  
**Eleonora Artesio**

<b>PARTE PRIMA: LA COSTRUZIONE DEL PIANO SOCIALE PROVINCIALE</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>6</b>
L'idea del Piano Sociale .....	6
Quale modello di programmazione .....	8
<b>I PRINCIPI ISPIRATORI</b> .....	<b>10</b>
<b>GLI OBIETTIVI GENERALI</b> .....	<b>11</b>
<b>GLI OBIETTIVI SPECIFICI</b> .....	<b>11</b>
<b>ELEMENTI DEL PROCESSO E DEL METODO</b> .....	<b>12</b>
Le scelte.....	12
Gli attori e le regole .....	13
Di che cosa si occupa .....	14
<b>LE AREE DI INTERESSE DEL PIANO: L'IDENTIFICAZIONE DEI TARGET</b> .....	<b>15</b>
<b>I CONTENUTI</b> .....	<b>18</b>
I luoghi della programmazione: i Piani di Zona .....	18
La base dati .....	20
Le sintesi orientate agli interventi .....	21
Le indicazioni e le scelte politiche .....	21
Il Piano operativo .....	21
Il monitoraggio .....	22
La valutazione .....	22
Elementi per la stesura dei Piani successivi .....	22
<b>PARTE SECONDA: ELEMENTI PER IL PIANO SOCIALE PROVINCIALE</b> .....	<b>23</b>
Un anno di avvenimenti di notevole importanza per la Provincia di Torino .....	23
<b>LE COMPETENZE DELLA PROVINCIA NEL SOCIALE</b> .....	<b>23</b>
<b>UN QUADRO SULLE RISORSE: IL BILANCIO CONSOLIDATO DI TERRITORIO</b> .....	<b>24</b>
<b>LE INFORMAZIONI: SINTESI ORIENTATE ALL'INTERVENTO</b> .....	<b>28</b>
Dati demografici generali .....	28
Ipab .....	30
Operatori sociali .....	32
Terzo Settore .....	34
Anziani .....	38
Disabili .....	41
Giovani .....	43
Immigrati .....	47
Minori .....	50
Pubblica Tutela .....	53
Sanità .....	54
Vulnerabilità sociale e povertà .....	59
<b>NOTE CONCLUSIVE SULLO SVILUPPO DEL LAVORO</b> .....	<b>64</b>

# PARTE PRIMA: LA COSTRUZIONE DEL PIANO SOCIALE PROVINCIALE

## INTRODUZIONE

### L'idea del Piano Sociale

L'idea di un Piano Sociale nasce ben prima della sua pubblicazione lo scorso anno, un'idea che trova radici a partire dai Piani territoriali per l'infanzia e l'adolescenza, per passare attraverso i Piani Pari Opportunità, Immigrazione e Giovani; ma non solo anche attraverso i Bandi Terzo Settore e Formazione Professionale degli Operatori Sociali. Lavori questi che hanno segnato profondamente, negli obiettivi e nel metodo, il percorso di questo Assessorato sin la 1997.

Già da allora, la rete integrata che questa provincia, intesa sia come territorio sia come Ente, ha creato, sulla base dei risultati raggiunti, ci ha confortati sul fatto che, se si lavora insieme, compartecipando risorse, criticità e soluzioni, è possibile realizzare le politiche di ambito come "volano di crescita" per il territorio nella sua totalità.

La normativa nazionale che, oggi, segna le politiche sociali si delinea tra il dettato della Legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", 8 novembre 2000, e Legge Costituzionale 3/2001, 18 ottobre 2001. Due provvedimenti legislativi questi che, come si sottolinea, vengono promulgati a distanza di nemmeno un anno l'uno dall'altro. In particolare la riforma del titolo V della Costituzione "*modifica il quadro delle competenze tra i diversi livelli di governo per la programmazione e l'attuazione delle politiche sociali*"<sup>1</sup>. Infatti, come si evince dall'art. 117, commi 2 e 3, la materia socio-assistenziale non si colloca tra le materie riservate alla Stato, e in quanto "*non espressamente riservata*" ne viene attribuita alle Regioni "*la potestà legislativa primaria, ossia non limitata ai principi fondamentali della legislazione statale*"<sup>2</sup>

Di conseguenza, quanto stabilisce l'art. 1, comma 7 della Legge 328/2000, secondo cui "*le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'art. 117 della Costituzione*", risulta avere un significato diverso in virtù del testo costituzionale modificato.

Per estensione, la nuova norma costituzionale consegna ai legislatori regionali ampi margini regolamentari rispetto al sociale, individuandoli quali intestatari di "*una responsabilità decisiva*" sia nel "*dare attuazione alla riforma del welfare locale...*", sia "*nella formulazione di scelte relative alle politiche, alle strategie di intervento, agli assetti gestionali e organizzativi, ai criteri e agli strumenti per la regolazione del mercato amministrativo...*".

Pertanto, un aspetto rilevante è connesso alla scelta federalista "*anche in campo socio-assistenziale*"<sup>3</sup>, disegnata dall'art. 114 del nuovo testo costituzionale. Si legge " *La Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni, dallo Stato, enti autonomi, con propri statuti, poteri e funzioni*", dettato questo, che, come sottolinea la pubblicazione del Formez citata, da un lato "*riconosce e tutela l'esigenza sovraregionale di garantire il principio di eguaglianza dei diritti di cittadinanza sociale*", e dall'altro "*ricerca un equilibrio tra tutela dei diritti e riconoscimento della pluralità degli Enti*".

Rilevanza assume altresì, il sistema programmatico previsto dalla Legge 328/2000 che introduce una serie di strumenti volti alla realizzazione del sistema integrato di servizi:

- ✘ Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali (art. 18);
- ✘ il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali (art. 18);
- ✘ i Piani di Zona (art. 19).

Sistema modificatosi a seguito della successiva riforma introdotta dalla Legge Costituzionale 3/2001 che, per quanto attiene al Piano nazionale risulta "*destinato ad essere superato dagli atti programmatici regionali*"<sup>4</sup> che individuano quali strumenti per governare la complessità il Piano sociale regionale, ad oggi non ancora approvato dalla Regione Piemonte e i Piani di Zona.

<sup>1</sup> Anna Maria Candela, *L'attuazione della riforma del welfare locale*, Rapporto di ricerca Formez, 2003, pg. 19

<sup>2</sup> Anna Maria Candela, *ibidem*, pg. 19

<sup>3</sup> Anna Maria Candela, *ibidem*, pg. 20

<sup>4</sup> Elena Ferioli, *Servizi sociali e revisione della Costituzione*, Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 17, 2002, pg. 3

## PROVINCIA DI TORINO Servizio Solidarietà Sociale

A seguito di questa breve disamina sulla normativa nazionale passiamo ora, alla normativa regionale, al fine di entrare nel merito delle scelte che ci hanno condotto alla stesura di questo documento.

Nell'affrontare la Legge della Regione Piemonte n.1, 8 gennaio 2004, "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento", in primo luogo ci preme sottolineare come si delinea il ruolo programmatico della Provincia.

Si legge all'art. 5: *"nell'ambito delle previsioni della legislazione nazionale e regionale nonché degli atti di programmazione, indirizzo e coordinamento regionali, le Province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali quali enti intermedi e soggetti di programmazione decentrata delle politiche regionali e di coordinamento del territorio"* anche attraverso la *"partecipazione all'elaborazione degli strumenti della programmazione.."* a livello regionale e locale, la *"raccolta ed elaborazione dei dati sui bisogni, sulle risorse pubbliche e private e sull'offerta di servizi.."* il *"coordinamento degli interventi territoriali su richiesta degli Enti locali interessati"*, la *"promozione di forme di coordinamento fra Enti gestori istituzionali e soggetti del terzo settore"*, la *"diffusione.. dell'informazione in materia.."*, la *"realizzazione di altri interventi per la promozione e l'integrazione dei servizi sociali locali"*.

Si definisce in seguito, all'art. 14, comma 2, lettere a), b), c), d), e), il metodo della programmazione che vede coinvolte anche le province nell'adozione di criteri operativi quali:

- a) *"La concertazione e la cooperazione tra i diversi livelli istituzionali.."*
- b) *la concertazione con le ASL...*
- c) *il coordinamento e l'integrazione delle politiche sociali, con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive della formazione, del lavoro, della casa, della sicurezza sociale...*
- d) *l'applicazione del principio della condivisione delle procedure tra pubbliche amministrazioni...*
- e) *la promozione di azioni per favorire la pluralità di offerta di servizi..."*

Il coinvolgimento delle province viene inoltre specificato all'art. 15, dedicato al sistema informativo dei servizi sociali, nel quale si legge al comma 2, lettera d) che, a livello regionale, vi sarà un coordinamento dei dati raccolti e elaborati dalle province.

All'art. 16 della citata Legge Reg.le 1/2004 viene inoltre definito che il Piano Regionale degli interventi e dei servizi sociali *".. è predisposto... con il concorso dei Comuni e delle Province, anche mediante l'elaborazione di proposte coordinate a livello provinciale.."*

Tale ruolo di programmazione risulta, inoltre, fortemente ancorato ad una serie di funzioni cardine (attribuite con i relativi finanziamenti) in campo di:

- ✘ Cooperazione sociale
- ✘ Volontariato
- ✘ Formazione professionale degli operatori dei servizi
- ✘ Asili nido comunali,  
nonché alcune competenze (nomine, controllo pubblico, vigilanza) sulle
- ✘ IPAB e la loro trasformazione,  
a cui si aggiungono le competenze in campo di:
- ✘ Giovani e Servizio Civile Volontario
- ✘ Immigrazione
- ✘ Minori
- ✘ Pubblica Tutela

Nelle intenzioni della Provincia, realizzare il **Piano Sociale** significa pertanto, attuare appieno le riforme che, a partire dal 2000, ci hanno impegnati a "formalizzare" un grosso cambiamento culturale, riportando le politiche di welfare a pari dignità degli altri settori.

Proseguire nel cammino avviato lo scorso anno vuol dire confermare i due obiettivi prioritari, e cioè :

- ✘ sviluppare la capacità di orientare le risorse governate direttamente dall'Assessorato verso priorità reali ed emergenti, che derivano cioè da un'analisi approfondita dei bisogni della popolazione e delle risorse già messe in campo

- ✘ fornire agli attori del territorio (soprattutto Comuni ed Enti gestori delle funzioni socio assistenziali) una serie di indicazioni ed informazioni che questi ultimi possono decidere di utilizzare nella loro autonoma competenza di programmazione.

Da tutto ciò emerge fortemente la necessità, da un punto di vista interno, di orientare le risorse, sia che si tratti di indicare al territorio alcune priorità piuttosto che altre (nella gestione dell'Offerta Integrata di Bandi), sia che si tratti di realizzare, come Provincia, un progetto piuttosto che un altro. E questo a sua volta rimanda alla necessità di utilizzare una serie di informazioni che non sempre sono disponibili.

Dal punto di vista dell'utilità all'esterno, con il **Piano Sociale** la Provincia vuole essere funzionale alla programmazione degli enti, in particolare di Comuni e Enti gestori delle funzioni socio assistenziali. Anche in questo senso fondamentale è l'analisi dei bisogni e delle risorse, che offre al singolo territorio la visione di insieme e il confronto con le altre realtà che difficilmente si coglie a livello locale.

Naturalmente la visione cui si fa riferimento è teorica e semplificatrice. La realtà del processo programmatico è sicuramente molto più complessa del percorso teorico:

- 1) analisi dei bisogni e delle risorse
- 2) identificazione delle aree problematiche
- 3) definizione delle priorità e decisione politica
- 4) implementazione operativa

Si tratta infatti di un processo non lineare, che procede per aggiustamenti continui, anche perché le decisioni politiche non possono attendere che si raggiunga un grado di conoscenza "ottimale" per l'identificazione delle priorità.

### Quale modello di programmazione

La programmazione viene indicata già dalla L. 328/2000 come "metodo per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata". La normativa, all'art. 3, comma 1, si riferisce in specifico al metodo della "*programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato*" indicando quali non secondari i principi "*dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere*".

Lo stesso articolo, al comma 2, recita che i soggetti a cui compete la programmazione del sistema integrato, oggi enti locali e regioni<sup>5</sup>, vi provvedono secondo i principi del "*coordinamento e integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro*" (lettera a) ; "*della concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi e le onlus..che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali e le ASL..*" (lettera b)).

Viene quindi individuata la **concertazione**, come pratica fondata su relazioni dialogiche sistematiche fra il decisore pubblico e tutti gli altri soggetti del territorio interessati ai problemi dei servizi, quale **fondamentale principio di programmazione**.

La programmazione – metodo operativo a cui le Amministrazioni Pubbliche sono tenute – si sostanzia quindi in una funzione ed un insieme di attività finalizzate ad individuare obiettivi, priorità di intervento, risorse e strumenti del sistema.

In sintesi, se da un lato, come sottolinea l'art. 14 della Legge Reg.le 1/2004, i "*metodi dell'attività programmatica degli enti titolari delle funzioni sono basati sull'analisi e sulla valutazione dei bisogni sociali del territorio di competenza e sulla concertazione con tutte le risorse espresse dal territorio medesima*" attraverso la definizione delle finalità dell'azione sociale stessa; dall'altro vuol dire agire con le altre figure per comunicare e condividere il piano sociale.

Analizzati i testi legislativi, emerge che la funzione programmatica comprende un **momento propulsivo** iniziale a carico del soggetto istituzionale, un processo elaborativo che può svolgersi secondo modalità differenti per i differenti territori, ma che comunque deve coinvolgere i diversi soggetti, ed un **momento decisionale** che rappresenta l'esito della concertazione. In questo quadro pertanto, si possono individuare quali regole della programmazione:

- ✘ la ricerca di un filo conduttore delle priorità individuate nella definizione dei fabbisogni del territorio;
- ✘ la valutazione delle implicazioni di sviluppo che vi possono dare tutti i soggetti coinvolti;
- ✘ la definizione di finalità ed obiettivi condivisi.

<sup>5</sup> Come da dettato della riforma costituzionale del 2001.



## PROVINCIA DI TORINO Servizio Solidarietà Sociale

Emerge quindi, l'indicazione che ci porta a definire questo, un processo dinamico, che vive in quanto è:

- ✘ *"pluri-sedi"*, in senso verticale e orizzontale, in quanto la programmazione è diffusa, decentrata e articolata per territori, Enti e Istituzioni;
- ✘ *"pluriattore"*, in quanto vi partecipano tutti coloro che hanno un interesse legittimo e investono, in qualche modo, delle risorse;
- ✘ *integrato*, in quanto si preoccupa dello sviluppo complessivo del sociale cercando di superare gli approcci residuali, settoriali e per *target* specifici;
- ✘ *inter-istituzionale*, in quanto coinvolge Enti diversi, ciascuno per le proprie competenze e risorse;
- ✘ *contestualizzato*, in quanto rappresenta le specificità locali e territoriali;
- ✘ *basato su alcuni principi cardine*, quali: chiara responsabilità (non tutti i soggetti locali assumono lo stesso livello di responsabilità), solidarietà (intesa come obiettivo primario di una crescita equilibrata del territorio nella sua totalità, per dare struttura e forma al concetto stesso di Comunità), sussidiarietà (nel fornire le risposte ai bisogni e nel garantire opportunità attraverso una politica di colloquio, scambio, collaborazione e adeguatezza ( per cui le funzioni relative ai diversi fenomeni economici e sociali sono proprie delle Istituzioni più idonee, per dimensione territoriale e competenza, a garantire l'efficacia dell'azione);
- ✘ *compatibile* nel rapporto tra obiettivi e risorse (non deve essere confuso con il libro dei sogni!);
- ✘ *verificabile e valutabile*.<sup>6</sup>

In questo senso, coerentemente con lo spirito della L. 328/2000 e della L. Reg.le 1/2004, si sta concretizzando il superamento dei modelli "top down" e "bottom up" per andare verso un modello di programmazione flessibile, aperto e fortemente partecipativo, nonché *"incrementale"* e *"relazionale"*, in cui la programmazione comporta un processo *"a spirale"*, che si sviluppa nel tempo, per tappe successive, in cui i diversi strumenti si confrontano e cercano di integrarsi.

Un processo costante e continuo di sviluppo, che si muove tra contrattazione, negoziazione e concertazione, segnato da mete intermedie che vanno conseguite con l'apporto di tutti i soggetti che concorrono alla sua implementazione. Un processo sicuramente dispendioso, caratterizzato da diversi elementi:

- ✘ la stretta partecipazione della Provincia alla programmazione locale;
- ✘ la messa a punto di strumenti di concertazione nella definizione della programmazione provinciale;
- ✘ la capacità di collocare la programmazione del sistema di *welfare* locale in quella generale e, insieme, la capacità della programmazione generale di recepire le indicazioni che provengono dalla programmazione locale.

Gli strumenti di programmazione generale potranno essere di vario tipo e di diversa forma:

- ✘ indicazioni;
- ✘ raccomandazioni;
- ✘ direttive;
- ✘ orientamento dei finanziamenti.

La programmazione intermedia della Provincia, dovrà trovare **strumenti** e **metodi** per interfacciarsi sia con la programmazione regionale per assolvere alla funzione di *"concorso alla programmazione regionale mediante la presentazione di proposte concordate con gli enti gestori dei servizi sociali"*; sia con la programmazione del sistema di welfare locale.

Per quanto attiene agli **strumenti**, il Piano Sociale vuole essere strumento privilegiato per colloquiare con entrambi i livelli. Per quanto attiene invece al **metodo**, riteniamo che *"la programmazione incardini il processo sull'esercizio della governance, focalizzata sulla gestione di processi di consultazione e di concertazione che, per raggiungere gli obiettivi non ricorre all'esercizio dell'autorità e all'applicazione di sanzioni (government), ma ricorre al coordinamento e al coinvolgimento dei vari enti e soggetti per il raggiungimento del fine proposto"*<sup>7</sup>.

Pertanto viene individuato un sistema che si fonda su tappe stabilite a priori, quali:

- ✘ un organo politico di governo del settore;
- ✘ un territorio di riferimento;
- ✘ un supporto tecnico ed esecutivo;
- ✘ la definizione delle modalità di gestione dei servizi;

<sup>6</sup> Gli ultimi quattro punti sono tratti dall'intervento di Franco Vernò, Seminario formativo *Le politiche sociali tra riforma e realtà. Profili giuridici e questioni metodologiche*, Novara, 3-4 marzo 2003

<sup>7</sup> Franco Pesaresi, Il sistema di governo nei Piani di Zona, Comune di Ancona

✘ la definizione dei percorsi e dei metodi concertativi e collaborativi con i vari enti pubblici e privati<sup>8</sup>.

In questa sede, nell'assumere pienamente il ruolo definito nella Legge Reg.le 1/2004, ci preme porre l'accento sull'esigenza di trasformare l'ambito provinciale da delimitazione territoriale, a garante dell'integrazione e dell'omogeneità della programmazione. Si sottolinea che l'efficacia di questa programmazione è fortemente legata al cambiamento del modo di lavorare delle istituzioni locali, alla capacità di integrazione interna che vuol dire intersettorialità delle politiche sociali, e alla capacità di integrazione esterna, di saper lavorare come modalità sistematica e ordinaria con le altre amministrazioni.

Quello che si delinea è, pertanto, un processo programmatico, dinamico ed in continuo miglioramento, anche se con tappe definite e tendenzialmente annuali, in cui le decisioni vengono prese al meglio delle informazioni disponibili al momento.

## I PRINCIPI ISPIRATORI

Nel delineare i principi ispiratori, ci troviamo a coniugare il pensiero del sociologo francese Alain Touraine, che dice che la legittimazione di uno Stato moderno deriva dal riconoscimento dei diritti fondamentali, e quanto sostenuto da un sociologo anglosassone negli anni '50 che enunciava che la terza generazione di diritti dopo quelli civili e politici è quella dei diritti **sociali** che sono oggi i diritti costitutivi della cittadinanza moderna.

*E' nelle democrazie contemporanee che, la cittadinanza, si è trasformata in uno "status di cui fanno parte, oltre al diritto elettorale, un reddito decoroso e il diritto a condurre una vita civile, anche quando si è ammalati, o vecchi, o disoccupati, o, comunque, in difficoltà". "Dal punto di vista soggettivo, questo cambiamento vede l'affiancarsi dei diritti sociali ai diritti di libertà (di riunione, di associazione, di manifestazione del pensiero, di stampa, di religione etc.); dal punto di vista oggettivo, vive la trasformazione dello Stato liberale in Stato sociale o welfare"<sup>9</sup>.*

In particolare, all'art.1 della Legge 328/2000 si dichiara che *"la Repubblica assicura alle persone ed alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione"*.

La solidarietà sociale si deve confrontare con il vasto e problematico tema dei valori all'interno di uno stato laico: l'azione della Provincia in questi anni è stata orientata all'affermazione ed alla creazione di condizioni affinché i diritti dell'uomo siano effettivamente esigibili e fruiti dai singoli cittadini in quella logica che alcuni hanno definito di "religione civile del nostro tempo".

A partire da questo approccio, il concetto di solidarietà sociale e di assistenza perdono completamente la valenza di elargizione benevola o scelta opinabile di rapporti tra gli uomini, ma al contrario da parte delle istituzioni nasce un obbligo alle azioni che garantiscono l'attuazione concreta di diritti. *"Nulla autorizza a ritenere che tale obbligo sia diversamente configurabile a seconda delle risorse economiche disponibili. La discrezionalità amministrativa si limita alla scelta tra più strade (ove esistano) ugualmente idonee a fornire"<sup>10</sup> gli strumenti adatti.*

La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo comprende le più svariate esplicitazioni della libertà umana, ma l'affermazione prima è quella che "l'uomo nasce e rimane libero e uguale nei diritti" affermazione da cui discendono tutte le azioni tendenti a rimuovere le cause delle disuguaglianze ed il supporto alle fasce deboli.

I diritti sono, pertanto, individuali, ma costituiscono un bene pubblico da mantenere, coltivare e sviluppare.

Questo può avvenire solo all'interno di una cultura della pace, della legalità ed in un quadro di sicurezza (oggettiva e percepita) che, uniche a livello locale, nazionale ed internazionale, possono garantire le condizioni per l'affermazione in pratica dei diritti dei singoli e dei gruppi.

Solo in questo senso ci si può porre il problema della qualità della vita dei cittadini la quale, metaforicamente, è il vestito con cui ricoprire il corpo sociale, attraverso tutti gli aspetti della vita umana e definisce il modo in cui avviene la fruizione dei diritti e la loro reale esigibilità, considerando complessa l'individualità delle persone e delle disuguaglianze di base che le distinguono, puntando su uguali opportunità nella vita.

---

<sup>8</sup> Franco Pesaresi, *ibidem*.

<sup>9</sup> Livio Pepino, *L'esigibilità dei diritti sociali*, [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)

<sup>10</sup> Livio Pepino, *ibidem*

## GLI IMPEGNI

Il pluralismo, istituzionale e sociale, sanciti dalla richiamata Legge quadro 328/2000, dalla riforma del titolo V della Costituzione, nonché dalla Legge Reg.le 1/2004, ci inducono a sostenere che, il Piano Sociale Provinciale, debba assumere la logica e le metodologie proprie della programmazione concertata descritta, al fine di conseguire obiettivi generali e specifici

## GLI OBIETTIVI GENERALI

- ✘ Qualificare il sistema di offerta e il riequilibrio territoriale
- ✘ Rafforzare la coesione e l'integrazione tra aree forti e aree deboli del territorio;
- ✘ Sviluppare e valorizzare le potenzialità e le risorse in un'ottica di sistema;
- ✘ Sostenere il rafforzamento delle competenze programmatiche, mettendo a punto una metodologia per la piena assunzione del ruolo programmatico nello sviluppo del sistema economico e sociale.
- ✘ Promuovere il processo di programmazione partecipata, sostenendo la pluralità di attori e sedi;
- ✘ Promuovere processi di pianificazione e programmazione di vasta area;
- ✘ Innescare un processo di integrazione delle politiche dei diversi settori concorrenti alla realizzazione di un sistema sociale allargato
- ✘ Favorire la circolazione delle informazioni e coordinarne la diffusione su tutto il territorio;
- ✘ Accompagnare e sostenere le specifiche programmazioni locali dei Piani di Zona, supportando la programmazione locale
- ✘ Costruire una capacità di visione complessiva delle tematiche e dei problemi attivi sul territorio provinciale
- ✘ Aumentare il supporto scientifico delle scelte.
- ✘ Promuovere l'utilizzo di diverse fonti di finanziamento (programmazione plurifondi).
- ✘ Rafforzare i principi di sussidiarietà verticale ed orizzontale, solidarietà e adeguatezza;
- ✘ Aumentare la coerenza interna ed esterna delle attività degli Uffici e Servizi Solidarietà Sociale ed in *progress* dell'Area, sviluppando coordinamento, integrazione e sinergia.
- ✘ Riconoscere e agevolare il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, nonché delle organizzazioni di volontariato.

## GLI OBIETTIVI SPECIFICI

- ✘ Individuare i problemi prioritari, indicare soluzioni percorribili, orientare le risorse proprie, suggerire l'utilizzo di risorse provenienti da altri Enti (Unione Europea, Stato, Regione, Fondazioni ..)
- ✘ Sviluppare la capacità di orientare le risorse governate direttamente dall'Assessorato e più in generale dell'Amministrazione, verso priorità definite a partire da un'analisi approfondita dei bisogni della popolazione e delle risorse già messe in campo
- ✘ Orientare la programmazione legata ai finanziamenti che affluiscono alla Provincia di Torino su specifiche tematiche di intervento (immigrazione, minori, giovani, volontariato e cooperazione sociale, formazione professionale degli operatori dei servizi), migliorando l'impostazione attraverso un'offerta integrata di bandi proposta al territorio.
- ✘ Migliorare conseguentemente l'utilizzo dei bandi di finanziamento ricercando la migliore integrazione, all'interno del Servizio Solidarietà Sociale, con gli altri Servizi della Provincia, con altri Enti ed Istituzioni (es. Centri di Servizio per il Volontariato).
- ✘ Costruire insieme agli attori del territorio (soprattutto Comuni ed Enti gestori delle funzioni socio assistenziali) un Sistema Informativo utilizzabile ai fini della programmazione locale .
- ✘ Promuovere e realizzare attività di studio e di ricerca
- ✘ Mettere a punto e sperimentare interventi di vasta area su specifiche tematiche da realizzarsi in partnership con gli Enti del territorio
- ✘ Mettere a punto e sperimentare sistemi di valutazione dei risultati delle azioni programmatiche (monitoraggio dei progetti, loro tempistica, rendicontazione e relazione finale, valutazione di impatto per target, per territorio, per piani e globalmente).

## ELEMENTI DEL PROCESSO E DEL METODO

Fra le numerose e efficaci esperienze che hanno accresciuto "il capitale sociale" (capacity building)<sup>11</sup> del nostro territorio, possiamo citarne alcune, quali: i patti territoriali, i piani integrati di area, i piani territoriali ex Legge 285/97, i programmi di intervento su ambiti specifici e, in ultimo, i tavoli tematici dei Piani di Zona. Esperienze queste che hanno fatto propri, processi e metodi che costituiscono le nuove strategie del sistema pubblico moderno, ovvero la progettazione partecipata, la programmazione, la negoziazione, lo sviluppo integrato, l'intercultura, l'interdisciplinarietà, la partnership pubblico/privato. Processi che, attraverso modelli complessi e negoziati, sono sempre più in grado di dare risposte adeguate ad una società in continuo mutamento<sup>12</sup>.

Il Piano Sociale Provinciale (di seguito PSP) pertanto, inserendosi in questo quadro, porta con sé una riflessione su questi strumenti. In particolare la progettazione partecipata, intesa come processo educativo, culturale e metodologico mirato al coinvolgimento diretto delle persone nella gestione e nel cambiamento di particolari condizioni e situazioni, diviene sempre più strategia ispiratrice di molteplici azioni di sviluppo locale (community participation). *"Progettare in modo partecipato significa dare spazio alla creatività, trovare energia in un'idea condivisa, in una ricchezza sociale che abbia la sua forza nella differenza", in uno slogan "riconoscere la diversità come risorsa"*<sup>13</sup>.

Nella dimensione attuativa di questo processo si può considerare il fatto che il sistema degli enti territoriali, possa ritrovare, nel rapporto locale globale, una nuova dimensione di governance che *"ricorre al coordinamento e al coinvolgimento dei vari enti e soggetti per il raggiungimento del fine proposto"*<sup>14</sup>.

La partecipazione, elemento qualificante del Piano Sociale Provinciale, deve seguire l'intero iter del processo (dalle fasi progettuali a quelle decisionali, gestionali e di monitoraggio). Deve essere gestita attraverso le sue due diverse accezioni: sia come attività svolta per conseguire la realizzazione di un obiettivo, sia come processo che tende a migliorare la partecipazione stessa, accrescendo le capacità di empowerment insite nella comunità locale.

Pertanto, nelle intenzioni di questo documento, attivare processi partecipati significa favorire:

- ✘ la valorizzazione delle risorse locali ed il rafforzamento di un'identità positiva dei territori mediante l'analisi dei bisogni e delle priorità insite nella comunità,
- ✘ il potenziamento del senso di appartenenza alla comunità locale,
- ✘ la centratura degli interessi sulla comunità (efficacia, efficienza, economicità) valorizzando risorse e capacità già disponibili nel territorio,
- ✘ la legittimazione delle politiche di sviluppo,
- ✘ l'assunzione di responsabilità condivise,
- ✘ l'incremento delle competenze della comunità,
- ✘ la riduzione delle disparità (in virtù dell'ampliamento delle categorie di attori che hanno accesso al processo decisionale),
- ✘ la valutazione dell'impatto delle azioni sociali che si mettono in campo.

### Le scelte

Il processo di scelta tra diverse opzioni ha essenzialmente due campi di applicazione: uno di carattere tecnico ed uno politico.

Per quanto attiene all'ambito tecnico, l'elemento problematico deriva dalla possibilità e/o competenza nel raccogliere le informazioni necessarie e nel presentarle in maniera organica e sintetica affinché i decisori siano messi realmente in grado di operare una scelta.

Una base di dati ampia ed articolata aumenta le possibilità di rappresentare la realtà su cui si intende operare, ma, senza una successiva semplificazione (sintesi), si impedisce nei fatti che le decisioni possano essere prese.

Il processo tecnico semplificatorio può agganciarsi a tecniche sufficientemente consolidate, quali:

- ✘ l'utilizzo di indicatori statistici più o meno sofisticati: numerosità, tassi, trend, etc.,
- ✘ la valutazione delle possibilità di intervento e della percentuale di riduzione nell'arco di tempo definito,

---

<sup>11</sup> Cfr. R.Zoll, La Solidarietà. Eguaglianza e differenza, Il Mulino, Bologna 2000

<sup>12</sup> *Arte Pubblica in Italia: lo spazio delle relazioni tra pratica sociale, interculturalità e rigenerazione del territorio*, Antonella Anecchiarico, Anna Detheridge, [www.strategieamministrativeonline.it](http://www.strategieamministrativeonline.it), Intervento al Convegno RisorseComuni, gennaio 2004

<sup>13</sup> Ibidem, 2004

<sup>14</sup> Franco Pesaresi, Il sistema di governo nei Piani di Zona, Comune di Ancona

## PROVINCIA DI TORINO Servizio Solidarietà Sociale

- ✘ la stima del costo unitario per intervento e del costo per percentuale di riduzione,
- ✘ la definizione dei tempi di risoluzione,

ma rimane sostanzialmente un processo opinabile ed in alcuni casi arbitrario.

E' nell'ambito politico che il risultato di tali operazioni viene recepito al fine di operare la scelta fra le diverse priorità in relazione alle risorse disponibili. Scelta che ha a che vedere essenzialmente con l'idea della società, del suo sviluppo, dell'importanza delle parti, dei valori, del grado di sensibilità pubblica o rispetto ad emergenze di specifiche problematiche.

### Gli attori e le regole

Predisponendo un Piano provinciale del sociale questa Provincia intende costruire in modo concertato degli "scenari futuri" di sviluppo del territorio, rafforzando il consueto utilizzo di strumenti di lavoro che si sono già rivelati adeguati come i Local Scenario Workshop (LSW, laboratori per la costruzione di scenari locali), all'interno dei quali partecipano i diversi attori sociali della comunità territoriale e dove vi è la possibilità di confrontarsi in modo costruttivo su soluzioni che combinano elementi tecnici, politiche pubbliche, iniziative economiche e sociali.

Tali scenari di futuro sostenibile, che scaturiscono dal lavoro congiunto con gli attori del territorio, altro non sono che visioni di futuro plausibili e coerenti, costruite mediante processi partecipati e orientate in massima parte a:

- ✘ sviluppare una visione strategica del proprio ruolo e del territorio,
- ✘ sviluppare modalità di condivisione e di mediazione con i vari attori sociali,
- ✘ ragionare in funzione dei problemi da risolvere e non su pianificazioni rigide e scadenze amministrative,
- ✘ costruire organizzazioni in grado di mutare i propri assetti in modo flessibile e consapevole (dalle competenze agli obiettivi).

La razionalità con cui si intende procedere nel processo di costruzione del Piano Sociale non può, per sua natura, che essere procedurale o processuale (in progress) presupponendo il confronto continuo con gli obiettivi intermedi che sono stati raggiunti e la periodica possibilità di "riaggiustare il tiro"<sup>15</sup>

Lo svolgimento di un ruolo davvero efficace da parte della Provincia comporta l'attuazione di azioni in grado di trasformare i servizi in organizzazioni capaci di apprendere da ognuno dei diversi attori. In tal modo, il PSP diviene un catalizzatore di apprendimento, uno strumento con cui si attiva e si rafforza anche nell'organizzazione provinciale stessa una forma, non episodica, di auto-valutazione. Quest'ultima collegandosi ai servizi alla persona risulta ancor più utile per favorire all'interno dei servizi stessi, uno scambio informativo il cui obiettivo, affrontare e superare i problemi, è raggiunto mediante la reciproca collaborazione tra i vari soggetti del territorio<sup>16</sup>.

Il processo di costruzione e la conseguente adozione del Piano Sociale implica la predisposizione di un vero e proprio piano di comunicazione pubblica istituzionale che ha tra i suoi scopi principali quello di rendere manifesto e visibile l'azione dell'Ente in campo sociale. In questa prospettiva la costruzione stessa dal Piano Sociale è da considerarsi quale mezzo per rendere conto (*accountability*) ai cittadini dell'utilizzo dei fondi pubblici e per consentire ai vari decisori di misurare il grado di attuazione e di impatto dei programmi che, con le loro decisioni, realizzano<sup>17</sup>.

La titolarità della funzione di Ente di programmazione intermedio è assegnata alla Provincia dalla Legge 328/2000, nonché dalla L.R. 44/2000 e dalla recentissima Legge Regionale n. 1 del 2004 di applicazione della Legge 328 ("Le province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali quali enti intermedi e soggetti di programmazione decentrata delle politiche regionali e di coordinamento del territorio"), ma nell'interpretazione della norma e della stessa funzione vi è ampio spazio alla discrezionalità politica.

Nell'ottica della Legge 328 (vedi in particolare i Piani di Zona) la programmazione nel sociale avviene attraverso la concertazione di tutti gli attori (portatori di interesse e di risorse) e pertanto tutto il processo va condiviso: l'analisi, l'evidenziazione dei problemi ritenuti rilevanti, le scelte, la pianificazione degli interventi, la valutazione dei risultati.

Restano pertanto aperti i problemi relativi a:

- ✘ quali e quanti attori debbano partecipare a livello provinciale nonché la loro rappresentatività,
- ✘ i luoghi, le tappe e le regole in cui avviene il processo programmatico,
- ✘ alla definizione per integrazione e differenza tra i ruoli e le funzioni della Regione, Provincia, Comuni e Enti Gestori,
- ✘ alla autonomia di ciascuno nelle scelte la cui responsabilità nel processo è chiara e definita.

<sup>15</sup> La razionalità procedurale come sottolinea Bobbio, è caratterizzata dal fatto di essere "diretta a commisurare i mezzi a regole e a procedure in gran parte predeterminate, anche se soggette a continue correzioni attraverso l'esperienza individuale o organizzativa" Cfr. L. Bobbio, *La democrazia non abita a Gordio. Studio dei processi decisionali politico-amministrativi*, Franco Angeli, Milano 1996 p.27

<sup>16</sup> Cfr. C. Bezzi, *Il disegno della ricerca valutativa*, Franco Angeli, Milano 2001 p.142

<sup>17</sup> Cfr. N. Stame, *L'esperienza della valutazione*, Edizioni SEAM, Roma 2000



## PROVINCIA DI TORINO Servizio Solidarietà Sociale

In particolare resta da chiarire:

- ✘ in che modo e fino a che punto la Provincia possa concertare la stesura del Piano Sociale Provinciale senza venir meno alla propria autonoma responsabilità politica insita nel mandato amministrativo,
- ✘ le modalità di reciproca integrazione tra il Piano Sociale Provinciale e i processi/prodotti della programmazione locale (Piani di Zona), per giungere a migliorare reciprocamente la capacità programmatica e la possibilità di incidere effettivamente sui problemi evidenziati,
- ✘ il ruolo del Terzo settore nonché i problemi connessi alle forme di rappresentanza.

### Di che cosa si occupa

Definire univocamente un concetto come quello di inclusione sociale e per analogia e/o differenza il "perimetro di attenzione" del Piano Sociale Provinciale è un'operazione di non facile e definitiva soluzione, che conserva sempre un certo grado di arbitrarietà. La scelta dipende infatti dalla visione che si possiede dell'intervento sociale, da ciò che si vuole indagare e dagli obiettivi della rilevazione, elementi che variano da un soggetto ad un altro. Scelta che risulta inoltre influenzata dalle competenze dell'Ente e dei Servizi che vi operano e, in questo caso, dal fatto che il Servizio Solidarietà Sociale della Provincia di Torino è parte di un Assessorato che si occupa anche di politiche per i giovani e programmazione sanitaria, nonché dalla stessa struttura organizzativa che il Servizio si è data.








Per questo ci sembra utile far precedere, alla descrizione delle aree di interesse del Piano Sociale, un panorama sintetico su quelli che sono i "confini" delle politiche sociali o del concetto di inclusione sociale disegnati in provvedimenti legislativi che precedono il Piano Sociale Provinciale o in altre esperienze di programmazione. Per un quadro sulle competenze del Servizio Solidarietà Sociale della Provincia di Torino e più in generale dell'Area Lavoro e Solidarietà Sociale, si rimanda alla seconda parte del documento (le competenze della Provincia nel sociale)

### Cosa si intende per inclusione sociale

- L'Unione Europea (Costituzione e Carta Sociale Europea) parte dalla consapevolezza che i diritti civili e politici e i diritti economici e sociali sono tra loro fortemente interrelati e costituiscono un insieme inscindibile di principi su cui devono basarsi tutte le democrazie europee ed indica una serie di diritti fondamentali che, almeno in numero minimo, devono essere accettati negli Stati membri.
  - La Legge 328/00 definisce come le politiche sociali promuovono il diritto al benessere, a sviluppare e conservare le proprie capacità fisiche, a svolgere una soddisfacente attività di relazione, a riconoscere e coltivare le risorse personali, a essere membri attivi della società, ad affrontare positivamente le responsabilità quotidiane.
  - Il Piano Nazionale degli Interventi 2001-2003 definisce sei "aree di intervento" che individuano ambiti di bisogno per i quali le politiche sociali devono prevedere interventi e risposte che si concretizzano nei servizi e nelle prestazioni sociali erogati a livello locale: valorizzare e sostenere le responsabilità familiari, rafforzare i diritti dei minori, potenziare gli interventi a contrasto alla povertà, sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti, altri obiettivi di particolare rilevanza sociale (immigrati, dipendenze, adolescenza).
  - Il Rapporto 2003 sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale, nell'esaminare le politiche di contrasto all'esclusione sociale considera nell'ordine: politiche di sostegno alle responsabilità familiari, politiche per l'istruzione, politiche del lavoro, politiche esplicitamente "assistenziali", a favore di coloro che, per natura transitoria o di lunga durata, hanno ridotte capacità di lavoro e/o vivono a livelli economici di sussistenza, politiche previdenziali.
  - La Legge regionale 1 dell'8 gennaio 2004 di attuazione della Legge 328/2000, delinea, coerentemente con lo spirito della Legge 328/00, un panorama dei "servizi sociali" ben più ampio di quello costituito dalle funzioni socio assistenziali definite finora dalla L.R. 62/1995. Un sistema integrato di interventi e servizi sociali appunto realizzato da attori diversi, che si integra con politiche diverse. Anche se l'integrazione nei fatti già esiste ben prima della Legge 328 e della Legge regionale, è fondamentale che oggi sia "sancito". Gli "incentivi per la permanenza dei cittadini anziani nelle abitazioni di proprietà attraverso il recupero del patrimonio residenziale esistente", hanno ad esempio un immediato collegamento con le politiche per la casa. I servizi di animazione per minori e i centri di ascolto per adolescenti che non sono servizi socio assistenziali, ribadiscono che il sistema integrato di interventi e servizi sociali si occupa di benessere. Gli interventi tesi al reinserimento sociale e lavorativo di detenuti o ex detenuti e di sostegno al miglioramento delle condizioni di vita dei detenuti nelle carceri mediante attività varie (preparazione professionale, sportive, culturali e ricreative e lavorative intramurarie) richiamano alla necessità di una forte collaborazione con il Ministero della Giustizia. Così come le politiche per le persone con problemi di tossicodipendenza, per le quali si rende necessaria (oltre che per le persone anziane e disabili) l'integrazione con le politiche sanitarie, ma anche con quelle del lavoro e della formazione professionale.
- La Legge regionale prende in considerazione le seguenti politiche, per ciascuna delle quali vengono identificati dei principi/criteri di intervento della Regione (o direttamente delle tipologie di azione tipicamente regionali).

**PROVINCIA DI TORINO**  
**Servizio Solidarietà Sociale**

Accanto a ciascuna politica, vengono inoltre indicati i relativi servizi che devono essere ricompresi nei Piani di Zona a livello locale:

-  politiche per le famiglie,
-  politiche per la tutela materno infantile,
-  politiche per le persone disabili,
-  politiche per le persone anziane,
-  politiche per detenuti ed ex detenuti,
-  politiche per persone senza fissa dimora,
-  politiche per persone con problemi di dipendenza.

## **LE AREE DI INTERESSE DEL PIANO: L'IDENTIFICAZIONE DEI TARGET**

Nel Piano Sociale provinciale abbiamo ragionato prendendo in considerazione 10 target, che descriviamo di seguito, unitamente alle tipologie di intervento che abbiamo preso in considerazione con riferimento a ciascun target.

Come tutti i sistemi classificatori, anche questo è altamente opinabile e risente di retaggi culturali e definizioni normative di impronta settoriale. In particolare è da segnalare che in alcuni casi si tratta di target che riportano a condizioni individuali spesso tra di loro mal definite (un minore è anche immigrato) ed in altri casi a tematiche complessive che quindi più che costituire un target dovrebbero essere trattate in maniera trasversale ai diversi target. In quest'ultimo senso si segnalano in particolare le Pari opportunità e la Sicurezza dell'ambiente sociale.

Per quanto riguarda la salute, intendendola in un'accezione globale, che travalica la "sanità", questa viene presa in considerazione sia in maniera trasversale nelle sezioni corrispondenti ai diversi target di riferimento sia come sezione a sé, in cui il target di osservazione è costituito dall'intera popolazione della provincia di Torino.

Questo approccio vuole pertanto essere esclusivamente di carattere operativo e di proposta e può essere ampiamente sottoposto a verifica, anche nell'enunciazione delle rispettive definizioni operative.

### **1. MINORI**

Il target di riferimento è costituito dai minori e quindi dalla popolazione 0-17 anni. Il minore, come nello spirito della legge L. 285/97 e poi della L. 328/00, viene posto al centro delle politiche per l'infanzia in quanto titolare di diritti, come soggetto da accompagnare nella crescita, a cui offrire il più ampio numero di opportunità.

Gli interventi riguardano i servizi rivolti al minore in difficoltà, come l'assistenza domiciliare, l'educativa territoriale, le adozioni e gli affidamenti, ma anche quelle attività che riguardano la vita quotidiana: ludoteche, centri di incontro e ascolto per adolescenti, laboratori, asili nido.

Tali interventi si legano strettamente con gli interventi a sostegno delle funzioni genitoriali e quindi con i servizi di mediazione familiare, gli sportelli di ascolto genitori figli, i servizi alla prima infanzia che coinvolgono direttamente gli adulti di riferimento. Si affrontano inoltre tematiche di confine con altre politiche, quali l'istruzione (ad es. la dispersione scolastica) e la salute (la prevenzione).

### **2 GIOVANI**

Il target di riferimento è costituito da una fascia di popolazione molto ampia, che va dai 15 ai 35 anni di età. Tale fascia si sovrappone in parte ai minori ma ha il vantaggio di comprendere tutte le classificazioni operate dalle diverse leggi e provvedimenti. I giovani in quanto tali, come fascia di età, se non sono "in difficoltà" o "a rischio", o disabili, o tossicodipendenti, non rappresentano un'area di intervento tipica del sociale ma costituiscono un' "entità" con cui questo Assessorato si confronta, così come un ambito di intervento che confina con tantissime politiche "prossime" al sociale quali l'istruzione, il lavoro, la cultura, lo sport, la sanità.

Di conseguenza nella sezione giovani vengono toccati molti temi anche molto diversi tra loro quali la scuola e l'università, la disoccupazione giovanile, il disagio giovanile, le scelte in tema di tempo libero.

Si è scelto di trattare il tema delle dipendenze in questa sezione, anche se naturalmente è un tema trasversale a tutte le fasce di età.

Inoltre in questa sezione si segnala che, nel luglio del 2004, la Provincia di Torino ha ottenuto l'accreditamento in I° classe dell'Ufficio Nazionale per il servizio civile (Presidenza del Consiglio dei Ministri) come ente con 110 sedi interne accreditate ad ospitare volontari di servizio civile e con la possibilità di offrire questo servizio, tramite accordi di partenariato, agli enti pubblici e privati del no profit sul proprio territorio che ne facciano richiesta.

### **3. ANZIANI**

L'identificazione dell'anziano con la persona ultra 65enne è accettata in maniera abbastanza diffusa. Nella sezione il target è quindi costituito dagli ultra 65enni, naturalmente suddivisi in ulteriori fasce di età. Ma più che l'età ciò che rende molto diversa l'analisi e di conseguenza gli interventi è la compresenza di altre variabili legate alla condizione di salute, alla situazione familiare, alla condizione abitativa..

Gli interventi oggetto di analisi sono quelli tipici dell'area socio assistenziale (assistenza domiciliare, telesoccorso, inserimenti in centri diurni e presidi) e socio sanitaria.

### **4. DISABILI**

Il target di riferimento è costituito dalle persone disabili, escludendo in linea di massima quelle di età superiore ai 64 anni (compresi tra gli anziani). La definizione di disabilità non è universale, di conseguenza in questa sezione si illustrano le varie possibilità di definire e quantificare le persone disabili della provincia di Torino.

Gli interventi presi in considerazione sono quelli degli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali (centri diurni, inserimenti in presidio), della Provincia di Torino, ma anche l'integrazione scolastica, gli inserimenti lavorativi, il trasporto.

### **5. IMMIGRATI**

In questa sezione il target è rappresentato dai cittadini immigrati. Viene quindi descritto il fenomeno dell'immigrazione in provincia di Torino, con riferimento in particolare alla sua evoluzione e distribuzione sul territorio, alla situazione lavorativa degli immigrati, alla condizione abitativa e di salute, e a particolari gruppi quali i minori immigrati. Dal lato degli interventi si toccano ambiti molto diversi quali l'integrazione scolastica, la formazione professionale e l'accesso al lavoro, la mediazione culturale, l'informazione agli immigrati e sul fenomeno dell'immigrazione.

### **6. TERZO SETTORE**

Il sistema integrato di servizi e interventi delineato dalla Legge 328/00 prevede che i soggetti del Terzo Settore, che da sempre esercitano una funzione attiva nella gestione dei servizi sociali, partecipino anche alla fase di programmazione e progettazione del sistema integrato. Ma, come la famiglia è l'area di intervento per eccellenza delle politiche sociali e allo stesso tempo rappresenta anche la principale "produttrice" del ben-essere della comunità, i soggetti del Terzo Settore vanno visti non solo come degli erogatori di servizi ma anche come soggetti destinatari di interventi e politiche ad *hoc* (art. 5 Legge 328/00). In questa sezione viene quindi preso il Terzo Settore, in particolare il sistema della cooperazione sociale e del volontariato, sia in Italia sia a livello locale, osservandone l'evoluzione nel tempo, l'entità economica raggiunta, il livello e la quantità di lavoro che offre. Sono poi citati alcuni esempi di forme di sostegno che il Terzo Settore riceve da parte della Pubblica Amministrazione. Un punto di analisi centrale riguarda la "preparazione" del Terzo Settore nell'affrontare il nuovo ruolo definito dalla riforma dell'assistenza e quello che in questo senso la collaborazione tra Terzo Settore e Pubblica Amministrazione è in grado di produrre.

### **7. OPERATORI DEI SERVIZI SOCIALI**

In questa sezione ci occupiamo di chi di fatto progetta e realizza gli interventi sociali per i minori, gli anziani, i disabili. In particolare sono prese in considerazione quelle figure professionali tipiche del sociale come gli Assistenti sociali, gli Educatori professionali, gli Operatori socio sanitari ma anche altre figure più innovative e meno delineate dal punto di vista legislativo. Viene poi affrontato il tema centrale della formazione professionale di questi operatori, vista anche la competenza in materia.

### **8. SANITA'**

In questa sezione il target di riferimento è costituito dall'intera popolazione del territorio provinciale, che viene analizzato dal punto di vista dello stato di salute, dei suoi determinanti, dei fattori di rischio. Particolare attenzione viene data alle differenze territoriali che si rilevano sul territorio provinciale negli indicatori dello stato di salute.

Dal punto di vista degli interventi, viene dato un panorama sulla situazione dei posti letto e dei ricoveri ospedalieri e su alcuni servizi sanitari territoriali, nonché su iniziative non tipicamente sanitarie che incidono fortemente sullo stato di salute.

### **9. PUBBLICA TUTELA**

Con l'emanazione della LR 1-04 che prevede la costituzione dell'Ufficio Provinciale di Pubblica Tutela con compiti di supporto ai tutori, ci è parso necessario inquadrare l'attività sia in termini normativi che progettuali anche se in fase di avvio. Per quanto attiene alla fase progettuale occorre sottolineare che questa potrà avvalersi di sviluppi tanto più articolati quanto maggiori saranno gli strumenti finanziari che saranno messi a disposizione dalla Regione Piemonte che deve normare la funzione.



#### 10. VULNERABILITA' SOCIALE E POVERTA'

Non si tratta di un vero e proprio target di riferimento, quanto piuttosto di un tema trasversale, che può toccare i gruppi più diversi quali minori, anziani, immigrati. L'unità di analisi è costituita in generale dalla famiglia e il fenomeno viene osservato prendendone in considerazione la diffusione, l'incidenza, l'evoluzione, le variabili correlate come l'istruzione le tipologie di famiglia più a rischio.

Tra gli interventi di contrasto al fenomeno sono descritte misure di erogazione in denaro (soprattutto erogazioni in denaro a livello locale, regionale e nazionale) e viene fatto qualche esempio di servizio.

## I CONTENUTI

### I luoghi della programmazione: i Piani di Zona

Una delle chiavi di lettura principali della legge quadro di riforma dell'assistenza 328/2000 consiste nel restituire centralità alle politiche sociali, in termini di funzioni di responsabilità, coordinamento e integrazione dei diversi attori, interni o esterni a ciascun Ente, istituzionali e non, in vista del raggiungimento di obiettivi di tutela e promozione del benessere del "sistema territorio".

In questo quadro di crescita dei sistemi di welfare locali, i Piani di Zona (PdZ) rappresentano una grande opportunità in quanto contengono scelte programmatiche strategiche e priorità di intervento a valenza triennale, nonché indicazioni e azioni di carattere operativo, a fronte di un quadro di disponibilità finanziarie presenti e/o attivabili.

La necessità di stretta integrazione e reciprocità tra i processi di elaborazione dei diversi PdZ locali e quello di costruzione del PSP esprime l'intenzione di accrescere l'efficienza e l'efficacia nonché l'economicità stessa complessiva del sistema di governo locale. La programmazione in atto, in alcuni casi, risulta ancora per certi versi "acerba" a fronte di radicate resistenze e settorialità di intervento diffuse. Emerge, al contrario, chiara l'esigenza di attivare opportunità e strumenti orientati a modificare radicalmente, riqualificandola, l'azione amministrativa generale. L'intreccio tra PdZ e Piano Sociale provinciale qualifica meglio quel processo a "spirale della programmazione" in cui tutti gli attori del territorio sono coinvolti e che si evidenzia, al momento, in almeno due snodi fondamentali:

- ✘ *Dal territorio all'Ente Provincia:* il quadro dell'analisi bisogni e risorse esistenti e le relative priorità espresse dai singoli PdZ nella programmazione locale costituiscono, progressivamente, una base conoscitiva ineliminabile per l'attività programmatica della Provincia che ha nel Piano Sociale Provinciale la sua forma più compiuta.
- ✘ *Dall'Ente Provincia al territorio:* lo strumento del PSP nel suo obiettivo di orientare i propri interventi in campo sociale, è in grado di offrire dati, suggestioni e prospettive di intervento che possono essere utilizzati da tutti i soggetti del territorio istituzionali e non nelle specifiche ed autonome programmazioni locali di cui il PdZ è l'espressione maggiore.

In piena coerenza con tale impostazione, a regime programmatico avanzato, si potrà garantire che, almeno per quanto di competenza del sociale, le procedure di finanziamento provinciali siano strettamente connesse e finalizzate solo al perseguimento di obiettivi/priorità strategiche rilevate dal livello locale all'interno dei documenti di programmazione dei PdZ. Parallelamente, il territorio, individuando i PdZ come luoghi della programmazione, fa confluire all'interno degli stessi tutta l'attività programmatica da realizzare e non promuove la realizzazione di attività/progetti estemporanei.

### Il modello operativo di intervento

Per meglio esercitare la funzione di programmazione decentrata delle politiche regionali e di coordinamento del territorio, è stato predisposto un modello operativo di intervento che consente alla Provincia di esercitare un ruolo ben strutturato di Ente intermedio di programmazione nel quadro di sviluppo delle politiche sociali del territorio. Il modello che prevede l'esercizio di un ruolo di interfaccia di servizio dell'Ufficio Programmazione Territoriale, si articola in 4 parti:

- 1) Azioni di accompagnamento nei diversi Uffici di Piano per la predisposizione, attuazione e valutazione del PdZ con l'obiettivo di sostenere l'integrazione e il raccordo tra le specifiche programmazioni dei diversi Enti.
- 2) Costituzione di un tavolo di lavoro interno all'Ente composto dai referenti delle principali tematiche inerenti la programmazione del PdZ, per favorire la realizzazione delle diverse azioni e dei progetti ricompresi nei PdZ garantendo la piena adesione e l'impegno della Provincia per l'attuazione degli stessi.
- 3) Predisposizione e diffusione di una comunicazione periodica con la finalità di fornire ai rappresentanti del gruppo di lavoro interno, al Coordinamento Centri per l'Impiego e ai diversi Uffici di Piano, informazioni, dati, aggiornamenti sulle fasi di realizzazione dei PdZ locali.
- 4) Sottoscrivere i singoli Accordi di Programma previsti a conclusione dei processi di programmazione al fine di siglare gli impegni dei diversi soggetti (istituzionali e non) coinvolti.

### Le azioni trasversali

Sono state realizzate diverse iniziative trasversali collegate ed integrate alla programmazione del PdZ e da cui potranno discendere ulteriori azioni nel prossimo triennio in termini di programmazione provinciale e locale. Tra queste:

- ✘ collaborazione alla costruzione delle linee guida regionali sui Piani di Zona

## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

- ✘ finanziamento progetti finalizzati alla formazione e accompagnamento della costruzione del sistema di valutazione dei PdZ
- ✘ interventi informativi all'interno di corsi di formazione promossi da: Federsanita' Anci Piemonte; Università degli Studi di Torino (Laboratorio Politiche Pubbliche; Corso di Laurea in Servizio Sociale); Federsolidarietà
- ✘ integrazione con il Progetto Equal Quali. Ter per produzione di un vademecum dei rapporti tra P.A. e Terzo Settore (nuove procedure per la valorizzazione della partecipazione dei soggetti no profit alla programmazione zonale sul PdZ)
- ✘ realizzazione di seminari tematici interni (con l'Area, con i Coordinamenti dei Patti Territoriali e dei Centri per l'Impiego).

#### La regia del processo

Per tutti gli ambiti territoriali della provincia, gli Enti capofila della programmazione sul PdZ corrispondono agli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali (che, con un ruolo di regia, attivano, gestiscono e coordinano il complesso processo programmatico locale sul PdZ, le fasi del processo e le attività di concertazione tra tutti gli attori), ad eccezione dei territori di Moncalieri, La Loggia, Trofarello (il cui Comune capofila è Moncalieri), Rivoli, Rosta, Villarbasse, Val della Torre e Alpignano (il cui Comune capofila è Rivoli).

Nell'ambito territoriale di Settimo, va evidenziata la scelta di affidare la regia del processo congiuntamente all'Ente Gestore (Cissp Settimo) e al Comune di Settimo (Comune capofila dell'ambito).

#### Il profilo della partecipazione

I territori hanno sviluppato il processo di programmazione con modalità organizzative, gestionali e metodologiche diverse a seconda delle peculiarità locali ma sempre in linea con la filosofia della programmazione concertata ispiratrice della Legge 328/00. I percorsi avviati, coordinati e gestiti dai diversi Uffici di Piano, hanno coinvolto, sin dalla fase di avvio, numerosi enti ed istituzioni pubbliche quali Comuni, Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, Asl, Provincia, Centro per l'Impiego, Scuole, Sindacati, Ipab, Parrocchie, e anche diversi soggetti del privato sociale quali Fondazioni, Cooperative sociali, Associazioni di volontariato, Agenzie formative, etc.). In generale, la rappresentanza dei diversi Enti/organismi locali chiamati a concorrere alla realizzazione del PdZ si articola come segue:

- ✘ il tavolo di coordinamento politico-istituzionale è coordinato dal Presidente dell'Ente Gestore delle funzioni socio-assistenziali di riferimento o dal Sindaco del Comune capofila, ed è composto prioritariamente da: Sindaci e/o Assessori di competenza dei Comuni dell'ambito; componenti del Consiglio di Amministrazione dell'Ente Gestore e il Direttore Generale dell'Asl;
- ✘ l'Ufficio di Piano è presieduto dal Direttore dell'Ente Gestore o dal Dirigente dei Servizi Sociali del Comune capofila (in qualità di referente di piano) ed è costituito prioritariamente da: Funzionari e Responsabili di area dell'Ente Gestore; Responsabili e Funzionari dei Servizi Sociali dei Comuni dell'ambito; il Direttore di Distretto competente ed eventualmente Dirigenti dell'Asl dei servizi territoriali; Funzionari del settore della Provincia; rappresentanti del Terzo Settore;
- ✘ i tavoli di concertazione sono composti prioritariamente da: i componenti dell'Ufficio di Piano; Funzionari dell'Ente Gestore dell'area specifica; Funzionari dell'Asl e rappresentanti dei Comuni dell'area specifica; rappresentanti del Terzo Settore (cooperazione sociale; associazionismo; volontariato). Il coordinamento di tali tavoli è affidato, a seconda delle realtà istituzionali, a figure di responsabilità dell'Ente Gestore o dei Comuni, ai Dirigenti dell'Asl dei Servizi territoriali o a rappresentanti del Terzo Settore.

"Attraverso la realizzazione di un processo di programmazione locale quale il PdZ implica, in qualità di processo decisionale partecipato e concertato con una strategica e forte connotazione sia politica sia tecnica, tutti i soggetti istituzionali competenti definiscono obiettivi, mettono in rete responsabilità, allocano risorse, stabiliscono modalità di gestione unitaria e integrata in modo partecipato e concertato con i soggetti attivi della programmazione locale (art.1 L.328/00). Ciò con la finalità di favorire un passaggio dall'esercizio di singole responsabilità ad approcci integrati tra soggetti e attori locali coinvolti, passando da un'esperienza di partecipazione ad una fase matura in cui mettere in rete responsabilità diverse."<sup>18</sup>

#### I tavoli di concertazione

Nelle tabelle che seguono si presenta sinteticamente il quadro sui tavoli di concertazione attivati nel panorama provinciale all'interno del quale non è ricompreso il territorio della Comunità Montana Valli di Lanzo, poiché, come si citerà successivamente, allo stato attuale è impegnata nella fase organizzativa e metodologica di avvio del processo di programmazione sul PdZ.

<sup>18</sup> "Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona " (Provincia di Milano, Direzione centrale affari sociali, Settore politiche sociali, Ufficio supporto ai Comuni)

**PROVINCIA DI TORINO**  
**Servizio Solidarietà Sociale**

I tavoli di concertazione si articolano complessivamente in otto target/temi, così costituiti a seconda delle specifiche scelte locali

- ✘ il tavolo "minori e famiglie" in tutti e 20 gli ambiti territoriali impegnati nella programmazione sul PdZ
- ✘ il tavolo "giovani" in 12 realtà territoriali su 20 (Carmagnola, Collegno-Grugliasco, Val Susa, Rivoli, Orbassano, Val Sangone, Ciriè, Pinerolo, Val Pellice, Val Chisone, Chivasso, Settimo);
- ✘ il tavolo "dipendenze" in 5 ambiti territoriali su 20 (Chieri, Carmagnola, Nichelino, Moncalieri, Val Sangone);
- ✘ il tavolo "adulti in difficoltà" in 16 realtà territoriali su 20 (Collegno-Grugliasco, Val Susa, Rivoli, Orbassano, Val Sangone, Caluso, Ivrea, Cuorgnè, Pianezza, Ciriè, Pinerolo, Val Pellice, Val Chisone, Gassino, Chivasso, Settimo);
- ✘ il tavolo "contrasto povertà" in 6 ambiti (Chieri, Carmagnola, Nichelino, Moncalieri, Val Sangone, Chivasso);
- ✘ il tavolo "immigrazione" in 6 realtà territoriali (Chieri,, Nichelino, Moncalieri, Val Sangone, Ivrea, Cuorgnè);
- ✘ il tavolo "disabili" in tutti e 20 gli ambiti territoriali;
- ✘ il tavolo "anziani" in tutti e 20 gli ambiti territoriali.

Minori e famiglie	Giovani	Dipendenze	Adulti in difficoltà	Contrasto povertà	Immigrazione	Disabili	Anziani
20	12	5	16	6	6	20	20

A partire dai dati in nostro possesso aggiornati a maggio u.s. ancora non comprensivi della zona di Lanzo (di cui sopra), il coordinamento/conduzione dei lavori di analisi, ricerca, raccolta e studio condotto dai diversi tavoli di concertazione, a seconda delle specifiche scelte dei singoli ambiti territoriali, è stato preventivamente attribuito alle seguenti Istituzioni e/o Organismi:

ENTI GESTORI	COMUNI	ASL	TERZO SETTORE
60	16	14	4

**La situazione del territorio**

Allo stato attuale sono attivati i processi locali di programmazione sul PdZ in tutti e 21 gli ambiti consortili del territorio provinciale. Nelle specifiche realtà lo stato di avanzamento delle fasi di programmazione sui Piani di Zona si articola su tre differenti livelli riconducibili allo sviluppo di specifiche fasi di lavoro:

- ✘ i territori del Chierese e di Moncalieri hanno sottoscritto l'Accordo di Programma;
- ✘ alcuni territori (Carmagnola, Val Sangone) si trovano nella fase di elaborazione della bozza di Accordo;
- ✘ alcune zone (Ciriè, Ivrea, Nichelino, Pinerolo, Orbassano, Rivoli) lavorano alla co-progettazione di interventi e azioni su cui si orienteranno le priorità strategiche locali;
- ✘ altre realtà (Caluso, Chivasso, Collegno-Grugliasco, Cuorgnè, Gassino, Pianezza, Val Pellice, Val Susa, Valli Chisone e Germanasca) sono impegnati nell'analisi dei bisogni del territorio (c.d. "diagnosi di comunità");
- ✘ l'ambito territoriale delle Valli di Lanzo è in fase di avvio del processo di programmazione sul PdZ.

**La base dati**

La prima sezione del Piano Sociale è un'analisi dei bisogni e delle risorse per ciascun target, ragionata e commentata a partire da una serie di elementi quantitativi e qualitativi. Operativamente diventa una sorta di appendice informativa per addetti ai lavori. La lettura è prevalentemente dimensionata sugli Enti gestori ed in alcuni casi sulle ASL ma sarà necessario aggiungerne un'altra focalizzata su ulteriori unità di programmazione come i Patti Territoriali, i Centri per l'Impiego e i Piani di Zona

Lo stato attuale delle informazioni disponibili per rappresentare la realtà è, in astratto, decisamente insufficiente, ma, dato che la programmazione è un processo continuo le cui scelte non possono aspettare, è su tali informazioni che si lavora.

Si segnala in particolare molta confusione tra informazioni di gestione, di governo e di programmazione, ampi settori che richiedono approfondimento, elementi conoscitivi totalmente assenti, mancata integrazione tra le stesse e con elementi qualitativi, differenze interpretative a partire dal livello della rilevazione, la conoscenza che esistono altre informazioni non ancora inserite, ma presenti in altri luoghi (principalmente a livello locale).

L'obiettivo, progressivamente da raffinare, è quello di avere a disposizione dati e informazioni (sistemi informativi, elementi qualitativi, percezioni, richieste dei territori, ricerche) suddivisi per temi e target (tenuto conto della trasversalità di alcune tematiche quali la famiglia, le pari opportunità, la salute) e per aree territoriali.

## PROVINCIA DI TORINO Servizio Solidarietà Sociale

Tematica di grande rilevanza, su cui occorre lavorare in termini tecnici e politici, è quello della costruzione di indicatori sintetici che permettano il raffronto esterno.

Sicuramente la Provincia dovrà migliorare il proprio sistema informativo nonché la ricognizione e la rappresentazione dell'utilizzo delle risorse a propria disposizione.

### Le sintesi orientate agli interventi

Si tratta del primo elemento che entra a far parte del Piano Sociale non solo internamente, ma anche nella sua stesura per l'esterno.

Dall'analisi delle risorse e dei bisogni di cui sopra, unita ad una lettura critica da parte dei tecnici esperti dei vari ambiti di intervento, si traggono delle indicazioni circa le diverse problematiche, sempre ordinate per temi e territori.

E' lo strumento di base offerto ai *policy makers* per orientare le decisioni.

Ad esempio, la sintesi potrebbe affermare che in una parte del territorio provinciale i servizi per gli anziani non autosufficienti sono carenti perché a fronte di un basso numero di posti in strutture residenziali, che caratterizza tutta la provincia, non c'è stato un adeguato sviluppo dei servizi alternativi alla residenzialità.

In particolare in questa sezione si troveranno:

- ✘ Importanza e rilevanza dei temi e problemi che emerge dalla lettura tecnica delle informazioni, con un'attenzione particolare alle differenze territoriali, rispetto agli standard (quando presenti) ed ai livelli auspicabili, ai costi/benefici (per unità di intervento, per potenzialità risolutiva).
- ✘ Sintesi orientata agli interventi, nella quale sono evidenziati gli elementi che, dal punto di vista programmatico, si ritiene di dover mettere in luce per importanza e sostenibilità, a partire dall'analisi dei dati.

### Le indicazioni e le scelte politiche

In questa sezione si individuano, rispetto a tutte le indicazioni evidenziate nella sintesi precedente, quelle ritenute prioritarie. Si tratta di una sorta di "selezione" che avviene ad opera della politica, che valuta se e come alcune problematiche siano più rilevanti di altre. Tale processo mette in conto il fatto che i *policy makers* possono avere priorità diverse, dipendenti dalle proprie percezioni, sensibilità, programmi, compiti istituzionali.

Sono priorità per il territorio provinciale identificate indipendentemente dal fatto che le relative materie siano di competenza della Provincia o di altri Enti. Pertanto, queste potranno costituire sia delle priorità per la Provincia ma anche dei punti di attenzione su cui si stimola la riflessione degli attori del territorio. Un'insieme quindi di indicazioni che gli attori del territorio possono decidere se utilizzare nella propria autonoma attività di programmazione.

*Per quanto riguarda le scelte della Provincia sulle sfere di propria competenza esse riguarderanno sia i progetti e le attività proprie dell'Assessorato, sia quelli realizzati da altri Enti (Comuni, Comunità Montane, Enti gestori, Associazioni, ...) mediante linee di finanziamento gestite dalla Provincia.*

Se ad esempio è stata individuata come una delle priorità del territorio quella dei minori stranieri non accompagnati, la Provincia può da un lato impegnarsi in un proprio progetto in tal senso e dall'altro decidere di attribuire un punteggio più alto a quei progetti predisposti dagli Enti del territorio (per il finanziamento ai sensi della Legge 40/98) che si occupano di minori non accompagnati.

Ovviamente tali scelte, ordinate secondo priorità, anche in considerazione delle compatibilità economiche, saranno in coerenza con il programma di governo dell'Amministrazione, così come anche esplicitate dalle Relazioni Previsionali e Programmatiche ed eventualmente inserite nei Piani Esecutivi di Gestione.

### Il Piano operativo

Le indicazioni e le scelte politiche trovano una loro realizzazione nella predisposizione di un Piano Operativo che stabilisce, a partire da quest'anno, strumenti e metodi omogenei per le diverse linee di finanziamento governate direttamente dall'Assessorato.

Gli obiettivi che ci si è dati, affrontando questa impostazione di lavoro, sono articolati su tre livelli distinti:

1. traduzione delle scelte politiche in nuovi assetti organizzativi per rispondere adeguatamente al ruolo programmatico (a rilevanza interna all'Ente);
2. sviluppo di strumenti tali da consentire di operare ai fini di una programmazione armonica nell'ambito delle opportunità e delle risorse a disposizione per lo sviluppo delle diverse politiche di intervento di competenza quali, Immigrazione, Giovani, Formazione Professionale degli Operatori Sociali, Organizzazioni di Volontariato, Cooperative Sociali e Consorzi di Cooperative (a rilevanza esterna);

## PROVINCIA DI TORINO Servizio Solidarietà Sociale

3. Integrazione *in progress* tra il Piano Sociale Provinciale e i processi/prodotti della programmazione locale, per giungere a migliorare reciprocamente la capacità programmatrice e la possibilità di incidere effettivamente sui problemi evidenziati.

In particolare, individuando i Piani di Zona come luogo della programmazione locale dove far emergere sinergie e ridurre sovrapposizioni di temi e beneficiari, si è lavorato per

- ✘ sviluppare una programmazione integrata a livello del Servizio Solidarietà e territoriale,
- ✘ Permettere l'avvio dei progetti esecutivi con un tempistica coordinata
- ✘ Esplicitare i legami causali tra Assi (dettato della legge e scelte politiche), Misure (obiettivi specifici) e Azioni (iniziative progettuali attraverso le quali raggiungere gli obiettivi)
- ✘ Migliorare la gestione amministrativa a livello centrale (riduzione degli atti, controllo unificato sulle tempistiche, omogeneità fra modalità di partecipazione ai bandi)
- ✘ Organizzare meglio la progettazione locale con scadenze certe
- ✘ Possibilità di distribuire le risorse sulla base dei dati reali e non sulle ipotesi di risposta ai bandi

### Il monitoraggio

Strettamente connesso agli strumenti e metodi di monitoraggio delle azioni del Piano Operativo il monitoraggio, in quanto attività routinaria, del Piano Sociale deve rappresentare un'osservazione permanente del suo andamento al fine di:

- ✘ Analizzare il passaggio dalle indicazioni di priorità (Assi) agli interventi avviati (Azioni). Ciò significa rispondere alla domanda: le indicazioni del Piano si sono tradotte in un coerente impiego delle risorse?
- ✘ Mettere a punto metodologie complessive di controllo sull'effettivo utilizzo dei finanziamenti e sviluppo delle azioni conseguenti che debbono integrarsi con quelle relative a ciascun Piano tematico (immigrazione, giovani, etc....).

### La valutazione

Senza voler entrare nell'ampio dibattito sul tema (valutazione ex ante, in itinere, ex post) in questa sede si vuole indicare che l'ambito di valutazione di un Piano è principalmente orientato alla verifica del conseguimento degli obiettivi generali e pertanto concettualmente si colloca in una dimensione diversa ed in qualche modo superiore alla valutazione delle singole azioni rispetto agli obiettivi specifici ed ai risultati attesi (Piano operativo). La valutazione del Piano si potrà pertanto situare essenzialmente su due direzioni tra di loro interconnesse:

- ✘ Attivare un feedback per migliorare, ri-orientare o modificare la pianificazione delle azioni, con la partecipazione di tutti gli attori del processo.
- ✘ Ottenere elementi quali-quantitativi sull'impatto del Piano sulla popolazione ed il territorio (i legami causali tra obiettivi, azioni e risultati attesi hanno ricevuto conferme?).

### Elementi per la stesura dei Piani successivi

Come si è evidenziato a proposito del modello di programmazione, il Piano Sociale Provinciale si propone di far nascere un processo "a spirale", che si sviluppa nel tempo per tappe successive, con scadenze tendenzialmente annuali, che si integri con gli altri strumenti della programmazione del territorio. I processi di monitoraggio e valutazione dovranno pertanto produrre progressivamente indicazioni utili ad interfacciarsi con quanto proviene dal territorio su diversi livelli:

- ✘ Ridefinizione degli obiettivi.
- ✘ Discussione dei legami causali tra obiettivi, azioni e risultati attesi.
- ✘ Messa punto di strumenti ed azioni più adeguati o avanzati



## PARTE SECONDA: ELEMENTI PER IL PIANO SOCIALE PROVINCIALE

---

In riferimento a quanto indicato nella prima parte, in questa sezione del documento ci si propone di delineare il metodo di lavoro e presentare alcuni elementi di contenuto.

Il Piano Sociale nasce accogliendo in maniera organica lavori già sviluppati nel corso degli ultimi anni in varie direzioni e che già preconstituivano elementi settoriali di un'attività di programmazione. Si ricordano in particolare:

- ✘ Lo Stato di Salute nella provincia di Torino (insediamento della prima Conferenza provinciale sulla salute, aprile 2005).
- ✘ Il Bilancio Consolidato di Territorio (Gennaio 2004 Tesi del Master in Analisi delle Politiche Pubbliche sul Bilancio Consolidato di Territorio delle politiche di inclusione sociale; Aprile 2005 Tesi di Laurea in Scienze Politiche sul Bilancio Consolidato dei servizi socio-assistenziali nel territorio di un consorzio C.I.S.A.P. Collegno-Grugliasco)
- ✘ Il Quadro delle competenze sociali dell'Area Istruzione, Lavoro, Formazione Professionale e Solidarietà Sociale della Provincia di Torino (presentato al Seminario di Area del 1° luglio 2003).
- ✘ La sperimentazione del Sistema informativo sociale verso la costruzione dell'Osservatorio delle politiche sociali
- ✘ I piani settoriali (Giovani, Immigrazione, Formazione Professionale, Cooperazione Sociale, Organizzazioni di Volontariato).
- ✘ Il lavoro per lo sviluppo e la concertazione nei Piani di zona (ad oggi si sta sviluppando il lavoro tutto il territorio provinciale)

### Un anno di avvenimenti di notevole importanza per la Provincia di Torino

Dalla presentazione del primo documento "La Provincia per la programmazione sociale. Verso il Piano Sociale Provinciale" del febbraio 2004, è passato più di un anno durante il quale sono accaduti molti avvenimenti di notevole importanza che si vogliono qui ricordare, anche se solo per punti:

- ✘ La piena applicazione della Legge Reg.le 1/2004 e il completamento del trasferimento delle funzioni (ex L. 44/2000 e L.R. 5/2001) nonché il consolidamento delle nuove funzioni;
- ✘ Il cambio di Amministrazione che ha portato con sé la riorganizzazione dell'Ente;
- ✘ Sviluppo di Piani di zona;
- ✘ Le linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona approvate con D.G.R. 51-13234 del 3 agosto 2004;
- ✘ La chiusura della 285/97 "Promozione dei diritti e delle opportunità per l'infanzia e l'adolescenza";
- ✘ La prosecuzione del progetto Equal: Retiequal sul rafforzamento dei processi di coprogettazione con il Terzo Settore
- ✘ Conferma dell'importanza dello sportello telematico;
- ✘ Nel luglio 2004 la Provincia di Torino ha ottenuto l'accreditamento in I° classe dall'Ufficio Nazionale per il servizio civile (Presidenza del Consiglio dei Ministri) come ente con 110 sedi interne accreditate ad ospitare volontari di servizio civile e con la possibilità di offrire questo servizio, tramite accordi di partenariato, agli enti pubblici e privati del no profit sul territorio provinciale facenti richiesta;
- ✘ L'accreditamento delle agenzie per la fornitura di servizi per i disabili sensoriali.

Gli elementi presentati in questa sede sono una prima sintesi di una larga base di informazioni a disposizione degli interessati sul sito della Provincia all'indirizzo: <http://www.provincia.torino.it/solidarieta/piano/index.htm>

## LE COMPETENZE DELLA PROVINCIA NEL SOCIALE

Le aree di interesse del sociale sono, come abbiamo visto nella prima parte, molte e diversamente integrate tra loro. Su tali aree intervengono infatti non solo le politiche sociali in senso stretto, ma anche le politiche del lavoro, dell'istruzione, della sanità, e così via. A fronte dell'ampio quadro delineato, in cui abbiamo tentato di definire il perimetro di attenzione del Piano Sociale Provinciale, è interessante porre l'attenzione sulle competenze proprie della Provincia di Torino.

Si è visto che le competenze della Provincia in campo socio assistenziale riguardano i seguenti campi:

- ✘ Minori
- ✘ Asili nido comunali

**PROVINCIA DI TORINO**  
**Servizio Solidarietà Sociale**

- ✘ Giovani
- ✘ Immigrazione
- ✘ Formazione professionale degli operatori dei servizi
- ✘ Cooperazione sociale
- ✘ Organizzazioni di Volontariato
- ✘ Ipab

E' importante peraltro osservare come medesime politiche di intervento siano condivise e integrate non solo all'interno dell'Area Lavoro e Solidarietà Sociale, ma anche fra le diverse aree dell'Ente. Queste integrazioni emergono chiaramente in un documento, denominato "Quadro delle competenze sociali di Area" che è stato realizzato essenzialmente ad uso interno, per aumentare la conoscenza reciproca sul "chi fa che cosa" tra i diversi Uffici e Servizi e aumentare così la possibilità di agire in maniera sinergica. In questa sede ci si limita a fornire un quadro sintetico che coniuga i target/temi di intervento con le competenze dei diversi Servizi.

<b>QUADRO COMPETENZE</b>							
<i>TARGET</i>	<i>SERVIZI</i>	Istruzione	Formazione professionale	Lavoro	Servizi didattici	Solidarietà sociale	Pari opportunità
Minori e Famiglia							
Giovani							
Adulti							
Disabili							
Immigrazione							
Sanità							
Vulnerabilità sociale - Povertà							
Formazione Operatori							
Terzo Settore							
Ipab							

Prendendo ad esempio il tema dell'immigrazione rileviamo che il Servizio Istruzione affronta il tema dell'integrazione a scuola e della facilitazione linguistica; il Servizio Formazione Professionale, tramite la Direttiva Mercato del Lavoro Disoccupati, attiva percorsi di formazione professionale specifici per cittadini extracomunitari; il Servizio Lavoro si occupa dell'orientamento al lavoro e realizza azioni di sostegno alla ricerca di lavoro e inserimenti lavorativi. Il Servizio Solidarietà Sociale d'altro canto, gestendo una quota del fondo nazionale per le politiche migratorie che, annualmente, viene distribuito a enti del territorio a fronte della predisposizione di progetti, orienta la programmazione a livello locale verso alcune priorità. E' naturale dunque che, per fare un esempio, il Servizio Solidarietà Sociale debba conoscere nel dettaglio le attività, ma anche i progetti specifici, che gli altri Servizi attuano.

## UN QUADRO SULLE RISORSE: IL BILANCIO CONSOLIDATO DI TERRITORIO

Con la realizzazione di un modello di Bilancio Consolidato di Territorio a livello provinciale si è inteso cercare di costruire una panoramica delle risorse destinate e delle risorse spese per le politiche sociali nella provincia di Torino. Tale modello vuol essere un utile strumento di supporto per i soggetti coinvolti nel processo di programmazione di tali interventi. Realizzare un quadro delle risorse impiegate per le politiche sociali costituisce inoltre un elemento di trasparenza e consente di fornire maggiori informazioni a tutti i soggetti coinvolti nella progettazione ed attuazione delle politiche. Fotografare l'allocazione delle risorse sul territorio da un lato consente di poter spiegare e motivare eventuali scelte di modulazione e differenziazione nella distribuzione; dall'altro supporta gli enti nella programmazione degli interventi per razionalizzare le modalità di erogazione, evitando duplicazioni. Le risorse rilevate consistono sia in contributi in denaro sia in contributi in servizi. Ad oggi sono state rilevate circa 80 linee di finanziamento diverse.



**PROVINCIA DI TORINO**  
**Servizio Solidarietà Sociale**

**Quali risorse.**

Di seguito descriviamo le tipologie di risorse censite nel modello di Bilancio, evidenziando alcune delle voci più rilevanti come ammontare sul territorio provinciale.

- ✘ *Risorse Europee*, come quelle della Direttiva Mercato del Lavoro (quota di fondi per l'occupazione rivolti a minori o giovani a rischio, disabili, immigrati e pari opportunità) o dell'Asse E del POR (progetti approvati nel territorio provinciale).
- ✘ *Risorse nazionali*, tra cui il bonus a contribuzione dell'affitto;
- ✘ *Risorse provinciali*, fondi propri per la maternità e infanzia e i disabili sensoriali, nonché i fondi trasferiti dalla Regione alle Province per le funzioni attribuite e delegate
- ✘ *Risorse Comunali*, gestite direttamente o trasferite agli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali,
- ✘ *Risorse delle ASL*, trasferite agli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali
- ✘ *Risorse delle Fondazioni* relative al finanziamento di servizi e interventi sociali (Bando Fondazione S. Paolo per l'attuazione di micronidi sul territorio);
- ✘ *Tra le risorse nazionali*, ma con una valenza e un'entità particolare, vi sono le risorse dell'INPS. Si tratta di quella parte delle misure INPS non legate alla previdenza, come ad esempio le pensioni assistenziali erogate ai non vedenti, non udenti e invalidi (civili) e ai cittadini ultra 65enni sprovvisti di reddito o con reddito insufficiente (322 milioni di Euro), gli assegni per il nucleo familiare, le indennità di accompagnamento per invalidi civili, ciechi e sordomuti,
- ✘ *Risorse regionali*, trasferite agli Enti gestori

Per il 2005, fermi restando i criteri di riparto dei fondi statali del 2004, il Fondo Sociale Nazionale trasferito dallo Stato alle Regioni risulterebbe pari a 487.029.306 euro, conseguentemente il trasferimento alla Regione Piemonte ammonterebbe a 54.000.000 euro.

**Chi gestisce le risorse**

Nel Bilancio Consolidato si evidenzia il percorso che ciascuna risorsa compie a partire dall'ente "erogatore", cioè l'ente nel quale viene presa la decisione dello "stanziamento," e il destinatario finale della stessa che ne ha la responsabilità di gestione. Ognuna delle risorse impiegate, pertanto, ha un proprio percorso (dall'Ente erogatore fino all'utente finale) e delle proprie regole di funzionamento (attribuzione con bando o suddivisione sulla base di dati statistici come ad esempio la popolazione).

*anno 2003*

<i>ENTI GESTORI</i>	<i>RISORSE</i>	<i>Valori %</i>
<b>ENTI GESTORI DELLE FUNZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI</b>		
dalla Regione Piemonte	61.051.000	22%
dai Comuni	136.948.000	50%
dalle ASL	29.203.000	11%
dalla Provincia di Torino (fondi propri)	6.447.174	2%
da altri Enti Pubblici	2.919.826	1%
altre entrate (concorso alla spesa)	20.357.000	7%
<b>A ENTI DIVERSI DEL TERRITORIO DA</b>		
dalla Provincia di Torino (fondi regionali)	9.961.573	4%
dalle Fondazioni	5.000.000	2%
<b>TOTALE SUL TERRITORIO</b>	<b>271.887.573</b>	
<b>INPS</b>		
ciechi, sordi, invalidi, ultra65enni senza reddito	322.000.000	
assegni a nucleo familiare	110.000.000	
indennità accompagnamento	14.000.000	
<b>TOTALE GENERALE SUL TERRITORIO</b>	<b>717.887.573</b>	

**PROVINCIA DI TORINO**  
**Servizio Solidarietà Sociale**

Inoltre, per fare un ragionamento di senso ai fini del Bilancio Consolidato di Territorio, in questa sede, risulta opportuno riportare alcuni dati relativi al 2001 (ad oggi non disponibili), anno nel quale, al quadro sopra descritto si aggiungevano le seguenti risorse:

*anno 2001*

<i>ENTI GESTORI</i>	<i>RISORSE</i>
bonus a contribuzione dell'affitto	18.000.000
direttiva mercato del lavoro	33.000.000
POR	3.000.000
altre leggi di settore	13.701.427
<b>TOTALE</b>	<b>67.701.427</b>

In questo senso il BCT ammonterebbe complessivamente a 785.589.000 euro.

### Per quali target

Come indicazione, pertanto, nel 2001 la distribuzione complessiva del BCT risultava orientata, rispetto ai target/temi in questa sede definiti e riportati in tabella, nel modo seguente:

<i>Anno 2001</i>	<i>Valori assoluti: euro X 1.000</i>	<i>Valori %</i>
<b>Minori e responsabilità familiari</b>	87.369	10,8%
Giovani	5.969	0,7%
Anziani	75.368	9,3%
Disabili	70.838	8,7%
Immigrati	15.617	1,9%
<b>Vulnerabilità Sociale e Povertà</b>	510.917	66,4%
Sanità	657	0,1%
Operatori Servizi Sociali	17.071	0,2%
Terzo Settore	1.783	0,3%
<b>TOTALE</b>	<b>785.589</b>	

### Le prospettive attuali

Il contesto di riferimento, entro il quale la Provincia di Torino si muove deve considerare lo sviluppo della programmazione locale nella sua espressione maggiore quale quella dei Piani di Zona che, come si è ampiamente detto nella prima parte, sono luoghi in cui si coagulano scelte strategiche e priorità di intervento, nonché indicazioni e azioni di carattere operativo, con una valenza triennale, a fronte di precise disponibilità finanziarie, legate al processo di cambiamento e di crescita dei sistemi di welfare locale in atto, e insieme deve proporre e fornire informazioni e strumenti utili affinché la programmazione locale stessa (Piani di Zona) disponga di indicazioni da utilizzare nella loro autonoma competenza di programmazione.

All'interno di questo percorso, si è operato per realizzare un quadro delle risorse da due prospettive differenti, la prima come Bilancio Consolidato sul territorio provinciale, la seconda come bilancio consolidato all'interno dei Piani di Zona per identificarne la distribuzione territoriale.

## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

In merito alla prima prospettiva, il Bilancio Consolidato ci offre un panorama molto dettagliato, anche se tuttora parziale, delle risorse disponibili per le politiche sociali. Si ricorda che a partire dal 2003 si sono verificati alcuni cambiamenti che appaiono di una certa rilevanza nel panorama complessivo delle risorse. Tra questi:

- ✘ Nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali, una quota notevole dei trasferimenti che pervenivano alle Regioni nel periodo 2000-2002 era composta da fondi vincolati alle varie leggi di settore (L. 285/97, L. 104/92, Dlgs 286/98, etc.). Dal 2003 le Regioni ricevono questa quota di trasferimenti senza più il vincolo della destinazione e quindi hanno una maggiore possibilità di orientare le risorse verso i bisogni ritenuti emergenti a livello regionale.
- ✘ D'altra parte, vi è la tendenza a vincolare altre quote del Fondo nazionale verso priorità "nuove", individuate a livello nazionale (asili nido aziendali, sostegno all'acquisto della prima casa).
- ✘ Sempre nell'ambito del Fondo, sono aumentate le risorse gestite dall'INPS e finalizzate al finanziamento dei diritti soggettivi (ad esempio l'assegno al nucleo familiare con 3 o più figli).
- ✘ Il Reddito Minimo di Inserimento è stato sostituito dal Reddito di Ultima Istanza. Al momento non è chiaro l'ammontare di risorse che sarà destinato a quest'ultima misura, sembra invece certo che potranno usufruirne solo le Regioni che parteciperanno al suo cofinanziamento.

In merito alla seconda prospettiva, il Bilancio Consolidato all'interno dei Piani di Zona, va segnalato che è intenzione dell'Amministrazione provinciale, nel tempo, giungere ad una identificazione (quali e quante risorse) della distribuzione in modo puntuale su tutto il territorio. In particolare, si sta lavorando ad una sperimentazione di un modello per la rilevazione di tutte le voci di spesa relative ad interventi socio-assistenziali che si propone come obiettivo quello di produrre una cartografia sociale che permetta all'Amministrazione di orientare le risorse governate direttamente.

## LE INFORMAZIONI: SINTESI ORIENTATE ALL'INTERVENTO

### Dati demografici generali

1. La provincia di Torino, con 2.191.960 abitanti, rappresenta circa la metà del totale della popolazione del Piemonte (51,3%, anno 2.003): il 76% è concentrato nell'area metropolitana ed il 40% nel capoluogo, ossia 867.857 persone residenti. Analizzando i dati dei residenti divisi per macro-fascia di età (0-14 anni, 15-64 anni, over 65, ovvero minori, adulti, anziani) si può notare che vi è una netta prevalenza della popolazione adulta (15-64 anni) con 1.459.576 persone residenti ed anziana con 457.937 persone residenti, mentre i minori contano solo 274.447 persone residenti. Questi dati rispetto a due anni prima (2001) evidenziano una relativa stabilità del dato demografico (-0,3%), un aumento del 6,7 % della popolazione anziana ed un aumento anche del 2,3 % della fascia 0-14. In contro tendenza il dato della popolazione attiva che scende del 2,8%. Le donne sono in leggera maggioranza (51,7% sul totale della popolazione) a causa della mortalità più elevata e più precoce degli uomini. La popolazione è più giovane rispetto al resto del Piemonte, e la natalità è leggermente superiore alla media regionale. Il 21% della popolazione ha un'età superiore ai 65 anni : il 23,6% delle donne ed il 20,3% degli uomini. Per avere un quadro più completo sulla situazione demografica provinciale bisogna scendere nel particolare andando ad esaminare micro-fasce d'età e aggregando il territorio per ASL di appartenenza: ASL 1-4 Torino, ASL 5 Collegno, ASL 6 Venaria, ASL 7 Chivasso, ASL 8 Moncalieri, ASL 9 Ivrea, ASL 10 Pinerolo.
2. Partendo dalla fascia dei **minori 0-14 anni** si può notare che la loro percentuale rispetto al totale della popolazione dell'ASL di riferimento, è più elevata nell'ASL 8 con il 13,8%, mentre il valore più basso si rileva nell'ASL 1-4 con il valore di 11,5%. Il valore provinciale medio è del 12,5%, ma se si escludono le ASL del capoluogo torinese il valore sale a 13,2%. La tendenza negativa riscontrata per l'ASL 1-4 Torino continua se si tiene conto dei minori dai 15 ai 17 anni, infatti la percentuale di questa classe d'età sul totale della popolazione residente corrisponde a solo il 2,2 % rispetto al 2,7% dell'ASL 8 e al 2,6% che si registra in ben tre Aziende Sanitarie Locali: ASL 5, ASL 6 e ASL 7. Inquadrando questi dati in una fascia più ampia, 0-17 anni, il risultato non cambia e quindi l'ASL 1-4 resta quella con percentuale minore: 13,8 %; l'ASL 6, l'ASL 7, l'ASL 8 hanno ancora percentuali maggiori con valori che superano il 16% (rispettivamente il 16,2%, il 16% e il 16,5 %).
3. Passando ad analizzare la fascia d'età **giovanile, 15-29 anni**, il valore in percentuale più alto risulta essere ancora quello dell'ASL 8 di Moncalieri con il 16,6%, seguito dal 16,4% dell'ASL 5 di Collegno e dell'ASL 7 Chivasso con il 16,3 e dell'ASL 6 di Venaria con il 16,2% . Il valore più basso si riscontra ancora nell'ASL 1-4 di Torino (14,7%) . Confrontando il dato relativizzato dell'ASL 1-4 ( che coincide con la città di Torino), con il restante territorio della provincia si può notare che quest'ultima ha una popolazione giovanile prevalente rispetto al suo capoluogo. Per ciò che concerne la fascia di **popolazione attiva 15-64 anni**, invece, la punta massima si registra nell'ASL 5 di Collegno con il 68,6% a cui si allineano i valori dell'ASL 6 (68,3%), dell'ASL 7 e dell'ASL 8 (68,2%). Scendendo di tre punti e mezzo, in percentuale, si giunge al limite inferiore dell'ASL 10 di Pinerolo che presenta un valore pari al 64,9%. Il valore provinciale (compreso il capoluogo) è il 66,6%. Prendendo come riferimento la fascia di **popolazione adulta 30-59**, il 38,7 % di questa si concentra nel solo capoluogo. Se per ogni ASL viene confrontata questa fascia di popolazione rispetto a quella totale, ivi residente, si registra la concentrazione massima nei territori dell'ASL 6 con il 45,8%, seguita dall'ASL 7 con il 45,6% e dall'ASL 5 con il 45,4%. Le concentrazioni più basse si riscontra nei territori dell'ASL 10 con il 43,1%; leggermente superiori, ma di poco sono i valori delle quattro ASL torinesi e dell'ASL 9.
4. La **popolazione anziana over 65** di tutta la provincia si concentra per il 44% nel capoluogo torinese. Se questa fascia anziana viene rapportata al totale della popolazione residente nel territorio di ogni singola ASL, si registra ancora la percentuale più alta nell'ASL 1-4 di Torino per un valore pari al 23,4%. Percentuali molto simili a quelle del capoluogo si registrano presso l'ASL 10 (22,7%) e l'ASL 9 (22,6%). La percentuale più bassa si riscontra per contro nell'ASL 8 di Moncalieri con il 18,0%. Il valore provinciale è pari al 20,9%. Questa tendenza all'invecchiamento nel capoluogo torinese e in territorio montano come l'ASL 10 è avallata dalle percentuali di popolazione over 75 che registrano rispettivamente un 10,4% ed un 10,7%. Anche l'ASL 9 conferma una percentuale simile (10,5%).
5. Tenendo presente quest'ultimi dati e analizzando l'**indice di vecchiaia** si ha una ulteriore conferma del fatto che sia la città di Torino, ossia l'ASL 1-4, a risentire maggiormente di una popolazione in prevalenza adulta-anziana; infatti il valore dell'indice di vecchiaia corrispondente è 203 ed è il valore più elevato nella provincia seguito dal valore dell'ASL 9 di Ivrea (187) e dell'ASL 10 di Pinerolo (183). L'ASL 8 di Moncalieri è il territorio con l'indice di vecchiaia minore. L'indice di vecchiaia, negli ultimi dieci anni, ha subito un incremento più rapido del resto della regione ed è probabile che continui a crescere, grazie al continuo allungarsi della speranza di vita.  
**L'indice di dipendenza**, ovvero il carico di minori infraquattordicenni e di anziani over 65 enni che la popolazione attiva (15-64 anni) deve sostenere, registra i valori più elevati nell' ASL 10, nelle ASL 1-4 del capoluogo e nell'ASL 9. Il numero elevato di popolazione anziana presente in queste aree infatti incide notevolmente sul computo di tale valore; pertanto si ha per l'ASL 10 e le ASL 1-4 un indice di dipendenza di 54, per l'ASL 9 di 53. Il valore minore si riscontra nell'ASL 5 che può esser considerato il territorio con maggior percentuale di popolazione adulta.

## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

6. L'indice regionale di **dipendenza globale** (che spiega in sostanza il "peso" della popolazione minorile 0-14 anni e anziana over 75enne che ricade sulla popolazione adulta di 30-59 anni) presenta il valore più elevato nel territorio dell'ASL 10 (53,5). Un valore lievemente inferiore si registra nell'ASL 9 (52,0) seguito poi dal valore del capoluogo torinese (50,6); più distanziati risultano essere gli indici delle altre ASL. Il valore provinciale è pari a 48,5. Questo indice può rappresentare il peso che due fronti generazionali deboli rivestono sulla cosiddetta "generazione di mezzo" che spesso si deve confrontare con l'onere dell'accudimento di bambini e di anziani. Questa tendenza è confermata anche da un altro indice demografico regionale che rappresenta il **rapporto quarta e terza età** (moltiplicato per 100). Spesso la popolazione compresa tra i 60 ed i 74 anni viene vista come soggetto portatore di potenziale aiuto (anche in Italia da qualche anno si usa il termine "care giver") nei confronti di persone più anziane, proprio perché più libero da vincoli lavorativi, rispetto a quelli che gravano sulla generazione di mezzo (30-59enne). Il "peso" della quarta età su una popolazione anziana più attiva e potenzialmente più in salute, come la terza età, è ancora maggiore nelle ASL 10, 9 ed in quelle del capoluogo torinese. La generazione della terza età gioca inoltre un ruolo fondamentale nell'economia familiare perché può rappresentare anche un potenziale aiuto per quei nipoti (di età inferiore ai 10 anni) i cui genitori lavorano entrambi o risultano essere separati. L'indice demografico regionale che esprime il **rapporto terza età-bambini** (moltiplicato per 100) può indicare pertanto il peso ipotetico che questa importante risorsa familiare potrebbe avere sui minori di 10 anni. In questo caso i territori che coincidono con le ASL del capoluogo torinese possono contare su due nonni e mezzo, sufficientemente attivi ed operosi, per ogni bambino. Le ASL 8, 6 e 7 non presentano questo "privilegio", non potendo far affidamento pienamente su due nonni per ogni bambino.
7. Ulteriori elementi utili per un'analisi demografica di maggior dettaglio della provincia di Torino, si possono dedurre dai dati relativi ai singoli enti gestori socio-ass.li suddivisi per fasce d'età. Tra gli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali quello con percentuale di minori 0-17 anni più elevata è il C.I.S.A. 12 di Nichelino con il 17,1%, seguita dal 17,0% del C.S.S.A. del Chierese e del 16,9% del C.I. di S. di Piosasco. Le percentuali più basse sono quelle della Comunità Montana Val Chisone e Germanasca, con il 13,4%, della Comunità Montana Val Pellice con il 13,7% e della città di Torino con il 13,8%. Tra gli enti che registrano le percentuali più elevate di minorenni, sette superano la soglia del 16% rispetto alla loro popolazione. Di questi sette, sei risultano essere in aree contigue alla città di Torino. L'unica eccezione è costituita dal consorzio di Carmagnola.  
Per quanto concerne la popolazione anziana si può notare come siano le Comunità Montane ad avere le percentuali più elevate di popolazione over 65enne; in particolar modo la Comunità Montana Val Pellice e la Comunità Montana Val Chisone e Germanasca dove si raggiunge il 26,0%. Questi due territori si trovano all'interno del perimetro dell'ASL 10. Anche la Comunità Montana Valli di Lanzo e la Comunità Montana Val Sangone registrano percentuali piuttosto elevate, pari al 23,8% e al 20,6%. Le Comunità Montane tuttavia non sono le uniche aree in cui si registra questa prevalenza. Vi sono inoltre il consorzio IN.RETE di Ivrea, il C.I.S.S.A.C. di Caluso, il C.I.S.S. di Pinerolo ed CISS 38 di Cuornè (23,5%, 22,6%, 21,45%, 21,27%) dove tre di detti territori coincidono con l'ASL 9 ed uno (C.I.S.S. di Pinerolo) completa il perimetro dell'ASL 10. Si comprende quindi come le ASL 10 e 9 facciano registrare i valori più elevati di popolazione anziana (in particolare over 75, rispettivamente con il 10,7% e 10,5%). Gli indici di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di 65 anni e più per 100 abitanti in età 0-14 anni) più elevati nella provincia di Torino si ritrovano all'interno del gruppo menzionato (CM Val Chisone e Germanasca 230,7; CM Val Pellice 226,6; IN.RETE Ivrea 201,22) con l'eccezione della CM Valli di Lanzo, altro territorio montuoso (che si caratterizza con il 200,45). Viceversa i valori più bassi si riscontrano tra quegli enti gestori che circondano la città di Torino, in particolare il CISA 12 di Nichelino. Considerando i valori relativi agli indici regionali di dipendenza globale, questi saranno più elevati quanto meno consistente sarà il valore della popolazione adulta (30-59) rispetto a quella minorile (0-14) ed anziana (over 75). Tra gli Enti gestori, la C.M. Val Pellice presenta l'indice più alto (57,9) mentre il C.I.S.A.P. di Collegno ed il C.I.S.A. Nichelino hanno gli indici meno elevati (rispettivamente 42,6 e 42,7). In due aree montane, la Comunità Val Chisone e Germanasca e la Comunità Montana Val Pellice, la popolazione anziana è quasi doppia rispetto quella minorile.
8. Per alcuni versi si è visto come i territori afferenti alle ASL della città di Torino presentino caratteristiche demografiche più simili a territori provinciali connotati da una certa montuosità. Un'ultima analisi più in generale può essere effettuata sulla distribuzione della popolazione nella provincia di Torino in riferimento all'**altimetria**. Ne discendono tre diverse aree geografiche, suddivise per zone altimetriche: pianura, collina e montagna, introducendo anche la variabile capoluogo. Il 40% del totale della popolazione (867.857 persone) risiede nella città di Torino, il 34% in pianura (742.217 persone), il 20% in collina (440.665 persone) ed il restante 6% in montagna (141.221 persone). Interessante è sapere come le tre macro-fasce d'età si ripartiscono in queste zone altimetriche. Si evidenzia che il 14% di minori 0-14 risiede in pianura, il 13% in collina, il 12% in montagna e il 12% nel capoluogo. Per quanto concerne gli adulti, 15-64 anni, essi sono così distribuiti: il 68% in pianura, il 67% in collina, il 65% nel capoluogo e il 65% in montagna. L'ordine si inverte se si passa alla distribuzione della popolazione oltre i 65 anni, infatti si ha il 23% nelle zone montuose, il 23% nel territorio di Torino, il 20% in collina e il 18% in pianura.

**PROVINCIA DI TORINO**  
**Servizio Solidarietà Sociale**

**Ipab**

1. Le principali funzioni svolte attualmente dalla Provincia in tema di II.PP.A.B. ed II.PP.A.B. privatizzate, ai sensi dell'art. 5 della L. R. n. 1/2004 e nelle more dell'emanazione di una legge regionale in materia da parte della Regione Piemonte, sono le seguenti:
  - ✘ controllo pubblico, ai sensi degli articoli 23 e 25 del codice civile, sulla amministrazione delle persone giuridiche di diritto privato che hanno ottenuto il riconoscimento in seguito alla trasformazione delle II.PP.A.B., compresi lo scioglimento del Consiglio di amministrazione e la nomina del commissario straordinario;
  - ✘ vigilanza sugli organi e sull'attività amministrativa delle II.PP.A.B., esclusi la sospensione e lo scioglimento del consiglio di amministrazione e la nomina del commissario straordinario;
  - ✘ nomina dei membri del consiglio di amministrazione delle II.PP.A.B. quando questa sia di competenza regionale e dichiarazione di decadenza dei membri del consiglio di amministrazione delle II.PP.A.B. nei casi previsti dalla legge;
2. Sulla base dell'ultimo aggiornamento effettuato nel mese di maggio 2005, risultano attivi 189 enti., di cui 72 II.PP.A.B. e 117 tra associazioni e fondazioni; si segnala, inoltre la presenza di 22 enti non funzionanti e 13 estinti.

La situazione attuale può essere riassunta dalle seguenti tabelle:

II.PP.A.B.	II.PP.A.B. PRIVATIZZATE	ENTI NON FUNZIONANTI	ENTI ESTINTI
72	117	22	13

DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO DI II.PP.A.B. ED II.PP.A.B. PRIVATIZZATE IN FUNZIONE DEL RELATIVO ENTE GESTORE		
ENTE GESTORE	NUMERO II.PP.A.B.	NUMERO II.PP.A.B. PRIVATIZZATE
IN.RE.TE. (IVREA)	7	10
CI.DI.S (ORBASSANO)	5	2
C.I.S.S. (PINEROLO)	8	9
C.I.S.A. 31 (CARMAGNOLA)	7	8
C.I.S.S. (CHIVASSO)	2	8
C.M. VALLI LANZO	1	-
C.I.S. (CIRIE)	5	4
C.S.S.A.(CHIERI)	7	7
C.I.S.S. 38 (CUORGNE)	2	7
C.I.S.A. (GASSINO)	2	2
C.I.S.S.A. (MONCALIERI)	3	3
C.I.S.S.P. (SETTIMO)	3	2
C.I.S.S.A.C. (CALUSO)	5	7
CON.I.S.A. VAL SUSÀ	-	10
C.I.S.A. 12 (NICHELINO)	-	3
C.I.S.A. (RIVOLI)	-	3
C.I.S.S.A. (PIANEZZA)	-	6
C.M. VAL PELLICE	-	1
C.M. VAL SANGONE	-	2
C.M. VAL CHISONE E GERMANASCA	-	1
CITTÀ di TORINO	15	22
<b>TOTALE</b>	<b>72</b>	<b>117</b>

PROVINCIA DI TORINO  
Servizio Solidarietà Sociale

DIFFERENZIAZIONE DI II.PP.A.B. ED II.PP.A.B. PRIVATIZZATE IN FUNZIONE DEL TIPO DI ATTIVITA' SVOLTA		
	II.PP.A.B.	II.PP.A.B. PRIVATIZZATE
Residenza per anziani	17	19
Asilo-Scuola materna	33	77
Altro	22	21

PATRIMONIO IMMOBILIARE II.PP.A.B. ED II.PP.A.B. PRIVATIZZATE	FABBRICATI	TERRENI
		Euro 74.705.000,00

Si precisa che le cifre relative al patrimonio immobiliare sono puramente indicative, poiché basate sui dati raccolti dalla Regione nell'agosto 2002, che sono in fase di aggiornamento.



## Operatori sociali

1. Gli operatori sociali definiti dalla L.R. 1/2004 e presenti in questa analisi sono l'Assistente sociale, l'Educatore professionale, l'Adest/OSS, l'Animatore professionale socio educativo.  
L'Assistente sociale, individua, coordina e promuove risorse per prevenire e risolvere situazioni di disagio di singoli, gruppi o comunità. Lavora con l'utenza e per la progettazione, l'organizzazione e la gestione dei Servizi Sociali. La presenza degli assistenti sociali nella provincia di Torino è la più alta, in proporzione al numero di abitanti, della Regione Piemonte, con 2,11 assistenti sociali ogni 10.000 abitanti.  
L'Educatore professionale, attua specifici progetti educativi e riabilitativi nei servizi sociali e sanitari, programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà. Partecipa ad attività di studio e di ricerca, all'analisi dei bisogni, allo sviluppo dei servizi.  
L'Operatore Socio Sanitario (OSS), aiuta le persone a soddisfare i propri bisogni fondamentali. Favorisce il benessere e l'autonomia di coloro che vivono una condizione di difficoltà a casa, in ospedale o nelle strutture residenziali. Le sue attività sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita. L'OSS è una figura professionale nuova che andrà a sostituire progressivamente l'Adest; ideata per avere una professionalità unica nei settori sociale e sanitario viene riconosciuta nella conferenza Stato-Regioni del febbraio 2000 e i primi corsi di formazione nel territorio regionale vengono attivati nell'anno 2001.  
l'Animatore professionale socio educativo, lavora nei servizi residenziali con attività ludiche, nei programmi contro l'emarginazione e nella socializzazione diffusa. Nel territorio provinciale sono poche le figure inquadrare con questa qualifica.  
Vengono anche prese in considerazione Altre figure professionali che svolgono funzioni dirette o indirette nell'erogazione di interventi e servizi, tra esse possiamo segnalare chi svolge funzioni dirigenziali: Direttore, Coordinatore, Responsabile di Aree e chi svolge funzioni amministrative e tecniche: Istruttore amministrativo, Istruttore esecutivo, Addetto a servizi vari.
2. Nella Provincia di Torino gli Adest/OSS rappresentano il 40% degli operatori in servizio, l'Educatore il 26%, Altro il 24%, l'Assistente sociale il 10%.
3. Sul totale degli occupati in Regione Piemonte, il 61% lavora nella provincia di Torino e di questi 4922 operatori, circa il 60% lavora nel territorio del Comune di Torino.  
La distribuzione lavorativa nella provincia di Torino rileva il 46% degli occupati nelle attività di centro diurno e di presidio (attività di tipo giornaliero per utenza specifiche) il 42% nelle attività territoriali (a stretto contatto con l'utenza per l'erogazione delle prestazioni sociali) e il 12% nelle attività amministrative centrali (di tipo organizzativo, amministrativo, progettuale).
4. All'interno dei Servizi Sociali territoriali e dei presidi socio-assistenziali sono presenti altre professioni che per carenze legislative non sono legalmente riconosciute o svolgono funzioni con diversa denominazione, altre professioni sono in attesa di riconoscimenti giuridici, altre ancora sono presenti in forma sperimentale. Tra queste possiamo segnalare:  
Il Mediatore interculturale, svolge una funzione di collegamento tra le culture straniere e le strutture, i servizi e le istituzioni locali e nazionali.  
L'Educatore con mansioni specifiche, attua un'azione educativa in ambiti specifici d'intervento quali la disabilità, i minori e i giovani; è una forma di specializzazione del lavoro dell'educatore che nasce dall'esperienza maturata negli anni.  
Si possono considerare:  
✘ l'educatore specializzato alla comunicazione ed all'autonomia per i disabili sensoriali  
✘ l'educatore specializzato in aiuto didattico ed alla autonomia per non vedenti  
✘ l'educatore di strada.  
Il Tecnico di inserimento lavorativo, attua l'inserimento al lavoro delle persone disabili e dei minori effettuando un'importante collegamento tra le aziende, i privati e l'utenza. Non esiste una specializzazione, un profilo professionale riconosciuto, né di conseguenza corsi specifici di formazione; la funzione è generalmente svolta da assistenti sociali o da educatori professionali.
5. La professioni sociali sono molto richieste sul mercato del lavoro, si può affermare che non esiste disoccupazione per chi ha la qualifica di assistente sociale, di educatore professionale e di OSS.
6. Gli operatori sociali devono poter affrontare con maggiore competenza, motivazioni e capacità il loro impegno lavorativo per garantire una migliore qualità del sistema integrato dei Servizi Sociali. L'aumento della complessità lavorativa e del carico di lavoro rischia di creare situazioni di demotivazione, stanchezza, burn-out.
7. La formazione professionale è importante perché risponde ad un bisogno di crescita professionale, di trasformazione organizzativa, di sviluppo personale legato alla crescente difficoltà del lavoro sociale, di riflessione sul nesso e sulle direzioni di sviluppo del lavoro sociale. Per gli operatori la formazione è uno stacco necessario, una boccata d'ossigeno; una maggiore attenzione ai propri bisogni permetterebbe di alleviare la fatica fisica e mentale che comporta il loro lavoro.



## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

Emerge la necessità dell'attivazione di maggiori di corsi di aggiornamento, supervisione, formazione permanente.

8. Principali canali di formazione. La formazione di base degli operatori sociali avviene tramite l'Università, con i corsi di Laurea triennale e la Laurea specialistica per gli assistenti sociali e gli educatori e tramite gli Enti gestori dei servizi sociali e le Agenzie formative accreditate per gli OSS (con finanziamenti dal Fondo Sociale Europeo e dai Fondi Regionali trasferiti alle Province). Per i corsi di riqualifica e di aggiornamento/formazione permanente, per tutte le professioni sociali, la competenza è degli Enti gestori dei servizi sociali (con finanziamenti del Fondo Regionale trasferito alle Province).
9. La carenza di un'analisi dei bisogni formativi e di una banca dati sulla presenza degli operatori sociali, da parte degli Enti gestori dei servizi sociali, non garantisce di programmare e orientare meglio i finanziamenti in particolare laddove vi sono più bisogni di riqualificazione. La realizzazione, nel periodo marzo '05-febbraio '06, di una indagine svolta in collaborazione con l'Università di Torino-Corep/Frame permetterà di colmare questa lacuna.
10. Qual è oggi l'immagine dell'operatore sociale, quali sono i suoi stereotipi, quali luoghi comuni si nascondono dietro il lavoro di cura e la "naturale propensione femminile" a sceglierlo come professione, quale comprensione degli stereotipi di genere suggeriti alle giovani generazioni che alimentano tale "femminilizzazione" del lavoro sociale, chi oggi sceglie queste professioni e con quali aspettative. Questi ed altri temi sono alla base di una indagine che sarebbe utile promuovere per restituire al lavoro dell'operatore sociale quella dignità e quella parità di valore nel confronto con le professioni "forti".

## Terzo Settore

### La rilevanza sociale ed economica del settore no profit:

#### 1. Nel sistema di welfare alla luce della riforma dell'assistenza

Le relazioni tra il sistema pubblico e quello del privato sociale costituiscono un importante terreno non soltanto per la ridefinizione del "welfare di comunità", ma soprattutto per costruire nuove modalità di rapporto tra la società civile e le Istituzioni e per offrire al contempo nuovi significati a concetti come "mercato" e "bene comune"

L'esplosione del Terzo Settore ha coinciso, nel nostro Paese con una forte presa di coscienza da parte dei cittadini dei loro diritti e soprattutto delle carenze del sistema pubblico (ancora molto centralistico e burocratizzato nei primi anni 90, epoca di maggior attivazione di nuove organizzazioni di volontariato e cooperazione sociale), ma altresì per alcune caratteristiche riconosciute come elementi costitutivi della sua identità quali la socialità e la solidarietà. In un certo senso queste due caratteristiche possono considerarsi il "valore aggiunto" del Terzo Settore e in molti casi costituiscono la ragione a preferire, a parità di condizioni, i suoi servizi rispetto a quelli offerti dal mercato e dai servizi pubblici. Il Terzo Settore è dunque da considerarsi espressione di vivacità sociale e di volontà di partecipazione dal basso, in una parola un segnale di ripresa della vita democratica.

La riforma nazionale dell'assistenza (Legge 328/2000), se da un lato conferma il ruolo ormai consolidato degli organismi del Terzo Settore quali soggetti fornitori dei servizi, dall'altro, con un vero e proprio salto di qualità culturale, riconosce la capacità progettuale e innovata di tali organizzazioni inserendole nel circuito di co-programmazione e co-progettazione pubblico privato.

Questa scelta nasce anche sulla spinta di alcuni elementi che connotano la realtà italiana quali:

- ✘ la crescita esponenziale delle aspettative nei confronti del welfare state e l'evidente impossibilità di farvi fronte all'interno di un modello burocratico e deresponsabilizzante;
- ✘ la necessità di ridurre il debito pubblico e di utilizzare in modo più efficiente le risorse decrescenti a disposizione;
- ✘ l'accettazione della scelta del principio di sussidiarietà verticale ed orizzontale, operata negli anni precedenti attraverso l'imponente riforma attuata dal decentramento amministrativo, che ha ridato autonomia e responsabilità ai soggetti che danno vita alle formazioni sociali intermedie tra il singolo cittadino e lo Stato;
- ✘ il bisogno diffuso di partecipare in modo più diretto ed immediato alla soluzione dei problemi economici, sociali, culturali delle comunità più vicine e più lontane;
- ✘ Il superamento di un'idea residuale del no profit considerato come semplice rimedio ai fallimenti dello stato e del mercato a partire dalla constatazione che la convivenza sociale, economica e politica ha bisogno non solo di logiche contrattuali e rivendicative, ma anche di "investimenti fiduciari" nell'altro, di gratuità, di beni relazionali, di reciprocità. A queste virtù si lega saldamente anche l'economia civile a cui sono riconducibili gli aspetti economici del no profit.

Oltre a quanto sopra ha pesato la presa di coscienza da parte del Legislatore che qualsiasi intervento di carattere sociale delle pubbliche amministrazioni, anche professionalmente ineccepibile, non è in grado di incidere in modo profondo sulla qualità della vita di un soggetto in difficoltà, se non è accompagnato da un coinvolgimento del vicinato e della comunità locale, che più di altri soggetti sono in grado di cogliere anticipatamente la presenza di segnali di abbandono e di rischio (*territorializzazione dell'intervento*)

D'altro canto la cooperazione con le istituzioni pubbliche conferisce all'ente no profit riconoscimento, credibilità e possibilità di ottenere contributi a seconda dei progetti svolti; permette inoltre all'utente un maggior potere discrezionale nella scelta dei servizi; consente vantaggi in termini di accoglienza della persona e di tutti i suoi molteplici bisogni, producendo così un effetto moltiplicatore sulla risposta.

#### 2. Nel sistema economico italiano

Per avere un'idea dell'impatto complessivo del no profit sul sistema economico italiano il testo preso a riferimento è la rilevazione effettuata dall'Istat, negli anni 2000 e 2001, su dati tratti dall'archivio delle istituzioni no-profit in Italia.

La rilevazione, che si basa su dati 1999, ci dice che le dimensioni del "terzo settore" italiano, benchè inferiori a quelle dei maggiori paesi industrializzati, rappresentano comunque una realtà consistente specie se confrontate con le dimensioni delle imprese a scopo di lucro e con quelle delle istituzioni pubbliche.

Andando nel dettaglio troviamo che:

1. il settore impegna, con compiti diversi, circa 4 milioni di persone, pari al 17% della popolazione attiva e al 10% di quella in età lavorativa;
2. in termini di occupazione "retribuita" il terzo settore presenta dimensioni occupazionali analoghe a quella di settori come l'intermediazione monetaria e finanziaria, e altresì pari al 13,7% delle più importanti attività dei servizi di pubblica utilità (pubblica amministrazione, istruzione, sanità e servizi sociali)

**PROVINCIA DI TORINO**  
**Servizio Solidarietà Sociale**

3. sommando anche l'occupazione non retribuita il peso assunto dal terzo settore raggiunge il 4,6% dell'occupazione complessiva
4. le spese del settore ammontano a oltre 35 miliardi di Euro, pari al 3,2% del PIL.

**3. Nel sistema territoriale della provincia di Torino**

Vediamo in sintesi quali sono i numeri del sistema no profit nella nostra provincia:

al 15 settembre 2004, i dati del Registro delle Organizzazioni di Volontariato della Regione Piemonte così come pubblicate sul Bollettino Regionale n. 41, supplemento n. 2 del 14 ottobre 2004, sono i seguenti:

PROVINCIA	N. ASSOCIAZIONI	% SUL TOTALE
ALESSANDRIA	199	11,1%
ASTI	91	5%
BIELLA	103	5,7%
CUNEO	257	14,3%
NOVARA	192	10,7%
<b>TORINO</b>	<b>806</b>	<b>44,8%</b>
VERBANO CUSIO OSSOLA	56	3,1%
VERCELLI	95	5,3%
<b>TOTALE</b>	<b>1799</b>	<b>100%</b>

Le 806 organizzazioni iscritte alla sezione della Provincia di Torino del Registro Regionale risultano essere suddivise in 9 settori di intervento. Di seguito si riportano i diversi settori e il numero delle organizzazioni in essi iscritte:

SETTORI	ORGANIZZAZIONI	% SUL TOTALE
socio-assistenziale	278	34,5%
sanitario	279	34,5%
impegno civile e tutela e promozione dei diritti	37	4,6%
protezione civile	123	15,3%
promozione della cultura, istruzione, educazione permanente	22	2,7%
tutela e valorizzazione del patrimonio storico e artistico	41	5,1%
educazione motoria, promozione attività sportive e tempo libero	7	0,9%
tutela e valorizzazione dell'ambiente	16	2%
organismi di collegamento e coordinamento	3	0,4%
	<b>806</b>	<b>100%</b>

al 15 settembre 2004, i dati dell'Albo Regionale delle Cooperative Sociali così come pubblicate sul Bollettino Regionale n. 39, supplemento n. 1 del 30 settembre 2004, sono i seguenti:

PROVINCIA	N. COOPERATIVE	% SUL TOTALE
ALESSANDRIA	43	9,5%
ASTI	22	4,9%
BIELLA	24	5,3%
CUNEO	76	16,9%
NOVARA	39	8,7%
<b>TORINO</b>	<b>201</b>	<b>44,7%</b>
VERBANO CUSIO OSSOLA	22	4,9%
VERCELLI	23	5,1%
<b>TOTALE</b>	<b>450</b>	<b>100%</b>

## PROVINCIA DI TORINO Servizio Solidarietà Sociale

Le 201 cooperative sociali iscritte alla sezione della Provincia di Torino dell'Albo Regionale risultano essere suddivise in 3 sezioni di intervento: cooperative di tipo A che gestiscono servizi socio-assistenziali educativi; cooperative di tipo B che inseriscono al lavoro soggetti svantaggiati; cooperative di tipo C consorzi di cooperative. Di seguito si riportano le diverse sezioni e il numero delle cooperative in esse iscritte:

SEZIONI	COOPERATIVE	PERCENTUALE SUL TOTALE
Cooperative sociali di tipo A	116	57,7%
Cooperative sociali di tipo B	72	35,8%
Cooperative sociali di tipo C	13	6,5%
	<b>201</b>	<b>100</b>

Geograficamente, le cooperative sociali della Provincia di Torino sono così ripartite:

	TIPO A	TIPO B	TIPO C	TOTALE	% SUL TOTALE
Città di TORINO	70	32	9	111	55%
C.I.S.A.P. COLLEGNO-GRUGLIASCO	9	5	1	15	7,5%
IN.RE.TE. IVREA	6	6	1	13	6,5%
C.I.S.S. PINEROLO	6	4	1	11	5,5%
C.I.S.S. CHIVASSO	2	5		7	3,5%
C.I.S. CIRIE'	3	4		7	3,5%
C.I.S.A. 31 CARMAGNOLA	3	3		6	3%
C.I.S.S. 38 CUORGNE'	1	3		4	2%
C.I.S.S.A. PIANEZZA	2	2		4	2%
C.I.S.S.A. MONCALIERI	2	1		3	1,5%
C.I.S.S.-A.C. CHIERI	2	1		3	1,5%
C.M. VAL PELLICE	3			3	1,5%
C.I.S.S.-A.C. CALUSO	1	1		2	1%
C.M. VALLI DI LANZO	2			2	1%
CO.NI.SA. VAL SUSÀ	1	1		2	1%
C.I.S.A. NICHELINO		2		2	1%
C.I.S.A. RIVOLI		1	1	2	1%
C.M. VAL CHISONE	1			1	0,5%
C.I.S.A. GASSINO	1			1	0,5%
C.I.S.S.P. SETTIMO	1			1	0,5%
C.I.diS. ORBASSANO		1		1	0,5%
			<b>TOTALE</b>	<b>201</b>	<b>100%</b>

### ALCUNE INDICAZIONI PER ORIENTARE GLI INTERVENTI

- ✘ Consolidare, all'interno delle forme di coprogrammazione con il settore pubblico, lo spazio e la specificità di azione dei diversi soggetti del Terzo Settore, sia nei settori "tradizionali" di intervento (politiche socio-assistenziali e sanitarie) che in quelli innovativi (politiche del lavoro e della formazione professionale, politiche ambientali e di riqualificazione del territorio) in quanto i vari soggetti possono apportare delle utili indicazioni sia in termini di know how che di conoscenza diretta dei bisogni del territorio per individuare gli interventi più opportuni.
- ✘ Sostenere la costituzione di organismi di coordinamento e rappresentanza del Terzo Settore quali strumenti strategici nelle programmazioni negoziate d'ambito, in grado di costituire per il Pubblico un interlocutore rappresentativo e dotato di strategia unitaria, nei processi di costruzione delle politiche locali di intervento. Si pensi all'importanza, nel momento attuale, di disporre di tali organismi quali soggetti di riferimento nei diversi Uffici di Piano costituiti nel territorio per la predisposizione dei Piani di Zona, per favorire in modo positivo la realizzazione partecipata ed efficiente del Terzo Settore alla programmazione nel sociale.
- ✘ Stimolare gli organismi pubblici del nostro territorio a prevedere l'adozione di principi, anche etici, vincolanti per le parti, contenenti indicazioni utili per la coprogettazione e la gestione dei servizi in affidamento o in convenzione, ma anche per aumentare la consapevolezza che entrambi i soggetti, Pubblico e Terzo Settore, svolgono una vera e propria "funzione pubblica" pur nel rispetto degli specifici ambiti di competenza;

## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

- ✘ Sostenere processi esterni ed interni al Terzo Settore che favoriscano corrette forme di riconoscimento dei diversi soggetti del no profit e delle loro peculiarità in consonanza con la specifica normativa che ad essi si riferisce anche al fine di meglio utilizzare possibilità e risorse;
- ✘ Favorire l'adozione da parte dei soggetti pubblici del dettato normativo che orienta l'affidamento dei servizi, specie quelli alla persona, verso forme di aggiudicazione nelle quali sia possibile definire in maniera concordata il contenuto e il profilo del servizio erogato (coprogettazione). Il rispetto da parte delle pubbliche amministrazioni di questi indirizzi della legge va nella direzione di consentire la realizzazione di un mercato dei servizi alla persona effettivamente concorrenziale e basato sulla qualità, superando i limiti di un sistema che accetta ancora le gare al ribasso, l'intermediazione di mano d'opera, il continuo rinnovo delle prestazioni senza aumento del corrispettivo. Se queste sono le linee da seguire, diviene sempre meno importante il mero vantaggio in termini economici del servizio esternalizzato rispetto al servizio erogato direttamente e, quindi, il valore del contracting-out viene individuato nei vantaggi sociali che derivano dall'attivazione del privato sociale. Questo vuol dire affrontare una serie di temi quali: l'utilizzo del bilancio sociale, la territorializzazione del Terzo Settore, la qualità del servizio, l'importanza del coinvolgimento di tutte le componenti sociali, il valore della creazione di imprenditoria sociale.
- ✘ Sviluppare azioni formative specifiche finalizzate all'aumento di competenze di coprogettazione pubblico/terzo settore in modo da facilitare la collaborazione tra questi due differenti ruoli per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- ✘ Promuovere e sostenere azioni di concertazione che portino ad una maggior razionalizzazione dei sostegni forniti alle organizzazioni del Terzo Settore, a vario titolo, da una molteplicità di soggetti pubblici e privati.

**PROVINCIA DI TORINO**  
**Servizio Solidarietà Sociale**

**Anziani**

1. La percentuale di ultrasessantacinquenni in provincia di Torino nel 2003 è pari al 21% e quindi superiore alla percentuale media italiana. In termini assoluti questa percentuale corrisponde a 457.937 persone. Gli ultrasessantacinquenni rappresentano invece, con 198.613 persone, il 9% della popolazione. Rispetto ad un anno prima si registra un aumento di circa l'1% in entrambe le classi di età .
2. Il valore provinciale dell'indice di vecchiaia è pari a 166,9. Tale valore deriva da una situazione sul territorio fortemente differenziata: vediamo che le aree con i valori più elevati sono quelle montane (C.M. Val Chisone e Germanasca, C.M. Val Pellice, Consorzio INRETE di Ivrea, C.M. Valli di Lanzo) seguite dalla città di Torino, mentre i valori minimi corrispondono alla prima cintura torinese (CISA Nichelino, CidiS Orbassano, CISSA Pianezza, CISSP Settimo). I comuni della cintura metropolitana si caratterizzano per l'indice di vecchiaia più basso, mentre numerose aree dell'arco alpino presentano valori più elevati.

Enti Gestori	Pop. Totale	% indice di vecchiaia	% indice di dipendenza	% indice di dipendenza senile	rapporto quarta-terza età %	rapporto terza età-bambini %	dipendenza globale %	rapporto giovani-età adulta %
C.I.S.A.P. Grugliasco	87.279	137,61	43,63	14,75	38,15	202,80	42,61	36,71
C.I.S.A. Rivoli	56.434	145,95	44,86	16,70	41,70	222,66	44,50	36,19
C.I.di S. Orbassano	90.220	115,97	44,13	12,67	33,11	185,29	43,71	36,96
CON.I.S.A. Val Susa	86.795	150,61	49,47	19,83	51,13	199,34	49,18	34,33
C.M. Val Sangone	27.357	157,49	50,82	20,94	52,01	199,51	50,45	34,86
C.I.S.S.A Pianezza	82.098	122,28	43,75	14,25	40,23	185,11	43,68	35,86
C.I.S. Cirié	88.499	127,31	45,48	16,21	45,67	176,00	46,11	35,80
<b>C.M. Valli di Lanzo</b>	<b>26.340</b>	<b>200,45</b>	<b>55,55</b>	<b>25,59</b>	<b>57,47</b>	<b>244,09</b>	<b>53,15</b>	<b>34,13</b>
C.I.S.S.P. Settimo	78.226	122,86	44,23	13,54	36,37	183,75	43,51	37,00
C.I.S.A. Gassino	39.112	134,87	47,32	16,41	43,54	189,33	45,98	32,57
C.I.S.S. Chivasso	61.015	161,85	49,19	20,22	51,61	209,71	48,36	35,94
C.S.S-A.C del Chierese	83.887	132,28	49,19	18,37	48,76	180,09	50,08	35,61
C.I.S.S.A. Moncalieri	72.036	152,18	46,20	16,81	41,68	217,64	44,54	36,44
C.I.S.A. 12 Nichelino	74.907	109,65	42,61	11,94	33,27	171,65	42,72	37,38
C.I.S.A. 31 Carmagnola	47.986	135,42	49,95	18,91	50,06	176,67	50,83	37,03
C.I.S.S.A.C. Caluso	36.451	190,42	52,71	24,76	60,40	230,97	51,75	34,41
<b>IN.RE.TE Ivrea</b>	<b>89.865</b>	<b>201,22</b>	<b>54,17</b>	<b>24,88</b>	<b>54,66</b>	<b>256,40</b>	<b>51,76</b>	<b>33,13</b>
C.I.S.S. 38 Cuorné	61.275	165,87	51,72	22,87	56,34	204,90	52,42	37,49
C.I.S.S. Pinerolo	91.640	167,70	52,07	22,89	55,31	211,42	52,27	36,03
<b>C.M. Val Pellice</b>	<b>18.198</b>	<b>226,58</b>	<b>60,11</b>	<b>30,65</b>	<b>65,40</b>	<b>261,81</b>	<b>57,95</b>	<b>32,65</b>
<b>C.M. Val Chisone e Germ.</b>	<b>19.139</b>	<b>230,75</b>	<b>59,25</b>	<b>28,68</b>	<b>56,97</b>	<b>282,98</b>	<b>55,39</b>	<b>31,70</b>
A.S.L. 10	1.470	147,74	50,46	20,45	56,43	191,27	50,38	34,44
<b>Totale (escluso Torino)</b>	<b>1.320.229</b>	<b>146,41</b>	<b>47,96</b>	<b>18,23</b>	<b>46,49</b>	<b>200,93</b>	<b>47,49</b>	<b>35,74</b>
<b>Comune di Torino</b>	<b>867.857</b>	<b>202,66</b>	<b>53,72</b>	<b>23,94</b>	<b>52,11</b>	<b>255,61</b>	<b>50,55</b>	<b>33,97</b>
<b>TOTALE</b>	<b>2.188.086</b>	<b>166,99</b>	<b>48,68</b>	<b>20,45</b>	<b>48,89</b>	<b>221,10</b>	<b>48,68</b>	<b>35,05</b>

**PROVINCIA DI TORINO**  
**Servizio Solidarietà Sociale**

3. Una proiezione sulla popolazione anziana in provincia di Torino (a popolazione totale invariata) può essere ipotizzata applicando alla popolazione della provincia di Torino alcune stime effettuate per l'Italia. Tale dato risulta probabilmente sottostimato perché la percentuale di ultrasessantacinquenni della provincia di Torino è superiore a quella italiana.

Ultrasessantacinquenni in provincia di Torino – STIMA

Anno	2001	2010	2020	2.030
Valori assoluti	429.234	448.475	512.229	593.570
Percentuali	19,52 %	20,4 %	23,3 %	27 %

4. Esiste una variabilità significativa dell'indice di vecchiaia a livello territoriale: oltre alle quattro ASL della città di Torino, che insieme si caratterizzano con il tasso di vecchiaia più elevato della provincia, notevoli differenze sono riscontrabili fra le ASL della cintura e quelle più periferiche, in particolare quelle caratterizzate da una forte presenza di Comunità Montane. Le ASL con la più alta percentuale di popolazione oltre i 65 anni ed oltre i 75 anni sono le ASL 1-4 della Città di Torino e le ASL 9 e 10 di Ivrea e di Pinerolo.
5. Applicando la percentuale nazionale del 27% di anziani che vivono soli alla popolazione ultrasessantacinquenne della provincia di Torino si ottiene una stima di 123.643 persone. Su costoro occorrerebbe avere degli elementi quantitativi e qualitativi, nel tentativo di comprendere se possono fare affidamento su una rete, anche parentale, di sostegno.
6. Tra gli ultrasessantacinquenni si osservano più donne che uomini nella condizione di persone sola, ciò è dovuto al fatto che le donne possono contare su una speranza di vita superiore di circa sette anni.
7. Un rapporto Istat del 2000 riferisce che è diminuita nel tempo l'incidenza della povertà tra le persone che vivono sole, in particolare tra gli anziani. Una simile tendenza si osserva anche per le coppie di anziani. Nonostante questa dinamica favorevole, i tassi di povertà per anziani soli o in coppia risultano ancora più elevati di quelli dei singoli e delle coppie in cui la persona di riferimento abbia meno di 65 anni.
8. Per quel che riguarda le principali cause di morte negli anziani, la provincia di Torino si assimila alla situazione dei paesi sviluppati, nei quali tre quarti delle morti sono attribuibili a malattie cardiovascolari e tumori.
9. Confrontando i tassi grezzi per malattie dell'apparato circolatorio e per tumori in provincia di Torino nella popolazione di 65 anni ed oltre, negli anni fra il 1980 ed il 2000 si nota una lieve diminuzione per le malattie circolatorie (da 3.051,4 del quadriennio 1980-83 a 2.058,7 del triennio 1998-00), mentre per i tumori il dato registra una sostanziale stabilità.
10. Sulla base dei dati dell'indagine ISTAT "Salute 2000", in Italia la quota di popolazione anziana che dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica supera il 47%, e risulta maggiore fra le donne rispetto agli uomini (rispettivamente, il 50,9% contro il 43%). Le artrosi e le artriti sono le patologie più frequentemente dichiarate, con una frequenza di oltre il 18% (22,8% fra le donne e 13,6% fra gli uomini). Per entrambi i sessi l'ipertensione arteriosa occupa il secondo posto nella graduatoria delle condizioni patologiche più diffuse, con una prevalenza media dell'11,5% (13,2% per le donne e 9,6% per gli uomini).
11. L'utenza anziana dei servizi socio assistenziali nel 2002 è stata pari a 8.088 unità per il territorio provinciale (esclusa la Città di Torino), suddivisi equamente tra anziani autosufficienti e non (rispettivamente 48,9% e 51,1%). Per la città di Torino (totale utenti n° 6.041) le percentuali cambiano (67,9% autosufficienti e 32,1% non autosufficienti). Il maggior numero di utenti rispetto alla popolazione anziana residente si rileva nei territori del C.I.S.A.P. Collegno – Grugliasco, del C.I.S. Ciriè e nelle Comunità Montane Val Chisone e Germanasca, Val Pellice e Val Sangone mentre quello inferiore nel C.S.S.A. del Chierese. Torino città ha un valore lievemente inferiore rispetto alla media del territorio provinciale. Da questi elementi, rappresentativi l'utenza in carico, possiamo avanzare l'ipotesi che non sussista un collegamento diretto con l'indice di vecchiaia del territorio, molto elevato in tutte le Comunità Montane (dove si attesta mediamente intorno al valore 220) e nella città di Torino (203), e decisamente inferiore nel C.I.S.A.P. Collegno Grugliasco (134).
12. Gli inserimenti in Presidi residenziali, riscontrati nel 2002, in provincia di Torino (totale 2443) riguardano per il 45% gli anziani. Per ciò che concerne i soli anziani, senza considerare la Città di Torino, i soggetti non autosufficienti rappresentano il 69% del totale. La distribuzione appare piuttosto differente per aree territoriali con un massimo di interventi nella C.M. Val Pellice (967 su 100.000), C.I.S.A. 12 Nichelino (918) ed il minimo nei territori della Comunità Montana Valli di Lanzo (99) e del CON.I.S.A. Val Susa (120).
13. Un elemento di criticità rispetto alla popolazione anziana è rappresentato dai posti letto in strutture RSA e RAF convenzionate, che nel nostro territorio sono 4.158, pari allo 0,97% della popolazione ultrasessantacinquenne (dati anno 2001). I posti si distribuiscono sul territorio in maniera abbastanza omogenea. Le liste d'attesa indicavano (dati inizio 2001) in 3.386 gli utenti in attesa di essere inseriti in strutture convenzionate; nel 2003 il numero di utenti in lista d'attesa è salito

## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

al 4.680. Questi costituiscono ora l'1% della popolazione residente ultrasessantacinquenne. La percentuale di anziani in lista di attesa è alquanto variabile da un ASL all'altra (max ASL 1 con l'1,3 % e l'ASL 10 con il 1,2%; min. ASL 7 con 0,38%)

14. Il valore provinciale dell'Assistenza domiciliare (esclusa la città di Torino) è nel 2002 di 1.060 interventi ogni 100.000 anziani residenti, quello della città di Torino è inferiore (684). Il valore provinciale è il risultato di una situazione sul territorio molto diversificata: si nota infatti che il C.I.S.A.P. di Collegno, il C.I.S.S.A.C. di Caluso e la Comunità Montana Val Pellice hanno il maggior numero di interventi attivi rispetto alla popolazione residente (rispettivamente 2.623, 2.098 e 1934 interventi su 100.000 anziani residenti) mentre la Comunità Montana Valli di Lanzo, la Comunità Montana Val Chisone e Germanasca ed il C.I.S.A. 31 Carmagnola, presentano i valori più bassi (rispettivamente 132, 205 e 402).
15. Per quanto riguarda l'intervento di assistenza economica rivolto agli anziani (2.319 in totale, dato 2002 compreso capoluogo) si noti che circa il 40% di coloro che ricevono il contributo è non autosufficiente. Rispetto al tasso per 100.000 anziani residenti, i territori che esprimono tassi più elevati non appartengono più esclusivamente ad aree montane, come rilevato nell'anno precedente ma con esse (Comunità Montana Val Chisone e Germanasca, Comunità Montana Val Sangone) si inseriscono anche aree di della prima cintura torinese (C.I.S.S.A. Moncalieri, C.I.S.A. 12 Nichelino).
16. L'affidamento familiare è ancora poco diffuso nel territorio provinciale (770 affidamenti nel capoluogo torinese contro i 79 casi di anziani affidati nel resto della provincia). Escludendo il capoluogo, la maggior parte dei casi, il 57%, riguarda anziani non autosufficienti.



## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

#### Disabili

##### NOTA ALLA SEZIONE

*Gli elementi in questa sede riportati debbono essere valutati tenendo in considerazione che: a) la definizione di disabilità non è universale; b) la precisione della rilevazione dipende dal tipo di disabilità; c) stimare il numero dei bambini disabili richiede fonti informative non disponibili attualmente; d) contare i disabili significa considerare sia i disabili in famiglia che i disabili in residenze.*

1. Nella Provincia di Torino è possibile stimare in circa 25.000 le persone in situazione di disabilità con età compresa tra 6 e 64 anni di cui solo il 31% fruisce dei servizi socio-assistenziali specifici. In particolare n. 1.500 minori (di cui 1.002 residenti nel territorio provinciale e 498 residenti nella Città di Torino) e 6.341 adulti (di cui 2.884 residenti nel territorio provinciale e 3.457 residenti nella Città di Torino).
2. Gli interventi rivolti a minori disabili nel 2002, rapportati alla popolazione di riferimento, si distribuiscono intorno ad un valore provinciale (esclusa la Città di Torino) pari a 478 interventi ogni 100.000 minori residenti. Anche questo dato deriva da una situazione sul territorio molto differenziata: da un lato territori con livelli molto elevati come la Comunità Montana Val Sangone (2.007 ogni 100.000 minori residenti) e la Comunità Montana Val Chisone e Germanasca (966) e dall'altro territori con valori molto contenuti come il C.I.S.A. di Gassino (114).
3. Il valore provinciale (esclusa la Città di Torino) degli interventi rivolti ad adulti disabili è pari a 368 interventi ogni 100.000 adulti residenti. La Città di Torino presenta valori molto più elevati di interventi rivolti alla popolazione disabile adulta pari a 1.808 ogni 100.000 adulti residenti; registra invece un valore inferiore per gli interventi rivolti a minori disabili (n. 331 interventi ogni 100.000 minori residenti) rispetto a quello provinciale.
4. Gli utenti del servizio disabili sensoriali della Provincia di Torino negli ultimi due anni hanno registrato i seguenti valori: nell'anno scolastico 2003/2004 sono stati in totale n. 318 di cui 239 sordi e 79 ciechi, mentre per l'anno scolastico 2004/2005 sono stati n. 321 di cui 235 sordi e 86 ciechi. Gli interventi, limitati al periodo scolastico per la frequenza in scuole di ogni ordine e grado, comprendono attività di sostegno educativo extrascolastico e sono articolati in: sostegno educativo di mediazione alla comunicazione, rivolto a persone con sordità grave e gravissima, ossia con perdita uditiva oltre i 65 decibel da valutarsi nell'orecchio meno compromesso; sostegno educativo di aiuto didattico e all'autonomia, rivolto alle persone cieche o ipovedenti gravi.
5. Nel corso dell'anno scolastico 2003/2004 gli alunni in situazione di handicap inseriti nelle diverse realtà scolastiche della provincia di Torino (dalle scuole materne alle scuole superiori) sono stati 6.491, di cui 318 i disabili sensoriali.
6. In alternativa all'inserimento in una struttura, il servizio sociale può attivare l'assistenza domiciliare, con l'obiettivo di aiutare una persona al proprio domicilio per lo svolgimento di funzioni che riguardano la sua quotidianità. Gli interventi di assistenza domiciliare rivolti ai disabili costituiscono il 16% del totale degli interventi effettuati in provincia di Torino (esclusa la città di Torino), percentuale che sale al 51% se dal computo sono sottratti gli interventi a favore degli anziani. Si tratta in tutto di 591 persone per la provincia di Torino (esclusa la Città di Torino).
7. Una parte dell'assistenza economica offerta nel 2002 dagli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali riguarda i soggetti disabili. Si tratta di 495 interventi rivolti a disabili residenti in provincia di Torino (escludendo la Città di Torino), di cui 413 a favore di adulti e 82 a favore di minori. Gli interventi di assistenza economica a favore di disabili rappresenta circa il 11% rispetto al totale degli interventi di assistenza economica. Per quanto concerne in particolare gli interventi di assistenza economica a favore di minori, il 7% di questi riguarda minori disabili, mentre degli interventi di assistenza economica rivolti ad adulti quelli a favore di adulti disabili costituiscono il 16%.
8. Gli interventi socio educativi territoriali erogati nel 2002 dagli Enti gestori riguardano per il 20% soggetti disabili, mentre quelli a favore di adulti sono rivolti sostanzialmente per la totalità a persone disabili.
9. Rispetto alla totalità degli affidamenti dell'intera provincia (786, escludendo la città di Torino) gli interventi, nel 2002, si concentrano sui minori: il 71% delle attività in questo settore riguardano minori non disabili, i minori disabili rappresentano l'8% del totale. Gli interventi a favore di soggetti adulti disabili rappresentano invece il 9% del totale, lo stesso dato relativo ai soggetti adulti non disabili è molto più basso (2%). Se si analizzano solo gli affidamenti di minori, quelli che interessano minori disabili costituiscono il 10%. Facendo un raffronto con le adozioni di minori (si veda il capitolo minori) è interessante notare che quelle relative a minori disabili rappresentano invece meno dell'1%.
10. Le attività istruttorie per minori e incapaci sono volte a offrire, a soggetti che versano in stato di abbandono o che vivono in condizioni di pregiudizio sociale, i necessari gradi di protezione o tutela. Tra gli utenti, le persone disabili sono (al 31/12/2002) 304 in totale su tutto il territorio provinciale (compresa la Città di Torino). Il 74% degli interventi di istruttoria che riguardano i soli adulti è rivolto a soggetti disabili, mentre nel caso dei minori (che rappresentano l'80% degli utenti complessivi) solo una piccola parte è costituita da disabili (il 4%).

## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

11. Le strutture residenziali per disabili costituiscono un'offerta composta differenziata in base all'intensità dell'intervento assistenziale ed educativo e al grado di autonomia delle persone. Al 31.12.2002, gli inserimenti in presidio residenziale di soggetti disabili (escludendo gli anziani) riguardano 494 persone in provincia di Torino (39 minori e 455 adulti) e 667 nella città di Torino. Sul complesso degli inserimenti di minori in presidio, circa il 9% riguarda minori disabili mentre il dato corrispondente per la popolazione adulta disabile cresce al 67%.
12. Nel 2002 le persone con disabilità rappresentano circa il 73% dell'utenza totale dei centri diurni (più precisamente il 63% è costituito da adulti disabili ed il 10% da minori disabili). Si tratta, per quanto riguarda la provincia di Torino (esclusa la Città di Torino) di un numero complessivo di 781 persone disabili inserite in centro diurno, di cui 109 minori e 672 adulti.
13. In Provincia di Torino gli avviamenti al lavoro di cittadini disabili iscritti nelle liste di collocamento obbligatorio sono stati nell'anno 2002 n. 1.054 di cui 431 donne e 623 uomini. Gli inserimenti lavorativi curati direttamente dai servizi sociali si rivolgono prevalentemente ai soggetti adulti, che rappresentano da soli oltre l'85% degli interventi (precisamente l'86,7), mentre la restante parte è svolta a favore di minori. Se si considera la sola utenza minorile, l'89% dei soggetti cui si è rivolto il servizio non presenta alcuna forma di disabilità. I termini si invertono quando si considerano gli interventi a favore di persone adulte: il 70,4% degli inserimenti lavorativi è rivolto a soggetti adulti disabili. In particolare al 30.09.2003 le persone disabili iscritte al collocamento erano 12.811 di cui 575 appartenenti a categorie protette ed i disabili intellettivi erano 1.670 nella fascia di età 21-50 anni.
14. Un altro intervento che i servizi socio assistenziali svolgono nei confronti delle persone disabili è costituito dalle tutele. Nel 2002, le tutele in carico ai diversi enti gestori della Provincia di Torino erano 109 (esclusa la Città di Torino).
15. La competenza rispetto ai trasporti, esulando dall'ambito socio-assistenziale, è in capo ai Comuni, la maggior parte dei quali non ha risorse sufficienti per stipulare convenzioni con agenzie. Molti Comuni attivano quindi servizi di trasporto per le esigenze più urgenti (visite ospedaliere e ambulatoriali, cure mediche, ecc.), avvalendosi di cooperative di volontariato, mentre in alcune zone gli Enti gestori suppliscono a queste carenze con progetti propri, quasi esclusivamente per servizi di accompagnamento scolastico.
16. In fatto di barriere architettoniche, si segnala che è in fase di realizzazione un'indagine approfondita finalizzata ad accertare il grado di accessibilità delle strutture di accoglienza e non sul territorio interessato dagli eventi olimpici e paralimpici del 2006, ma già da ora è possibile segnalare che ovunque sono presenti ardui problemi, dovuti alla complessità delle competenze e degli interventi.

## Giovani

1. **Aspetti demografici.** La Provincia di Torino ha vissuto nel corso degli ultimi anni un netto calo demografico della fascia giovani compresa tra i 15 e i 29 anni d'età. Tale calo è ascrivibile al costante decremento delle nascite che colpisce la nostra provincia come tutte quelle del nord-Italia. Se il decremento riguarda senza eccezioni tutto il target, dividendo la popolazione giovanile in micro fasce si evidenzia come ci sia stato un netto calo nel numero di residenti compresi tra i 25 ed i 29 anni pari a 23.040 unità (quasi 14 punti percentuali). Tale andamento si rileva anche per la fascia intermedia (giovani di età compresa tra i 20 ed i 24 anni) che registra una perdita di 15.551 unità (circa 13 punti percentuali). La fascia che si discosta da questo trend è la fascia dei giovanissimi (15-19 anni) nella quale si registra un decremento costante fino al 2002 di 4.280 unità in meno (4,5 punti percentuali), ma un aumento di circa 1.000 unità nel corso dell'ultimo anno. Nonostante il decremento della popolazione giovanile, risultano residenti sul territorio provinciale (al 31/12/2003) 221.606 giovani di età compresa tra i 15 e i 25 anni, 340.741 tra i 15 e i 29 anni, e 495.924 giovani dai 18 ai 35 anni. Un altro aspetto rilevante è il mutamento demografico. Infatti, la provincia di Torino ha risentito in questo ultimo decennio di una modificazione della popolazione: si è definita spesso una nuova realtà multietnica, in cui sono proprio le giovani generazioni ad essere protagoniste del cambiamento. Inoltre, interviene anche lo spostamento dei giovani dall'area urbana verso i comuni della cintura. Tale fenomeno, infatti, pare in aumento rispetto agli anni precedenti. Interessante, a questo punto, è la valutazione della distribuzione territoriale. Considerando le due macro aree: Torino e Fuori Torino, i risultati ci indicano che oltre il 60% dei giovani risiede Fuori Torino: nell'area metropolitana, che comprende 52 comuni della prima e seconda cintura, la percentuale di giovani varia dal 40% al 38%, nelle Comunità Montane si situa intorno al 13% e nei 112 comuni rurali si assesta intorno al 10%. Invece, per quanto riguarda la Città di Torino osserviamo che la percentuale di giovani va dal 37% (fascia di età 15-25 anni) al 39% (fascia di età 18-35 anni).
2. **La permanenza dei giovani in famiglia.** Il numero di giovani tra 18 e 34 anni che vive con almeno un genitore è in costante aumento e resta nettamente superiore per i maschi rispetto alle femmine. La permanenza dei giovani in famiglia è uno dei fenomeni che troviamo alla base del posticipo della decisione di mettere al mondo dei figli. Quindi, i bassi livelli di natalità non dipendono esclusivamente dal livello di occupazione, ma piuttosto si riscontra un collegamento con la condizione di precarietà del lavoro, dato che i contratti temporanei sono ormai le modalità prevalenti offerte oggi ai giovani.
3. **La scuola.** La diminuzione delle iscrizioni alle scuole superiori sembra coerente con l'andamento demografico della popolazione piemontese. Il flusso di diplomati che subisce maggiore contrazione è in assoluto quello che proviene dall'istruzione tecnica e in particolare industriale. Il flusso in uscita dall'indirizzo industriale, che nell'a.s. 1991-92 rappresentava il 16,7% dei maturati torinesi, otto anni dopo riduce la sua quota percentuale al 10,2%. Un parziale contrasto al calo demografico è offerto alla scuola superiore dal progressivo aumento della quota di allievi stranieri, che nell'a.s. 1999/2000 arrivano ad essere 722 nella provincia e 579 a Torino città, ovvero l'1,2% del totale degli allievi.
4. **L'Università.** Negli anni 1992-1999 si assiste ad una diminuzione delle immatricolazioni coerente con il calo demografico. Nonostante ciò, il totale degli studenti iscritti all'Università degli Studi di Torino e al Politecnico aumenta di 3.900 unità. Nell'anno accademico 2001 - 2002, vi sono 53.749 iscritti all'Università degli Studi di Torino (di cui il 12,9% alla Facoltà di Scienze della Formazione, il 12,5% alla Facoltà di Economia, il 12,1% alla Facoltà di Lettere e Filosofia, il 10,8% alla Facoltà di Scienze Politiche e il 10,6% alla Facoltà di Giurisprudenza) e 22.549 al Politecnico (il 72,4% alla Facoltà di Ingegneria e il 27,6% alla Facoltà di Architettura).
5. **Disoccupazione giovanile.** La popolazione giovanile in cerca di lavoro in provincia di Torino si è andata riducendo nel corso degli ultimi anni. Per la fascia d'età 15-24 si registra infatti un decremento del tasso di disoccupazione di circa 3 punti percentuali nel periodo 2000-2001 ed un decremento dello 0,20% negli anni 2001-2002. Tale fenomeno riguarda anche, seppur in modo meno consistente, la fascia di età 25-29. Se consideriamo, invece, l'offerta di lavoro allargata (ossia i giovani in cerca di occupazione Eurostat, le forze di lavoro potenziali, gli occupati in cerca di lavoro, e i giovani inattivi disponibili a lavorare) in provincia di Torino, mantiene, nel corso degli anni, una numerosità elevata, pur denotando un'apprezzabile diminuzione (121.000 unità nel 2000 contro le 131.000 del 1993). Prendendo in considerazione i tassi di disoccupazione per titoli di studio, in comparazione con le province piemontesi, la provincia di Torino presenta una situazione favorevole per quanto riguarda i maschi qualificati e le donne con un titolo di studio superiore, mentre le maggiori criticità riguardano i giovani a bassa scolarità in genere e in particolare i maschi.
6. **Dipendenze** Una delle condizioni più problematiche, quando si parla di giovani, è quella correlata all'uso di droghe e alcol, i cui effetti sulla salute permangono di estrema gravità sia in termini di morbosità che di mortalità. La tossicodipendenza da eroina rappresenta la seconda causa di morte nella popolazione giovanile adulta piemontese, dopo i decessi per incidenti stradali. Il numero di utenti dei SerT, in leggera diminuzione tra il 1991 e il 1993, è andato aumentando negli anni successivi, fino al 1998, dopodiché si è stabilizzato. Nel 2002 sono 8.850 gli utenti SerT totali in provincia di Torino. Il tasso di utenti SerT per 100.000 residenti è pari a 390,23: superiore a quello del Piemonte (329,48) e del Nord Italia (254,4). L'utenza SerT è prevalentemente maschile e l'età media è progressivamente aumentata, a seguito sia ad un effetto di ritenzione nei servizi di pazienti in trattamenti di lunga durata che al rientro di pazienti precedentemente

## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

in carico. Gli anni più recenti sono caratterizzati dall'emersione di nuove tipologie di consumo legate all'assunzione delle cosiddette "nuove droghe", termine con cui si indica un insieme di sostanze assunte secondo rituali, con motivazioni ed in contesti solitamente diversi da quelli caratteristici dei consumatori di eroina. La rilevanza di queste sostanze in termini di problemi per la salute resta ancora da determinare con esattezza, così come manca una possibile stima della diffusione del fenomeno (i dati SerT non sono indicativi). Più problematica appare la definizione dei problemi di salute legati al consumo di alcol e l'individuazione di politiche sanitarie appropriate e condivise per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di soggetti con problemi alcol-correlati. Esse risultano particolarmente complesse, da un lato per l'ambiguità dell'azione biologica svolta dall'alcol, a cavallo tra alimento, sostanza voluttuaria e droga, e dall'altro per la difficoltà di definirne la dose giornaliera accettabile, a causa della forte variabilità della risposta biologica individuale. Dai dati delle indagini multiscopo Istat 1999-2000 sulle famiglie, proiettati sulla popolazione della provincia di Torino, il numero di persone che fanno un uso eccessivo di alcol è stimato intorno alle 139.000 unità, pari a circa il 7% del totale della popolazione oltre i 14 anni. La distribuzione è molto diversa nei due sessi: negli uomini il numero stimato di soggetti che hanno un consumo eccessivo di alcol corrisponde a circa il 12% del totale, nelle donne questa percentuale scende al 2%. Questi valori si collocano leggermente al di sotto del dato piemontese, dove la percentuale di consumatori di alcol in modo eccessivo, nei due sessi, è rispettivamente del 14,9% negli uomini e del 2,4% nelle donne.

7. **La mortalità giovanile.** Per quanto riguarda la mortalità dei giovani in provincia di Torino, come nelle altre province piemontesi, si rivela superiore (di tre volte) nei maschi rispetto alle femmine. All'interno della provincia il tasso di mortalità va dai valori minimi dell'ASL 6 per i maschi e dell'ASL 8 per le femmine (rispettivamente 75 e 22 per 100.000) ai valori massimi dell'ASL 10 sia per i maschi (164) che per le femmine (37). Una delle principali cause di morte per i giovani sono gli incidenti da trasporto, il cui tasso di mortalità in provincia di Torino è sempre superiore nei maschi rispetto alle femmine. Facendo un confronto tra le diverse ASL del territorio provinciale, la mortalità per incidenti varia molto ma i dati vanno interpretati con cautela vista l'esigua numerosità dei casi e della popolazione di riferimento. Un'altra delle principali cause di morte è l'overdose, che nel triennio 1998-2000 ha causato in Piemonte una media annuale di 32 decessi, 20 dei quali occorsi nel territorio provinciale.
8. **Sicurezza e nuove forme di disagio giovanile.** Il bisogno di sicurezza e di legalità è, anche nella provincia di Torino, una delle richieste che sono sentite come prioritarie da cittadini e istituzioni. In un'indagine effettuata nell'autunno 2002 tra i Sindaci del territorio provinciale, un'elevata percentuale di questi ha segnalato come fatti rilevanti compiuti sul proprio territorio gli atti vandalici e gli schiamazzi notturni, fenomeni in qualche modo riconducibili alla realtà giovanile. Questa immagine negativa, da parte delle istituzioni, della sicurezza in generale e dei giovani come soggetti che generano preoccupazione, non ha trova riscontro nella percezione di un'ampia quota di popolazione giovanile, così come nelle statistiche del crimine tese a comparare la situazione di Torino e provincia con quella di altre città italiane e straniere. Il gap tra le rappresentazioni prevalenti e i reali processi sociali sembra riscontrabile anche nell'andamento della delinquenza minorile, che nell'ultimo decennio non risulta in aumento. Non sembrano trovare conferma nei dati anche altre preoccupazioni pubbliche, tra cui l'idea che si stia sensibilmente abbassando la soglia di età in cui si commettono i reati o che la componente nomade sia nel tempo sempre più pericolosa ed aggressiva. Per contro, è forte la presenza – tra gli autori di reati – dei minori stranieri, che segnalano un problema sociale ancora del tutto aperto, così come preoccupa il fatto che la devianza giovanile tende oggi a coinvolgere soggetti caratterizzati da normali condizioni di vita, presentandosi quindi come una singolare scelta culturale o espressiva (si veda a questo proposito anche la sezione minori). Le nuove figure di disagio giovanile emergenti risultano:
  - ✘ adolescenti che vivono forme più o meno gravi di sofferenza e di disagio psichico, fenomeni sempre più diffusi;
  - ✘ giovani con problemi di dipendenza da sostanze psicoattive, che commettono reati;
  - ✘ ragazzi che provano difficoltà sul piano della relazione e della comunicazione e manifestano tale difficoltà attraverso atti devianti di valenza espressiva (tipico l'esempio del bullismo e di molte delle altre forme di violenza interpersonale);
  - ✘ ragazzi pienamente "integrati", educati alla logica del "tutto subito" e dell'individualismo esasperato, incapaci di gestire le relazioni interpersonali riconoscendo gli altri come portatori di diritti e se stessi titolari di doveri.
9. **L'associazionismo giovanile.** Dalle ricerche effettuate negli ultimi anni, nonché dall'analisi dei progetti che annualmente vengono presentati al fine di ottenere contributi, emerge la prevalenza di associazioni autoorientate rispetto a quelle eteroorientate. Questo significa un miglioramento dell'esperienza aggregativa e di tempo libero dei giovani. Su questo versante si registra un aumento sia del numero dei luoghi di ritrovo e di svago, sia della gamma di proposte (locali etnici, serate a tema, ecc.) a disposizione dei giovani, delineando un contesto che arricchisce e rende più varie le possibilità di socializzazione e di interazione. A questo processo di ampliamento dell'offerta di tempo libero hanno contribuito sia attori privati che pubblico, compresa la provincia di Torino.
10. **Il tempo libero e l'uso della notte.** Dalle ricerche della Provincia di Torino "Giovani e dintorni" "Giovani e la notte", emergono alcuni risultati molto interessanti: i giovani nella fascia 15-18 anni passano il loro tempo libero serale e notturno nel territorio in cui abitano, probabilmente per mancanza di mezzi di trasporti propri. I giovani dai 19 ai 25 anni si spostano frequentemente, ricercando contesti e situazioni diverse da quelle in cui vivono di giorno. Dopo i 25 anni si torna a vivere la notte come occasione di incontro e convivialità, abbandonando la frenesia. Rispetto alla mobilità, si registra una forte

## PROVINCIA DI TORINO Servizio Solidarietà Sociale

attrattiva della città di Torino, ma esistono forti poli, al di fuori dell'area metropolitana, nelle città di Pinerolo e Ivrea mentre per la Val di Susa l'attrattiva è rappresentata da Avigliana e Susa. I giovani si spostano, non perché dove vivono non ci siano opportunità, ma perché, essendo il tempo della notte percepito come "liberamente vissuto" e quindi svincolato dai contesti in cui si vive di giorno, lo spostarsi allenta la percezione del controllo esercitato da un ambiente conosciuto e familiare. Rispetto all'offerta di spazi/occasioni organizzati da altri, i giovani preferiscono una presenza adulta (e dell'ente pubblico) di tipo "leggero". Una proposta aggregativa gestita interamente dall'ente pubblico non sarebbe attraente, mentre più favore incontra l'ipotesi di una collaborazione forte tra pubblico e privato su specifiche iniziative o quella di spazi dati in autogestione.

### ALCUNE INDICAZIONI PER ORIENTARE GLI INTERVENTI

L'analisi dei dati, delle ricerche effettuate e soprattutto gli incontri avuti sul territorio con l'associazionismo giovanile, con le istituzioni locali, con dei Tavoli Tematici sui giovani nei Piani di Zona, evidenziano come prioritari per l'amministrazione provinciale:

- ✘ gli interventi che promuovono le diverse forme di aggregazione giovanile anche attraverso momenti di confronto con le istituzioni locali;
- ✘ l'educazione alla legalità anche definita come contrasto ad ogni forma di prevaricazione sociale giovanile;
- ✘ l'educazione alla pace, all'interculturalità, all'ambiente;
- ✘ la diffusione e la valorizzazione della comunicazione e dell'informazione ai giovani.

### SERVIZIO CIVILE VOLONTARIO

1. Il Servizio Civile Nazionale Volontario, istituito attraverso la Legge 64/01, nasce con l'obiettivo di:
  - ✘ contribuire alla formazione civica, sociale, culturale e professionale dei giovani;
  - ✘ promuovere i principi di solidarietà sociale, cooperazione, educazione alla pace, salvaguardia e tutela del patrimonio della Nazione, soprattutto nei settori ambientale, storico-artistico, culturale e della protezione civile.
2. Il Servizio Civile permette ai giovani interessati di dedicare 12 mesi della propria vita (per una media di 30 ore la settimana) a se stessi e agli altri formandosi, acquisendo conoscenze ed esperienze e maturando una propria coscienza civica, attraverso l'agire concreto all'interno di progetti. Dal 1 gennaio 2005, con la fine della leva obbligatoria, possono partecipare ai progetti di servizio civile tutti i ragazzi e le ragazze cittadini italiani, dai 18 ai 28 anni.
3. L'impegno della Provincia di Torino si è sviluppato nel corso del tempo con una presenza costante ed un'assunzione di responsabilità sempre più attiva: nel 2002 veniva approvato il Protocollo d'intesa con il Comune di Torino, l'Università degli Studi di Torino ed altri enti per iniziative in ambito di Servizio Civile, in cui la Provincia ha assunto compiti di promozione, informazione e coordinamento a favore del territorio. Nel corso del 2003, la Provincia di Torino ha attivato 7 propri progetti di servizio civile volontario, di cui due all'estero, che hanno visto la partecipazione di 17 giovani, ed un ingresso in servizio di altri 5 volontari per i primi mesi del 2004.
4. Nel luglio del 2004 la Provincia ha ottenuto l'accreditamento (come richiesto dalla nuova normativa) e l'iscrizione all'albo nazionale provvisorio come ente di I classe, con la possibilità di gestire più di 100 sedi di attività dei volontari. Per ottenere l'accreditamento, la Provincia ha investito costituendo un'apposita "struttura di gestione" ed elaborando una serie di sistemi per l'accompagnamento dei volontari (progettazione, promozione, selezione e reclutamento, formazione, monitoraggio, tutoraggio, gestione amministrativa). L'accreditamento in prima classe ha permesso inoltre alla Provincia di aprirsi al territorio per proporsi come ente capofila per la gestione di progetti per altri enti, tramite la stipula di accordi di partenariato: a giugno 2005, circa 62 enti del territorio (per la maggior parte piccoli comuni) hanno richiesto il partenariato con la Provincia di Torino per la realizzazione di progetti di servizio civile. In questo modo, la Provincia si è candidata a diventare un polo territoriale provinciale per la predisposizione di progetti per il SCV.
5. L'Ufficio Giovani ha inoltre realizzato, con la collaborazione dei Circondari (a Lanzo, Susa, Pinerolo, Ivrea), diversi incontri per la presentazione del servizio civile agli enti e ai giovani. Nel 2005, inoltre, a seguito della presentazione di 5 progetti, di cui uno, "Volontari per la Solidarietà", è risultato con 90 punti il primo a livello nazionale, sono state avviate le procedure di promozione dei nuovi posti disponibili e di selezione dei candidati, per un totale di 27 volontari attivi per tutto il 2005, in particolare presso la Solidarietà Sociale, la MAP, l'Infopoint Europa, i Centri per l'impiego di Torino, l'Ufficio Ragazzi del 2006.
6. Prospettive nazionali A livello nazionale, il dato più rilevante che emerge attiene al notevole incremento dei soggetti coinvolti: da 7.865 giovani avviati nel 2002 a 18.256 nel 2003, a 37.000 nel 2004. La programmazione finanziaria 2003 a livello nazionale, ha previsto risorse per €179.413.000,00. Per l'anno 2004, sono stati accantonati fondi per circa 240 milioni di Euro.

## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

7. Prospettive per la Provincia I volontari di servizio civile ricevono un rimborso mensile di Euro 433,80 direttamente dall'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile, che fa capo alla Presidenza del Consiglio dei Ministri. Per i volontari in Provincia nel 2004-2005, sono stati dunque stanziati circa Euro 60.000 (considerando anche le volontarie all'estero che hanno ricevuto indennità specifiche). Se i circa 60 enti che si sono accreditati con la Provincia otterranno nel 2006 una media di 2 volontari, saranno attivi almeno 120 volontari sul territorio provinciale e circa 40 all'interno della Provincia, per un totale di circa 160 volontari. Su questo target, saranno impiegati:
- ✘ per i rimborsi mensili, un totale di € 832.896,00 erogati dall'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile (UNSC);
  - ✘ per il rimborso della formazione dei volontari, € 12.800,00 erogati dall'UNSC;
  - ✘ per il rimborso della formazione dei responsabili dei progetti, € 1.600,00 erogati dall'UNSC;
  - ✘ per il partenariato, una quota associativa degli enti pari a 200,00 annue, per un totale annuo di € 12.000 erogati dagli enti partner della Provincia;
  - ✘ per i servizi offerti a volontario avviato, una quota media di 250,00 € a volontario per 120 volontari, per un totale di € 30.000,00 erogati dagli enti partner della Provincia

#### ALCUNE INDICAZIONI PER ORIENTARE GLI INTERVENTI

- ✘ In questi anni si è lavorato molto allo sviluppo di "Osservatori per i Giovani" articolati sul territorio provinciale, affinché diventassero sempre più uno strumento di sviluppo locale ed un supporto alla programmazione del nostro Ente. Con questa rete di relazioni, e con il partenariato di vari enti (comuni, consorzi, associazioni, cooperative sociali, ipab, scuole, asl, etc.) per la gestione di progetti di servizio civile, si vogliono costruire progetti che partano da bisogni ed esigenze di situazioni locali in cui centinaia di giovani all'anno potranno entrare, a pieno titolo, come risorse nello sviluppo delle politiche giovanili locali.
- ✘ Si tratta di valorizzare pienamente il significato profondo del servizio civile in termini di:  
opportunità da offrire ai giovani coerentemente con le loro scelte;  
capacità degli enti di utilizzare al meglio le risorse umane, professionali motivazionali dei volontari;  
di incontro tra la progettualità individuale e l'interesse pubblico collettivo;  
ed infine per uno sviluppo di una cultura non solo della solidarietà, ma anche della sussidiarietà.
- ✘ Secondo questa prospettiva, si prevede di continuare a decentrare gli incontri sul territorio tramite i Circondari, anche per l'accompagnamento nella progettazione e per gli incontri di formazione dedicati ai responsabili dei progetti e ai volontari stessi che svolgeranno servizio sul territorio provinciale, presso enti partners con la Provincia.



## Immigrati

Il quadro del fenomeno migratorio in provincia di Torino è:

1. in crescita: a fine 2004 nel territorio provinciale gli stranieri soggiornanti erano pari a 107.723. Tale incremento è dovuto alle code della procedura di emersione dal lavoro nero prevista dalla L. 189/02, ai ricongiungimenti familiari che ne sono seguiti e all'incremento naturale che conosce la popolazione straniera. Sul versante delle nazionalità si assiste al consolidamento della comunità rumena, seguita a distanza da quella marocchina.
2. in movimento: l'universo straniero cresce e parallelamente aumentano anche le differenze al suo interno. Infatti, accanto ai lavoratori, uomini e donne, si ritrovano, nel 2004, i giovani, gli adolescenti, le 'seconde generazioni'. Il termine 'immigrazione' disegna differenti percorsi migratori, differenti situazioni giuridiche e familiari, differenti generazioni. Infatti, esistono migrazioni al femminile (Perù e Filippine) e migrazioni al maschile (Maghreb) e ancora migrazioni familiari (Romania). Vi sono poi condizioni giuridiche differenti, che implicano anche possibilità di inserimento socio-lavorative plurime, ma tutte ugualmente subordinate al periodo di validità del permesso di soggiorno e al suo rinnovo: minori non accompagnati, minori ricongiunti o minori stranieri nati in Italia; lavoratori subordinati, lavoratori autonomi, lavoratori in attesa di occupazione, studenti, richiedenti asilo e rifugio, vittime della tratta. Accanto a queste categorie, vanno ancora citati i titolari della carta di soggiorno, documento valido dieci anni, e i cittadini stranieri che chiedono la cittadinanza italiana. Un fenomeno articolato, in cui convivono percorsi di integrazione e positivo di inserimento nel tessuto socio-economico della provincia e percorsi emergenziali, di sfruttamento e di emarginazione.
3. strutturale e permanente: sebbene il territorio della provincia di Torino continui ad essere meta di nuovi arrivi, vi sono numerosi indicatori che confermano l'esistenza di un fenomeno che è strutturale e di una presenza che è permanente. Innanzitutto, la presenza di famiglie, da sempre indicatore di stabilità e di un progetto migratorio di lungo periodo. Infatti, dopo il lavoro subordinato, il ricongiungimento familiare è il secondo motivo di soggiorno. Dietro gli adulti ricongiunti ci sono i minori, la cui presenza rappresenta un ulteriore indicatore di stabilità. Occorre ricordare che l'arrivo di minori stranieri, insieme alle nascite, modifica la struttura per età e sesso della provincia di Torino, con le conseguenti implicazioni sui servizi, sui bisogni e sulle risorse che tale fascia di popolazione richiede. Il tema dei minori richiama quello della scuola, dove la presenza di allievi stranieri conosce un trend positivo dagli anni '90, ossia da quanto la presenza minorile è divenuta dapprima visibile e poi numericamente consistente. In sette anni il numero totale degli allievi stranieri passa da 4.620 a 18.338, cioè quadruplica, mentre il peso delle scuole secondarie di secondo grado passa da poco più del 10% a quasi il 20% (dal 10,3 al 19,1 – quasi un raddoppio), con una tendenza alla concentrazione degli alunni stranieri in alcuni istituti e una forte dispersione scolastica, sin dalle scuole primarie. Anche dal versante dell'inserimento lavorativo provengono alcune indicazioni che delineano un quadro di stabilità e di permanenza, come l'avvio di - o la partecipazione in - attività imprenditoriali (gli stranieri, sul totale dei registrati presso la Camera di Commercio di Torino, sono il 3,9%) o come la partecipazione di stranieri a corsi di formazione professionale non specificatamente indirizzati a loro, ad esempio i corsi per mediatori culturali. E' sicuramente un indicatore di situazioni che sono stabilizzate, che hanno sistemato i tasselli del permesso di soggiorno, della casa, del reddito e che aspirano a completare il puzzle dell'inserimento migliorando la condizione professionale.
4. stabile, ma poco riconosciuto: negli ultimi anni si è rilevata la tendenza ad una crescente stabilizzazione misurata dai ricongiungimenti, dalla minore mobilità geografica, dall'aumento delle iscrizioni scolastiche, dei matrimoni, dei nuovi nati da genitori stranieri o da coppie miste, i ricongiungimenti, dalla minore mobilità geografica, dall'aumento delle iscrizioni scolastiche, dei matrimoni, dei nuovi nati da genitori stranieri o da coppie miste. Questo processo fatica però a trovare un riconoscimento in termini di titolarità di diritti. Innanzitutto, il lungo periodo di attesa per il rinnovo dei permessi di soggiorno (il 45% dei soggiornanti ha un permesso di soggiorno in corso di rinnovo), che, nonostante previsioni di legge e accordi interistituzionali locali, condiziona la progettualità di vita degli stessi migranti. A questo si aggiunge il difficoltoso percorso di ottenimento della carta di soggiorno e, successivamente, della cittadinanza italiana.
5. fragile: accanto alla popolazione straniera che si stabilizza e percorre le strade dell'inserimento socio-lavorativi, vi è la quota di cittadini stranieri che vivono una condizione di 'fragilità': donne vittime della tratta, seguite grazie alla collaborazione e al lavoro sinergico degli enti locali e dell'associazionismo; minori non accompagnati, ossia presenti sul territorio senza alcuna figura genitoriale e sui cui percorsi di inserimento le novità legislative gettano ombre sul lavoro svolto dagli operatori; profughi e richiedenti asilo, rom, soggetti in condizione di vulnerabilità sociale. Ci si trova di fronte a categorie di migranti, che la legge tutela e che, sul territorio, incidono soprattutto sul capoluogo, anche se non vanno dimenticate esperienze positive di lavoro nella provincia.
6. diffuso: l'immigrazione è un fenomeno che ha investito – e continua ad investire – soprattutto il capoluogo, il quale si caratterizza sia come "punto d'approdo" sia come importante "snodo informativo" per i servizi che offre, per la presenza di associazioni e di punti di ritrovo informali che garantiscono accoglienza, orientamento, sostegno. Nel corso degli ultimi



## PROVINCIA DI TORINO Servizio Solidarietà Sociale

dieci anni qualcosa è cambiato: il 'fenomeno immigrazione' ha investito, dapprima, i territori della prima cintura e dell'area metropolitana per allargarsi via via agli altri ambiti territoriali della provincia. E' tuttavia un quadro che lentamente si va ampliando. Infatti, considerando la popolazione straniera residente nei comuni della provincia con più di 10.000 abitanti, si delinea un quadro in cui la quota di residenti stranieri media è pari al 2,7% sul totale della popolazione residente.

7. elementi di problematicità: la tutela della salute è garantita dalla normativa vigente a tutti, indipendentemente dalla condizione del soggiorno. Dai dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera risulta che l'1% dei ricoveri è relativo a cittadini stranieri. La maggior parte dei ricoveri delle cittadine straniere è legata a gravidanza, parto e puerperio; da sottolineare l'alta incidenza di interruzione volontarie di gravidanza, che può essere ricondotta ad una scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi, all'assenza di un nucleo familiare stabile, alla precarietà in ambito lavorativo, a strutture abitative inadeguate. Su quest'ultimo punto ci si può soffermare, poiché la casa rappresenta un altro elemento di problematicità per gli stranieri, che seppure regolarmente soggiornanti, possono trovare difficoltà nell'accesso al mercato privato dell'affitto. Come era già successo per gli immigrati meridionali italiani, anche per gli stranieri la via sembra essere quella dell'acquisto o della casa popolare (secondo i dati relativi all'ultimo bando per l'assegnazione delle case di edilizia residenziale pubblica della Città di Torino, il 18% dei partecipanti era straniero). Complessivamente, a fronte di un patrimonio immobiliare di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata gestito dall'Agenzia Territoriale per la Casa in tutta la Provincia di Torino di n. 32.872 alloggi, n. 1.672, pari al 5%, sono assegnati a cittadini extracomunitari. Ultimo elemento da sottolineare, il rapporto con la devianza e la criminalità: la lettura della presenza dello straniero in carcere, ancorché se minorenni, va fatta con molta accortezza, ricordando che commettono reati maggiormente gli stranieri (e non tutte le nazionalità) senza permesso di soggiorno e che i reati per cui gli stranieri sono maggiormente condannati sono il furto, la rapina, il commercio di stupefacenti. Infine, non va dimenticato, come gli stranieri oltre che autori sono anche vittime (donne obbligate a prostituirsi, minori venduti e costretti a svolgere attività illecite, cittadini stranieri vittime di aggressioni da parte di altri cittadini stranieri).

### ALCUNE INDICAZIONI PER ORIENTARE GLI INTERVENTI

#### *Punti 1-4:*

- ✘ L'avvicinarsi di nuove ondate migratorie e dell'arrivo di nuove provenienze hanno determinato il cambiamento dell'utenza e delle richieste a sportelli ed uffici che non hanno avuto il tempo di riflettere e progettare su un nuovo fenomeno, investiti dalla necessità di tamponare l'emergenza. Di fronte ad un quadro mutato, dunque, sembrerebbe opportuno aggiornare la formazione degli operatori, in particolare laddove svolgono attività di sportello, di contatto con un pubblico, sempre più eterogeneo per provenienza, storia migratoria e percorso di inserimento.
- ✘ Per poter progettare è opportuno conoscere e, pertanto, si potrebbe approfondire la conoscenza del fenomeno, nei suoi aspetti di cambiamento e di novità. Infatti bisognerebbe evitare di correre il rischio di continuare a progettare interventi su un'immagine del fenomeno di qualche anno fa, senza coglierne la dinamicità e i cambiamenti che lo attraversano, in termini di nazionalità, di caratteristiche socio-demografiche dei suoi protagonisti, di richieste di riconoscimento e di partecipazione all'interno di un contesto, anch'esso in mutamento.
- ✘ L'immigrazione nella provincia non ha più solo i volti dei lavoratori e delle lavoratrici, ma anche quelli dei minori, delle mamme, degli studenti, degli imprenditori: soggetti che esprimono bisogni e presentano istanze proprie dei percorsi di vita dei nativi. Occorrerebbe pertanto, secondo una logica di integrazione, superare la risposta ai bisogni primari (necessaria ancora per una fetta della popolazione straniera), per concentrarsi su 'bisogni di tipo socio-culturale', su istanze di rappresentanza e di visibilità, espressione di un'immigrazione che si inserisce nel tessuto socio-economico-culturale della provincia;
- ✘ L'immigrazione conosce al suo interno la crescita della presenza minorile: si tratta di una componente della popolazione straniera su cui sarebbe opportuno prestare attenzione, poiché le esperienze degli altri paesi ci rimandano fotografie di seconde generazioni allo sbando, problematiche, divise fra il mondo della famiglia, 'del là' e il mondo della scuola, del lavoro, 'del qua'. Lo sviluppo di un lavoro sinergico fra istituzioni scolastiche, servizi sociali, servizi ed associazioni del tempo libero, potrebbe essere utile nell'accompagnare il loro processo di socializzazione, di formazione e di inserimento;
- ✘ Il divenire una componente strutturale della popolazione conduce verso la formazione di una società multiculturale, un'evoluzione che può richiamare timori, incertezze. Per far divenire l'ignoto noto si potrebbero avviare azioni partecipate, animate e realizzate da gruppi di cittadinanza mista, all'interno dei quartieri, delle scuole, dei luoghi di incontro associativi;
- ✘ Un tessuto associativo forte rappresenta un nodo importante nella rete della costruzione dell'integrazione e dell'inserimento della popolazione straniera stabilizzata: sarebbe opportuno riflettere sul ruolo dell'associazionismo

## PROVINCIA DI TORINO Servizio Solidarietà Sociale

etnico affinché diventi un soggetto maggiormente solido e accreditato, capace di supportare l'inserimento dei migranti e di collaborare con i nativi per creare e sviluppare percorsi di cittadinanza.

### *Punto 5*

- ✘ Le situazioni più problematiche richiederebbero azioni sviluppate in collaborazione fra istituzioni pubbliche e soggetti del mondo del privato sociale, sia italiano che straniero: infatti la tutela giuridica garantita alle figure più fragili dell'immigrazione ha risvolti pratici onerosi (accoglienza abitativa, reinserimento sociale, inserimento lavorativo, accompagnamento solidale, ecc), che solo un lavoro di rete fra più attori può sostenere.
- ✘ Il lavoro di rete o "in rete" potrebbe essere accompagnato da un'attività formativa volta a migliorare, da un lato, la qualità informativa dei soggetti coinvolti, e, dall'altro, la progettazione degli interventi di inserimento socio-professionale e di integrazione.

### *Punto 6*

- ✘ Il fenomeno immigrazione non è più Torino-centrico, ma condiviso dal capoluogo con sempre più realtà provinciali, verso cui si potrebbe allargare il raggio d'azione degli interventi, sia operativi che formativi;
- ✘ Si potrebbe ipotizzare, attraverso varie modalità (giornate formative, opuscoli, siti web, ecc.) di trasferire esperienze e prassi verificate e consolidate sul territorio, presso servizi e istituzioni del capoluogo, alle realtà provinciali – che solo ora si confrontano con la gestione dell'immigrazione, con la presenza di allievi stranieri nelle scuole, con le richieste di sostegno sociale, ma anche di sostegno al disbrigo delle pratiche più specificatamente connesse al rispetto della normativa sull'immigrazione.

### *Punto 7*

- ✘ sul versante della tutela della salute, il nodo critico da risolvere sembrerebbe ancora essere l'accesso all'informazione;
- ✘ sul versante dell'accesso alla casa, si potrebbe lavorare sull'offerta di azioni di sostegno alla ricerca e all'affitto, sulla base di esperienze di sostegno alla locazione sperimentate nel contesto torinese e in altri contesti provinciali;
- ✘ sul versante della pericolosità dell'immigrato, occorrerebbe anzitutto promuovere azioni conoscitive sulla realtà dell'immigrazione, insieme ad azioni conoscitive sui fenomeni di devianza, che possono generare insicurezza.

## Minori

1. La popolazione al di sotto dei 15 anni di età ha subito in tutta la Regione e nella Provincia di Torino un decremento dall'inizio degli anni '80 ad oggi (da 290.000 soggetti nel 1991, pari al 12,9% della popolazione totale, ai 274.000 del 2003, 12,5 % del totale). Esaminando nel dettaglio la situazione del territorio provinciale, escludendo il capoluogo, si nota che nel 2003 l'ASL con la più elevata popolazione minorile (58.371) risulta essere l'ASL 5, che comprende i Consorzi di Piossasco, Rivoli, Collegno e Val Susa, la Comunità Montana Val Sangone e i Comuni di Pianezza e Val della Torre. Per contro l'ASL con la popolazione minorile inferiore risulta essere l'ASL 10, che comprende le Comunità Montane Val Chisone e Germanasca e Val Pellice e il Consorzio di Pinerolo. Quali i motivi della riduzione? Oltre alle scelte individuali vanno ricordate la situazione economica, l'esistenza o meno di servizi, i tempi della vita familiare, la qualità del sistema educativo, la disponibilità di alloggi adeguati ai livelli di reddito delle nuove generazioni. Fenomeni ormai noti come il calo e il ritardo della nuzialità, il forte calo della fecondità, la crescente instabilità coniugale e la tendenza alla formazione di unioni di fatto, si riflettono sulle condizioni di vita dei bambini all'interno della famiglia.
2. Con i due Piani territoriali (Ex legge 285/97) sono stati approvati e finanziati 301 progetti rivolti ai minori per interventi di promozione dell'agio e di prevenzione del disagio. Attraverso un bando (ex legge 285/97) sono stati concessi ulteriori contributi a Enti Pubblici già intestatari di progetti del 2° Piano Territoriale per la prosecuzione di attività di prevenzione del disagio e promozione dell'agio in ambito di infanzia e adolescenza. Sono stati presentati 69 progetti e di questi i primi 14 progetti utilmente classificati in graduatoria sono stati finanziati. Si sono conclusi il 30 marzo 2005.
3. Il rapporto tra minori e popolazione straniera complessiva è passato dal 14,6% del 1997 al 20% del 2003 (da 5.444 a 10.154). Un dato di rilievo risulta essere l'aumento del contingente complessivo della classe d'età inferiore ai 18 anni a causa di un aumento delle nascite ed insieme all'arrivo di minori stranieri. Ovvero la struttura per età e sesso della popolazione nella Provincia di Torino (ed in modo più esteso in quella piemontese) sta cambiando, anche se lentamente, con l'apporto della componente straniera.
4. Dall'esame del trend dei dati relativi a separazioni e divorzi nella provincia di torino emerge come non ci si separi di più, ma le situazioni appaiano sempre più conflittuali. nella maggior parte dei ricorsi di separazione giudiziale con figli sono descritte situazioni familiari violente, con aggressioni fisiche anche pesanti e ripetute nel tempo, nella quasi totalità dei casi del marito verso la moglie. dall' osservatorio della sezione "famiglia" del tribunale di torino si evidenziano sempre più le difficoltà delle persone a stare insieme, delle famiglie a trovare aiuto nei momenti di crisi, la tendenza crescente a ricercare 'scorciatoie' esistenziali inesistenti nella realtà e con costi sociali finali molto elevati per se stessi e per gli altri. negli anni dal 2000 ad oggi si può notare un incremento costante del numero complessivo delle cause legali relative alla famiglia, ed una pur lieve flessione delle separazioni, sia consensuali che giudiziali; si nota però che non diminuiscono affatto le separazioni giudiziali con figli minori, ovvero quelle che più coinvolgono i servizi. si nota che l'andamento delle separazioni giudiziali con figli presenta una diversificazione fra torino e fuori torino: mentre sembrano in diminuzione tali separazioni nella città, queste negli ultimi anni risultano aumentare nella cintura. colpisce la mancanza di informazioni in possesso delle coppie in crisi rispetto alla possibilità di rivolgersi a servizi di mediazione familiare, che iniziano ad essere più diffusi sul territorio.
5. I dati del Centro di Giustizia Minorile sugli ingressi nel Centro di Prima Accoglienza indicano un incremento delle presenze nell'anno 2004 rispetto al 2003 del 23%, di cui il 63% è rappresentato da minori stranieri, seguiti dai minori italiani (19%) e dai minori nomadi (18%). I motivi principali di uscita sono stati per il 36% l'immediata liberazione, per il 17% il collocamento in comunità e per il 14% un provvedimento di custodia cautelare in carcere. I dati dell'Istituto Penale Minorile "Ferrante Aporti" (IPM) rilevano anch'essi, complessivamente, un incremento degli ingressi nel 2004 rispetto all'anno precedente, con una variazione dell'11%. E' importante distinguere per gli ingressi per nazionalità. Infatti, diminuisce la quota di minorenni italiani in ingresso nell'Istituto Penale, mentre cresce quella dei minori stranieri, sia extracomunitari che nomadi. Le provenienze nazionali maggiori si confermano quelle del Maghreb e dell'Est Europa, in particolare dalla Romania, provenienza cresciuta in seguito all'ingresso di un'alta percentuale di ragazze (a fine 2004, si poteva parlare di un perfetto equilibrio di genere fra gli ingressi di minorenni rumeni). E' in crescita, inoltre, la presenza media giornaliera che passa dai 37 presenti nel 2002 ai 43 del 2004. In riferimento all'area penale esterna, il numero dei ragazzi seguiti dall'Ufficio Servizio Sociale Minori del Ministero di Giustizia è pressoché stabile negli ultimi due anni. La presenza dei minori italiani e nomadi è significativa, anche se i minori stranieri rappresentano circa il 30% dei ragazzi segnalati, ogni anno, dall'Autorità Giudiziaria Minorile.
6. Con legge regionale 1/2004 la Regione Piemonte, nell'ambito dei principi stabiliti dalla legge quadro 328/2000, ha attribuito alle Province le competenze in materia di asili nido comunali, inclusa l'erogazione dei relativi contributi. Sono stati finanziati per l'anno scolastico 2003/2004, per un budget complessivo di 6.103.000,00 Euro, 42 enti gestori relativamente a 103 asili nido esistenti sul territorio provinciale di cui: 49 asili nido comunali della città di Torino (dei quali 45 a gestione diretta e 4 indiretta tramite cooperative sociali), 54 nel resto del territorio dei quali: 50 gestiti da 37 Comuni (47 a gestione

## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

diretta e 3 a gestione indiretta), 2 gestiti dalla Comunità Montana Bassa Valle di Susa e Val Cenischia, 1 dal Consorzio Intercomunale di Mappano e 1 dalla Società Città Futura ( ex Comune di Montanaro), per un totale di 6.305 posti bambino funzionanti. Di questi 2.766 afferiscono al territorio della provincia e 3.539 al Comune di Torino, con una media di 59 posti per ogni nido dei Comuni più grandi, 26 per i Comuni più piccoli e 72 nel Comune di Torino. I posti bambino funzionanti sono da intendersi come il limite massimo di posti che un determinato nido può ospitare. Il totale nella provincia di Torino è di 6305, con una media di 59 posti per ogni nido dei Comuni più grandi, 26 per i Comuni più piccoli e 72 nel Comune di Torino. Occorre evidenziare intanto che la media dei posti nido nel 2004 è del 10,7% , ovvero 10,7 posti ogni 100 bambini. Questo dato si differenzia poi nelle diverse realtà : 12,2 % a Torino, 9,4 % nei comuni più grandi, 18,5% in quelli più piccoli, 4,4% negli enti gestori diversi dai comuni. La Provincia di Torino contribuisce al finanziamento per la manutenzione ed il funzionamento del 48% degli asili nido esistenti sul territorio regionale. L'offerta privata invece vede la presenza su tutto il territorio di: asili nidi privati, baby parking e micro asili nido, per una capienza totale di 1663 posti/bambino. Questi (dati pervenuti dall'Ufficio Vigilanza della Regione Piemonte- anno 2002) Occorrerebbe quindi aggiungere almeno questi 1.663 posti privati ai precedenti posti dei nidi pubblici, arrivando a 7968 posti pari a 13,5 posti ogni 100 bimbi in età 0/3 anni. Le quote di contributo sono differenziate tra i Comuni con più di 10.000 abitanti rispetto ai Comuni con meno di 10.000 abitanti, per i quali vi è una maggiorazione, date le difficoltà oggettive dei piccoli comuni rispetto ai grandi di attivarsi nei servizi per l'infanzia. Si evidenzia come 11 sono i Comuni dei 37 della provincia la cui popolazione è inferiore ai 10.000 abitanti ed in cui è presente un asilo nido, con una media di 5.135 abitanti (dati 2003 contro i 4.854 del 2002).

7. Nel territorio provinciale sono presenti nove centri di mediazione familiare sovrazionali che coprono gran parte del territorio: Torino; A.S.L. 5: C.I.di S. Orbassano - C.I.S.A.P. Collegno e Grugliasco – CON.I.S.A. Valle di Susa; A.S.L. 6: C.I.S.S.A Pianezza; A.S.L. 7: C.I.S.S. Chivasso - C.I.S.S.P. Settimo -C.I.S.A. Gassino; A.S.L. 8: C.S.S-AC Chierese - C.I.S.A. Carmagnola; A.S.L. 9: Comune di Ivrea; A.S.L. 10: C.I.S.S. Pinerolo - C.M. Val Pellice, C.M. Valli Chisone e Germanasca. Il Servizio "Genitori ancora" della Provincia ha promosso un coordinamento degli operatori dei servizi di mediazione familiare sopra citati che operano nel territorio.
8. La Provincia di Torino ha promosso la costituzione formale di un Tavolo di coordinamento provinciale sull'affidamento familiare. Tra gli obiettivi specifici vi sono quelli di promuovere l'affidamento sul territorio, confrontarsi sulle nuove modalità e nodi emergenti dalla recente modificata normativa, che aprono nuove prospettive anche nel campo dei rapporti con l'autorità, approfondire alcune esperienze del privato sociale e favorire lo scambio di esperienze. E' in previsione l'adesione al Coordinamento nazionale Servizi Affidi per favorire lo scambio di buone prassi a livello nazionale.
9. I dati relativi alle adozioni di minori presentano valori troppo bassi per consentire commenti dettagliati per Ente gestore, (in totale 154 casi nella provincia e 122 in Torino) tanto più se si considera che il numero degli interventi dipende in larga misura da valutazioni e provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria competente (Tribunale per i Minorenni). Per quanto concerne i dati in nostro possesso, questi si riferiscono a minori già dichiarati adottabili ed in favore dei quali i servizi sociali si sono attivati per l'inserimento in famiglie residenti nel territorio di competenza nonché ai nuclei familiari che hanno presentato domanda di adozione al Tribunale per i Minorenni e che sono stati selezionati dai servizi sociali. Questi dati, se riferiti a 100.000 minori di pari età residenti, evidenziano una concentrazione maggiore di adozioni nel capoluogo torinese con 106 casi contro i 74 nel resto della provincia).
10. Gli Enti gestori intervengono solitamente con un'assistenza economica, con entità e modalità molto variabili da una realtà all'altra. Per quanto riguarda l'intervento di assistenza economica nel 2002 rivolto specificamente ai minori, si noti che il 93% di coloro che ricevono il contributo è un soggetto non disabile. Si noti inoltre che, rapportando gli interventi a 100.000 minori residenti, a fronte di un valore provinciale di 528 interventi, i territori che esprimono tassi più elevati appartengono ad aree montane come la Comunità Montana Val Pellice (2.082), l'ASL 10 (1.802, il cui dato risente della limitatezza del campione), il CONISA Val Susa (1326) e la Comunità Montana Val Chisone e Germanasca (1.247).
11. La Città di Torino presenta valori più elevati di Interruzioni Volontarie di Gravidanza di tutte le altre ASL della provincia. Nel quadro dell'abortività volontaria, si riconferma, come per gli anni precedenti, un costante aumento del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere e, in particolare delle donne provenienti dall'Est Europa. Dall'analisi dei CEDAP compilati nel 2003 risulta che, in anamnesi, le donne straniere hanno riferito di essersi sottoposte ad IVG in misura doppia rispetto alle italiane (9.9% contro 4.9%) e la differenza più rilevante e statisticamente significativa si osserva per le IVG ripetute che sono il 4.1% nelle straniere e lo 0.8% nelle italiane.

#### ALCUNE INDICAZIONI PER ORIENTARE GLI INTERVENTI

- ✘ Accogliere le istanze del territorio sulla necessità del ruolo che la Provincia ha svolto e dovrà potenziare nella funzione di consulenza attiva e dialettica rispetto ad alcune tematiche, quali ad esempio: consulenza giuridica sul rapporto con l'autorità giudiziaria; promozione dei diritti dell'infanzia e adolescenza (ex. L.285/97); tavolo di coordinamento affido; facilitazione di circolazione di informazione in merito alle linee di finanziamento regionale/nazionale/internazionale;

## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

sostegno e coordinamento su nuovi interventi di mediazione familiare; favorire il dibattito sull'educazione 0-5 anni rilanciando l'attenzione pedagogica e politica sui temi della prima infanzia.

- ✘ Al momento, anche in risposta alle numerose sollecitazioni del territorio, è intenzione di questa Amministrazione procedere con il riconoscimento e la conseguente formalizzazione di un nascente Coordinamento Provinciale sull'Affidamento Familiare, anche per valorizzare e dare visibilità all'esperienza del gruppo di lavoro di cui sopra. La costituzione di un coordinamento provinciale è inoltre propedeutica all'adesione al Coordinamento Nazionale Servizi Affidi.
- ✘ Svolgere un ruolo di promozione e di raccordo nel nascente coordinamento delle Province Piemontesi sugli interventi in materia di prima infanzia (asili nido in primis). Attualmente il gruppo sta raggiungendo l'obiettivo di ridefinire e uniformare i criteri di contribuzione agli asili nido del territorio provinciale.
- ✘ Contribuire alla predisposizione di uno studio di fattibilità per la realizzazione del futuro asilo nido aziendale interno all'Ente.
- ✘ Aderire al nascente Coordinamento nazionale Enti locali per il sostegno a distanza (Elsad) che si pone l'obiettivo di rafforzare e promuovere la solidarietà e la cooperazione internazionale nonché approfondire la ricerca e la riflessione politica sul valore del sostegno a distanza.

**PROVINCIA DI TORINO**  
**Servizio Solidarietà Sociale**

**Pubblica Tutela**

1. La LR 1-2004 art.5 prevede che le Province istituiscano l'Ufficio provinciale di pubblica tutela, con compiti di supporto a favore dei soggetti ai quali e' conferito dall'Autorità giudiziaria l'esercizio delle funzioni di tutore, con le modalità e secondo i criteri stabiliti dalla Giunta Regionale, informata la competente Commissione consiliare. Si sottolinea che si tratta di una funzione assolutamente nuova e ancora in via di definizione i cui elementi di riferimento vengono di seguito riassunti.
2. Gli istituti civilistici previsti dal titolo XII del codice civile: Delle misure di protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia" sono stati profondamente integrati dalla legge 6/2004 (amministrazione di sostegno); il nuovo quadro normativo di riferimento individua un vero e proprio insieme di strumenti flessibili, graduati e funzionali, ponendo come obiettivo prioritario "la protezione della persona" nella sua globalità e non solo più con riferimento al suo patrimonio personale.
3. D'altronde, in base all'art. 3 della Legge 328/2000, i soggetti in condizioni di povertà o con incapacità, totale o parziale, di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e/o psichico e i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali.
4. Il sistema si fonda sul diritto delle persone all'autodeterminazione e quindi sul basilare principio della "capacità o incapacità". Se infatti con la maggiore età si acquista la capacità di esercitare e disporre dei propri diritti, di assumere obblighi giuridici, compiere atti di natura personale e patrimoniale nonché la capacità di autogoverno, di autonomia, di auto-responsabilità, laddove si configura invece una incapacità, parziale o totale, di autodeterminarsi, il sistema dispone la protezione delle persone prive del tutto o in parte della capacità di agire attraverso strumenti giuridici graduati: amministrazione di sostegno, curatela, tutela e progetti personalizzati. La finalità principale di questi istituti è la protezione della persona che ha una capacità limitata; protezione in tutte le direzioni, da se stesso, da altre persone e nei confronti di altre persone.

Nello specifico gli strumenti giuridici sono:

- ✘ Amministrazione di sostegno: per persone impossibilitate, per infermità, malattia o menomazione fisica o psichica, a compiere determinati atti (devono essere elencati nel decreto);
- ✘ Curatela: per persone non del tutto capaci a provvedere a se stesse (affiancamento solo per atti di straordinaria amministrazione);
- ✘ Tutela: per persone interdette, quindi con abituale incapacità. Il tutore le sostituisce in tutti gli atti.

Attualmente la situazione della materia può essere sintetizzata come segue:

TRIBUNALI DELLA PROVINCIA DI TORINO							
	TUTELA	DI CUI MINORI	CURATELA	AMM. DI SOST.	ENTI ASS.	ISTRUTT	TOTALI
Torino	3689	502	385	109	NP		4183
s. Ciriè	328	20	32	14	NP		374
s.Chivasso	251	N.P.	22	17	NP		290
s.Moncalieri	438	N.P.	49	18	NP		505
s. Susa	254	49	42	9	NP		305
Alba	13	6	1	2	4	6	16
Ivrea	379	36	46	2	55	1	427
Pinerolo	406	46	62	31	NP	51	499
<b>TOTALI</b>	<b>5758</b>	<b>659</b>	<b>639</b>	<b>202</b>	<b>59</b>	<b>58</b>	<b>6599</b>

Al momento attuale un gruppo tecnico sta lavorando a livello regionale alla predisposizione di un documento propedeutico alla Delibera della Giunta Regionale che definirà l'ambito di competenza, i criteri e le modalità di funzionamento dell'Ufficio.



## Sanità

### NOTA ALLA SEZIONE

Non essendoci nuove evidenze sulla situazione della salute della popolazione, si riportano gli elementi relativi all'anno 2004.

*Per alcune delle voci inserite in questa sintesi sono proposti alcuni indicatori per suggerire le priorità per la programmazione sanitaria. I criteri per la valutazione di priorità sono: la frequenza dell'impatto che ci si aspetta da ogni voce considerata sulla salute, la sua gravità e il potenziale di riserva di salute che è disponibile a cui viene attribuito un punteggio da 1 (poco) a 5 (molto). Il fatto che in alcuni casi vengano riportati più punteggi, riguardo la frequenza e la gravità, dipende dalla diversa distribuzione del fenomeno nella popolazione di riferimento.*

#### 1. LA SALUTE PERCEPITA

Nel 1999 alla domanda "come va la sua salute?", il 66% degli uomini piemontesi e il 55,4% delle donne ha risposto "bene" o "molto bene"; rispettivamente il 28,6% e il 38,3% ha risposto "discretamente" e solo il 5,2% e il 6,3% ha risposto "male" o "molto male". Il confronto con il resto delle province piemontesi e con la regione nel suo complesso evidenzia come, tra gli uomini del capoluogo torinese, i giudizi negativi siano nettamente superiori rispetto al valore regionale; medesime rilevazioni tra le donne, ma con prevalenze superiori a quelle degli uomini.

#### 2. LE DIFFERENZE SOCIALI

Le disuguaglianze sociali rappresentano il singolo determinante più influente sulla salute e sulla qualità della vita e la riserva di salute recuperabile: mortalità e morbosità aumentano linearmente con il crescere dello svantaggio sociale sia su base individuale (titolo di studio, classe sociale, qualità abitativa) sia su base geografica (indici di deprivazione, indicatori di reddito).

Alla disuguaglianza per istruzione possiamo mediamente attribuire circa il 35% dei decessi ma, questa percentuale sale a più del 70% per le malattie respiratorie. I comuni più deprivati si concentrano nel territorio corrispondente alla fascia montana. Esistono indizi della presenza di discriminazioni nell'assistenza sanitaria, a sfavore dei più svantaggiati, sia nell'accesso alla prevenzione primaria e alla diagnosi precoce, sia nell'accesso a cure tempestive e appropriate.

Le cause di morte che risultano più associate alle differenze sociali sono quelle correlate alle dipendenze e al disagio sociale (droga, alcool, fumo), quelle legate a storie di vita particolarmente svantaggiate (malattie respiratorie e tumori dello stomaco), quelle che hanno a che fare con la prevenzione nei luoghi di lavoro o sulla strada (incidenti), quelle correlate con la qualità dell'assistenza sanitaria (morti evitabili) e, con minore intensità, quelle ischemiche del cuore.

Esiste una correlazione tra indici di deprivazione su base comunale e la distribuzione della popolazione per zone altimetriche e per indice di vecchiaia (dati 1991) per cui si può sostenere che i comuni più deprivati si concentrano prevalentemente nel territorio corrispondente alla fascia montana, caratterizzato da una maggior presenza di popolazione anziana.

#### 3. IL CONTESTO

##### L'ambiente fisico

Il clima influenza la salute umana: è documentato un aumento del rischio di mortalità per tutte le cause a Torino in funzione della temperatura (nei suoi valori estremi).

Aria: a Torino il rischio di morte, di ricoveri e di morbosità acuta aumenta in relazione all'inquinamento atmosferico.

Rumore: In generale, nella città di Torino, ai punti di misura caratterizzati da più intenso traffico urbano corrispondono sistematiche e generalizzate situazioni di superamento dei limiti previsti dalle vigenti normative. I comuni della cintura sono, in genere, caratterizzati da livelli di rumorosità più bassi, fatta eccezione per le aree esposte agli assi viabili.

Suolo: sono 58 i siti inquinati censiti sul territorio provinciale (anno 1999). Esistono problematiche connesse con la bonifica e il risanamento di aree inquinate dall'attività di insediamenti industriali dismessi.

L'inquinamento elettromagnetico: non sono disponibili risultati di ricerche epidemiologiche giunte a conclusione nella nostra regione anche se molta attenzione è stata dedicata agli effetti a lungo termine dei campi elettromagnetici a frequenza di rete (50-60 Hz) e alle radiofrequenze e microonde. Nel caso dei campi a frequenza di rete, la crescita dei consumi e della diffusione delle utenze si è accompagnata allo sviluppo della rete elettrica; l'urbanizzazione nella cintura di grandi città e lo sviluppo di abitati più periferici aumentano il numero di abitazioni in prossimità di linee di trasmissione anche ad alta tensione; inoltre, è crescente la diffusione di apparecchiature elettriche in casa e sul lavoro. Anche nel caso delle radiofrequenze e microonde si ha un ampliamento delle fasce di popolazione esposta, dovuto all'aumento delle emittenti e dei ripetitori televisivi e radio e, più recentemente, all'installazione della rete di stazioni radio base per la telefonia cellulare.

Frequenza 1-4

Gravità 1-5

Riserva di salute 3

##### Ambienti di lavoro

In termini di salute, diminuiscono i rischi per la sicurezza (legati alle macchine), mentre sono in un aumento quelli del disagio e dello stress, legati alla maggior flessibilità ed alla precarietà del posto di lavoro. Tra le esposizioni professionali stanno emergendo nuovi rischi che riguardano principalmente il sistema muscolo scheletrico e la salute mentale. Sono ancora presenti in misura significativa i fattori tradizionali quali il rumore e gli infortuni legati ad un'organizzazione d'impresa disattenta agli obiettivi di prevenzione.

Frequenza 1-4

Gravità 1-5

Riserva di salute 3 (prevenzione)



**PROVINCIA DI TORINO**  
**Servizio Solidarietà Sociale**

**4. GLI STILI DI VITA**

**Il fumo**

Il numero totale di fumatori attuali è di oltre 500.000 persone, pari a circa il 26% del totale della popolazione oltre i 14 anni. Il 34% degli uomini ed il 18% delle donne fuma. L'abitudine al fumo è in lenta e continua diminuzione tra gli uomini e in lenta e continua crescita tra le donne. E' più frequente tra gli uomini di bassa istruzione, mentre, tra le donne, la frequenza più elevata si trova ancora tra le più istruite, ma la situazione si sta invertendo. Nei giovani l'abitudine al fumo è più diffusa tra i figli della classe operaia (36%) e piccola borghesia (31%), mentre nelle femmine fra le ragazze della borghesia (22%). Esiste una diversa distribuzione del fenomeno nelle diverse aree geografiche: la città di Torino presenta, sia per gli uomini che per le donne, le percentuali di popolazione fumatrice più elevate e le zone di montagna le percentuali più contenute.

Frequenza 4-5

Gravità 5

Riserva di salute 5

**Attività fisica**

Un adeguato esercizio fisico regolare è un fattore protettivo verso patologie ad elevata incidenza quali: malattie cardiovascolari, osteoartriti, osteoporosi.

Oltre 1.500.000 persone, circa il 74% del totale della popolazione sopra i 6 anni, svolge una qualche attività fisica: 78% degli uomini e 70% delle donne.

Frequenza 5

Gravità 5

Riserva di salute 5

**Alimentazione ed obesità**

Meno della metà della popolazione di oltre 20 anni di età dichiara abitudini alimentari corrette: 41% degli uomini e 46% delle donne. Le abitudini alimentari variano per area geografica di appartenenza: per esempio in montagna la frequenza di utilizzo dei grassi animali è 3 volte superiore alla pianura e, soprattutto negli uomini, esiste un eccessivo consumo di salumi. Il numero stimato di soggetti obesi e grandi obesi, con età superiore ai 18 anni è di oltre 136.000, pari a circa il 7,2% del totale della popolazione. La percentuale degli obesi è simile nei due sessi: 7,6% negli uomini e 7,9% nelle donne. Le disegualianze sociali sono molto evidenti fra le donne: le meno istruite e quelle in condizioni socio economiche peggiori presentano una maggior frequenza di obesità.

Frequenza 5

Gravità 3-5

Riserva di salute 5

**5. I PROBLEMI DI SALUTE**

Ogni anno muoiono circa 22.000 persone, di cui il 49,3% uomini ed il 50,7% donne. Nella provincia di Torino la speranza di vita alla nascita nel 2000 era di 76,5 anni per gli uomini e di 82,3 anni nelle donne. Questo vantaggio relativo delle donne nei confronti degli uomini, è presente nelle diverse fasce di età: a 65 anni un uomo ha una speranza di vita di anni 16,3, contro i 20,3 anni di una donna. Nei due sessi i tassi di mortalità sono i più bassi di tutte le altre province della regione.

Nei due sessi il rischio di morire decresce passando dalla montagna alla città e dai meno istruiti ai più istruiti. Malattie dell'apparato circolatorio, tumori maligni, malattie dell'apparato respiratorio, cause accidentali e malattie dell'apparato digerente sono le principali cause di morte e sono responsabili rispettivamente dell'89% dei decessi fra gli uomini e dell'87% dei decessi fra le donne.

Il numero totale dei ricoveri dei residenti, nel 1999, è stato di oltre 420.000. I tassi di ricovero per tutte le cause si collocano sui limiti inferiori del resto della regione mentre risultano più elevati e concentrati nelle zone a maggior urbanizzazione, quali Torino e l'area metropolitana.

Soprattutto negli uomini, a titolo di studio più elevati corrisponde una minor probabilità di essere ricoverati.

**Malattie dell'apparato circolatorio**

Sono responsabili di oltre 9.000 decessi annui, il 42,3% del totale, e di oltre 58.000 ricoveri, circa il 12% del totale. I tassi standardizzati di mortalità e ricovero ospedaliero sono i più bassi di tutta la regione. Malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari sono le componenti più rilevanti, ma altre condizioni morbose vanno assumendo importanza per frequenza, gravità e impegno di risorse: insufficienza cardiaca cronica, disturbi del ritmo, vasculopatie periferiche. Il numero di portatori di una di queste patologie tenderà a restare elevato per l'effetto combinato dell'aumentata sopravvivenza dei soggetti colpiti e dell'invecchiamento della popolazione. La città di Torino presenta i valori di mortalità inferiori, mentre i valori più elevati si rilevano nelle aree di montagna.

Frequenza 5

Gravità 5

Riserva di salute 4

**Tumori**

Sono responsabili complessivamente di circa 6.200 decessi annui, il 20% del totale, e di oltre 41.000 ricoveri ospedalieri, il 10% del totale. Nei due sessi i tassi di mortalità ed ospedalizzazione si collocano sui valori medi regionali. Soprattutto per gli uomini si nota un modesto eccesso di rischio di morte nei comuni montani; differenza non rilevabile nelle donne. Esiste una diversa distribuzione dei tassi di mortalità per livello di istruzione, anche se l'andamento e la dimensione variano secondo le sedi tumorali. L'adesione ai programmi di screening offerti gratuitamente in diverse regioni, risulta maggiore tra le donne più istruite

## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

e di classe sociale elevata e questi risultati sono confermati in Piemonte. Ciò si verifica nonostante il rischio di tumore sia più alto tra le donne di bassa classe sociale, che quindi trarrebbero maggiori benefici dalla partecipazione ai programmi di screening. Nel complesso si assiste negli anni più recenti ad una attenuazione dell'aumento di nuovi casi (incidenza) di tumori maligni e contemporaneamente ad una lieve diminuzione della mortalità, in particolare per le sedi oggetto di diagnosi precoce. Nel campo degli screening oncologici quelli per tumori della mammella e del collo dell'utero sono stati per molto tempo gli unici la cui efficacia sia stata provata: ci si attende una riduzione della mortalità per entrambi i tumori. In base all'evidenza disponibile appare ora proponibile avviare interventi di screening dei tumori del colon-retto.

Frequenza 5

Gravità 5

Riserva di salute 4

#### Malattie respiratorie

Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte e la quarta di ricovero

Il 5% della popolazione, pari a circa 110.000 persone, è interessato da patologie respiratorie. Complessivamente sono responsabili di circa 29.500 ricoveri e 1.400 decessi annui. All'interno di questo gruppo di cause le broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO) rappresentano circa il 60% dei decessi ed il 30% delle giornate complessive di ricovero. I tassi di ricovero per BPCO sono lievemente superiori alla media regionale. Fra gli uomini è evidente un maggior rischio di morte per i residenti in montagna rispetto ai residenti in Torino, mentre la pianura e la collina si collocano su valori intermedi. Questa differenza non si riscontra fra le donne. Soprattutto nel caso degli uomini, con l'aumentare del livello d'istruzione diminuisce in modo significativo la mortalità.

Frequenza 3

Gravità 4

Riserva di salute 2-5

#### Salute mentale

Solo una parte dei pazienti portatori di patologia mentale, verosimilmente coloro con diagnosi di disturbi psichiatrici maggiori, sono trattati dai servizi di salute mentale. I tassi di ricovero sono superiori alla maggior parte delle altre province. La città di Torino presenta dei tassi di ricovero notevolmente più elevati del resto della provincia. I ricoveri sono distribuiti in modo diseguale secondo alcuni indicatori di classe sociale: il rischio di venire ricoverato aumenta con il decrescere del titolo di studio. La distribuzione territoriale delle strutture è notevolmente differenziata, così come la percentuale di ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO): varia dallo 1,3% dell'ASL 10 al 5,7% dell'ASL 3.

Frequenza 3

Gravità 4

Riserva di salute 2-5

#### Suicidi

La mortalità per suicidio è un indicatore della presenza di disagio psichico nella popolazione, disagio non legato unicamente alla presenza di patologia mentale diagnosticabile come tale, ma anche a situazioni di disagio esistenziale collegate a particolari fasi della vita o a eventi e condizioni sociali e relazionali stressanti. La schizofrenia e i disturbi affettivi sono le patologie che più di frequente portano al suicidio. Altri fattori di rischio sono rappresentati da: sesso (maggior frequenza nei maschi con un rapporto maschi/femmine di circa 3 a 1); età (l'incidenza tende ad aumentare con l'età); condizioni sociali (vivere da soli e privi di una rete familiare e sociale di supporto soprattutto al di sopra dei 65 anni); condizione di disoccupazione; alcolismo e abuso di sostanze stupefacenti; malattie somatiche gravi, dolorose e invalidanti. In provincia di Torino si verificano circa 190 casi all'anno, con un tasso di mortalità che si colloca sui valori simili alla media regionale. Questi valori sono rimasti sostanzialmente invariati negli ultimi 20 anni. Ogni anno si verificano circa 250 suicidi nella popolazione provinciale, con un rapporto di 3 ad 1 tra uomini e donne. Il suicidio è più frequente per i residenti in montagna e tra i disoccupati della classe operaia.

#### Dipendenze

##### Droghe

Il numero di utenti SerT nel 2001 è stato di 8.850 persone. L'utenza SerT è prevalentemente maschile: il rapporto uomini/donne nel 2001 è di 5/3. Il numero di utenti dei SerT, in leggera diminuzione tra il 1991 e il 1993, è andato aumentando negli anni successivi fino al 1999, stabilizzandosi negli anni successivi. L'età media dell'utenza è progressivamente aumentata. Nel 1991 la percentuale di pazienti sopra i 30 anni era pari al 28,6%, ed è passata al 66% nel 2001.

La tossicodipendenza da eroina rappresenta la seconda causa di morte, dopo gli incidenti stradali, tra i giovani di 15-44 anni di età. Nel triennio 1998-2000, si sono verificati 210 decessi per overdose da eroina, corrispondente ad un tasso di mortalità doppio di quello nazionale.

Frequenza 3

Gravità 5

Riserva di salute 1(prevenzione)  
5(assistenza)

##### Alcool

Il numero stimato di soggetti che hanno un consumo eccessivo di alcolici è di 139.000 pari al 7% della popolazione oltre ai 14 anni.

L'abitudine a far uso eccessivo di alcol, soprattutto fra gli uomini, è più diffusa in montagna.

Maggiori prevalenze di consumo si ritrovano associate a bassi livelli di istruzione e a situazioni di svantaggio.

## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

Nel 2000 il numero di utenti in carico presso i Gruppi di Lavoro Alcolologia era 1.697, lo 0,09% della popolazione di età superiore a 14 anni. Dal 1996 gli utenti in carico ai GLA sono aumentati di oltre il 14%.

Gli utenti alcol dipendenti hanno più frequentemente una età compresa tra i 40 e i 59 anni e gli uomini rappresentano i tre quarti del totale.

#### **Incidenti e morti violente**

Accanto alle principali patologie, abbiamo visto come una importante causa di mortalità sia costituita dalle cosiddette cause accidentali. Queste ricoprono un posto piuttosto contenuto se guardiamo alla mortalità di tutta la popolazione (6% per gli uomini e 4% per le donne) ma incrementano la loro importanza considerando la mortalità della popolazione in età inferiore a 65 anni (15% uomini e 9% donne).

#### Incidenti stradali

Ogni anno si verificano oltre 7.000 incidenti stradali, con 230 morti ed oltre 11.000 feriti: rappresentano la principale causa di morte per i maschi di giovane età. In termini di feriti e morti i tassi sono lievemente inferiori al resto della regione, sia per numero di incidenti, sia per gravità.

Negli ultimi venti anni la mortalità è in costante riduzione.

#### Infortuni sul lavoro

Nel 2000 si sono registrati 37 decessi (33 dei quali, uomini) e sono avvenuti 27.790 infortuni sul lavoro di cui il 96% nel settore dell'artigianato e dell'industria. Mediamente, ogni giorno circa 2 persone in provincia di Torino riportano danni con postumi permanenti. Circa la metà degli infortuni coinvolge persone con un'età compresa fra i 18 ed i 34 anni. I comparti a maggior rischio sono: l'edilizia, l'agricoltura, le cave ed il legno.

#### Incidenti domestici

La proiezione per il 2000 in Piemonte rileva che 280.000 persone, il 6,5% della popolazione, è coinvolta almeno in un incidente domestico. I bambini e gli anziani sono i soggetti a maggior rischio di incidenti domestici. La stima totale, nel triennio 1998-2000, è di 18 decessi nei bambini (0-14 anni), e di 1.582 negli anziani (oltre i 64 anni).

Frequenza 3-5

Gravità 4

Riserva di salute 4 (prevenzione)

## **6. I GRUPPI VULNERABILI**

### **Età materno-infantile**

Gli indicatori di assistenza alla gravidanza ed al parto sono positivi, anche se vi sono indizi di differenze sociali negli esiti riproduttivi, a svantaggio dei gruppi più deboli e permangono eccessi nel ricorso al parto cesareo. La mortalità infantile è a livelli bassi, ma i bambini delle donne meno istruite sono a maggior rischio di morte nel primo anno di vita. Il basso peso alla nascita, principale fattore di rischio della mortalità neonatale, è lievemente superiore alla media regionale. Le aree di montagna presentano i valori più elevati. La presenza di soggetti immigrati su tutti i livelli dell'assistenza materno-infantile sarà sempre più rilevante e richiede strumenti adeguati. Per quanto riguarda il primo anno di vita, non sono attualmente disponibili stime dei tassi di mortalità infantile per i bambini stranieri nati o residenti in Piemonte, ma i dati relativi a nati/mortalità e basso peso alla nascita disegnano un quadro più sfavorevole rispetto ai figli di genitori italiani: nascere da entrambi i genitori stranieri fa aumentare il tasso di nati/mortalità del 43% e del 30% la percentuale di nati vivi di basso peso.

Nella provincia di Torino, ed al suo interno nel capoluogo, l'uso dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) è più frequente che nel resto della regione.

Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza è in continua riduzione; soprattutto nelle donne meno giovani; adolescenti, post adolescenti e donne a basso livello di scolarità continuano a rappresentare una fascia particolarmente a rischio.

Frequenza 1-3

Gravità 1-4

Riserva di salute 2-5

### **Anziani**

Oltre il 47% degli anziani dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica; questa percentuale è maggiore fra le donne rispetto agli uomini. Artrosi, artriti ed ipertensione sono le condizioni patologiche più diffuse.

La co-morbilità ed i fattori socio economici quali la povertà e l'isolamento hanno un ruolo determinante nel provocare la perdita di autonomia dei soggetti anziani. In particolare fra gli uomini, persistono significative differenze nella mortalità associate agli indicatori sociali, soprattutto per cause accidentali come le cadute, per quelle violente come i suicidi, per la cirrosi epatica e il diabete.

Il ruolo delle reti familiari di supporto è rilevante nel mantenimento dello stato di salute: tra gli anziani, come per gli adulti, le differenze rimangono apprezzabili e lo stato di coniugato con figli o quello di coniugato senza figli (meno chiaramente distinguibili in questa fascia di età), sono significativamente protettivi rispetto al rischio di malattie ischemiche, di malattie cerebrovascolari, malattie respiratorie, cirrosi e suicidi e a quello per diabete (limitatamente alle donne). Tra i grandi anziani è la condizione di coniugato convivente con il coniuge - la più diffusa - a mostrare la maggior protezione, in particolare per le malattie circolatorie e respiratorie. Le diseguaglianze per tipologia familiare vanno allargandosi con il tempo. La proporzione di morti attribuibili calcolata utilizzando come categoria di riferimento la composizione del nucleo familiare mostra che la maggior protezione dello stato di coniugato cresce con regolarità dagli anni Settanta agli anni Novanta, una proporzione significativa dei decessi negli ultra settantacinquenni (4% tra gli uomini e 10% tra le donne) è correlato alla povertà di tali risorse.

**PROVINCIA DI TORINO**  
**Servizio Solidarietà Sociale**

Frequenza 5

Gravità 4

Riserva di salute 4 (assistenza)

**Immigrati**

I cittadini stranieri in provincia di Torino sono circa 54.000: oltre il 50% del totale regionale, il 68% dei quali risiede a Torino. La maggioranza è costituita da cittadini di sesso maschile: 56,5% del totale dei permessi di soggiorno. Circa il 52% proviene dall'Africa. L'incremento del numero degli stranieri negli ultimi anni novanta è simile al profilo nazionale, ed è in parte attribuibile alla natalità.

Oltre alle condizioni che minacciano la salute di tutti i soggetti deboli, gli immigrati sono esposti a fattori peculiari, quali malattie importate dal paese di origine, barriere culturali e linguistiche, sradicamento e mancanza di supporto familiare. Il patrimonio di salute della prima generazione, prevalentemente composta di giovani adulti sani, rischia di depauperarsi rapidamente. Una quota oscillante tra il 20% e il 30% degli stranieri è irregolare, non iscrivibile dunque al Servizio sanitario.

Quindi precarietà sociale, disparità culturale e diffusa impermeabilità del sistema sanitario appaiono le condizioni di rischio prioritarie per i cittadini stranieri. Tutto ciò inoltre rende particolarmente difficile per questo gruppo percorrere in modo virtuoso processi di salute che portino a comportamenti "salutari" rispetto ai più noti fattori di rischio comportamentali (alimentazione, fumo, alcool, uso di sostanze, ecc.), soprattutto per una ridotta percezione di auto-efficacia e per le scarse aspettative di risultato.

Le situazioni in cui si concentrano le diseguglianze sono il lavoro, specie quello sommerso (infortuni), l'area materno-infantile, e le situazioni di particolare emarginazione quali prostituzione, detenzione, dipendenze.

Frequenza 2

Gravità 2-4

Riserva di salute 4 (prevenzione)  
2 (assistenza)

Tabella riassuntiva dei criteri e relativi punteggi per la scelta delle priorità'

<b>I determinanti della salute</b>	<i>Frequenza</i>	<i>Gravità</i>	<i>Riserva di salute</i>
<b>GLI STILI DI VITA</b>			
Fumo	4-5	5	5
Alimentazione ed obesità	5	3-5	5
Attività fisica	5	5	5
<b>il contesto</b>			
Clima, aria, rumore, suolo	1-4	1-5	3
Ambienti di lavoro	1-5	1-5	3 (prevenzione)
<b>LE DIFFERENZE sociali</b>	5	5	5
<b>I problemi di salute</b>			
Malattie apparato circolatorio	5	5	4
Tumori	5	5	4
Malattie respiratorie	3	4	2-5
Salute mentale	2	4	4
Dipendenza da droghe	3	5	1 (prevenzione) 5 (assistenza)
Dipendenza da alcol	3	4	3 (prevenzione) 5 (assistenza)
INCIDENTI E MORTI VIOLENTE	3-5	5	4 (prevenzione)
<b>I gruppi vulnerabili</b>			
ETA' materno infantile	1-3	1-4	2-5
Anziani	5	4	4 (assistenza)
Immigrati	2	2-4	4 (prevenzione) 2 (assistenza)

## Vulnerabilità sociale e povertà

### Premessa

- Il perdurare nella provincia di Torino della crisi industriale e manifatturiera, le trasformazioni del mercato del lavoro e delle diverse forme di organizzazione della produzione e quindi del sociale, i mutamenti demografici, aprono accanto al problema delle persone in situazioni di povertà, una nuova e necessaria riflessione rispetto ad un nuovo fenomeno sociale, richiamato in letteratura, con il concetto di vulnerabilità sociale.
- La si percepisce come instabilità e debolezza, attraverso forme di fragilizzazione economica di alcuni ceti sociali, in "corsi di vita normali", non necessariamente associati - nel trascorrere del tempo - a situazioni di emarginazione sociale. "L'area del nord ovest del nostro Paese sta attraversando una fase di cambiamento e di malessere, connessa alle difficoltà del ciclo economico e più in generale ai segnali di declino del nostro sistema industriale. Si tratta di un malessere che assume i tratti della "sofferenza senza disagio" e si traduce, più che in una vera e propria crisi, in un'incertezza e un'inquietudine di fondo, che tocca anche strati sociali tradizionalmente collocati in una posizione protetta e garantita" 19
- Emerge che una sempre più crescente vulnerabilità di alcune fasce di popolazione non necessariamente è da correlarsi a situazioni di povertà, quanto da interpretarsi come "una minore capacità della struttura sociale e dei soggetti ad assorbire i momenti e la fasi di crisi". 20
- La vulnerabilità sociale è generata da un caleidoscopio di problematiche, fonti di una forte fragilizzazione economica e materiale che investe le persone ed i nuclei familiari:
  - ✗ la condizione abitativa
  - ✗ la condizione finanziaria
  - ✗ la gestione della salute
  - ✗ la condizione lavorativa
  - ✗ il lavoro di cura e di accudimento rivolto ai soggetti fragili del nucleo familiare

**Tab. 2 Distribuzione per macro aree della vulnerabilità materiale**

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Italia
Area del benessere	47,5	60,3	55,7	42,3	50,1
Area della vulnerabilità	47,7	36,7	39,9	43,0	42,1
- senza patrimonio	25,6	23,4	22,8	18,0	21,9
- con disagio abitativo	18,3	9,6	12,6	9,5	12,2
- scarsità di reddito	3,8	3,7	4,5	15,5	8,0
Area del cumulo dei problemi	4,8	3,1	4,5	14,7	7,8
Totale famiglie	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ranci, 2002

- Alcune aree problema, connesse tra loro, appaiono come le cornici di riferimento, per individuare chiavi di lettura per la definizione di strategie e di strumenti per l'orientamento di politiche pubbliche:
  - ✗ povertà e disuguaglianze sociali
  - ✗ crescita di aree sociali caratterizzate da fragilità sociali e materiali
  - ✗ diffusione dell'instabilità sociale come effetto delle dinamiche in atto nel mercato del lavoro
  - ✗ crisi di sovraccarico familiare
- Povertà: dal "Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale relativo al 2003 e 2004" risulta in lieve calo la situazione di povertà, ma non la preoccupazione delle famiglie e la percezione soggettiva del disagio, soprattutto al nord. Le famiglie povere sono il 4,9% nel 2003 contro il 5,1% nel 2002, mentre quelle "appena povere" sono il 5,7% nel 2003 contro il 5,9% nel 2002, e quelle "quasi povere" il 7,9% contro l'8% dell'anno precedente. Complessivamente, a rischio di povertà relativa sono risultate 2 milioni 360mila famiglie (10,6% del totale), pari a circa 6 milioni 800mila persone (l'11,8% dell'intera popolazione), di cui oltre un milione e mezzo sono minorenni.
- La povertà viene calcolata sulla base di due distinte soglie di convenzionali: una soglia "relativa", determinata annualmente rispetto alla spesa media mensile pro capite per consumi alle famiglie ed una soglia "assoluta", basata sul valore monetario di un paniere di beni e servizi essenziali aggiornato, tenendo conto della variazione dei prezzi al consumo. Utilizzando i dati

<sup>19</sup> Relazione del prof. C. Ranci al Seminario del 30 maggio 2005 : " Il malessere del Nord Ovest e la sfida per le politiche. Analisi e riflessioni a partire dal volume curato da G. Micheli e C. Ranci, *Equilibri fragili, vulnerabilità e vita quotidiana delle famiglie lombarde*, Milano, Guerini e Associati, 2003

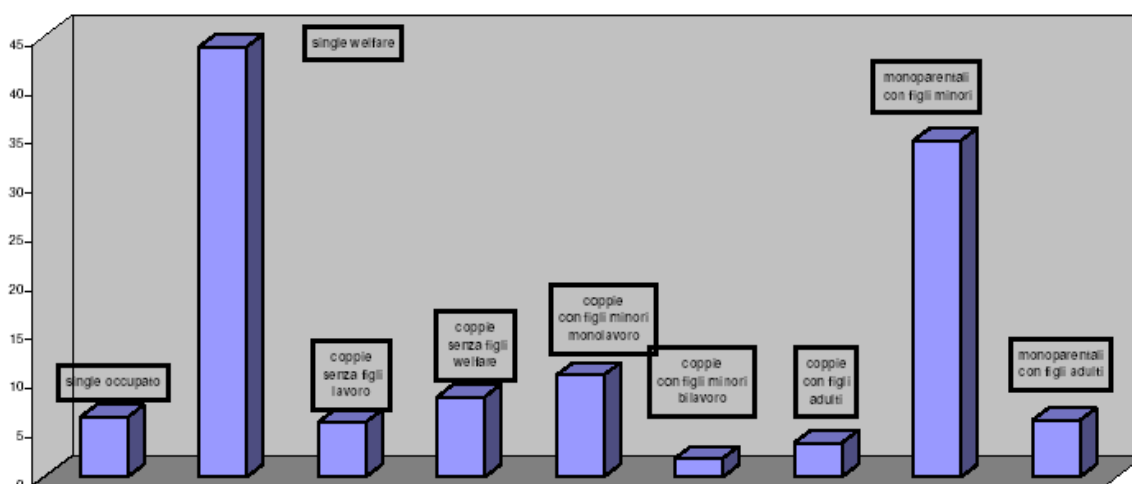
<sup>20</sup> Ibidem

## PROVINCIA DI TORINO Servizio Solidarietà Sociale

dell'indagine sui consumi delle famiglie dell'ISTAT, l'incidenza della povertà è calcolata sulla base del numero di famiglie (e relativi componenti) che presentano un'intensità di consumo al di sotto della soglia prescelta.

- La soglia convenzionale di povertà relativa per una famiglia di due componenti, rappresentata dalla spesa media mensile pro capite, risulta, nel 2003, di 869,50 euro, il 5,6% in più rispetto alla soglia dell'anno precedente. Le famiglie di due persone che sostengono una spesa media mensile pari o inferiore a tale soglia sono classificate come povere.
- Nell'ambito di questo vasto insieme vi sono 926 mila famiglie (4,2% del totale), pari a 2 milioni 916 mila individui (5,1% della popolazione) che vivono in condizioni di povertà assoluta, che non sono cioè in grado di acquistare molti dei beni che consideriamo essenziali per condurre una vita minimamente dignitosa, conforme agli standard vigenti nel nostro paese.
- Le situazioni più fragili, quelle maggiormente considerate come esposte al rischio di povertà, si rappresentano in modo evidente nel grafico che segue:

Fig. 4 Incidenza delle famiglie povere nel Nord Ovest, per tipo di famiglia



Fonte, Ranci (2002)

- La situazione di povertà, quindi, oltre che da un'oggettiva condizione di reddito insufficiente per il proprio mantenimento, risulta fortemente connessa alla situazione di isolamento, solitudine e all'assenza o fragilità di legami familiari (invecchiamento della popolazione, povertà di relazioni sociali significative, instabilità familiare).
- La "povertà soggettiva": l'ISTAT rileva anche la cosiddetta povertà soggettiva, basata cioè sulla personale percezione, da parte degli intervistati, sia della loro condizione economica complessiva, sia della difficoltà a sostenere spese necessarie per pagare bollette, cure mediche, cibo (differenza tra essere poveri e sentirsi poveri).
- La percezione soggettiva della povertà è maggiore al Nord e in talune zone del Centro, soprattutto in corrispondenza di grandi aree metropolitane, dove le aspettative sono più alte rispetto ai piccoli centri.
- Dal "Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale relativo al 2003 e 2004" emerge che la povertà soggettivamente intesa è avvertita in misura più circoscritta rispetto alla povertà oggettivamente intesa (8,7% delle famiglie a fronte dell'11%). Questa tendenza generale, tuttavia, è diversa nelle regioni del Nord, nelle quali il numero delle famiglie che si considerano soggettivamente povere (7,7%) è più ampio di quelle che figurano oggettivamente povere (5%).
- Nelle regioni più ricche il sentimento di deprivazione relativa delle famiglie risulta più alto, sia perché le loro aspettative sono più elevate, sia perché esse si confrontano con costi e livelli di consumo più elevati rispetto ai valori nazionali; in pratica, anche una parte di chi si trova oggettivamente al di sopra della linea di povertà nazionale, fatica a mantenere gli standard medi dell'area in cui vive e dunque si percepisce in una situazione a rischio.
- Inoltre la percezione della povertà soggettiva risente in modo rilevante delle caratteristiche non solo delle Regioni ma anche delle dimensioni del Comune di residenza: aumenta al crescere della popolazione comunale, raggiungendo il suo massimo nelle grandi metropoli dove più ampi sono gli squilibri di status oltre che le differenze economiche e sociali. Invece nei Comuni più piccoli, dove la povertà oggettiva supera i valori medi, la povertà relativa è meno percepita dalla popolazione a causa della maggiore omogeneità delle situazioni, cioè, verosimilmente, della minore frustrazione rispetto alle aspettative e alle condizioni generali.
- Per effetto di questa combinazione le famiglie coinvolte oggettivamente o soggettivamente con la povertà relativa sarebbero 3 milioni 863 mila pari al 17,3% del totale (nel 2002). Il risultato è assai prossimo a quello che si raggiunge usando la linea integrativa della povertà pari al 120% di quella standard, che identifica l'accesso al sottoinsieme delle famiglie "quasi povere": in questo caso, il complesso delle famiglie italiane a rischio di povertà economica (povere e quasi povere) risulta pari al 18,5%.



## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

- Il quadro d'insieme delle principali iniziative intraprese dal Servizio Solidarietà Sociale, nell'ambito delle politiche di contrasto alla vulnerabilità sociale e alla povertà, risulta così articolato:
  1. Rapporto sulla vulnerabilità sociale nella provincia di Torino
  2. Progetto di realizzazione di un Sistema integrato di Osservazione delle situazioni sociali di vulnerabilità sociale e di povertà
  3. Il Sistema Informativo del Servizio Solidarietà Sociale
  4. Il tema delle povertà nell'ambito della programmazione dei Piani di Zona
  5. Analisi dei Regolamenti di assistenza economica: approfondimenti a campione sulle categorie assistite e sulla spesa effettuata
  
- 1. Realizzazione di un rapporto sulla vulnerabilità sociale in provincia di Torino in collaborazione con l'Università di Torino, Dipartimento di Scienze Sociali, prof. Nicola Negri, e la società di ricerca SRF (Società Ricerca e Formazione).

L'analisi è stata svolta attraverso:

  - ✘ Identificazione degli indicatori di vulnerabilità a partire dai dati disponibili presso le diverse fonti istituzionali
  - ✘ Elaborazione degli indicatori in un primo sistema di rappresentazione delle diverse componenti della vulnerabilità sociale
  - ✘ Analisi dell'incidenza territoriale degli indicatori (scala comunale e degli enti gestori)
  - ✘ Elaborazione di una "cartografia sociale" attraverso modalità di rappresentazione dei risultati di tipo grafico e cartografico per consentire la lettura territoriale dei fenomeni.
  
- 2. Il progetto, in convenzione con l'Università di Torino, Dipartimento di Scienze Sociali, prof. Nicola Negri, si propone di promuovere e sviluppare la riflessione teorica, metodologica e la ricerca sulle varie forme di vulnerabilità sociale e di povertà, a partire da quelle che investono in particolare le fasce di adulti abili e delle politiche volte a fronteggiarle con particolare riferimento alla provincia di Torino. Tale riflessione prevede lo studio e la messa a punto di un sistema integrato di osservazione della situazione sociale che possa diventare uno strumento per l'orientamento delle politiche.
  
- 3. L'Assessorato alla Solidarietà Sociale ha iniziato da alcuni anni la realizzazione di un Sistema Informativo che potesse rispondere all'esigenza di monitorare i cambiamenti sociale e demografici del territorio torinese.

L'analisi si è concentrata in un primo tempo sulle dinamiche demografiche per ampliarsi successivamente agli aspetti economici e sociali (trend delle aziende, occupazione e disoccupazione, redditi, utenza dei servizi sociali, asili nido ecc). I dati sopra citati hanno consentito all'Assessorato di svolgere un ruolo di supporto al territorio impegnato nella predisposizione dei Piani di Zona, ma risultavano ancora carenti per la costruzione di un profilo complessivo della realtà provinciale, propedeutico alla realizzazione di una programmazione sociale di area vasta.

In particolare l'analisi dei dati disponibili non consentiva il dovuto approfondimento sulle dinamiche economiche che sottendono il pericolo di fragilità sociale, di superamento di quel confine sottile che separa una condizione di vita sufficiente da una condizione di difficoltà e a rischio.

Era necessario disporre di dati di profondità che declinassero le varie sfaccettature dei rischi sociali che possono trascinare l'individuo e il suo nucleo sotto la soglia di sufficienza vitale: la presenza di un unico reddito, la condizione di famiglia monogenitoriale, la presenza di anziani o persone diversamente abili, la disoccupazione di lungo periodo, la disoccupazione giovanile.

Tutti questi dati dovevano essere conosciuti a livello comunale, onde poterli riaggregare per bacini territoriali e costruire così una mappa del rischio di vulnerabilità del territorio, rischio già avvertito e segnalato dagli Amministratori locali ma non ancora sistematizzato in banche dati sufficientemente omogenee.

E' iniziato quindi un lavoro di ricerca, quantitativa e qualitativa, in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università di Torino, per reperire fonti sufficientemente aggiornate e strutturate a livello comunale che potessero aiutarci a comporre il quadro sopra richiamato.

Di grande aiuto in questo senso risultavano le domande di sostegno alla locazione, raccolte a livello regionale, che oltre a fornirci, suddivisa per comune, la domanda di aiuto economico, risultavano anche un'ottima fonte circa la composizione familiare e le fonti di reddito.

Questi dati sono stati pertanto raccolti e incrociati con i dati disponibili (quali: composizione delle famiglie, livello di disoccupazione, livello di scolarità ecc.) e hanno consentito di ottenere una prima descrizione dei territori con maggiori problemi, a cui dovrà seguire un approfondimento mirato circa la tipologia dei richiedenti e le risposte attuate.

Tale lavoro, pur con alcune lacune legate alla mera disponibilità di dati, ci consente di cominciare a delineare un primo quadro della situazione del territorio, ma è soprattutto il primo tassello per la costruzione di un vero e proprio Osservatorio Sociale Provinciale, obiettivo che l'Assessorato si è posto non solo per rispondere in maniera più puntuale e incisiva alle richieste del territorio, ma soprattutto per disporre di uno strumento di conoscenza che aiuti ad orientare gli interventi della Provincia nel sociale.

Si tratta dell'avvio di un processo: serviranno altri supporti quali collegamenti strutturali a banche dati esistenti (in primis quelle comunali) al fine di disporre di dati aggiornati e omogenei; la messa in rete delle informazioni in tempo reale, ecc., ma è importante sottolineare come l'evoluzione dell'utilizzo del sistema informativo da parte degli uffici e del territorio abbia contribuito a creare le condizioni per giungere alla costruzione di un osservatorio provinciale finalizzato a studiare i cambiamenti socio-economici e demografici e conseguentemente a costruire politiche sociali più efficaci e mirate.



## PROVINCIA DI TORINO

### Servizio Solidarietà Sociale

4. Nelle diverse esperienze del territorio per la realizzazione dei Piani di Zona la "mission" che si è affidata ai diversi tavoli tematici deputati ad analizzare tale complesso fenomeno, può essere definita come l'individuazione dei bisogni, la definizione delle aree critiche, la ricerca delle risorse e delle soluzioni necessarie per far fronte alle situazioni di disagio in un quadro di riferimento che sia in grado di monitorare costantemente i bisogni e le risposte necessarie, attraverso lo sviluppo di un progetto di welfare locale come parte integrante del Piano di Zona.

Gli ambiti di analisi sul fenomeno della vulnerabilità sociale e della povertà (sociale -economica -culturale) riguardano principalmente i seguenti settori di politiche di intervento e focus di attenzione specifici, quali:

- ✘ Formazione professionale
- ✘ Politiche per il lavoro
- ✘ Politiche per la casa
- ✘ Politiche per l'immigrazione
- ✘ Politiche per i trasporti
- ✘ Reddito
- ✘ Istruzione
- ✘ Cultura e socialità
- ✘ Politiche per la salute
- ✘ Servizi al cittadino

Tali ambiti costituiscono le cause o i fattori di rischio che provocano lo scivolamento dei singoli e delle famiglie da una condizione sociale -economica- culturale dignitosa e tollerabile a una condizione contrassegnata dalla quotidiana insicurezza per la carenza e o mancanza di risorse (in senso ampio), da intendersi sia come situazioni che favoriscono la caduta delle persone in condizione di povertà sia come condizioni che impediscono l'uscita dal circolo vizioso della povertà.

Nel considerare le nuove povertà emergenti, legate a situazioni di conflittualità o disagio multi fattoriale, si rileva ed evidenzia la necessità, oltre che di politiche sociali e sanitarie in senso stretto, anche di politiche per l'occupazione, per la casa, per il territorio e la qualità della vita.

Allo stato attuale definire in modo univoco il concetto di povertà e vulnerabilità, nonché la fascia degli adulti in difficoltà (area tematica oggetto di interesse specifico di molti tavoli di lavoro sul Piano di Zona) rischia di ridurre e banalizzare una realtà che si manifesta in modo complesso, articolato, ampio e dalle molteplici implicazioni in tutti gli aspetti della vita umana. Ciononostante si rende necessario delimitare il campo di analisi a quegli aspetti che, nella pratica dei Servizi, appaiono come quelli maggiormente significativi ai fini della comprensione del possibile disagio dei singoli, per lo più adulti. Inoltre, è opportuno ricordare che le difficoltà negli adulti sono, in prevalenza, determinate da:

- ✘ disagio psicologico, cioè da quella condizione in cui la persona sperimenta in modo costante una sofferenza più o meno intensa nella sfera emozionale unita ad una difficoltà nella relazione con se stessa e con le altre persone, specie quelle affettivamente importanti;
- ✘ disagio sociale, condizione in cui la persona sperimenta, in modo permanente o transitorio, la difficoltà a costruire e a mantenere autonomamente uno stile di vita adeguato ai bisogni propri e della propria famiglia, unitamente all'impossibilità di partecipare alla vita del gruppo sociale di appartenenza.

Il termine adulti in difficoltà fa riferimento a una serie di situazioni sociali che le persone in età adulta si trovano a dover affrontare e che incidono negativamente sulla loro condizione come impoverimento non solo economico ma anche sociale, relazionale e psicologico, diminuendo le loro capacità di far fronte con risorse proprie alle situazioni di disagio emergenti.

I bisogni che caratterizzano questi soggetti possono essere raggruppati genericamente nella categoria delle nuove povertà e costituiscono un quadro in continua evoluzione che necessita di un'osservazione critica costante.

Alcune considerazioni sul lavoro svolto:

- ✘ Il tema adulti in difficoltà (costituiti 14 tavoli tematici nel territorio) affronta sempre anche la questione del contrasto alle povertà (tranne che nel Cissac Chierese, Cisa 31 Carmagnola, Cissa Moncalieri, Cisa 12 Nichelino corrispondente al territorio dell'intera Asl 8 i quali hanno istituito il tavolo contrasto povertà ad hoc) a conferma del fatto che esiste una correlazione positiva, tra la situazione "percepita" di difficoltà e la variabile economica confermando tra l'altro un dato, ormai noto a tutti, di un diffuso "sentire" di vulnerabilità sociale ed economica.
- ✘ In un territorio (Ciss Chivasso) il tema viene coniugato nell'espressione "disagio sociale e sostegno alle famiglie" prevedendo l'esame congiunto dei due temi adulti in difficoltà e contrasto alle povertà sotto questa unica denominazione.
- ✘ Si evidenzia altresì una scelta compiuta dal territorio di esaminare rispettivamente i temi dell'immigrazione (Cissac Caluso, Ciss Pinerolo, Comunità Montana Val Pellice) e delle dipendenze (Cidis Orbassano) all'interno del tavolo tematico adulti in difficoltà sottolineandone le valenze di disagio economico.
- ✘ Infine, pare opportuno segnalare che la forte trasversalità di questi temi è ribadita dalla scelta della Comunità Montana Val Sangone di istituire un unico tavolo di concertazione denominato "adulti in difficoltà, politiche attive per l'occupazione e l'integrazione sociale" in grado di coniugare e comparare l'analisi dei quattro temi.

5. Nell'ambito del lavoro svolto nell'Ufficio Programmazione Territoriale sul tema della povertà si è realizzato un processo di analisi delle modalità di assistenza economica in atto negli Enti Gestori.

## PROVINCIA DI TORINO Servizio Solidarietà Sociale

L'obiettivo dell'analisi è stato discusso nelle riunioni del Gruppo di lavoro interprofessionale per l'inclusione sociale, al quale hanno partecipato docenti della Facoltà di Scienze Politiche di Economia nonché alcuni Enti Gestori

La prima griglia di analisi predisposta dall'Ufficio Programmazione, è stata presentata alla prima riunione del gruppo nel quale si è affrontato in maniera interdisciplinare il tema dell'Assistenza Economica

L'analisi avviata, è stata condotta a termine attraverso un progetto di tirocinio di una laureanda in Programmazione e gestione delle politiche e dei Servizi Sociali presso la Facoltà di Scienze Politiche di Torino, con la supervisione di un docente del gruppo e la collaborazione dell'Ufficio Programmazione stesso.

L'indagine è stata strutturata in diverse fasi. Inizialmente, si è provveduto ad analizzare i regolamenti di assistenza economica enucleando alcuni aspetti quali: la categorie di beneficiari e le differenti tipologie di contributi, le soglie principali di riferimento per averne diritto, le modalità di calcolo, i motivi di esclusione, la durata del sostegno economico e le procedure per potervi accedere.

Successivamente si è passati ad effettuare una comparazione dei differenti regolamenti alla luce dei criteri adottati per realizzare, nel 2002, la ricerca comparativa, di carattere fattuale/empirico, denominata progetto ESOPO (Evaluation of Income Support Policies at the Local Level), relativa alle misure di sostegno al reddito destinate alla categorie dei poveriabili di alcune realtà europee (Germania, Svezia, Portogallo, Spagna, Italia, Francia.).

Inoltre l'Ufficio Programmazione Territoriale ha avviato una raccolta di tipologie di persone assistite e della spesa effettuata in alcuni Enti Gestori con riferimento all'anno 2004. Si dispone di una tabella categoriale degli assistiti e della spesa di tre soli Enti Gestori. I risultati del lavoro svolto sono stati oggetto di un seminario per operatori sociali.

Il progetto è stato presentato, quale buona pratica atta a favorire la fruizione dei diritti di cittadinanza, al convegno annuale di R.E.T.I.S. ed è stato inoltre inserito nella Banca dati Europea dei buoni esempi di iniziative locali contro la povertà e l'esclusione sociale ( sito [www.locin.info/database.cfm](http://www.locin.info/database.cfm) pag. Local Initiatives - Italia - Community Work)

## NOTE CONCLUSIVE SULLO SVILUPPO DEL LAVORO

Questo secondo documento vuole rappresentare il percorso di lavoro che la Provincia di Torino ha intrapreso per la predisposizione di un Piano Sociale Provinciale che, nascendo da una condivisione di problematiche, criticità ma anche risorse del territorio, sappia proporre una programmazione integrata finalizzata alla crescita delle politiche sociali, non solo nella visione di supporto alle parti più deboli ma anche quali volano di sviluppo dell'economia.

A conclusione ci pare importante sottolineare due elementi qualificanti del lavoro da realizzare insieme

- ✘ L'importanza dell'individuazione delle priorità politiche, a partire da quanto evidenziato nelle sintesi orientate agli interventi.
- ✘ La necessità del coinvolgimento e della partecipazione all'elaborazione del Piano da parte degli attori del territorio, nonché la sua validazione.

Elementi imprescindibili per la realizzazione di un Piano Sociale che si ponga come "catalizzatore" delle dinamiche, risorse e potenzialità del nostro territorio.