



compagnia di iniziative sociali



A.LEA.



PROVINCIA  
di CUNEO



CONFCOOPERATIVE

FEDERSOLIDARIETÀ



legacoopsociali

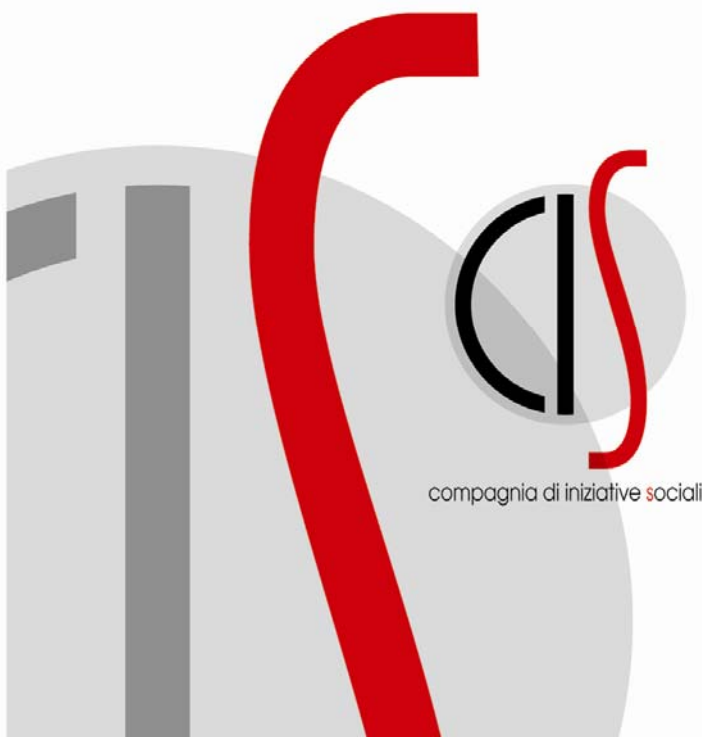
associazione nazionale cooperative sociali

# Welfare locale e cooperazione sociale in Provincia di Cuneo

Ricerca finanziata da



FONDAZIONE  
CASSA DI RISPARMIO  
DI CUNEO



compagnia di iniziative sociali

Aprile 2009



## **PREMESSA**

La Provincia quale “ente intermedio” riveste uno specifico ruolo di sostegno e promozione dello sviluppo locale ed in particolare modo, con i Piani di Zona, ha favorito e promosso azioni di accompagnamento e di analisi dei processi per la costruzione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Il presente lavoro di ricerca segue un primo monitoraggio sullo stato di avanzamento della programmazione zonale presentato al pubblico il 15 maggio 2008, lo approfondisce e va ad analizzare il ruolo della Cooperazione sociale nel complesso delle politiche sociali territoriali e in particolare il ruolo costruito con l'avanzamento dei lavori per i Piani di Zona.

Il rapporto consente uno sguardo allargato ai processi di sviluppo e qualificazione delle competenze programmatiche che hanno richiesto un forte coinvolgimento sia degli operatori, che degli amministratori e del privato sociale nelle molteplici forme espresse dal territorio cuneese.

La Cooperazione sociale in Provincia garantisce l'erogazione di una vasta gamma di servizi ricoprendo una serie di funzioni nel sistema del welfare locale che non si limita a garantire maggiore flessibilità nell'utilizzo degli stessi, ma costituisce elemento propositivo nel sistema delle relazioni tra i vari soggetti istituzionali e non operanti sul territorio. Un momento di crescita non solo dovuto alle esternalizzazioni dei servizi ma per la presenza di differenti opportunità, seppure con diversa intensità, nel sistema del welfare locale.

Questa ricerca dimostra che lavorare in modo integrato è una esigenza dalla quale non è possibile prescindere, per tutti quei territori che vogliono sviluppare una reale capacità di “fare sistema“, valorizzando le potenzialità del proprio territorio e consolidando le relazioni esistenti e l'integrazione tra i soggetti che a vario titolo concorrono alla programmazione e attuazione delle politiche socio sanitarie.

Il Presidente  
On. Raffaele COSTA

L'Assessore alle Politiche Sociali  
Angelo ROSSO



# INDICE

	<b>Pag.</b>
<b>INTRODUZIONE. OBIETTIVI E METODOLOGIA DELLA RICERCA</b>	<b>2</b>
<b>CAPITOLO 1. LO SCENARIO DEL WELFARE LOCALE E LA COOPERAZIONE SOCIALE</b>	<b>6</b>
1.1 Il profilo degli assistiti e dei servizi locali	6
1.2 Gli enti gestori delle funzioni socioassistenziali	11
1.3 La cooperazione sociale: un profilo del settore	23
1.4 Welfare locale e cooperazione sociale cuneesi in sintesi	27
<b>CAPITOLO 2. IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEI PIANI DI ZONA</b>	<b>29</b>
2.1 Le strutture organizzative e l'elaborazione dei Piani di zona	29
2.2 Un approfondimento sui tavoli tematici	37
2.3 Le azioni previste nei piani e il processo di attuazione	42
2.4 Nodi problematici e prospettive	43
<b>CAPITOLO 3. LA COOPERAZIONE SOCIALE</b>	<b>50</b>
3.1 Origini e percorsi delle cooperative	50
3.2 La mappa dei servizi	58
3.3 Per una tipologia di cooperative	65
3.4 I fattori competitivi e le strategie di sviluppo	68
3.5 Le specificità della cooperazione sociale	72
<b>CAPITOLO 4. PROSPETTIVE DI INTERVENTO</b>	<b>78</b>
4.1 In sintesi	78
4.2 Innovazione e qualità dei servizi	79
4.3 Le criticità sulla strada della innovazione	82
4.4 Ipotesi di lavoro	84
<b>ALLEGATI</b>	
1. I soggetti che hanno preso parte al processo di definizione dei Piani di zona	90
2. Le azioni di ciascun Piano di zona in sintesi	97
3. Le azioni dei Piani di zona per contenuto	114
4. Traccia di intervista sul processo di definizione dei Piani di zona	125
5. Traccia di intervista sul tessuto cooperativo	127
6. Questionario sugli andamenti economici ed occupazionali delle cooperative	128

# INTRODUZIONE. OBIETTIVI E METODOLOGIA DELLA RICERCA

La Compagnia di Iniziative Sociali - Consorzio Società Cooperativa Sociale (CIS) è nata nell'aprile 1996 a seguito della decisione, di un gruppo di cooperative sociali della provincia di Cuneo, di avviare un'esperienza di integrazione imprenditoriale.

Tale esperienza ha le sue radici in una comune analisi della situazione attuale ed è il frutto della condivisa consapevolezza che oggi lavorare e intervenire nel sociale, puntare all'inserimento delle persone più in difficoltà, contrastare l'emarginazione, richiede sempre più competenze e capacità di intervento, concertazione e visione globale, nonché precise garanzie sul lato progettuale e organizzativo.

Tra le finalità del Consorzio vi è quella di diventare una risorsa e un interlocutore privilegiato, sulle politiche sociali, promuovendo logiche di collaborazione e integrazione tra i diversi attori pubblici e privati, per dare una risposta di qualità ai bisogni della comunità, unendo solidarietà ed efficienza, dimostrando che è possibile in questo campo fare "impresa" tutelando e perseguendo gli interessi della collettività.

All'interno di questo approccio lo studio e la ricerca sociale assumono importanza, ancor più se concepiti come opportunità di coinvolgimento di altri soggetti sin dalla programmazione delle attività.

Cogliendo l'opportunità fornita dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo, che dal 2007 ha attivato una linea di finanziamento dedicata alla ricerca, CIS ha progettato la presente ricerca in collaborazione con la Provincia di Cuneo, Confcooperative-Federsolidarietà e Legacoop.

Se è piuttosto evidente che studiare la cooperazione sociale di un territorio senza conoscere le caratteristiche del sistema di welfare locale significa analizzare un fenomeno al di fuori, per così dire, del suo ambiente naturale, la rilevanza assunta negli ultimi anni nella gestione ed erogazione di servizi sociali dalle imprese cooperative suggerisce che anche uno studio dedicato al welfare locale non possa prescindere dal volgere l'attenzione al ruolo svolto dalla cooperazione. Coerentemente a questo approccio, il sistema di welfare e il sistema della cooperazione sociale nella Provincia di Cuneo, tanto nelle loro caratteristiche e dinamiche, che nelle loro relazioni sono entrambi oggetti peculiari della ricerca<sup>1</sup> i cui esiti sono presentati in questo rapporto. Occorre peraltro precisare che la ricerca ha preso in esame unicamente le cooperative sociali di tipo A, essendo quelle direttamente impegnate nella erogazione di servizi per il welfare locale, mentre non abbiamo indagato l'universo delle cooperative di tipo B.

---

<sup>1</sup> La ricerca, finanziata dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo e cofinanziata dalla Provincia di Cuneo, è stata condotta da un gruppo di lavoro promosso dal Consorzio Compagnie di Iniziative sociali (C.I.S.) e dalla società A.lea così composto: Mauro Giacosa (responsabile del progetto, C.I.S.), Augusto VINO (responsabile scientifico, A.lea); Gianfranco Pomatto (ricercatore, A.lea); Chiara Sacchelli (ricercatrice, C.I.S.). Gli esiti e le conclusioni della ricerca sono frutto del lavoro condotto congiuntamente dall'intero gruppo, mentre la redazione materiale del testo del presente rapporto è di Gianfranco Pomatto (per l'introduzione, il capitolo 1, il capitolo 2 e i paragrafi 3.1 e 3.2 del capitolo 3) e di Augusto VINO (per i paragrafi 3.3, 3.4 e 3.5 del capitolo 3 e per il capitolo 4).

Più in particolare, nello studio del sistema di welfare e della cooperazione sociale cuneese ci siamo posti alcuni obiettivi conoscitivi che possono essere ricondotti a tre domande fondamentali:

- *come si configurano e quali caratteristiche li contraddistinguono?*
- *quali sono le più rilevanti innovazioni che attualmente li interessano?*
- *quali scenari e prospettive appaiono ipotizzabili per il futuro?*

Il primo capitolo risponde alla prima di esse, tanto in rapporto al sistema di welfare che della cooperazione sociale.

Innanzitutto, abbiamo cercato di capire a quali categorie appartengano i cittadini assistiti in Provincia di Cuneo e che tipo di risposta assistenziale, in termini di servizi o altri interventi di sostegno, ricevano e se emergano evidenti differenziazioni rispetto ad altre aree regionali (confrontando la Provincia di Cuneo con la Provincia di Torino e la Regione Piemonte nel suo complesso). A tal fine abbiamo condotto originali elaborazioni dei dati sulle attività socio assistenziali svolte dagli enti locali di fonte regionale<sup>2</sup>.

In secondo luogo abbiamo concentrato l'attenzione sull'articolazione interna della Provincia di Cuneo, conducendo un'analisi delle entrate e delle spese dei nove enti gestori<sup>3</sup> delle funzioni socio assistenziali attualmente attivi sul territorio provinciale. Quanto illustrato a tal proposito è il frutto di una autonoma elaborazione dei dati tratti dalle Relazioni Previsionali e Programmatiche<sup>4</sup> 2007-2009 di ciascun ente gestore.

Per ricostruire una prima immagine di insieme della cooperazione sociale cuneese abbiamo, invece, fatto ricorso alle indagini sulla cooperazione sociale in Italia condotte tra il 2005 e il 2008<sup>5</sup> dall'Istat, proponendo una lettura comparata degli indicatori a nostro parere più rilevanti sia sotto il

---

<sup>2</sup> Facciamo riferimento ai dati riportati nella pubblicazione *Numeri dell'assistenza 2008*, curata dall'Assessorato al welfare e lavoro della Regione Piemonte e scaricabile al seguente indirizzo:  
[http://www.regione.piemonte.it/polsoc/news/numeri\\_ass2008.htm](http://www.regione.piemonte.it/polsoc/news/numeri_ass2008.htm)

<sup>3</sup> Sul territorio della Provincia di Cuneo sono attualmente attivi 9 enti delegati dai Comuni per la gestione dei servizi socio assistenziali: sei Consorzi (Consorzio socio-assistenziale Alba, Langhe, Roero; Consorzio Intesa; Consorzio per i servizi socio assistenziali del monregalese; Consorzio Monviso Solidale; Consorzio socio assistenziale del Cuneese; Consorzio per i servizi socio-assistenziali delle Valli Grana e Maira) e 3 Comunità Montane (Comunità Montane convenzionate Valli Mongia, Cevetta, Langa Cebana e Alta Val Tanaro; Comunità Montane convenzionate Bisalta, Valli Gesso e Vermenagna; Comunità Montana Alta Langa).

<sup>4</sup> Le Relazioni Previsionali e Programmatiche sono state rese consultabili in sede dal Settore Verifica e finanziamento attività enti gestori istituzionali della Direzione Politiche Sociali della Regione Piemonte che ringraziamo per la collaborazione.

<sup>5</sup> Facciamo riferimento ai seguenti rapporti curati dall'Istat:

- *Le cooperative sociali in Italia. Anno 2001*; si tratta della prima rilevazione sulle cooperative sociali e i consorzi sociali pubblicata nel 2006 con dati aggiornati al 31 dicembre 2001 e scaricabile al seguente indirizzo:  
[http://www.istat.it/dati/catalogo/20060428\\_00/](http://www.istat.it/dati/catalogo/20060428_00/)
- *Le cooperative sociali in Italia. Anno 2003*; si tratta della seconda rilevazione sulle cooperative sociali e i consorzi sociali pubblicata nel 2006 con dati aggiornati al 31 dicembre 2003 e scaricabile al seguente indirizzo:  
[http://www.istat.it/dati/catalogo/20061211\\_00/](http://www.istat.it/dati/catalogo/20061211_00/)
- *Le cooperative sociali in Italia. Anno 2005*; si tratta della terza rilevazione sulle cooperative sociali e i consorzi sociali pubblicata nel 2008 con dati aggiornati al 31 dicembre 2005 e scaricabile al seguente indirizzo:  
[http://www.istat.it/dati/catalogo/20080807\\_03/](http://www.istat.it/dati/catalogo/20080807_03/)

profilo territoriale (confrontando, anche in questo caso, la Provincia di Cuneo con la Provincia di Torino e la Regione Piemonte nel suo complesso), sia sotto il profilo cronologico (confrontando i dati aggiornati al 2001, 2003 e 2005).

Il secondo capitolo concentra l'attenzione sul sistema di welfare la cui principale innovazione, nello scenario attuale, è da legarsi alla definizione dei primi Piani di zona dei servizi socioassistenziali. Tra il 2005 e il 2007, recependo le prescrizioni della Regione Piemonte, gli enti gestori hanno infatti promosso un esteso processo di progettazione concertata che ha condotto alla approvazione di sei Piani di zona<sup>6</sup>, recepiti con accordi di programma sottoscritti da una pluralità di soggetti (che includono sempre gli enti gestori, i Comuni convenzionati e l'azienda sanitaria di competenza).

Per questa sezione della ricerca abbiamo adottato un approccio metodologico di carattere qualitativo, basato sulla realizzazione di interviste in profondità ad un esteso gruppo di testimoni privilegiati<sup>7</sup> che hanno preso parte in ciascun territorio al processo di definizione dei piani e che sono attualmente impegnati nella fase di attuazione.

Il capitolo propone quindi innanzitutto una ricostruzione del processo di definizione dei Piani di zona nei diversi territori, passando poi ad una lettura comparata delle azioni che prevedono e del processo di attuazione che si è nel frattempo avviato; in conclusione sottolinea i principali nodi problematici così come le prospettive dei servizi socioassistenziali provinciali per come emerse nel corso dell'analisi ed evidenziate dagli attori locali.

Il terzo capitolo è dedicato alla cooperazione sociale del cuneese e ricorre a due linee di ricerca tra di loro complementari.

Una prima linea è consistita nella ricostruzione della storia, le evoluzioni e i servizi erogati di 16 cooperative di tipo A (Abrate; Alice; Caracol; Cascina Martello; Emmanuele; Emmaus; Fiordaliso; Il Cortile; Il Melograno; Insieme a Voi; Laboratorio; La Grolla; Momo; Oasi; Proposta 80;

---

<sup>6</sup> I Piani di zona attualmente approvati sono: il Piano di zona del Consorzio socio-assistenziale Alba-Langhe-Roero; il Piano di zona del Consorzio Intesa; il Piano di zona del Consorzio per i servizi socio assistenziali del monregalese; il Piano di zona del Consorzio Monviso solidale; il Piano di zona del cebano; il Piano di zona del Consorzio socio assistenziale del cuneese (che copre il territorio di 3 enti gestori: il Consorzio socio assistenziale del Cuneese; Consorzio per i servizi socio-assistenziali delle Valli Grana e Maira; le Comunità Montane convenzionate Bisalta, Valli Gesso e Vermenagna).

<sup>7</sup> Tra il mese di febbraio e maggio 2008 abbiamo intervistato i seguenti testimoni privilegiati che ringraziamo per la disponibilità: Erio Ambrosino e Aurelio Galfrè (rispettivamente Assessore ai servizi sociali del Comune di Cuneo e Direttore del Consorzio socio assistenziale del Cuneese); Luigi Barbero (Distretto sanitario di Cuneo, Asl Cuneo 1); Ugo Boccacci e Maria Grazia Brignone (rispettivamente Presidente e Responsabile del servizio socio assistenziale della Comunità Montana Valli Gesso e Vermenagna); Alessandra Boccardo e Romana Perotti (rispettivamente Presidente e Direttore del Consorzio per i servizi socio-assistenziali delle Valli Grana e Maira); Alessandro Bottazzi (dirigente del Settore Verifica e finanziamento attività enti gestori istituzionali della Regione Piemonte); Sebastiano Cavalli e Maria Maddalena Lanfranco (rispettivamente Presidente e Direttore del Consorzio socio-assistenziale Alba-Langhe-Roero); Fernanda Clerico (Provincia di Cuneo); Silvio Crudo e Giuseppe Migliaccio (rispettivamente Presidente e Direttore del Consorzio Monviso Solidale); Pino Degetto e Anna Abburrà (rispettivamente Presidente e Direttore del Consorzio Intesa); Enrico Ferreri (Distretto sanitario di Mondovì, Asl Cuneo 1); Gabriele Ghigo (Distretto sanitario di Borgo San Dalmazzo -Dronero, Asl Cuneo 1); Andrea Gili (Distretto sanitario di Saluzzo, Asl Cuneo 1); Elio Laudani (Distretto sanitario di Bra, Asl Cuneo 2); Luca Monchiero (Distretto sanitario di Alba, Asl Cuneo 2); Cristiano Panero (assistente sociale coordinatore presso la Comunità Montana Alta Langa); Roberta Rossi (Presidente di Federsolidarietà); Robaldo Secondo e Anna Aschero (rispettivamente Presidente e Responsabile dei servizi socio assistenziali della Comunità Montana Valli Mongia, Cevetta e Langa cebana); Sandro Verdirosi (Distretto sanitario di Savigliano, Asl Cuneo 1); Giuseppe Viada e Marilena Giubergia (rispettivamente Direttore ed ex Direttore del Consorzio per i servizi socio assistenziali del monregalese); Gianbattista Zammiglio (Distretto sanitario di Ceva, Asl Cuneo 1). La traccia utilizzata per le interviste è riportata nell'Allegato 2.

Valdocco) e di 4 consorzi di cooperative (Cis; Eos; Mosaico; Nuovi Orizzonti) – individuati in modo da coprire i diversi settori di intervento e le varie zone geografiche della provincia – attraverso interviste in profondità rivolte a soci con funzioni dirigenziali<sup>8</sup>. Una seconda linea ha integrato le informazioni raccolte dalle interviste con dati quantitativi inerenti le dinamiche occupazionali e il fatturato delle cooperative<sup>9</sup>.

In questo capitolo proponiamo innanzitutto un approfondimento sul tessuto cooperativo provinciale, focalizzandoci sulle origini delle cooperative e i fondamentali momenti di discontinuità lungo la loro storia, le reti di collaborazioni esistenti, le strategie di posizionamento sul mercato e gli andamenti economici ed occupazionali.

In secondo luogo, a partire da una mappa delle filiere di servizi nel campo del welfare in cui le cooperative studiate sono attualmente attive e da una loro tipizzazione basata su due criteri (la relazione con il territorio e le strategie di prodotto/servizio), indaghiamo più in generale i fattori competitivi e le specificità della cooperazione nell'ambito della produzione ed erogazione di servizi di welfare.

L'ultimo capitolo guarda al futuro. Ripercorrendo brevemente le principali acquisizioni della ricerca, proponiamo come centrale il tema della innovazione e della qualità dei servizi e, a tal proposito, articoliamo alcune ipotesi di lavoro che si rivolgono, come spunto di riflessione, ai più rilevanti attori territoriali delle politiche di welfare.

---

<sup>8</sup> Tra il mese di settembre e novembre 2008 abbiamo intervistato i seguenti testimoni privilegiati che ringraziamo per la disponibilità: Chiara Airaudò (Cooperativa Il Melograno); Rudy Ballatore (Cooperativa Laboratorio); Patrizia Bausano (Cooperativa Insieme A Voi); Lorenza Bernardi (Cooperativa Valdocco); Paola Bernardi (Cooperativa La Grolla); Luca Bona e Daniela Foppoli (Consorzio Mosaico); Alberto Bianco (Cooperativa Emmaus); Brunella Dalmasso (Cooperativa Emmanuele); Sandro Durando (Consorzio Cis); Graziella Galfrè, Edoardo Tallone e Pietro Venturino (Cooperativa Oasi); Mauro Giacosa (Cooperativa Alice); Gabriele Gilardi (Consorzio Nuovi Orizzonti); Anna Levi (Cooperativa Abrate); Patrizia Magliano (Cooperativa Caracol); Nicola Mellano (Cooperativa Fiordaliso); Maurizio Ovidio (Cooperativa Proposta 80); Roberta Rossi (Cooperativa Il Cortile); Roberto Saba (Cooperativa Momo); Daniele Tealdi (Cooperativa Cascina Martello); Marco Vajra (Cooperativa Peraltro); Umberto Zocca (Consorzio Eos). La traccia utilizzata per le interviste è riportata nell'Allegato 3.

Può essere utile riportare di seguito la composizione dei quattro Consorzi coinvolti nell'indagine, poiché essi associano numerose cooperative che non sono tra quelle intervistate, consentendo quindi una vista su di un più ampio insieme di aziende cooperative, distribuite su tutto il territorio provinciale. Più precisamente, il Consorzio CIS associa le cooperative Alice, il Biancospino, il Ginepro, Orso e Solaris; il Consorzio Nuovi Orizzonti associa le cooperative Laboratorio, Armonia, il Solco, Caracol – tutte cooperative di tipo A – e le cooperative Armonia Work, il Casolare, Agorà, Prato, di tipo B. Il Consorzio Mosaico associa a sua volta i due Consorzi CIS e Nuovi Orizzonti, ed un gruppo numeroso di cooperative: Cascina Martello, Cooperativa operatori Sociali –COS, Emmanuele, il Cortile, Insieme a Voi, OASI, il Solco, Amico Verde, il Laboratorio, Nuovo Beila, San Paolo, Momo, il Sole, il Viandante, Proposta 80, Alberto Abrate. Il consorzio Eos, infine, associa le cooperative Il filo di Arianna e La luna.

<sup>9</sup> Questa linea di ricerca si è basata sul questionario riportato nell'Allegato 4.

# CAPITOLO 1. LO SCENARIO DEL WELFARE LOCALE E LA COOPERAZIONE SOCIALE

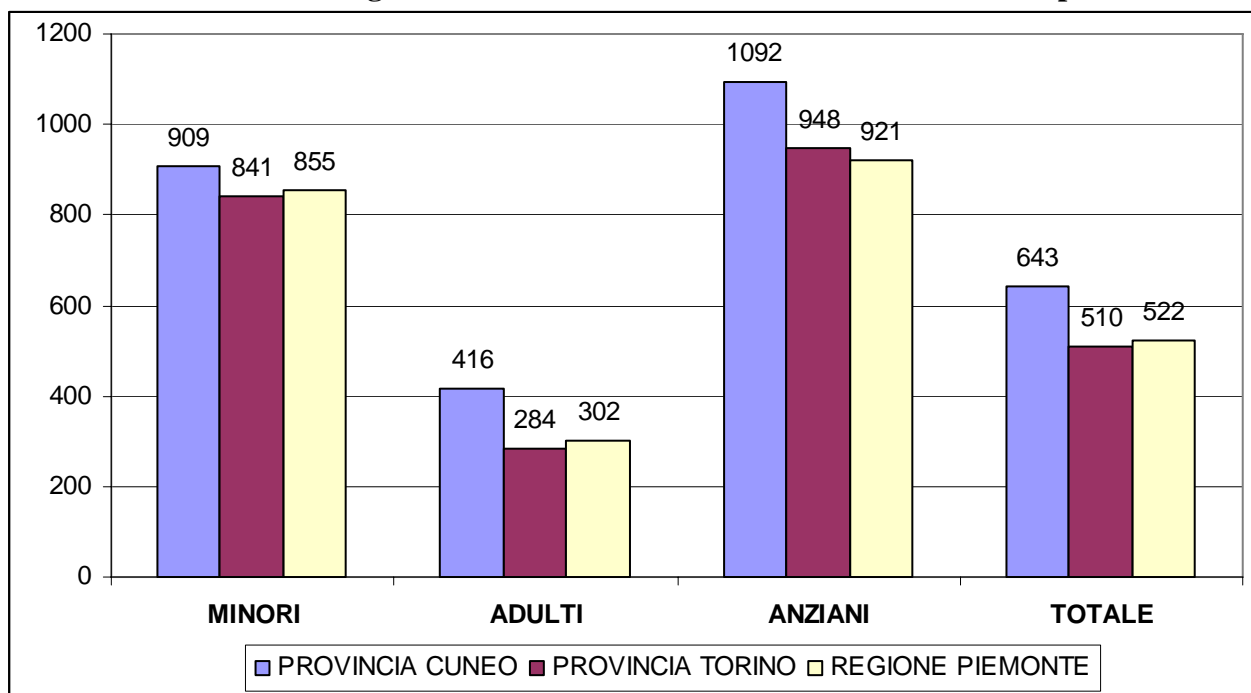
Le pagine che seguono si propongono di delineare i tratti fondamentali del sistema di welfare locale e della cooperazione sociale nella Provincia di Cuneo. A partire da un profilo degli assistiti e dei servizi erogati, sono analizzate nel dettaglio le entrate e la spesa degli enti gestori delle funzioni socioassistenziali per poi volgere l'attenzione alle cooperative sociali, nelle loro dimensioni e dinamiche aggregate.

Ne deriva una prima immagine di insieme in grado di evidenziare alcune fondamentali specificità del welfare e della cooperazione cuneesi rispetto al più generale scenario regionale.

## 1.1 Il profilo degli assistiti e dei servizi erogati

Nel complesso la Provincia di Cuneo presenta una quota di persone assistite sulla popolazione residente superiore di circa il 23% rispetto alle media regionale. Come si può notare dal Grafico 1.1.1, infatti, nella Provincia di Cuneo le persone in carico ai servizi sociali<sup>10</sup> al 31 dicembre 2006 erano pari a 643 unità ogni 10.000 abitanti, a fronte delle 522 unità nella media regionale e alle 510 della Provincia di Torino. Scomponendo gli assistiti per fasce di età<sup>11</sup>, emerge come siano in particolare adulti ed anziani ad alzare il carico assistenziale del cuneese: nelle fasce di età adulta,

**Grafico 1.1.1 N° di utenti ogni 10.000 abitanti dei servizi sociali al 31-12-2006 per fascia di età**



<sup>10</sup> Per persone in carico ai servizi sociali intendiamo le persone che gli enti gestori delle funzioni socio assistenziali comunicano come in carico al 31 dicembre di ogni anno.

<sup>11</sup> I minori sono le persone con meno di 18 anni; consideriamo adulte le persone comprese tra i 18 e i 65 anni e anziane le persone con più di 65 anni.

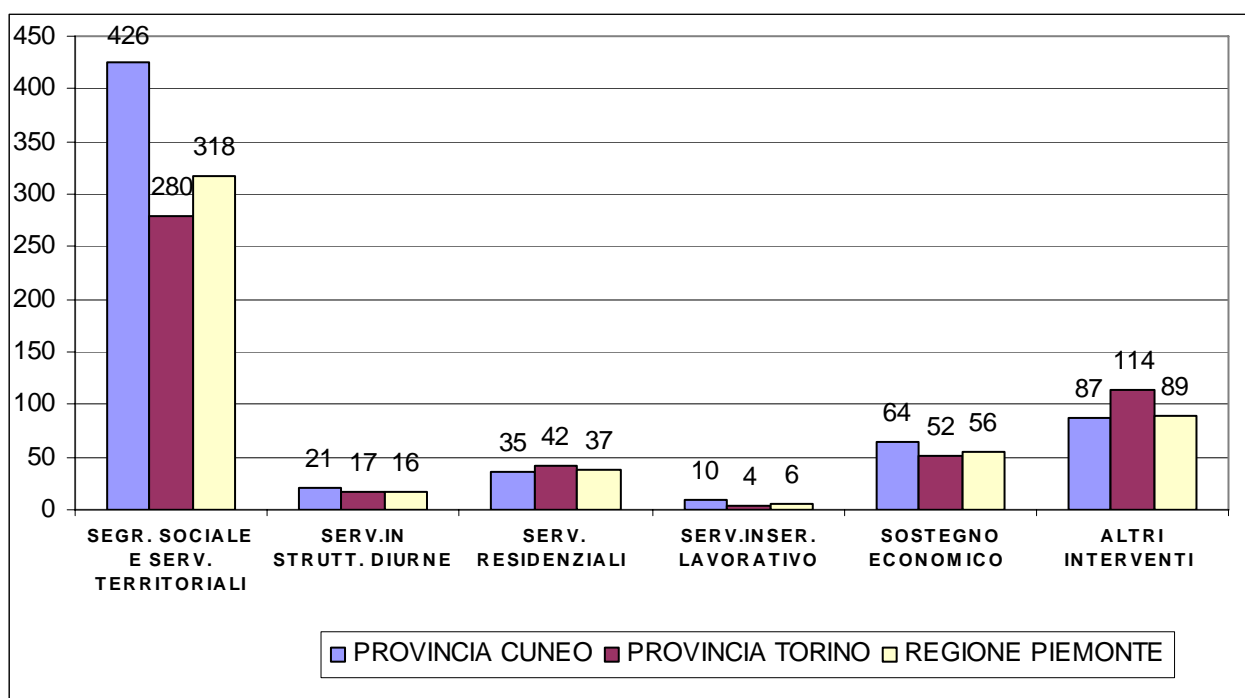
infatti i soggetti assistiti sono circa il 27% in più rispetto alla media regionale (416 persone ogni 10.000 residenti, a fronte di una media pari a 302), fra gli anziani, sono circa il 19% in più rispetto alla media regionale (1092 assistiti ogni 10.000 residenti, a fronte di 921), mentre la quota di minori in carico è più vicina alla media regionale (909 assistiti ogni 10.000 residenti a fronte di 855 nella media regionale, ossia circa il 6% in più).

I dati rilevati dalla Regione Piemonte<sup>12</sup> consentono di andare oltre le dimensioni quantitative delle persone assistite, permettendo una ricostruzione dei servizi erogati.

Per offrire un primo sguardo di insieme abbiamo aggregato i servizi censiti dalla Regione in sei categorie fondamentali: i servizi di segretariato sociale e di carattere territoriale, ossia i servizi capillarmente diffusi sul territorio o svolti a domicilio (ne fanno parte il servizio sociale professionale, l'assistenza domiciliare, l'educativa territoriale, il telesoccorso); i servizi che presuppongono l'utilizzo di strutture diurne (l'inserimento in centro diurni, gli interventi di mediazione familiare, gli interventi in luogo neutro); i servizi che presuppongono l'utilizzo di strutture residenziali (l'inserimento in presidio, l'integrazione di rette per strutture residenziali, i servizi di residenzialità temporanea); i servizi di inserimento lavorativo; gli interventi di sostegno economico (assistenza economica in senso stretto, prestiti sull'onore, interventi economici a sostegno della domiciliarità); altri interventi di vario genere (affidamenti familiari, adozioni, attività inerenti le Unità di valutazione geriatrica, le Unità di valutazione sull'Handicap e gli abusi, attività istruttorie per minori e incapaci, interventi di tutela, curatela e di amministratore di sostegno). Il Grafico 1.1.2 illustra il numero di utenti (rapportati alla popolazione residente) in carico a ciascuna categoria di servizio.

Come si può notare la differenza più evidente nel numero degli assistiti tra la Provincia di Cuneo, la

**Grafico 1.1.2 N° di utenti ogni 10.000 abitanti dei servizi sociali al 31-12-2006 per tipo di servizio**



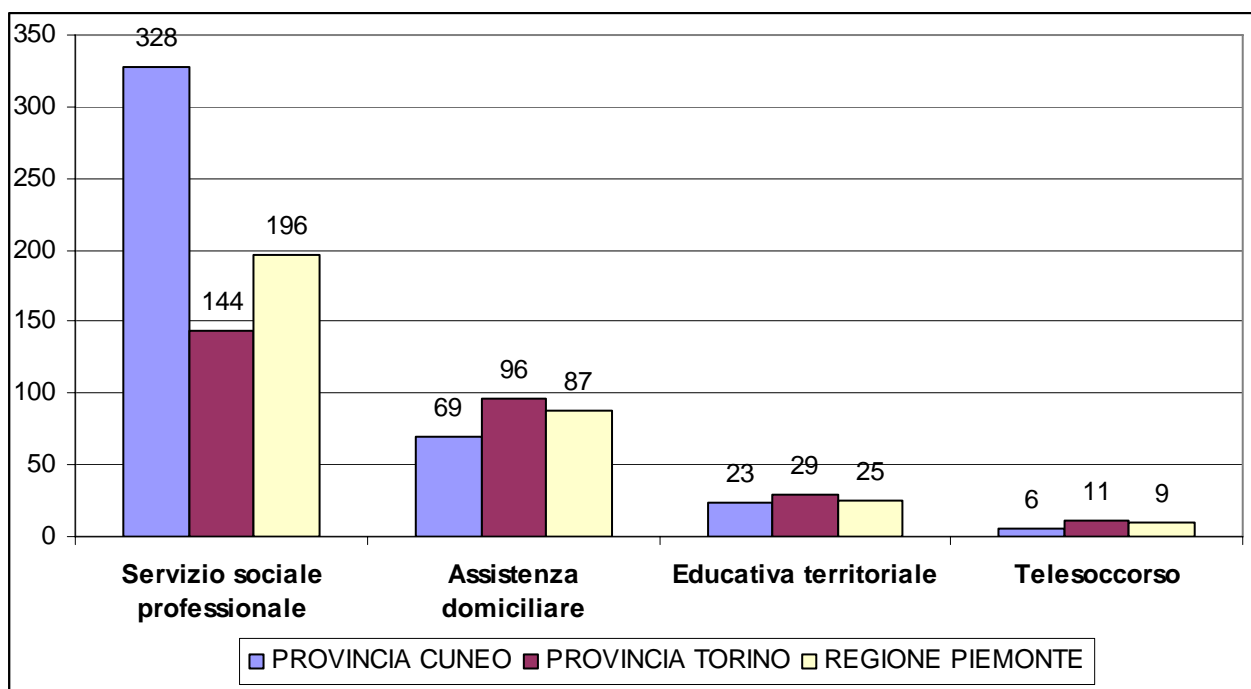
<sup>12</sup> Si tratta di dati riportati nella pubblicazione *Numeri dell'assistenza 2008*, curata dall'Assessorato al welfare e lavoro della Regione Piemonte che, come detto nell'introduzione, abbiamo utilizzato come fonte.

Provincia di Torino e la Regione Piemonte nel suo complesso riguarda i servizi di segretariato sociale e di carattere territoriale che hanno in carico una quota di utenti di circa un terzo superiore alla media regionale (426 persone ogni 10.000 abitanti a fronte di 318). Anche gli interventi di sostegno economico riguardano una quota della popolazione un po' più estesa rispetto alla media regionale (64 persone ogni 10.000 abitanti a fronte di 56), così come i servizi presso strutture diurne (21 persone ogni 10.000 abitanti a fronte di 16 nella media regionale) e i servizi di inserimento lavorativo (10 persone ogni 10.000 abitanti a fronte di 6 nella media regionale). Hanno in carico una quota un po' minore di persone i servizi di carattere residenziale (35 persone ogni 10.000 abitanti a fronte di 37 nella media regionale) e gli altri interventi (87 persone ogni 10.000 abitanti a fronte di 89 nella media regionale).

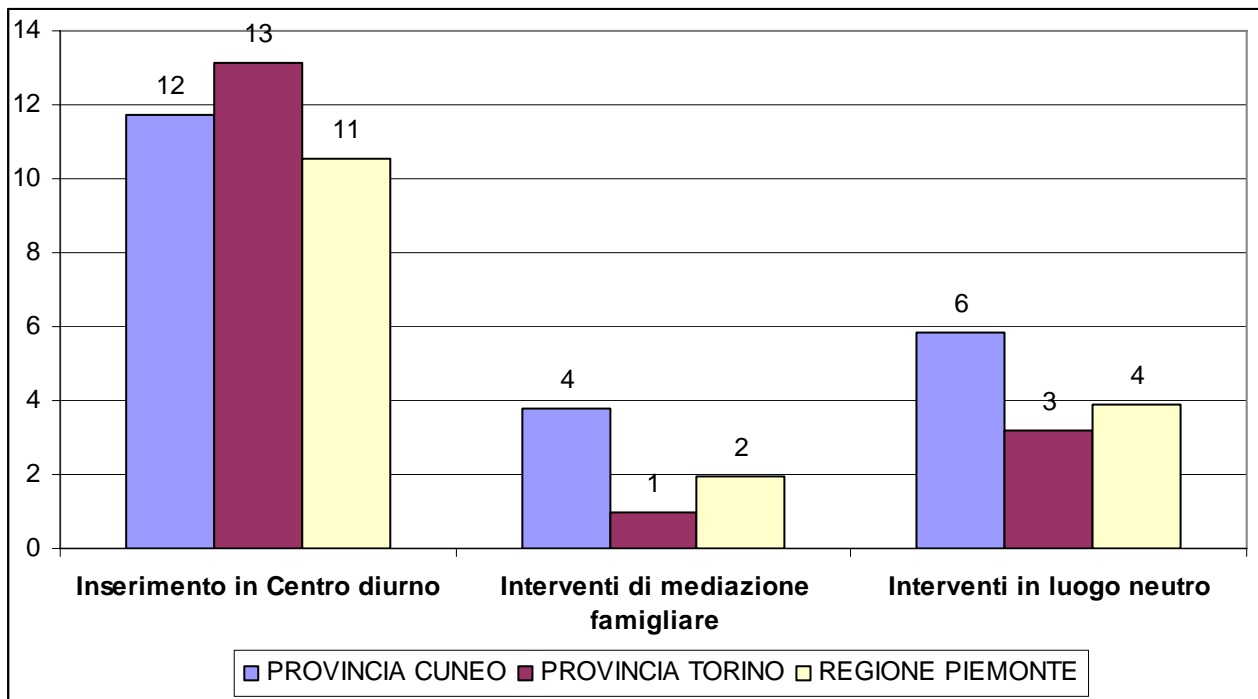
Il Grafico 1.1.3 evidenzia la quota di utenti (rapportati alla popolazione residente) di ciascun servizio rientrante nella categoria del segretariato sociale e dei servizi di carattere territoriale. E' interessante notare come la maggior quota di utenti sulla popolazione dell'intera categoria sia unicamente riconducibile al numero di utenti in carico al servizio sociale professionale, sensibilmente più elevato rispetto alla media regionale: nella Provincia di Cuneo risultano infatti in carico 328 persone ogni 10.000 abitanti a fronte di 196 nella media regionale, ossia, una quota di assistiti di oltre i due terzi più numerosa, a parità di popolazione di riferimento. Va poi sottolineato come gli altri servizi compresi in questa categoria abbiano in carico una quota di utenti, se si fa riferimento al dato regionale, meno che proporzionale alla popolazione residente: una quota inferiore rispetto alla media regionale di circa un quinto per l'assistenza domiciliare, di circa un terzo per il telesoccorso e di poco meno di un decimo per i servizi di educativa territoriale.

Per quanto riguarda i servizi riconducibili a strutture diurne, le differenze rispetto alle medie regionali appaiono piuttosto contenute (Cfr. Grafico 1.1.4), mentre emergono profili assistenziali differenziati in rapporto alle strutture residenziali. Come si può notare dal Grafico 1.1.5 la Provincia di Cuneo si contraddistingue per un significativo ricorso all'integrazione di rette per l'inserimento

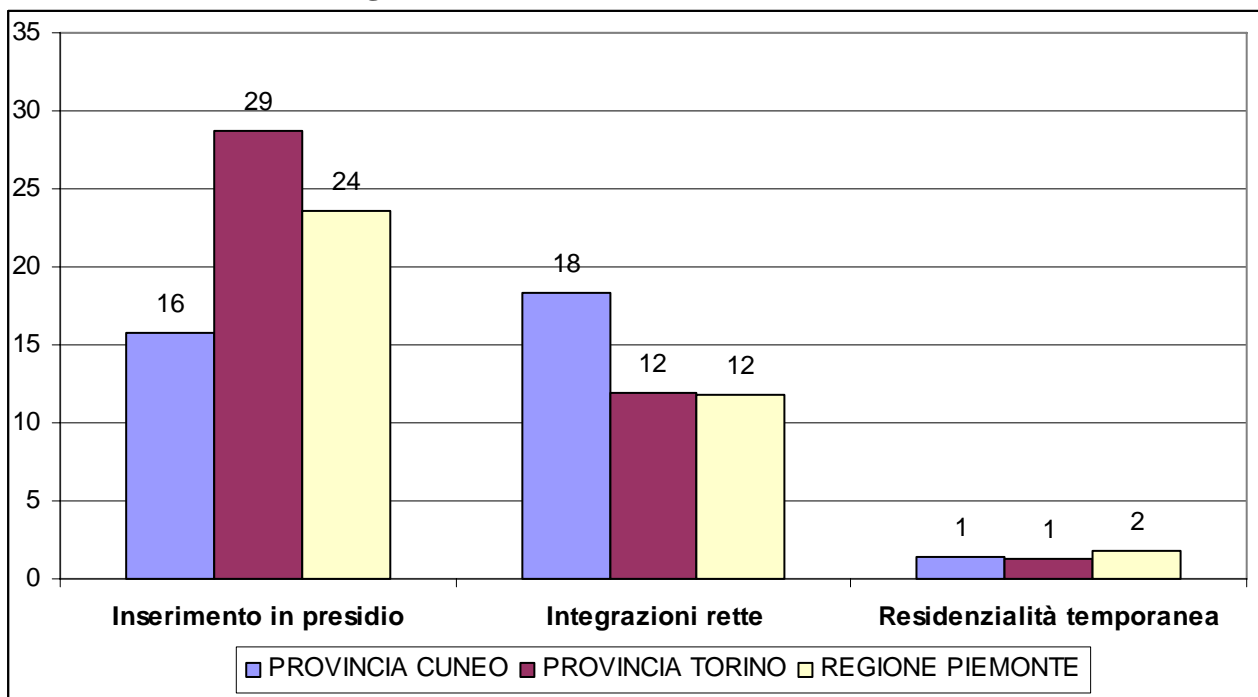
**Grafico 1.1.3 N° di utenti ogni 10.000 abitanti dei servizi di segretariato sociale e di carattere territoriale al 31-12-2006**



**Grafico 1.1.4 N° di utenti ogni 10.000 abitanti dei servizi in strutture diurne al 31-12-2006**

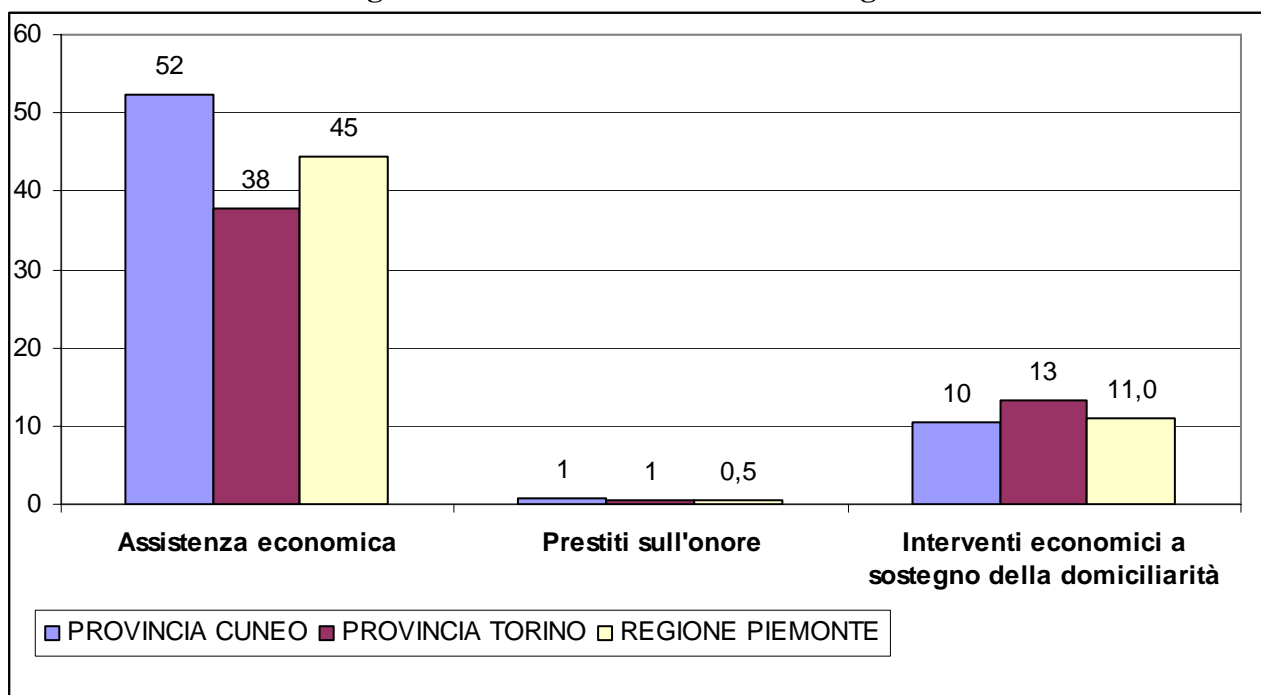


**Grafico 1.1.5 N° di utenti ogni 10.000 abitanti dei servizi residenziali al 31-12-2006**

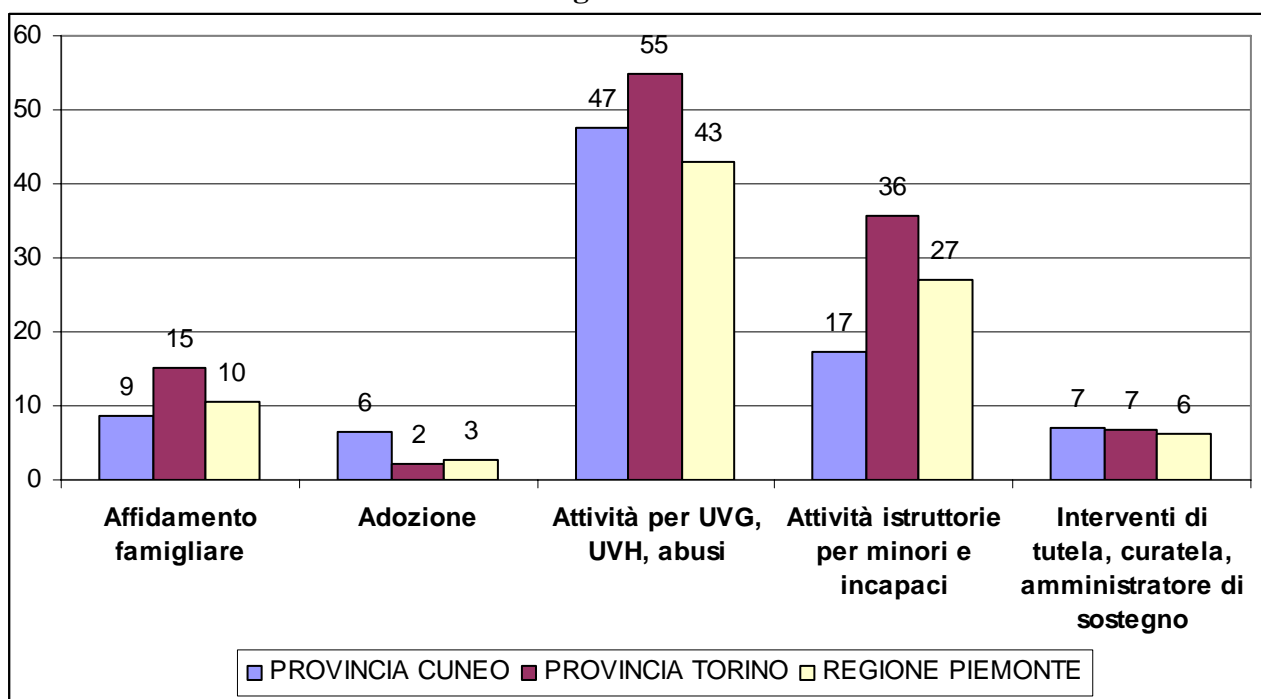


presso strutture residenziali esterne (con una quota pari a circa il 50% in più di persone assistite in questi termini a parità di popolazione rispetto alla media regionale) a fronte di un numero inferiore di inserimenti in presidi propri (con una quota di assistiti sulla popolazione inferiore alla media regionale di circa un terzo).

**Grafico 1.1.6 N° di utenti ogni 10.000 abitanti di servizi di sostegno economico al 31-12-2006**



**Grafico 1.1. 7 N° di utenti di altri servizi ogni 10.000 abitanti al 31-12-2006**



Infine, il Grafico 1.1.6 dettaglia gli utenti in carico rispettivamente agli interventi di sostegno economico e il Grafico 1.1.7, gli utenti in carico agli altri servizi. Le differenze più rilevanti rispetto al profilo regionale riguardano l'assistenza economica e le attività istruttorie per minori e incapaci. Nel primo caso la Provincia di Cuneo si caratterizza per una quota di assistiti sulla popolazione superiore alla media regionale (52 a fronte di 45 assistiti ogni 10.000 abitanti); nel secondo caso, per una quota di assistiti inferiore alla media regionale (17 a fronte di 27 assistiti ogni 10.000 abitanti).

## 1.2 Gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali

Nel paragrafo precedente abbiamo posto l'accento sui beneficiari del welfare locale e sull'offerta assistenziale. In questo paragrafo e nel successivo spostiamo l'attenzione ai soggetti che si occupano di promuovere ed erogare i servizi.

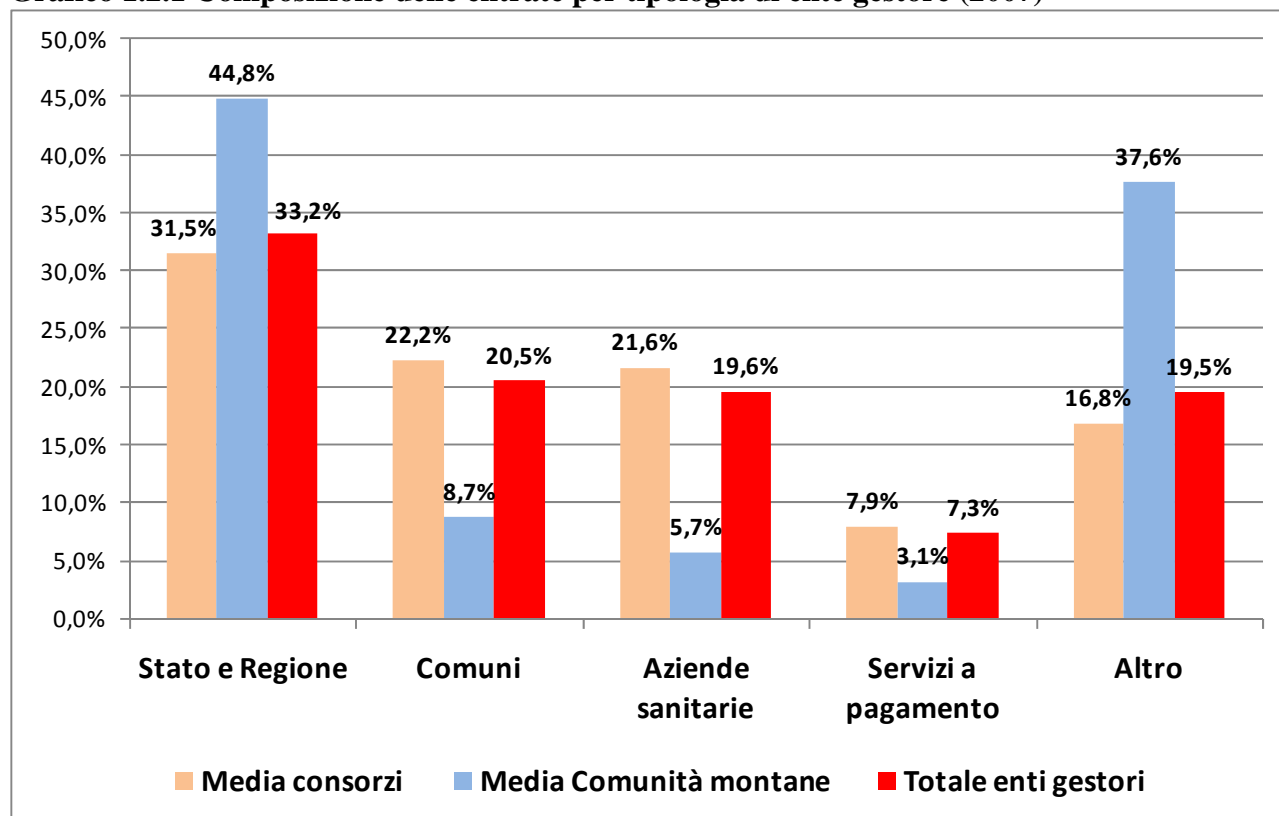
Si tratta, quindi, innanzitutto di guardare più da vicino gli enti a cui sono state delegate le funzioni socioassistenziali nella Provincia di Cuneo: sei consorzi socioassistenziali e tre comunità montane. A questo proposito abbiamo studiato le Relazioni Previsionali e Programmatiche relative 2007-2009 presentate da ciascuno di essi alla Regione Piemonte ed abbiamo elaborato una analisi comparativa sia delle entrate che della spesa.

### L'analisi delle entrate

Dall'analisi delle Relazioni Previsionali e Programmatiche le entrate complessive per il 2007 dei 9 enti gestori della Provincia di Cuneo ammontano a poco meno di 71 Milioni di Euro, pari ad una media di circa 123,00 Euro pro-capite.

Il Grafico 1.2.1 illustra la composizione delle entrate<sup>13</sup> per fonte di finanziamento, distinguendo tra Consorzi socio assistenziali e Comunità Montane. Mediamente poco meno di un terzo delle entrate deriva da trasferimenti statali e regionali, una quota vicina ad un quinto, dai Comuni (20,5%) e dalle

**Grafico 1.2.1 Composizione delle entrate per tipologia di ente gestore (2007)**



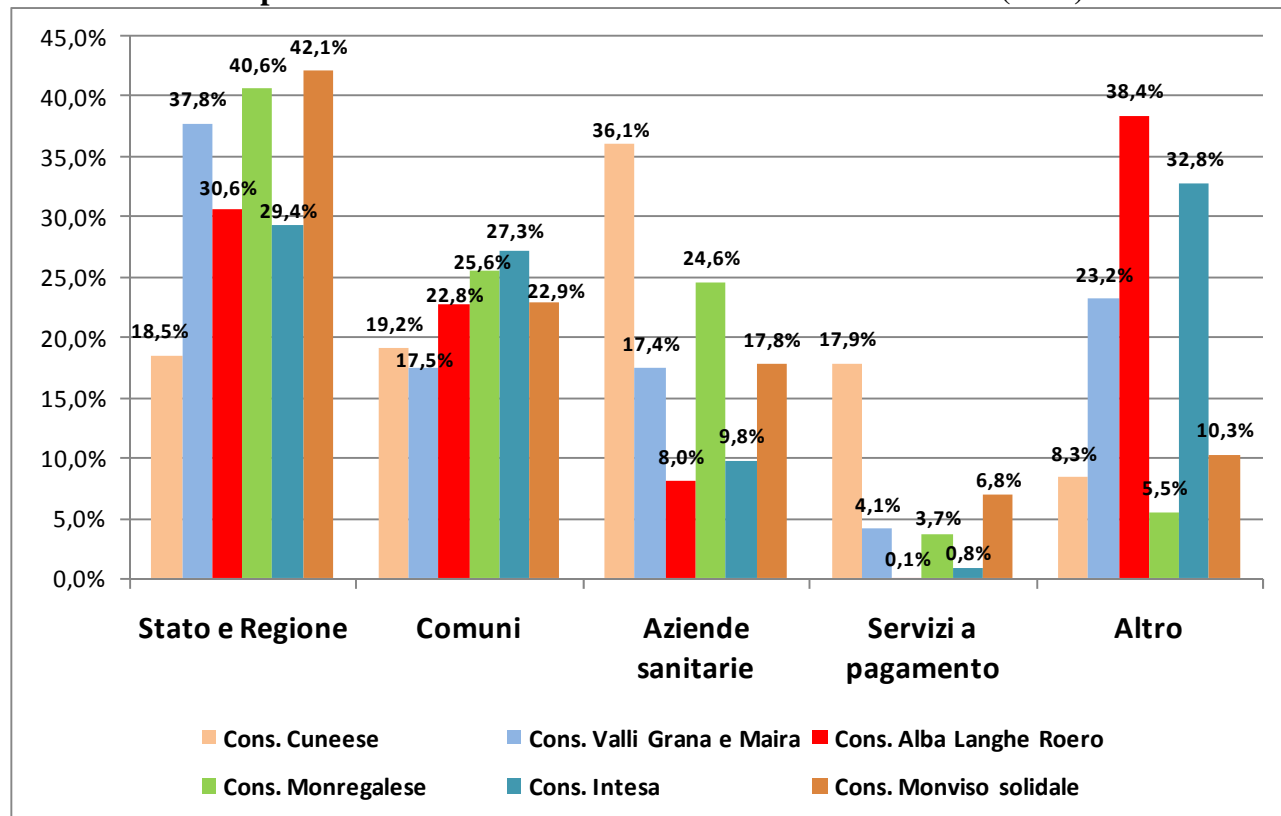
<sup>13</sup> Abbiamo escluso dal conteggio le entrate derivanti dalla quota fiscale del costo del lavoro dei dipendenti legate alla funzione di sostituto di imposta che costituiscono una mera partita di giro.

aziende sanitarie (19,6%), poco più del 7%, dalla compartecipazione alla spesa degli utenti finali, mentre la parte residua, pari a circa un quinto (19,5%) può provenire da una pluralità di fonti: nel caso dei consorzi socioassistenziali, la principale è costituita dall'accensione di prestiti (a cui seguono con notevole distanza le entrate da eventuali alienazioni, trasferimenti di capitale e riscossioni di credito oltre che gli eventuali avanzi di amministrazione), mentre nel caso delle Comunità Montane in questa voce abbiamo compreso anche le entrate derivanti da altri soggetti istituzionali (Comuni, provincia, Regione) che siano state trasferite per la gestione di servizi non riconducibili al settore sociale e che siano state tuttavia contabilizzate nella Relazione Previsionale e Programmatica. Come si può notare dal grafico emerge una significativa differenziazione nella composizione delle entrate tra Consorzi e Comunità Montane: in queste ultime il contributo derivante da Stato e Regione appare l'entrata di gran lunga preponderante, mentre minori appaiono i contributi di aziende sanitarie e Comuni (per funzioni strettamente sociali).

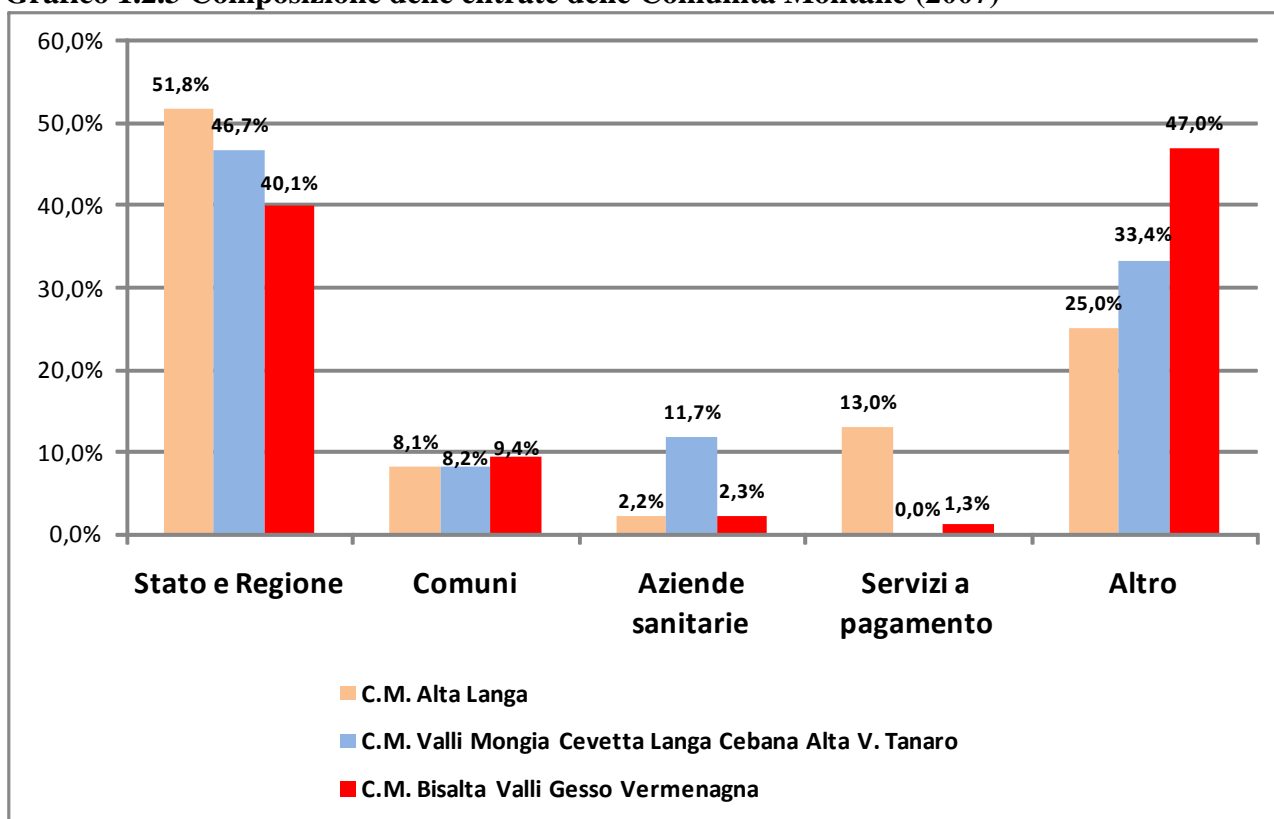
Il Grafico 1.2.2 illustra nel dettaglio la composizione delle entrate dei 6 Consorzi socio assistenziali mentre il Grafico 1.2.3 propone una analoga illustrazione in rapporto alle 3 Comunità Montane che hanno ricevuto la delega per la gestione dei servizi sociali.

Ciò che ci sembra interessante evidenziare è la significativa differenziazione nel profilo delle entrate anche tra enti gestori della stessa natura. Tra i consorzi socio assistenziali infatti le entrate derivanti da stato e regione coprono tra un minimo del 18,5% delle entrate complessive ed un massimo del 42,1%; le entrate derivanti dal contributo delle aziende sanitarie, da un minimo dell'8% ad un massimo del 36,1%; la compartecipazione della spesa degli utenti, da un minimo praticamente irrilevante (0,1%) ad un massimo pari al 17,9%. Anche le differenze tra Comunità

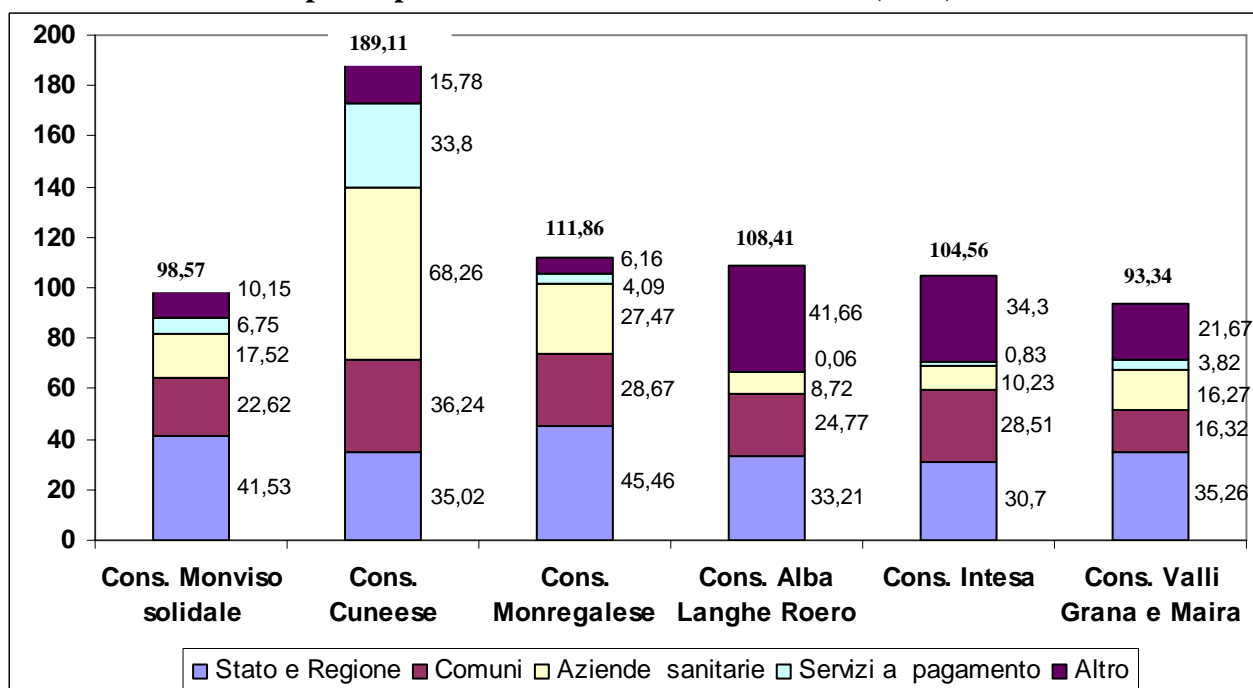
**Grafico 1.2.2 Composizione delle entrate dei Consorzi socio-assistenziali (2007)**



**Grafico 1.2.3 Composizione delle entrate delle Comunità Montane (2007)**



**Grafico 1.2.4. Entrate pro-capite dei Consorzi socioassistenziali (2007)**



Montane, per quanto risultino un po' minori, ci sembrano significative: basti notare come la contribuzione delle aziende sanitarie copra da un minimo del 2,2% ad un massimo dell' 11,7% e il peso dei servizi a pagamento varino da zero al 13%.

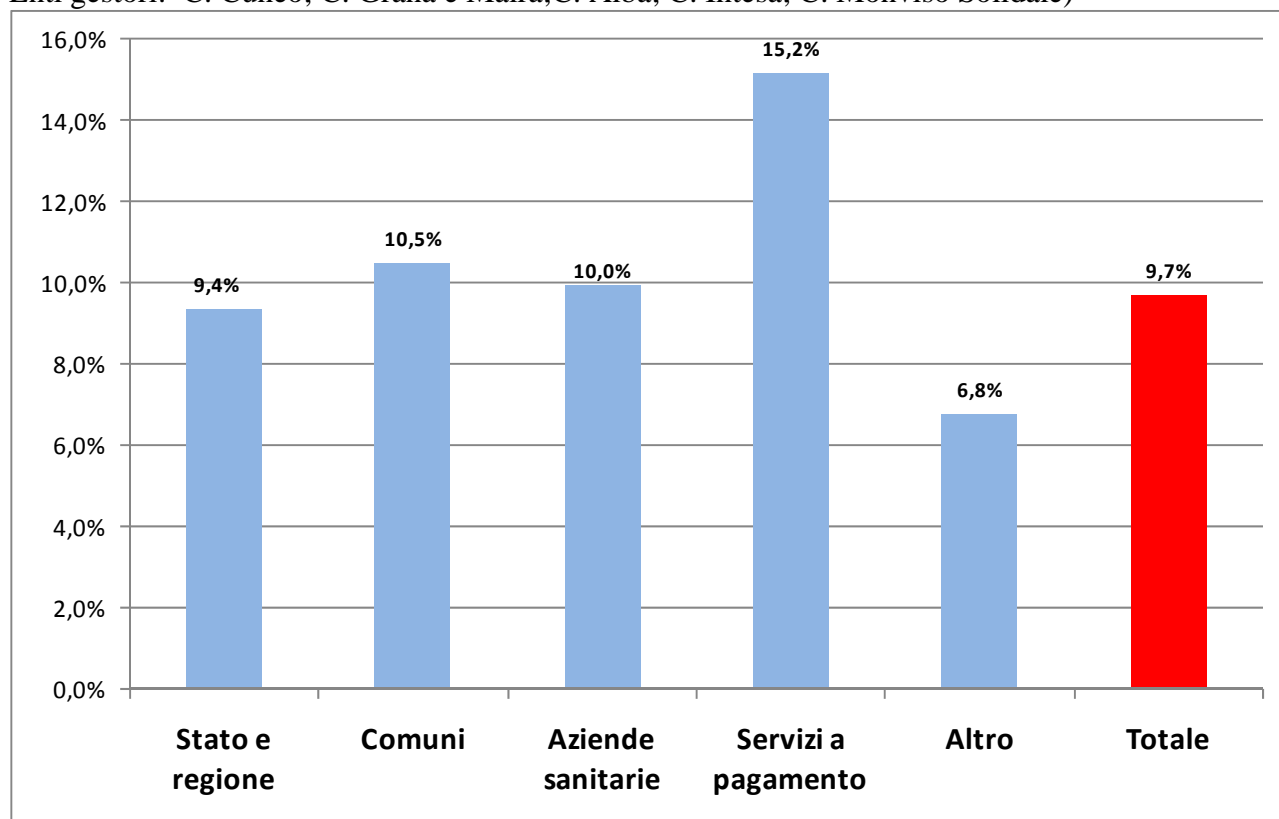
Va poi sottolineato come le stesse entrate rapportate alla popolazione residente risultino relativamente differenziate anche tra enti della stessa natura, come evidenzia il Grafico 1.2.4 che si riferisce ai consorzi socioassistenziali.

Queste differenze sono almeno in parte da legarsi alla diversa storia di ciascun ente gestore e di ciascun territorio che tende probabilmente a rispecchiarsi anche nella allocazione dei fondi regionali, che prevedono alcuni parametri legati alla spesa storica<sup>14</sup> (peraltro già affiancati da parametri chiaramente correlati ai bisogni territoriali).

Il Grafico 1.2.5 offre una rappresentazione della dinamica delle entrate tra il 2006 e il 2007. Si tratta della dinamica reale registrata in 5 Consorzi che nel loro complesso coprono oltre i tre quarti delle risorse complessive a disposizione dei 9 enti gestori provinciali. Come si può notare emerge un significativo incremento delle entrate di poco inferiore al 10%. Si tratta di un incremento la cui provenienza è piuttosto equilibrata e che non è da legarsi al crescere dell'indebitamento: crescono infatti di una quota vicina al 10% sia la contribuzione statale e regionale, sia la contribuzione comunale, sia quella derivante dalle aziende sanitarie, a fronte di una crescita un po' superiore della compartecipazione alla spesa da parte degli utenti e decisamente inferiore delle altre fonti di finanziamento (tra cui l'indebitamento).

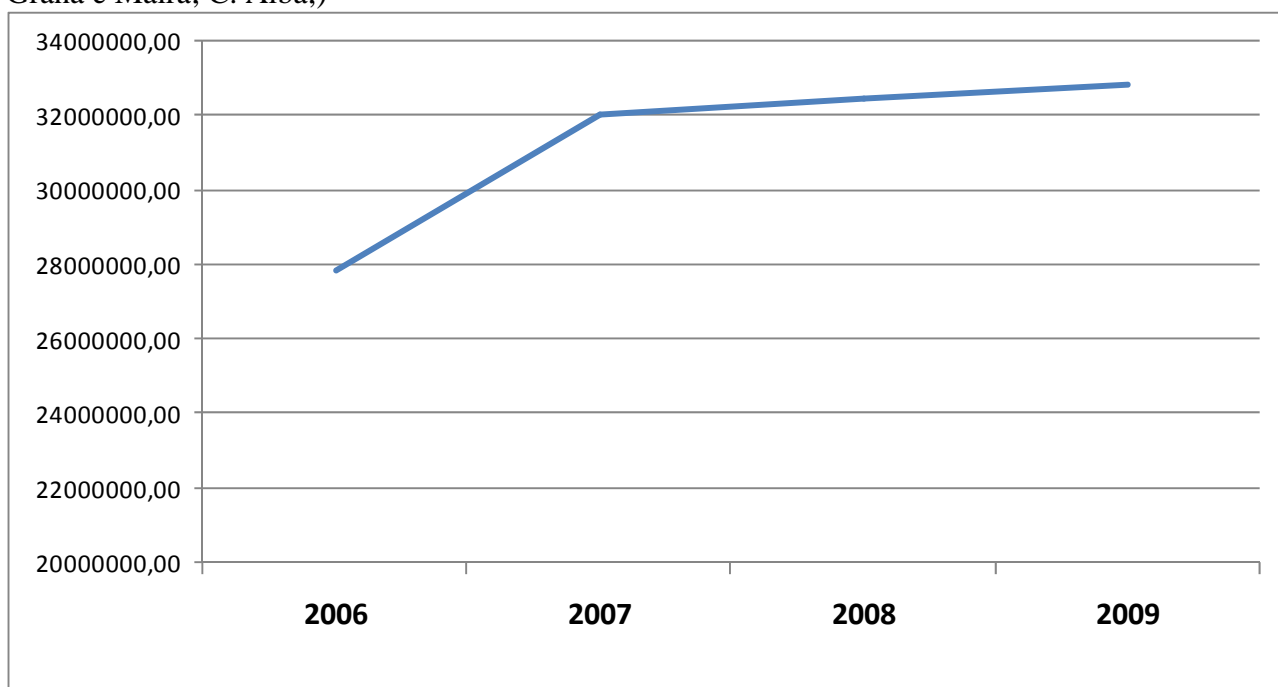
Questo dato va tuttavia letto con una certa cautela. La crescita delle entrate dei Consorzi non necessariamente corrisponde ad una corrispondente crescita complessiva delle risorse a disposizione del sistema di welfare provinciale nel suo complesso. Gli enti gestori sovra comunali gestiscono una

**Grafico 1.2.5 Incremento percentuale delle entrate 2006-2007 per fonte di finanziamento (5 Enti gestori: C. Cuneo; C. Grana e Maira; C. Alba; C. Intesa; C. Monviso Solidale)**

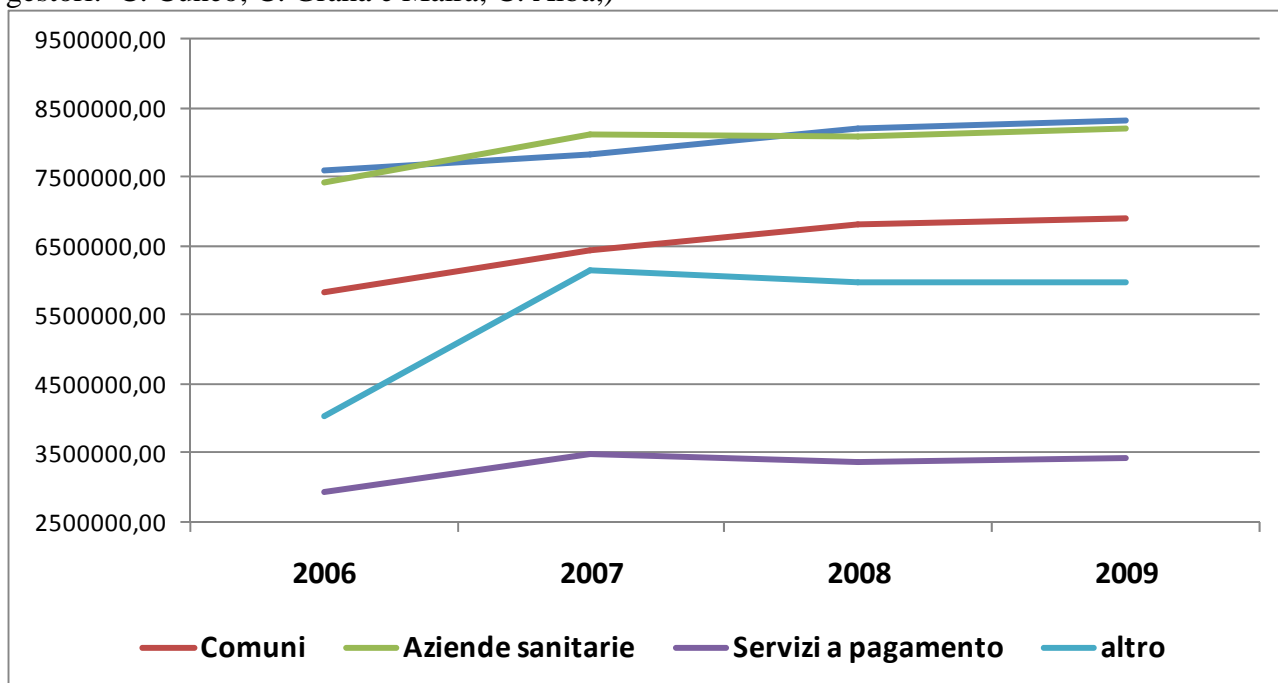


<sup>14</sup> Cfr. Criteri di riparto del fondo regionale, DGR. N. 21 – 12880 del 28 giugno 2004.

**Grafico 1.2.6 Andamento delle entrate totali (Euro) 2006-2009** (3 Enti gestori: C. Cuneo; C. Grana e Maira; C. Alba;)



**Grafico 1.2.7 Andamento delle entrate per fonte di finanziamento (Euro) 2006-2009** (3 Enti gestori: C. Cuneo; C. Grana e Maira; C. Alba;)



componente assai rilevante, e anzi preponderante, dei servizi sociali complessivamente erogati sul territorio: tuttavia non gestiscono tutti i servizi sociali. In tal senso l'incremento delle entrate nel 2007 può legarsi, almeno per una sua parte, alla delega nella gestione di servizi fino all'anno precedente gestiti in forma non associata. Non di meno, questo dato segnala la vitalità degli enti gestori sovra comunali, e in particolare dei consorzi socio assistenziali, ed evidenzia il loro progressivo consolidamento in qualità di attori centrali nella erogazione dei servizi di welfare.

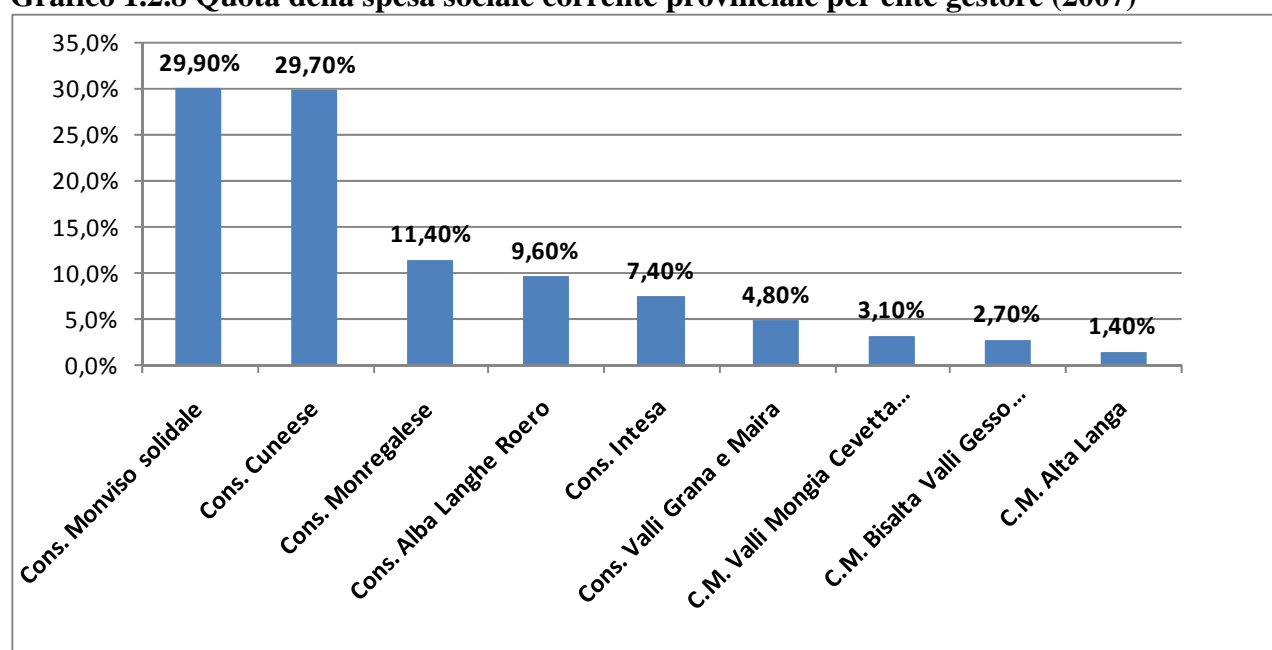
Il Grafico 1.2.6 propone una rappresentazione della dinamica delle entrate tra il 2006 e il 2009 relativa ai 3 enti gestori per cui abbiamo reperito nel corso della ricerca i relativi dati. Si tratta di 3 enti gestori che nel loro complesso coprono poco più del 45% del complesso delle entrate degli enti gestori provinciali. La dinamica delle entrate reali registrate dalle Relazioni Previsionali e Programmatiche risulta sostanzialmente confermata, con una crescita piuttosto consistente. Nelle previsioni per il 2008 e il 2009 l'incremento delle entrate è invece ricondotto a dimensioni assolutamente fisiologiche e anzi inferiori al tasso medio di inflazione. Il Grafico 1.2.7 stratifica l'andamento delle entrate in funzione delle sue diverse componenti. Anche in questo caso non emergono particolari differenziazioni rispetto alla analisi giú condotta in precedenza sui 5 enti gestori tra il 2006 e il 2007, mentre la previsione delle entrate per gli anni successivi tende a stabilizzarsi in rapporto ad ogni sua parte.

### **L'analisi della spesa**

L'analisi comparata della spesa – abbiamo considerato la spesa corrente per le funzioni sociali – consente di identificare con maggiore precisione il profilo degli enti gestori delle funzioni socio assistenziali provinciali.

Il Grafico 1.2.8 evidenzia la quota della spesa corrente provinciale relativa al 2007 coperta da ciascun ente gestore. Come si può notare, quindi, il territorio provinciale si caratterizza per la presenza di due consorzi socio assistenziali di consistenti ed analoghe dimensioni – il Consorzio Monviso Solidale e il Consorzio del Cuneese – che nel loro insieme coprono poco meno del 60% dell'intera spesa sociale provinciale. Seguono tre consorzi di medie dimensioni – il Consorzio del Monregalese, il Consorzio Alba Langhe e Roero e il Consorzio Intesa – ciascuno dei quali copre una componente della spesa sociale provinciale compresa tra il 7,4% e l'11,4% e che nel loro complesso coprono poco più del 28% della spesa provinciale. Ciascuno degli altri 4 enti gestori (tra cui le 3 Comunità Montane) copre tra un massimo del 4,8% ed un minimo dell'1,4% della spesa provinciale. Nel loro complesso i consorzi socio assistenziali coprono il 92,8% della spesa sociale provinciale, a fronte del 7,2% delle Comunità Montane.

**Grafico 1.2.8 Quota della spesa sociale corrente provinciale per ente gestore (2007)**



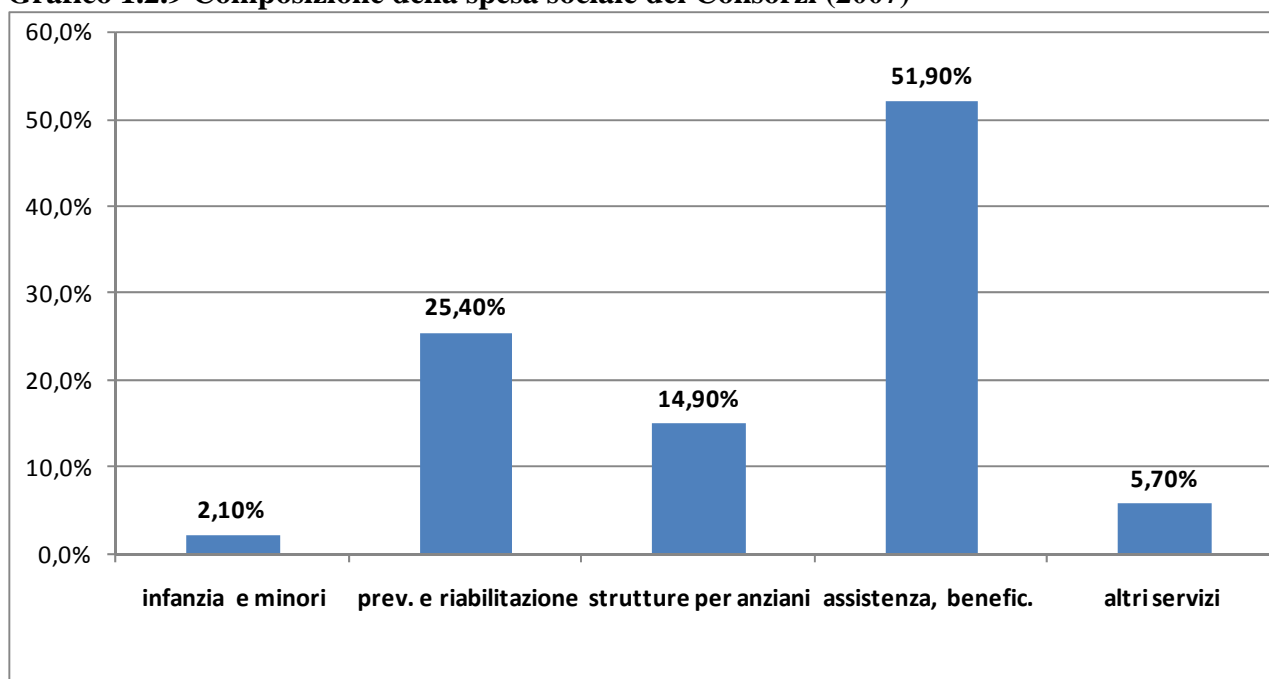
I grafici che seguono conducono un approfondimento in merito alla composizione ed alle dinamiche della spesa dei Consorzi: le Relazioni Previsionali e Programmatiche consortili, infatti, presentano una articolazione maggiormente di dettaglio della spesa sociale rispetto a quelle compilate dalle Comunità Montane (peraltro, come visto, i Consorzi coprono la quota assolutamente preponderante della spesa provinciale).

La spesa sociale dei Consorzi, in coerenza con le prescrizioni regionali<sup>15</sup> è articolata nelle seguenti voci:

- servizi per l'infanzia e i minori: comprende la spesa per le prestazioni fornite dalle strutture per minori a carattere residenziale e semiresidenziale gestite direttamente dall'ente
- servizi di prevenzione e riabilitazione: comprende la spesa per le prestazioni fornite dalle strutture di prevenzione e riabilitazione a carattere residenziale e semiresidenziale gestite direttamente dall'ente
- strutture residenziali, semiresidenziali e di ricovero per anziani: riguarda le strutture per anziani gestite direttamente dall'ente
- assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona: rientrano in questa categoria tutti gli interventi operati sul territorio, a domicilio o in strutture non gestite in modo diretto dall'ente.

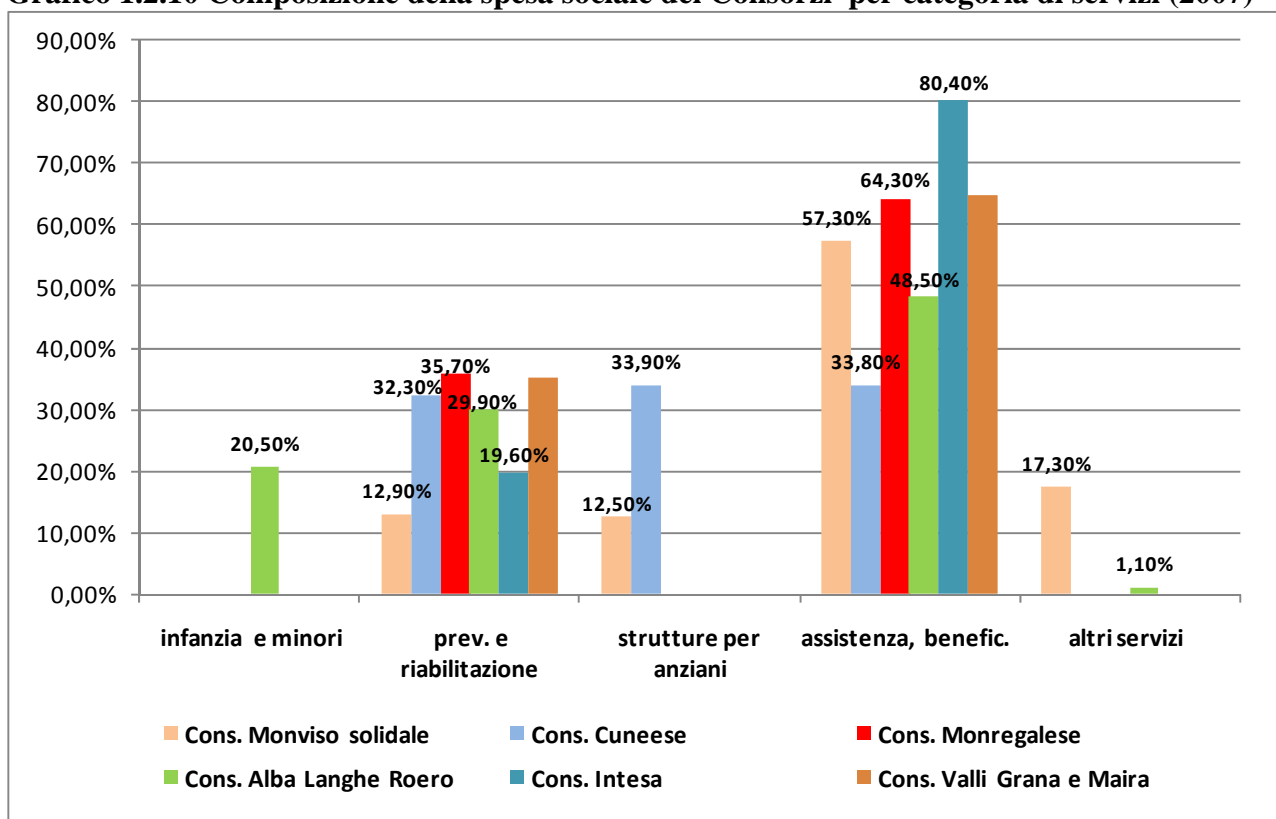
Va inoltre segnalato che in alcuni casi le Relazioni previsionali hanno previsto una ulteriore categoria denominata "altri servizi", generalmente per indicare progetti o servizi innovativi che non siano riconducibili al sistema di offerta ordinario.

**Grafico 1.2.9 Composizione della spesa sociale dei Consorzi (2007)**



<sup>15</sup> Cfr. Glossario dei servizi sociali e regole per la compilazione dei Modelli A e C della Dgr N. 23-12502 del 18 maggio 2004 in *I nuovi percorsi normativi delle politiche sociali. Prime norme attuative della legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1* curato dall'Assessorato alle Politiche Sociali e della famiglia della Regione Piemonte.

**Grafico 1.2.10 Composizione della spesa sociale dei Consorzi per categoria di servizi (2007)**



Come si può notare dal Grafico 1.2.9, quest'ultima categoria di servizi (l'insieme dei servizi territoriali e le strutture residenziali non gestite direttamente dall'ente gestore) copre la maggior parte della spesa dei Consorzi (51,9%). Seguono i servizi per la prevenzione e la riabilitazione (25,4%) e le strutture per anziani (14,9%) gestite direttamente. Le strutture per infanzia e minori gestite direttamente coprono solo il 2,1% della spesa complessiva, mentre gli altri servizi raggiungono il 5,7%.

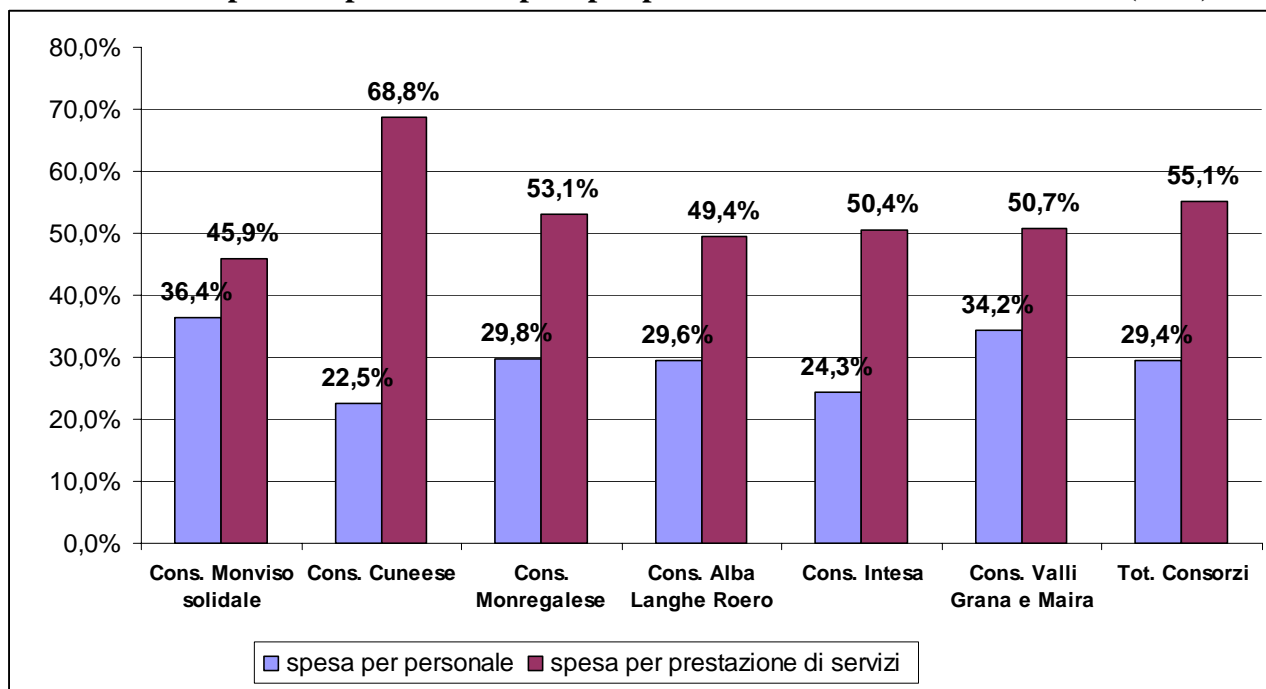
Il Grafico 1.2.10 illustra nel dettaglio la composizione della spesa sociale nel 2007 per ciascuno dei 6 Consorzi provinciali. Ne emerge, anche in questo caso, un quadro piuttosto diversificato. A tal proposito ci pare utile in particolare evidenziare come :

- una ampia diversificazione si ha in rapporto alla categoria dell'assistenza, beneficenza e servizi alla persona: il range è compreso tra un massimo dell'80,4% della spesa complessiva (Consorzio Intesa) ed un minimo del 33,8% (Consorzio Cuneese). Considerando come in questa categoria rientrano oltre ai servizi territoriali anche le strutture residenziali non direttamente gestite dall'ente, si può ritenere che questa componente individui un indicatore del ricorso a strutture private che, peraltro, non va confuso con il grado di esternalizzazione dei servizi: quest'ultimo riguarda infatti anche l'acquisto di servizi presso soggetti terzi da svolgersi presso strutture gestite direttamente dall'ente gestore

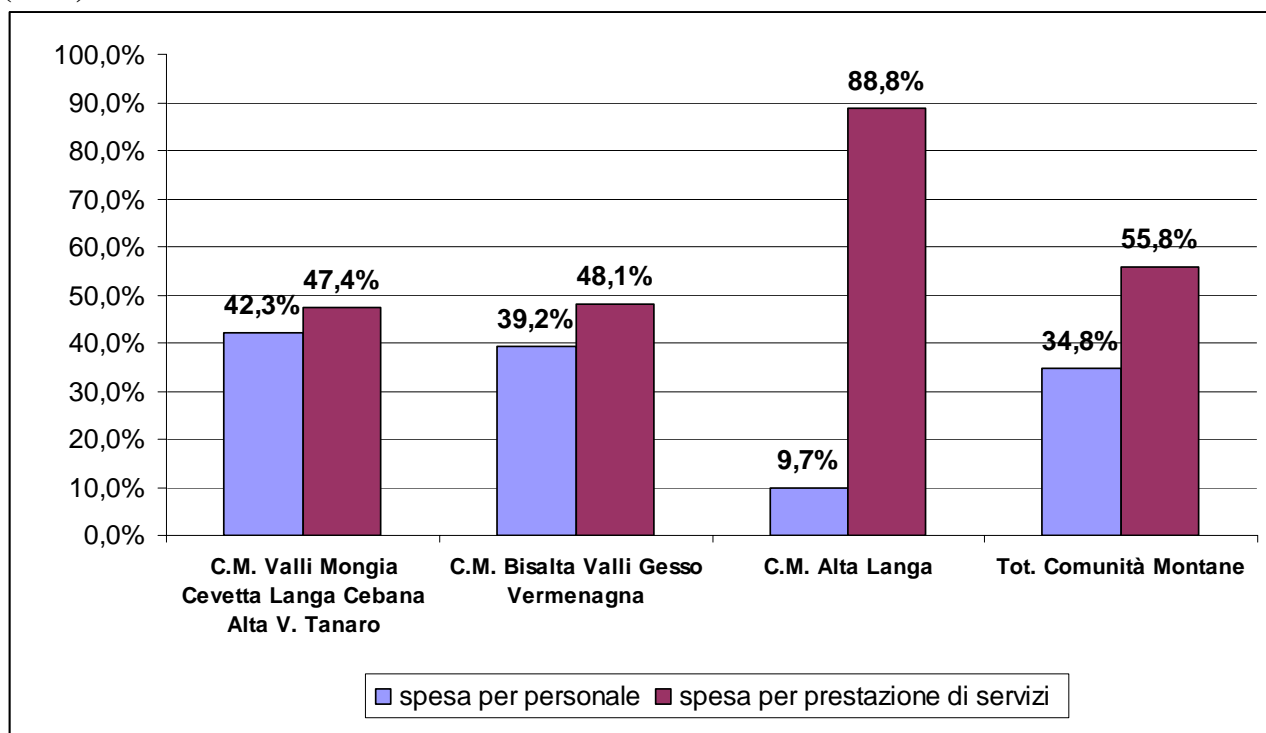
- anche i servizi di prevenzione e riabilitazione gestiti direttamente variano in termini significativi, tra un minimo del 12,9% (Consorzio Monviso Solidale) e un massimo pari al 35,7% (Consorzio del Monregalese)

- le strutture per minori e anziani sono gestite dagli enti gestori solo in una minoranza di casi. In tal senso va sottolineato come l'elevata quota di spesa del Consorzio del Cuneese coperta da strutture

**Grafico 1.2.11. Spesa del personale e spesa per prestazione di servizi dei Consorzi (2007)**



**Grafico 1.2.12. Spesa del personale e spesa per prestazione di servizi delle Comunità Montane (2007)**



per anziani gestite direttamente si accompagni, come visto, ad una bassa quota della componente ricondotta nelle Relazione Previsionale e programmatica alla assistenza e alla beneficenza, confermando come quest'ultima sia correttamente interpretabile come una misura indiretta del ricorso a strutture private

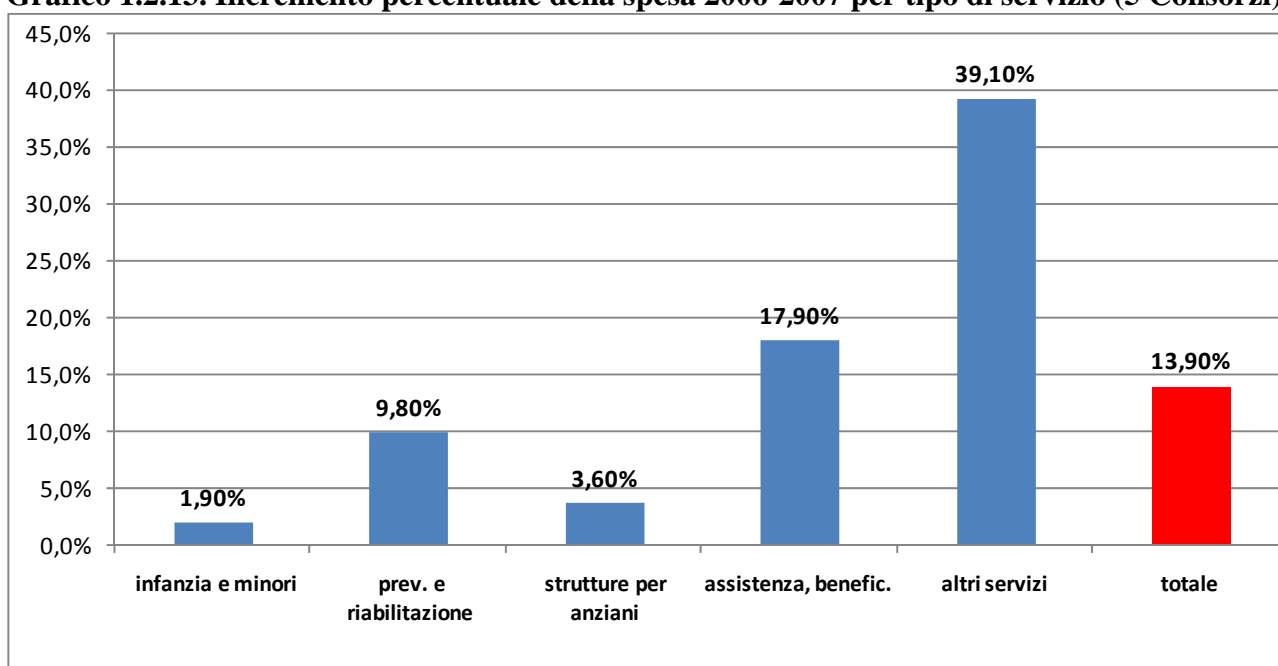
- è in modo particolare il Consorzio Monviso Solidale ad aver individuato all'interno della sua Relazione Previsionale una voce dedicata a progetti e servizi innovativi.

I Grafici 1.2.11 e 1.2.12 concentrano l'attenzione su due capitoli di spesa trasversali alle categorie di servizi (rispettivamente in rapporto ai Consorzi e alle Comunità Montane): le spese per il personale dipendente e le spese per l'acquisto di prestazioni di servizi. Se nel loro complesso questi capitoli coprono la parte preponderante della spesa sociale corrente (l'84,5% dei Consorzi e il 90,6% delle Comunità Montane), la quota coperta dall'acquisto di prestazioni di servizi è correttamente interpretabile come un indicatore del grado di esternalizzazione dei servizi (ossia di acquisto da soggetti terzi), al di là della titolarità delle strutture residenziali. In tal senso, dai grafici, si può notare come i servizi esternalizzati coprano oltre il 55% della spesa sia dei Consorzi sia delle Comunità Montane, con una certa variabilità tra i diversi enti gestori. Tra i Consorzi socioassistenziali è il Consorzio del cuneese con il 68,8% a presentare il grado più elevato di esternalizzazione; peraltro anche nel Consorzio con il grado di esternalizzazione minore – il Consorzio Monviso Solidale – la spesa per l'acquisto di servizi esterni è superiore a quella per il personale dipendente e supera il 45% della complessiva spesa corrente sociale. Tra le Comunità Montane è la C.M. Alta Langa a presentare il livello più elevato di esternalizzazione (88,8%) a fronte di livelli di poco inferiori al 50% negli altri due casi.

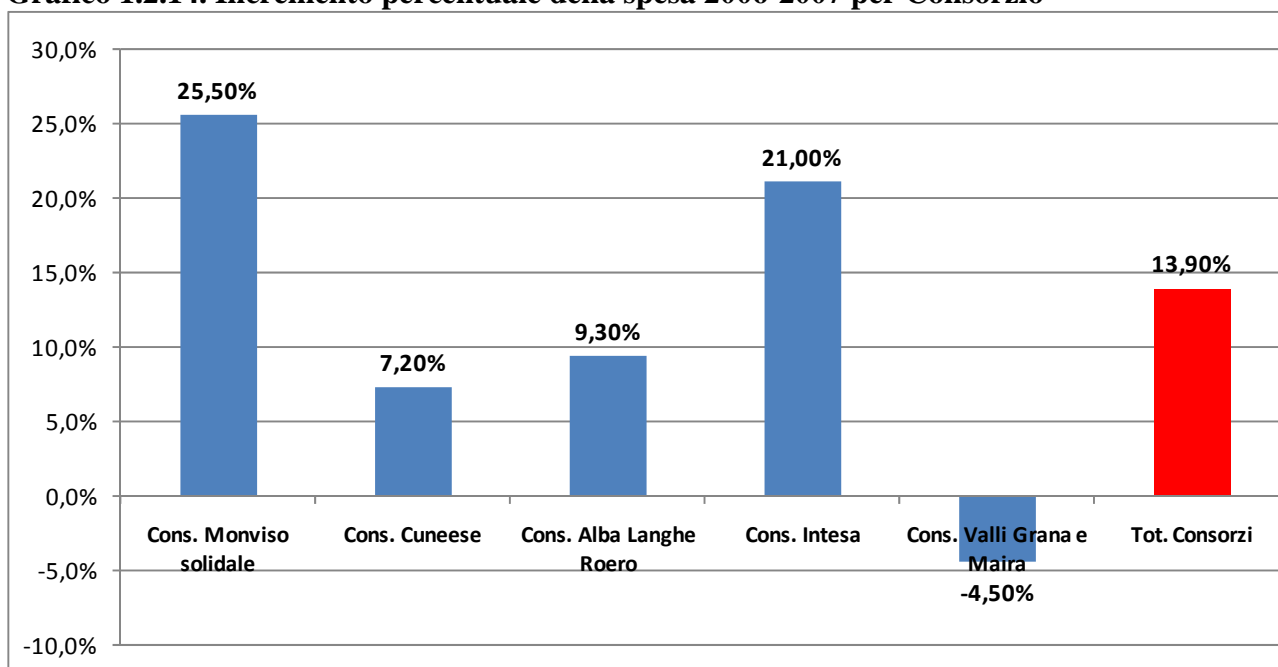
I Grafici 1.2.13 e 1.2.14 illustrano la dinamica della spesa tra il 2006 e il 2007 approfondita in merito a 5 Consorzi, evidenziando nel primo caso l'incremento per categoria di servizi, nel secondo caso, la variazione per ciascun consorzio. L'analisi comparata conduce ad evidenziare una crescita percentualmente consistente dei servizi compresi nella categoria *altri servizi* e dei servizi inclusi nella categoria dell'assistenza e della beneficenza. In termini assoluti si tratta di un incremento dei primi pari a oltre 780.000,00 Euro, e di poco meno di 3.290.000,00 Euro dei secondi. In particolare è il Consorzio Monviso Solidale a presentare la crescita più sostenuta, sia percentualmente che in termini assoluti; sono infatti attribuibili a questo Consorzio oltre i due terzi dell'incremento della spesa per servizi territoriali e per convenzioni con strutture esterne ed oltre il 90% della crescita di progetti e servizi innovativi.

I Grafici 1.2.15 e 1.2.16 evidenziano l'incremento della spesa per personale e della spesa per acquisizione di servizi da terzi (limitatamente a 5 Consorzi) tra il 2006 e il 2007. Va innanzitutto

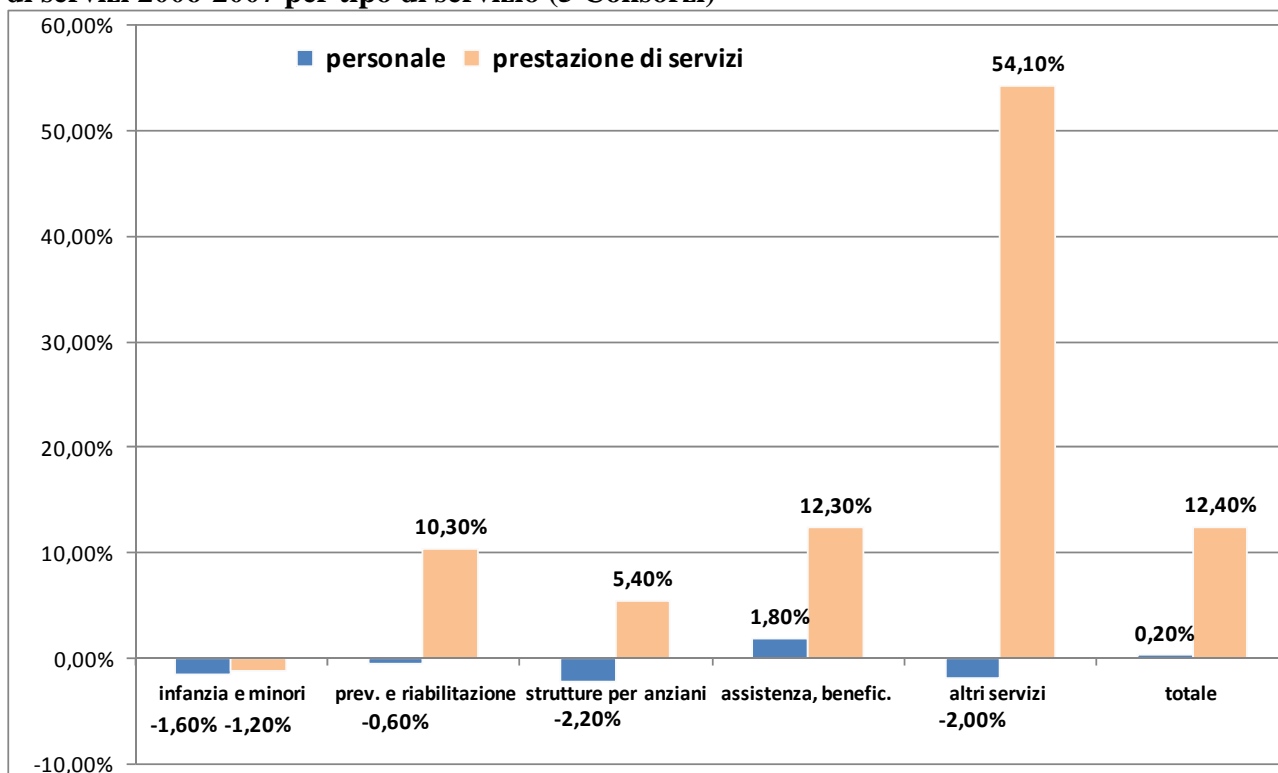
**Grafico 1.2.13. Incremento percentuale della spesa 2006-2007 per tipo di servizio (5 Consorzi)**



**Grafico 1.2.14. Incremento percentuale della spesa 2006-2007 per Consorzio**



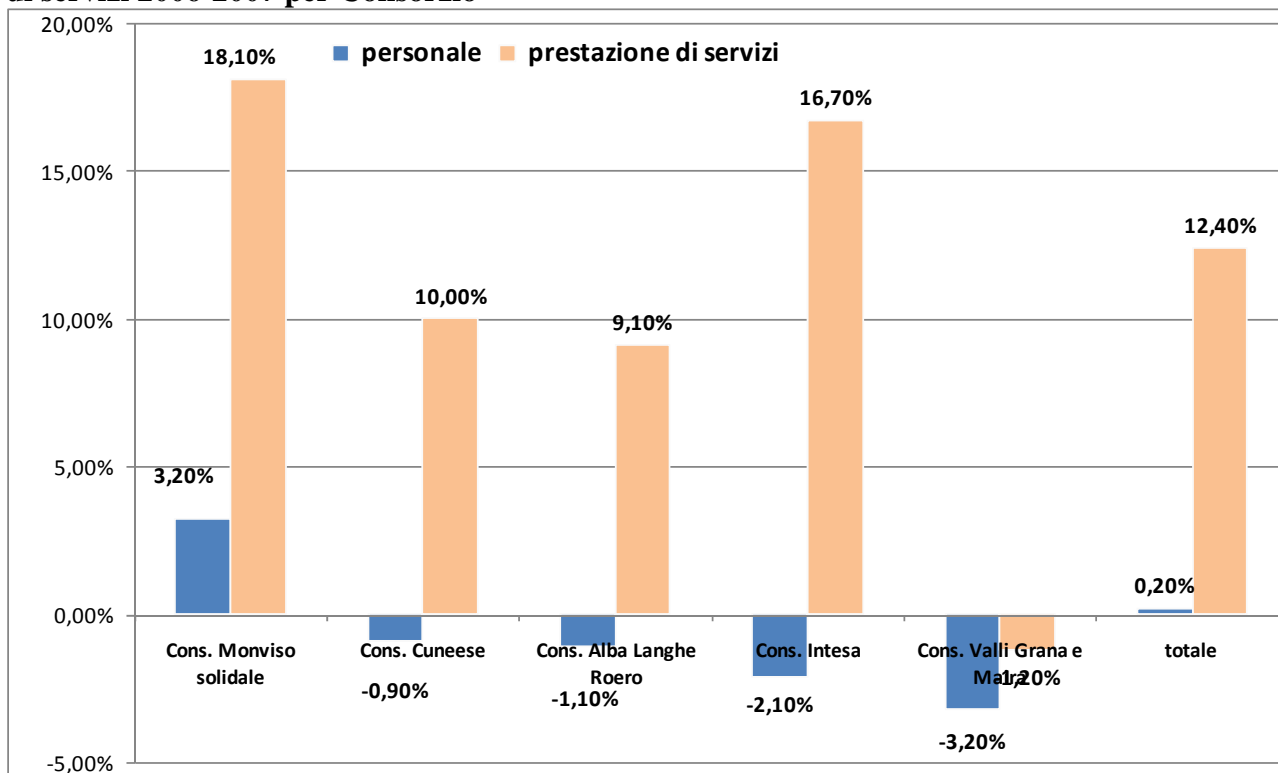
**Grafico 1.2.15. Incremento percentuale della spesa per personale e della spesa per prestazioni di servizi 2006-2007 per tipo di servizio (5 Consorzi)**



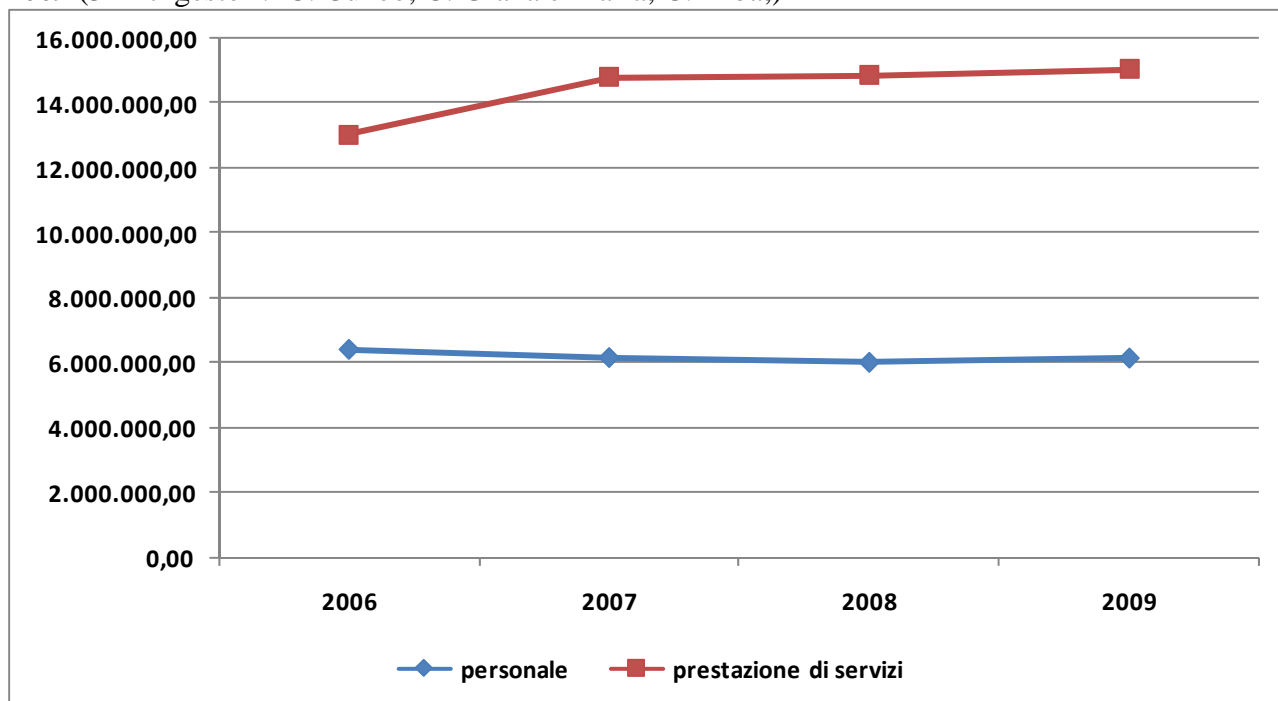
notato come a fronte di una sostanziale invariabilità della spesa per il personale, si registra un incremento della spesa per acquisto di servizi: in altri termini, questi dati suggeriscono come il processo di esternalizzazione sia in crescita e come questa crescita risulti superiore alla media nel Consorzio Monviso Solidale e nel Consorzio Intesa.

Il Grafico 1.2.17 propone una rappresentazione della dinamica delle spese tra il 2006 e il 2009 relativa a 3 enti gestori. Anche in questo nucleo più limitato di enti, l'incremento della spesa per

**Grafico 1.2.16. Incremento percentuale della spesa per personale e della spesa per prestazioni di servizi 2006-2007 per Consorzio**



**Grafico 1.2.17. Andamento delle spese per personale e per prestazione di servizi (Euro) 2006-2009 (3 Enti gestori: C. Cuneo; C. Grana e Maira; C. Alba;)**



l'acquisto di servizi tra il 2006 e il 2007 risulta confermato, mentre le previsioni per gli anni successivi appaiono piuttosto prudenti, mantenendo sostanzialmente i livelli già raggiunti.

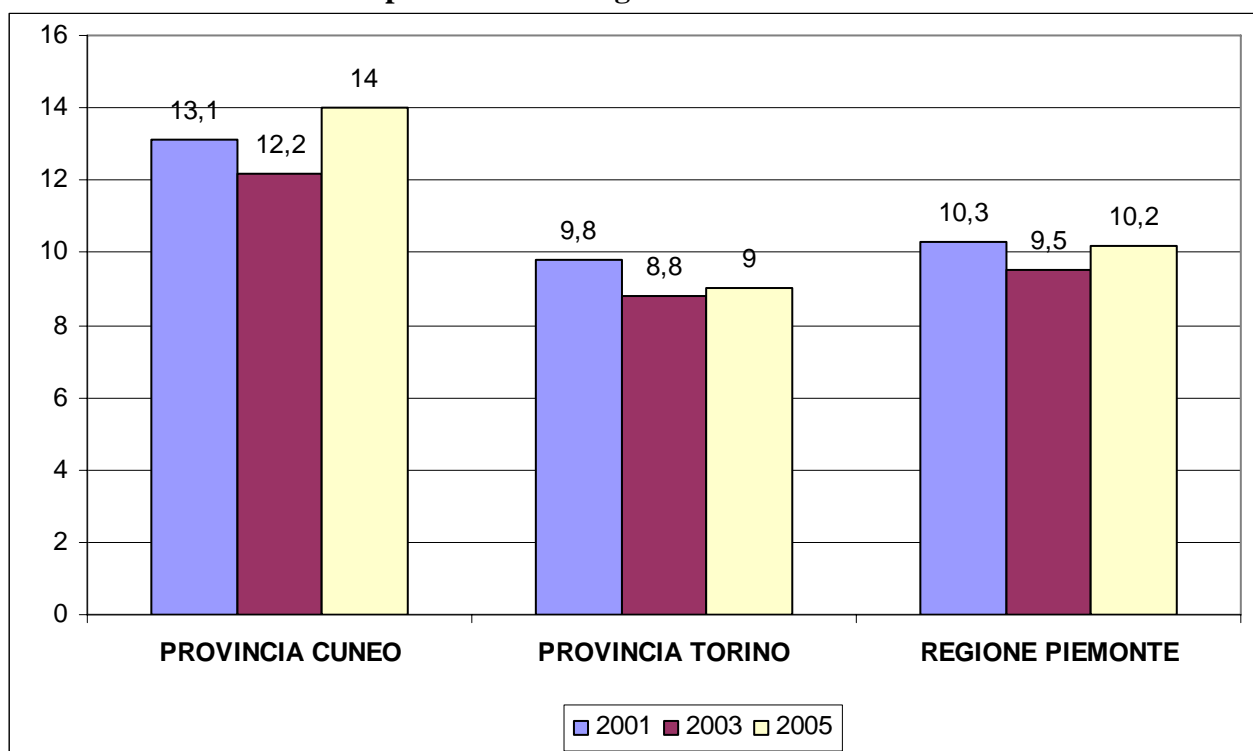
### 1.3 La cooperazione: un profilo del settore

Come visto nel paragrafo precedente, gli enti gestori delle funzioni socioassistenziali agiscono sia erogando direttamente i servizi, sia esternalizzandone la produzione e la erogazione agli utenti finali. Il processo di esternalizzazione appare peraltro in crescita e le cooperative sociali sono certamente soggetti che, almeno al pari di altri, si candidano ad intercettare questa domanda, posto che già attualmente rivestono un ruolo assai rilevante. Per focalizzare meglio le caratteristiche fondamentali e le dinamiche di questo tessuto associativo e produttivo siamo ricorsi, anche in questo caso, ad alcune comparazioni tra la Provincia di Cuneo, la Provincia di Torino e la Regione Piemonte.

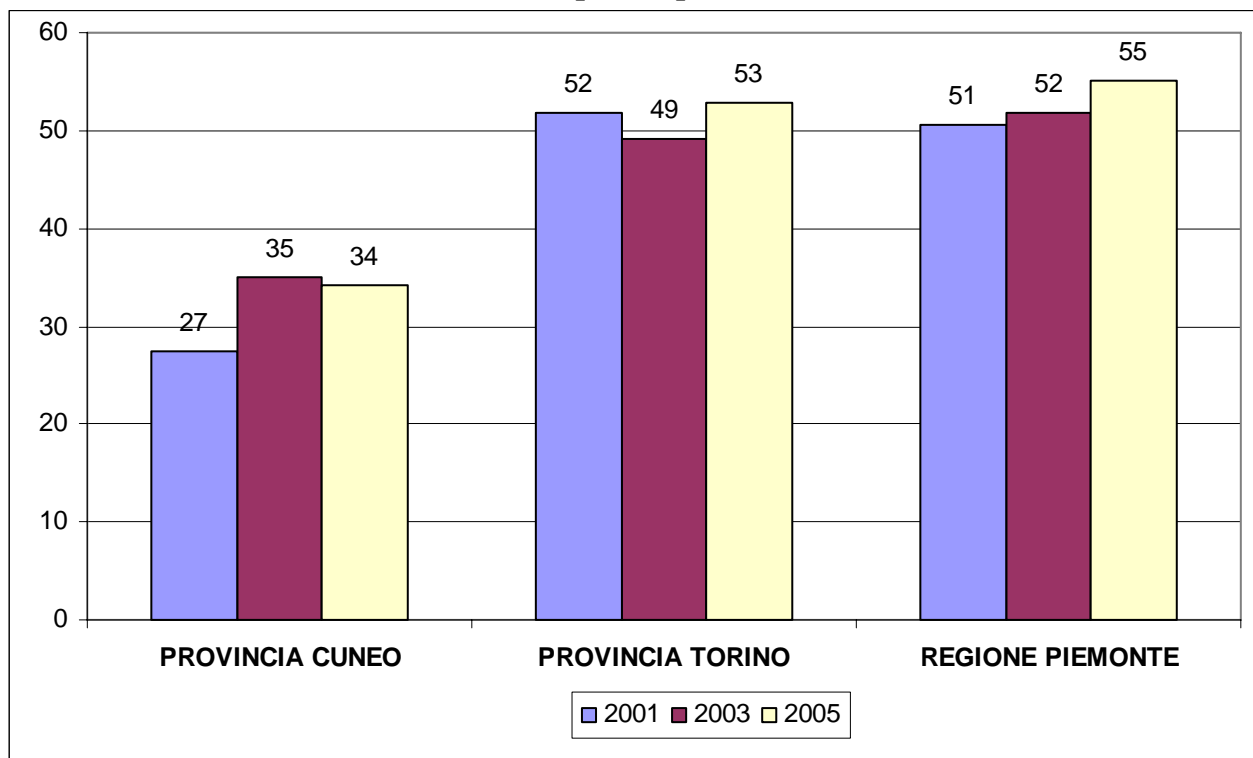
Va innanzitutto sottolineato come in Provincia di Cuneo siano attive, a parità di popolazione di riferimento, un numero maggiore di cooperative sociali rispetto alla Provincia di Torino e alla Regione nel suo complesso. Come si può notare dal Grafico 1.3.1, infatti, nel 2005 risultavano attive in Provincia di Cuneo 14 cooperative sociali ogni 100.000 abitanti, a fronte di 9 nella Provincia di Torino e di poco più di 10 nella media regionale. Inoltre, se anche nella Provincia di Cuneo tra il 2001 e il 2003 si osserva una fase di decremento, tra il 2003 e il 2005 la crescita appare piuttosto sostenuta, portando a superare il dato del 2001, a differenza che nella Provincia di Torino e nella media regionale.

Le cooperative cuneesi, peraltro, presentano dimensioni più contenute rispetto alla media regionale e alle cooperative della Provincia di Torino. Nel 2005 ciascuna cooperativa cuneese occupa mediamente 34 lavoratori, a fronte di 55 nella media regionale e di 53 nella Provincia di Torino. Come si può notare dal Grafico 1.3.2 le cooperative cuneesi evidenziano, in ogni caso, una crescita dimensionale tra il 2001 e il 2003 che è solo di poco ridimensionata nel 2005. In rapporto agli inquadramenti contrattuali adottati non emergono particolari differenziazioni: come evidenzia il

**Grafico 1.3.1 Numero di cooperative sociali ogni 100.000 abitanti**



**Grafico 1.3.2 Numero medio di lavoratori per cooperativa sociale**



**Grafico 1.3.3 Percentuale di lavoratori con contratto di lavoro dipendente**

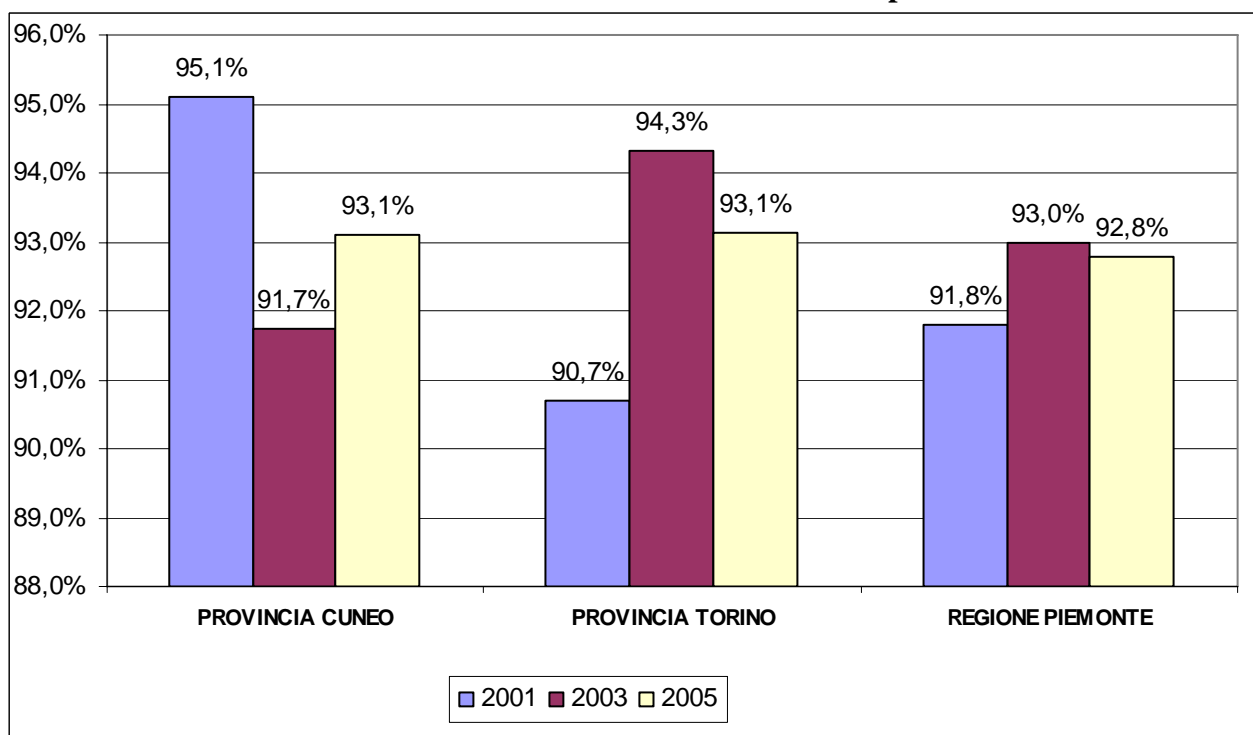


Grafico 1.3.3 sia nella Provincia di Cuneo, che nella Provincia di Torino e nella Regione Piemonte nel suo complesso, lungo tutto il periodo considerato, oltre il 90% dei lavoratori è assunto con contratto di lavoro dipendente (a tempo pieno o part-time), mentre le collaborazioni e i contratti interinali ne occupano una quota relativamente contenuta.

Una caratteristica che sembra contraddistinguere le cooperative cuneesi, probabilmente da associare alle loro dimensioni più limitate, è il maggior tasso di adesione a consorzi di cooperative, come si può notare dal Grafico 1.3.4. La flessione (dal 53,6% di cooperative che aderiscono a consorzi nel 2003 al 43,8% nel 2005) che è evidenziata a tal proposito è probabilmente da legarsi al numero di nuove cooperative nate nell'ultimo biennio considerato (Cfr. Grafico 1.3.1): è infatti ipotizzabile che un certo numero di nuove cooperative non abbia aderito immediatamente a consorzi e questo contribuisca a far calare il tasso di adesione complessivo, senza che ciò indichi un diverso orientamento in tal senso delle cooperative già consolidate.

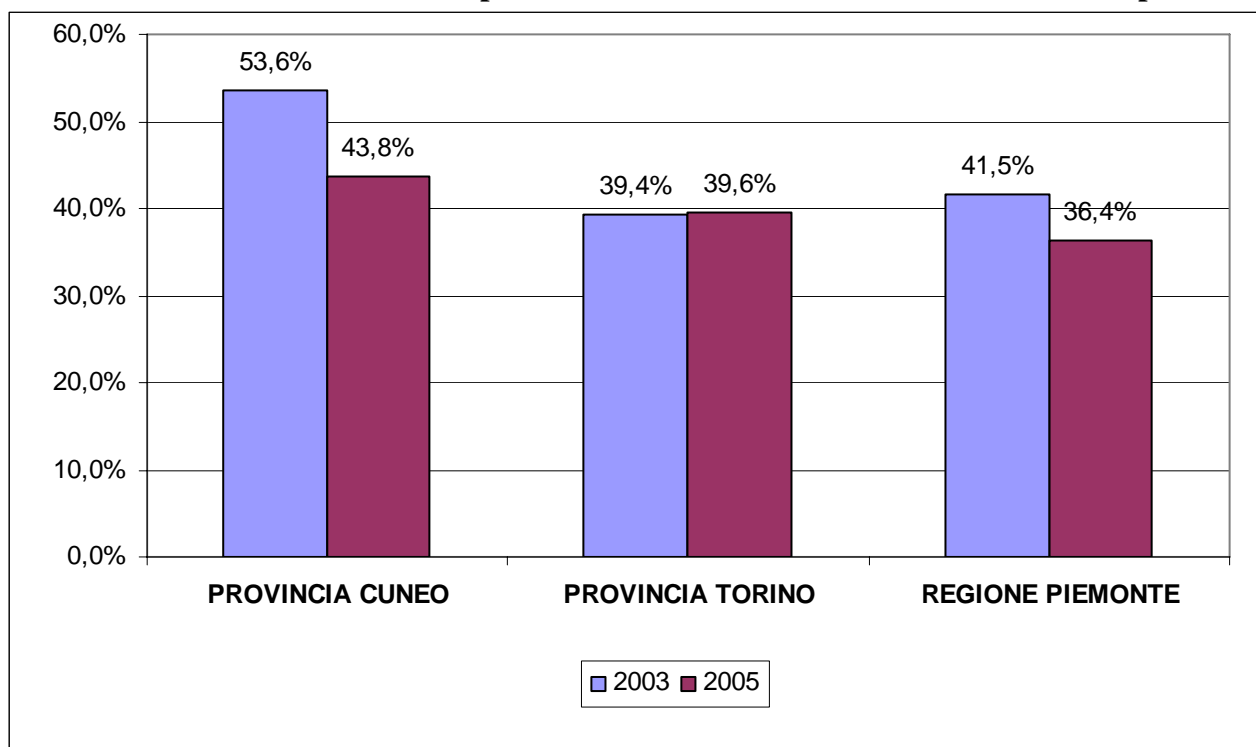
Va poi evidenziato come la quota di cooperative A sul totale delle cooperative sociali sia un po' minore nella Provincia di Cuneo rispetto altrove: dal Grafico 1.3.5 emerge infatti come nel 2005 nella Provincia di Cuneo le cooperative A costituiscano il 45% del totale delle cooperative sociali, a fronte di poco meno del 58% nella Provincia di Torino e a poco meno del 56% a livello regionale.

Il dinamismo della cooperazione sociale cuneese è comunque sostenuto, oltre che dai dati relativi alla loro diffusione rispetto alla popolazione, anche dai dati economici ed occupazionali.

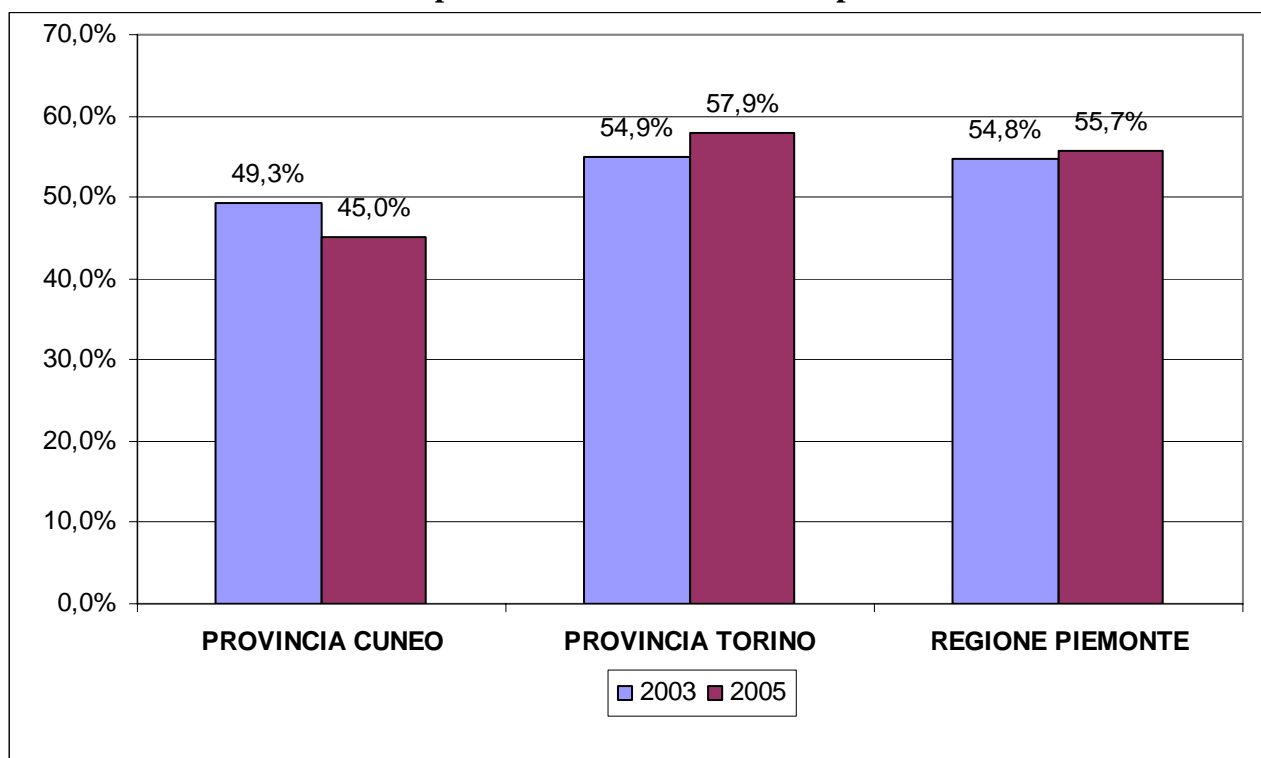
Sotto il primo profilo, infatti, come si può notare dal Grafico 1.3.6, le cooperative sociali della Provincia di Cuneo evidenziano una crescita del valore della produzione sensibilmente superiore a quella mediamente registrata dalle cooperative del torinese e della regione nel suo complesso, tanto nel biennio 2001-2003, quanto nel biennio 2003-2005: nel primo biennio, infatti, il valore della produzione delle cooperative cuneesi cresce di oltre il 25%, a fronte di una media regionale pari a poco meno dell'8%; nel secondo periodo, di oltre il 30%, a fronte di una crescita media a livello regionale inferiore al 20%.

Sotto il secondo profilo, il Grafico 1.3.7, evidenzia come il numero di lavoratori occupati dalle

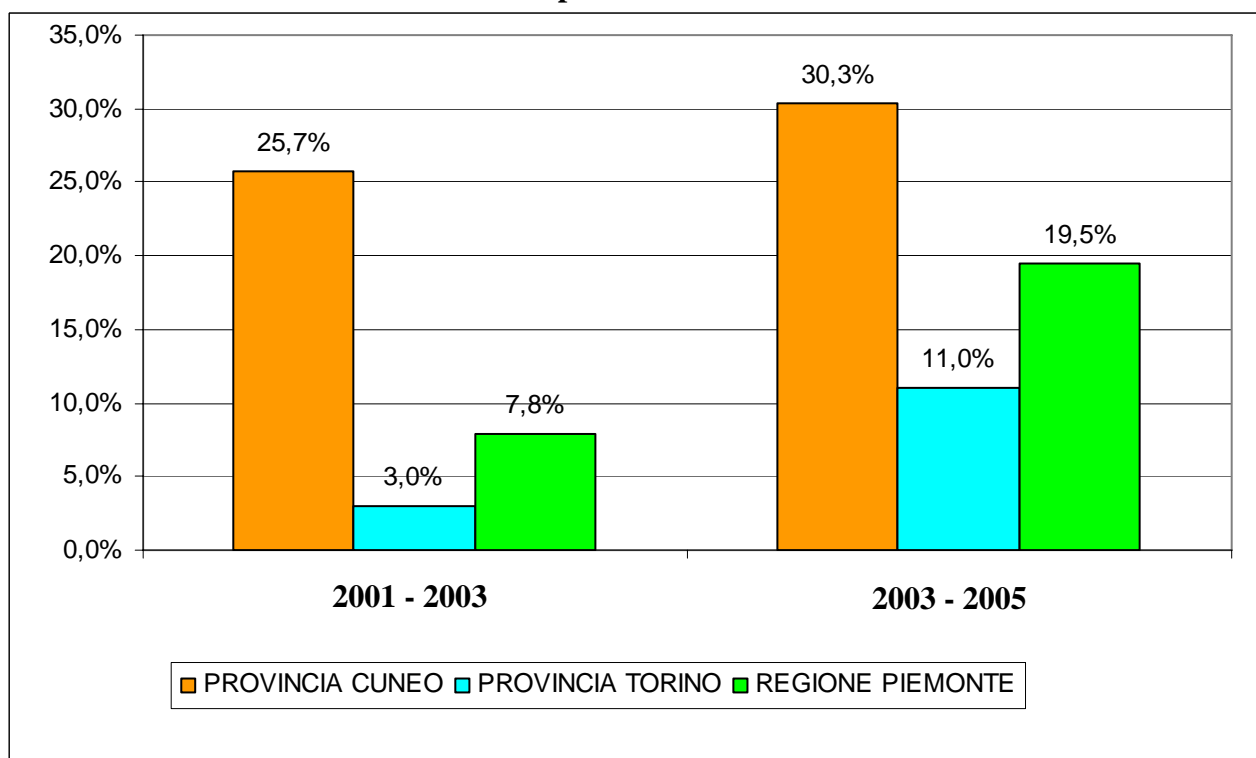
**Grafico 1.3.4 Percentuale delle cooperative sociali che aderiscono a consorzi di cooperative**



**Grafico 1.3.5 Percentuale di cooperative A sul totale delle cooperative sociali**

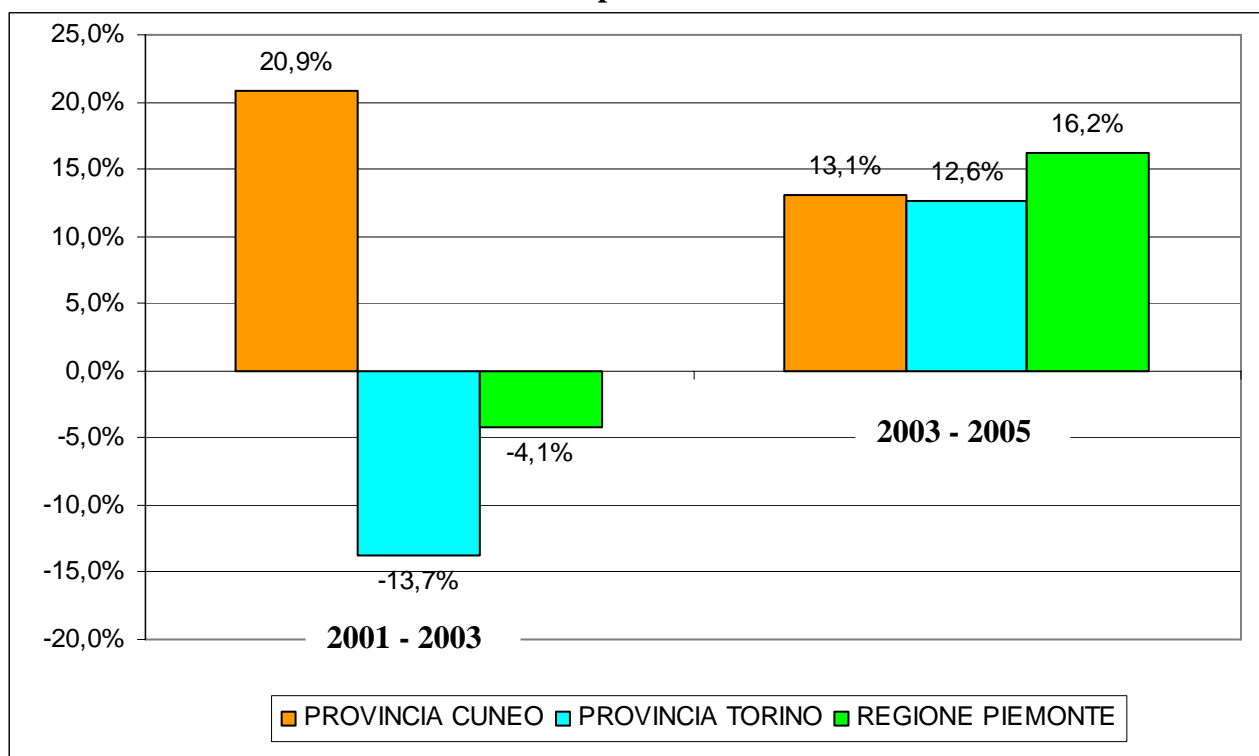


**Grafico 1.3.6 Variazione del valore della produzione**



cooperative in Provincia di Cuneo cresce in entrambi i periodi. Più in particolare, se il tasso di crescita occupazionale del biennio 2003-2005 delle cooperative cuneesi non si discosta particolarmente dalla media regionale (13,1% a fronte di un tasso un po' superiore a livello regionale, pari al 16,2%), la performance della cooperative cuneesi appare particolarmente positiva

**Grafico 1.3.7 Variazione dei lavoratori occupati**



nel biennio precedente, in cui registrano un incremento pari a quasi il 21% degli occupati, a fronte di una decrescita media a livello regionale pari a circa il 4% e ad un decremento ancora più severo nella Provincia di Torino, pari al 13,7%.

## 1.4 Welfare locale e cooperazione sociale cuneesi in sintesi

E' a questo punto possibile tracciare un sintetico profilo degli elementi strutturali del sistema di welfare locale e della cooperazione sociale della Provincia di Cuneo, prima di passare all'analisi, che sarà condotta nei prossimi capitoli, degli elementi di innovazione che hanno caratterizzato gli ultimi anni e delle possibili prospettive future.

Dal punto di vista dell'assistenza effettivamente erogata sul territorio, l'analisi comparata che abbiamo effettuato evidenzia come le maggiori differenziazioni rispetto al profilo medio regionale riguardino essenzialmente tre servizi o categorie di servizi: il servizio sociale professionale, gli interventi di sostegno economico e i servizi residenziali.

Il maggior numero di assistiti rapportato alla popolazione residente rispetto alla media regionale si concentra in particolar modo tra gli adulti e gli anziani ed è in buona misura da attribuirsi al maggior numero di utenti che risultano in carico al servizio sociale professionale e, in parte meno consistente, al maggior numero di persone assistite attraverso interventi di sostegno economico.

Per quanto riguarda i servizi di carattere residenziale è da notare come a fronte di un numero di assistiti solo di poco inferiore alla media regionale emerga come specificità provinciale un maggiore ricorso all'integrazione di rette per l'inserimento in strutture esterne, rispetto all'inserimento diretto in strutture proprie.

Spostando l'attenzione dagli utenti e dai servizi effettivamente erogati alla configurazione organizzativa del sistema di welfare locale, si nota come la Provincia di Cuneo si caratterizza attualmente per un numero piuttosto elevato di enti gestori delle funzioni socioassistenziali, differenziati sia nella loro natura (si distinguono sia consorzi socioassistenziali costituiti ad hoc, sia Comunità Montane che hanno ricevuto la delega anche per la gestione dei servizi socioassistenziali) che nelle dimensioni.

Complessivamente gli enti gestori sono nove: a due consorzi socioassistenziali di grandi dimensioni che coprono poco meno del 60% della spesa provinciale<sup>16</sup> si affiancano tre consorzi di medie dimensioni che nel loro complesso coprono poco più del 28% della spesa provinciale e altri 4 enti gestori di piccole dimensioni (1 consorzio e 3 comunità montane). Piuttosto differenziate appaiono anche le entrate, sia nel loro ammontare parametrato alla popolazione che nella composizione per fonti di provenienza, anche tra enti della stessa natura. Dall'analisi dei dati di bilancio sembra in particolare emergere come sia assai rilevante nell'incidere sulle entrate pro-capite di ciascun ente gestore la disponibilità di entrate ulteriori rispetto a quelle di stato, regione e comuni, provenienti da servizi (come ad esempio le strutture di carattere residenziale) che possono godere di un cofinanziamento da parte del servizio sanitario e, in alcuni casi, anche della compartecipazione alla spesa da parte degli utenti finali.

Va comunque sottolineato come il trend delle entrate degli enti gestori appare in crescita. Ciò non necessariamente comporta una crescita complessiva delle risorse disponibili per il welfare a livello locale, ma certamente segnala l'incremento dei servizi gestiti dagli enti gestori sovracomunali e in tal senso evidenzia un loro progressivo consolidamento in qualità di attori centrali del sistema di welfare territoriale.

All'andamento positivo delle entrate degli enti gestori tende inoltre ad accompagnarsi una crescente dinamica di esternalizzazione dei servizi, fenomeno peraltro già piuttosto consistente. Mediamente, infatti, oltre il 55% della spesa degli enti gestori riguarda l'acquisto di prestazioni di servizi presso soggetti esterni, anche in questo caso con significative differenziazioni tra gli enti, tra un minimo pari a poco meno del 46% della spesa complessiva ad un massimo pari a poco meno dell'89% della spesa.

Il tessuto della cooperazione sociale cuneese, che certamente ha un ruolo assai rilevante in quanto soggetto fornitore degli enti gestori ed erogatore di servizi sociali agli utenti finali sul territorio, sembra vivere una congiuntura piuttosto favorevole.

Per quanto si caratterizzi per una dimensione aziendale mediamente più contenuta rispetto alla media delle cooperative sociali attive sul complesso del territorio regionale, il numero di aziende cooperative rapportato alla popolazione residente è superiore alla media regionale ed in crescita.

Va poi evidenziato come in Provincia di Cuneo vi sia una incidenza di cooperative di tipo B sul complesso delle cooperative sociali un po' superiore alla media regionale ed emerga un maggior tasso di adesione a consorzi intercooperativi, strategia probabilmente più consona alle dimensioni organizzative più contenute.

Tra il 2001 e il 2005, infine, le performance economiche ed occupazionali delle cooperative sociali cuneesi appaiono sensibilmente positive, evidenziando una crescita significativa tanto del valore della produzione che dei lavoratori occupati, anche in controtendenza rispetto ai trend medi regionali.

---

<sup>16</sup> Facciamo riferimento alla spesa complessiva del 2007 dei nove enti gestori per le funzioni socioassistenziali.

## **CAPITOLO 2. IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEI PIANI DI ZONA**

La definizione dei primi Piani di zona dei servizi socioassistenziali individua certamente uno dei più rilevanti fattori di novità dell'attuale scenario del welfare provinciale. Questo capitolo ne ripercorre l'intero processo, proponendo inoltre una lettura di insieme delle azioni contenute nei piani. In conclusione, sulla base delle testimonianze raccolte, ne evidenzia nodi problematici e prospettive.

### **2.1 Le strutture organizzative e l'elaborazione dei Piani di Zona**

La costituzione delle strutture organizzative per promuovere e condurre il processo di definizione del Piano di zona ha costituito in tutti i territori il passo preliminare all'avvio del processo vero e proprio. Si tratta peraltro di un passaggio di notevole rilevanza perché implica l'individuazione consensuale del territorio su cui insisterà un unico piano di zona, nonché una composizione di due organismi – il Coordinamento politico istituzionale e l'Ufficio di Piano – tale da garantire una adeguata rappresentanza dell'intero territorio, spesso di notevole estensione e ampiamente differenziato tra aree intensamente abitate, aree rurali e aree montane o marginali.

Il Coordinamento politico istituzionale individua l'organo di indirizzo e decisione politica lungo l'intero processo (la Tabella 1.1.1 dell'Allegato 1 riporta in relazione a ciascun territorio che ha approvato un piano di zona la sua composizione). In tutti i territori ne fanno parte:

- figure apicali di carattere politico degli enti gestori: presidenti, presidenti del consiglio di amministrazioni, presidenti dell'assemblea dei sindaci o presidenti di commissioni assembleari particolarmente rilevanti nel caso di consorzi socioassistenziali; presidenti nel caso di Comunità Montane
- figure apicali della o delle aziende sanitarie di riferimento: direttori generali, direttori amministrativi, direttori di distretto, commissari o loro delegati
- una rappresentanza politica dei comuni, individuata tra sindaci e amministratori, spesso membri dei consigli di amministrazione dei consorzi.

In 3 casi su 6 fanno parte del coordinamento politico anche figure apicali di carattere tecnico degli enti gestori (direttori di consorzio) mentre in 5 casi su 6 è rappresentata anche la Provincia di Cuneo con l'assessore competente o un suo delegato.

L'Ufficio di piano è l'organo con carattere tecnico che ha coordinato il processo di formulazione del piano agendo da interfaccia tra il coordinamento politico e i tavoli di concertazione (la Tabella 1.1.2 dell'Allegato 1 riporta la sua composizione in ciascun territorio). In tutti i territori ne fanno parte:

- figure apicali di carattere tecnico degli enti gestori: direttori, vicedirettori, segretari generali, figure dirigenziali di consorzi socioassistenziali; responsabili dei servizi socioassistenziali di Comunità Montane

- una rappresentanza delle aziende sanitarie, individuata nelle figure apicali che fanno parte anche del coordinamento politico o in funzionari delegati
- una rappresentanza tecnica dei comuni, individuata tra dirigenti e funzionari comunali.

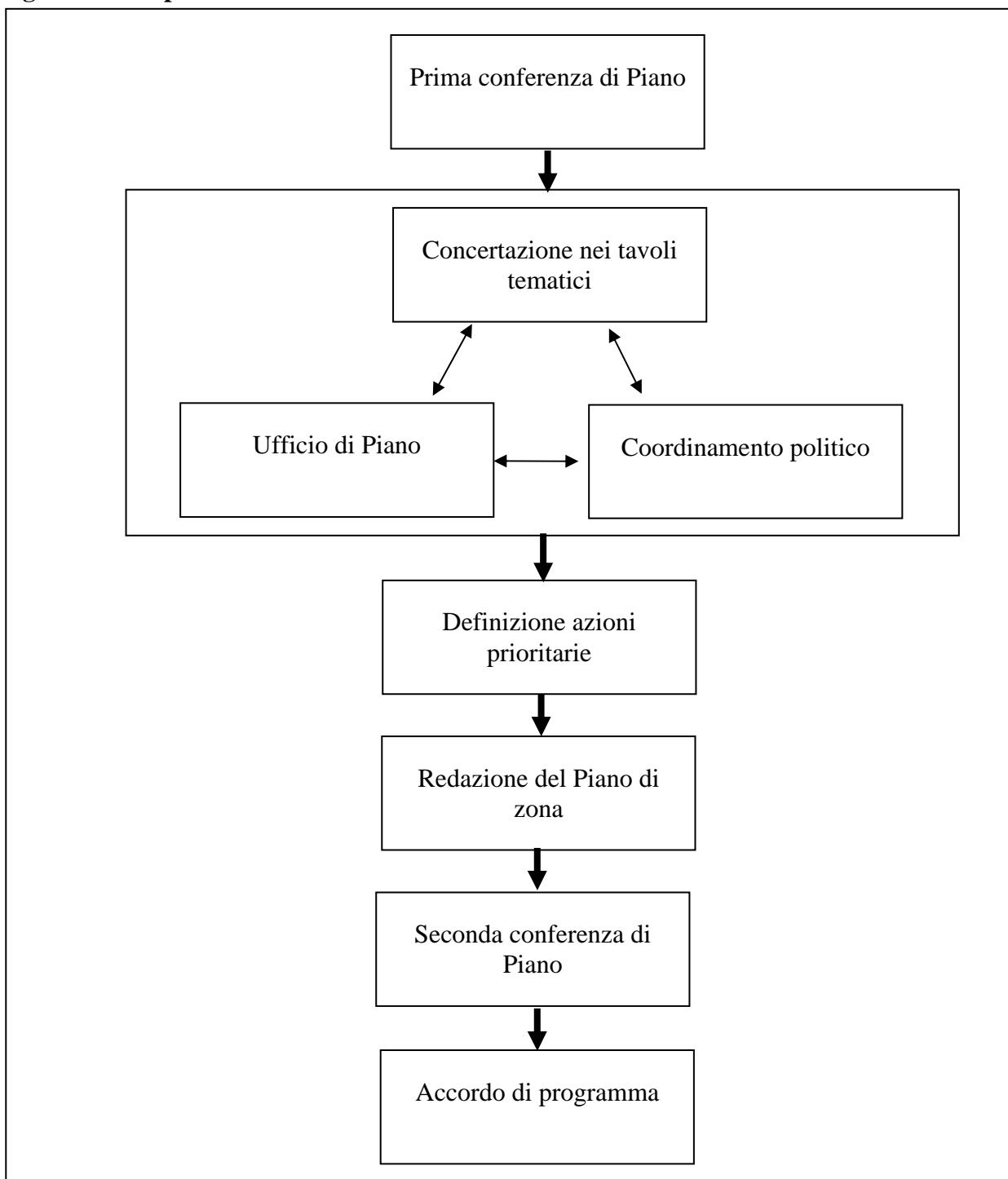
In un caso l'Ufficio di piano ha scelto di individuare un sottogruppo con funzioni direttamente operative; in 4 casi su 6 la Provincia ha preso parte all'Ufficio di piano con il dirigente competente o suo delegato; in 3 casi si è prevista una rappresentanza del mondo della cooperazione e del volontariato, in 2 casi degli istituti scolastici e del centro per l'impiego.

Va inoltre sottolineato come in tutti i casi l'ufficio di piano sia stato affiancato da una segreteria tecnica (con il compito di fissare e convocare le riunioni, tenere i verbali, diffondere i materiali informativi,...). In alcuni casi questo ruolo è stato svolto da dipendenti dei consorzi socioassistenziali o di Comuni aderenti al consorzio, per una quota del proprio tempo, in altre situazioni si è provveduto ad attivare collaborazioni esterne ad hoc.

La Figura 2.1.1 illustra le fasi fondamentali del processo di definizione del piano di zona, avviata in ciascuno dei 6 casi presi in considerazione in seguito alla costituzione delle strutture organizzative. Il processo può infatti essere così sintetizzato:

- prima conferenza di piano: si tratta di un'iniziativa pubblica a cui generalmente sono stati invitati amministrazioni, enti e gruppi della società civile del territorio con l'obiettivo di presentare il percorso di definizione del piano di zona e, spesso, di sollecitare la partecipazione da parte dei principali interlocutori
- analisi del contesto, concertazione nei tavoli tematici ed individuazione delle priorità: il cuore del processo di elaborazione del piano di zona in tutti i territori si è concretizzato in un circuito di interazione tra coordinamento politico, ufficio di piano e tavoli tematici di concertazione stabiliti ad hoc. La concreta configurazione dei tavoli, così come del processo di concertazione e di interazione con il livello tecnico e politico ha peraltro rivestito precise peculiarità in ciascun territorio. Le principali varianti hanno riguardato il numero di tavoli tematici individuati, la loro composizione, lo stile di conduzione, ora più strutturato, ora più orientato a lasciare massima libertà di espressione ai partecipanti
- definizione delle azioni prioritarie: la definizione delle azioni prioritarie ha di norma costituito il frutto della fase precedente. A seconda dei contesti, tuttavia, le indicazioni provenienti dal coordinamento politico sono risultate più o meno stringenti e definitive, conducendo, in rapporto al livello di definizione delle azioni e al loro stesso numero ad una varietà piuttosto differenziata di situazioni (il paragrafo 1.2 dell'Allegato 1 riporta per ciascun Piano di zona una sintesi delle azioni previste dal piano di zona).
- redazione del piano di zona: la redazione materiale del piano di zona, così come il coordinamento operativo e il supporto informativo, è stato molto spesso affidato alla segreteria tecnica, in collaborazione con l'ufficio di piano o con suoi sottogruppi

**Figura 2.1.1 Il processo di definizione del Piano di zona**



- seconda conferenza di piano: generalmente il piano di zona nella sua versione definitiva o nella sua versione ad avanzato livello di definizione è stato oggetto di presentazione, discussione e diffusione nell'ambito di una seconda conferenza di carattere pubblico
- approvazione dell'accordo di programma: gli impegni previsti dal piano di zona sono infine stati recepiti da un Accordo di programma in ciascun territorio sottoscritto dalle amministrazioni pubbliche titolari di azioni. Generalmente hanno aderito all'accordo anche i soggetti pubblici e della società civile che abbiano preso parte al processo di concertazione e ne abbiano condiviso

gli obiettivi di fondo. Va sottolineato come generalmente gli accordi di programma oltre a recepire le azioni progettuali contenute nei Piani di zona, stabilizzano come organi permanenti il Tavolo di coordinamento politico istituzionale e l'Ufficio di piano, prevedendo inoltre la facoltà dell'Ufficio di Piano di attivare specifici tavoli tematici per la definizione ed elaborazione di azioni progettuali così come la responsabilità del monitoraggio e della valutazione dell'attuazione delle azioni.

I paragrafi che seguono propongono una sintesi di maggiore dettaglio del processo di definizione di ciascun Piano di zona.

### **Il Piano di zona del Consorzio socio-assistenziale Alba-Langhe-Roero**

Il processo di definizione del Piano di Zona ha preso avvio nel 2005 con la costituzione del Coordinamento Politico Istituzionale e dell'Ufficio di Piano. Al fine di costituire i tavoli tematici, si è innanzitutto elaborato una mappa degli stakeholder generali riconducibili al processo di definizione del Piano di Zona. A partire da questa mappa si è in seguito elaborato una matrice degli stakeholder specifici da coinvolgere in ciascun tavolo tematico. Questa matrice considera per ciascun stakeholder il livello di influenza (determinato in rapporto alla dimensione, la rappresentatività, le risorse attuali e potenziali, le conoscenze e le competenze specifiche, la collocazione strategica) e il livello di interesse (considerandone la potenziale incidenza delle politiche e dei servizi di assistenza sociale sulla loro sfera d'azione e la loro capacità di promuovere autonomamente azioni di pressione e influenzamento del processo decisionale). Ciascuna matrice individua per ciascun tavolo tematico:

- gli stakeholder essenziali (ossia i soggetti con elevata influenza ed elevato interesse), da coinvolgere in modo stabile nella composizione del tavolo
- gli stakeholder deboli (ossia i soggetti con elevato interesse a prendere parte al processo ma debole influenza)
- gli stakeholder appetibili (ossia i soggetti con elevata influenza ma basso interesse a prendere parte al processo) da coinvolgere in rapporto ad alcune specifiche tematiche affrontate dal tavolo.

I tavoli sono stati quindi costituiti chiedendo a ciascuno degli stakeholder essenziali di indicare un proprio rappresentante; per ciascun tavolo è stata prevista la figura di un coordinatore individuato dal Consorzio.

Il processo di concertazione vero e proprio è avviato nel novembre 2005 con la realizzazione di una prima Conferenza di Piano, aperta ad amministratori, operatori, terzo settore e altri soggetti. Nel corso del 2006 i tavoli tematici si sono incontrati complessivamente una decina di volte per analizzare i bisogni territoriali, individuare le priorità e avanzare proposte di miglioramento. L'Ufficio di piano nel corso del processo ha curato la connessione tra i tavoli tematici e il Coordinamento politico istituzionale. Più in particolare il percorso si è così articolato:

- l'Ufficio di piano ha prodotto una prima rielaborazione finalizzata ad integrare in un unico testo di base le elaborazioni dei singoli tavoli tematici
- questa prima rielaborazione è stata presentata al Coordinamento politico istituzionale che si è riunito tre volte per discutere le proposte nel corso dell'autunno 2006
- sulla base delle indicazioni emerse nell'ambito del Coordinamento politico istituzionale l'Ufficio di piano ha prodotto una seconda rielaborazione del testo
- il testo è stato ulteriormente modificato sulla base di indicazioni del Coordinamento politico
- la stesura definitiva delle schede delle azioni è stata realizzata nel giugno del 2007 e sono state presentate nell'ambito di una seconda Conferenza di Piano

- il 29 giugno 2007 l'assemblea dei Comuni del Consorzio ha deliberato l'approvazione dell'accordo di programma che recepisce le azioni elaborate nel corso del processo.

### **Il Piano di zona del Consorzio Intesa**

Il Consorzio Intesa ha assunto un ruolo di regia e di coordinamento dell'intero percorso di programmazione: si tratta di un ruolo formalizzato con una delibera approvata nel 2004 da ciascuno degli 11 Comuni che aderiscono al Consorzio. Il processo di definizione vero e proprio del Piano prende avvio nel 2005 con la costituzione del Tavolo Politico istituzionale e l'Ufficio di Piano da parte dell'assemblea dei Comuni.

L'individuazione dei componenti dell'Ufficio di Piano è stata realizzata in seguito ad un percorso di presentazione del processo e dei suoi obiettivi attraverso assemblee pubbliche promosse dal Consorzio. Ciascuno dei soggetti individuati ha in seguito individuato un rappresentante che ha preso parte all'Ufficio di Piano.

Nel maggio del 2005 si è svolta la prima Conferenza di piano, un'iniziativa pubblica rivolta a tutta la cittadinanza e in particolare finalizzata a presentare il percorso di pianificazione ai soggetti pubblici e privati attivi sul territorio nel campo dell'assistenza sociale. Nel giugno 2005, in seguito alla realizzazione di ulteriori incontri sul territorio, sono stati costituiti 4 tavoli di lavoro – rispettivamente dedicati ad anziani e promozione sociale, alle nuove povertà, alla famiglia e ai minori, alla disabilità e alla integrazione sociale – di cui il Consorzio ha assunto la conduzione.

I tavoli tematici hanno rivestito un ruolo significativo in due fasi del processo.

In una prima fase ciascun tavolo tematico ha condotto una analisi delle criticità e delle priorità assistenziali che sono state presentate all'Ufficio di Piano. L'ufficio di Piano tra il dicembre 2005 e il febbraio 2006 ha analizzato e discusso le proposte avanzate dai tavoli, elaborandone una versione di sintesi in un unico documento.

Questo documento è stato approvato dal Tavolo Politico istituzionale e da tutti gli 11 Consigli comunali dei Comuni associati che hanno anche incaricato i tavoli tematici di tradurne i contenuti in proposte operative.

Si è quindi aperta una seconda fase di lavoro dei tavoli tematici: tra aprile e maggio 2006 ciascun tavolo ha infatti elaborato 5 ipotesi progettuali che sono state consegnate all'Ufficio di Piano. Dopo una prima approvazione delle proposte da parte del Tavolo politico istituzionale l'ufficio di Piano ha preparato una bozza di Piano di zona, approvato dal Tavolo politico nel novembre del 2006.

Nel mese di dicembre del 2006 si è tenuta la seconda Conferenza di Piano finalizzata a presentare e diffondere gli esiti del percorso. Il processo si è in seguito concluso con l'approvazione dell'Accordo di programma.

### **Il Piano di zona del Consorzio per i servizi socio assistenziali del monregalese**

L'avvio formale del processo di pianificazione è stato preceduto dalla scelta, condotta nel 2002 dal Consorzio per i servizi socio-assistenziali del Monregalese (CSSM) in accordo con l'Asl 16 – identificata dal CSSM come partner privilegiato – di attuare un programma formativo rivolto a funzionari, amministratori e potenziali partner del processo di definizione del Piano di Zona. Nel

corso dello stesso anno la responsabilità dell'attuazione di tale programma è stata riconosciuta dal CSSM, anche avvalendosi di fondi provinciali, alla Fondazione Zancan di Padova.

Il processo di pianificazione ha preso avvio nel 2003 con la costituzione del Tavolo di coordinamento politico istituzionale e dell'Ufficio di Piano (anche denominato Gruppo di piano).

Nel giugno del 2003 si è tenuta la prima conferenza di piano a cui sono stati invitati direttamente 103 soggetti tra enti gestori dei presidi residenziali per anziani, direzioni scolastiche, istituti comprensivi, baby-parking, cooperative sociali, associazioni di volontariato. Hanno preso effettivamente parte alla conferenza 57 di questi soggetti. L'incontro ha avuto due fondamentali obiettivi:

- informare in merito all'avvio del processo di pianificazione e alle sue tappe
- consegnare ai partecipanti, richiedendone la restituzione di una scheda informativa utile a rilevare attività, progetti e disponibilità a prendere parte al processo. Complessivamente sono state raccolte 18 schede compilate dai soggetti partecipanti alla conferenza.

Tra gennaio e giugno 2004 l'Ufficio di piano ha promosso un'attività di analisi del contesto e di prima rilevazione dei bisogni assistenziali. Più in particolare questa fase è stata finalizzata alla costruzione di una base conoscitiva di partenza in merito ai caratteri sociodemografici della popolazione e al sistema di offerta di servizi attivo a livello territoriale. A tale scopo l'Ufficio di Piano si è riunito complessivamente 14 volte: 3 riunioni sono state dedicate all'area tematica degli anziani; 3 riunioni all'area tematica dei disabili; 3 riunioni all'area tematica della famiglia e dei minori; 3 riunioni all'area tematica degli immigrati e della povertà; 1 riunione è stata finalizzata ad analizzare e condividere le linee guida regionali per la definizione del Piano di zona; 1 riunione è stata finalizzata a revisionare e condividere il materiale prodotto.

Nel gennaio 2005 si è svolta una riunione del Coordinamento politico istituzionale che ha analizzato il materiale documentale elaborato dall'Ufficio di Piano ed ha declinato le priorità per il Piano di zona. Su tali basi tra giugno e dicembre 2005 4 tavoli tematici, costituiti sulla base di una scelta mirata da parte dell'Ufficio di piano, hanno lavorato alla definizione delle azioni progettuali da includere nel Piano di Zona. I tavoli tematici attivati hanno riguardato gli anziani, i disabili, la famiglia, la tutela materno infantile.

Nell'aprile 2006 il Tavolo di coordinamento politico istituzionale ha valutato le proposte emerse in seno ai tavoli di lavoro tematici, dando mandato all'Ufficio di piano di redigere una bozza del Piano di Zona. Tale bozza, elaborata dall'Ufficio di piano entro il luglio 2006 è stata recepita nell'Accordo di programma che è stato firmato nel settembre 2006.

### **Il Piano di zona del Consorzio Monviso solidale**

Il processo di definizione del Piano di Zona ha preso avvio nel 2005 con la costituzione del Coordinamento Politico Istituzionale e dell'Ufficio di Piano.

Nel dicembre dello stesso anno si è tenuta a Savigliano la prima Conferenza di piano finalizzata a presentare il processo e a promuovere la partecipazione.

L'intero processo è stato promosso e condotto dal Consorzio con risorse proprie.

La prima fase di concertazione si è svolta in ciascuna delle 14 unità minime locali in cui si struttura il territorio (tre di esse corrispondono ai Comuni maggiori, mentre le rimanenti 11 sono costituite dalla aggregazione di comuni minori).

In ciascuna unità minima la consultazione ha riguardato sia gli operatori dei servizi, che gli amministratori, esponenti di associazioni e componenti della società civile ed ha previsto due riunioni. La prima riunione è stata dedicata alla presentazione e discussione delle schede elaborate dalla segreteria tecnica che proponevano un quadro dei principali indicatori quantitativi di bisogno e del sistema di offerta articolato per target di utenza. La seconda riunione è stata dedicata ad una prima individuazione delle priorità su cui intervenire. Nel complesso, questa prima fase di consultazione, ha condotto alla individuazione di circa 50 priorità.

La seconda fase di concertazione è stata svolta individuando 5 tavoli tematici rispettivamente dedicati ai minori, agli anziani, ai disabili, alle nuove povertà e a problematiche di carattere comunale. Il lavoro dei tavoli si è strutturato in circa 40 incontri che si sono svolti tra il mese di ottobre 2006 e il mese di marzo 2007 ed ha avuto come base di partenza le priorità individuate durante la prima fase di concertazione.

La seconda fase, in stretto coordinamento con l'Ufficio di piano e il coordinamento politico, ha approfondito la fattibilità delle azioni e ha conseguentemente condotto alla individuazione delle azioni da includere nel Piano di zona.

Il processo si è concluso nel novembre 2007 con l'approvazione dell'Accordo di programma.

### **Il Piano di zona del cebano**

Il processo di definizione del Piano di zona ha preso avvio nel febbraio 2005 con l'istituzione del Tavolo Politico Istituzionale da parte della Conferenza dei sindaci. L'Ufficio di Piano è stato costituito nell'ottobre 2005 in seguito ad una fase preliminare di consultazione sei principali attori territoriali. E' utile sottolineare che oltre all'Ufficio di Piano si è costituito un sottogruppo tecnico con un ruolo più operativo finalizzato a promuovere e coordinare le attività di pianificazione integrata. Sin dall'inizio il percorso di pianificazione è stato supportato da un intervento formativo e consulenziale che ha previsto tanto azioni di formazione di carattere più frontale sia focus di discussione e lavori di gruppo.

La prima fase del lavoro dell'Ufficio di Piano ed in particolare del suo sottogruppo tecnico è consistita nella ricostruzione dello scenario di riferimento, analizzando le fonti disponibili, ricostruendo i dati demografici e socioeconomici del territorio. Nel marzo del 2006 sono stati costituiti 3 tavoli tematici, suddivisi per cicli di vita: minori, giovani, adulti ed anziani, con l'obiettivo di integrare sotto il profilo qualitativo l'analisi di scenario già abbozzata sotto il profilo degli indicatori quantitativi.

I tavoli tematici sono stati costituiti in seguito alla realizzazione della prima Conferenza di piano (gennaio 2006) in cui si è pubblicamente avviato il processo di definizione del Piano di Zona. I tavoli si sono riuniti tre volte separatamente (all'inizio di marzo 2006, all'inizio di aprile 2006 e all'inizio di maggio 2006). La prima riunione ha avuto come obiettivo la conoscenza reciproca tra i partecipanti, la presentazione dei tavoli tematici e degli obiettivi, la presentazione dell'analisi di contesto già realizzata a cura dell'Ufficio di piano ed una prima individuazione dei problemi legati alla specifica area tematica. La seconda riunione di ciascuno dei tre tavoli è stata finalizzata alla definizione delle priorità, a partire dai bisogni inespresi o insoddisfatti già emersi durante la prima

riunione. La terza riunione ha avuto come oggetto l'elaborazione di ipotesi progettuali da riferirsi alle aree di particolare criticità.

Tra maggio e giugno del 2006, a partire dalle indicazioni emerse dai tavoli, anche sulla base di ulteriori riunioni con soggetti esterni (il Direttore di distretto dell'Asl 16, le associazioni di volontariato, le istituzioni scolastiche) e ottenendo il sostegno della Conferenza dei sindaci l'Ufficio di piano ha definito gli obiettivi prioritari ed ha elaborato una prima definizione delle azioni di piano.

Tra luglio e settembre del 2006 sono stati promossi dall'Ufficio di Piano un insieme articolato di incontri finalizzati a condividere e specificare le azioni di piano che hanno coinvolto: i referenti Asl della neuropsichiatria infantile e del servizio di psicologia, i referenti del SERT e del Dipartimento di salute mentale, il Centro di formazione professionale Cebano- Monregalese, il Centro per l'impiego, istituzioni scolastiche, associazioni di volontariato e cooperazione.

Nel settembre del 2006 l'Ufficio di piano ha quindi approvato la prima bozza del piano di zona, che è stato presentato sia ai tavoli di lavoro riuniti in plenaria, sia alle organizzazioni sindacali. Nel corso del mese di ottobre la bozza del piano è stata esaminata ed approvata dal Tavolo Politico istituzionale e all'inizio di novembre il Piano di zona è stato approvato dalla Conferenza dei sindaci.

Una seconda conferenza di piano ha concluso il percorso, presentando gli esiti raggiunti e le azioni previste dal Piano di zona. L'accordo di programma ne ha recepito i contenuti.

### **Il Piano di zona del Consorzio socio assistenziale del cuneese**

Gli enti gestori delle funzioni socioassistenziali che insistono sul territorio dell'Asl 15 di Cuneo (Consorzio socio assistenziale del Cuneese, consorzio per i servizi socio-assistenziali delle Valli Grana e Maira e Comunità Montane convenzionate Risalta – Valli Gesso e Vermenagna) hanno costituito un unico Tavolo di coordinamento politico istituzionale (con deliberazioni dei tre enti approvate tra il dicembre 2004 e il febbraio 2005) e un unico Ufficio di piano (con deliberazione dei 3 enti approvate tra il maggio ed il giugno 2005). Sono state inoltre individuate 7 aree su cui attivare tavoli tematici, rispettivamente dedicate a: famiglia, minori, nuove povertà, dipendenze, extracomunitari, disabilità ed inserimenti lavorativi, anziani.

Nel luglio del 2005 si è tenuta una prima Conferenza di Piano dedicata alla disabilità ed agli inserimenti lavorativi a cui sono stati invitati attraverso una lettera firmata dal coordinatore del tavolo politico le cooperative sociali, le associazioni di volontariato, le organizzazioni sindacali, altri enti gruppi ed associazioni attive sul territorio.

Nel novembre 2005 si è poi tenuta una seconda Conferenza di piano finalizzata alla costituzione effettiva dei tavoli tematici. I soggetti che hanno preso parte ai tavoli sono i seguenti: enti gestori, Asl 15, cooperative sociali, associazioni di volontariato, patronati, diocesi, sindacati, scuole, casa circondariale, Ministero della giustizia, Confcommercio, Acli.

I tavoli si sono riuniti nel mese di febbraio e marzo 2006 con cadenza quindicinale e poi settimanale, riunendosi mediamente 5 volte ciascuno. Più in particolare i tavoli tematici hanno raccolto dati quantitativi e qualitativi sul sistema di offerta e sui bisogni assistenziali del territorio e hanno elaborato alcune proposte progettuali, confluite in un documento trasmesso all'Ufficio di piano nel maggio 2006.

L'ufficio di piano si è riunito 2 volte, all'inizio di giugno e all'inizio di luglio, al fine di valutare le proposte elaborate dai tavoli ed ha elaborato un documento che ipotizza gli obiettivi strategici e le priorità del piano che è stato presentato e discusso nell'ambito di una riunione congiunta tra tavolo politico istituzionale e Ufficio di Piano tenuta a settembre 2006.

A questa riunione hanno preso parte l'assessore coordinatore del tavolo politico istituzionale, i Presidenti delle assemblee consortili, i rappresentanti dei sindaci, i direttori e il coordinatore degli enti gestori, il commissario e i rappresentanti dell'asl e i rappresentanti dei comuni. I suoi esiti possono essere sintetizzati in due punti:

- sono state individuate come prioritarie le tematiche connesse all'integrazione socio-sanitaria, all'emergenza abitativa e al superamento delle difficoltà legate alla chiusura dell'Istituto Provinciale Infanzia
- si è stabilito di costituire un gruppo di amministratori che costituiscano il punto di riferimento per i tecnici degli enti gestori in rapporto alla programmazione, monitoraggio e valutazione degli interventi prioritari.

A questo punto l'Ufficio di piano ha promosso incontri rivolti ai soggetti di volta in volta interessati, finalizzati a definire con maggiore dettaglio gli interventi per ciascuna area progettuale. Nel giugno del 2007 l'Ufficio di Piano ha quindi presentato il testo finale del Piano di zona che è stato recapito dall'Accordo di programma sottoscritto nell'agosto successivo.

## **2.2 Un approfondimento sui tavoli tematici**

Come visto, in tutti i territori, la concertazione nei tavoli tematici ha costituito uno degli aspetti più innovativi del processo di pianificazione degli interventi sociali, richiedendo peraltro un investimento significativo di risorse anche temporali.

Per approfondire caratteristiche e profili dei tavoli tematici è innanzitutto utile riferirsi alle indagini condotte in due territori (Piano di zona Alba Langhe e Roero; Consorzio Intesa) all'avvio del processo<sup>17</sup>, attraverso uno stesso questionario rivolto ai componenti dei tavoli tematici. Il quadro emergente dall'analisi delle risposte (sono stati compilati complessivamente 96 questionari, di cui 35 dai componenti dei tavoli dell'area Alba Langhe e Roero e 61 dai componenti dei tavoli promossi dal Consorzio Intesa) è sintetizzabile nei seguenti punti:

- i partecipanti al tavolo hanno in maggioranza un titolo di studio medio-alto; vi è un certo equilibrio tra soggetti espressione di pubbliche amministrazioni e esponenti della società civile (associazioni ed imprese sociali), per quanto prevalgono i primi, mentre hanno un ruolo limitato altri soggetti privati; oltre un terzo dei partecipanti riveste un ruolo organizzativo di rilievo nella propria organizzazione di appartenenza;
- per la maggior parte di essi si tratta della prima esperienza di partecipazione ad un tavolo di concertazione e confronto; appare piuttosto diffusa la convinzione che per ottenere un buon risultato dal processo sia cruciale poter disporre di adeguate e approfondite informazioni sui problemi sociali del territorio, sull'entità e l'efficacia degli interventi già attuati così come il ricorso a figure in grado di esprimere un'elevata e specifica expertise tecnica, mentre è meno rilevante l'importanza attribuita alla conoscenza delle modalità attuali di fruizione dei servizi esistenti, dei dati sulla soddisfazione degli utenti e delle valutazioni di operatori sociali attivi sul territorio

---

<sup>17</sup> Facciamo riferimento all'analisi condotta nei due territori dall'Università di Torino.

- le questioni da affrontare in termini prioritari sono in particolare individuate nelle nuove povertà e nella condizione giovanile.

La Tabella 2.2.1 propone un quadro sinottico dei tavoli tematici in ciascun territorio. Si può innanzitutto notare una prima differenziazione:

- in un caso (Piano di zona cebano) si è scelto di costituire tavoli organizzati in rapporto alle diverse fasi di vita dei potenziali utenti dei servizi sociali (minori, giovani e adulti, anziani) trattando al loro interno le tematiche e i bisogni che richiedono particolare interventi assistenziali (le condizioni di disabilità fisica o psichica, così come le condizioni di povertà). La scelta deriva dalla volontà di evitare eccessive duplicazioni nelle discussioni dei diversi tavoli favorendo un approccio integrato

**Tabella 2.2.1. I tavoli tematici**

	Piano di zona del Consorzio socio-assistenziale Alba-Langhe-Roero	Piano di zona del Consorzio Intesa	Piano di zona del Consorzio per i servizi socio assistenziali del monregalese	Piano di zona del Consorzio Monviso solidale	Piano di zona del cebano	Piano di zona del socio del assistenziale del cuneese
<b>Minori</b>	x	x	x	X	x	x
<b>Giovani e adulti</b>					x	
<b>Tutela materno infantile</b>			x	X		
<b>Anziani</b>	x	x	x	X	x	x
<b>Disabili</b>	x	x	x	X		x
<b>Nuove povertà</b>	x	x				x
<b>Extracomunitari</b>						x
<b>Dipendenze</b>						x
<b>Problematiche comunali</b>				X		

- negli altri 5 casi si è invece scelto di affiancare ad alcuni tavoli organizzati attorno alle fasi di vita di particolare interesse per i servizi sociali (tipicamente: i minori e gli anziani), altri tavoli focalizzati su bisogni particolarmente acuti o percepiti come nuovi, tali da richiedere una discussione specifica ed approfondita. Più in particolare ai tavoli dedicati a minori, anziani e disabili sempre presenti, in un caso si è affiancato un tavolo dedicato alla tutela materno infantile, in un altro caso un tavolo dedicato alla tutela materno infantile e a problematiche di carattere comunale, in un ultimo caso, un tavolo dedicato alle nuove povertà, un tavolo dedicato agli stranieri extracomunitari ed un tavolo dedicato alle dipendenze.

In tutte le realtà i tavoli hanno visto nel complesso una buona partecipazione delle amministrazioni pubbliche e dei soggetti della società civile (le Tabelle 1.1.3-1.1.11 contenute nell'Allegato 1 riportano la composizione dei tavoli nei diversi territori).

Riprodurre fedelmente l'andamento delle discussioni e gli esiti di ciascun tavolo di lavoro non è naturalmente agevole, posta la varietà di situazioni e l'articolazione delle tematiche. E' tuttavia possibile, per un verso, porre attenzione ad uno dei nodi che nel corso delle interviste svolte è emerso come particolarmente rilevante: il ruolo della cooperazione e del terzo settore. Per un altro verso, sulla base delle descrizioni raccolti nelle interviste, tratteggiare le situazioni più comuni o i tratti più tipici evidenziando gli aspetti su cui la differenziazione tra i diversi territori appare più marcata.

Il coinvolgimento nel processo di programmazione del terzo settore e del mondo della cooperazione si presenta come una questione spesso vissuta con difficoltà tanto da parte del terzo settore che degli enti gestori e territoriali.

Tra i primi, infatti, è diffusa una certa insoddisfazione in rapporto al ruolo svolto nell'ambito del processo di definizione dei piani, parallelamente alla percezione di poter contribuire maggiormente anche nel merito delle questioni, a partire dalle competenze e dall'esperienza operativa acquisita sul campo.

“La sussidiarietà è stato il grande attore assente del percorso dei piani di zona, devo dire che la responsabilità alcune volte è anche da attribuire al terzo settore, e parlo anche delle associazioni di volontariato, siamo arrivati molto speranzosi e poco preparati a questo momento di confronto... noi viviamo un rapporto di sudditanza con la pubblica amministrazione, in questo gioco perverso dell'assegnazione di servizi noi vediamo la pubblica amministrazione come la fonte di sopravvivenza e quindi c'è attenzione a non scontrarsi anche quando questo significa difendere dei diritti acquisiti derivanti da esperienze di anni nella programmazione dei servizi e nella innovazione” (14, cooperativa) (\*)

Da parte delle amministrazioni pubbliche si rileva una certa disomogeneità interna al mondo della cooperazione, viene posta la questione della rappresentatività dei soggetti del terzo settore partecipanti ai tavoli e in alcuni casi si solleva il timore che la partecipazione al processo di programmazione da parte di soggetti che sono al tempo stesso erogatori di servizi su appalto possa in qualche misura costituire fonte di distorsione.

“Che dire della cooperazione?... capita la cooperativa che ti dice: “Bello questo progetto, io ci posso anche investire, ma poi io avrò l'appalto? E' un servizio che ci farà stare sul territorio oppure no?”... la cooperazione ha fatto veramente tanti passi avanti, però ci sono tanti nodi problematici anche tra di loro...”

---

(\*) Riportiamo in forma anonima, in questo come nei successivi capitoli, citazioni tratte dai resoconti delle interviste. Poiché le interviste non sono state registrate, le citazioni riportate non sono letterali, ma ci auguriamo che in ogni caso non tradiscano il senso di quanto affermato dai nostri interlocutori. Il numero tra parentesi fa riferimento ad una nostra codifica delle interviste.

molti servizi sono dati a cooperative che non sono cooperative... [...] poi invece ci sono le cooperative che lavorano benissimo...” (1, ente territoriale)

“Un’altra criticità era il ruolo del terzo settore: all’inizio erano molto motivati, poi cammin facendo ... probabilmente sono venuti con delle aspettative sulle azioni... poi è difficile mediare su cosa si può fare e cosa no... [...] il terzo settore che già lavora sul territorio ha già una strada e non si è fatto coinvolgere... quelli invece che sono legati all’erogazione di risorse pubbliche... c’era l’aspettativa che la progettazione portasse all’esecuzione... nell’ultimo ufficio di piano c’è stato un intervento, per così dire, politico: “Ma poi qua cosa rimane?”... Per noi invece il problema non era trovare risorse in più per fare servizi in più...” (3, ente gestore)

“Il rappresentante della cooperativa sociale portava una esperienza e proponeva una soluzione, ma magari i servizi la pensavano in modo diverso... poi c’era da sottolineare che per il piano di zona non c’erano fondi in più a disposizione” (6, ente gestore)

“Il terzo settore e le associazioni hanno partecipato ma con un po’ di confusione... hanno partecipato ai tavoli cercando di spiegare all’asl e al consorzio cosa devono fare... è un po’ troppo facile: c’è la questione delle risorse... non vorrei generalizzare... c’è anche chi non ha partecipato e che lavora per conto suo... comunque ho trovato più difficile la condivisione con il terzo settore che con le asl... ognuno ha competenze e responsabilità diverse, bisogna cercare di metterle assieme... alcune case di riposo vanno avanti per conto loro, condivisione pari a zero, bisognerebbe che il piano di zona vincolasse: se non è previsto nel piano di zona, tu casa di riposo quella cosa non la puoi fare” (8, ente gestore)

“Un aspetto da approfondire è la partecipazione del terzo settore, delle associazioni di categoria... non so se sono state accolte tutte le aspettative, ne avevano molte e non so se sono state... [...] a monte ci sono state troppe aspettative e poi le aspettative erano anche quelle di creare chi sa quali nuovi servizi...” (12, ente gestore)

“Da noi è mancato tantissimo, come il mondo del volontariato e delle associazioni, tutto il terzo settore non è stato molto coinvolto e questa è la lacuna. Spesso viene disatteso e non viene coinvolto nella programmazione. [...]La cooperazione deve trovare un modo di collaborare, esserci, avere una rappresentatività che di volta in volta vada specificandosi...” (17, azienda sanitaria)

“...c’è stato anche un grosso problema di coordinamento, ad esempio il terzo settore...prima non si facevano trovare...poi volevano essere interpellati ma all’inizio...è stato molto difficile... [...] il problema è.. [che] quelli che venivano portavano la loro singola e personale esperienza...e magari trascuravano tutto il resto...” (19, azienda sanitaria)

“c’è stato chi ha voluto partecipare e chi no...noi abbiamo fatto il primo avviso quattro anni fa a tutte le associazioni, etc, sia onlus che non onlus...tutto quello che c’era sul mercato...circa su 150 inviti la risposta è stata di 20 o 30. E di questi 20/30 poi fondamentalmente collaborano effettivamente con noi 3 o 4 ... quelli che hanno anche più interesse a collaborare. Non è una cosa molto semplice, ci sono delle grosse resistenze da parte dei comuni e dei consorzi, meno da noi anche perché noi le conosciamo meno queste realtà...però ogni tanto rimane il dubbio, il dubbio buono, su che cosa ci stiano a fare...ogni tanto te lo chiedi...loro che cosa ci portano di valore aggiunto?” (22, azienda sanitaria)

Per tratteggiare i tratti comuni alle diverse esperienze nei territori, si può in ogni caso sottolineare come generalmente i tavoli tematici si sono incontrati un buon numero di volte, integrando in alcuni casi specialisti esterni o testimoni di particolare interesse (ad esempio medici di base, pediatri, altri soggetti specialistici non presenti permanentemente ai tavoli) e sono stati coordinati molto spesso da operatori professionali degli enti gestori, competenti nella materia oggetto di discussione.

All’interno di questa cornice, i diversi territori presentano scelte metodologiche e operative piuttosto differenziate in rapporto ai seguenti aspetti:

- la fase del processo in cui è stata avviata la concertazione nei tavoli tematici: nella maggior parte dei casi la concertazione nei tavoli tematici è stata collocata in una fase iniziale del processo di definizione del piano di zona; tuttavia in un paio di casi, preliminarmente

all'avvio dei tavoli tematici, è stata condotta un'analisi piuttosto articolata dei dati quantitativi sui servizi erogati e degli indicatori di bisogno, rispettivamente nell'ambito dell'ufficio di piano e nell'ambito di unità territoriali decentrate, che è stata assunta come base di discussione dai tavoli

- la ricostruzione del sistema di offerta e l'analisi dei bisogni: in assenza di indicazioni metodologiche unificanti in merito agli indicatori quantitativi da utilizzare, alle modalità e al livello di dettaglio di ricostruzione del sistema di offerta, la raccolta ed elaborazione dei dati ha, sostanzialmente, seguito percorsi peculiari in ciascuna realtà. In alcuni casi il reperimento dei dati è stata curata essenzialmente dai funzionari degli enti gestori, in altri casi hanno avuto un ruolo maggiore i tavoli stessi e i loro componenti; talvolta la ricostruzione è stata condotta sulla base di griglie di analisi ed indicatori chiaramente predefiniti, talvolta la ricostruzione è risultata ampiamente disomogenea in rapporto alle diverse aree tematiche

**Tabella 2.2.2 Obiettivi definiti dal tavolo tematico e risultati previsti dal Piano di zona: un esempio**

Obiettivi strategici dell'area minori (tavoli tematici)	Risultati attesi dell'area minori (piano di zona)
Favorire la socializzazione, l'aggregazione e il protagonismo dei minori per tutte le fasce di età contrastando la solitudine e sostenendo l'integrazione delle diversità attraverso interventi qualificati	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantenere almeno costante il numero delle iniziative e dei partecipanti</li> <li>▪ Maggiore continuità della frequenza ai laboratori ed aumento della partecipazione dei preadolescenti</li> <li>▪ Mantenimento della qualità dell'iniziativa "Estate ragazzi" attraverso la formazione professionale ed il coordinamento degli animatori</li> <li>▪ Attività animative promosse dal volontariato sostenute e valorizzare attraverso un lavoro di collaborazione reciproca</li> <li>▪ Mantenere stabile il numero di interventi di mediazione interculturale in ambito socio-sanitario e scolastico</li> <li>▪ Aumentare i quindicenni che accedono al percorso per il conseguimento della licenza media</li> <li>▪ Maggior conoscenza, attraverso l'Educativa di strada, delle realtà adolescenziali del territorio</li> </ul>
Sviluppare e qualificare gli interventi di prevenzione e supporto alla famiglia e al minore trasversale ai servizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Progetto congiunto tra Servizio socio assistenziale, azienda sanitaria, terzo settore, istituzione scolastica su percorsi di prevenzione e benessere</li> <li>▪ Progetto congiunto servizio socio assistenziale e azienda sanitaria per la visibilità e l'integrazione delle attività consultoriali con il centro famiglia</li> <li>▪ Allestire sede idonea per gli incontri in luogo neutro (Centro famiglie)</li> <li>▪ Aumento degli interventi di mediazione familiare e incontri in luogo neutro</li> <li>▪ Aumento del budget finanziario per la realizzazione delle attività di sostegno mamme sole e fascia 0-12 mesi</li> <li>▪ Aumento dell'assistenza educativa da 20 a 30 ore settimanali</li> <li>▪ Attivati corso di alfabetizzazione di donne extracomunitarie</li> <li>▪ Progetto "Tutor" per favorire l'integrazione sociale di minori</li> </ul>
Sostenere il minore disabile e la sua famiglia in collaborazione con i servizi sanitari	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantenimento dell'attuale livello dei servizi di educativa e assistenza all'autonomia</li> <li>▪ Sottoscrizione di un protocollo per l'handicap con l'azienda sanitaria e le scuole in tema di "progetto di vita"</li> <li>▪ Carta dei servizi per la disabilità</li> </ul>

- lo stile e le metodologie di conduzione dei tavoli: in alcuni casi la conduzione dei tavoli è stata maggiormente strutturata prevedendo fasi ed obiettivi specifici e definendo regole di intervento esplicitate sin dall'inizio; in altri casi ha assunto una forma maggiormente spontanea e meno regolata
- gli esiti dei tavoli e la relazione con le azioni previste dai piani di zona nella loro versione definitiva: anche in questo caso più che ricostruire ogni singola esperienza è possibile uno sguardo a maglia più larga, che consente di differenziare casi in cui i tavoli sembrano aver condotto riflessioni di carattere più generale, evidenziando bisogni e necessità di largo respiro, senza tuttavia entrare in un'ottica maggiormente progettuale orientata alle opportunità realizzative del triennio – compito quest'ultimo piuttosto demandato all'ufficio di piano e al coordinamento politico – da casi in cui il tavolo appare aver condotto una riflessione entro binari più circoscritti e orientati ad una progettualità di breve e medio termine. La Tabella 2.2.2 riporta un esempio illustrativo di una situazione riconducibile al secondo caso: come si può notare i risultati attesi nell'ambito dei servizi e degli interventi a favore dei minori esplicitati nel testo del piano di zona sono precisamente ricondotti agli obiettivi strategici individuati nell'ambito dello specifico tavolo tematico.

## 2.3 Le azioni previste nei Piani e il processo di attuazione

Le azioni previste nei Piani di zona possono certamente considerarsi l'esito più rilevante dell'intero processo di programmazione. In tutti i piani queste azioni sono state declinate utilizzando il format previsto dalle linee guida regionali.

In questa sede ci sembra utile proporre una lettura che distingue le azioni in alcune categorie in modo da rendere conto delle differenziazioni esistenti tra le azioni anche all'interno di uno stesso piano.

Una prima categoria può essere individuata dalle azioni che propongono linee di indirizzo piuttosto generali (ad esempio, la sollecitazione ad accrescere nel futuro la spesa sociale per determinate categorie di utenti o la necessità di riqualificare o specializzare le strutture residenziali secondo un determinato approccio) e per cui risulta più difficile rintracciare un preciso *output* o prodotto da realizzarsi in termini definiti e circoscritti nel triennio.

Una seconda categoria è composta dalle azioni che si presentano più chiaramente circoscritte ed individuano in termini più evidenti un definito output. In rapporto a ciascun Piano di zona si possono inoltre individuare tre sottocategorie in rapporto a:

- nuovi servizi, estensione e/o ridefinizione di servizi già esistenti (Cfr. Schede 1.3.1 e 1.3.4, Allegato 1) si tratta di azioni che generalmente presentano già nel Piano di zona un buon livello di dettaglio oltre che l'individuazione delle risorse economiche necessarie o comunque la definizione di un accordo piuttosto avanzato in merito al loro reperimento
- studi di fattibilità/sperimentazioni di nuovi servizi (Cfr. Schede 1.3.2 e 1.3.5, Allegato 1) sono comprese in questa categoria quelle azioni la cui attuazione richiede risorse economiche non ancora chiaramente individuate e per cui i piani prevedono nel triennio la realizzazione di uno studio di fattibilità o l'avvio di sperimentazioni in scala ridotta. In qualche misura le azioni rientranti in questa categoria si possono ritenere servizi potenziali che richiedono ancora un percorso di progettazione.

- percorsi integrati, procedure, protocolli di intesa e gruppi di lavoro interorganizzativi (Cfr. Scheda 1.3.3, Allegato 1): riguardano generalmente azioni che non implicano l'utilizzo di risorse economiche aggiuntive, ma che si propongono di migliorare ed innovare alcuni aspetti dei servizi erogati, con una particolare attenzione all'integrazione socio-sanitaria.

Il processo di attuazione, per come ricostruito nel corso delle interviste, tende ad avere una connotazione diversa in rapporto alle diverse categorie di azioni e al loro diverso grado di avanzamento operativo: laddove quest'ultimo è ancora ad uno stadio preliminare, il processo di attuazione tende a configurarsi come una naturale prosecuzione del processo di progettazione avviato in sede di definizione del piano di zona. A livello organizzativo nella maggior parte dei casi il processo di attuazione ha previsto o sta prevedendo la costituzione di gruppi di lavoro che abbiano la responsabilità di occuparsi ciascuno di una o più specifiche azioni. Anche in questo caso tuttavia è possibile individuare alcune linee di differenziazione tra le diverse esperienze:

- la composizione dei gruppi di lavoro: in alcuni casi i gruppi di lavoro riproducono piuttosto fedelmente la composizione del tavolo tematico di riferimento, mentre in altri casi i gruppi sono composti da un numero minore di soggetti e vi è una prevalenza di operatori e funzionari espressione di enti gestori e aziende sanitarie
- la responsabilità della conduzione: generalmente per ciascuna delle azioni per cui è stato avviato un gruppo di lavoro è stato individuato un soggetto responsabile che coordina e promuove il processo. A questo proposito si possono distinguere situazioni in cui ciascuna azione ha un solo responsabile, da situazioni in cui la responsabilità di ciascuna azione è condivisa da due soggetti diversi (ad esempio un consorzio e un'azienda sanitaria o un comune,...). Generalmente, tuttavia, i responsabili sono individuati tra le amministrazioni e gli enti pubblici che hanno preso parte all'accordo di programma
- la numerosità dei gruppi: si differenziano situazioni in cui sono stati costituiti un numero elevato di gruppi, corrispondente o vicino al numero di azioni previste dal piano di zona, da situazioni in cui i gruppi di lavoro sono stati costituiti solo per un numero minore di azioni, ritenute prioritarie
- la mission dei gruppi: a seconda del tipo di azione, che come visto può ricondursi a tre categorie, gli obiettivi del gruppo di lavoro saranno piuttosto differenziati, e potranno quindi consistere nella prosecuzione dell'attività di progettazione avviata col piano di zona piuttosto che nella elaborazione condivisa di procedure integrate, linee guida e interventi di miglioramento dei servizi o nella organizzazione di nuovi servizi od estensione di servizi esistenti.

Per quanto riguarda il monitoraggio, va infine rimarcata una situazione piuttosto differenziata: mentre in alcune realtà il monitoraggio è stato già strutturato anche sotto il profilo metodologico ed è stato avviato a livello operativo, in genere ad opera dell'ente gestore dei servizi socioassistenziali, in altre realtà risulta tuttora in fase di strutturazione.

## 2.4 Nodi problematici e prospettive

La ricostruzione del processo di definizione e di attuazione dei piani di zona restituisce innanzitutto l'immagine di un processo tuttora in corso, che ha richiesto e richiede un notevole investimento di energie e di progettualità.

Come visto, lo stesso processo di attuazione delle azioni previste nei piani di zona consiste, molto spesso, nella continuazione del processo di progettazione avviato in precedenza, senza particolari soluzioni di continuità. Le strutture organizzative create ad hoc, dal coordinamento politico all'ufficio di piano, del resto, non sono state sciolte e si sono costituiti nuovi gruppi di lavoro che stanno lavorando per la progettazione di dettaglio e l'implementazione delle azioni.

A partire dalle testimonianze raccolte è, in ogni caso possibile tematizzare i nodi rilevanti del processo in corso in alcuni punti.

Il primo punto riguarda gli ambiti territoriali di pianificazione e gli enti gestori. Nella maggior parte dei casi gli enti gestori coprono un territorio che corrisponde al distretto sanitario o ad un insieme di distretti sanitari, garantendo una continuità territoriale dell'assistenza. Tale continuità non sembra tuttavia del tutto uniforme, in particolare in rapporto ad alcuni Comuni montani che, pur territorialmente afferenti a specifiche Comunità Montane, hanno scelto di affidare la delega ad enti gestori differenziati, parallelamente ad altri comuni che hanno assegnato la delega a Comunità Montane di cui non fanno parte e da cui risultano territorialmente distinti.

Più in generale nel corso delle interviste sono emerse alcune ipotesi di riaccorpamento degli enti gestori, in coerenza con l'accorpamento delle aziende sanitarie disposta recentemente dalla Regione Piemonte. Per quanto al momento risulti prematuro ipotizzare soluzioni definite che, anzi, in alcuni casi sembrano piuttosto controverse, si tratta in ogni caso di un processo che sembra destinato ad avviarsi e ad evolvere nel corso dei prossimi anni, anche in relazione alla ridefinizione dei confini distrettuali che sarà promosso dalle nuove aziende sanitarie.

Il secondo punto riguarda il rapporto tra la programmazione ordinaria e il Piano di zona. Il Piano di zona è uno strumento di programmazione triennale condiviso da una pluralità di soggetti: enti gestori, aziende sanitarie, altri attori territoriali. Le azioni che prevede sono in generale ricondotte, in rapporto alla loro attuazione, alla responsabilità di un soggetto istituzionale (in genere individuato nell'ente gestore delle funzioni sociali o nell'azienda sanitaria) e, dunque, alla relativa programmazione e previsione di budget ordinaria di carattere annuale.

Ciò significa che il sistema di programmazione delle politiche sociali avviato con il primo ciclo di programmazione integrata per aree territoriali si basa su due livelli, ciascuno dei quali si esprime in uno specifico documento di programmazione:

- un livello di programmazione triennale e multi attore che conduce alla definizione dei Piani di zona recepiti dagli Accordi di programma
- un livello di programmazione annuale di ciascuno degli attori istituzionali che per quanto riguarda gli enti gestori delle funzioni socio assistenziali si esprime nella Relazione Previsionale e Programmatica.

In tal senso appare particolarmente rilevante promuovere un esplicito raccordo tra i due strumenti, evitando la sovrapposizione tra documenti di programmazione di diverso livello che non appaiano chiaramente coordinati nei contenuti. Com'è naturale, la prima esperienza di definizione dei Piani di zona ha dovuto innanzitutto concentrarsi sulla sperimentazione di un modello di concertazione particolarmente esteso e innovativo che ha condotto ad una dilatazione dei tempi. Ciò ha reso più difficile un adeguato raccordo tra i contenuti dei Piani di zona e le Relazioni Previsionali e Programmatiche che, nella maggior parte dei casi, appare debole o comunque non esplicitamente ricercato. In questo senso il prossimo ciclo di programmazione potrà costituire un'occasione per

perfezionare anche sotto il profilo temporale il raccordo tra la programmazione integrata e la programmazione ordinaria di ciascun ente.

Il terzo punto riguarda il ruolo della Provincia nella programmazione, attuazione e valutazione delle politiche sociali, con particolare riferimento al processo di definizione ed attuazione dei Piani di zona. Alle Province, infatti, pur non competendo funzioni di programmazione diretta dei servizi sociali, il testo normativo riconosce ampie competenze sia nella fase di programmazione, che di attuazione e di valutazione dei servizi sociali e più in generale di supporto e qualificazione del sistema, anche sotto il profilo delle risorse umane. A questo proposito ci pare innanzitutto importante sottolineare come gli attori territoriali che abbiamo intervistato hanno estesamente sollecitato, per i successivi cicli di programmazione, un rafforzamento del ruolo della Provincia.

“Alla fine abbiamo molta solitudine: [...] il monitoraggio è una nostra iniziativa che serve per dare continuità alle persone e ai gruppi che coinvolgi, altrimenti perdi di credibilità... ma da parte degli altri livelli istituzionali non abbiamo avuto indicazioni sul monitoraggio... La Provincia ci ha supportato indirettamente con il finanziamento alla formazione. Ma al di là della buona volontà dei singoli, una struttura non c'è stata. La Provincia ci aveva convocato come responsabili di enti gestori e forse siamo stati anche noi a non fare richieste omogenee: ci sono enti grandi che hanno già una struttura e enti piccoli... Le linee guida regionali per fare il piano sono molto generiche, non c'è stata una sede in cui confrontare e omogeneizzare i criteri di attuazione del processo tra diversi territori. Anche sulla formazione: ognuno ha seguito percorsi che ha scelto da sé, ma non c'è stata una regia provinciale. Se poi non c'è una regia, ognuno ovviamente raccoglie i dati a suo modo...” (3, ente gestore)

“La Provincia avrebbe un ruolo fondamentale: lavorare in modo profondo sull'analisi del contesto, dei bisogni, dovrebbe fare confronti tra territori, capire perché a Cuneo o a Limone c'è una certa situazione...” (4, ente gestore)

“- C'è un ruolo che la Provincia potrebbe giocare?”

Quello di coordinare sul territorio... quello di avere le banche dati... [...] poi entrare nella specificità dei singoli ambiti.” (8, ente gestore)

“[Il ruolo della Provincia] potrebbe dare qualcosa di più nel ritorno, andare a veder cosa succede sul territorio, fare un ragionamento sui bacini (ci sono consorzi piccoli e altri molto grandi)... [...] se fai questo aiuti a fare sistema, se non lo fai nessuno te lo viene a chiedere...” (9, ente gestore)

“certo abbiamo avuto la possibilità di fare un po' di formazione, però rispetto ad altre realtà qui ogni ente ha dovuto fare un po' da autodidatta... poi avevamo le linee guida regionali a cui attenerci, ma era l'unico appiglio... il percorso metodologico è molto importante...” (12, ente gestore)

“stiamo cercando di coordinarci con i comuni anche per la raccolta dei dati, ma è ovvio che se fossimo partiti con un lavoro a monte... forse questo ci poteva aiutare. La preoccupazione è di come verranno interpretati i piani di zona... da cosa ci risulta, ci sono documenti molto diversi e metodologie molto diverse...” (13, ente gestore)

Va considerato inoltre come la ricostruzione del processo dei Piani di zona porti ad individuare in modo particolare alcuni nodi critici che possono essere così sintetizzati:

- l'analisi dei bisogni e dell'offerta esistente: le modalità di analisi quantitativa e qualitativa dei bisogni e di ricostruzione del sistema di offerta esistente sono risultate ampiamente differenziate da territorio a territorio e in alcuni casi hanno costituito un impegno piuttosto gravoso per gli enti gestori. In tal senso l'individuazione di un approccio metodologico comune, così come di fonti di dati già esistenti e facilmente reperibili, anche in ordine alla possibilità di favorire un approccio comparato tra i diversi territori, appare come una questione assai rilevante e generalmente avvertita come tale anche dai soggetti gestori;

- ruolo, metodi e rappresentanza nei tavoli tematici: anche a questo proposito, le pratiche concretamente seguite ci restituiscono una immagine piuttosto articolata, in cui appare difficoltoso individuare un approccio metodologico condiviso e comune. In questa prima esperienza di pianificazione partecipata, infatti, i territori, spesso affrontando difficoltà e risolvendo problemi organizzativi non irrilevanti, hanno strutturato i tavoli tematici e condotto il processo di concertazione secondo modalità proprie. Comune e ampiamente diffusa è la richiesta di riferimenti metodologici più definiti così come la promozione di momenti di confronto tra diversi territori ed enti gestori;
- l'apprendimento e la sua diffusione: il piano di zona ha costituito una esperienza in sé estremamente innovativa. E' certamente la prima volta che su tutto il territorio provinciale si realizza una esperienza di programmazione integrata tra diverse amministrazioni pubbliche e con il coinvolgimento anche del terzo settore. Ognuna delle fasi ricostruite – dalla costituzione del coordinamento politico all'ufficio di piano, dall'analisi dei bisogni, alla concertazione nei tavoli tematici, dalla definizione delle azioni, alla loro ulteriore specificazione, al monitoraggio nella fase attuativa – ha richiesto lo sviluppo di pratiche e di competenze prima non disponibili o comunque meno diffuse nelle amministrazioni. In molti territori, del resto, sono stati realizzati percorsi anche articolati e di formazione e in alcuni casi si è ricorso ad interventi consulenziali esterni. Anche in questo caso, tuttavia, il nodo da approfondire e affrontare riguarda le modalità con cui rendere più agevole e allo stesso tempo più agevolmente diffondibile all'interno dei territori e tra i diversi territori il processo di apprendimento che tali esperienze necessariamente determinano;
- l'attuazione e il monitoraggio delle azioni: come visto, il processo di attuazione si è da poco avviato, anche in questo caso secondo percorsi autonomi in ciascuna realtà. La strutturazione anche sotto il profilo metodologico del monitoraggio in itinere delle azioni appare una questione assai rilevante e non uniformemente affrontata.

Si tratta di nodi su cui la Provincia appare certamente come un attore in grado di incidere adeguatamente. A ben vedere, infatti, sono questioni che rimandano alla necessità di un supporto di carattere metodologico, alla promozione di momenti di riflessione e di confronto che permettano la diffusione di buone pratiche e il rafforzamento del processo di apprendimento che un percorso di programmazione particolarmente innovativo come quello dei piani di zona necessariamente comporta.

Sono insomma nodi che richiedono l'intervento di un soggetto in grado di avere uno sguardo territoriale più ampio rispetto alla singola area di programmazione e che non abbia dirette responsabilità di programmazione degli interventi. La Scheda 2.3.1 declina con maggiore dettaglio le funzioni che in questa cornice potrebbero essere svolte dall'amministrazione provinciale proponendo anche una definizione delle più rilevanti competenze professionali ad esse connesse. In tal senso va sottolineato come le scelte organizzative utili a sostanziare queste funzioni da parte dell'amministrazione provinciale possano essere molteplici: in estrema sintesi possono prevedere la costituzione di una struttura dedicata – come ad esempio un Osservatorio – ma possono anche essere promosse dalle strutture già esistenti; possono prevedere il ricorso a professionalità già in organico, così come la committenza a professionisti esterni in rapporto alle aree di competenza non attualmente disponibili o carenti sotto il profilo numerico.

Ci sembra, infine, utile tematizzare un quarto nodo: le scelte gestionali in merito alle erogazione dei servizi. Come visto, l'analisi dei bilanci degli enti gestori evidenzia l'esistenza di un significativo livello di esternalizzazione dei servizi così come una dinamica che appare di ulteriore crescita. Si

## Scheda 2.3.1 Il possibile ruolo della Provincia

### PROGRAMMAZIONE

- Supportare sotto il profilo metodologico il reperimento dei dati già disponibili la conduzione di analisi dei bisogni assistenziali sotto il profilo quantitativo, promuovendo un approccio condiviso dalle diverse zone di pianificazione
- Supportare la conduzione del processo di concertazione nei tavoli tematici, proponendo approcci metodologici finalizzati a promuovere il confronto ordinato, l'interazione costruttiva e l'individuazione di priorità, anche promuovendo momenti di confronto interzonale tra coordinatori di tavoli tematici e componenti degli uffici di piano
- Supportare sotto il profilo metodologico la redazione dei Piani di zona, favorendo l'adozione di uno stile comune

### ATTUAZIONE

- Supportare sotto il profilo metodologico la conduzione di gruppi di lavoro interorganizzativi finalizzati alla definizione di percorsi e procedure integrate
- Promuovere e/o supportare azioni di monitoraggio dei processi di attuazione, prevedendo anche specifici approfondimenti relativi ai servizi e ai progetti innovativi
- Promuovere la diffusione delle acquisizioni derivanti dalle azioni di monitoraggio ed approfondimento

### VALUTAZIONE

- Promuovere e/o supportare attività di rilevazione della qualità percepita dagli utenti dei servizi socio-assistenziali
- Promuovere e/o supportare la realizzazione di studi di caso finalizzati a ricostruire i processi di lavoro, individuare le buone pratiche e organizzare successivi momenti di discussione e confronto tra operatori a livello zonale ed interzonale per favorirne la diffusione
- Promuovere e/o supportare sessioni di autovalutazione degli operatori, anche sulla base delle evidenze emerse dalla rilevazione della qualità percepita dall'utenza

### LE COMPETENZE RILEVANTI

- *Competenze statistiche e analisi quantitativa:* risultano particolarmente rilevanti in tutte le attività che riguardano la realizzazione di analisi di carattere quantitativo, così come l'elaborazione di dati ed indicatori
- *Competenze sociologiche e analisi qualitativa:* risultano particolarmente utili nella strutturazione e realizzazione di analisi di carattere qualitativo, così come nella lettura ed interpretazione di dati ed indicatori di carattere quantitativo
- *Competenze di carattere organizzativo e gestionale:* sono assai significative in rapporto alle attività di supporto e promozione della gestione integrata dei servizi
- *Competenze connesse all'analisi e alla valutazione delle politiche pubbliche:* risultano centrali sia nelle attività di promozione, coordinamento e facilitazione dei processi di concertazione a livello territoriale, che nelle attività di valutazione e miglioramento dei servizi rivolti agli utenti.

tratta di un fenomeno ampiamente confermato nel corso delle interviste. E' infatti ampiamente diffusa l'opinione tra gli enti gestori che in futuro il ricorso all'esternalizzazione, in particolare verso cooperative sociali, sarà probabilmente ancora superiore. Va tuttavia sottolineato come emergano accenti parzialmente differenziati che nel loro complesso sembrano rimandare a due approcci distinti all'esternalizzazione e allo stesso mondo della cooperazione.

Un primo approccio può essere tratteggiato in questi termini: l'esternalizzazione dei servizi, in particolare nei confronti del terzo settore, è una necessità derivante dai vincoli alle assunzioni per gli enti pubblici e, in secondo luogo, costituisce l'opportunità di usufruire di una gestione dei servizi più flessibile – particolarmente adeguata ai servizi sociali che presentano una domanda non omogenea nel tempo o un impegno in orari disagiati – derivante dalla gestione privatistica delle risorse umane.

Un secondo approccio pone maggiormente l'accento sulla possibilità di cogestire e coprogettare tra ente gestore e soggetto esterno i servizi e gli interventi socioassistenziali, prospettando una possibile evoluzione del rapporto dalla forma della semplice esternalizzazione ad una dimensione più vicina alla partnership. In tal senso si pongono in maggiore luce le competenze progettuali e le possibilità imprenditoriali del terzo settore, non nascondendo, peraltro, come si tratti di un percorso in gran parte da costruire, anche sotto il profilo formale.

“Siamo partiti con una scelta molto chiara a favore della gestione diretta dei servizi e quindi abbiamo assunto molto personale e non avevamo rapporti con la cooperazione a parte l'eccezione di una cooperativa che già gestiva un centro per disabili. Nel corso degli anni c'è stata una parziale esternalizzazione di servizi. [...] Ma al di là dell'entità dei trasferimenti nel corso degli anni si è costruito un rapporto di stretta collaborazione con il mondo della cooperazione... tante cose le abbiamo valutate insieme... I benefici o meno della gestione diretta o della esternalizzazione è un discorso lungo, ci sono vantaggi e svantaggi in entrambi i casi, ma sicuramente la cooperazione ha consentito una maggiore flessibilità dei servizi rispetto ad una interpretazione, per così dire, di carattere più statale. (4, ente gestore)

“La cooperazione è un po' il nostro appoggio costante. [...] Come ente non possiamo più assumere e quindi stiamo pensando di affidare blocchi di servizi. Abbiamo fatto addirittura la selezione per 12 educatori professionali, poi siamo stati bloccati dalla finanziaria e quindi poi abbiamo appaltato i servizi. Lo scorso anno abbiamo fatto 4 gare con la cooperazione sociale per gestire i servizi essenziali: centri diurni o anche progetti finalizzati [...]. Più allarghiamo la gamma dei servizi più dobbiamo andare sulla cooperazione perché non possiamo assumere.” (6; ente gestore)

“La cooperazione è uno degli anelli forti che abbiamo non solo come tamponamento di personale... bisogna evitare la intermediazione di manodopera [...] ad esempio le comunità madre-bambino: questi non sono servizi che puoi programmare: un giorno hai bisogno di 3 posti, un'altra volta no e quindi ci serve una gestione più flessibile.” (9; ente gestore)

“Posso immaginare che ci siano bisogni a cui può rispondere solo la cooperazione, ad esempio se io dò un assegno all'utente poi lui compra il servizio dove vuole; se io do il pasto a domicilio posso darlo solo alla tal vecchietta o posso invece pensare che sia un servizio potenzialmente più esteso, anche a pagamento: perché non dire alla cooperazione: “vi dò il servizio mensa e poi voi le vendete a chi lo vuole”... ad esempio molte persone in pensione vanno al self service... perché non permettere ad una cooperativa di fare un self service dove comprare il pasto?... su questo c'è bisogno di discutere con il terzo settore in un altro modo, lo devo considerare un soggetto capace di programmare servizi...” (1, ente territoriale)

“La cooperazione è un mondo vivo, che gestisce molti servizi che noi non riusciamo più a gestire, [...] Le cooperative sono in grado di affrontare in modo meno rigido i problemi e ci tolgono molte castagne dal fuoco... [...] La cooperazione avrà sempre più spazio, sia per il sociale che su altri ambiti. Con la nuova Finanziaria abbiamo un po' respirato sul personale, ma tuttavia su molti servizi non siamo più in grado di investire e quindi ci si rivolge alla cooperazione: [...] sono pochissime le strutture residenziali che sono ancora gestite direttamente dagli enti gestori, quelle che ci sono è perché gli enti hanno ereditato il personale da precedenti gestioni, ma per tutte le nuove strutture ci sarà sicuramente l'affidamento della gestione alla cooperazione.” (10, ente territoriale)

“Noi lavoriamo bene quando facciamo il coordinamento generale, ad esempio nelle strutture per anziani abbiamo un coordinatore nostro e poi la gestione è data alle cooperative: all'inizio le cooperative vedevano questo come un controllo, mentre poi si crea un rapporto, una gestione continuativa... quello che non vedo bene è dare un appalto ad una cooperativa e poi non sapere più cosa succede [...] adesso c'è un gruppo operativo... l'idea forte è fare un capitolato d'appalto che vada bene...” (11, ente territoriale)

“Su una serie di servizi c’è il blocco delle assunzioni e quindi cominciamo ad avvalerci della cooperazione, ma su progetti specifici e non ancora sulla attività ordinaria: ad esempio sul trasporto per i disabili o su progetti specifici che realizziamo con finanziamenti aggiuntivi.” (12, ente gestore)

“Vedo bene un modello organizzativo in cui il consorzio abbia una struttura rispondente alla necessità di tenersi in piedi per fare la programmazione, eccetera, dopodiché per lavorare bene serve una nobile collaborazione con il terzo settore: ad esempio i servizi per non autosufficienti anche alla sera, anche nei festivi, noi non li possiamo dare direttamente, se non a prezzi assolutamente insostenibili... per fare questo abbiamo deciso di costituire un gruppo di lavoro, per ragionare insieme... è ovvio che dal punto di vista della cooperazione l’idea è vedere come si può evitare la gara d’appalto che però dal punto di vista legislativo non si può evitare... quello che noi vediamo è che le piccole cooperative da sole sarebbe meglio si mettessero in rete con altre. Noi potremo cercare di recuperare più risorse ma avremo bisogno di un terzo settore imprenditorialmente capace...” (13, ente gestore)

“Se mancasse la possibilità dell’appalto, [...] mancherebbe in alcuni aspetti una capacità imprenditoriale e una flessibilità che noi ci sogniamo. [...] Ad esempio nel progetto [...] che prevede attività educative e ricreative per minori abbiamo inserito una cooperativa che già gestisce il servizio, l’intendimento è trovare nuove modalità... Ad esempio per quanto riguarda il ludo bus, ora il singolo Comune chiede l’intervento e noi andiamo, noi vorremmo un ruolo più organizzativo della cooperativa: diamo il ludobus alla cooperativa in modo che loro lo possano usare sotto pagamento anche fuori dal territorio e poi a noi viene riconosciuta anche una parte del ritorno da impiegare sul territorio. Noi abbiamo il ludobus impiegato solo in parte, ma noi non possiamo andare a venderlo sul territorio, ma una cooperativa forse sì.” (3, ente gestore)

“Il mondo della cooperazione ha un ruolo importante, tenga conto che anche lì ci sono alcuni elementi che sono molto più organizzati, soprattutto rispondono per gruppi numericamente più importanti e che sono in grado di portare avanti determinate istanze e determinati aspetti propositivi in maniera molto più incisiva, altri sono molto più disorganizzati...una mia impressione totalmente personale è che le strutture di derivazione sociale se sono organizzate con uno schema di tipo nazionale sono più preparate su che cosa può succedere... Ci sono alcune cooperative che sono molto ben organizzate...e che hanno bisogno di una persona alle spalle che sia in grado di organizzarle...[...]sono questi gli interlocutori ideali...” (19, azienda sanitaria)

“La cooperazione sociale è fondamentale perché rispetto a noi ha una diffusione maggiore, un’agilità operativa che noi per forza di cose non abbiamo. Cooperazione sociale vuol dire sto a contatto con la persona e poi generalmente sono bisogni abbastanza semplici da soddisfare...semplici nel senso di immediatezza ... La cooperazione è fondamentale, ad esempio l’assistenza domiciliare senza la cooperazione non sarebbe possibile...” (23, azienda sanitaria)

Va comunque sottolineato che si tratta di approcci che non sono generalmente proposti in termini univoci, ma che, spesso, si presentano sovrapposti o non del tutto sviluppati con coerenza.

Non di meno, ci sembra che la loro esplicitazione possa contribuire ad aumentare la chiarezza del dibattito.

## CAPITOLO 3. LA COOPERAZIONE SOCIALE

Questo capitolo è un viaggio nelle cooperative sociali del cuneese. A partire dalle origini, ne ripercorre le fasi di crescita quanto i momenti di difficoltà, per poi offrire uno spaccato delle relazioni che promuovono e una rappresentazione della estesa gamma di servizi di cui si occupano. La varietà di storie e percorsi è poi ricondotta ad una tipologia che consente di delinearne i fattori competitivi e le strategie di sviluppo. Infine, lo sguardo si alza ancora per individuare il ruolo peculiare e le specificità che la cooperazione può apportare ad un sistema di welfare locale.

### 3.1 Origini e percorsi delle cooperative

La maggior parte delle cooperative che abbiamo considerato nascono – spesso nel corso degli anni '90 anche se alcune di esse sono precedenti o posteriori – da gruppi più o meno formalizzati impegnati in attività di carattere sociale.

Si tratta di gruppi che in alcuni casi provengono da esperienze direttamente collocabili nell'ambito del volontariato di matrice cattolica,

“Era nata [in] un ambito cattolico, c'era [...] un giovane medico che faceva l'obiettore [...] e visto che c'erano delle signore che facevano le notti in nero presso gli ospedali, l'idea era: perché non metterle a posto? La cooperativa nasce con questo compito e per alcuni anni il lavoro è stato solo questo” (Coop. 1)

“La cooperativa nasce [...] nell'ambito del volontariato cattolico [...] con l'obiettivo di lavorare con i giovani. [...] Eravamo un gruppo di giovani, alcuni operatori sociali, io sono assistente sociale... che facevamo volontariato [...]” (Coop. 3)

“La cooperativa è nata da esperienze in ambito parrocchiale, è stata l'iniziativa in particolare di una persona, lo scopo principale era offrire una occasione lavorativa ai giovani e in particolare a chi ruotava attorno al gruppo parrocchiale...” (Coop. 18)

ma anche gruppi meno caratterizzati sotto il profilo religioso o culturale:

“[La cooperativa] nasce [...] su una spinta volontaristica di un gruppo composto quasi tutto da donne, alcune insegnanti, altre mamme... che vedono l'esigenza di un punto di aggregazione ed animazione per bambini italiani e non [...] Ognuno aveva la sua attività... chi insegnava, chi era in pensione, chi aveva altre attività, tipo la danza... l'impegno era, detto tra virgolette, a tempo perso...” (Coop. 5)

“[...] abbiamo fatto un gruppo con le famiglie dei disabili e altre famiglie disponibili e nasceva il gruppo disabili che per 20 anni si è proposto unicamente di sensibilizzare il territorio su questa tematica [...] e in secondo luogo studiava possibili soluzioni, poi ne parlava in piccoli gruppi, nei quartieri, nelle parrocchie, nei partiti e quando si avvertiva una certa sintonia si organizzavano incontri cittadini” (Coop. 19).

In molti casi è centrale l'iniziativa di singoli soci fondatori che assumono una funzione di leadership attorno a cui si aggregano progressivamente altri soci:

[Intervistatore: Da chi è composto il gruppo dei fondatori?] “Io e mia moglie, eravamo noi come famiglia e progressivamente sono arrivati degli operatori” (Coop. 6)

“La cooperativa è nata da un gruppo di volontari tra cui il presidente dell'associazione che è anche il presidente della cooperativa” (Coop. 13)

In ogni caso il tratto che maggiormente accomuna queste esperienze è l'impulso volontaristico, strettamente connesso a percorsi di vita e orientamenti profondi dei soci fondatori. In tal senso la scelta di costituire una cooperativa è spesso connessa alla necessità di dare una veste giuridica alle proprie attività, a volte già svolte informalmente o attraverso altre organizzazioni di varia natura (ad esempio associazioni di volontariato ed enti religiosi):

“La cooperativa [...] nasce dal bisogno di gestire alcuni progetti sul territorio che non potevamo fare come organizzazione religiosa [...]” (Coop. 6),

“[La cooperativa] nasce dalla voglia e dalla necessità anche giuridica di sistematizzare meglio il volontariato e le attività fatte nelle casa di riposo: trasformare l'attività di volontariato...” (Coop. 8),

“E' nata nel dicembre 2006 come sviluppo dell'associazione [...] che si occupava e continua ad occuparsi delle problematiche legate alla disabilità. [...]” (Coop. 13).

Un numero minore di cooperative si propone sin dall'inizio con una connotazione maggiormente aziendale, ossia più attenta alla dimensione della sostenibilità economica delle attività svolte. Si tratta di cooperative che nascono da gruppi di professionisti ed operatori con profili omogenei o tra di loro complementari che si attivano per esercitare secondo modalità innovative la propria professione,

“il progetto è partito da 4 persone, io in testa... arrivavamo tutti dalla libera professione, eravamo consulenti, educatori... ci trovavamo a lavorare con la pubblica amministrazione con tutti i contratti possibili, poi a livello contrattuale le cose sono un po' cambiate, come liberi professionisti era più difficile continuare a lavorare e poi eravamo un gruppo che non amava la solitudine della libera professione...” (Coop. 7),

“il primo servizio [...] nasce da un gruppo di educatori [...] che lavorava con l'handicap e vuole lavorare con l'handicap in modo diverso” (Coop. 2),

“La cooperativa nasce [...] da un gruppo di educatori” (Coop. 15),

in alcuni casi, sollecitati dai propri stessi committenti o datori di lavoro, intenzionati a promuovere nuove formule gestionali più chiaramente basate sull'esternalizzazione:

“le committenze che ci conoscevano ci hanno sostenuto, ad esempio il Consorzio [...], a loro veniva difficile farci contratti come professionisti, ma volevano continuare a lavorare con noi...” (Coop. 7).

Non mancano peraltro situazioni intermedie, in cui percorsi volontaristici e ispirazione culturale o religiosa si fondano con esperienze professionali:

“Il gruppo di psicologi che era stato formato da Don [...] era all'avanguardia, [...] veniva dalla gestione di una scuola per bambini con handicap fisico e mentale [...] lui ha voluto questa cooperativa che continuasse a rivolgersi al mondo infantile” (Coop. 16),

“[La cooperativa] nasce da un gruppo di giovanissimi che hanno vissuto la loro formazione nel ciclo dei salesiani e una parte si orienta a fare l'educatore” (Coop. 12),

“Un gruppo di insegnanti di scuola media e superiore, in un'area tra il laico e il cattolico, hanno fatto nascere la cooperativa che voleva occuparsi di disabilità” (Coop. 11).

Se le origini delle cooperative possono essere dunque ricondotte a due fondamentali matrici – una più connessa al mondo del volontariato e l'altra di più stretta derivazione dal mondo delle professioni – nel corso della propria storia le diverse cooperative, pur mantenendo una loro chiara connotazione identitaria legata alle origini, tendono ad evolvere sviluppando la componente professionale e aziendale delle proprie attività: in altri termini, tutte le cooperative considerate

hanno nel corso del tempo aumentato significativamente tra i propri soci lavoratori la componente dotata di professionalità settoriali e hanno cercato di seguire percorsi di sviluppo in grado, quanto meno, di garantirne la solidità e sostenibilità sotto il profilo economico e finanziario.

Sono percorsi piuttosto tortuosi e peculiari per ciascuna cooperativa, che spesso vedono combinarsi momenti di difficoltà intensa con notevoli balzi in avanti e cambiamenti od evoluzioni nel profilo dei servizi erogati; notevole impegno volontaristico dei soci con rilevanti investimenti strutturali e turn over degli operatori. Se non è naturalmente possibile dar conto della storia di ciascuna cooperativa, ci pare tuttavia utile seguire il complessivo movimento di questo tessuto magmatico e vitale allo stesso tempo, concentrando l'attenzione sui fondamentali momenti di discontinuità e cambiamento che ci sembrano averlo caratterizzato.

In alcuni casi un momento di passaggio assai rilevante è costituito da spaccature e separazioni nel gruppo dei soci fondatori. Le motivazioni sono naturalmente piuttosto differenziate, anche se generalmente hanno in qualche modo a che vedere con l'identità e la mission, per usare un termine aziendalista, che si attribuiscono alla cooperativa. Possono ad esempio riguardare le strategie di alleanze e affiliazione, conflitti tra le diverse componenti della cooperativa, (ed in particolare tra operatori professionali e leader e soci fondatori con altra estrazione), distacchi di alcune componenti maggiormente legate ad un approccio volontaristico.

“C'è stato un momento di crisi esistenziale... i nostri fondatori hanno trovato un'anima più vocazionale e alcuni di loro hanno lasciato la cooperativa e sono entrati [...] nell'associazionismo” (Coop. 3).

Se questo tipo di discontinuità caratterizzata dall'acuirsi, ad un certo punto del proprio percorso, di tensioni tra diverse componenti interne ha comunque riguardato una minoranza di cooperative, appare molto più diffusa l'esperienza di momenti di intensa crisi sotto il profilo economico, che in alcuni casi è tale da mettere in discussione la sopravvivenza della cooperativa. Anche in questo caso si possono individuare modalità e genesi parzialmente differenziate della crisi; spesso si legano alla perdita di commesse importanti:

“Quando [...] perdiamo il 60% del fatturato e degli operatori perché [...] perdiamo la gara d'appalto a favore di [...] una cooperativa che ora ha 5000 soci... l'abbiamo persa per il prezzo [...]E' stata la vera crisi imprenditoriale” (Coop. 2),

“Nell'ultimo anno e mezzo si è ridimensionata assai, da circa 75 soci lavoratori e 18 soci volontari... abbiamo perso due grossi appalti” (Coop. 16),

“La forte crisi c'è stata nel [...], in un paio di mesi abbiamo perso un centinaio di operatori... [...] Il grosso che abbiamo perso è attraverso trattative private...” (Coop. 8),

“L'unico momento di crisi è legato alla casa di riposo di [...], una grossa entrata che però ci ha portato anche grandi costi, quando abbiamo perso il servizio ci siamo dovuti riorganizzare... 20 persone che sono entrate e che poi sono uscite quando l'abbiamo lasciata...” (Coop. 11);

o comunque ad una diminuzione della domanda di servizi da parte di committenti assai rilevanti:

“Quando sono cadute le torri gemelle tutto è stato bloccato, non c'erano invii da parte dei servizi, la Regione ha bloccato... come nel crollo del mercato dei manufatti c'è stata la crisi del sociale, molte cooperative hanno chiuso...” (Coop. 6);

mentre in altri casi la crisi è legata alla disponibilità di liquidità:

[Intervistatore: Mi sembra di capire che c'è una discontinuità legata ad una crisi di cassa dovuta ai ritardi nei pagamenti da parte dei committenti pubblici...] “Esatto.” (Coop. 5).

Va comunque ricordato che ci stiamo occupando di cooperative che, nel complesso, presentano storie di positiva evoluzione e che quindi hanno trovato le strategie e le modalità adeguate a far fronte o comunque superare i momenti più intensi di difficoltà.

A questo proposito è peraltro necessaria un'ultima sottolineatura: gli stessi momenti di crescita, specialmente quando particolarmente intensi, concentrati nel tempo o comunque portatori di rilevanti novità possono costituire momenti di difficoltà o vere e proprie crisi di crescita:

“è stata una crescita molto veloce perché ha portato un po' a una crisi anche dentro le cooperative, stiamo facendo un percorso comune di acquisizione della certificazione di qualità... questa crescita ha messo anche un po' in crisi le cooperative che sono spesso piccole, si sono dovute attrezzare con amministrativi stipendiati... adesso siamo in una situazione in cui a livello organizzativo possiamo continuare una fase di sviluppo” (Coop. 17)

### **Reti e strutture consortili**

Abbiamo sin qui delineato i percorsi della cooperazione sociale nella Provincia di Cuneo guardando alla storia delle singole cooperative, dall'origine ai momenti di discontinuità, legati a dinamiche interne o, per così dire, al mercato esterno. Si tratta, tuttavia, di un'immagine ancora parziale che non dà conto delle interazioni tra cooperative e altre organizzazioni sul territorio, né dei rapporti e delle collaborazioni che superano la dimensione provinciale. In altri termini, la nostra analisi va integrata con uno sguardo alle reti corte (locali e provinciali) e alle reti lunghe (regionali, nazionali e oltre) di cui le cooperative che abbiamo considerato sono parte.

a) Molto diffuse sono innanzitutto le reti che si creano liberamente tra cooperative attorno a specifici progetti – su appalto o commessa – che ciascuna, singolarmente, non sarebbe in grado di attuare nella sua totalità, per le dimensioni limitate o anche per il profilo delle professionalità richieste che spesso sono multisetoriali:

“Nel domiciliare noi abbiamo gli educatori e altri mettono gli OSS, sull'educativa di strada e sul centro famiglie ci sono 3 operatori nostri, 1 operatore dell'associazione di famigliari e 1 operatore del Consorzio socio assistenziale” (Coop. 11)

“Abbiamo anche il coordinamento provinciale del teatro sociale, è nato dalle cooperative che si occupano di teatro sociale, che si utilizza ad esempio con i bambini psichiatrici, 3 anni fa è nato un coordinamento” (Coop. 7)

Si tratta di reti che spesso comportano la creazione di equipe interorganizzative pubblico/privato sociale, coinvolgendo operatori di diverse cooperative a fianco di operatori pubblici. Per quanto siano generalmente reti scarsamente formalizzate, tendono a persistere nel tempo, delineando prassi e pratiche professionali consolidate e rafforzando, per così dire, “l'identità di progetto” dell'equipe mista. Anche a scapito, almeno in parte, del senso di appartenenza alla propria cooperativa:

“A volte la difficoltà è che se uno si identifica più con il servizio che con la cooperativa... ma questo va anche bene... in certi casi è una scelta, quando abbiamo fatto l'appalto sul territoriale noi non eravamo in grado di gestire tutto e questo ci ha permesso di creare un rapporto di vasi comunicanti, poi operatori di diversa origine si incontrano e si confrontano...” (Coop. 11)

In alcuni casi, inoltre, la rete delle collaborazioni interorganizzative è particolarmente estesa e coinvolge oltre a diverse cooperative, una pluralità di amministrazioni pubbliche di diversa natura (consorzi socio assistenziali, scuole, aziende sanitarie,...) e altre organizzazioni, spesso di carattere associativo:

“Un gruppo composto da 2 cooperative [...] il Centro Sportivo Italiano, l’Asl con il Sert, le scuole medie [...] si ritrovano attorno al Consorzio socio assistenziale in cordata per un progetto di educativa di strada [...] ciò che capita è che si incontrano il privato sociale e il pubblico in cui il capofila è il soggetto pubblico... il Consorzio socio assistenziale” (Coop. 12)

In altri casi la rete locale è più circoscritta e può riguardare soggetti che le cooperative hanno incontrato ad un certo punto del loro percorso,

“La Bottega nasce a [...] 20 anni fa... io una volta sono andata ad un loro seminario, ho parlato della mia esperienza, è interessata, allora ho messo giù un progetto per un seminario e ora si è creato un gruppo...” (Coop. 5),

o con cui la relazione è stretta fin dalla loro costituzione,

“La relazione più forte è tra associazione [...] e cooperativa e l’associazione è un circuito in cui c’è Anfass ma sempre ad un livello provinciale” (Coop. 13).

In senso lato, la rete delle collaborazioni locali può estendersi anche a imprese e soggetti privati che collaborino in termini piuttosto continuativi con le cooperative, ad esempio in rapporto a progetti di inserimento lavorativo di utenti già in carico:

“- Al di là delle cooperative la vostra rete di relazioni e collaborazioni chi comprende? Tutta quella parte di enti, associazioni e ditte interessate nel nostro operare quotidiano... enti, ditte locali che sono diventati partner non occasionali” (Coop. 15).

b) Un’ulteriore tipologia di rete locale è quella che lega alcune delle cooperative considerate – che, ricordiamo, sono tutte cooperative A – con una o più cooperative di tipo B. In alcuni casi, infatti, le cooperative A danno vita a cooperative B, sia per estendere e diversificare l’offerta di servizi ai propri potenziali committenti (servizi non solo di carattere sociale, ma anche con contenuto produttivo), sia per completare la propria filiera rivolta a determinati target di utenti (ad esempio, l’inserimento lavorativo per utenti con disabilità o con problemi di tossicodipendenza già in carico presso proprie strutture):

“La sostanza è che [la cooperativa B] nasce dall’esperienza di inserimento lavorativo in collaborazione con una associazione [...] che aveva l’obiettivo di trasformare un gruppo di nostri utenti in lavoratori. [La cooperativa A] ci fa lavorare in parte per servizi come le pulizie, ci dà una mano dal punto di vista operativa, ad esempio la segreteria, l’altro discorso è che secondo me [la cooperativa B] dà la risposta concreta a certe situazioni... ci permette di trasformare i nostri utenti in lavoratori... mi capita un po’ di rivestire in questo senso un doppio ruolo, sia da referente dell’educativa territoriale che del servizio di pulizia... mi è capitato ad esempio di seguire utenti psichiatrici in un gruppo appartamento e poi li ho mandati [alla cooperativa B] e lì ci lavorano da alcuni anni...” (Coop. 11)

A loro volta, in alcuni casi, le cooperative B presenti su di un territorio intessono articolati rapporti di collaborazione e scambio, finalizzati anche a contenere strategie duramente concorrenziali:

“Con cooperative territoriali specialmente di tipo B c’è un tacito, anzi esplicito accordo tra gentiluomini [...] per cui io so che tu fai serigrafia e io non mi metto a fare serigrafia, se io faccio montaggi tu non li fai... [...] se c’è un tale che mi telefona per fare serigrafia io dico di sì e giro il contatti a chi fa serigrafia...” (Coop. 6)

Il ricorso ad associazioni temporanee di impresa e partnership che danno vita a equipe interorganizzative è piuttosto frequente (riguardano la maggior parte delle cooperative considerate), ma è comunque caratterizzato da una certa variabilità: ciascuna cooperativa, momento per momento, può essere parte di diverse aggregazioni multi attore in rapporto a diversi progetti di intervento; nel corso del tempo può vedere variare la composizione delle reti e queste ultime possono peraltro cessare le loro funzioni (ad esempio in rapporto a linee di servizio che si siano

chiuse), in termini temporanei o permanenti. Le reti che coinvolgono cooperative B in un potenziale circuito virtuoso con la cooperativa A di cui sono emanazione sono meno diffuse (riguardano 4 delle 16 cooperative), sono maggiormente (anche se non esclusivamente) concentrate in cooperative attive nel segmento delle strutture e dei progetti per l'autonomia (di giovani, disabili, persone con problemi di tossicodipendenza) e si presentano generalmente piuttosto stabili nel tempo.

c) A questi tipi di rete corta vanno poi certamente assommata i consorzi di cooperative, ossia organizzazioni strutturate e altamente formalizzate che definiscono modalità collaborazione, scambio e integrazione privilegiata oltre che stabilire regole di corretta concorrenzialità tra le cooperative che scelgono di farne parte, contribuendo, in varie forme, anche alla loro sostenibilità economica. A ben vedere si tratta di una modalità associativa piuttosto diffusa nel tessuto cooperativo provinciale: 11 delle 16 cooperative studiate fanno attualmente parte di un consorzio di cooperative.

Più in particolare si possono distinguere consorzi che nascono “dal basso”, ossia per l’iniziativa di un gruppo di cooperative che decidono di collaborare stabilmente,

“Dopo un percorso sostenuto tra cooperative sociali che poi hanno partecipato alla fondazione... [...] si è pervenuti all’idea di un consorzio territoriale tra cooperative...” (Coop. 9)

“[La nostra cooperativa] insieme a due cooperative di produzione e lavoro ha costituito un consorzio intersettoriale, [...] si tratta di una cooperativa che si occupa di cooperazione, di una cooperativa che si occupa di pulizie oltre [a noi] ” (Coop. 8),

in genere con l’obiettivo di estendere e diversificare la propria capacità di offerta,

“[Il consorzio di cooperative] è stato fatto per dare ancora di più un servizio completo” (Coop. 8)

“[Il consorzio] nasce [...] con l’incontro di [...] 5 cooperative con storie diverse che andavano a complementarsi.” (Coop. 17)

oltre che di usufruire di benefici, per così dire, di scala (ad esempio in alcune funzioni come la progettazione o la formazione degli operatori), ma anche per rafforzare il proprio peso contrattuale nei confronti dei principali committenti, contrastando la concorrenzialità basata sul massimo ribasso,

“Il nostro obiettivo non era fare un consorzio di rappresentanza, ma una impresa in grado di dare un interlocutore unico agli enti sui vari servizi, questo ci ha permesso di consolidarci sul territorio dando un valore alle cooperative piccole, soprattutto quelle B” (Coop. 17).

Non mancano, peraltro, esperienze in cui il consorzio di cooperative nasce “dall’alto”, ossia in cui appare rilevante l’impulso offerto da organizzazioni di rappresentanza sovra locale,

“E’ stato promosso fortemente da Confcooperative... l’aggregazione delle cooperative è stata l’adesione ad una richiesta di Confcooperative... la nascita [del consorzio] ha questo imprinting” (Coop. 4)

aggregando sia cooperative che consorzi di cooperative già attivi

“Nel 96 insieme ad altre cooperative abbiamo costituito il consorzio X e poi tramite il consorzio X abbiamo aderito al consorzio Y ” (Coop. 2).

Al di là delle cooperative che scelgono di dare vita ad un consorzio, la scelta di associarsi a consorzi già esistenti è in alcuni casi riconducibili a scelte, per così dire, di carattere strategico anche se non immediatamente connesse a maggiori commesse,

“fino a poco tempo fa vedevo [il consorzio di cooperative] come il fratello più grande a cui chiedere consigli ed aiuto, ad esempio sulla formazione” (Coop. 3)

che possono, peraltro, col tempo determinare un beneficio anche sul fronte commerciale,

“Adesso che ho molte collaborazioni, lo vedo come uno strumento per collaborare meglio con altre cooperative del territorio...” (Coop. 3).

In altri casi l’adesione è invece strettamente correlata a specifiche opportunità di lavoro,

“siamo entrati nel progetto [...] come [consorzio di cooperative]...” (Coop. 5)

“[il consorzio di cooperative] ha fatto da tramite, c’era un grosso appalto del Consorzio [socio assistenziale] che ha dato in appalto tutta l’educativa territoriale... [il consorzio di cooperative] ha detto che per i disabili territoriali ci siamo noi ” (Coop. 14)

e a volte gli stessi committenti, più o meno direttamente, incentivano questa scelta:

“Siamo entrati [nel consorzio di cooperative] perché ad un certo punto il progetto [...] è andato a bando, era lo stesso progetto che avevamo costruito noi, il Consorzio socio assistenziale ci aveva detto che voleva un unico soggetto con cui interloquire e siamo entrati [nel consorzio di cooperative] per questo motivo” (Coop. 12).

Naturalmente i consorzi di cooperative, come peraltro già visto per le cooperative stesse, presentano percorsi ed evoluzioni interne che non sono esenti da difficoltà, così come dinamiche di ingresso ed uscita di singole cooperative,

“nel 97 siamo entrati nel consorzio [di cooperative] Adesso stiamo cercando di uscirne: ci sono 2 cooperative che hanno preso tutti i lavori...” (Coop. 1)

“Con il [consorzio di cooperative] abbiamo un incontro a breve per un problema su di un appalto e non so se ci rimarremo, ma ad oggi ci siamo...” (Coop. 11)

e non mancano cooperative che preferiscono, almeno temporaneamente, perseguire obiettivi di crescita slegati da rapporti e regole consortili:

[Intervistatore: Aderite a consorzi di cooperative?] “No, per una scelta precisa ... intanto abbiamo fatto una scelta di sviluppo interno, se 4 anni fa avevamo una linea di servizio adesso abbiamo 3 linee passando da 7-8 soci a 17 soci” (Coop. 15)

d) Come si è potuto notare, le reti corte di cui le cooperative sono parte sono piuttosto articolate nelle forme, spesso estese nel numero di soggetti coinvolti e possono essere più o meno soggette a cambiamenti nel tempo, così come a sovrapposizioni. Se sono certamente le reti più largamente promosse dalle cooperative che abbiamo considerato, va sottolineato come alcune cooperative (4 delle 16) siano parte anche di reti lunghe, di carattere sovra provinciale.

Si tratta di reti, per così dire, specialistiche, ossia strettamente connesse al settore di intervento (le dipendenze o gli affidi famigliari per fare due esempi)

“Facciamo parte del CNCA e quello è un rapporto nazionale” (Coop. 2)

“Entriamo poi in contatto con l’Associazione nazionale famiglie affidatarie” (Coop. 12)

o derivano direttamente dalla storia dell’organizzazione che in alcuni casi ha preceduto la costituzione della cooperativa,

“l’ente religioso è come una cipolla e noi eravamo una parte dentro la cipolla [...] c’era una riunione ogni 3 mesi con tutti i responsabili delle case e poi c’era un gruppo esecutivo... una volta all’anno si faceva il bilancio dell’anno precedente e delle prospettive future con tutti i responsabili delle case e dei vari servizi...[...] [Ora] tutte le case sono diventate cooperative, [...] poi abbiamo un Consorzio a cui aderiamo tutti quanti” (Coop. 6)

o dal percorso professionale dei singoli professionisti che l’hanno avviata,

“Io sono nata dentro una organizzazione di Milano con cui abbiamo molta collaborazione e lì c’è una rete con docenti universitari...” (Coop. 7);

sono reti generalmente giudicate particolarmente preziose, come momento di confronto e crescita professionale e, in alcuni casi, anche di sostegno economico:

“Il CNCA ci ha dato una ventata di soldi nel 94, poi non sono più arrivate commesse, ma è un rapporto rispetto all’innovazione, ai partner con cui confrontarsi” (Coop. 2)

Possiamo in sostanza affermare che le cooperative interpellate sono tutte inserite in reti di relazioni, che talvolta si intrecciano e si sovrappongono tra di loro. Si va dalla partecipazione temporanea a partenariati finalizzati alla acquisizione o realizzazione di progetti, a più durature aggregazioni in Consorzi o in reti di cooperative A e B, fino alla partecipazione a reti lunghe extra-provinciale a carattere professionale/settoriale.

Se tutte le cooperative si sono confrontate con il tema delle collaborazioni, il “grado di apertura” delle singole cooperative a reti relazionali è tuttavia molto diversificato, in relazione anche alle strategie di prodotto/servizio perseguite.

### **Andamenti economici ed occupazionali**

Prima di delineare una mappa dei servizi della cooperazione sociale e quindi di osservare più da vicino ciò di cui le cooperative si occupano, ci sembra opportuno completare il quadro di insieme con un breve sguardo agli andamenti economici ed occupazionali.

Come visto nel primo capitolo, i dati Istat delineano un buon stato di salute della cooperazione sociale della Provincia di Cuneo tra il 2001 e il 2005: a fronte di dimensioni mediamente più contenute (ma in crescita), le cooperative cuneesi segnano in questo periodo significativi tassi di crescita sia del valore della produzione (+25,7% tra il 2001 e il 2003; + 30,3% tra il 2003 e il 2005) sia degli occupati (+20,9% tra il 2001 e il 2003; +13,1% tra il 2003 e il 2005), anche in controtendenza rispetto agli andamenti regionali.

I dati che abbiamo rilevato nel corso della nostra ricerca<sup>18</sup> tendono a confermare questa linea di tendenza positiva anche per il biennio compreso tra il 2005 e il 2007, consentendoci, inoltre di proporre alcune altre sottolineature di maggiore dettaglio.

Più in particolare sette delle dieci cooperative considerate dichiarano che la quota del proprio fatturato coperto dall’erogazione di servizi sociali e per il welfare locale è in crescita, mentre per

---

<sup>18</sup> Abbiamo rivolto il questionario riportato nell’Allegato 4 a 17 cooperative e 4 consorzi di cooperative che coincidono (con l’eccezione di una cooperativa) con i soggetti presso cui abbiamo realizzato le interviste in profondità. Abbiamo ricevuto complessivamente 12 questionari compilati, di cui 10 provenienti da cooperative e 2 da consorzi. Complessivamente le cooperative e i consorzi di cooperative che hanno compilato il questionario nel 2007 hanno avuto un fatturato superiore ai 17 milioni di Euro, poco meno di un quarto del fatturato complessivo del settore in Provincia di Cuneo.

due è stabile e per una è in diminuzione. Il personale occupato nel loro insieme è significativamente cresciuto sia tra il 2003 e il 2005 (+29,4%) che tra il 2005 e il 2007 (+15,6%), seppure non in termini omogenei tra le diverse cooperative. Peraltro il personale che al 31 dicembre di ogni anno lavorava per almeno 20 ore settimanali è cresciuto ad un tasso minore del personale complessivo tra il 2003 e il 2005 (+17,2%), per poi segnare un leggero decremento tra il 2005 e il 2007 (- 2,2%).

Parallelamente a questi dati che comunque evidenziano un trend di crescita, va segnalato come in sei cooperative su dieci oltre il 50% del fatturato derivi dal committente principale e che, sempre in sei cooperative su dieci, la quota del fatturato coperta dal committente principale risulti in crescita negli ultimi tre anni. Posto che nel nostro campione le cooperative medio grandi (con un fatturato superiore al milione di Euro) sono sovrarappresentate rispetto alla loro incidenza media a livello provinciale, questi dati convergono nell'ipotizzare che la dimensione aziendale, da sola, non garantisca del tutto dai rischi connessi alla monocommittenza (o comunque da una committenza debolmente diversificata).

Dall'analisi dei dati del fatturato emerge infine un'ultima evidenza: le cooperative si differenziano in termini piuttosto significativi in rapporto ai target di utenza a cui si rivolgono. Ciò che balza all'occhio non è tanto il fatto che cooperative diverse si rivolgano a target (minori, disabili, anziani, altro target) differenziati, quanto piuttosto la coesistenza tra cooperative che si possono definire multitarget e cooperative che invece tendono a rivolgere i loro servizi ad un nucleo piuttosto ristretto di tipologie di utenti e di bisogni.

Più in particolare due delle dieci cooperative si possono considerare cooperative con un target esclusivo (il 100% del fatturato riguarda servizi per una sola categoria di utenti: persone con problemi di dipendenza da sostanze in un caso, disabili, nell'altro caso); altre 4 cooperative pur concentrando la maggior parte dei propri servizi (oltre il 50% del fatturato) in rapporto ad una sola categoria di utenti, eroga servizi anche per altri target; altre 2 cooperative si rivolgono ad una platea più diversificata di utenti e il target principale copre, in ogni caso, meno del 50% del fatturato<sup>19</sup>.

Il prossimo paragrafo si occupa nel dettaglio dei servizi erogati dalle cooperative, proponendosi di dar conto tanto della loro diversificazione che della loro complessità.

### **3.2 La mappa dei servizi**

Il ruolo assunto nel corso degli ultimi anni dal mondo cooperativo nella gestione ed erogazione di servizi di welfare appare ancora più evidente, rispetto alla sola analisi dei dati quantitativi, se si considerano nel loro insieme i servizi che vedono un impegno delle cooperative.

A tal fine, abbiamo elaborato una mappa dei servizi – rilevati nel corso delle interviste presso il campione composto da 16 cooperative e 4 consorzi di cooperative – che è integralmente riportata a partire dalla pagina seguente.

---

<sup>19</sup> Per altre due cooperative non è risultato possibile condurre un'analogia analisi, essendo il questionario parzialmente incompleto.

TIPOLOGIA DI SERVIZIO/ TARGET	MINORI E GIOVANI	DISABILI	DIPENDENZE	IMMIGRATI E NOMADI	ANZIANI	ALTRE FASCE DEBOLI	TARGET TRASVERS.
SERVIZI DI FORMAZIONE E RICERCA	Formazione operatori	Formazione operatori	Formazione operatori	Formazione operatori	Formazione operatori		Formazione operatori
	Ricerca	Ricerca	Ricerca	Ricerca	Ricerca		Ricerca
SERVIZI TERRITORIALI/ A DOMICILIO	Attività di informazione/ educazione		Attività di informazione/ educazione	Attività di informazione/ educazione			
	Educativa territoriale	Educativa territoriale	Educ. Territoriale/ riduzione del danno	Educativa territoriale			
	Progetti di animazione**	Progetti di animazione		Progetti di animazione	Progetti di animazione		
	Affiancamento educativo	Affiancamento educativo					
	Assistenza/ animazione scuole	Assist. all'autonomia nelle scuole					
		Assistenza domiciliare				Assistenza domiciliare	Badanza/ Ass. notturna osped.*
		Interventi specialistici riabilitativi***		Mediazione culturale			
				Int. ad hoc su comunità immigrate			

TIPOLOGIA DI SERVIZIO/ TARGET	MINORI E GIOVANI	DISABILI	DIPENDENZE	IMMIGRATI E NOMADI	ANZIANI	ALTRE FASCE DEBOLI	TARGET TRASVERS.
<b>STRUTTURE DIURNE</b>	Sportello Informagiovani	Sportello di ascolto		Sportello Informaimmigrati		Accoglienza ospedaliera	Sportello badanza
	Centro aggregativo/ ludoteca	Centro diurno/ centro incontro			Centro diurno		
	Incontri mediati in luogo neutro						
		Centro servizi riabilitazione*	Servizio alcoologico territoriale				Supporto psicologico
							Mediazione famigliare
	Asilo						
	Micronido/asilo nido/baby parking						
Doposcuola							
<b>STRUTTURE RESIDENZIALI</b>	Comunità per minori (6-14 anni)	Comunità resid.. per disabili lievi e medi	Comunità di recupero per tossicodipendenti		Casa di riposo/ Casa famiglia		
	Comunità per minori (12/14-18 anni)	Struttura residenziale per gravi e gravissimi	Comunità per donne tossicod. con figli		Struttura resid. per non autosuff.		
	Comunità mamma/bimbo	Centro riabilitazione	Comunità per tossicod. minori				
		Casa per ferie					

IPOLOGIA DI SERVIZIO/ TARGET	MINORI E GIOVANI	DISABILI	DIPENDENZE	IMMIGRATI E NOMADI	ANZIANI	ALTRE FASCE DEBOLI	TARGET TRASVERS.
STRUTTURE PER L'AUTONOMIA	Percorso per l'autonomia ragazzi 18-21	Gruppo appartamento	Alloggio di reinserimento per tossicodipendenti/ nucleo di convivenza guidata per adulti			Struttura per nuclei in semi-autonomia	Ostello accoglienza
SERVIZI PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO	Orientamento  Tutoraggio  Inserimento lavorativo	Orientamento  Tutoraggio  Inserimento lavorativo	Orientamento  Tutoraggio  Inserimento lavorativo	Orientamento  Tutoraggio  Inserimento lavorativo		Orientamento  Tutoraggio  Inserimento lavorativo	Tutoraggio badanti
SERVIZI DI SISTEMA/RETE							Agenzia per la casa  Incontro famiglie/badanti  Supporto di sistema alle agenzie pubbliche

La mappa è organizzata lungo due dimensioni:

- i possibili target degli interventi di welfare: minori e giovani, disabili, persone con problemi di dipendenza, immigrati e nomadi, anziani, altre fasce deboli oltre ad una categoria che riguarda i servizi che si rivolgono trasversalmente ai target precedenti
- le diverse tipologie di servizio: sono tipologie differenziate, indipendentemente dai target a cui si rivolgono, in rapporto alle loro caratteristiche strutturali. Si possono in tal modo innanzitutto distinguere servizi che non presuppongono la gestione di strutture fisiche o che comunque necessitano di un basso livello di investimenti fissi: rientrano in questa categoria i servizi di formazione e ricerca su tematiche inerenti i servizi di welfare, i servizi svolti sul territorio (ossia presso altri enti, come le scuole o gli ospedali, o anche in contesti informali) o a domicilio dell'utenza – posti nella prima parte della mappa – ma anche i servizi per l'inserimento lavorativo e i servizi che si possono definire di sistema o di rete – posti nella parte conclusiva della mappa. Nelle parti centrali della mappa sono invece collocati servizi che presuppongono strutture fisiche, con diversi livelli di assorbimento di capitale fisso: dal livello più basso, connesso a strutture esclusivamente diurne, al livello massimo coperto dalle strutture residenziali, ad un livello di carattere intermedio che riguarda le strutture a supporto dei percorsi di autonomia.

La mappa individua vere e proprie *filiere verticali* di servizi – se si considerano tutte le diverse tipologie di servizi che sono riferibili ad uno stesso target di utenza – e, in orizzontale, *segmenti di mercato*, se si considerano tutti i diversi target di utenti raggiunti con una stessa tipologia di servizio o intervento assistenziale.

Entrando maggiormente nel dettaglio abbiamo rilevato come le cooperative che abbiamo coinvolto nell'indagine, considerate nel loro complesso, siano attive nel settore della formazione per operatori (dagli insegnanti, agli assistenti sociali, alle badanti,...) in rapporto a quasi tutti i target; analogamente le cooperative considerate hanno in corso o comunque sono state recentemente impegnate in attività di ricerca in temi inerenti l'assistenza sociale per una estesa varietà di beneficiari. Si può quindi affermare che le cooperative sono presenti anche in segmenti – come quello riguardante la formazione e la ricerca che non comportano la diretta erogazione di servizi a beneficiari finali, ma sono più connessi a funzioni di studio, elaborazione e progettazione di servizi.

I servizi territoriali o a domicilio sono un segmento che appare piuttosto ben presidiato dalla cooperazione, specialmente in rapporto a minori, giovani e disabili. In questi target, infatti si concentra la massima diversificazione di servizi su cui sono attualmente impegnate le cooperative; una certa diversificazione si nota anche in rapporto agli immigrati e nomadi, mentre gli altri target presentano una offerta di servizi meno ricca<sup>20</sup>. Più in particolare si possono distinguere, all'interno di questo segmento:

- le attività di informazione ed educazione: sono azioni svolte generalmente presso scuole ed altri istituti formativi ed in tal senso hanno come focus privilegiato tematiche di particolare rilevanza per i giovani (ad esempio l'educazione affettiva, il tema del bullismo, l'educazione alimentare,...), il tema delle dipendenze, ma anche le dinamiche che riguardano l'interculturalità e i rapporti con le persone immigrate
- le azioni di educativa territoriale: possono essere svolte in una pluralità di contesti, spesso informali e riguardano generalmente minori e giovani, disabili, immigrati e nomadi. Gli

---

<sup>20</sup> Il discorso in questo paragrafo è riferito alla diversificazione nella gamma dei servizi offerti, e non al volume di fatturato generato dai diversi target di utenza e/o tipologia di servizi.

interventi svolti sul territorio per la riduzione del danno da utilizzo di sostanze che creano dipendenza possono essere avvicinate alle azioni di educativa territoriale avendo in comune l'elemento della territorialità e dell'approccio informale, ed essendo in alcuni casi basati sul modello *peer to peer*

- i progetti di animazione: rientrano in questa categoria una molteplicità di interventi e azioni che possono riguardare minori e giovani (come nel caso ad esempio dei programmi denominati "Estate ragazzi") ma anche essere adeguatamente calibrati per rivolgersi a disabili, immigrati e nomadi, anziani
- gli affiancamenti educativi: riguardano generalmente singoli minori o giovani che presentino problemi di inserimento sociale di varia natura o disabilità
- l'assistenza nelle scuole: sono attività svolte presso le scuole che possono rivestire un carattere prevalentemente animativo piuttosto che più marcatamente assistenziale, nel caso di utenti disabili
- l'assistenza domiciliare: può riguardare anziani o portatori di disabilità, di varia forma e può assumere differenziati livelli di intensità assistenziale, in rapporto agli specifici casi. Si può avvicinare a questa categoria di servizi l'assistenza notturna (o badanza) ospedaliera offerta per singoli degenti (che generalmente acquistano il servizio secondo un rapporto privatistico)
- gli interventi specialistici riabilitativi: rientrano in questa categoria una pluralità di servizi di carattere riabilitativo offerti dal sistema delle cooperative. Per citare solo i più ricorrenti: attività riabilitative per l'autismo, interventi di neuropsicomotricità e logopedia; interventi dei mediatori sensoriali; terapia orticulturale
- la mediazione culturale e gli interventi ad hoc su specifiche comunità immigrate: sono due tipi di servizi piuttosto innovativi che si stanno progressivamente sviluppando in rapporto al target degli immigrati e delle comunità in cui sono inseriti. Mentre la mediazione culturale riguarda generalmente singoli casi di conflitto o difficoltà relazionali (ad esempio tra singole scuole e genitori di alunni), gli interventi ad hoc si ispirano ad un approccio definibile "di comunità" e puntano a promuovere l'integrazione tra gruppi consistenti di popolazione immigrata e la popolazione autoctona.

Anche in rapporto alle strutture diurne i target dei minori, dei giovani e dei disabili presentano un buon livello di diversificazione, insieme a target di carattere maggiormente trasversale che vedono l'affacciarsi di servizi innovativi, mentre i rimanenti target (dipendenze, immigrati e nomadi, anziani, altre fasce deboli) presentano invece esperienze più limitate. Lungo questo segmento si possono distinguere:

- gli sportelli: si tratta di strutture di front office che svolgono funzioni di accoglienza, informazione orientativa e ascolto e sono specializzati per specifici target di utenti. Le esperienze più consolidate riguardano certamente gli sportelli Informagiovani, ma sono progressivamente nati sportelli rivolti agli immigrati, sportelli di ascolto (in genere secondo l'approccio *peer to peer*) rivolto a persone disabili e alle loro famiglie, sportelli rivolti alle famiglie che necessitano forme di assistenza domiciliare anche privatistica (sportello badanza), così come servizi di accoglienza e accompagnamento dell'utenza presso grandi strutture ospedaliere

- i centri diurni: sono attive molteplici strutture di questo tipo. A seconda dei casi si rivolgono a minori e giovani, a disabili o anziani
- i centri servizi: sono da segnalare le esperienze che vedono singole o più cooperative associate avviare centri che si rivolgono anche al mercato privato offrendo servizi riabilitativi di varia natura, a cui si possono affiancare centri che offrono servizi di consulenza, supporto psicologico e mediazione familiare così come la stessa gestione di servizi promossi dal settore pubblico come il servizio alcolologico territoriale
- micronidi, baby parking, asili nidi, asili, doposcuola: individuano un complesso di servizi rivolti ai minori e ai giovani su cui le cooperative sono particolarmente attive.

Le strutture residenziali in cui sono impegnate direttamente le cooperative che abbiamo considerato riguardano quattro tipologie di utenti – minori e giovani, disabili, persone con problemi di dipendenza, anziani – e presentano una buona diversificazione in rapporto a ciascuna di esse. Si possono in particolare distinguere:

- comunità per minori in differenziate fasce di età (6-14 anni e 12/14-18 anni), parallelamente a comunità che accolgono sia il minore che la mamma, denominate comunità mamma/bimbo
- comunità per disabili differenziate in rapporto alla gravità della disabilità fisica o psichica e al grado di autosufficienza degli utenti, parallelamente a centri di riabilitazione di carattere residenziale e strutture utilizzate per periodi di vacanza per gli ospiti di propri o altre strutture
- comunità per persone tossicodipendenti, parallelamente a comunità rivolte specificamente a donne tossicodipendenti con figli e a comunità per minori con problemi legati alla dipendenza
- strutture residenziali per anziani, distinte in rapporto al grado di autosufficienza degli ospiti.

Le strutture per l'autonomia individuano un segmento di intervento piuttosto innovativo che intende offrire uno sbocco agli ospiti delle strutture residenziali che al termine del loro percorso non sono ancora pronti ad una vita totalmente autonoma, ma che invece possono essere più adeguatamente accompagnati verso questo obiettivo attraverso un periodo di vita semiautonoma presso strutture protette. E' da segnalare come strutture di questa natura siano attive in rapporto ad una pluralità di target – minori e giovani, disabili, persone con problemi di tossicodipendenza – e come a queste ultime si possano avvicinare altre esperienze che riguardano fasce deboli o target trasversali come le strutture per nuclei in semiautonomia (o *housing sociale*) o gli ostelli di accoglienza temporanea.

I servizi per l'inserimento lavorativo rappresentano in genere il complemento dei percorsi di autonomia rispetto all'individuazione della struttura utile ad una convivenza protetta. Alcune cooperative attive in questo settore non si rivolgono in ogni caso solo agli utenti dei percorsi di autonomia, ma collaborano anche strutturalmente con la rete dei centri per l'impiego: in tal senso questo segmento è particolarmente completo in rapporto alle diverse fasce di utenza, offrendo servizi di orientamento e tutoraggio durante le esperienze di tirocinio, o in rapporto a specifiche figure professionali particolarmente legate al settore del welfare come le badanti, oltre che servizi di inserimento lavorativo.

Completano la mappa dei servizi offerti dal sistema cooperativo provinciale tre tipi di servizi che possono considerarsi servizi di sistema o di rete. Hanno in comune una funzione di connessione e facilitazione dei rapporti tra diversi soggetti, pubblici o privati, apportando al tempo stesso un peculiare valore aggiunto. Possono ad esempio favorire l'incontro tra privati, come nel caso che

riguarda famiglie e badanti, offrendo come valore aggiunto la capacità di rilevare e sostenere le competenze professionali delle badanti e al tempo stesso di promuovere la definizione di rapporti di lavoro contrattualmente corretti. Anche l'agenzia per la casa è una esperienza che favorisce l'incontro tra privati – proprietari di immobili e potenziali inquilini – in un contesto che offre garanzie in merito alla capacità di spesa degli affittuari così come la correttezza delle formule contrattuali adottate. Servizi propriamente di rete tra diverse agenzie pubbliche possono infine essere individuate in alcune azioni di supporto e interconnessione tra i diversi soggetti che si occupano di inserimento lavorativo di specifici target di utenza (dai Sert, ai servizi di psichiatria, ai centri per l'impiego,...).

### 3.3 Per una tipologia di cooperative

Abbiamo visto come la cooperazione sociale in Provincia di Cuneo copra una vasta gamma di servizi, rivolgendosi ad una pluralità di committenti, pubblici e privati.

Possiamo tentare ora di ridurre tale varietà, attraverso la individuazione di una tipologia di cooperative, in grado di ricondurre a pochi tratti caratterizzanti la molteplicità di esperienze e di percorsi di sviluppo delle cooperative analizzate.

Le due dimensioni che ci sono apparse più di altre significative ai fini della costruzione di una tipologia, sono le seguenti.

a) Il rapporto con il territorio.

Vi sono cooperative che hanno seguito percorsi di **radicamento territoriale**:

“Noi abbiamo sempre detto che il nostro riferimento è il territorio, ci sono cooperative che sono specializzate su di una attività e spesso allargano il territorio, noi tutto quello che facciamo è sul territorio dell'ex asl [...] [Negli anni] ti capitano occasioni su varie cose, quindi facciamo cose diverse, questo è faticoso, ma i rapporti con gli attori si consolidano...” (Coop. 2),

“C'è l'idea del lavoro nel quartiere... ha senso che la cooperativa sia radicata sul territorio e allora abbiamo provato a fare qualcosa sul territorio [...]... significa anche doversi confrontare con la sostenibilità economica, ma non ci interessa tanto andare a fare un servizio ad Alessandria, noi siamo interessati allo sviluppo del nostro territorio” (Coop. 12);

ed altre che invece hanno seguito percorsi di **estensione geografica**, guidati in qualche misura dalle opportunità che si rendevano visibili:

“[L'espansione geografica] è necessaria [...]. Vendere questi progetti non è così semplice, significa cambiare l'approccio delle amministrazioni... devi trovare amministrazioni che capiscano quello che stai facendo e un po' ci credano, se non entri in alleanza con le amministrazioni non ci riesci” (Coop. 7),

[Intervistatore: Che strategia state seguendo? Di crescita, consolidamento?] “Di completezza innanzitutto, ed è per questo che abbiamo costituito il consorzio... di crescita, certamente perché i costi fissi ci sono, diversificando soprattutto la committenza, diversificare i servizi è difficile... noi siamo specializzati sui centri residenziali, che siano disabili o anziani, è inutile che ci mettiamo a fare servizi sul territorio, ma diversificando molto la committenza...” (Coop. 8).

In alcuni casi siamo in presenza di strategie intenzionali, dichiaratamente perseguite, in altri casi della risultante di scelte contingenti che tuttavia, succedutesi nel tempo, tracciano percorsi abbastanza coerenti di sviluppo.

Una precisazione è forse necessaria in tema di estensione geografica del raggio di attività delle cooperative. La gran parte, anche se non tutte, delle cooperative intervistate hanno infatti dichiarato di muoversi con grande cautela nell'esplorare territori non di tradizionale insediamento: vige in qualche misura un implicito atteggiamento di "non competizione" nei confronti di altre cooperative già insediate su territori nei quali si aprono opportunità teoricamente perseguibili anche da parte di cooperative ad essi esterne. Questo atteggiamento tuttavia non ha impedito che molte cooperative ampliassero il raggio geografico di azione, vuoi perchè sono andate a coprire settori di attività non ancora presidiati, vuoi per l'azione dei Consorzi che in qualche misura, in tempi più recenti, hanno favorito, attraverso la costruzione di partnership, un certo ampliamento dei territori di riferimento delle cooperative aderenti.

Con riferimento a questa dimensione possiamo parlare quindi di percorsi di **Radicamento territoriale**, versus percorsi di **Estensione geografica**;

b) Il mix di servizi/prodotti che si è costruito nel tempo.

Abbiamo in questo caso tre diverse possibili alternative:

– cooperative che hanno seguito percorsi che possiamo definire di **Specializzazione**, laddove operano tendenzialmente in un unico segmento di attività, riferito ad un solo target di utenza; sono quelle cooperative che hanno perseguito una mission coerente e senza modifiche a partire dalla loro costituzione,

“Non abbiamo ambizioni se non fare qualche attività di corollario” (Coop. 13);

- cooperative che hanno seguito percorsi di **Integrazione verticale**, che operano cioè tendenzialmente su uno solo – al massimo due – segmenti di utenza, ma che nel tempo hanno ampliato la gamma dei servizi offerti man mano che l'utenza di riferimento e le esperienze realizzate portavano ad individuare nuovi bisogni ed opportunità di intervento,

“Una cosa a cui pensiamo è il proseguo della nostra comunità, a 18 anni quando escono sono ancora piccoli” (Coop. 3),

“L'idea è che la cooperativa cresca ancora... [...] un po' il tentativo fatto è dire: che cosa ci interessa fare? [...] Fin dall'inizio abbiamo escluso l'idea di avere una comunità per minori sia perché non ci interessa lavorarci sia perché lo stanno già facendo altri e lo stanno facendo bene... poi inevitabilmente il ragionamento è: cosa sviluppare che ci caratterizzi? Così come non è pensabile che la cooperativa sia aperta agli utenti anziani, non è un settore di interesse con la cooperativa, mentre siamo noi che prendiamo in carico i giovani, altre cooperative hanno fatto scelte diverse ...” (Coop. 12),

[Intervistatore: Perché avete avviato la casa per minori?] “... le comunità educative che già conoscevano non sapevano nulla sulle dipendenze, per gestire alcuni casi con dipendenza ci hanno chiesto... nasce da questa spinta e da un confronto con altre regioni si cui si stava lavorando in maniera forte...” (Coop. 6);

- infine, cooperative che hanno realizzato percorsi di **Diversificazione**, realizzando nel tempo interventi per target diversi di utenza, su segmenti diversi di attività.

“Io come mentalità a livello imprenditoriale sono convinta che se non diversifichi... [...] abbiamo capito che bisogna diversificare e allora abbiamo visto di fare qualcosa noi” (Coop. 5)

[Intervistatore: Voi nascete lavorando sui giovani?] “I primi anni sì, poi seguiamo abbastanza i bisogni del mercato, ad oggi gli anziani occupano un posto importante, abbiamo una RSA di 90 posti, c'è l'assistenza domiciliare... sugli anziani e la disabilità sono soldi certi, le amministrazioni i soldi li trovano, sui minori no...” (Coop. 10)

Naturalmente poche cooperative presentano le caratteristiche dei “tipi puri”, alcune storie aziendali alternano strategie di integrazione e strategie di diversificazione; altre presentano tentativi di diversificazione poi rientrati. In generale, ci pare più opportuno parlare di differenti percorsi di sviluppo, piuttosto che di strategie perseguite, poiché non sempre si tratta di strategie intenzionalmente perseguite, ma piuttosto della risultante di scelte succedutesi nel tempo.

In ogni caso, con tutte le cautele necessarie, ci pare possibile collocare le cooperative intervistate all’interno dello spazio definito dalle dimensioni individuate.

Il quadro che ne deriva è il seguente (riportiamo il numero di cooperative che a nostro giudizio rientrano in ogni categoria).

<b>Relazione con il territorio</b>	<b>Estensione</b>	3	6	5
	<b>Radicamento</b>	<i>(vuota)</i>	2	<i>(vuota)</i>
	<b>Specializzazione</b>		<b>Integrazione</b>	<b>Diversificazione</b>
	<b>Settore di attività</b>			

Come si nota dalla tabella, possiamo individuare quattro tipologie di percorsi di sviluppo delle cooperative, poiché due dei possibili incroci risultano vuoti.

Di seguito esaminiamo le caratteristiche principali di ogni raggruppamento e delle cooperative presenti nelle quattro tipologie.

**a) Specializzazione/Estensione.**

Le cooperative presenti in questo gruppo hanno diverse caratteristiche comuni: sono sostanzialmente cooperative che gestiscono servizi all’interno di strutture residenziali – su segmenti di attività prevalentemente caratterizzati da una forte componente che possiamo definire di “hardware” – soprattutto rivolte al target **Disabili**, in qualche caso anche al target **Anziani**; raramente si tratta di strutture nella disponibilità delle cooperative, più spesso sono state acquisite in gestione.

Tutte le cooperative qui presenti condividono l’origine in esperienze di volontariato, piuttosto che in esperienze di aggregazione di professionisti. Rientrano in questo gruppo 3 cooperative sulle 16 considerate.

**b) Integrazione/Estensione.**

Si tratta di cooperative che condividono tutte – a differenza delle precedenti – una origine in gruppi professionali; operano sui target **Disabili, Dipendenze, Minori** (e **Immigrati**, come specificazione delle categorie precedenti); realizzano una gamma di servizi più ampia che nel caso precedente, ma in generale tutti focalizzati sul target di riferimento; presentano un ampio mix di attività con componenti “hardware” – strutture residenziali o semi-residenziali – ma anche con componenti “software” – formazione, servizi territoriali, servizi per l’inserimento lavorativo, etc. – ed anzi in

diversi casi quest'ultima è la componente prevalente; nel caso dei servizi "hardware" gestiscono sovente strutture di proprietà ovvero in affitto, ma in ogni caso finanziandosi con il meccanismo della retta e non dell'appalto di servizi. Rientrano in questo gruppo 6 cooperative.

**c) Integrazione/Radicamento.**

Può forse essere considerata una variante della tipologia precedente, in quanto ne condivide tutte le caratteristiche descritte, con la differenza che la attivazione di nuovi servizi nasce non solo dalla esplorazione delle necessità connesse al target di riferimento, ma anche da una lettura maggiormente orientata alle esigenze dei territori di insediamento.

Le cooperative che hanno perseguito sentieri di Integrazione (in particolare per radicamento, ma anche per estensione) sono inoltre anche quelle che con più frequenza sono inserite in reti di relazioni extra-cooperative, focalizzate sul target di riferimento, ovvero su specifici professionali. Rientrano in questo gruppo 2 cooperative.

**d) Diversificazione/Estensione.**

E' il gruppo che presenta al suo interno le situazioni più differenziate, sia sotto il profilo dei target di riferimento, che sotto quello delle modalità di intervento. La differenza però maggiormente significativa corre tra le cooperative di maggiori dimensioni, per le quali la diversificazione si presenta in sostanza come pluri-specializzazione, cioè come capacità di replicare in diversi contesti esperienze già realizzate e capitalizzate in termini di apprendimento, e quelle per le quali invece la diversificazione si presenta più con i tratti della acquisizione relativamente casuale di attività in settori e territori disparati, con il rischio di una bassa capitalizzazione e replicabilità delle esperienze. Rientrano in questo gruppo 5 cooperative.

### **3.4 I fattori competitivi e le strategie di sviluppo**

Per ognuno dei raggruppamenti di cooperative descritti, è possibile individuare specifici fattori competitivi, elementi la cui presenza può essere considerata come condizione di successo per lo sviluppo della cooperativa.

Con riferimento al sistema di cooperative indagato, appaiono complessivamente i seguenti fattori di competitività, oltre alla capacità professionale espressa dalla cooperativa, che possiamo qui dare per acquisita:

- a) il sistema di relazioni, nei confronti del decisore pubblico ma anche nei confronti di stakeholder locali, che consente di agire all'interno di mercati che, in alcuni casi, funzionano come mercati tendenzialmente "chiusi";
- b) la reputazione e la qualità del servizio, che rende possibile peraltro il permanere del sistema di relazioni di cui sopra;
- c) la capacità di leggere il sistema dei bisogni e la sua evoluzione, con riferimento ad uno specifico target di utenza o a un contesto territoriale;
- d) la capacità progettuale, anche come capacità di coniugare la progettazione di sistemi di servizi con le esigenze ed i vincoli posti dai bandi di appalto;

- e) la capacità commerciale, intesa come capacità di costruire nuove relazioni e di “intercettare” opportunità nascenti;
- f) la dimensione aziendale, nella misura in cui consente di realizzare economie di apprendimento e di erogazione dei servizi;
- g) la disponibilità delle strutture nelle quali il servizio viene erogato;
- h) la capacità di offrire una gamma tendenzialmente completa di servizi per uno specifico target di utenza, e la capacità conseguente di porsi come integratore del sistema dei servizi offerti.

Evidentemente, nessuna singola cooperativa presenta tutti i fattori di competitività richiamati.

E’ anzi possibile individuare per ognuno dei raggruppamenti prima definiti, i fattori di competitività che più frequentemente caratterizzano le cooperative del raggruppamento, così come tentiamo di mostrare nella Tabella 3.4.1.

Ci pare in sostanza di poter osservare come il raggruppamento meno attrezzato in termini di fattori competitivi sia il primo (Specializzazione/Estensione). Sono queste le cooperative che hanno seguito una traiettoria che le ha portate sostanzialmente a replicare in una pluralità di territori la medesima tipologia di servizio; esse dispongono pertanto di poche risorse cognitive per leggere bisogni di territori ovvero di target di utenza, mentre invece possiedono risorse utili a migliorare incrementalmente la efficacia ed efficienza dei servizi che costituiscono la loro specializzazione; inoltre quasi mai queste cooperative hanno investito sul possesso delle strutture in cui svolgere le attività di residenzialità. E’ pertanto questa la tipologia di cooperativa che, pur essendosi proficuamente inserita nei processi di esternalizzazione dei servizi da parte degli operatori pubblici, è però anche quella maggiormente vulnerabile alle dinamiche di apertura del mercato.

L’ultimo raggruppamento - Diversificazione/Estensione - si presenta, come avevamo già notato, come il più eterogeneo, caratteristica che ritroviamo anche nella analisi dei fattori competitivi, laddove la contemporanea presenza nella tabella di segni “-“ e “+” sta ad indicare che si tratta di fattori che possono essere presenti o assenti, in relazione alla specifica cooperativa di cui si tratta. In generale, in questo raggruppamento sembrerebbe che la dimensione costituisca un fattore di competitività rilevante, nella misura in cui la dimensione implica anche capacità commerciale – possibilità di investire in attività commerciali – così come può comportare la presenza di una offerta integrata su diversi settori di attività/target di utenza.

Come abbiamo già notato, la diversificazione può essere il portato di una pluri-specializzazione, - e quindi tendenzialmente della capacità di offrire una gamma integrata di servizi per differenti target - ovvero della semplice “collezione” di interventi tra di loro slegati: il secondo caso rinvia ovviamente alla presenza dei segni “-“ e registra una condizione di relativa debolezza.

Il secondo e terzo raggruppamento - Integrazione/Estensione e Integrazione/Radicamento - presentano a nostro avviso una serie di fattori competitivi interessanti, derivanti in particolare dalla conoscenza approfondita di un settore/territorio di intervento, dalla quale deriva la capacità di impostare efficaci strategie di sviluppo.

Le considerazioni svolte a proposito della presenza o meno di fattori competitivi nei diversi raggruppamenti, rendono possibile anche una riflessione sulle possibili strategie di sviluppo perseguibili da parte dei diversi raggruppamenti, strategie che peraltro trovano già ora elementi di

**Tabella 3.4.1 Fattori di competitività per tipologia di cooperativa**

<b>Tipologia di imprese</b> <b>Fattori competitivi</b>	<b>Specializzazione/ Estensione</b>	<b>Integrazione/ Estensione</b>	<b>Integrazione/ Radicamento</b>	<b>Diversificazione/ Estensione</b>
<b>a) Sistema di relazioni</b>	+	+	+	+
<b>b) Reputazione e qualità del servizio</b>	++	++	++	++
<b>c) Capacità di leggere il sistema dei bisogni</b>	-	++ (in riferimento al target)	++ (in riferimento al territorio)	-/+
<b>d) Capacità progettuale</b>	-	+	+	++
<b>e) Capacità commerciale</b>	-	+	+	-/+
<b>f) Dimensione</b>	-	-	-	+
<b>g) Disponibilità strutture</b>	-	+	+	-/+
<b>h) Gamma completa di servizi</b>	-	++	++	+

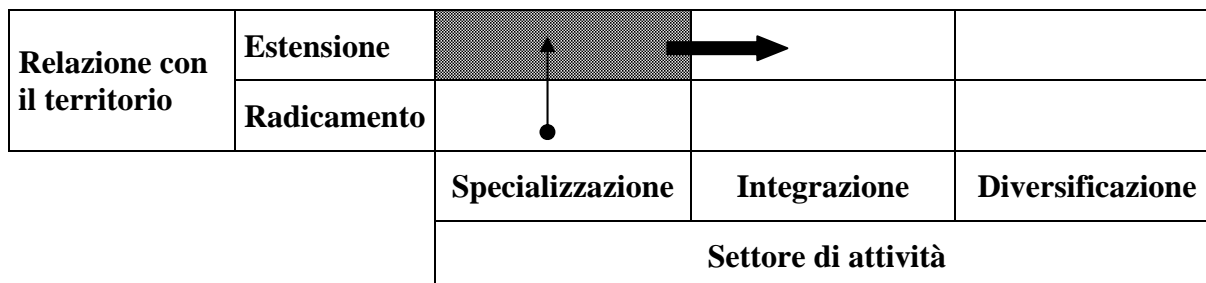
**Legenda:**

- fattore competitivo tendenzialmente assente nelle cooperative del raggruppamento
- + fattore competitivo presente nelle cooperative del raggruppamento
- ++ fattore competitivo fortemente presente nelle cooperative del raggruppamento

corrispondenza nelle scelte effettuate da diverse cooperative. E' comunque opportuno precisare che il discorso è svolto in generale, con riferimento ai diversi raggruppamenti, e non alle singole cooperative che ne fanno parte e che sono, per diversi cruciali aspetti, tra di loro differenti.

**a) Il raggruppamento Specializzazione/Estensione.**

Le cooperative presenti in questo raggruppamento hanno normalmente seguito il percorso di evoluzione tracciato dalla freccia più sottile, e potrebbero ragionevolmente porsi obiettivi strategici coerenti con il passaggio alla tipologia “Integrazione/Estensione”, nella quale appare più rilevante la presenza di fattori competitivi.



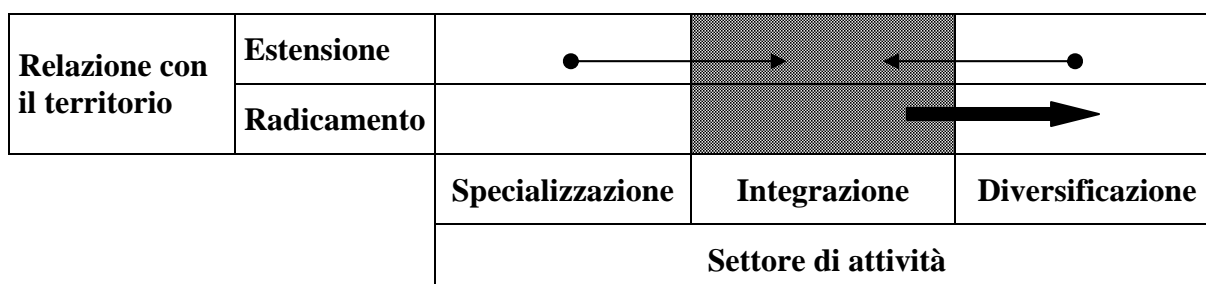
In particolare, occorre qui pensare alla possibilità di integrare il proprio sistema di servizi estendendolo a valle e a monte, in maniera tale da diversificare l’offerta, seppur diretta alla medesima categoria di utenza. Ciò implica un investimento in costruzione di competenze professionali ad oggi assenti, ma può anche realizzarsi attraverso politiche di alleanze.

Questa è in effetti la strada percorsa in passato da alcune cooperative oggi presenti nel raggruppamento “Integrazione/Estensione”, e peraltro anche abbozzata da alcune delle cooperative presenti nel raggruppamento, ad esempio attraverso la creazione di cooperative B in grado di completare l’offerta di servizi per la gestione della residenzialità (pulizie, cucine, etc.); si tratta però ora di integrare la filiera della assistenza lavorando a monte e a valle della residenzialità, attivando servizi che prescindano dalla gestione di strutture residenziali.

**b) Il raggruppamento Integrazione/Estensione-Radicamento**

Le cooperative presenti in questo raggruppamento possono aver fatto percorsi di integrazione a partire da una precedente mono-specializzazione, ovvero anche percorsi di focalizzazione, a partire da una precedente situazione di maggiore diversificazione del sistema di servizi offerto (in molti casi, la focalizzazione su target meglio definiti, è il portato di momenti di discontinuità e crisi nella storia della cooperativa).

Le strategie che possono essere perseguite, sono, da un lato, quelle della ricerca di ulteriori segmenti di servizio che possano integrare ulteriormente l’offerta sui target di riferimento; ma anche quella della ricerca di “esportazione” di esperienze realizzate su determinati target verso target e territori differenti; in questo senso, già alcune delle cooperative del raggruppamento si vanno muovendo nella direzione di una maggiore diversificazione.



**c) Il raggruppamento Diversificazione/Estensione**

Trattandosi del raggruppamento con la maggiore diversità interna, è anche quello per il quale si possono indicare differenti strategie di sviluppo.

Esse vanno nella direzione della Integrazione e/o del radicamento territoriale, per quelle cooperative che si presentano come una “collezione” di attività/servizi, ovvero nella direzione della crescita dimensionale e della maggiore integrazione per quelle cooperative che presentano già diversi e cruciali fattori competitivi.



### 3.5 Le specificità della cooperazione sociale

La cooperazione sociale in Provincia di Cuneo, garantisce la erogazione di una vasta gamma di servizi, ricoprendo una serie di funzioni nel sistema del welfare locale, che sarebbe riduttivo riferire solo alla capacità di garantire maggiore flessibilità nell’utilizzo dei fattori produttivi. Funzione che pure la cooperazione assolve, ma che non è però l’unica, e forse neanche la più rilevante.

Più in generale, ci pare che la cooperazione sociale svolga quelle funzioni che risulta problematico garantire attraverso i meccanismi di mercato, ovvero attraverso la erogazione diretta da parte dei soggetti pubblici, In questo senso, possiamo parlare della cooperazione come risposta – parziale e perfettibile – ai duplici “fallimenti” del mercato e delle burocrazie pubbliche.

Vediamo in che senso.

I fallimenti del mercato, in particolare con riferimento ai sistemi di welfare, sono noti e possono essere solo richiamati. I più rilevanti sono i seguenti:

- a) la impossibilità di garantire un accesso universalistico a servizi di cura, assistenza e sviluppo delle capacità sociali, nella misura in cui le prestazioni siano acquisibili solo attraverso il versamento di corrispettivi monetari
- b) le asimmetrie informative che rendono difficile se non impossibile una scelta consapevole da parte di quei cittadini che pure sarebbero in grado, sotto il profilo economico, di accedere ai servizi.

Anche il pubblico tuttavia, che costituisce la alternativa più consolidata al mercato, non è esente da difficoltà e “fallimenti”.

In primo luogo, le burocrazie pubbliche sono particolarmente adatte ad erogare servizi consolidati e rivolti a grandi numeri di utenti: la replicabilità e standardizzazione è la forza della burocrazia,

anche pubblica, poiché consente di accumulare esperienza, realizzare economie di apprendimento, consolidare pratiche professionali lungamente sperimentate. E' però sulle capacità innovative che le burocrazie pubbliche incontrano significative limitazioni.

L'innovazione si può realizzare anche all'interno delle burocrazie pubbliche, ma è in generale innovazione per "sfruttamento" – cioè innovazione che apporta in continuazione migliorie incrementali alle pratiche professionali consolidate – piuttosto che per "esplorazione", cioè per scoperta di nuovi servizi o di modalità fortemente innovative di produrre servizi consolidati.

Ciò che è problematico per la burocrazia, è conciliare questa attitudine ai grandi numeri e alla standardizzazione, con le altrettanto rilevanti esigenze di flessibilità, personalizzazione, innovazione per esplorazione.

In secondo luogo, la specializzazione delle strutture pubbliche, resa possibile appunto dai grandi numeri cui esse si rivolgono, determina però una frammentazione degli interventi, la moltiplicazione delle strutture con cui il singolo utente entra in contatto. Si determina così una esigenza da un lato di integrazione del sistema dei servizi, e dall'altro di "guida" agli utenti per l'accesso ai servizi stessi; si apre lo spazio per una funzione di integrazione e per una funzione di interfaccia tra utenti e sistema dei servizi.

Le esperienze cooperative che abbiamo ricostruito, svolgono un ruolo all'interno del sistema del welfare locale, proprio in quanto in grado di rispondere a quelli che abbiamo definito "fallimenti" del mercato, da un lato, e delle organizzazioni pubbliche dall'altro. Il che, nel consegnare un ruolo alla cooperazione, ribadisce altresì il ruolo insostituibile da un lato del mercato, nella gestione di quei servizi per i quali meno critiche sono le asimmetrie informative, e delle organizzazioni pubbliche dall'altro.

Vediamo in che modo alcune esperienze cooperative rispondono alle esigenze sopra richiamate.

#### a) **Il ruolo della cooperazione nella personalizzazione e innovazione dei servizi.**

La cooperazione pare in grado di lavorare su di una personalizzazione del servizio difficilmente conseguibile da parte del sistema pubblico, e sulla innovazione del sistema dei servizi che deriva proprio dalla capacità di esplorare esigenze inizialmente marginali, manifestate da utenze di numero molto esiguo. E' un processo di innovazione per costruzione di risposte a bisogni di piccoli gruppi di utenti, risposte che si rivelano successivamente in grado di intercettare più ampie categorie, potendo divenire in qualche misura maggiormente standardizzate.

"... L'altra linea progettuale che parte sono gli affidi educativi, gli interventi educativi a favore dei minori... sono tutti arrivati tramite privati anche se poi alla fine è il pubblico che ci dà il mandato... ad esempio c'è una famiglia che frequenta l'oratorio e che ha un bambino in affido con un lieve ritardo e che mantiene il diritto di vedere la famiglia di origine che è di un'altra città, gli incontri avvengono una volta ogni mese e mezzo a casa della famiglia affidataria, dopo un po' la famiglia affidataria fa fatica a reggere anche perché non si attiva una dinamica relazionale tra il bambino e la famiglia di origine, allora la famiglia viene da noi e ci chiede un affiancamento durante gli incontri... noi diamo la disponibilità, entriamo in relazione con i servizi sociali della loro città e facciamo una proposta progettando un intervento più costante: l'educatore vede il bambino una volta alla settimana ed è presente negli incontri cercando di sviluppare alcune dinamiche... questo progetto ora va avanti da 3 anni, l'educatrice che ci lavora si specializza sugli incontri in luogo neutro, scopriamo che il Consorzio socio assistenziale ha un luogo neutro che però utilizza solo per i casi in carico al Consorzio, mentre per gli altri, ad esempio per quelli in carico ad altri servizi sociali extraregionali, al massimo mette a disposizione i locali, ma non il personale... allora proviamo a progettare un posto fisico per accogliere sia situazioni di luogo neutro sia quando la relazione

tra genitori e figli è problematica e qualcuno chiede un supporto operativo... siamo un po' riconosciuti come un punto di riferimento... allora il pensiero che ci può essere un posto che si fa carico di queste cose... in cui venire o per lo meno essere accompagnato... un conto è andare ai servizi sociali da soli, un conto è andarci dopo che qualcuno ti ha spiegato che cos'è ed ha magari già telefonato all'assistente sociale. Entriamo poi in contatto con l'Associazione nazionale famiglie affidatarie e con un'altra associazione simile di carattere locale che ci dicono che è un progetto interessante, presentiamo una richiesta di finanziamento alla Fondazione CRC che la finanzia... è la prima volta che come cooperativa chiediamo direttamente..." (Coop. 12)

"Nel frattempo arrivano altri 2 o 3 casi simili, uno è un caso di una adolescente con patologia psichiatrica lieve con una storia di entrata e uscita da una comunità e la famiglia non riesce a convincere nessuno, né il Consorzio socio assistenziale né l'Asl per un accompagnamento al reinserimento in famiglia, lo chiediamo noi e ci proviamo, facciamo un progetto di 1 anno, ci sono 2 educatrici che accompagnano questa minore, nei momenti in cui non è a scuola la accompagnano per sviluppare una sua rete sociale... era una ragazza che fino ad un mese prima scappava ogni mese dalla comunità e ora è in famiglia, che è la famiglia adottiva, da sei mesi e sta reggendo... quello che chiediamo e si realizza è una rete strettissima con la neuropsichiatria e sta reggendo... questo ci apre un filone di lavoro sui minori e sugli adolescenti con la neuropsichiatria e con l'Associazione nazionale famiglie affidatarie. Poi abbiamo un'attività sull'autismo e la sindrome Down, sono le famiglie che ci chiedono di sviluppare un progetto di affiancamento educativo ai bimbi e ci pagano direttamente loro." (Coop. 12)

"..... l'idea dell'housing... è il tema della casa e dell'accompagnamento alla casa di fasce con problemi di natura psico sociale... Ci sono alcune coppie genitore/figlio disabile con genitore molto anziano ma non messo così male ma che se fossero in un contesto un minimo protetto... potrebbe diventare una struttura che ospita nuclei in semiautonomia. I primi 3 alloggi finiranno a soddisfare i nostri bisogni interni, quando ci saranno gli altri 8, potranno servire anche altri utenti... poi pensiamo ad una cucina industriale ed un salone da 80 coperti... la logica è che deve essere frequentata dal quartiere... lì c'è un forte orientamento al volontariato, possiamo fare le cene multietniche e il cinema d'estate, quel luogo deve essere frequentato, non deve diventare un ghetto." (Coop. 2)

"potrei aver bisogno di posti per il futuro, per i 19enni... ne avevamo parlato nell'ambito del Piano di zona, in parte c'è stata la risposta del Consorzio socio assistenziale... è sui nuclei a convivenza guidata, ma ora l'utenza è praticamente di adulti e di anziani... il clima culturale di questa città è iperprotettivo, avrebbe senso secondo me l'allontanamento graduale dalla nostra struttura a partire dai 17 anni e invece fino ai 18 anni lo devi tenere e a 18 anni e 1 giorno, il nulla... in altri territori ci sono strutture ponte per 17 anni, con maggiore autonomia e con una responsabilità maggiore: hai l'alloggio e qualcuno che ti dà una mano ma intanto ti fai la pasta da solo, ti paghi la bolletta... invece i nostri hanno una libertà improvvisa e danno il giro, si perdono..." (Coop. 3)

"Così come avevamo pensato ad un servizio per i ragazzini stranieri che necessariamente vanno messi in strutture, che prevedesse degli accompagnamenti territoriali con affidamenti ad hoc, ma poi non c'è stato seguito. I minori stranieri sono sempre di più, ci sono anche quelli di seconda generazione, poi te li ritrovi dappertutto, nei centri educativi, ecc. ... bisogna dare una risposta che è diversa da quella per i bambini italiani... proporre centri tutti centrati sul ludico, visto che spesso hanno bisogno di lavorare, è un qualcosa che rischia di scompensarli... anche il rapporto con le forze dell'ordine e la Prefettura... per i minori gli sportelli non funzionano proprio, il minore non può passare dallo Sportello immigrati, deve passare dall'ufficio minori della questura" (Coop. 3)

"Abbiamo l'autorizzazione come comunità educativa, ma siamo una sperimentazione pura, siamo una comunità per minori residenziale di carattere terapeutico, abbiamo un programma diverso dalle comunità educative, non è solo contenitiva, ci sono colloqui, gruppi, si affronta il problema delle dipendenze dal telefonino al gioco e quindi c'è tutta una parte educativa e la parte più di costruzione della parte adolescenziale di questi ragazzi... tutti hanno avuto problemi con uso di sostanze e qualcuno è proprio tossico tossico già a 17 18 anni." (Coop. 6)

"il centro di incontro diversamente dal centro diurno è più flessibile, è a porte aperte, è un centro di aggregazione giovanile... mentre nel centro diurno c'è il riferimento ai LEA, nel centro di incontro la situazione è più aperta, c'è volontariato, un rapporto più libero con la comunità, non c'è una eccessiva specializzazione sull'handicap... questo ci permette di dare una risposta a chi non ce l'ha perché non ci sono posti o perché non ci vanno perché ad esempio le famiglie non vogliono passare dai servizi sociali" (Coop. 11)

“Abbiamo rilevato il bisogno che è più un bisogno nostro, ma sui abbiamo trovato i servizi sensibili ad investire... abbiamo visti altri modelli sulla Provincia di Cuneo che gestivano la comunità alloggio per minori ... abbiamo anche valutato che spesso questi modelli non funzionano per una serie di ragioni... Noi lo abbiamo definito più un progetto di autonomia che un gruppo appartamento... il gruppo appartamento può avere fino a 6 ospiti, quasi una comunità, senza operatori 24 ore su 24, è troppo simile ad una comunità senza assistenza. Noi abbiamo fatto la scelta sui piccoli numeri, 2 realtà separati con al massimo 2 ospiti, 2 ragazze e 2 ragazzi con rischio minore di replicare il modello di comunità. Ad oggi è una politica vincente, abbiamo avuto un 80% di risultati positivi, è il feed back ad un anno di uscita dall'appartamento” (Coop. 15)

Si tratta di un insieme di esperienze, diverse per target di utenza e tipologia di servizio, ma accomunate dall'intervento su piccoli numeri, da una lettura in profondità dei bisogni dell'utenza – facilitata dalla personalizzazione dell'intervento – e dalla definizione, in alcuni casi, di servizi finora inesistenti. E' questo un “circuito” dell'innovazione su cui torneremo più avanti.

### **b) Il ruolo della cooperazione come interfaccia tra gli utenti ed il sistema dei servizi**

Diverse sono le esperienze che abbiamo raccolto di servizi di ascolto e di “accompagnamento” alla fruizione dei servizi erogati dall'operatore pubblico.

“Abbiamo fatto partire quest'anno 2 sportelli con 2 nostre cooperative che supportano le famiglie che hanno bisogno di sostegno a partire dal problema della non autosufficienza e anche per diventare punto di riferimento... non è incrocio domanda offerta, ma è supporto, con l'idea nuova che la cooperazione diventa punto di riferimento significativo sul territorio anche per l'accoglienza dei bisogni, con la loro capacità di decodificare le domande di aiuto, diventare punto di accoglienza delle domande... “(Coop. 4)

[Intervistatore: I vostri sono anche servizi di mediazione tra famiglie ed enti pubblici...] “Sì, è così... c'è un terzo soggetto con taglio professionale che fa da ponte, dà risposte che il pubblico non dà, ma non collude troppo con la famiglia e per questo abbiamo chiesto un intervento stretto del servizio di neuropsichiatria (Coop. 12)

“Poi stiamo lavorando ad un progetto che prevede anche il trasloco da questa sede ad una più consona nella parte storica, al piano terra... da una nostra ricerca abbiamo visto che in molte città c'è l'informa handicap, da noi c'è presso il centro di medicina legale ma di fatto non funziona... serve per fornire informazioni, dalle barriere architettoniche agli eventi culturali e poi c'è l'accento sull'ascolto... anche se solo un familiare vuole sfogarsi un pochino... avere qualcuno che ti ascolta, qualcuno di esterno che non sia l'asl, che non sia un figura istituzionale e quindi non ti giudica... il mondo delle famiglie con disabili è molto complesso, sentono che in ambiti più istituzionali ci sono più preconcetti verso determinate famiglie o categorie... c'è qualche barriera in più con i ruoli più istituzionali” (Coop. 13)

### **c) Il ruolo della cooperazione nella integrazione tra servizi e nel lavoro di comunità**

La specializzazione dei soggetti erogatori di servizi, fa sì che si creino esigenze di integrazione, di presidio degli snodi tra i diversi erogatori, così come lascia in qualche misura scoperto l'intervento con un approccio “di comunità”, approccio che per sua natura si presenta come integrato e non frammentato in molteplici specialismi. Le citazioni seguenti danno conto di alcune esperienze nelle quali la cooperazione si è proposta per rispondere a tali esigenze.

“Il progetto che abbiamo con il Consorzio socio assistenziale e il Comune di ..... è stato costruito un progetto molto innovativo... la cooperativa ha tre responsabilità... abbiamo una educativa di strada inserita in un programma di politiche giovanili fatto in modo da coinvolgere le famiglie e le scuole, e questo è un vero lavoro di rete, oltre a fornire l'educativa di strada abbiamo il coordinamento metodologico e la terza cosa è che abbiamo messo in piedi l'agenzia per la casa...” (Coop. 7)

“le politiche di inserimento ad oggi si giocano su due fronti: i CPI e i servizi specialistici di Asl e dei Consorzi socio assistenziali (tossicodipendenti e alcolisti da parte dell’asl, disabilità da parte dei Consorzi)... l’inserimento dovrebbe essere del CPI, però in loro vacanza gli altri servizi si sono attrezzati con propri servizi di inserimento lavorativo... si tratta di capire se creare dei servizi ponte tra i diversi servizi o se ci debba essere un rapporto diretto tra il CPI e questi servizi... l’idea nostra comunque è quella di trovare una sorta di interfaccia.....perché per l’interazione con le imprese e i servizi sulle fasce svantaggiate serve un soggetto con le competenze ma anche con la capacità di dare maggiori garanzie di tutela di questi soggetti e non solo in grado di iniziativa imprenditoriale” (Coop. 9)

“lì ci sono pochissime classi a tempo pieno... mi è stato chiesto cosa potevamo fare, .....è una risposta che ad oggi la scuola non può dare, allora abbiamo detto: bisogna ragionare in rete tra la cooperativa, la scuola che può mettere i locali e la bidelleria, il Comune che può supportare la retta delle famiglie, il parroco che ci manda i catechisti, con gli assistenti sociali per l’affiancamento ai bimbi più... noi abbiamo messo in campo la nostra professionalità ed esperienza di 15 anni sul territorio... senza muoversi dalla scuola ci sono attività sportive e educative, tutte le settimane ci sono 2 insegnanti che passano 2 ore con le nostre operatrici in modo che non siamo due isole distinte... sicuramente questa rete che si è creata ha dato buoni frutti...” (Coop. 18)

“.. il Comune dice: devo rispondere ai bisogni delle famiglie e la casa è una cosa fondamentale, va bene l’aggregazione e il divertimento, ma prioritario è l’accesso alla casa... si sono spesi i soldi per il centro giovanile ma poi ci sono 80 famiglie senza casa... e quindi il Comune ha partecipato ad un bando regionale e si è vinto il finanziamento per avviare l’Aso che è questa agenzia, l’unica altra sperimentazione è a Torino... questa agenzia mette a disposizione degli strumenti per le famiglie in difficoltà, il lavoro è su due piani: c’è il lavoro con i proprietari, è stata fatta una mappatura e ci sono 500 alloggi sfitti, ma poi ad esempio gli stranieri non li vogliono, vogliono garanzie e allora il Comune dà la garanzia ai proprietari attraverso la fidejussione bancaria, il proprietario inoltre ha una riduzione sull’ICI, si fa l’incrocio domanda e offerta, si lavora anche con i servizi sociali... ma l’ambito socio assistenziale tende a dare risposte settoriali, noi crediamo nel metodo ... creare delle alleanze con i proprietari, gli amministratori di condominio significa anche capire meglio come è fatto il mio territorio, è più facile nei Comuni piccoli, questo aiuta le persone anche ad attivarsi e a non subire i servizi in maniera passiva...” (Coop. 7)

#### **d) Innovazione nelle relazioni con gli Enti**

Le esperienze che abbiamo citato possono essere considerate come le “buone pratiche” del sistema cooperativo, in quanto capaci di rispondere non solo a esigenze di singoli utenti, ma anche di innovare nel sistema complessivo del welfare locale.

Sempre rimanendo in tema di innovazione, possiamo allora completare questa rassegna di esperienze significative – che naturalmente non ha alcuna pretesa di esaustività – citando alcune esperienze che ci paiono innovative sotto il profilo del rapporto tra cooperazione e committenza pubblica, anche nella direzione della co-progettazione e della partnership.

“Abbiamo un progetto insieme al Comune. Non c’è stata gara di appalto, ma un disciplinare che ha dato tutto l’incarico al consorzio... il Comune partecipa ad un bando regionale di cui noi siamo i partner e il Comune cofinanzia con il 50%, noi cofinanziamo con le ore dei mediatori... stiamo costruendo una partnership anche per dimostrare che non partecipiamo solo al massimo ribasso...” (Coop. 4)

“in piccolo un’esperienza ce l’abbiamo avuta nel nostro centro disabili, è residenziale più diurno dal lunedì al venerdì, il Consorzio socioassistenziale ci ha detto di aprirlo anche al sabato per sollevare un po’ le famiglie... noi abbiamo fatto il progetto, la brochure, quando è stato presentato pubblicamente il Consorzio ha dato rilievo alla cooperativa... comunque l’articolo sul giornale c’è stato, il progetto è stato presentato dal nostro presidente e quindi di per sé non abbiamo lavorato male in quella occasione... è partito come progetto sperimentale, il Consorzio socio assistenziale ha cercato i fondi e ora è un anno e mezzo che va avanti...” (Coop. 8)

“su un quartiere noi gestiamo le assistenti sociali, abbiamo i nostri assistenti sociali e gli educatori su di un quartiere... hanno fatto una esperienza coraggiosa, hanno deciso di delineare un quartiere, strutturare un gara, un capitolato... poi c’è sempre fatica ad attuarlo ma lì l’integrazione è totale con il Consorzio socio

assistenziale, dall'utilizzo della carta intestata a... noi poi abbiamo un po' investito come cooperazione anche nella formazione, anche per fare qualche esperienza pilota... stiamo ancora lavorando su questo..." (Coop. 10)

"in altri casi c'è la famiglia che vuole noi, ma il comune ha una cooperativa che costa meno, allora la famiglia mette la differenza di prezzo..." (Coop. 12)

"In quel Comune abbiamo un accordo per cui l'equivalente del canone di affitto [di una struttura residenziale gestita dalla cooperativa] lo diamo in servizi per il comune, ad esempio gli educatori che fanno estate ragazzi, l'educatore che interviene sulle emergenze, facciamo la mensa per gli operai del comune presso la casa di riposo... su questo siamo entrati in trattativa privata anziché in gara di appalto..." (Coop. 17)

"Abbiamo fatto un tariffario interno per ogni servizio al di sotto del quale nessuno può fare un'offerta... in questi ultimi anni ci chiamano perché diamo garanzie sul basso turn over, sulla qualità... una cooperativa che è entrata e che abbiamo escluso è perché continuava a fare offerte troppo basse." (Coop. 17)

Tuttavia, nonostante la varietà di esperienze prodotte dalla cooperazione sociale, e nonostante le capacità di innovazione che essa ha pur manifestato – anche se ovviamente non sempre e non allo stesso livello in tutte le sue componenti – ci pare utile concludere questo paragrafo citando le osservazioni di due nostri interlocutori, significative forse della difficoltà della cooperazione qualificarsi come soggetto in grado – collettivamente – di dare risposte interessanti a quelli che si possono chiamare i “fallimenti” del mercato e del pubblico.

"In questa Provincia c'è ancora poco la conoscenza di cos'è la cooperazione, c'è ancora tantissimo il vissuto del fornitore di manodopera, è la differenza rispetto a Torino ma anche rispetto ad altre province... essere individuati come partner già solo in una convenzione è un gran passo avanti..." (Coop. 10)

"La cooperazione sociale in Cuneo non è vista come un sistema, non lo interpella nessuno come sistema, né il pubblico né il privato... le famiglie non sanno assolutamente cos'è la cooperazione sociale." (Coop. 12)

## CAPITOLO 4. PROSPETTIVE DI INTERVENTO

L'analisi fin qui condotta ha esplorato il sistema provinciale di welfare locale e la cooperazione sociale da diversi punti di vista, individuandone caratteristiche e dinamiche di trasformazione. Questo capitolo conclusivo pone l'accento sulla innovazione e la qualità dei servizi, come tema centrale attorno a cui ipotizzare alcune tracce di lavoro condivise.

### 4.1 In sintesi

Con tutti i rischi di parzialità, ci pare innanzitutto utile riprendere quelle che ci sembrano essere le principali acquisizioni della ricerca.

1. La Provincia di Cuneo si caratterizza negli ultimi anni per un sistema di welfare provinciale tendenzialmente in crescita – almeno con riferimento all'ammontare delle risorse negli ultimi anni disponibili da parte dei Consorzi – e con alcune caratteristiche peculiari, a confronto con il dato regionale: un maggior numero, in proporzione alla popolazione, di utenti serviti; una più forte presenza del “servizio sociale professionale” rispetto ai servizi residenziali; una forte disomogeneità tra gli enti gestori in quanto ad ampiezza dei territori, consistenza della popolazione servita e ammontare delle risorse disponibili per abitante (con un rapporto di 1 a 2 tra il Consorzio con maggiori risorse ed il Consorzio con minori risorse pro-capite) (Cfr. par. 1.1 e 1.2).

2. Una novità assai rilevante è costituita dalla diffusa sperimentazione di un processo di programmazione dei servizi sociali su base territoriale che ha dato vita ai primi Piani di zona. Si tratta di un processo che ha avuto grandi caratteri di apertura all'insieme degli attori presenti sui territori, ma anche elementi di debolezza. Sotto il profilo del processo, l'intero percorso si è presentato quasi ovunque come un percorso a “legami deboli” tra le varie fasi: raramente è evidente la consequenzialità tra le fasi di analisi di contesto, elaborazione progettuale dei tavoli tematici, selezione dei progetti e definizione dei contenuti del documento finale di pianificazione; sotto il profilo del risultato programmatico, i Piani di Zona si presentano più come “agende di lavoro” che come programmi di intervento cui si possa dare attuazione (Cfr. par. 2.4).

3. Il portato più significativo di questo primo ciclo di programmazione sociale, è probabilmente da un lato il progressivo rafforzamento dei consorzi socio-assistenziali in qualità di attori chiave, per quanto non esclusivi, della programmazione e del “governo” territoriale del sistema dei servizi sociali, e dall'altro il consolidarsi di un rapporto dei Consorzi con le ASL e l'emergere del tema della integrazione socio-sanitaria come tema al centro dell'azione: numerosi sono, non a caso, i progetti di semplificazione e razionalizzazione degli interventi che vedono la presenza dei due attori (Cfr. par. 2.3).

4. In rapporto alle modalità di produzione ed erogazione dei servizi emerge una crescente dinamica di esternalizzazione che si accompagna ad un accresciuto ruolo della cooperazione sociale in questo ambito e, in alcuni casi, all'affacciarsi di forme inedite di collaborazione tra pubblico e privato sociale (Cfr. par. 1.2 e 1.4).

5. Il sistema della cooperazione sociale è in una fase di crescita, anche, ma non solo, per effetto delle dinamiche di esternalizzazione. Sistema della cooperazione sociale, che, nel confronto anche qui con il dato regionale, si caratterizza, per un verso, per una più accentuata dinamica di crescita,

sia negli occupati che nel fatturato e, per un altro verso, per dimensioni aziendali inferiori a quelle medie piemontesi (Cfr. par. 1.3).

6. Le cooperative sociali appaiono già attualmente presenti in termini capillari nella gamma dei servizi del welfare locale. La cooperazione sociale è presente, seppur con diversa intensità, su tutti i target ed in una ampia gamma di servizi, da quelli territoriali, a quelli residenziali, alla ricerca e formazione, ai servizi “di sistema” (Cfr. par. 3.2).

7. Il tessuto cooperativo è fortemente eterogeneo. Abbiamo individuato 4 tipologie di cooperative, per le quali non è la variabile dimensionale a costituire elementi di discriminazione, ma piuttosto i percorsi di crescita seguiti, nel rapporto con il territorio – con cooperative che hanno seguito percorsi di radicamento territoriale oppure di estensione geografica – e nella costruzione del mix servizi/utenza – con cooperative che hanno seguito percorsi di specializzazione, ovvero di integrazione verticale sulla filiera dei singoli target, ovvero di diversificazione. Ad ognuna delle tipologie individuate corrispondono differenti fattori competitivi, che rendono impossibile immaginare percorsi univoci di sviluppo delle imprese cooperative (Cfr. par. 3.3 e 3.4).

8. La cooperazione sociale svolge una pluralità di funzioni nel sistema del welfare. Tali funzioni sono almeno le seguenti (Cfr. par. 3.5):

- a. garantire maggiori margini di flessibilità al sistema, in particolare nell'utilizzo delle risorse professionali;
- b. gestire servizi fortemente personalizzati e innovare nella gamma dei servizi offerti;
- c. fornire una interfaccia più facilmente accessibile, perché meno designante, tra utenti e sistema dei servizi pubblici, fino al punto di poter intercettare segmenti di utenza irraggiungibili per il servizio pubblico, ad esempio con riferimento a target giovanili;
- d. erogare servizi integrati, ovvero costruire forme di integrazione del sistema dei servizi pubblici.

Se queste sono alcune delle caratteristiche del welfare e della cooperazione provinciale, la ricerca offre anche spunti utili ad individuare possibili linee di azione.

## **4.2 Innovazione e qualità dei servizi**

Il tema della innovazione e della qualità dei servizi può essere assunto come l'asse di riferimento intorno a cui articolare ipotesi di intervento.

Da un lato infatti il sistema del welfare locale si trova nella necessità di razionalizzare le spese senza ridurre quantità e qualità dell'intervento, così come di consolidare la metodologia della programmazione sociale territoriale. Dall'altro la cooperazione sociale ha di fronte a sé la sfida di affermarsi come attore capace di giocare un ruolo di trasformazione del sistema del welfare locale, valorizzando le funzioni di personalizzazione del servizio, innovazione, interfaccia, integrazione, a fronte di quella – che le è più facilmente riconosciuta – di flessibilizzazione del sistema.

E' forse ragionando sul ciclo della innovazione – e sulle strozzature oggi esistenti in questo ciclo – che è possibile affrontare il tema della trasformazione del sistema locale di welfare e del ruolo che in questa trasformazione può giocare la cooperazione sociale.

Possiamo intanto distinguere tra innovazione di processo ed innovazione di prodotto/servizio, poiché diversi sono i circuiti attraverso cui si sviluppano e le condizioni che le sorreggono. Successivamente, vedremo quali sono le caratteristiche più generali di un ambiente favorevole alla innovazione.

### L'innovazione di prodotto/servizio

Parliamo di innovazione di prodotto – o di servizio, come più opportuno in questo caso – quando un operatore mette a punto un tipo di servizio prima inesistente, per far fronte a bisogni prima ignorati.

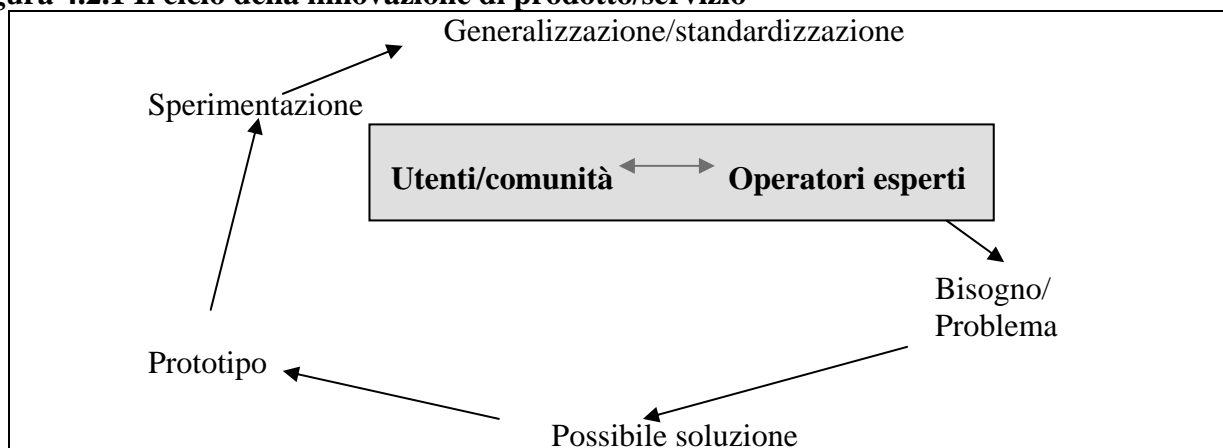
Sono esempio di questo processo diverse delle esperienze che abbiamo citato al paragrafo 3.5, laddove, a fronte di un rapporto stretto con una particolare utenza, o anche con un territorio, un quartiere, una comunità, si coglie un bisogno prima inespresso, si consente all'utente di articolare una domanda, ovvero si coglie un problema laddove vi era solo una situazione confusa ed avvertita come insoddisfacente.

In effetti problema e soluzione si definiscono reciprocamente e di pari passo. Laddove non si intraveda neanche la direzione in cui cercare una soluzione, il problema stenta ad emergere; viceversa è definendo il problema in modo tale da poter essere affrontato che si definiscono e ridefiniscono i bisogni: è questa la modalità attraverso la quale, in stretta interazione con utenti e/o comunità, operatori esperti, in grado cioè di intravedere possibili soluzioni, definiscono insieme agli utenti problemi e soluzioni.

La soluzione così immaginata può venir sperimentata, divenire prototipo e successivamente, se funziona e se incontra bisogni effettivi, potrà anche essere generalizzata e codificata.

La Figura 4.2.1 offre una rappresentazione di questo ciclo di innovazione che riguarda i prodotti/servizi nel campo sociale.

**Figura 4.2.1 Il ciclo della innovazione di prodotto/servizio**



### L'innovazione di processo

Si intende, normalmente, per innovazione di processo, la modifica delle modalità attraverso le quali viene "prodotto" un determinato servizio, ferme restando le caratteristiche di fondo del servizio.

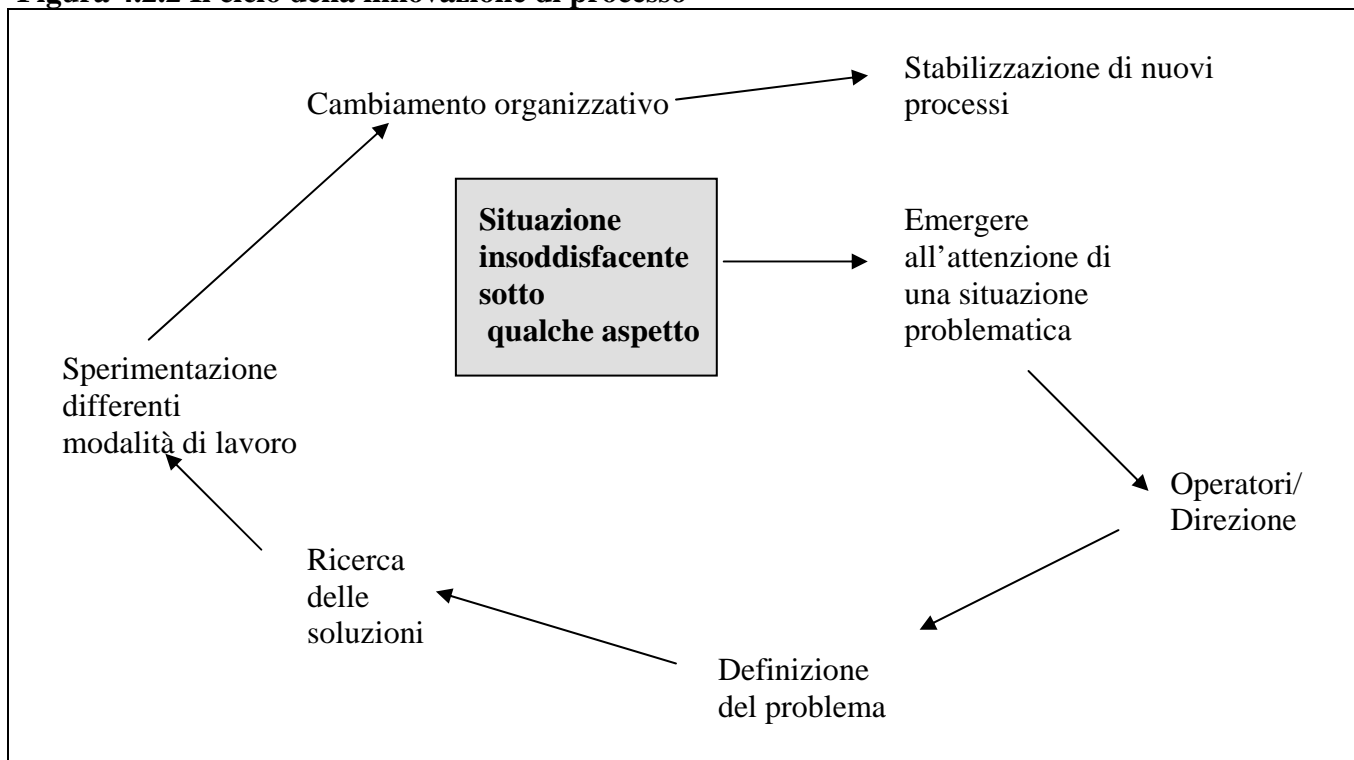
Può trattarsi di innovazioni più o meno radicali, nel senso che possono apportare migliorie marginali al processo, ovvero ridefinire completamente le modalità con cui il servizio viene erogato. In quest'ultimo caso, è evidente che il confine con la innovazione di prodotto si fa molto labile, perché, in particolare nel campo dei servizi, la produzione di un servizio con modalità del tutto innovate può in qualche misura modificare anche le caratteristiche del servizio stesso (il passaggio dalla assistenza agli anziani all'interno di strutture, alla assistenza domiciliare è innovazione di processo o di prodotto? L'una e l'altra, in qualche misura). In ogni caso, al di là di situazioni limite, la distinzione tra innovazione di processo ed innovazione di prodotto è utile per distinguere tra la "invenzione" di un nuovo servizio, che arricchisce la gamma delle possibili risposte ai problemi di natura sociale, e la "invenzione" di modalità diverse per erogare i medesimi servizi. In entrambi i casi, possiamo ritenere che migliori la qualità dell'intervento, perché maggiori e più adeguate sono le risorse e le risposte possibili a fronte di situazioni problematiche.

L'innovazione di processo, diversamente dalla innovazione di prodotto, si produce all'interno di processi di erogazione standardizzati e ad elevata replicabilità e nasce dalla riflessione sulla inadeguatezza, sui limiti, sui vincoli delle soluzioni praticate.

Se la innovazione di prodotto nasce dal confronto tra utenti/comunità ed operatori, la innovazione di processo nasce piuttosto dal confronto tra operatori e dalla rilevazione costante - ancorché non formalizzata - delle reazioni degli utenti e della capacità dell'intervento, così come erogato, di produrre i risultati attesi; ma anche dalla rilevazione della capacità della organizzazione di conseguire i risultati quantitativi e di costo previsti.

La Figura 4.2.2 sintetizza schematicamente questo ciclo di innovazione relativo ai processi.

**Figura 4.2.2 Il ciclo della innovazione di processo**



Si tratta di processi che possono essere più o meno formalizzati: le modalità con cui una situazione insoddisfacente diviene oggetto di intervento possono essere le più diverse, e possono vedere o meno l'intervento della direzione aziendale. In ogni caso, la maggior arte delle innovazioni di processo si producono, almeno nel campo dei servizi, attraverso la stretta interazione tra operatori, il confronto sulle pratiche seguite, la ricerca di soluzioni, anche attraverso il confronto con operatori esterni che adottano pratiche differenti, la sperimentazione di modalità innovative, per giungere infine, sovente dopo innumerevoli tentativi e sperimentazioni di differenti soluzioni, alla stabilizzazione dei nuovi processi di lavoro.

In entrambi i casi, della innovazione di processo e della innovazione di prodotto, si ritiene che, nel campo dei servizi, sia centrale il ruolo degli operatori direttamente coinvolti nella erogazione del servizio.

### **Ambienti favorevoli alla innovazione**

L'innovazione è imprevedibile ed inaspettata: non si può intenzionalmente produrre innovazione, si possono intenzionalmente produrre le condizioni che facilitano lo svilupparsi dell'innovazione, si possono costruire ambienti favorevoli alla innovazione.

Tra le condizioni che sembrano facilitare l'emergere di fenomeni innovativi, vi sono le seguenti:

- articolate reti di relazioni che connettano tra di loro gli operatori ed il gruppo di operatori con professionisti esterni (reti corte aziendali e territoriali e reti lunghe professionali);
- relazioni tra gli attori ispirate alla cooperazione più che alla competizione;
- capacità di ascolto reciproco tra gli operatori, e tra gli operatori e gli utenti;
- contesti che favoriscano la contaminazione tra competenze diverse, tra saperi disciplinari differenti;
- stabilità delle relazioni e dei contesti; possibilità di cumulare esperienze e apprendere dalla esperienza;
- propensione ad assumere i rischi connessi a sperimentazioni che non vadano a buon fine;
- basi informative che consentano di ancorare la percezione di bisogni inespressi a conoscenze più oggettive sui contesti sociali;
- diffuse prassi valutative sulla qualità dei servizi, gli effetti prodotti, le percezioni degli utenti.

### **4.3 Le criticità sulla strada della innovazione**

L'analisi che abbiamo svolto nei capitoli precedenti ci porta ad individuare una serie di "strozzature" nei circuiti dell'innovazione, ed alcune caratteristiche del sistema di relazioni tra gli attori che non sembrano favorire l'attivazione di processi di innovazione.

a) Con riferimento alla innovazione di prodotto/servizio, abbiamo visto come la cooperazione abbia una attitudine alla forte personalizzazione dell'intervento, e quindi sia potenzialmente capace di avviare le prime fasi del ciclo dell'innovazione, dalla esplorazione dei bisogni degli utenti alla definizione delle possibili soluzioni. Gli snodi critici sembrano quindi essere:

- la difficoltà a finanziare la fase di prototipazione-sperimentazione.

La definizione di nuovi prodotti/servizi nasce – nella generalità dei casi – al di fuori dei rapporti contrattuali in essere. Per definizione, trattandosi di servizi innovativi, difficilmente vengono

sperimentati dentro ad un quadro di rapporti già definiti con un Ente committente (Consorzio, ASL, Comune e via discorrendo).

La questione che si pone è quindi quella delle risorse necessarie ad avviare la fase di sperimentazione, senza della quale non è pensabile che un servizio possa essere proposto su più ampia scala come risposta efficace ad un determinato problema;

- la difficoltà a proporre la generalizzazione.

Solo quando il servizio innovativo abbia superato il vaglio di una accurata sperimentazione, e dato prova di poter conseguire buoni risultati, se ne può proporre la generalizzazione e la adozione su di una scala più ampia di quella adottata nella sperimentazione.

E' questo il momento cruciale in cui un "servizio al pubblico" può divenire "servizio pubblico", entrare cioè nel novero dei servizi finanziati dalle risorse del welfare locale.

Si tratta qui di definire strumenti e canali di comunicazione tra la cooperazione ed i soggetti finanziatori (intendiamo riferirci soprattutto ai Consorzi e alle ASL) che possano facilitare la "emersione" dei servizi innovativi.

b) Con riferimento alla innovazione di processo, i nodi critici sembrano essere:

- la durata talvolta molto breve, annuale, dei contratti, che rende difficile quella continuità e significatività della esperienza realizzata dagli operatori, dalla quale si può generare la consapevolezza di elementi di debolezza dei processi di servizio, e la conseguente elaborazione di diverse articolazioni dei processi stessi;

- modelli organizzativi interni alle cooperative che non sempre assumono come elemento rilevante la costruzione di momenti di confronto e scambio sulle pratiche professionali tra gli operatori;

- contesti organizzativi che non sempre hanno il giusto grado di apertura alla più ampia comunità professionale di chi opera su temi analoghi in altri luoghi organizzativi, più o meno distanti sul territorio;

- infine, dimensioni aziendali sovente troppo piccole per consentire quel minimo di autofinanziamento necessario a sviluppare articolati progetti innovativi, nonché a sostenere le attività di confronto e scambio professionale.

c) Con riferimento alle caratteristiche più complessive dell'ambiente, guardando sia alle caratteristiche del sistema di welfare locale, che al sistema della cooperazione sociale, è possibile individuare alcune altre potenziali criticità:

- la scarsa disponibilità di dati ed informazioni. Abbiamo visto come i processi di innovazione si generino all'intero di reti di relazioni – tra operatori ed operatori, tra operatori ed utenti, tra operatori e comunità – che veicolano una grande ricchezza e varietà di informazioni rilevanti. Questo però non esclude che la disponibilità di dati ed informazioni di natura più oggettiva, condivisibili da parte di gruppi ampi di operatori, non possa essere di sostegno alla riflessione ed elaborazione.

In particolare vogliamo riferirci sia a dati conoscitivi sui bisogni per così dire “emersi”, visibili e sul sistema della offerta di servizi – già abbiamo segnalato, nel primo capitolo, come uno dei punti di debolezza del percorso di costruzione dei Piani di Zona sia stato anche nella frammentarietà e non sistematicità dei dati di contesto su cui si è in genere lavorato – ma anche vogliamo riferirci a dati che consentano una valutazione il più possibile condivisa sulla qualità dei servizi e sui risultati conseguiti;

- la permanente difficoltà della cooperazione sociale, segnalate in diverse delle interviste che abbiamo condotto, ad operare come sistema, mettendo in comune esperienze e apprendimenti, condividendo pratiche professionali e stimoli progettuali;

- infine, ci pare di poter rilevare una difficoltà a produrre “innovazione di sistema”, a definire cioè strategie condivise di trasformazione dei sistemi di welfare locale. Le debolezze rilevate nel processo di definizione dei Piani di Zona, sono in definitiva anche difficoltà a costruire contesti di confronto tra tutti gli attori di un territorio per sottoporre ad analisi critica lo “stato dell’arte” del welfare locale per definirne strategie e prospettive condivise di sviluppo e trasformazione.

Proviamo, nell’ultimo paragrafo, ad indicare alcune possibili strategie per affrontare le criticità indicate.

#### **4.4 Ipotesi di lavoro**

Quello che si va costruendo è un sistema di welfare locale molto articolato ed integrato, con la presenza di una grande varietà di attori: Amministrazione provinciale, Amministrazioni comunali, Consorzi e Comunità Montane, ASL, cooperazione sociale, operatori privati, organizzazioni del volontariato, Fondazioni bancarie.

Rimuovere gli ostacoli alla innovazione e alla trasformazione del sistema di welfare locale, richiede, evidentemente, di operare su una pluralità di terreni e sollecita azioni da parte di tutti gli attori, pubblici e privati.

In particolare, richiede di lavorare sul sistema di relazioni e sulla interfaccia tra pubblico e privato sociale.

Gli assetti possibili nelle relazioni e nei ruoli dei diversi attori sono ovviamente numerosi; proveremo di seguito ad indicare alcune ipotesi di lavoro, ben sapendo tuttavia che molte possono essere le ipotesi alternative, altrettanto valide, e che si tratta semplicemente di offrire degli spunti di discussione, sollecitazioni ad una riflessione che deve impegnare tutti gli attori in campo.

#### **Il rapporto tra soggetti gestori e cooperazione**

Uno dei punti cruciali, anche per l’impostazione che abbiamo dato a questa ricerca, è nella definizione del rapporto tra enti gestori (Consorzi ma anche ASL) e cooperazione.

Come sottolinea il rapporto su “Pubblici Servizi e Terzo Settore” redatto da un Comitato del Parlamento britannico<sup>21</sup>, la capacità del terzo settore di erogare servizi con un forte focus

---

<sup>21</sup> House of Commons, Public Administration Select Committee, “Public Services and the Third Sector: Rhetoric and Reality”, luglio 2008. La pubblicazione è disponibile al seguente indirizzo internet: [www.parliament.uk/pasc](http://www.parliament.uk/pasc)

sull'utenza, e di innescare processi di innovazione, è fortemente condizionata dalle modalità con cui vengono disegnati ed appaltati i servizi da parte dell'operatore pubblico.

E' nel disegno delle "regole del gioco" che si costruiscono alcune delle condizioni necessarie alla innovazione.

In particolare, il citato rapporto indica alcune delle caratteristiche che contraddistinguono quello che viene definito "intelligent commissioning" (pagg. 55 e segg.):

- la progettazione delle caratteristiche specifiche del servizio da affidare in gestione con il coinvolgimento degli utenti e del terzo settore, in quanto potenziale rappresentante del punto di vista dell'utenza e in particolare di quella utenza difficilmente raggiungibile dagli operatori pubblici;
- la esplicitazione e valutazione del "valore aggiunto" che il Terzo Settore può apportare alla erogazione di servizi, al di là di elementi inerenti strettamente il servizio stesso; si vuol far qui riferimento al fatto che affidare la gestione di servizi ad organismi del terzo settore con un forte radicamento territoriale produce effetti positivi indiretti (valore aggiunto) che è bene considerare nella valutazione comparativa di diverse soluzioni gestionali. Tali benefici indiretti attengono al coinvolgimento delle comunità locali e allo sviluppo di un senso di "proprietà" dei servizi da parte della collettività, così come alla costruzione di fiducia e di capitale sociale. Questo insieme di parametri che possono integrare la valutazione dei progetti, costituiscono le "social clauses" o "clausole sociali";
- la definizione in sede di appalto dei risultati attesi dall'intervento e non delle modalità di erogazione dei servizi. Definire in maniera troppo stringente le modalità di erogazione di un servizio, se da un lato può essere garanzia di livelli accettabili di qualità delle prestazioni, dall'altro però rischia di rendere più difficoltosa la "invenzione" di modalità differenti e più efficaci di erogazione dei servizi;
- la previsione di una durata pluriennale per l'affidamento in gestione dei servizi.

Più in generale, il Rapporto sottolinea come "incorporare pratiche come i contratti pluriennali, il coinvolgimento degli utenti nel disegno dei servizi o la valutazione dei più ampi benefici, richiede la presenza di un gruppo di persone che istintivamente comprenda i vantaggi di un tale modo di lavorare" (pag. 63); segnalando come la costruzione di diversi rapporti tra enti gestori e terzo settore passi anche attraverso la percezione più diffusa delle specificità e potenzialità del Terzo settore.

### **Il ruolo possibile delle Fondazioni**

Abbiamo detto di come la innovazione di prodotto/servizio si produca al di fuori, spesso, di rapporti contrattuali, ma necessari di fonti di finanziamento per le fasi di prototipazione e sperimentazione.

Può essere questo un terreno su cui le Fondazioni bancarie sperimentano un proprio autonomo e significativo ruolo, dando continuità ed esplicitando una funzione che, in diversi casi, già svolgono. Sono infatti diverse le esperienze, tra quelle che abbiamo censito, in cui iniziative con contenuti innovativi sono state avviate dalle cooperative godendo di un finanziamento delle Fondazioni bancarie.

Si tratta, su questo terreno, di riconoscere una funzione specifica delle Fondazioni. E' infatti possibile immaginare che attraverso bandi dedicati, annuali o biennali, le Fondazioni finanzino progetti con caratteristiche di innovatività sotto il profilo dei servizi erogati, con un vincolo di non rifinanziabilità dei medesimi progetti; i quali, se dimostrano di funzionare, dovrebbero poter entrare nel circuito "ordinario" dei servizi finanziati dagli enti gestori.

### **Il ruolo della Amministrazione provinciale**

Il processo di definizione dei Piani di Zona può costituire il momento in cui si fanno emergere e si consolidano i processi innovativi, sia sotto il profilo della innovazione di processo che di prodotto, attivati su di un territorio, così come il momento in cui si definiscono strategie ed assetti per il periodo successivo.

Il ruolo della Amministrazione provinciale può essere letto proprio in relazione alla possibilità di migliorare il processo di definizione dei Piani di Zona.

Tale processo – come abbiamo mostrato al paragrafo 2.4 – potrebbe trarre qualche vantaggio da:

- la costruzione di sedi di confronto tra gli enti gestori sulle metodologie e le prassi seguite per la scelta degli interlocutori, la costruzione dei tavoli, la redazione dei progetti, la selezione delle proposte, la costruzione di raccordi tra il documento di Piano e i documenti di programmazione dei singoli enti;
- la costruzione e condivisione di basi informative sui contesti sociali e sull'offerta di servizi;
- la realizzazione di attività di monitoraggio e valutazione sullo stato di attuazione dei Piani di Zona e sul sistema dei servizi sociali, e la circolazione di tali analisi.

Sono tutti ambiti nei quali la Provincia potrebbe proporsi di assumere un ruolo di riferimento, sviluppando al suo interno una serie di funzioni, oggi presenti solo molto embrionalmente.<sup>22</sup>

### **La cooperazione sociale**

Infine, la cooperazione sociale. Diverse sono le questioni che la ricerca solleva in merito alle possibili strategie di sviluppo della cooperazione sociale.

Se infatti si può sostenere, come abbiamo cercato di argomentare, che la cooperazione sociale svolga un ruolo attivo di trasformazione del sistema di welfare locale, è bensì vero anche il reciproco, e cioè che le caratteristiche e l'evoluzione del welfare locale impongono una trasformazione della cooperazione sociale.

Vogliamo qui richiamare tre punti, strettamente collegati al tema dello sviluppo e del sostegno della capacità di innovazione della cooperazione:

- a) la questione delle dimensioni d'impresa;
- b) la questione delle forme consortili;
- c) la questione della valutazione della qualità dei servizi.

---

<sup>22</sup> Si rimanda nuovamente al paragrafo 2.4 per un più ampio discorso sulle funzioni che l'amministrazione provinciale potrebbe presidiare.

a) Le capacità di innovazione di una cooperativa sono correlate alle dimensioni aziendali? Non è possibile una risposta univoca. Al paragrafo 3.3 abbiamo costruito una tipologia di cooperative prescindendo dalla variabile dimensionale. Sono le strategie ed i percorsi di sviluppo seguiti quelli che differenziano la “dotazione” di risorse competitive delle imprese. In particolare sono i percorsi di integrazione verticale sulla filiera rappresentata da specifici target, o di radicamento territoriale, quelli che sembrano mettere le cooperative in condizione di leggere i bisogni emergenti dei target o dei territori di riferimento. La innovazione di prodotto/servizio non sembra così essere correlata alla variabile dimensionale, quanto piuttosto alle strategie ed ai percorsi di sviluppo seguiti dalle singole cooperative.

Diverso è il discorso per la innovazione di processo. Abbiamo richiamato – al precedente paragrafo 4.2 - alcuni degli elementi che sembrano facilitare l’emergere di innovazioni di processo. Essi riguardano non solo il tipo di rapporto che si instaura con il committente, ma anche i modelli organizzativi e gestionali delle cooperative: una stretta interazione tra gli operatori, forme di coordinamento che consentano lo scambio di pratiche ed esperienze, il confronto continuo con la più ampia comunità professionale dei “professionisti” del settore, la consuetudine alla rilevazione della qualità dei servizi ed alla valutazione degli esiti degli stessi nonché l’attitudine alla libera circolazione di questi dati; sono tutti elementi che possono innescare processi di apprendimento e di innovazione. Al tempo stesso, sono elementi la cui introduzione implica in ogni caso dei costi – di coordinamento e di comunicazione – e pone pertanto il problema della sostenibilità: non vi è dubbio, ci pare, l’aumento della dimensione di impresa possa rendere tali costi maggiormente sostenibili.

In sostanza, ci pare che il tema di favorire uno sviluppo dimensionale per le imprese cooperative, si ponga anche in questo settore, in particolare in un sistema cooperativo come quello della provincia di Cuneo, caratterizzato da dimensioni d’impresa mediamente più ridotte – come abbiamo mostrato al paragrafo 1.3 - rispetto alla dimensione media regionale.

b) Il ruolo dei Consorzi. La ricerca si è concentrata in particolare sulle caratteristiche delle aziende cooperative piuttosto che sui Consorzi di cooperative. Tuttavia, è possibile indicare alcune questioni che sembrano aperte in tema di ruolo e funzioni dei Consorzi.

Richiamando i dati presentati e commentati al paragrafo 1.3, si può notare come, a fronte di una minore dimensione media aziendale, e forse proprio in relazione a questa, l’adesione a Consorzi in Provincia di Cuneo riguarda una più alta percentuale di cooperative, sempre in confronto con il dato regionale (si veda il grafico 1.3.4). La costituzione di Consorzi ha in effetti rappresentato tradizionalmente, la risposta elaborata dalla cooperazione per ovviare ai vincoli posti dalle limitate dimensioni aziendali.

Dal punto di vista della analisi che abbiamo condotto, il Consorzio rappresenta una delle modalità per potenziare i fattori competitivi della “capacità commerciale” e della “capacità progettuale”<sup>23</sup>. Occorre tuttavia notare come la presenza di numerosi Consorzi solleciti una azione di “razionalizzazione” del settore, che passa necessariamente dalla specializzazione dei Consorzi, per evitare che Consorzi diversi insistano sugli stessi segmenti di mercato, così come per migliorarne la capacità di “lettura” dei diversi segmenti di mercato.

Possiamo qui solo indicare come questo percorso di specializzazione potrà avvenire o in relazione a filiere/target di utenza o in relazione a specifici ambiti territoriali. Le specializzazioni che in tal

---

<sup>23</sup> Vedi *infra* pag. 68 e segg.

senso pure esistono di fatto, andrebbero forse meglio esplicitate e perseguite attraverso strategie intenzionali da parte della cooperazione provinciale.

c) Infine, l'ultima questione. Abbiamo visto come la cooperazione svolga una serie di funzioni all'interno del sistema di welfare:

- gestire servizi fortemente personalizzati e innovare nella gamma dei servizi offerti;
- fornire una interfaccia più facilmente accessibile, perché meno designante, tra utenti e sistema dei servizi pubblici, fino al punto di poter intercettare segmenti di utenza irraggiungibili per il servizio pubblico, ad esempio con riferimento a target giovanili;
- erogare servizi integrati, ovvero costruire forme di integrazione del sistema dei servizi pubblici.

Si tratta evidentemente di funzioni per le quali si può argomentare che la cooperazione abbia maggiori risorse, rispetto ad altri soggetti, per svolgerle.

Tuttavia, se la cooperazione vuole essere riconosciuta come capace di svolgere tali funzioni, e non solo come soggetto in grado di garantire maggiori margini di flessibilità al sistema, sta alla cooperazione stessa l'onere di provare che è in grado effettivamente di assolverle con efficacia.

Si tratta, ci sembra, di accompagnare ogni rilevante intervento con una attività di valutazione e di monitoraggio della qualità degli interventi – realizzata da soggetti terzi, indipendenti dalla cooperativa che eroga il servizio – che documenti la qualità dei servizi, la capacità di conseguire risultati, la capacità di produrre “valore aggiunto”. E in molti casi – in particolare quando l'utente è in carico ad un servizio con continuità e/o per larga parte della propria giornata - anche la sola attività di rilevazione della customer satisfaction, cioè della qualità percepita dagli utenti, può essere sufficiente a valutare la capacità di fornire prestazioni di elevato livello.

# ALLEGATI

## ALLEGATO 1. I SOGGETTI CHE HANNO PRESO PARTE AL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEI PIANI DI ZONA

Tabella 1.1

Piano di zona	Componenti del coordinamento politico
Piano di zona del Consorzio socio-assistenziale Alba-Langhe-Roero	Presidente del Consorzio; Direttore del Consorzio; Presidente dell'assemblea del Consorzio; Segretario del Consorzio; Assessore Provinciale ai servizi sociali; Funzionaria provinciale dell'Area servizi alla persona; Direttore Generale dell'Asl 18; 9 membri del Consiglio di amministrazione del Consorzio
Piano di zona del Consorzio Intesa	Presidente del Consorzio; Direttore del Consorzio; Sindaco di Bra; Sindaco di Ceresole d'Alba; Sindaco di La Morra; Sindaco di S. Vittoria d'Alba (presidente Ass. sindaci); Direttore generale Asl Alba-Bra; Assessore alle politiche sociali della Provincia di Cuneo; Direttore generale del Comune di Bra; Dirigente dei Servizi alla persona della Provincia di Cuneo
Piano di zona del Consorzio per i servizi socio-assistenziali del monregalese	Presidente del Consiglio di amministrazione del Consorzio; Direttore del Consorzio; Presidente del Comitato dei sindaci del Distretto sanitario di Mondovì; Rappresentante della Provincia di Cuneo; 5 sindaci di Comuni identificati all'interno delle 5 sedi territoriali del Consorzio; Direttore del Distretto sanitario di Mondovì; Direttore amministrativo dell'Asl
Piano di zona del Consorzio Monviso solidale	Presidente del Consiglio di amministrazione del Consorzio; il Presidente della I Commissione assembleare (bilancio); 7 sindaci membri della I Commissione assembleare (3 sindaci dei Comuni maggiori, 2 sindaci di comuni medi, 1 sindaco di un comune piccolo, 1 sindaco di un comune montano) a cui si aggiunge un ulteriore sindaco di un comune montano, 2 consiglieri di amministrazione (1 per il territorio del saluzzese ed 1 per il territorio Fossanese-Saviglianese); Direttore generale dell'Asl; assessore provinciale Area servizi alla persona
Piano di zona del cebano	Presidente Comunità Montana Alta Val Tanaro; Presidente Comunità Montana Valli Mongia, Cevetta e Langa Cebana; rappresentanti dei Comuni di Gottasecca, Murazzano, Saliceto; Assessore provinciale Area servizi alla persona; Commissario Asl 16
Piano di zona del Consorzio socio-assistenziale del cuneese	Presidente dell'assemblea dei sindaci del Consorzio; Presidente dell'assemblea consortile del Consorzio; Presidente della Comunità Montana Valli Gesso e Vermenagna; Sindaco del Comune di Cuneo; Presidente della conferenza dei sindaci dell'Asl 15; Commissario Asl 15

**Tabella 1.2**

Piano di zona	Componenti dell'ufficio di piano
Piano di zona del Consorzio socio-assistenziale Alba-Langhe-Roero	Direttore del Consorzio ; Vice direttore del Consorzio; Responsabile Area Territoriale del Consorzio; Funzionaria provinciale dell'Area servizi alla persona; Delegata del Dirigente Ripartizione Sicurezza Sociale ed Assistenza Scolastica del Comune di Alba; Delegato del Direttore del Dipartimento territoriale dell'Asl 18; 2 rappresentanti della cooperazione sociale; 2 rappresentanti delle istituzioni scolastiche; 1 rappresentante delle associazioni di volontariato; 1rappresentante IPAB
Piano di zona del Consorzio Intesa	Direttore del Consorzio; Direttore del distretto 2 Asl Alba-Bra; Dirigente Ripartizione Socio scolastica del Comune di Bra; 1 dirigente di un istituto scolastico dell'obbligo; 1dirigente di un istituto scolastico superiore; 1 responsabile del Centro per l'impiego Alba-Bra; 1 rappresentante delle cooperative sociali; 1 rappresentante delle associazioni di volontariato
Piano di zona del Consorzio per i servizi socio assistenziali del monregalese	Direttore del Consorzio; Dirigente delle politiche sociali del Comune di Mondovì; 1 rappresentante tecnico dei piccoli comuni; 1responsabile di area territoriale del Consorzio; responsabile dell'area handicap del Consorzio; Dirigente delle politiche sociali della Provincia; Direttore del Distretto sanitario di Mondovì; Direttore del Servizio di Psicologia; Direttore del servizio di neuropsichiatria infantile; Direttore del servizio di psichiatria; Direttore del servizio per le tossicodipendenze; Direttore del Centro per l'Impiego di Mondovì
Piano di zona del Consorzio Monviso solidale	Direttore generale del Consorzio; Segretario generale del Consorzio; Conferenza dei servizi del Consorzio; direttori dei due distretti dell'Asl; funzionario della Provincia di Cuneo.
Piano di zona del cebano	<p>1 rappresentante dell'ente gestore; 1 rappresentante della cooperazione sociale; 1 rappresentante di 1 istituzione scolastica; 1 rappresentante della Provincia di Cuneo; 1 rappresentante del volontariato socio assistenziale Alta Val Tanaro; 1 rappresentante del volontariato socio assistenziale Valli Mongia Cevetta e Langa cebana; 1 rappresentante del Centro per l'impiego di Ceva; 2 rappresentanti della cooperazione sociale; 1 rappresentante dell'Asl 16; segreteria di piano</p> <p>Si è inoltre costituito un sottogruppo composto dal rappresentante della Provincia di Cuneo; 6 rappresentanti dell'Asl; 4 rappresentanti del servizio socio assistenziale; 1 rappresentante delle istituzioni scolastiche; 1 rappresentante del centro per l'impiego; 2 rappresentanti della cooperazione sociale, 2 rappresentanti del volontariato</p>

Piano di zona del Consorzio socio assistenziale del cuneese	Presidente del Consiglio di amministrazione del Consorzio del cuneese; Presidente del Consiglio di amministrazione del Consorzio di Dronero; Presidente della Giunta della Comunità Montana Valli Gesso Vermenagna e Bisalta; Direttore del Consorzio del cuneese; Direttore del Consorzio di Dronero; Responsabile della Comunità Montana Valli Gesso Vermenagna e Bisalta; Direttore del Distretto sanitario di Cuneo dell'Asl 15; Direttore del Distretto sanitario di Dronero dell'Asl 15; Direttore del Distretto sanitario di Borgo dell'Asl 15; rappresentante dei Comuni dell'area territoriale di Dronero; rappresentante dei Comuni dell'area territoriale Comunità Montana convenzionate Valli Gesso Vermenagna e Bisalta; rappresentante dei Comuni dell'area di Boves; rappresentante dei Comuni della Comunità Montana Valle Stura
---	--

**Tabella 1.3**

Piano di zona	Componenti dei tavoli sui minori
Piano di zona del Consorzio socio-assistenziale Alba-Langhe-Roero	operatori del Consorzio; volontariato; cooperative sociali; scuola; Informagiovani Alba; Asl 18; parrocchie; associazioni sportive
Piano di zona del Consorzio Intesa	Referente "Centro per le famiglie" del Consorzio; Comune di Bra; medico Pediatra Asl Alba-Bra; Servizio di Psicologia Asl Alba-Bra; Centro per l'impiego Alba-Bra; Centro diurno; rappresentante Consulta per la famiglia; rappresentanti di 3 associazioni; 4 insegnanti di diversi istituti; rappresentanti di 2 cooperative
Piano di zona del Consorzio per i servizi socio assistenziali del monregalese	Centro servizi per il volontariato; Centro incontri Nuova Beila; Confcooperative-Federsolidarietà; Segreteria provinciale CGIL-CISL-UIL
Piano di zona del Consorzio Monviso solidale	Presidente del Consorzio; 2 amministratori comunali; 6 operatori del Consorzio; 3 operatori dell'azienda sanitaria; 1 funzionario della Provincia; 1 rappresentante della diocesi; 3 asili nido; 3 rappresentanti dei distretti scolastici; Consulta della famiglia di Savigliano; 10 associazioni; 2 comunità; 1 rappresentante della Confcooperative; 1 rappresentante della Lega Coop; 1 diocesi
Piano di zona del cebano	Assistente sociale SSA Ceva- referente area minori; Comunità Montana Valli Mongia Cevetta e Langa cebana; Comuni convenzionati (Gottasecca, Murazzano, Saliceto); Servizio di psicologia Asl 16; Servizio di neuropsichiatria infantile Asl 16; Istituto comprensivo di Gressio; Scuola primaria di Ceva; Istituto comprensivo di Ceva; Istituto superiore di Ceva; Centro formazione professionale di Ceva; Servizio socio assistenziale Ceva; Servizio socio assistenziale Ceva; Associazione accoglienza infanzia "N.S. Di Fatima" Ceva; Comunità per minori "L'isola di Peter Pan" di Murazzano; Cooperativa "il cortile"; Cooperativa "Animazione Valdocco"; Cooperativa "Animazione Valdocco"; Oratorio parrocchiale Ceva
Piano di zona del Consorzio socio assistenziale del cuneese	Comunità Montane convenzionate Bisalta e Valli Gesso e Vermenagna; Consorzio socio assistenziale del cuneese; Consorzio socio assistenziale delle Valli Grana e Maira; Asl 15; Cooperativa "Emmanuele"; Animazione Valdocco; Associazione "Bambini in Ospedale"; Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie; Caritas diocesana; AFT di Cuneo; Istituto comprensivo di Robilante; CGIL

**Tabella 1.4**

<b>Piano di zona</b>	<b>Componenti dei tavoli sugli anziani</b>
Piano di zona del Consorzio socio-assistenziale Alba-Langhe-Roero	operatori del Consorzio; volontariato; cooperative sociali; case di riposo; Asl 18; centri di incontro anziani; parrocchie; patronati
Piano di zona del Consorzio Intesa	Assistente sociale del Consorzio; rappresentante Comune di Bra; Direttore Assistenza sanitaria territoriale Asl Alba-Bra; medico di medicina generale di Cherasco; rappresentante Provincia di Cuneo; rappresentanti di 2 strutture residenziali; rappresentante Consulta volontariato di Bra; rappresentanti di 2 associazioni; rappresentante Università della terza età di Bra e della Morra; rappresentante di un Centro incontro; rappresentante sindacato pensionati CGIL; rappresentante sindacato pensionati CISL; rappresentante cooperativa sociale “Sinergie”; rappresentante progetto “Cocoon”
Piano di zona del Consorzio per i servizi socio assistenziali del monregalese	Istituto Sacra Famiglia; Ospedale di Carrù; Fondazione “F.lli Gallo”; Fondazione Sacra Famiglia; Casa di riposo “San Michele Arcangelo”; Casa di riposo “San Giuseppe”; Casa di riposo “Mons. Eula”; Croce Rossa; Federazione pensionati Cisl
Piano di zona del Consorzio Monviso solidale	3 amministratori comunali; 5 operatori del Consorzio; 4 operatori dell’azienda sanitaria; 1 rappresentante dell’associazione alcolisti in trattamento; 1 rappresentante della Caritas; rappresentanti di altre 3 associazioni; 1 rappresentante di una comunità alloggio; 1 rappresentante di una fondazione
Piano di zona del cebano	Assistente sociale SSA Ceva – referente area anziani; Comunità Montana Valli Mongia Cevetta e Langa cebana; Comunità Montana Alta Val Tanaro; Centro di salute mentale Asl 16 Ceva; Servizio di psicologia asl 16 Mondovì-Ceva; Servizio infermieristico Asl 16 Mondovì-Ceva; Servizio socio assistenziale Ceva; Casa di riposo “Comunità le rondini”; Casa di riposo “Opera Pia Garelli” IPAB; Cooperativa “Il cortile”; Cooperativa “Animazione Valdocco”; Comitato unitario pensionati lavoratori autonomi; SPI Auser (CGIL); Associazione Agape Garessio; Punto incontro Scagnello; Associazione San Vincenzo Ceva; Associazione Croce Bianca Garessio-Ormea; Associazione SEA Alta Val Tanaro Bagnasco; Caritas Garessio; Comitato femminile della Croce Rossa Monesiglio-Saliceto; Comitato attività culturali per adulti e anziani; laureanda: tesi sulla realtà delle badanti.
Piano di zona del Consorzio socio assistenziale del cuneese	Comunità Montane convenzionate Bisalta e Valli Gesso e Vermenagna; Consorzio socio assistenziale del cuneese; Consorzio socio assistenziale delle Valli Grana e Maira; Asl 15; Cooperativa “La Grolla”; Cooperativa “Le magnolie due”; Confcommercio; Grand Anteas; Associazione volontari C.A.S.A.; Auser; Acli; Caritas diocesana; CISL; CGIL; Comitato unitario Pensionati lavoro autonomo

**Tabella 1.5**

<b>Piano di zona</b>	<b>Componenti dei tavoli sui disabili</b>
Piano di zona del Consorzio socio-assistenziale Alba-Langhe-Roero	operatori del Consorzio; volontariato; cooperative sociali; scuola; Centro per l'impiego; Asl 18; parrocchie; associazioni sportive
Piano di zona del Consorzio Intesa	Referente handicap del Consorzio; Direttore DSM ASL Alba-Bra; rappresentante assistenza sanitaria territoriale Asl 18; rappresentante servizio di Psicologia Asl Alba- Bra; rappresentante Comune di Bra; rappresentanti di 2 cooperative e di un consorzio di cooperative; 2 insegnanti di 2 istituti; 1 rappresentante Centro Provinciale per l'impiego Alba-Bra; rappresentanti di 3 associazioni; rappresentante istituto "Vello Mucci"; rappresentante Comitato famiglie e disabili
Piano di zona del Consorzio per i servizi socio assistenziali del monregalese	Confcooperative-Federsolidarietà; Cooperativa Animazione Valdocco; Centro formazione professionale Cebano Monregalese; Associazione "Comunità Papa Giovanni XXIII"; SPI- CGIL Mondovì
Piano di zona del Consorzio Monviso solidale	3 amministratori comunali; 5 operatori del Consorzio; 4 operatori dell'azienda sanitaria; 1 rappresentante di Confcooperative; 1 rappresentante di Legacooperative; rappresentanti dei sindacati pensionati Cigl-Cisl-Ui-Cuplal; 1 rappresentante dell'associazione provinciale case di riposo; 1 rappresentante della Confcooperative; 1 rappresentante della Lega Coop; 4 rappresentanti di case di riposo; 3 rappresentanti di associazioni
Piano di zona del Consorzio socio assistenziale del cuneese	Comunità Montane convenzionate Bisalta e Valli Gesso e Vermenagna; Consorzio socio assistenziale del cuneese; Consorzio socio assistenziale delle Valli Grana e Maira; Asl 15; Federsolidarietà; Cooperativa "La Cascina"; Diapsi Cuneo; Associazione nazionale mutilati e invalidi del lavoro; Associazione "Mente in pace"; Consultorio familiare UCIPEM; Caritas diocesana; Scuola media statale di Cuneo; CISL; CGIL

**Tabella 1.6**

<b>Piano di zona</b>	<b>Componenti del tavolo sulle nuove povertà</b>
Piano di zona del Consorzio socio-assistenziale Alba-Langhe-Roero	operatori del Consorzio; volontariato; cooperative sociali; scuola; Sportello stranieri; Asl 18; parrocchie; vigili urbani; Centro per l'impiego
Piano di zona del Consorzio Intesa	Assistente sociale Consorzio; rappresentante Comune di Bra; direttore Servizio Tossicodipendenza Asl Alba-Bra; rappresentante Centro Provinciale per l'impiego Alba-Bra; rappresentante Centro sociale per adulti; rappresentante CNOS FAP Salesiani di Bra; Coordinatrice Istituto comprensivo di Cherasco; insegnante istituto comprensivo di Sommariva del Bosco; rappresentanti di 2 cooperative e di un consorzio di cooperative; rappresentanti di 3 associazioni; rappresentante Forze dell'Ordine
Piano di zona del Consorzio socio assistenziale del cuneese	Comunità Montane convenzionate Bisalta e Valli Gesso e Vermenagna; Consorzio socio assistenziale del cuneese; Consorzio socio assistenziale delle Valli Grana e Maira; Asl 15; Cooperativa Fiordaliso; Casa circondariale di Cuneo e Ufficio esecuzione penale esterna; Ministero della giustizia – Centro servizio sociale per adulti; Associazione Papa Giovanni XXIII; Comunità prima accoglienza femminile; Caritas diocesana; Acli; Scuola media statale di Cuneo; Istituto comprensivo di Robilante; CGIL; CISL

**Tabella 1.7**

<b>Piano di zona</b>	<b>Componenti del tavolo sulla tutela materno infantile</b>
Piano di zona del Consorzio per i servizi socio assistenziali del monregalese	Direzione scolastica I° Circolo di Mondovì; Direzione scolastica II° Circolo di Mondovì; CAV- Centro di aiuto alla vita; Confcooperative; Federsolidarietà
Piano di zona del Consorzio Monviso solidale	3 amministratori comunali; 6 operatori del Consorzio; 3 operatore dell'azienda sanitaria; Coordinamento genitori di Fossano; rappresentanti di 8 associazioni; rappresentati di 1 centro diurno e di 2 gruppo appartamento, rappresentanti dell'ANFASS, 1 rappresentante della Confcooperative; 1 rappresentante della Lega Coop; rappresentanti di una comunità e di due istituti

**Tabella 1.8**

<b>Piano di zona</b>	<b>Componenti del tavolo su giovani e adulti</b>
Piano di zona del cebano	Assistente sociale SSA Ceva – referente area disabili; Comunità Montana Valli Mongia Cevetta e Langa cebana; Comunità Montana Alta Val Tanaro; Comuni convenzionati (Gottasecca, Murazzano, Saliceto); Ufficio esecuzione penale esterna Cuneo; medico di base; centro di salute mentale Asl 16 Mondovì-Ceva; Servizio di psicologia Asl 16 Mondovì-Ceva; Sert Asl 16 Mondovì-Ceva; Centro formazione professionale Ceva; Centro per l'impiego di Ceva; Servizio socio assistenziale Ceva – Centro diurno per disabili; Cooperativa "Il cortile"; Cooperativa "Animazione Valdocco"; Centro ascolto Caritas Ceva; Coldiretti Ceva

**Tabella 1.9**

<b>Piano di zona</b>	<b>Componenti del tavolo sugli extracomunitari</b>
Piano di zona del Consorzio socio assistenziale del cuneese	Comunità Montane convenzionate Bisalta e Valli Gesso e Vermenagna; Consorzio socio assistenziale del cuneese; Consorzio socio assistenziale delle Valli Grana e Maira; Asl 15; Cooperativa "Emmanuele"; Gruppo volontariato vincenziano; Associazione "Voci nel mondo"; Acli; Caritas diocesana; Direzione didattica Borgo San Dalmazzo; Direzione didattica Primo circolo Istituto comprensivo Robilante; CISL; CGIL

**Tabella 1.10**

<b>Piano di zona</b>	<b>Componenti del tavolo sulle dipendenze</b>
Piano di zona del Consorzio socio assistenziale del cuneese	Comunità Montane convenzionate Bisalta e Valli Gesso e Vermenagna; Consorzio socio assistenziale del cuneese; Consorzio socio assistenziale delle Valli Grana e Maira; Asl 15; Cooperativa "Il Ginepro" ; Acat – Borgo e Dronero; Acli; Caritas diocesana; Scuola media statale di Cuneo; Istituto comprensivo di Robilante

**Tabella 1.11**

<b>Piano di zona</b>	<b>Componenti del tavolo sulle problematiche comunali</b>
Piano di zona del Consorzio Monviso solidale	3 amministratori comunali; 5 operatori del Consorzio; 4 operatori dell'azienda sanitaria; 1 rappresentante dell'agenzia territoriale per la casa; rappresentante di una cooperativa

## **ALLEGATO 2. LE AZIONI DI CIASCUN PIANO DI ZONA IN SINTESI**

### **Scheda 2.1 Piano di zona del Consorzio socio-assistenziale Alba-Langhe-Roero**

#### **NUOVE POVERTA'**

Azione 1) Incrementare da parte dei Comuni il fondo regionale per il pagamento del canone di affitto.

Azione 2 ) Attivare come iniziativa pilota nell'Area territoriale n. 1 una struttura di pronta accoglienza per donne con minori o per nuclei sfrattati.

Azione 3) Avviare una sperimentazione per verificare la possibilità di creare una rete di alloggi a convivenza guidata per persone in difficoltà (ex carcerati, persone con problemi di dipendenza, ecc.).

Azione 4) Realizzare uno studio di fattibilità per l'attivazione di un dormitorio pubblico e di una mensa sociale nel Comune di Alba o nelle vicinanze.

Azione 5) Potenziare i servizi informativi sulle tematiche del lavoro, promuovendo il raccordo operativo tra soggetti pubblici e privati: si prevede l'attivazione di un tavolo permanente di informazione sulle tematiche del lavoro.

Azione 6) Realizzare uno studio di fattibilità per il potenziamento della cooperazione sociale di tipo "B" per l'inserimento lavorativo delle persone con limitate possibilità di occupazione.

Azione 7) Ottimizzare il coordinamento degli interventi erogati dai diversi attori, istituzionali e non, a favore dei soggetti in condizioni di difficoltà grave per cronicità e dipendenza: si prevede la definizione di una metodologia di informazione e concertazione tra i servizi e le organizzazioni coinvolte nella gestione del progetto individuale.

#### **ANZIANI**

Azione 1) Individuare chiaramente le risorse da destinare agli anziani non autosufficienti e dare attuazione alla normativa in materia di domiciliarità nell'ambito della prevista integrazione socio-sanitaria.

Azione 2) Aumentare le risorse destinate alla "buona residenzialità" per gli anziani non autosufficienti, dare attuazione alle disposizioni in materia di residenzialità della normativa sull'integrazione socio-sanitaria.

Azione 3) Potenziare l'attività del Centro Diurno già operante nel territorio albese.

Azione 4) Ottimizzare il collegamento tra medici di assistenza primaria e presidi residenziali tramite l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali.

Azione 5) Promuovere corsi di formazione per il personale professionale dei servizi sociali.

Azione 6) Promuovere la qualificazione degli assistenti familiari (badanti) e l'attivazione di uno sportello informativo di raccordo tra domanda e offerta.

Azione 7) Definire schemi di protocollo con i presidi residenziali per l'attivazione di servizi a domicilio (es. pasti) per gli anziani non autosufficienti.

Azione 8) Promuovere incontri di informazione su temi quali la sicurezza dell'anziano (evitare truffe, prevenire incidenti domestici, ...), le misure di protezione delle persone prive di autonomia.

Azione 9) Promuovere azioni di contrasto alla solitudine e di prevenzione del decadimento psicofisico quali ad es. laboratori e palestre.

### **DISABILI**

Azione 1) Incentivare raccordi tra medici di base, pediatri, operatori socio-sanitari del territorio anche attraverso la predisposizione di un protocollo operativo per la presa in carico integrata.

Azione 2) Potenziare gli interventi di domiciliarità anche definendo i protocolli operativi necessari per dare attuazione alla convenzione per l'applicazione dei LEA già stipulati tra Consorzio e ASL.

Azione 3) Prevedere e potenziare azioni di informazione ed educazione circa i servizi esistenti sul territorio; potenziare le azioni di educazione socio-sanitaria.

Azione 4) Definizione di una metodologia di concertazione tra servizi e organizzazione del volontariato nei campi della domiciliarità e dell'animazione con i disabili.

Azione 5) Realizzare azioni di programmazione e monitoraggio sviluppando la collaborazione interorganizzativa tra gli attori sociali nel campo della disabilità, a partire dalla costituzione del Tavolo Interistituzionale di Programmazione.

Azione 6) Sviluppare percorsi di accompagnamento clinici e psico-sociali anche per disabili in età adulta e per le loro famiglie, prevedendo anche la sperimentazione di un ambulatorio polivalente all'interno di una struttura organizzativa già esistente ed affine per problematica (ad es.: neurologia)

Azione 7) Predisporre progetti personalizzati per la persona disabile, nell'ambito di un'ottica di "vita indipendente". Si prevede, tra l'altro: la promozione di iniziative di carattere informativo, la sperimentazione di forme di supporto a percorsi di vita indipendente, il supporto a percorsi individuali attraverso l'erogazione di finanziamenti mirati.

Azione 8) Promuovere l'offerta di attività sportive e ricreative a favore di persone disabili, aumentando i rapporti con le associazioni sportive e supportandone le attività.

Azione 9) Sperimentare opportunità che facilitino gli spostamenti della persona disabile oltre che continuando a finanziare l'acquisto di mezzi attrezzati.

Azione 10) Promuovere la definizione di un protocollo di intesa tra le scuole del territorio, l'ASL, il Consorzio, il CPI e le agenzie formative.

Azione 11) Promuovere azioni formative per gli assistenti all'autonomia degli allievi disabili e promuovere il coordinamento tra le attività dei Comuni in questo settore.

Azione 12) Promuovere il raccordo tra ASL, famiglia e servizio sociale per la piena realizzazione del progetto individualizzato dell'allievo disabile.

Azione 13) Promuovere e sostenere azioni di collaborazione continua tra genitori e scuola e progetti di auto mutuo aiuto.

Azione 14) Potenziare il collegamento tra scuola, agenzie formative e servizi di inserimento lavorativo, in particolare coordinando il trasferimento dalla scuola al CPI delle informazioni relative alle competenze acquisite dagli allievi disabili.

Azione 15) Potenziare l'offerta di residenzialità per persone disabili, a partire da un'adeguata gestione degli strumenti urbanistici e/o la messa a disposizione di immobili o aree.

Azione 16) Promuovere forme di collaborazione tra Comuni e Agenzia Territoriale per la Casa per creare spazi abitativi di edilizia residenziale pubblica per disabili.

### **MINORI E FAMIGLIE**

Azione 1) Promuovere, nell'ambito del volontariato e delle associazioni locali, iniziative per il potenziamento della rete sociale quali ad esempio nidi famigliari, progetti di buon vicinato, affidi diurni.

Azione 2) Potenziare gli spazi ludici ricreativi ed educativi da parte dei Comuni.

Azione 3) Aumentare le risorse pubbliche da destinare alla realizzazione e/o gestione dei servizi per la prima infanzia.

Azione 4) Favorire il confronto tra parti sociali, soggetti pubblici e privati, per l'applicazione delle normative sulla flessibilità del lavoro e la conciliazione delle esigenze famigliari.

Azione 5) Potenziare ed incentivare sul territorio forme di collaborazione tra il volontariato ed il pubblico per i trasporti.

Azione 6) Individuare forme di collaborazione e raccordo tra scuole ed agenzie extrascolastiche al fine di promuovere percorsi formativi extracurricolari.

Azione 7) Favorire la definizione di corrette relazioni tra scuole e famiglie, anche con la programmazione di azioni specifiche utili al coinvolgimento e all'instaurazione di relazioni positive (ad esempio la promozione di progetti di educazione alla salute per i genitori).

Azione 8) Definizione di protocolli di intesa formalizzati tra scuole, enti locali, Consorzio, ASL per azioni di prevenzione e cura, ad esempio in tema di disagio psicologico e tossicodipendenza.

Azione 9) Incrementare le risorse destinate all'educativa territoriale.

Azione 10) Attivare percorsi di collaborazione e formazione con il Tribunale civile per l'applicazione della nuova normativa in materia di separazioni.

Azione 11) Promuovere la nascita di gruppi di auto mutuo aiuto.

Azione 12) Stimolare la partecipazione attiva dei cittadini alla vita sociale, anche promuovendo azioni di consultazione costante e fornendo spazi per i momenti di confronto e ritrovo.

Azione 13) Favorire un maggior coordinamento tra pubblico, privato sociale e volontariato per la difficoltà di integrazione sociale culturale scolastica e linguistica degli extracomunitari.

Azione 14) Valorizzare le iniziative in campo aggregativi giovanile, anche con l'erogazione da parte degli enti locali di risorse ad associazioni che attuino interventi nel settore, prevedendo momenti di verifica, controllo e formazione.

## **Scheda 2.2 Piano di zona del Consorzio Intesa**

### **FAMIGLIA E MINORI**

1) “Servizi integrati per la prima infanzia”: organizzazione e realizzazione di un nuovo Centro bambini e famiglie. Il Comune di Bra si impegna a reperire i locali e di mettere a disposizione il personale.

2) “Carte in regola per il lavoro di cura”: azioni realizzate dal Centro per l'Impiego e dall'Informagiovani per favorire l'incontro tra le famiglie che cercano personale e le persone che offrono lavoro domestico, favorendone la regolarizzazione. Tra le azioni si può segnalare la definizione di una scheda di autocandidatura ed una scheda di domanda di lavoro domestico, il supporto alla stesura del curriculum, l'individuazione di una rete di aziende e servizi disponibili ad ospitare tirocini formativi per i collaboratori domestici, promuovere una rete informativa che divulghi il servizio (medici di base, associazioni, parrocchie), attivare un servizio di consulenza per informare, promuovere, facilitare la regolarizzazione del personale domestico.

3) “Oltre il Recinto”: azioni finalizzate a valorizzare le risorse territoriali dedicate agli spazi aggregativi per giovani. Tra le azioni previste si può segnalare la mappatura delle realtà aggregative, la promozione di incontri e collaborazioni tra di esse, la promozione di manifestazioni pubbliche, la formazione degli animatori degli spazi aggregativi.

4) “Giardini: luoghi da vivere”: azioni finalizzate a creare spazi aggregativi e a pianificare e gestire le aree verdi. Tra le azioni previste si può segnalare la pulizia, manutenzione e dotazione di arredi delle aree verdi, la diffusione di pieghevoli e materiali informativi alla popolazione come modalità di contatto e invito.

5) “Territorio ed integrazione”: iniziative per favorire l'integrazione degli extracomunitari. Tra le azioni previste si può segnalare il raccordo e il coordinamento tra le diverse iniziative già in atto, la pubblicizzazione e la diffusione di inviti multilingue, la promozione di percorsi di orientamento al lavoro, la responsabilizzazione ad un ruolo di mediazione interculturale dei giovani immigrati che abbiano già raggiunto un buon livello di integrazione.

### **ANZIANI E PROMOZIONE SOCIALE**

6) “Centri locali di ascolto Anziani”: apertura di 5 sportelli gestiti da volontari in grado di offrire informazioni e orientamento su tutti i servizi offerti sul territorio a favore degli anziani.

7) “Anziani sicuri attenti e attivi”: azioni finalizzate al coinvolgimento della popolazione anziana nel miglioramento del livello di percezione della sicurezza. Tra le azioni previste si può segnalare la mappatura dei centri di incontro per anziani e dei principali luoghi di incontro, la

realizzazione di interventi di sensibilizzazione all'interno dei centri di incontro per anziani, la realizzazione di interventi di sensibilizzazione rivolti alla popolazione anziana che non frequenta abitualmente i centri di incontro per anziani, la selezione e formazione di "anziani attivi" da coinvolgere in attività di volontariato civico.

8) "Servizio di lungoassistenza per anziani non autosufficienti": obiettivo perseguito è la realizzazione degli accordi istituzionali tra ASL Alba-Bra ed enti gestori per il funzionamento del servizio di lunga assistenza e la realizzazioni delle relative sperimentazioni operative, in coerenza con quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2006-2010.

9) "Apertura delle strutture residenziali alla Comunità locale": azioni finalizzate a promuovere una maggior "apertura" tra le strutture residenziali ed il territorio. Tra le azioni previste si può segnalare l'istituzione di un gruppo di lavoro costituito da delegati delle strutture, rappresentati di associazioni e comitati, amministratori, la programmazione su base annuale da parte del gruppo di lavoro di iniziative interne ed esterne alle strutture, l'organizzazione di corsi di formazione per la popolazione anziana.

10) "Oltre - Percorsi locali per il superamento delle barriere": azioni finalizzate a favorire il superamento delle barriere architettoniche e ad accrescere accessibilità e fruibilità dei servizi. Tra le azioni previste si può segnalare l'istituzione di un comitato di programmazione e valutazione in seno alla partnership di sviluppo del progetto, la realizzazione di azioni di sensibilizzazione/informazione/formazione rivolte a studenti, professionisti che operino nell'ambito pubblico e privato ed agli enti pubblici del territorio, la previsione di riconoscimenti formali (ad es. un marchio di qualità) per gli esercizi commerciali che adottino misure adeguate in tal senso.

#### **DISABILITA' ED INTEGRAZIONE SOCIALE**

11) "Walking": costituzione di un gruppo tecnico composto da operatori dell'Asl, del Consorzio, dei Comuni, della scuola, del CPI, del terzo settore e dei famigliari dei disabili che elabori proposte innovative di protocolli operativi integrati.

12) "Centro diurno": apertura di una struttura semiresidenziale per disabili nel Comune di Sommaria del Bosco.

13) "Comunità alloggio Aurora": apertura di una struttura residenziale per disabili in grado di accogliere 8 disabili a tempo pieno e di offrire 2 ricoveri di sollievo diurni.

14) "Progetto Free Way": azioni finalizzate a sensibilizzare le comunità locali al coinvolgimento attivo dei cittadini diversamente abili e ad aumentare dei percorsi di gruppo e dei percorsi individuali di integrazione all'interno delle associazioni.

15) "Disabilità neurologiche": elaborazione di un Protocollo di intesa operativo tra ASL, Consorzio, Comune e associazioni che preveda la costituzione di un Gruppo di lavoro sulla disabilità neurologica in grado di monitorare i bisogni, informare e sensibilizzare i medici di base, informare le persone interessate al momento della diagnosi sui servizi disponibili, organizzare momenti di aggregazione e socializzazione, organizzare la formazione.

#### **NUOVE POVERTA'**

16) "Pronto?... Casa?": azioni finalizzate a garantire ai cittadini italiani e stranieri il diritto all'accoglienza ed alla abitazione. Tra le azioni previste si può segnalare l'elaborazione di una banca dati aggiornata in merito alle esperienze realizzate sul territorio e alla normativa di

riferimento, la mappatura delle strutture esistenti sul territorio del consorzio che offrano servizi di accoglienza, l'attivazione di forme di coordinamento tra i servizi di accoglienza presenti.

17) "Pasto sicuro": azioni finalizzate ad assicurare il soddisfacimento del bisogno primario del cibo a persone appartenenti a fasce deboli, in condizioni di povertà e disagio. Tra le azioni previste si può segnalare la stipulazione di una convenzione con i servizi di ristorazione della città di Bra a favore degli studenti, redigere un protocollo tra Comuni, consorzio, associazioni di volontariato e servizi di ristorazione affinché con un buono erogato dal consorzio le persone in situazione di povertà possano accedere al servizio di ristorazione più vicina alla loro abitazione, pubblicizzazione del servizio "pasto sicuro" presso i servizi territoriali e le associazioni di volontariato.

18) "Tutto il mondo è il MIO paese": promozione di incontri regolari tra donne di area araba con il supporto di mediatori culturali e guidati da operatori, volontari, insegnanti finalizzati al miglioramento delle competenze linguistiche, al miglioramento della conoscenza del territorio, alla definizione di rapporti amicali e sociali più ricchi.

19) "Ora io lavoro": creazione di una équipe interdisciplinare di operatori presso il CPI di Alba-Bra che si occupi della stesura e realizzazione di progetti integrati di ricerca del lavoro rivolto alle fasce deboli; creazione di un informa-lavoro telematico a cartaceo per favorire l'informazione degli operatori e della cittadinanza.

20) "Orientati nella scuola": implementazione del percorso di orientamento "sportello di orientamento" rivolto alle scuole medie attraverso il CPI; creazione di una Commissione antidispersione scolastica con il compito di monitorare la frequenza scolastica a partire dalla scuola elementare, estensione del "Progetto genitori" già realizzato a Bra e finalizzato alla sensibilizzazione delle famiglie rispetto al tema dell'abbandono scolastico.

### **AZIONI DI PIANO TRASVERSALI**

1) "Il Bilancio sociale quale strumento per il monitoraggio del Piano di zona – un percorso sperimentale" : supportare il Consorzio e i Comuni consorziati nella elaborazione di una metodologia comune per la costruzione di un modello di bilancio sociale ancorato al Piano di zona.

2) "Trasporti: un nodo da sciogliere": azioni finalizzate a migliorare la rete dei trasporti esistente e a rispondere alle esigenze di mobilità di fasce deboli e disagiate. Tra le azioni previste si può segnalare la realizzazione di uno studio sui flussi odierni e sulle opportunità di mobilità già oggi esistenti sul territorio, la programmazione con la Provincia di Cuneo e la Regione Piemonte di un piano di intervento che risponda alle carenze emerse dallo studio, l'istituzione di un coordinamento permanente fra le linee di trasporto provinciali e le linee di trasporto di carattere comunale (Bra), l'istituzione di una linea di trasporto circolare all'interno della città di Bra, la proposta di azioni mirate finalizzate a migliorare il traffico e la fruibilità dei servizi pubblici quali ad esempio la realizzazione di azioni di sensibilizzazione, la previsione di abbonamenti particolari, la realizzazione di campagne di sconti.

## **Scheda 2.3 Piano di zona del Consorzio Intesa Piano di zona del Consorzio per i servizi socio assistenziali del monregalese**

### **ANZIANI**

Azione 1) Riorganizzazione dell'Unità di valutazione geriatria in particolare finalizzata alla definizione di protocolli di collaborazione con le Unità valutative handicap e psichiatrica per gli interventi a favore delle persone con meno di 65 anni ma con patologie invalidanti, a cura di un gruppo di lavoro interistituzionale (Consorzio/Asl).

Azione 2) Azioni di adeguamento delle strutture residenziali per anziani ai requisiti previsti dalla normativa che in particolare prevede la definizione di protocolli operativi condivisi tra Consorzio, Asl e presidi convenzionati, la progressiva sperimentazione ed adozione nelle strutture del Pai (piano assistenziale individualizzato), l'adozione da parte delle strutture del regolamento sulla privacy e della Carta dei servizi, l'eventuale disponibilità di una maggiore presenza dei medici di base nelle strutture. Da segnalare il corso di formazione per gli operatori delle strutture in tema di piano assistenziale individualizzato finanziato dalla Provincia nel 2006 e la previsione a bilancio a partire dal 2007 di 150.000 Euro da parte dell'Asl per i medici di medicina generale che prestino assistenza sanitaria presso le strutture residenziali per anziani non autosufficienti.

Azione 3) Incremento dei posti letto residenziali per non autosufficienti (fino a quota 300 posti letto + 25 posti letto finanziati con il fondo regionale "abbattimento liste di attesa"); attivazione di 6 posti letto di sollievo e di accoglienza diurna all'interno delle strutture residenziali in convenzione; attivazione di ulteriori 10 posti letto per lungodegenti in convenzione con l'asl; la realizzazione di uno studio di fattibilità e la successiva sperimentazione di un nucleo specialistico sull'Alzheimer. Da segnalare l'incremento delle risorse finanziarie a carico dell'Asl da 3.832.500,00 Euro nel 2006 a 4.341.000,00 Euro nel 2008.

Azione 4) Definizione di percorsi assistenziali delle persone affette da demenza ad alta integrazione socio-sanitaria attraverso un ciclo di incontri tra Consorzio e Asl 16.

Azione 5) Azioni di coordinamento della rete del volontariato attraverso la realizzazione di uno screening delle risorse presenti sul territorio e la costituzione di un gruppo di lavoro interistituzionale (Consorzio/Asl).

Azione 6) Istituzione di un gruppo di lavoro interistituzionale per la predisposizione di linee guida per le attività domiciliari socio sanitarie e successiva sperimentazione delle stesse; istituzione di un gruppo di lavoro per la predisposizione del protocollo per le dimissioni protette dall'ospedale; consolidamento della sperimentazione avviata nel 2005 del servizio di assistenza domiciliare per le persone malate di Alzheimer; attivazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto a cadenza mensile e conduzione psicologica per i familiari/care givers di persone malate di Alzheimer.

### **FAMIGLIE**

Azione 1) Realizzazione da parte della Caritas di Mondovì del Centro Unico dei Servizi Sociali – Cittadella della Carità e partecipazione di Consorzio e Asl ad un gruppo di lavoro finalizzato alla definizione di modalità di collaborazione mirate ad individuare soluzioni di ospitalità temporanea per soggetti in situazione di fragilità ed emergenza abitativa.

Azione 2) Istituzione di un tavolo di lavoro intercomunale tecnico e di un tavolo di lavoro intercomunale politico finalizzato all'adozione di criteri minimi omogenei per l'erogazione dei

servizi sociali di competenza comunale. Più in particolare si prevede nel triennio la stesura della bozza tipo del regolamento per l'accesso ai servizi di trasporto e ai buoni pasto e la stesura della bozza di altri quattro servizi erogati dai comuni (ad esempio: l'esenzione ticket per indigenti su prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche, assistenza alle autonomie, nidi in casa...)

Azione 3) Istituzione di un gruppo di lavoro interistituzionale per la revisione del regolamento sugli assegni di cura e la definizione della bozza del regolamento per i buoni famiglia. Realizzazione di uno studio di fattibilità relativamente al ricorso a buoni servizio in alternativa all'erogazione diretta del Servizio di assistenza domiciliare.

Azione 4) Istituzione di un gruppo di lavoro interistituzionale per ottimizzare la collaborazione tra Consorzio e Asl in rapporto ai percorsi di interruzione volontaria della gravidanza e definire un protocollo di intesa complessivo sull'intera attività del Consultorio, migliorandone la visibilità e l'accessibilità da parte dei cittadini.

Azione 5) Adeguamento locali della sede territoriale del segretariato sociale di Carrù; istituzione di un gruppo di lavoro interno al Consorzio per la valutazione della qualità del servizio di segretariato sociale; realizzazione di uno studio di fattibilità e successiva istituzione dello Sportello Unico Socio Sanitario.

Azione 6) Approvazione di un nuovo regolamento sull'assistenza economica elaborato da parte di un gruppo tecnico interno al Consorzio; istituzione di un gruppo di lavoro (Caritas, Consorzio, Comune di Mondovì) per definire modalità di razionalizzazione degli aiuti economici offerti dal territorio.

Azione 7) Istituzione di un tavolo di lavoro interistituzionale (Consorzio, Centro per l'impiego, Ufficio Esecuzione Penale Esterna del Ministero di Grazia e giustizia, Asl) per la definizione di buone prassi di collaborazione tra gli enti e l'approvazione di un regolamento per l'inserimento e l'accompagnamento sociale delle persone svantaggiate sul mercato del lavoro.

### **TUTELA MATERNO INFANTILE**

Azione 1) Qualificazione dell'offerta di servizi del Centro per le famiglie "Il Ponte" in collaborazione con l'Asl che in particolare prevede la promozione di iniziative di sensibilizzazione e consulenza su temi specifici inerenti le competenze genitoriali.

Azione 2) Estensione degli affidamenti professionali attivati dalla Regione Piemonte attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro interistituzionale (Consorzio/Asl) che definisca un protocollo operativo sulle forme di supporto alle famiglie affidatarie, naturali e al minore.

Azione 3) Effettuare una ricerca epidemiologica delle situazioni dei minori seguiti in collaborazione con l'autorità giudiziaria; elaborare a cura di un gruppo di lavoro interistituzionale (Consorzio/asl) un protocollo per la gestione del pronto intervento sociale per le situazioni caratterizzate da emergenza per sospetto abuso e/ o maltrattamento.

Azione 4) Realizzazione di interventi educativi individualizzati e/o di gruppo a cura del Consorzio in tema di prevenzione del disagio giovanile, ciclo di incontri del tavolo interistituzionale Consorzio/asl per l'elaborazione di progetti da sottoporre a finanziamento.

Azione 5) Sperimentazione di iniziative integrate per favorire il conseguimento della terza media e l'inserimento adeguato nel mondo del lavoro dei minori in situazione di disagio. Il finanziamento è da richiedere alla Provincia su bando Asse B – direttiva occupati.

## **DISABILI**

Azione 1) Valutare la possibilità di stabilizzare 2 educatori professionali e 3 adest presso i Centri diurni di Villanova e Dogliani; approvare entro il 2007 un regolamento dei servizi socio-sanitari per la domiciliarità.

Azione 2) Gestione di almeno 2 progetti individualizzati a livello annuale finalizzati alla permanenza nel proprio contesto di vita di disabili adulti a valere su fondi regionali.

Azione 3) Gestione di una RAF e di un gruppo appartamento; predisposizione del regolamento per utilizzo di posti di sollievo e pronta accoglienza; inserimento in presidi esterni appropriati gli utenti che presentano esigenze non compatibili con l'offerta dei servizi del Consorzio.

Azione 4) Realizzazione di uno studio di fattibilità per l'avvio della gestione da parte dell'ANFASS di una comunità alloggio di 10 posti connessi al centro diurno "La chiocciola 2" già attivato a Mondovì.

Azione 5) Realizzazione di uno studio di fattibilità a cura di un gruppo interistituzionale in merito alla possibilità di prevedere posti letti per disabili anziani all'interno delle strutture residenziali per anziani convenzionate.

Azione 6) Realizzazione di uno studio di fattibilità e successiva sperimentazione a cura di un gruppo interistituzionale di servizi specifici per disabili con autismo.

Azione 7) Mantenere la gestione di 2 centri diurni (Villanova e Dogliani) e riorganizzare i 2 centri diurni di Mondovì al fine di diversificare l'offerta di servizi: laboratori, stage formativi, interventi assistenziali di educativa, corsi pre-lavorativi, attività occupazionali, spazi di sollievo diurno.

Azione 8) Elaborazione di un regolamento del Servizio inserimenti lavorativi del Consorzio a cura di un tavolo interistituzionale (Consorzio, Centro per l'impiego, Asl, rappresentanza cooperative sociali, Centro formazione professionale) ed incontri del tavolo finalizzati a promuovere il coordinamento tra il Centro per l'impiego e i servizi socio-sanitari territoriali.

Azione 9) Mantenere i progetti individuali di integrazione nelle associazioni sportive dei ragazzi disabili in carico al servizio di educativa territoriale e dei centri diurni; realizzare azioni per promuovere l'accoglienza dei disabili nelle associazioni sportive; sperimentare la promozione di un evento "Olimpiadi" gestito dal Comune di Villanova con il coinvolgimento della scuola.

Azione 10) Elaborazione, approvazione ed attuazione di una Carta dei servizi sull'integrazione scolastica delle persone disabili a cura di un tavolo interistituzionale (scuola, Consorzio, Asl, cooperative, Provincia)

Azione 11) Predisposizione a cura dell'Asl di materiale informativo in merito alla possibilità di ricevere contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche da distribuire in particolare presso le sedi dei distretti sanitari ed i medici di base; istituzione di un tavolo di confronto sul tema dell'abbattimento delle barriere architettoniche che coinvolga i Comuni.

Azione 12) Sperimentazione e consolidamento di una unica unità valutativa multi professionale facente capo al distretto sanitario di Mondovì che integri le unità valutative attualmente esistenti (Unità valutativa handicap minori; Unità valutativa handicap adulti; Unità valutativa

psichiatrica) a cura di un tavolo interistituzionale (Asl, Consorzio)

Azione 13) Realizzazione di uno studio di fattibilità per individuare proposte operative e forme di finanziamento per garantire servizio di trasporto delle persone disabili per l'accesso ai servizi socio-sanitari a cura di un gruppo di lavoro interistituzionale (Asl, Consorzio, Comuni, volontariato, cooperazione sociale)

### **IMMIGRATI**

Azione 1) Prosecuzione del progetto "Interazione", compatibilmente con la disponibilità del finanziamento provinciale; costituzione di un tavolo tecnico interno al Consorzio per l'analisi del fenomeno dei minori stranieri non accompagnati e l'elaborazione di proposte operative per l'accoglienza dei minori; eventuale sperimentazione delle modalità di accoglienza avanzate.

## **Scheda 2.4 Piano di zona del Consorzio Monviso Solidale**

### **FAMIGLIE CON ANZIANI**

Azione 1) Elaborazione di una proposta congiunta tra l'Asl e il Consorzio in tema di assegni di cura da sottoporre alla Regione Piemonte per promuovere modifiche di carattere normativo. Si prevede che il gruppo di lavoro ad hoc costituito formuli una proposta da presentare entro il 31/12/2007 ai Direttori Generali dei due enti

Azione 2) Convenzionamento di 15 posti di centro diurno integrato per anziani non autosufficienti nel distretto Fossano/Savigliano con copertura a carico dell'Asl. L'azione ha carattere di priorità e se ne prevede la realizzazione entro il 31/12/2008.

Azione 3) Accordo tra Asl, Consorzio e sindaci che prevede:

il mantenimento dell'attuale numero di posti letto convenzionati nelle strutture per anziani non autosufficienti a carico dell'Asl

la trasformazione di alcuni posti in 1-2 nuclei ad altissima intensità assistenziale per la gestione di pazienti stabilizzati clinicamente complessi

la finalizzazione di eventuali nuove risorse disponibili al sostegno delle famiglie con anziani (assegni di cura)

Azione 4) Realizzazione di uno studio di fattibilità che includa la progettazione organizzativa dello sportello sociosanitario unico per il cittadino in rapporto alle attività sociosanitarie su cui convergono il Consorzio e l'asl. Entro il 31/12/2007 si attendono le prime risultanze dello studio.

Azione 5) Ricognizione e mappatura delle associazioni e dei gruppi di volontariato attivi sul territorio, successiva elaborazione di un progetto di rete di sostegno e coinvolgimento per le risorse territoriali già attive da realizzarsi entro il 31/12/2007 da parte di un gruppo di lavoro da costituirsi ad hoc. L'avvio delle azioni progettuali è previsto entro il 31/12/2008.

### **FAMIGLIE CON DISABILI**

Azione 1) Formalizzazione degli organismi di coordinamento avviati con il processo di pianificazione (il Tavolo di coordinamento territoriale, la Consulta delle strutture e la Consulta delle associazioni). Avvio di uno sportello informativo denominato Sistema Informatutto da realizzarsi in un locale messo a disposizione dal Consorzio, da realizzarsi a partire dall'esperienza condotta con l'Informahandicap.

Azione 2) Formulazione di un'offerta formativa rivolta ai genitori differenziata in rapporto alle fasce di età dei figli, frazionata in alcuni incontri nel corso dell'anno.

Azione 3) Revisione della convenzione attualmente in vigore tra Consorzio e Asl con particolare riferimento agli interventi a domicilio in casi di disabilità e per la fascia di popolazione minorile con problemi di natura socio-sanitaria, prevedendo un incremento dell'impegno finanziario dell'Asl pari a 300.000 Euro.

Azione 4) Attivazione di un nuovo centro diurno per gravi e gravissimi a Racconigi. Si prevede un impegno annuale di 450.000 Euro di cui il 70% a carico dell'Asl e il 30% a carico del Consorzio.

Azione 5) Realizzazione di una rilevazione del bisogno di residenzialità sul territorio e delle strutture disponibili ed elaborazione di forme diversificate di sollievo a cura di un gruppo di lavoro composto da operatori. Il termine previsto è il 31/12/2008.

### **FAMIGLIE E MINORI**

Azione 1) Promozione di incontri e forme di coordinamento tra Comuni, agenzie educative, associazioni famigliari finalizzata alla definizione di proposte di interventi a favore di minori, da realizzarsi entro il 31/12/2007.

Azione 2) Definizione di linee guida per la creazione di tavoli locali di coordinamento ed individuazione degli operatori da coinvolgere, entro il 31/12/2008.

Azione 3) Definizione di un accordo entro il 31/12/2007 finalizzato al reinserimento dell'assistente sociale nei consultori ed un più ampio lavoro di integrazione tra le iniziative e favore delle famiglie. Si ipotizza che il costo dell'assistente sociale pari a 40.000 Euro sia a carico dell'Asl, dell'attività di mediazioni familiare pari a 5.000 Euro, a carico del Consorzio.

Azione 4) Definizione di un accordo entro la fine del 2008 tra Consorzio, Comuni e Asl per avviare servizi ed esperienze innovative rivolte alla prima infanzia e al sostegno della genitorialità (consulenze individuali, gruppi di mutuo aiuto, reti di famiglie,...)

### **VECCHIE E NUOVE POVERTA'**

Azione 1) Costituzione di un tavolo di coordinamento tra le agenzie che si occupano di prevenzione delle dipendenze; calendarizzazione di incontri; elaborazione proposte di interventi.

Azione 2) Attivazione di forma di coordinamento in tema di sostegno alle famiglie immigrate; progettazione e realizzazione di iniziative di formazione per gli adulti (alfabetizzazione) e di aggiornamento professionale dei mediatori culturali.

Azione 3) Formulazione di un progetto di gruppo appartamento per minori extracomunitari non accompagnati da parte di un gruppo di lavoro interistituzionale (Asl, Consorzio) e avvio della sperimentazione operativa da concludersi entro il 31/12/2008.

Azione 4) Realizzazione di un protocollo di intesa tra Consorzio e Asl per definire procedure e carichi assistenziali in rapporto alle patologie di confine tra sfera sanitaria e sfera sociale. Si prevede la definizione di una proposta in tal senso da parte di un gruppo di lavoro interistituzionale entro il 31/12/2007.

Azione 5) Elaborazione di un protocollo di intesa a cura di un gruppo di lavoro interistituzionale per la definizione e regolamentazione dei servizi a bassa soglia in grado di precisarne caratteristiche, rapporti tra i diversi servizi professionali coinvolti, ruolo dei Comuni e dell'ATC per il reperimento degli spazi abitativi necessari. La scadenza prevista per la elaborazione di una proposta di protocollo è il 31/12/2007.

### **PROBLEMATICHE COMUNALI**

Azione 1) Definizione di linee guida a cura di un gruppo di lavoro (Consorzio/Asl/Comuni) per la regolamentazione di dettaglio delle attività di assistenza ai disabili nelle scuole finanziato dai Comuni. Successiva sperimentazione di un servizio aggiuntivo organizzato e gestito dal Consorzio con costi a carico dei Comuni.

Azione 2) Definizione da parte del Consorzio di una proposta di regolamentazione della compartecipazione ai costi dei servizi attraverso l'applicazione dell'ISEE adeguatamente riparametrato e costituzione di un tavolo dei Comuni per concordare tempi di sperimentazione, modalità e gradualità di attuazione.

Azione 3) Attivazione (entro il 31/12/2008) di un osservatorio consortile sulle vecchie e nuove povertà ed attivazione di forme di coordinamento degli interventi di assistenza economica a livello locale.

Azione 4) Definizione di un accordo tra i Comuni, il Consorzio, l'Agenzia territoriale per la casa, la cooperativa edilizia "La tenda" per la gestione del fondo sociale relativo ai morosi incolpevoli, l'individuazione in fase di programmazione degli immobili di alloggi da destinare a servizi di bassa soglia, l'individuazione di forme di gestione delle situazioni più problematiche. Si prevede la definizione entro il 31/12/2008 di una proposta di accordo .

Azione 5) Attivazione di un tavolo di coordinamento consortile per l'individuazione di criteri omogenei nella realizzazione di linee di trasporto dedicate alle fasce deboli di popolazione (in particolare disabili) e per la definizione dei criteri di riparto dei fondi. Si prevede la costituzione del tavolo entro il 31/12/2007.

### **SISTEMA DI COMUNICAZIONE SOCIALE**

Azione 1) Elaborazione di una Carta dei servizi socio-sanitari a cura di un gruppo di lavoro interistituzionale (Asl, Consorzio).

Azione 2) Costituzione di un gruppo di lavoro (Consorzio, Asl, Comuni, cooperative sociali, centro servizi per il volontariato, patronati) per avviare un piano di sviluppo e miglioramento della comunicazione a favore delle famiglie, organizzando le informazioni e le comunicazioni fra gli enti.

Azione 3) Costituzione di un gruppo di lavoro tecnico (Consorzio, rappresentanza della cooperazione sociale, ANFFAS) per la realizzazione di uno studio di fattibilità e la successiva attivazione di uno Sportello Informahandicap gestito in collaborazione fra enti.

### **FORMAZIONE DEL PERSONALE**

Azione 1) Richiesta di finanziamento alla Provincia per la realizzazione di corsi di prima qualificazione OSS.

Azione 2) Richiesta di finanziamento alla Provincia per corsi sul piano di assistenza integrata, sulla pianificazione strategica per il controllo di gestione, il counseling familiare sistemico.

## **Scheda 2.5 Piano di zona cebano**

### **POLITICHE PER LE FAMIGLIE**

Azioni 1,2,3 e 4) Mantenimento nel 2006 dei laboratori extrascolastici e degli eventi “Iudobus” di animazione per minori; creazione di un gruppo con il terzo settore per ridefinire il modello per i Comuni di Ceva e Garessio dei cicli di laboratori extrascolastici per risolvere le criticità evidenziate; nuova progettazione e reperimento fondi per il 2007 e 2008; sostegno ai volontari che organizzano attività animative nei piccoli comuni; collaborazione alla formazione degli animatori degli oratori.

Azione 5) Mantenimento dei livelli di mediazione culturale all'interno delle istituzioni scolastiche e dei servizi sociali, partecipando allo specifico bando emesso annualmente dalla Provincia.

Azione 6) Sottoscrizione di una convenzione tra istituzioni scolastiche, centro per l'impiego e servizio socio assistenziale per contrastare la dispersione scolastica che preveda modalità di segnalazione dei minori in dispersione, attività di informazione e orientamento ai minori e alle loro famiglie.

Azione 7) Progettazione esecutiva e avvio di una iniziativa di educativa di strada denominata “Gabbiano Jonathan”, da realizzarsi in collaborazione tra una cooperativa sociale da individuare, il Sert e la Provincia. E' previsto uno stanziamento di 18.000 euro a valere sulla legge 45/99.

Azioni 8,9,10) Strutturazione di un tavolo di lavoro (Servizio socio assistenziale, istituzioni scolastiche, terzo settore, Asl, volontariato) per la elaborazione di un progetto (da realizzarsi in rapporto alle risorse disponibili) di azioni finalizzate a proteggere i minori da condizioni di disagio psicologico, quali ad esempio l'organizzazione di eventi formativi sulle pratiche del benessere ed interventi di Peer-Education finalizzati a prevenire comportamenti di prevaricazione tra i ragazzi.

Azioni 11,13, 14, 15, 16) Integrazione del Consultorio/Centro famiglie sulla base di un protocollo operativo elaborato da un gruppo di lavoro interistituzionale (Asl, Servizio socio assistenziale; predisposizione di locali idonei presso il Centro servizi della Comunità Montana V.M.C.L.C.; aumentare gli incontri di mediazione familiare, aumentare il budget disponibile per la realizzazione delle attività di sostegno alle mamme sole e per la fascia 0-12 mesi, aumentare l'assistenza educativa da 20 a 30 settimanali.

Azione 12) Attivazione presso l'Asl di un “angolo madre bambino” attivo due giorni a settimana in cui il mattino sia ad accesso diretto e dedicato ad attività di consulenza (indicazioni su igiene del neonato; sostegno all'allattamento al seno; valutazioni sull'accrescimento; gestione della quotidianità) e il pomeriggio, su prenotazione, sia dedicato al servizio di massaggio del neonato.

Azione 18) Collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'eventuale attivazione di corsi nel Comune di Ceva per la conoscenza della lingua italiana, rivolti prevalentemente alle mamme extracomunitarie.

Azione 19) Promozione ed elaborazione di un progetto per la formazione di volontari disponibili al sostegno dei minori in difficoltà.

### **POLITICHE PER MINORI DISABILI**

Azione 22) Costituzione di un gruppo di lavoro che coincida con l'UVH minori finalizzato alla stesura di un protocollo per la presa in carico dei minori disabili, con particolare riferimento alla patologia dell'autismo.

Azione 24) Costituzione di un gruppo di lavoro (servizio socio assistenziale, Asl, istituzioni scolastiche) finalizzato a ridefinire l'attuale protocollo per l'integrazione dei minori disabili sulla base delle indicazioni del DPCM 23/02/06 n. 185.

### **POLITICHE PER I SOGGETTI DEBOLI**

Azione 1) Costituzione di un gruppo di lavoro (Servizio socio assistenziale, Dipartimento di salute mentale, Sert) per la elaborazione di un protocollo di intesa per l'inserimento lavorativo.

Azione 2) Concorrere al bando provinciale POR FSE riguardante la realizzazione di azioni per la lotta alla disoccupazione di lunga durata da parte di una partnership territoriale guidata dal Servizio socio assistenziale e allargata alla partecipazione di Sanità, Terzo settore, Formazione professionale, CPI.

Azione 3) Corso di formazione prelaborativa rivolto ad allievi ultradiciottenni portatori di handicap intellettuale che hanno assolto o sono stati prosciolti dall'obbligo scolastico e vogliono inserirsi nel settore delle lavorazioni artigianali, finanziato dalla Provincia.

Azione 5) Sperimentazione del ruolo dell'educatore professionale all'interno della commissione medica integrata nel processo di definizione delle capacità lavorative L. 68/99.

Azione 6,7,8) Sviluppare strategie di sistema ed azioni con DSM, SERT, associazioni di volontariato per la costruzione di percorsi di presa in carico integrati e l'attivazione di interventi igienico-ambientali in situazioni abitative fortemente degradate. La stesura della scheda progettuale è tuttavia rinviata.

Azione 9, 10, 11) Continuità nella collaborazione con il volontariato per la definizione di progetti integrati per il sostegno di bisogni primari; sperimentazione del voucher sociale per l'acquisto di bisogni primari in alternativa al contributo economico; censimento delle risorse disponibili in tema di emergenza abitativa, valutazione attivabilità di alloggi per emergenze o gruppi appartamento fasce deboli

Azione 12, 13, 14, 15) Attivazione delle procedure per l'inserimento di 4 volontari del Servizio Civile Nazionale nel progetto "La giostra dei colori" finalizzato a promuovere l'integrazione sociale delle persone disabili, minori, anziani; attivazione corsi di formazione per animatori "ludobus" e per gli animatori di "Estate ragazzi"; collaborazione con la Croce Bianca di Garesio e San Vincenzo di Ceva per l'implementazione del progetto "Regala un sorriso" finalizzato ad offrire momenti di svago e socializzazione in contesti non strutturati a giovani disabili.

Azione 18) Continuità nell'attivazione di Progetti di vita indipendente (attualmente è usufruito da una persona) rivolti a portatori di gravi disabilità motoria di età compresa tra i 18 e i 64 anni con totale capacità di autodeterminazione, inseriti in contesti lavorativi o formativi o sociali.

Azione 19) Stipula di una convenzione tra Servizio socio assistenziale, Asl, Ipab locali per l'attivazione di un servizio residenziale per soggetti medio-gravi e possibilmente di un gruppo appartamento.

Azione 20, 21, 22) Interventi economici per esigenze abitative; percorsi di “orientamento alla vita” dei soggetti economicamente fragili.

### **ANZIANI**

Azione 1, 2, 3) Mantenimento della gratuità del servizio di telesoccorso, ma introduzione di un ruolo di filtro delle richieste da parte del servizio di assistenza sociale; rimborsi spese per volontari che svolgano attività di sostegno ad anziani concordati con il servizio socio assistenziale; gestione del progetto di Servizio Civile Volontario “La giostra dei colori”.

Azione 5,6) Elaborazione di un protocollo Asl-Servizio sociale per la presa in carico congiunta degli utenti; promuovere iniziative di gruppo di mutuo auto aiuto per famigliari/caregiver di malati di Alzheimer in collaborazione con il Servizio di psicologia e il DSM.

Azione 7) Collaborazione con le Agenzie formative finalizzata ad individuare bandi di finanziamento di attività formative per badanti.

Azione 8) 3 progetti per lo sviluppo dei servizi per la domiciliarità: progetto “Jolly/sviluppo domiciliarità”- prestazioni di assistenza domiciliare da parte di una cooperativa sociale in casi di emergenza a cui il Servizio Socio assistenziale non può rispondere con proprie risorse; progetto “adeguamento buoni servizio/sollievo” – ridefinizione dei pacchetti di ore di assistenza domiciliare reso da cooperativa sociale accreditata tenendo conto dei tempi di spostamento; incremento degli assegni di cura/buoni famiglia.

Azione 10,11) Definizione di un protocollo Asl- Servizio socio assistenziale per la presa in carico congiunta nelle cure domiciliari; definizione di un protocollo per le dimissioni ospedaliere che preveda il coinvolgimento del Servizio socio assistenziale.

Azione 12) Sperimentazione di un modello do sportello di accesso integrato sanità/sociale.

Azione 13, 19) Aumento di 5 posti letto convenzionati per non autosufficienti a carico dell’Asl.

Azione 14, 17) Promuovere un secondo ciclo di formazione per gli operatori delle strutture residenziali, reperendo i fondi necessari; collaborare con l’Asl e le strutture per il rinnovo delle convezioni per l’applicazione dei LEA nella residenzialità socio sanitaria al termine del regime transitorio (31 giugno 2006).

Azione 15) Fornazione per gli operatori socio sanitari finanziata a valere su bandi provinciali.

Azione 16) Riorganizzazione della gestione della lista di attesa per la residenzialità in accordo tra Asl e Servizio socio assistenziale.

Azione 18) Gestione congiunta sanità-sociale del budget pari a Euro 60.258,24 messo a disposizione dalla Regione per l’abbattimento delle lista di attesa nel 2006.

Azione 20) Progetto “Verso Anchise”- progetto di studio e ricerca relativo alla qualità della vita e i bisogni psicologici degli anziani nelle strutture residenziali finanziato dal Servizio di psicologia (5.000 Euro), case di riposo coinvolte (1.000 Euro ciascuna), servizio socioassistenziale di Ceva (2.000 Euro), Fondazione CRT (15.000 Euro).

Azione 22) Promozione di una partnership per concorrere al bando regionale per l’attivazione del Servizio Civico Volontario delle persone anziane.

### **ATTIVITA' TRASVERSALI**

Azione 1) Aggiornamento del sito internet con pagine relative al Piano di Zona .

Azione 2) Dare continuità agli organi di governo del Piano di Zona nella fase di implementazione attraverso:

- la partecipazione al bando provinciale per la formazione degli operatori nel servizio socio assistenziale
- l'individuazione dei gruppi di progetto, laddove siano previsti
- l'individuazione dei responsabili delle azioni
- la riattivazione della Segreteria di piano
- la realizzazione di riunioni dei gruppi di progetto e di riunioni dell'Ufficio di piano per esaminare gli output prodotti
- l'eventuale riattivazione dei tavoli tematici per approfondimenti specifici.

### **Scheda 2.6 Piano di zona del Consorzio socio assistenziale del cuneese**

#### **MINORI/FAMIGLIE**

Azione 1) Progetto "Il gabbiano Jonathan", finanziato dalla Regione Piemonte a valere sul fondo nazionale per la lotta alla droga ad una partnership territoriale (Consorzi socioassistenziali e Comunità Montane) di cui la Provincia di Cuneo è capofila. Prevede la realizzazione di iniziative di educativa di strada e di educativa in ambiti ludici-ricreativi finalizzate alla prevenzione del disagio, dei comportamenti a rischio e delle dipendenze, con particolare attenzione al mondo giovanile ed alla fascia adolescenziale.

Azione 2) Potenziamento dell'Equipe Affidato sovrazonale costituito nel 2005 attraverso l'incremento a partire dal 2007 di 3 ore settimanali dell'impegno dell'assistente sociale finanziato dagli enti gestori.

Azione 3) Progettazione e sperimentazione di percorsi di interventi sociosanitari integrati per l'assistenza alle gravidanze fragili attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro interistituzionale (Enti gestori, Asl).

#### **NUOVE POVERTA'**

Azione 1) Costituzione di un gruppo di lavoro composto dai rappresentanti dei sindaci e da operatori degli enti gestori finalizzato che anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni e delle agenzie del territorio rilevino entità del problema legato all'emergenza casa, le risorse disponibili e le modalità operative per affrontare la questione in termini integrati.

#### **DIPENDENZE**

Azione 1) Elaborazione di un protocollo operativo tra il Servizio dipendenze dell'Asl e gli enti gestori relativamente agli interventi per i minori, i rapporti con l'autorità giudiziaria, le strutture di pronta accoglienza, gli interventi assistenziali.

#### **EXTRACOMUNITARI**

Azione 1) Prosecuzione del progetto "Interazioni" articolato in diverse linee di intervento: servizio di mediazione culturale; servizio informativi specialistico con sede a Cuneo; iniziative di sostegno alle donne straniere, alle adolescenti di origine straniera e alla partecipazione attiva degli immigrati. E' previsto un finanziamento pari a 54.000,00 Euro da parte della Provincia e pari a 85.224,00 Euro da parte degli enti gestori e del Comune di Cuneo.

### **DISABILI**

Azione 1) Riorganizzazione dell'attività UVH a cura di un gruppo di lavoro interistituzionale Asl/Enti gestori supportato da un consulente esterno a carico degli enti gestori che abbia come obiettivo la elaborazione di una bozza di regolamento che individui ambiti di competenza, modalità degli interventi e di funzionamenti dell'UVH.

### **DISABILI ED ANZIANI**

Azione 1) Gestione congiunta delle attività territoriali (enti gestori/asl) afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria sulla base della attuazione ed eventuale modifica della convenzione già definita nel corso del 2007.

### **ANZIANI**

Azione 1) Riorganizzazione dell'attività dell'UVG attraverso la elaborazione di un regolamento di funzionamento a cura di una Commissione ad hoc.

Azione 2) Aumento del budget sanitario per incrementare i posti letto convenzionati a favore degli anziani non autosufficienti. Si prevede di aumentare i posti letto dai 398 del 2006 a 513 del 2007, valutando la possibilità di ulteriori incrementi nel 2008.

Azione 3) Erogazione degli interventi finalizzati alla domiciliarità a favore di anziani ultra 65enni in situazione di grave non autosufficienza con diritto all'indennità di accompagnamento accertata dalla commissione medica dell'Asl. Risultano stanziati dagli enti gestori complessivi 316.000,00 Euro per il 2006 e 493.000,00 Euro per il 2007.

Azione 4) Elaborazione di un progetto per l'apertura di uno Sportello Unico per accesso alle prestazioni socio-sanitarie da parte di un gruppo di lavoro enti gestori/asl.

## ALLEGATO 3. LE AZIONI DEI PIANI DI ZONA PER CONTENUTO

### Scheda 3.1 Nuovi servizi, estensione e/o ridefinizione di servizi già esistenti

#### CONSORZIO SOCIO ASSISTENZIALE DEL CUNEESE

##### MINORI/FAMIGLIE

- Progetto “Il gabbiano Jonathan”, finanziato dalla Regione Piemonte a valere sul fondo nazionale per la lotta alla droga ad una partnership territoriale (Consorti socioassistenziali e Comunità Montane) di cui la Provincia di Cuneo è capofila. Prevede la realizzazione di iniziative di educativa di strada e di educativa in ambiti ludici-ricreativi finalizzate alla prevenzione del disagio, dei comportamenti a rischio e delle dipendenze, con particolare attenzione al mondo giovanile ed alla fascia adolescenziale.
- Potenziamento dell’Equipe Affidato sovrazonale costituito nel 2005 attraverso l’incremento a partire dal 2007 di 3 ore settimanali dell’impegno dell’assistente sociale finanziato dagli enti gestori.

##### EXTRACOMUNITARI

- Prosecuzione del progetto “Interazioni” articolato in diverse linee di intervento: servizio di mediazione culturale; servizio informativi specialistico con sede a Cuneo; iniziative di sostegno alle donne straniere, alle adolescenti di origine straniera e alla partecipazione attiva degli immigrati. E’ previsto un finanziamento pari a 54.000,00 Euro da parte della Provincia e pari a 85.224,00 Euro da parte degli enti gestori e del Comune di Cuneo

##### ANZIANI

- Aumento del budget sanitario per incrementare i posti letto convenzionati a favore degli anziani non autosufficienti. Si prevede di aumentare i posti letto dai 398 del 2006 a 513 del 2007, valutando la possibilità di ulteriori incrementi nel 2008.
- Erogazione degli interventi finalizzati alla domiciliarità a favore di anziani ultra 65enni in situazione di grave non autosufficienza con diritto all’indennità di accompagnamento accertata dalla commissione medica dell’Asl. Risultano stanziati dagli enti gestori complessivi 316.000,00 Euro per il 2006 e 493.000,00 Euro per il 2007.
- Accordo tra Asl, Consorzio e sindaci che prevede: il mantenimento dell’attuale numero di posti letto convenzionati nelle strutture per anziani non autosufficienti a carico dell’Asl; la trasformazione di alcuni posti in 1-2 nuclei ad altissima intensità assistenziale per la gestione di pazienti stabilizzati clinicamente complessi; la finalizzazione di eventuali nuove risorse disponibili al sostegno delle famiglie con anziani (assegni di cura)

#### CONSORZIO MONVISO SOLIDALE

##### ANZIANI

- Convenzionamento di 15 posti di centro diurno integrato per anziani non autosufficienti nel distretto Fossano/Savigliano con copertura a carico dell’Asl. L’azione ha carattere di priorità e se ne prevede la realizzazione entro il 31/12/2008.

##### DISABILI

- Avvio di uno sportello informativo denominato Sistema Informatutto da realizzarsi in un locale messo a disposizione dal Consorzio, da realizzarsi a partire dall’esperienza condotta con l’Informahandicap.
- Attivazione di un nuovo centro diurno per gravi e gravissimi a Racconigi. Si prevede un impegno annuale di 450.000 Euro di cui il 70% a carico dell’Asl e il 30% a carico del Consorzio.

##### MINORI

- Definizione di un accordo entro il 31/12/2007 finalizzato al reinserimento dell’assistente sociale nei consultori ed un più ampio lavoro di integrazione tra le iniziative e favore delle famiglie. Si ipotizza che il costo dell’assistente sociale pari a 40.000 Euro sia a carico dell’Asl, dell’attività di mediazioni familiare pari a 5.000 Euro, a carico del Consorzio.

#### CONSORZIO SOCIO ASSISTENZIALE DEL MONREGALESE

##### ANZIANI

- Incremento dei posti letto residenziali per non autosufficienti (fino a quota 300 posti letto + 25 posti letto finanziati con il fondo regionale “abbattimento liste di attesa”); attivazione di 6 posti letto di sollievo e di accoglienza diurna all’interno delle strutture residenziali in convenzione; attivazione di ulteriori 10 posti letto per lungodegenti in convenzione con l’asl; la realizzazione di uno studio di fattibilità e la successiva sperimentazione di un nucleo

specialistico sull'Alzheimer. Da segnalare l'incremento delle risorse finanziarie a carico dell'Asl da 3.832.500, 00 Euro nel 2006 a 4.341.000,00 Euro nel 2008.

#### **FAMIGLIE**

- Realizzazione da parte della Caritas di Mondovì del Centro Unico dei Servizi Sociali – Cittadella della Carità e partecipazione di Consorzio e Asl ad un gruppo di lavoro finalizzato alla definizione di modalità di collaborazione mirate ad individuare soluzioni di ospitalità temporanea per soggetti in situazione di fragilità ed emergenza abitativa.

#### **DISABILI**

- Mantenere la gestione di 2 centri diurni (Villanova e Dogliani) e riorganizzare i 2 centri diurni di Mondovì al fine di diversificare l'offerta di servizi: laboratori, stage formativi, interventi assistenziali di educativa, corsi pre-lavorativi, attività occupazionali, spazi di sollievo diurno.

### **CONSORZIO SOCIO ASSISTENZIALE ALBA-LANGHE-ROERO**

#### **ANZIANI**

- Potenziare l'attività del Centro Diurno già operante nel territorio albese
- Promuovere la qualificazione degli assistenti familiari (badanti) e l'attivazione di uno sportello informativo di raccordo tra domanda e offerta

### **CONSORZIO INTESA**

#### **MINORI/FAMIGLIE**

- organizzazione e realizzazione di un nuovo Centro bambini e famiglie. Il Comune di Bra si impegna a reperire i locali e di mettere a disposizione il personale.
- "Oltre il Recinto": azioni finalizzate a valorizzare le risorse territoriali dedicate agli spazi aggregativi per giovani. Tra le azioni previste si può segnalare la mappatura delle realtà aggregative, la promozione di incontri e collaborazioni tra di esse, la promozione di manifestazioni pubbliche, la formazione degli animatori degli spazi aggregativi.
- "Giardini: luoghi da vivere": azioni finalizzate a creare spazi aggregativi e a pianificare e gestire le aree verdi. Tra le azioni previste si può segnalare la pulizia, manutenzione e dotazione di arredi delle aree verdi, la diffusione di pieghevoli e materiali informativi alla popolazione come modalità di contatto e invito.
- "Territorio ed integrazione": iniziative per favorire l'integrazione degli extracomunitari. Tra le azioni previste si può segnalare il raccordo e il coordinamento tra le diverse iniziative già in atto, la pubblicizzazione e la diffusione di inviti multilingue, la promozione di percorsi di orientamento al lavoro, la responsabilizzazione ad un ruolo di mediazione interculturale dei giovani immigrati che abbiano già raggiunto un buon livello di integrazione.

#### **ANZIANI**

- apertura di 5 sportelli gestiti da volontari in grado di offrire informazioni e orientamento su tutti i servizi offerti sul territorio a favore degli anziani.
- "Anziani sicuri attenti e attivi": azioni finalizzate al coinvolgimento della popolazione anziana nel miglioramento del livello di percezione della sicurezza. Tra le azioni previste si può segnalare la mappatura dei centri di incontro per anziani e dei principali luoghi di incontro, la realizzazione di interventi di sensibilizzazione all'interno dei centri di incontro per anziani, la realizzazione di interventi di sensibilizzazione rivolti alla popolazione anziana che non frequenta abitualmente i centri di incontro per anziani, la selezione e formazione di "anziani attivi" da coinvolgere in attività di volontariato civico.
- Apertura delle strutture residenziali alla Comunità locale": azioni finalizzate a promuovere una maggior "apertura" tra le strutture residenziali ed il territorio. Tra le azioni previste si può segnalare l'istituzione di un gruppo di lavoro costituito da delegati delle strutture, rappresentanti di associazioni e comitati, amministratori, la programmazione su base annuale da parte del gruppo di lavoro di iniziative interne ed esterne alle strutture, l'organizzazione di corsi di formazione per la popolazione anziana.
- "Oltre - Percorsi locali per il superamento delle barriere": azioni finalizzate a favorire il superamento delle barriere architettoniche e ad accrescere accessibilità e fruibilità dei servizi. Tra le azioni previste si può segnalare l'istituzione di un comitato di programmazione e valutazione in seno alla partnership di sviluppo del progetto, la realizzazione di azioni di sensibilizzazione/informazione/formazione rivolte a studenti, professionisti che operino nell'ambito pubblico e privato ed agli enti pubblici del territorio, la previsione di riconoscimenti formali (ad es. un marchio di qualità) per gli esercizi commerciali che adottino misure adeguate in tal senso.

## **DISABILI**

- apertura di una struttura semiresidenziale per disabili nel Comune di Sommaria del Bosco.
- “Comunità alloggio Aurora”: apertura di una struttura residenziale per disabili in grado di accogliere 8 disabili a tempo pieno e di offrire 2 ricoveri di sollievo diurni.
- “Progetto Free Way”: azioni finalizzate a sensibilizzare le comunità locali al coinvolgimento attivo dei cittadini diversamente abili

## **NUOVE POVERTA'**

- “Pronto?... Casa?”: azioni finalizzate a garantire ai cittadini italiani e stranieri il diritto all'accoglienza ed alla abitazione. Tra le azioni previste si può segnalare l'elaborazione di una banca dati aggiornata in merito alle esperienze realizzate sul territorio e alla normativa di riferimento, la mappatura delle strutture esistenti sul territorio del consorzio che offrano servizi di accoglienza, l'attivazione di forme di coordinamento tra i servizi di accoglienza presenti.
- “Pasto sicuro”: azioni finalizzate ad assicurare il soddisfacimento del bisogno primario del cibo a persone appartenenti a fasce deboli, in condizioni di povertà e disagio. Tra le azioni previste si può segnalare la stipulazione di una convenzione con i servizi di ristorazione della città di Bra a favore degli studenti, redigere un protocollo tra Comuni, consorzio, associazioni di volontariato e servizi di ristorazione affinché con un buono erogato dal consorzio le persone in situazione di povertà possano accedere al servizio di ristorazione più vicina alla loro abitazione, pubblicizzazione del servizio “pasto sicuro” presso i servizi territoriali e le associazioni di volontariato.
- “Tutto il mondo è il MIO paese”: promozione di incontri regolari tra donne di area araba con il supporto di mediatori culturali e guidati da operatori, volontari, insegnanti finalizzati al miglioramento delle competenze linguistiche, al miglioramento della conoscenza del territorio, alla definizione di rapporti amicali e sociali più ricchi.
- Creazione di una Commissione antidispersione scolastica con il compito di monitorare la frequenza scolastica a partire dalla scuola elementare, estensione del “Progetto genitori” già realizzato a Bra e finalizzato alla sensibilizzazione delle famiglie rispetto al tema dell'abbandono scolastico.

## **COMUNITA' MONTANE VALLI MONGIA CEVETTA LANGA CEBANA ALTA VAL TANARO**

### **FAMIGLIE**

- Progettazione esecutiva e avvio di una iniziativa di educativa di strada denominata “Gabbiano Jonathan”, da realizzarsi in collaborazione tra una cooperativa sociale da individuare, il Sert e la Provincia. E' previsto uno stanziamento di 18.000 euro a valere sulla legge 45/99.
- Aumentare l'assistenza educativa da 20h a 30h settimanali
- Attivazione presso l'Asl di un “angolo madre bambino” attivo due giorni a settimana in cui il mattino sia ad accesso diretto e dedicato ad attività di consulenza (indicazioni su igiene del neonato; sostegno all'allattamento al seno; valutazioni sull'accrescimento; gestione della quotidianità) e il pomeriggio, su prenotazione, sia dedicato al servizio di massaggio del neonato.

### **DISABILI**

- Attivazione di un centro diurno per soggetti medio-gravi.

### **ANZIANI**

- Progetto “Jolly/ sviluppo domiciliarità”- prestazioni di assistenza domiciliare da parte di una cooperativa sociale in casi di emergenza a cui il Servizio Socio assistenziale non può rispondere con proprie risorse
- Progetto “adeguamento buoni servizio/sollievo” – ridefinizione dei pacchetti di ore di assistenza domiciliare reso da cooperativa sociale accreditata tenendo conto dei tempi di spostamento; incremento degli assegni di cura/buoni famiglia.
- Aumento di 5 posti letto convenzionati per non autosufficienti a carico dell'Asl.
- Gestione congiunta sanità-sociale del budget pari a Euro 60.258,24 messo a disposizione dalla Regione per l'abbattimento delle liste di attesa nel 2006.
- Azione 20) Progetto “Verso Anchise”- progetto di studio e ricerca relativo alla qualità della vita e i bisogni psicologici degli anziani nelle strutture residenziali finanziato dal Servizio di psicologia (5.000 Euro), case di riposo coinvolte (1.000 Euro ciascuna), servizio socioassistenziale di Ceva (2.000 Euro), Fondazione CRT (15.000 Euro).

### Scheda 3.2 Studi di fattibilità/sperimentazioni di nuovi servizi

#### CONSORZIO MONVISO SOLIDALE

##### **VECCHIE E NUOVE POVERTA'**

- Formulazione di un progetto di gruppo appartamento per minori extracomunitari non accompagnati da parte di un gruppo di lavoro interistituzionale (Asl, Consorzio) e avvio della sperimentazione operativa da concludersi entro il 31/12/2008.

##### **DISABILI**

- Costituzione di un gruppo di lavoro tecnico (Consorzio, rappresentanza della cooperazione sociale, ANFFAS) per la realizzazione di uno studio di fattibilità e la successiva attivazione di uno Sportello Informahandicap gestito in collaborazione fra enti

##### **PROBLEMATICHE COMUNALI**

- Definizione di linee guida a cura di un gruppo di lavoro (Consorzio/Asl/Comuni) per la regolamentazione di dettaglio delle attività di assistenza ai disabili nelle scuole finanziato dai Comuni. Successiva sperimentazione di un servizio aggiuntivo organizzato e gestito dal Consorzio con costi a carico dei Comuni.

#### CONSORZIO SOCIO ASSISTENZIALE DEL MONREGALESE

##### **TUTELA MATERNO INFANTILE**

- Sperimentazione di iniziative integrate per favorire il conseguimento della terza media e l'inserimento adeguato nel mondo del lavoro dei minori in situazione di disagio. Il finanziamento è da richiedere alla Provincia su bando Asse B – direttiva occupati.

##### **DISABILI**

- Realizzazione di uno studio di fattibilità per l'avvio della gestione da parte dell'ANFASS di una comunità alloggio di 10 posti connessi al centro diurno "La chiocciola 2" già attivato a Mondovì.
- Realizzazione di uno studio di fattibilità a cura di un gruppo interistituzionale in merito alla possibilità di prevedere posti letti per disabili anziani all'interno delle strutture residenziali per anziani convenzionate.
- Realizzazione di uno studio di fattibilità e successiva sperimentazione a cura di un gruppo interistituzionale di servizi specifici per disabili con autismo.
- Sperimentare la promozione di un evento "Olimpiadi" gestito dal Comune di Villanova con il coinvolgimento della scuola
- Realizzazione di uno studio di fattibilità per individuare proposte operative e forme di finanziamento per garantire servizio di trasporto delle persone disabili per l'accesso ai servizi socio-sanitari a cura di un gruppo di lavoro interistituzionale (Asl, Consorzio, Comuni, volontariato, cooperazione sociale)

#### CONSORZIO SOCIO ASSISTENZIALE ALBA-LANGHE-ROERO

##### **NUOVE POVERTA'**

- Attivare come iniziativa pilota nell'Area territoriale n. 1 una struttura di pronta accoglienza per donne con minori o per nuclei sfrattati
- Avviare una sperimentazione per verificare la possibilità di creare una rete di alloggi a convivenza guidata per persone in difficoltà (ex carcerati, persone con problemi di dipendenza, ecc.).
- Realizzare uno studio di fattibilità per l'attivazione di un dormitorio pubblico e di una mensa sociale nel Comune di Alba o nelle vicinanze

##### **DISABILI**

- Sviluppare percorsi di accompagnamento clinici e psico-sociali anche per disabili in età adulta e per le loro famiglie, prevedendo anche la sperimentazione di un ambulatorio polivalente all'interno di una struttura organizzativa già esistente ed affine per problematica (ad es.: neurologia)
- Formulazione di un'offerta formativa rivolta ai genitori differenziata in rapporto alle fasce di età dei figli, frazionata in alcuni incontri nel corso dell'anno.

## **CONSORZIO INTESA**

### **AZIONI TRASVERSALI**

- “Trasporti: un nodo da sciogliere”: azioni finalizzate a migliorare la rete dei trasporti esistente e a rispondere alle esigenze di mobilità di fasce deboli e disagiate. Tra le azioni previste si può segnalare la realizzazione di uno studio sui flussi odierni e sulle opportunità di mobilità già oggi esistenti sul territorio, la programmazione con la Provincia di Cuneo e la Regione Piemonte di un piano di intervento che risponda alle carenze emerse dallo studio, l’istituzione di un coordinamento permanente fra le linee di trasporto provinciali e le linee di trasporto di carattere comunale (Bra), l’istituzione di una linea di trasporto circolare all’interno della città di Bra, la proposta di azioni mirate finalizzate a migliorare il traffico e la fruibilità dei servizi pubblici quali ad esempio la realizzazione di azioni di sensibilizzazione, la previsione di abbonamenti particolari, la realizzazione di campagne di sconti.

## **Scheda 3.3 Percorsi integrati, procedure, protocolli di intesa e gruppi di lavoro interorganizzativi**

### **CONSORZIO SOCIO ASSISTENZIALE DEL CUNEESE**

#### **MINORI E FAMIGLIA**

- Progettazione e sperimentazione di percorsi di interventi sociosanitari integrati per l’assistenza alle gravidanze fragili attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro interistituzionale (Enti gestori, Asl).

#### **NUOVE POVERTA’**

- Costituzione di un gruppo di lavoro composto dai rappresentanti dei sindaci e da operatori degli enti gestori finalizzato anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni e delle agenzie del territorio rilevino entità del problema legato all’emergenza casa, le risorse disponibili e le modalità operative per affrontare la questione in termini integrati.

#### **DIPENDENZE**

- Elaborazione di un protocollo operativo tra il Servizio dipendenze dell’Asl e gli enti gestori relativamente agli interventi per i minori, i rapporti con l’autorità giudiziaria, le strutture di pronta accoglienza, gli interventi assistenziali.

#### **DISABILI**

- Riorganizzazione dell’attività UVH a cura di un gruppo di lavoro interistituzionale Asl/Enti gestori supportato da un consulente esterno a carico degli enti gestori che abbia come obiettivo la elaborazione di una bozza di regolamento che individui ambiti di competenza, modalità degli interventi e di funzionamenti dell’UVH.

#### **ANZIANI**

- Riorganizzazione dell’attività dell’UVG attraverso la elaborazione di un regolamento di funzionamento a cura di una Commissione ad hoc.
- Elaborazione di un progetto per l’apertura di uno Sportello Unico per accesso alle prestazioni socio-sanitarie da parte di un gruppo di lavoro enti gestori/asl.

### **CONSORZIO MONVISO SOLIDALE**

#### **ANZIANI**

- Elaborazione di una proposta congiunta tra l’Asl e il Consorzio in tema di assegni di cura da sottoporre alla Regione Piemonte per promuovere modifiche di carattere normativo. Si prevede che il gruppo di lavoro ad hoc costituito formuli una proposta da presentare entro il 31/12/2007 ai Direttori Generali dei due enti
- Progettazione organizzativa dello sportello sociosanitario unico per il cittadino in rapporto alle attività sociosanitarie su cui convergono il Consorzio e l’asl. Entro il 31/12/2007 si attendono le prime risultanze dello studio.
- Ricognizione e mappatura delle associazioni e dei gruppi di volontariato attivi sul territorio, successiva elaborazione di un progetto di rete di sostegno e coinvolgimento per le risorse territoriali già attive da realizzarsi entro il 31/12/2007 da parte di un gruppo di lavoro da costituirsi ad hoc. L’avvio delle azioni progettuali è previsto entro il 31/12/2008

## **DISABILI**

- Revisione della convenzione attualmente in vigore tra Consorzio e Asl con particolare riferimento agli interventi a domicilio in casi di disabilità e per la fascia di popolazione minorile con problemi di natura socio-sanitaria
- Realizzazione di una rilevazione del bisogno di residenzialità sul territorio e delle strutture disponibili ed elaborazione di forme diversificate di sollievo a cura di un gruppo di lavoro composto da operatori. Il termine previsto è il 31/12/2008.

## **MINORI**

- Promozione di incontri e forme di coordinamento tra Comuni, agenzie educative, associazioni famigliari finalizzata alla definizione di proposte di interventi a favore di minori, da realizzarsi entro il 31/12/2007.
- Definizione di linee guida per la creazione di tavoli locali di coordinamento ed individuazione degli operatori da coinvolgere, entro il 31/12/2008.
- Definizione di un accordo entro la fine del 2008 tra Consorzio, Comuni e Asl per avviare servizi ed esperienze innovative rivolte alla prima infanzia e al sostegno della genitorialità (consulenze individuali, gruppi di mutuo aiuto, reti di famiglie,...)

## **VECCHIE E NUOVE POVERTA'**

- Costituzione di un tavolo di coordinamento tra le agenzie che si occupano di prevenzione delle dipendenze; calendarizzazione di incontri; elaborazione proposte di interventi.
- Attivazione di forma di coordinamento in tema di sostegno alle famiglie immigrate; progettazione e realizzazione di iniziative di formazione per gli adulti (alfabetizzazione) e di aggiornamento professionale dei mediatori culturali.
- Realizzazione di un protocollo di intesa tra Consorzio e Asl per definire procedure e carichi assistenziali in rapporto alle patologie di confine tra sfera sanitaria e sfera sociale. Si prevede la definizione di una proposta in tal senso da parte di un gruppo di lavoro interistituzionale entro il 31/12/2007.
- Elaborazione di un protocollo di intesa a cura di un gruppo di lavoro interistituzionale per la definizione e regolamentazione dei servizi a bassa soglia in grado di precisarne caratteristiche, rapporti tra i diversi servizi professionali coinvolti, ruolo dei Comuni e dell'ATC per il reperimento degli spazi abitativi necessari. La scadenza prevista per la elaborazione di una proposta di protocollo è il 31/12/2007.

## **PROBLEMATICHE COMUNALI**

- Definizione da parte del Consorzio di una proposta di regolamentazione della compartecipazione ai costi dei servizi attraverso l'applicazione dell'ISEE adeguatamente riparametrato e costituzione di un tavolo dei Comuni per concordare tempi di sperimentazione, modalità e gradualità di attuazione.
- Attivazione (entro il 31/12/2008) di un osservatorio consortile sulle vecchie e nuove povertà ed attivazione di forme di coordinamento degli interventi di assistenza economica a livello locale.
- Definizione di un accordo tra i Comuni, il Consorzio, l'Agenzia territoriale per la casa, la cooperativa edilizia "La tenda" per la gestione del fondo sociale relativo ai morosi incolpevoli, l'individuazione in fase di programmazione degli immobili di alloggi da destinare a servizi di bassa soglia, l'individuazione di forme di gestione delle situazioni più problematiche. Si prevede la definizione entro il 31/12/2008 di una proposta di accordo .
- Attivazione di un tavolo di coordinamento consortile per l'individuazione di criteri omogenei nella realizzazione di linee di trasporto dedicate alle fasce deboli di popolazione (in particolare disabili) e per la definizione dei criteri di riparto dei fondi. Si prevede la costituzione del tavolo entro il 31/12/2007.

## **SISTEMA DI COMUNICAZIONE SOCIALE**

- Elaborazione di una Carta dei servizi socio-sanitari a cura di un gruppo di lavoro interistituzionale (Asl, Consorzio).
- Costituzione di un gruppo di lavoro (Consorzio, Asl, Comuni, cooperative sociali, centro servizi per il volontariato, patronati) per avviare un piano di sviluppo e miglioramento della comunicazione a favore delle famiglie, organizzando le informazioni e le comunicazioni fra gli enti.

## **CONSORZIO SOCIO ASSISTENZIALE DEL MONREGALESE**

### **ANZIANI**

- Riorganizzazione dell'Unità di valutazione geriatria in particolare finalizzata alla definizione di protocolli di collaborazione con le Unità valutative handicap e psichiatrica per gli interventi a favore delle persone con meno di 65 anni ma con patologie invalidanti, a cura di un gruppo di lavoro interistituzionale (Consorzio/Asl).
- Azioni di adeguamento delle strutture residenziali per anziani ai requisiti previsti dalla normativa che in particolare prevede la definizione di protocolli operativi condivisi tra Consorzio, Asl e presidi convenzionati, la progressiva

sperimentazione ed adozione nelle strutture del Pai (piano assistenziale individualizzato), l'adozione da parte delle strutture del regolamento sulla privacy e della Carta dei servizi, l'eventuale disponibilità di una maggiore presenza dei medici di base nelle strutture.

- Definizione di percorsi assistenziali delle persone affette da demenza ad alta integrazione socio-sanitaria attraverso un ciclo di incontri tra Consorzio e Asl .
- Azioni di coordinamento della rete del volontariato attraverso la realizzazione di uno screening delle risorse presenti sul territorio e la costituzione di un gruppo di lavoro interistituzionale (Consorzio/ Asl).
- Istituzione di un gruppo di lavoro interistituzionale per la predisposizione di linee guida per le attività domiciliari socio sanitarie e successiva sperimentazione delle stesse; istituzione di un gruppo di lavoro per la predisposizione del protocollo per le dimissioni protette dall'ospedale; consolidamento della sperimentazione avviata nel 2005 del servizio di assistenza domiciliare per le persone malate di Alzheimer; attivazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto a cadenza mensile e conduzione psicologica per i famigliari/care givers di persone malate di Alzheimer.

#### **FAMIGLIE**

- Istituzione di un tavolo di lavoro intercomunale tecnico e di un tavoli di lavoro intercomunale politico finalizzato all'adozione di criteri minimi omogenei per l'erogazione dei servizi sociali di competenza comunale. Più in particolare si prevede nel triennio la stesura della bozza tipo del regolamento per l'accesso ai servizi di trasporto e ai buoni pasto e la stesura della bozza di altri quattro servizi erogati dai comuni (ad esempio: l'esenzione ticket per indigenti su prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche, assistenza alle autonomie, nidi in casa...)
- Istituzione di un gruppo di lavoro interistituzionale per la revisione del regolamento sugli assegni di cura e la definizione della bozza del regolamento per i buoni famiglia. Realizzazione di uno studio di fattibilità relativamente al ricorso a buoni servizio in alternativa all'erogazione diretta del Servizio di assistenza domiciliare.
- Istituzione di un gruppo di lavoro interistituzionale per ottimizzare la collaborazione tra Consorzio e Asl in rapporto ai percorsi di interruzione volontaria della gravidanza e definire un protocollo di intesa complessivo sull'intera attività del Consultorio, migliorandone la visibilità e l'accessibilità da parte dei cittadini.
- Istituzione di un gruppo di lavoro interno al Consorzio per la valutazione della qualità del servizio di segretariato sociale; realizzazione di uno studio di fattibilità e successiva istituzione dello Sportello Unico Socio Sanitario.
- Approvazione di un nuovo regolamento sull'assistenza economica elaborato da parte di un gruppo tecnico interno al Consorzio; istituzione di un gruppo di lavoro (Caritas, Consorzio, Comune di Mondovì) per definire modalità di razionalizzazione degli aiuti economici offerti dal territorio.
- Istituzione di un tavolo di lavoro interistituzionale (Consorzio, Centro per l'impiego, Ufficio Esecuzione Penale Esterna del Ministero di Grazia e giustizia, Asl) per la definizione di buone prassi di collaborazione tra gli enti e l'approvazione di un regolamento per l'inserimento e l'accompagnamento sociale delle persone svantaggiate sul mercato del lavoro.

#### **TUTELA MATERNO INFANTILE**

- Estensione degli affidamenti professionali attivati dalla Regione Piemonte attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro interistituzionale (Consorzio/Asl) che definisca un protocollo operativo sulle forme di supporto alle famiglie affidatarie, naturali e al minore.
- Effettuare una ricerca epidemiologica delle situazioni dei minori seguiti in collaborazione con l'autorità giudiziaria; elaborare a cura di un gruppo di lavoro interistituzionale (Consorzio/asl) un protocollo per la gestione del pronto intervento sociale per le situazioni caratterizzate da emergenza per sospetto abuso e/ o maltrattamento.

#### **DISABILI**

- Approvare entro il 2007 un regolamento dei servizi socio-sanitari per la domiciliarità
- Predisposizione del regolamento per utilizzo di posti di sollievo e pronta accoglienza.
- Elaborazione di un regolamento del Servizio inserimenti lavorativi del Consorzio a cura di un tavolo interistituzionale (Consorzio, Centro per l'impiego, Asl, rappresentanza cooperative sociali, Centro formazione professionale) ed incontri del tavolo finalizzati a promuovere il coordinamento tra il Centro per l'impiego e i servizi socio-sanitari territoriali.
- Elaborazione, approvazione ed attuazione di una Carta dei servizi sull'integrazione scolastica delle persone disabili a cura di un tavolo interistituzionale (scuola, Consorzio, Asl, cooperative, Provincia)
- istituzione di un tavolo di confronto sul tema dell'abbattimento delle barriere architettoniche che coinvolga i Comuni.
- Sperimentazione e consolidamento di una unica unità valutativa multi professionale facente capo al distretto sanitario di Mondovì che integri le unità valutative attualmente esistenti (Unità valutativa handicap minori; Unità valutativa handicap adulti; Unità valutativa psichiatrica) a cura di un tavolo interistituzionale (Asl, Consorzio)

**IMMIGRATI**

- Costituzione di un tavolo tecnico interno al Consorzio per l'analisi del fenomeno dei minori stranieri non accompagnati e l'elaborazione di proposte operative per l'accoglienza dei minori; eventuale sperimentazione delle modalità di accoglienza avanzate.

**CONSORZIO SOCIO ASSISTENZIALE ALBA-LANGHE-ROERO****NUOVE POVERTA'**

- l'attivazione di un tavolo permanente di informazione sulle tematiche del lavoro.
- Ottimizzare il coordinamento degli interventi erogati dai diversi attori, istituzionali e non, a favore dei soggetti in condizioni di difficoltà grave per cronicità e dipendenza: si prevede la definizione di una metodologia di informazione e concertazione tra i servizi e le organizzazioni coinvolte nella gestione del progetto individuale

**ANZIANI**

- Ottimizzare il collegamento tra medici di assistenza primaria e presidi residenziali tramite l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali.
- Definire schemi di protocollo con i presidi residenziali per l'attivazione di servizi a domicilio (es. pasti) per gli anziani non autosufficienti.

**DISABILI**

- Incentivare raccordi tra medici di base, pediatri, operatori socio-sanitari del territorio anche attraverso la predisposizione di un protocollo operativo per la presa in carico integrata.
- Potenziare gli interventi di domiciliarità anche definendo i protocolli operativi necessari per dare attuazione alla convenzione per l'applicazione dei LEA già stipulati tra Consorzio e ASL.
- Definizione di una metodologia di concertazione tra servizi e organizzazione del volontariato nei campi della domiciliarità e dell'animazione con i disabili
- Realizzare azioni di programmazione e monitoraggio sviluppando la collaborazione interorganizzativa tra gli attori sociali nel campo della disabilità, a partire dalla costituzione del Tavolo Interistituzionale di Programmazione.
- Promuovere la definizione di un protocollo di intesa tra le scuole del territorio, l'ASL, il Consorzio, il CPI e le agenzie formative
- Potenziare il collegamento tra scuola, agenzie formative e servizi di inserimento lavorativo, in particolare coordinando il trasferimento dalla scuola al CPI delle informazioni relative alle competenze acquisite dagli allievi disabili.

**MINORI E FAMIGLIA**

- Definizione di protocolli di intesa formalizzati tra scuole, enti locali, Consorzio, ASL per azioni di prevenzione e cura, ad esempio in tema di disagio psicologico e tossicodipendenza.
- Attivare percorsi di collaborazione e formazione con il Tribunale civile per l'applicazione della nuova normativa in materia di separazioni

**CONSORZIO INTESA****ANZIANI**

- realizzazione degli accordi istituzionali tra ASL Alba-Bra ed enti gestori per il funzionamento del servizio di lunga assistenza e la realizzazioni delle relative sperimentazioni operative, in coerenza con quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2006-2010.

**DISABILI**

- "Walking": costituzione di un gruppo tecnico composto da operatori dell'Asl, del Consorzio, dei Comuni, della scuola, del CPI, del terzo settore e dei famigliari dei disabili che elabori proposte innovative di protocolli operativi integrati.
- elaborazione di un Protocollo di intesa operativo tra ASL, Consorzio, Comune e associazioni che preveda la costituzione di un Gruppo di lavoro sulla disabilità neurologica in grado di monitorare i bisogni, informare e sensibilizzare i medici di base, informare le persone interessate al momento della diagnosi sui servizi disponibili, organizzare momenti di aggregazione e socializzazione, organizzare la formazione.

**NUOVE POVERTA'**

- "Ora io lavoro": creazione di una equipe interdisciplinare di operatori presso il CPI di Alba-Bra che si occupi della stesura e realizzazione di progetti integrati di ricerca del lavoro rivolto alle fasce deboli

**COMUNITA' MONTANE VALLI MONGIA CEVETTA LANGA CEBANA ALTA VAL TANARO**

**FAMIGLIE**

- creazione di un gruppo con il terzo settore per ridefinire il modello per i Comuni di Ceva e Garessio dei cicli di laboratori extrascolastici per risolvere le criticità evidenziate
- Sottoscrizione di una convenzione tra istituzioni scolastiche, centro per l'impiego e servizio socio assistenziale per contrastare la dispersione scolastica che preveda modalità di segnalazione dei minori in dispersione, attività di informazione e orientamento ai minori e alle loro famiglie.
- Strutturazione di un tavolo di lavoro (Servizio socio assistenziale, istituzioni scolastiche, terzo settore, Asl, volontariato) per la elaborazione di un progetto (da realizzarsi in rapporto alle risorse disponibili) di azioni finalizzate a proteggere i minori da condizioni di disagio psicologico, quali ad esempio l'organizzazione di eventi formativi sulle pratiche del benessere ed interventi di Peer-Education finalizzati a prevenire comportamenti di prevaricazione tra i ragazzi.
- Integrazione del Consultorio/Centro famiglie sulla base di un protocollo operativo elaborato da un gruppo di lavoro interistituzionale

**DISABILI**

- Costituzione di un gruppo di lavoro che coincida con l'UVH minori finalizzato alla stesura di un protocollo per la presa in carico dei minori disabili, con particolare riferimento alla patologia dell'autismo.
- Costituzione di un gruppo di lavoro (servizio socio assistenziale, Asl, istituzioni scolastiche) finalizzato a ridefinire l'attuale protocollo per l'integrazione dei minori disabili sulla base delle indicazioni del DPCM 23/02/06 n. 185.

**SOGGETTI DEBOLI**

- Costituzione di un gruppo di lavoro (Servizio socio assistenziale, Dipartimento di salute mentale, Sert) per la elaborazione di un protocollo di intesa per l'inserimento lavorativo.

**ANZIANI**

- Modello di sportello di accesso integrato sanità/sociale
- Elaborazione di un protocollo Asl-Servizio sociale per la presa in carico congiunta degli utenti
- Definizione di un protocollo Asl- Servizio socio assistenziale per la presa in carico congiunta nelle cure domiciliari; definizione di un protocollo per le dimissioni ospedaliere che preveda il coinvolgimento del Servizio socio assistenziale
- Riorganizzazione della gestione della lista di attesa per la residenzialità in accordo tra Asl e Servizio socio assistenziale.

**Scheda 3.4 Nuovi servizi, estensione e/o ridefinizione di servizi già esistenti (quadro sintetico per aree di bisogno)**

<b><u>MINORI E FAMIGLIE</u></b>	
<b>Strutture residenziali o semiresidenziali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cittadella della Carità della Caritas a Mondovì</li> <li>➤ Centro bambini e famiglie (C. Intesa)</li> </ul>
<b>Servizi a sportello e territoriali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ attivazione presso l'asl di un servizio di consulenza per neo-mamme (C.M. Mongia Cevetta Langa Cebana Alta Val Tanaro)</li> <li>➤ incremento dell'assistenza educativa da 20 a 30 h (C.M. Mongia Cevetta Langa Cebana Alta Val Tanaro)</li> <li>➤ potenziamento di 3 ore settimanali dell'equipe affidi (C. Cuneese)</li> <li>➤ reinserimento dell'assistente sociale nei consultori (C. Monviso Solidale)</li> </ul>
<b>Progetti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2 progetti educativa di strada e in ambiti ludici creativi (C. Cuneese; C.M. Mongia Cevetta Langa Cebana Alta Val Tanaro)</li> <li>➤ 3 progetti per favorire l'aggregazione e l'integrazione (C. Intesa)</li> </ul>

<b><u>ANZIANI</u></b>	
<b>Strutture residenziali o semiresidenziali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ incremento posti letto convenzionati per non autosufficienti (15 p.l. C. Cuneese; fino a quota 300 C. Monregalese; + 5 p.l C.M. Mongia Cevetta Langa Cebana Alta Val Tanaro)</li> <li>➤ specializzazione di alcuni posto letto a favore di pazienti stabilizzati clinicamente complessi (C. Cuneese) o per funzioni di sollievo e accoglienza diurna (C. Monregalese)</li> <li>➤ nuovo convenzionamento con centro diurno di 15 posti per anziani non autosufficienti (C. Monviso Solidale)</li> <li>➤ potenziamento del centro diurno di Alba</li> </ul>
<b>Servizi a sportello e territoriali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ apertura di 5 sportelli informativi gestiti da volontari (C. Intesa)</li> <li>➤ incremento dell'assistenza domiciliare (C.M. Mongia Cevetta Langa Cebana Alta Val Tanaro)</li> <li>➤ incremento del budget per gli interventi finalizzati alla domiciliarità (177.000,00 euro nel C. Cuneese)</li> <li>➤ nuovo sportello informativo di raccordo badanti/famiglie (C. Alba Langhe Roero)</li> </ul>
<b>Progetti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2 progetti per la socializzazione delle persone anziane (C. Intesa); 1 progetto contro le barriere architettoniche (C. Intesa)</li> <li>➤ 1 progetto di studio e ricerca sui bisogni psicologici degli anziani (C.M. Mongia Cevetta Langa Cebana Alta Val Tanaro)</li> </ul>
<b><u>DISABILI</u></b>	
<b>Strutture residenziali o semiresidenziali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2 nuovi Centri diurni (C. Monviso Solidale; C.M. Mongia Cevetta Langa Cebana Alta Val Tanaro )</li> <li>➤ una nuova struttura semiresidenziale per disabili (C. Intesa); una nuova struttura residenziale per disabili (C. Intesa)</li> <li>➤ riorganizzazione di 2 centri diurni (C. Monregalese)</li> <li>➤</li> </ul>
<b>Servizi a sportello e territoriali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ nuovo sportello informativo (C. Monviso Solidale)</li> </ul>
<b>Progetti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 1 progetto per favorire l'integrazione dei disabili (C. Intesa)</li> </ul>
<b><u>NUOVE POVERTA' E ALTRO</u></b>	
<b>Progetti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ rifinanziamento di 1 progetto di mediazione culturale (C. Cuneese)</li> <li>➤ 1 progetto in tema di diritto alla casa (C. Intesa)</li> <li>➤ 1 progetto in tema di bisogni primari (C. Intesa)</li> <li>➤ 1 progetto per favorire la socializzazione delle donne straniere (C. Intesa)</li> <li>➤ estensione di un progetto contro la dispersione scolastica (C. Intesa)</li> </ul>

**Scheda 3.5 Studi di fattibilità/sperimentazioni di nuovi servizi (quadro sintetico per aree di bisogno)**

<b><u>MINORI E FAMIGLIE</u></b>	
<b>Progetti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ sperimentazione di iniziative per l'inserimento nel mondo del lavoro di minori in situazione di disagio (C. Monregalese)</li> </ul>
<b><u>DISABILI</u></b>	
<b>Strutture residenziali o semiresidenziali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ comunità alloggio per disabili gestita dall'ANFASS (C. Monregalese)</li> <li>➤ studio di fattibilità per prevedere posti letto per disabili anziani all'interno delle strutture per anziani convenzionate (C. Monregalese)</li> </ul>
<b>Servizi a sportello e territoriali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ sportello Informahandicap (C. Monviso Solidale)</li> <li>➤ servizio aggiuntivo di assistenza ai disabili nelle scuole (C. Monviso Solidale)</li> <li>➤ studio e sperimentazione di servizi specifici per disabili con autismo (C. Monregalese)</li> <li>➤ miglioramento servizi di trasporto per disabili (C. Monregalese)</li> <li>➤ percorsi di accompagnamento clinici e psico-sociali e sperimentazione di un ambulatorio polivalente (C. Alba Langhe Roero)</li> </ul>
Progetti	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ evento "Olimpiadi" gestito dal Comune di Villanova e in collaborazione con le scuole (C. Monregalese)</li> <li>➤ offerta formativa rivolta ai genitori di portatori di handicap (C. Alba Langhe Roero)</li> </ul>
<b><u>NUOVE POVERTA' E ALTRO</u></b>	
<b>Strutture residenziali o semiresidenziali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ gruppo appartamento per minori extracomunitari non accompagnati (C. Cuneese)</li> <li>➤ struttura di pronta accoglienza per donne con minori o nuclei sfrattati nell'Area territoriale 1 (C. Alba Langhe Roero)</li> <li>➤ rete di alloggi a convivenza guidata per persone in difficoltà (C. Alba Langhe Roero)</li> <li>➤ dormitorio pubblico (C. Alba Langhe Roero)</li> </ul>
<b>Servizi a sportello e territoriali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ mensa sociale (C. Alba Langhe Roero)</li> <li>➤ miglioramento mobilità territoriale (C. Intesa)</li> </ul>

## **ALLEGATO 4. TRACCIA DI INTERVISTA SUL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEI PIANI DI ZONA**

### **I PROTAGONISTI DELLE POLITICHE SOCIALI TERRITORIALI**

- Quando è nato e come è strutturato il Consorzio dei servizi socioassistenziali attivo sul territorio? Da quali organi è composto? Chi ne fa parte?
- Quali sono state le tappe fondamentali di sviluppo del Consorzio? Che ruolo svolge attualmente?
- Che ruolo ha l'Asl? Si può dire che sul territorio esiste un attore chiave/centrale delle politiche sociali (il Consorzio) o piuttosto vi è un sostanziale equilibrio tra diversi soggetti (Consorzio/Comuni/Asl)?

### **I RAPPORTI TRA I DIVERSI SOGGETTI/MODALITA' ORDINARIE DI CONFRONTO E DECISIONE**

- In tema di politiche sociali con quali soggetti i comuni si rapportano più frequentemente e abitualmente? Con quali modalità e frequenza si rapportano con il Consorzio e con l'Asl?
- Quali sono gli aspetti critici? Come sono affrontati o dovrebbero essere affrontati?
- Ci sono stati cambiamenti nel corso degli ultimi anni nella gestione dei servizi sociali e nelle competenze dei diversi soggetti?

### **IL SISTEMA DI OFFERTA DEI SERVIZI**

- In sintesi, quali servizi sono attualmente erogati sul territorio distinguendo tra competenze del Consorzio, dell'azienda sanitaria e competenze residue dei Comuni? Il personale impegnato nell'erogazione dei servizi in che misura è dipendente/ha come committente il Consorzio, l'Asl e i singoli Comuni?
- Quali servizi sono erogati direttamente dai Comuni e finanziati del tutto autonomamente?
- Dovendo fare una stima quale percentuale dei servizi erogati sul territorio è direttamente erogato dal Consorzio?
- Come sono finanziati i servizi? Che finanziamento è erogato al Consorzio da parte dei Comuni?
- Ci sono stati cambiamenti nel corso degli ultimi anni (sia in rapporto all'offerta di servizi, sia in rapporto al loro finanziamento)? Si prevedono cambiamenti per il futuro?
- Quali sono, a suo avviso, i problemi sociali prioritari?

### **IL PROCESSO DI ELABORAZIONE DEL PIANO DI ZONA**

- In sintesi, come si è strutturato il processo di programmazione finalizzato alla definizione del Piano di Zona? Chi ne ha preso parte?
- In che cosa questo processo di programmazione si distingue rispetto alle modalità ordinarie di decisione in merito alla erogazione ordinaria dei servizi? Visto che è la prima esperienza di realizzazione del Piano di zona, che cosa c'è di nuovo e di diverso rispetto al passato nel processo di decisione su quali servizi erogare e come finanziarli?

### **IL RUOLO DEL COORDINAMENTO POLITICO ISTITUZIONALE**

- Che ruolo ha avuto il coordinamento politico istituzionale? Quante volte si è riunito? Ritieni che le decisioni siano state prese in questa sede o altrove? Può fare degli esempi in questo senso?
- I Comuni e le loro esigenze sono state adeguatamente rappresentate nel processo?

## GLI ESITI DEL PROCESSO

- Quali sono stati i punti di maggiore disaccordo nel corso della programmazione? Sono stati superati oppure no? Se sì, in che modo sono stati superati i contrasti?
- Il processo di programmazione ha condotto ad assumere decisioni nuove? Quali?
- In quali fasi sono state assunte delle decisioni nuove (se sono state assunte)? Chi ha pesato di più nella definizione delle decisioni (i Comuni, il Consorzio, l'Asl, ...)?
- Oltre alle decisioni in merito a nuovi servizi si può dire che il processo di programmazione ha avviato nuovi ambiti di collaborazione tra i diversi soggetti destinati a proseguire? Ci sono degli esempi in questo senso che ritiene particolarmente rilevanti?
- Più in generale, quali sono stati i limiti principali del processo di programmazione? Cosa cambierebbe nel futuro (durata, modalità di conduzione, soggetti coinvolti, temi trattati, ...)?

## PROSPETTIVE

- In prospettiva in che direzione ritiene si svilupperanno i servizi sociali? Che ambito di intervento/tipologia di servizio ritiene avrà un'importanza crescente?
- Attualmente, dal suo punto di vista, il mondo della cooperazione sociale che ruolo riveste nelle politiche di assistenza sociale? In che direzione crede potrà svilupparsi il suo ruolo? Quali limiti vede attualmente nella sua azione?

## ALLEGATO 5. TRACCIA DI INTERVISTA SUL TESSUTO COOPERATIVO

- Le origini, i promotori, i motivi della fondazione della cooperativa. Le esperienze e competenze professionali dei fondatori. Le prime esperienze, le difficoltà del periodo iniziale.
- I momenti di discontinuità – crisi di mercato o anche “crisi” di crescita – nello sviluppo della cooperativa. Le scelte gestionali e/o di mercato fatte per superare i momenti di discontinuità. La evoluzione/diversificazione del sistema di competenze distintive della cooperative (continuità discontinuità con le competenze iniziali). L'utilizzo della formazione per migliorare/diversificare il sistema di competenze.
- I principali progetti gestiti in passato, i committenti, le modalità di erogazione del servizio.
- I progetti attualmente gestiti: servizi, utenti, committenti, competenze necessarie. Orizzonte temporale dei progetti. Tipologia di rapporto con i committenti (convenzione, rette, affidamento diretto, etc.)
- L'organigramma della cooperativa; grado di strutturazione, responsabilità di gestione definite (su progetto o linee di attività).
- I rapporti con le altre cooperative: progetti presentati insieme ad altri, anche se non finanziati, progetti effettivamente gestiti con altri, opportunità perse perché non si è riusciti a mettersi insieme ad altri. Come si sono individuati i partner, quale ruolo hanno giocato, se un ruolo c'è stato, i Consorzi.
- Il punto di vista sulle prospettive del mercato: quali settori sono in espansione? Quali settori sono oramai saturi (equilibrio tra domanda di servizi ed offerta), quali servizi si vanno contraendo?
- La cooperativa è interessata ad ampliare il proprio mercato o ritiene necessario un momento di consolidamento? Quali iniziative la cooperativa ha in animo di intraprendere per ampliare il proprio mercato? Si tratta di strategie di diversificazione o di presidio di mercati “tradizionali”?

## ALLEGATO 6. QUESTIONARIO SUGLI ANDAMENTI ECONOMICI ED OCCUPAZIONALI DELLE COOPERATIVE

Le chiediamo di indicare, nel riquadro che segue, l'anno di costituzione della cooperativa:

La cooperativa dispone di strutture residenziali in proprio possesso (proprietà/locazione)?

Sì

No

Le chiediamo di indicare, nel riquadro che segue, il numero di posti (posti letto/posti di accoglienza diurna) complessivamente offerti dalle strutture residenziali in proprio

posti:

Nella tabella che segue Le chiediamo di indicare a partire dal 2000 (o dall'anno di costituzione della cooperativa nel caso in cui sia stata costituita successivamente) il numero complessivo di lavoratori e collaboratori in organico (considerando tutti i dipendenti, i soci lavoratori e i collaboratori) che al 31 dicembre di ciascun anno stiano svolgendo attività lavorativa per un monte ore pari ad almeno 20 ore settimanali:

Anno	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Organico (almeno 20 h/sett.)</b>								

Nella tabella che segue Le chiediamo di indicare a partire dal 2000 (o dall'anno di costituzione della cooperativa nel caso in cui sia stata costituita successivamente) il numero complessivo di lavoratori e collaboratori in organico (considerando tutti i dipendenti, i soci lavoratori e i collaboratori) che al 31 dicembre di ciascun anno stiano svolgendo attività lavorativa (indipendentemente dal numero di ore lavorate):

Anno	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Organico totale</b>								

Nei riquadri che seguono Le chiediamo di indicare la quota percentuale dei lavoratori attivi al 31 dicembre del 2007 per un monte ore pari ad almeno 20 ore settimanali che:

- sono entrati in organico per la prima volta nel corso dell'anno:

- sono in organico da almeno 5 anni:

Con riferimento al 2007, quale quota del fatturato complessivo della cooperativa è stata coperta dal principale committente della cooperativa?

più del 75%  dal 50 al 75%  dal 25% al 50%  meno del 25%

Con riferimento agli ultimi 3 anni, la quota del fatturato coperta dal principale committente della cooperativa è:

stabile  in crescita  in diminuzione

Con riferimento al 2007, quale quota del fatturato complessivo della cooperativa è stata coperta da servizi sociali e per il welfare locale?

più del 75%  dal 50 al 75%  dal 25% al 50%  meno del 25%

Con riferimento agli ultimi 3 anni, la quota del fatturato coperta da servizi sociali e per il welfare locale è:

stabile  in crescita  in diminuzione

Nella tabella che segue Le chiediamo di indicare, con riferimento al 2007 come il fatturato per i servizi sociali e per il welfare locale si compone percentualmente per categoria di committenti/clienti:

Committente/cliente	Consorzi socio assist.	Comunità Montane	Aziende sanitarie	Comuni	Soggetti privati	Totale
Quota percentuale del fatturato						100%

Nel caso in cui la cooperativa disponga di strutture residenziali in proprio possesso adibite all'erogazione di servizi sociali e per il welfare locale, Le chiediamo di indicare (in Euro) nella tabella che segue il fatturato del 2007 distinguendo tra aree di intervento e tipologia di committenza (pubblica/privata):

Area di intervento	Infanzia e minori	Disabilità	Anziani	Dipendenze	Altro	Totale
Fatturato strutture proprie, committenza pubblica <sup>24</sup>						
Fatturato strutture proprie, committenza privata <sup>25</sup>						

<sup>24</sup> Ci riferiamo alla quota di fatturato derivante da committenti pubblici (Consorzi, asl, Comunità Montane, Comuni) per servizi erogati presso strutture proprie.

<sup>25</sup> Ci riferiamo alla quota di fatturato derivante da utenti/clienti privati per servizi erogati presso strutture proprie.

Nella tabella che segue Le chiediamo di indicare (in Euro) il fatturato 2007 derivante dall'erogazione di servizi sociali e per il welfare locale distinguendo tra servizi erogati presso strutture residenziali di carattere pubblico/privato e servizi erogati sul territorio e per aree di intervento.

Area di intervento	Infanzia e minori	Disabilità	Anziani	Dipendenze	Altro	Totale
Fatturato servizi strutture pubbliche <sup>26</sup>						
Fatturato servizi strutture private <sup>27</sup>						
Fatturato servizi territoriali <sup>28</sup>						
<b>Totale</b>						

Con riferimento agli ultimi 3 anni, complessivamente il fatturato totale dei servizi sociali e per il welfare locale in termini assoluti è:

stabile  in crescita  in diminuzione

Negli ultimi 3 anni la cooperativa ha presentato progetti o gestito servizi in partnership con altre cooperative?

Sì  No

Se sì, Le chiediamo di indicare nel riquadro che segue con quali cooperative:

--

Le chiediamo infine di indicare se la cooperativa ha la certificazione di qualità (ISO 9000):

Sì, per alcuni processi/servizi  Sì, per tutti i processi/servizi  No

<sup>26</sup> Ci riferiamo alla quota di fatturato per servizi erogati presso strutture pubbliche.

<sup>27</sup> Ci riferiamo alla quota di fatturato per servizi erogati presso strutture private appartenenti a soggetti terzi.

<sup>28</sup> Ci riferiamo alla quota di fatturato per servizi erogati sul territorio.