

Conferenza Episcopale Toscana
Delegazione Regionale Caritas

Progetto MIROD
Osservatorio delle
Povertà e delle Risorse
della Caritas Toscana

Delegazione Regionale Caritas della Toscana
OSSERVATORIO REGIONALE DEI BISOGNI DELLE POVERTÀ E DELLE RISORSE

progetto
MIROD MESSA IN RETE
OSSERVATORI
DIOCESANI

Dossier regionale 2004 sulle povertà in Toscana

Rilevazione dati dei Centri d'Ascolto
delle Caritas della Toscana
Anno 2004

Con il contributo della

REGIONE
TOSCANA



Firenze, luglio 2005

Componenti del gruppo di lavoro del Dossier

Coordinamento, elaborazione dei dati e stesura del dossier: **Maria Elena Donghi, Manuela Esposito, Stefano Lomi, Barbara Macrì, Federico Russo, Stefano Simoni** (coordinatore del progetto MIROD e degli Osservatori delle Povertà e Risorse), **Luca Tinghi, Annalisa Tonarelli, Anna Zucconi**.

Ricordiamo il contributo di **Cristiana Cioni**, che ha ricoperto l'incarico di coordinatrice degli OPR/progetto MIROD fino a metà del 2004.

Esprimiamo riconoscenza per il sostegno e la collaborazione ai Direttori Caritas, agli Operatori e ai Referenti dei Centri d'ascolto e degli Osservatori delle Diocesi di:

Arezzo–Cortona–Sansepolcro, Fiesole, Firenze, Grosseto, Livorno, Lucca, Massa Carrara–Pontremoli, Massa Marittima–Piombino, Montepulciano–Chiusi–Pienza, Pescia, Pisa, Pistoia, Pitigliano–Sovana–Orbetello, Prato, San Miniato, Siena–Colle Val d'Elsa–Montalcino, Volterra.

Ringraziamo per i preziosi apporti **Federico Gelli** ed **Elena Innocenti**.

Cogliamo l'occasione per esprimere gratitudine a **Marco Frazzoli**, il Responsabile del software di raccolta dati.

Un ringraziamento alla **Regione Toscana**, e in particolare agli amici della **Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà**, per la collaborazione e il contributo che ha permesso la realizzazione del presente lavoro.

Introduzione

Premesse di fondo del percorso di indagine

Il presente dossier costituisce un'analisi delle situazioni di povertà, disagio ed emarginazione sociale rilevate dalle Caritas della Toscana, attraverso i propri Centri d'Ascolto.

L'obiettivo principale della ricerca, condotta dall'Osservatorio delle Povertà e delle Risorse della Delegazione Regionale delle Caritas della Toscana, è pertanto quello di descrivere il contesto territoriale e sociale, con le sue dinamiche ed i particolari indicatori sociali che lo caratterizzano, per poi passare ad una ricognizione del contesto legislativo delle attuali politiche sociali e del loro orientamento. Viene presentata, inoltre, una breve analisi quantitativa delle risorse e dei servizi presenti in ambito ecclesiale.

Nucleo centrale della ricerca è, ovviamente, il complesso dei dati rilevati riguardanti le situazioni di povertà e disagio. Dati ed informazioni sono stati raccolti, come nella precedente occasione¹, dai Centri d'Ascolto diocesani, di cui ogni Caritas diocesana toscana si è dotata. Le informazioni sono state poi elaborate dall'Osservatorio, che ha cercato di evidenziare i tratti generali dei fenomeni di povertà e di disagio rilevati, nonché certi elementi peculiari e significativi della realtà toscana.

Un approfondimento finale, suddiviso in due parti, chiude il rapporto.

La prima parte riporta le riflessioni delle singole Caritas diocesane, che hanno partecipato alla rilevazione dei dati, sulla sensazione di adeguatezza nel rispondere alle richieste delle persone in stato di bisogno a partire dalle risorse che hanno a disposizione.

La seconda parte di questa sezione propone una valutazione

¹ *"In ascolto dei bisogni del territorio, prima rilevazione dati dei Centri d'Ascolto Caritas Toscana"*, CET, 2004).

qualitativa delle problematiche sociali maggiormente sentite e più largamente insoddisfatte nel nostro territorio regionale, così come sono percepite da alcuni testimoni privilegiati del territorio.

La suddetta sequenza di rilevamento ed analisi operativa vuole delineare un percorso dalle finalità non speculative ma, anzi, ad un tempo progettuali e pastorali.

Crediamo, infatti, che una conoscenza più approfondita del territorio aiuti a discernere, a valutare meglio e ad intervenire, poi, con servizi di miglior qualità. Riteniamo opportuno che questa attenzione e questa consapevolezza crescano all'interno delle Caritas diocesane e parrocchiali, della Chiesa nel suo complesso, come anche all'interno delle Istituzioni e fra i cittadini.

Il dossier, come strumento d'osservazione, pur con i suoi limiti temporali e scientifici, è un punto d'arrivo di un percorso di ricerca ma anche e soprattutto – ci sia permesso dire - un ottimo punto di partenza, da una parte per approfondimenti e collaborazioni sempre più strette all'interno della Chiesa, dall'altra per un confronto ed un dialogo sempre più fecondi con le Istituzioni ed il Terzo Settore nel suo complesso.

E' in questo senso che auspichiamo che l'analisi dei dati, e le informazioni che seguono, possano fornire alle Istituzioni civili qualche utile orientamento per le scelte e le programmazioni future in materia di politiche sociali.

Tornando all'ambito della Caritas, questo dossier, che giunge alla seconda edizione, è stato realizzato da un laboratorio in continua evoluzione, costituito dagli Osservatori e dai Centri d'Ascolto delle Caritas diocesane, che, coordinati e supportati dalla Delegazione Regionale delle Caritas della Toscana, si sono costituiti in gruppo di lavoro.

Disegno e tappe della ricerca

Abbiamo ricordato proprio adesso i Centri d'Ascolto, che costituiscono con la loro azione nelle Diocesi e nelle parrocchie il punto di partenza di questa ricerca. Vediamo pertanto di spiegare brevemente cosa è un Centro d'Ascolto.

Nelle varie Diocesi italiane la scelta preferenziale per i poveri della Chiesa ha portato le Caritas a dare vita ad uno o più Centri d'Ascolto. Ognuno di questi, come si deduce anche dal nome, è, all'interno della Chiesa locale, un punto di riferimento per le persone in difficoltà, uno spazio dove chi si trova in una condizione di bisogno, dovuta a povertà, malattia, emarginazione o altro – che si tratti di abitante del territorio, di italiano, di straniero o di persona di passaggio – viene accolto e ascoltato fraternamente, nonché, quando la situazione lo permette, accompagnato ed orientato verso le risorse presenti sul territorio.

La presente indagine ha visto la partecipazione alla raccolta dati di 15 delle 17 Diocesi della regione ecclesiale toscana, in alcuni casi con un Centro, in altri casi con due o più, secondo la struttura organizzativa e territoriale che si sono date le singole Caritas diocesane.

I dati sulle povertà, riportati in questo dossier, sono stati raccolti da questi Centri operativi compilando, per ogni persona incontrata ed ascoltata, una scheda cartacea di rilevazione dati che è stata realizzata a livello regionale e successivamente distribuita presso tutti i Centri.

Ci è sembrato indispensabile prendere in considerazione un intero anno solare, poiché, limitando la rilevazione dei dati ad una parte di esso, avremmo corso il rischio che questi fossero condizionati da situazioni di disagio più evidenti in alcune stagioni o in alcuni periodi dell'anno. Se i dati vengono raccolti durante i mesi estivi, ad esempio, è inevitabile che emerga – in maniera più evidente rispetto ad altre – la condizione di estremo disagio degli anziani soli e/o non autosufficienti, che,

in questo periodo dell'anno sono costretti a cercare un aiuto per far fronte a tutta una serie di problematiche ben note. Durante lo stesso anno – si pensi alle “regolarizzazioni” per favorire l'emersione dal lavoro nero degli immigrati – vi potrebbero essere due o tre mesi durante i quali viene rilevato un marcato aumento di richieste d'aiuto da parte di cittadini stranieri e/o italiani (questi ultimi per lo più datori di lavoro), che si sono rivolti ai Centri d'Ascolto per chiedere informazioni in merito alla normativa o per farsi aiutare a svolgere le pratiche burocratiche necessarie per la richiesta d'emersione. In alcuni mesi, invece, risulta elevato l'afflusso di bambini, poiché i genitori si rivolgono ai Centri d'Ascolto per avere indicazioni sull'iscrizione alla scuola dell'obbligo, sulla richiesta d'esenzione o riduzione delle spese per la refezione scolastica, e via dicendo.

Per riuscire a cogliere la realtà del disagio nelle sue varie articolazioni, si è deciso, quindi, di prendere in esame i dati dell'intero anno 2004.

I dati raccolti con le schede cartacee sono stati trascritti dagli operatori, dai volontari e dai giovani in servizio civile dei Centri in schede di rilevazione informatiche all'interno di una piattaforma software di tipo “client-server”. Ciò ha permesso all'Osservatorio di disporre, in forma centralizzata ed uniforme, dei dati aggiornati degli oltre 50 Centri d'Ascolto che hanno partecipato alla rilevazione.

L'adozione di questa piattaforma software, pur con le difficoltà connesse all'uso di uno strumento informatico che fatalmente non può tenere traccia adeguata delle mille sfaccettature di ogni singola storia di vita, ha permesso all'Osservatorio di ricavare, con relativa facilità, dei dati che ci auguriamo significativi.

Le variabili che abbiamo analizzato in dettaglio sono il genere, la fascia d'età, il grado d'istruzione, lo stato civile, la situazione familiare ed abitativa, la condizione degli stranieri (relativamente agli anni di presenza in Italia ed al permesso di soggiorno), le problematiche riscontrate al momento del

colloquio e le richieste fatte dall'utente al Centro. L'analisi dei dati ha messo in evidenza alcune differenze rilevanti fra la condizione degli ospiti italiani e quella degli ospiti stranieri dei Centri d'Ascolto.

Per poter utilizzare le informazioni ed i dati relativi alla situazione personale degli utenti è stato chiesto ad ognuno, ovviamente, il consenso al trattamento degli stessi come previsto dalla Legge 675/96 sulla privacy.

Nel dossier, con le suddette premesse, faremo riferimento ai dati relativi alle oltre 13.000 persone che hanno fatto visita ai Centri d'Ascolto in Toscana nel corso del 2004, tredicimila persone che sottendono, nel complesso, quasi altrettante famiglie.

I dati che seguono rappresentano quindi, senz'altro, un'analisi degna di nota delle condizioni di povertà, di disagio e di esclusione sociale nella nostra regione.

Parte I – Il profilo sociale regionale

1. Dati demografici e statistici di sfondo

1.1 La struttura demografica del territorio regionale

I dati dell'ISTAT delineano che la popolazione complessiva della Toscana risulta, alla data del 31 dicembre 2003, pari a 3.566.071 persone, con un incremento rispetto al 2002 di circa 50.000 abitanti, pari all'1,4% del totale della popolazione.

Questo incremento è in larga parte dovuto alle iscrizioni anagrafiche successive alla cosiddetta “regolarizzazione”² dei lavoratori stranieri non comunitari presenti in Italia, avvenuta nel 2002. Vediamo nella tabella n. 1 la situazione in dettaglio.

**Tabella n. 1 – popolazione residente al 31-12-2003
e movimento anagrafico per provincia**

Province	Popolazione al 31-12-2003			Variazione annua		
	Maschi	Femmine	Totale	%	Assoluta	%
Arezzo	160.788	169.335	330.123	9,3	3.951	1,2
Firenze	458.210	499.739	957.942	26,8	22.066	2,4
Grosseto	103.648	112.186	215.834	6,1	3.833	1,8
Livorno	157.685	171.272	328.957	9,2	1.485	0,5
Lucca	180.890	196.146	377.036	10,6	3.216	0,9
Massa C.	95.285	103.362	198.647	5,6	1.085	0,5
Pisa	190.017	201.128	391.145	11,0	4.679	1,2
Pistoia	131.923	142.244	274.167	7,7	2.724	1,0
Prato	113.680	119.712	233.392	6,5	2.185	0,9
Siena	125.353	133.468	258.821	7,3	4.551	1,8
Toscana	1.717.479	1.848.592	3.566.071	100,0	49.775	1,4
Italia	28.068.608	29.891.637	57.888.245	100,0	567.175	1,0

Le donne costituiscono il 51,8% della popolazione. Una maggiore percentuale di donne è tipica delle società a più forte

² Legge 189/2002, art. 33 e Legge 222/2002 (disposizioni urgenti in materia di legalizzazione del lavoro irregolare di extracomunitari)

invecchiamento e dipende essenzialmente dal fatto che esse sono più longeve rispetto agli uomini.

La popolazione residente in Toscana rappresenta il 6,2% della popolazione residente in Italia. Le province più popolate risultano, nell'ordine, Firenze, Pisa e Lucca, come mette in evidenza la tabella n. 1.

Anche nel 2003, come avviene ormai dal 1977, il saldo naturale in Toscana è negativo (-13.000 persone): questo significa che il numero dei morti (42.254) è più elevato del numero dei nati vivi (29.000). Da un'analisi per provincia dei dati, risulta che, mentre a Prato il saldo naturale è pressoché nullo, a Livorno e Massa Carrara supera il - 5% e a Grosseto raggiunge addirittura il - 5,8%.

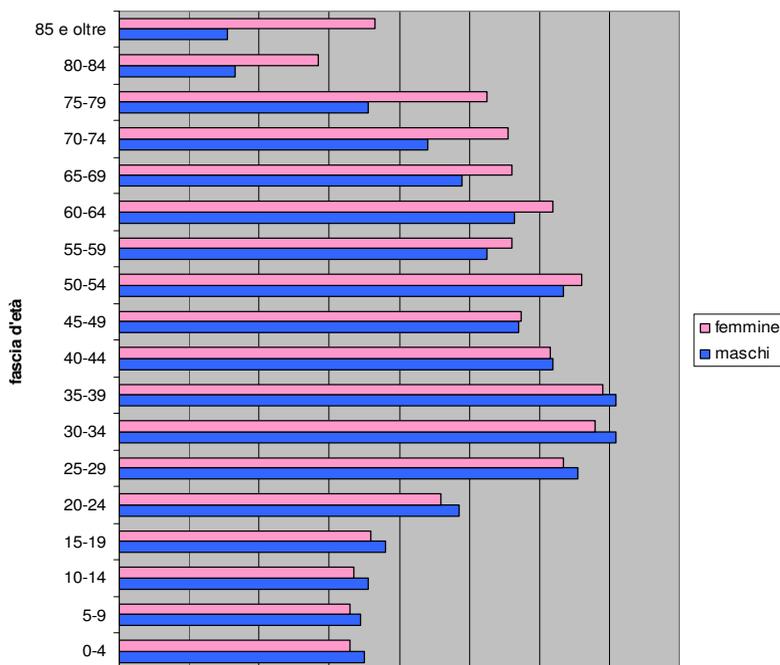
L'incremento della popolazione è dovuto, come già accennato, in gran parte al saldo positivo del movimento migratorio con l'estero, pari a oltre 31.000 persone. E' necessario, però, ricordare in questo contesto le cifre dovute alle rettifiche post-censuarie (oltre 23.000 persone) e al saldo positivo interno pari a circa 8.000 persone.

Il tasso di natalità varia da 7,2 nati per 1.000 abitanti in provincia di Massa Carrara, a 9,6 a Prato, rispetto ad una media regionale di 8,2 per mille.

Il tasso di mortalità varia da 9,6 morti ogni 1.000 abitanti in provincia di Prato a 13,2 morti per 1.000 abitanti a Grosseto.

Per concludere, vediamo nel grafico che segue la distribuzione per età della popolazione sul territorio regionale.

Popolazione regionale per fasce d'età



1.2 La presenza di immigrati nel territorio regionale

Il Dossier Statistico Immigrazione 2004 di Caritas/Migrantes (in seguito DSI) delinea in modo esauriente la situazione dei immigrati nel territorio della Toscana. Riportiamo pertanto alcuni dati significativi³ sul fenomeno dell'immigrazione nella nostra regione estratti da detto dossier.

Gli **immigrati sul territorio regionale** sono ufficialmente 175.026⁴ ma, secondo una stima elaborata nel DSI, che tiene conto anche degli immigrati irregolari, dovrebbero essere circa

³ I dati che citiamo sono riferiti al 31 dicembre 2003.

⁴ Nel dato sono compresi anche i cittadini comunitari.

206.000. Si tratta, in ogni caso, di un incremento di notevole rilevanza. Alla fine del 2002 gli immigrati regolarmente soggiornanti in Toscana erano 111.457: l'incremento è, quindi, come minimo di oltre 60.000 unità, pari ad una crescita del 57%. Questo valore evidenzia un aumento della popolazione immigrata nettamente superiore a quello medio nazionale, che si attesta al 45%.

Ogni cento cittadini toscani, circa cinque (4,9) sono immigrati: anche questo valore è superiore rispetto alla media nazionale, che è di 3,2 ogni 100 cittadini.

Gli incrementi più significativi si sono verificati nelle province di Firenze, Prato e Lucca, rispettivamente del 72%, del 70% e del 68%. Gli incrementi minori si rilevano a Siena e Pistoia (39%).

Circa un immigrato regolare su tre vive nell'area fiorentina (33,6%). Vediamo adesso il dato nel dettaglio con l'ausilio della tabella n. 2.

Tabella n. 2 – Cittadini immigrati regolarmente soggiornanti al 31.12.2003

<i>Arezzo</i>	17.348	9,9
<i>Firenze</i>	58.779	33,6
Grosseto	8.316	4,8
<i>Livorno</i>	9.906	5,7
Lucca	11.805	6,7
<i>Massa Carrara</i>	5.227	3,0
Pisa	16.108	9,2
<i>Pistoia</i>	11.536	6,6
Prato	22.379	12,8
<i>Siena</i>	13.622	7,8
Toscana	175.026	100,0
Italia	2.193.999	

Osservando i dati riguardanti i continenti ed i paesi di provenienza, si nota un consistente aumento dei cittadini

rumeni. La Romania sale, infatti, al terzo posto nell'ipotetica graduatoria dei gruppi nazionali, scavalcando il Marocco e la Polonia. Aumentano anche il numero di persone provenienti dall'Ucraina e dalla Federazione Serbia e Montenegro.

Per quanto concerne l'immigrazione proveniente dall'estremo oriente, ed in particolare dalla Cina, va rilevato che essa è quantitativamente sempre rilevante e questo resta un tratto caratterizzante la Toscana. Si continua a notare, invece, una lenta diminuzione dell'incidenza degli stranieri provenienti dalla regione del Maghreb e dell'Africa occidentale.

La quota degli immigrati che arrivano dall'Europa centro-orientale sale, rispetto al 2002, dal 34,9% al 41,9% di fine 2003.

Ci soffermiamo, di seguito, brevemente sulla situazione dei principali gruppi nazionali.

Gli albanesi rappresentano il 17,7% del totale regionale, i cinesi sono il 13,3%, i rumeni il 10,9%, i marocchini il 7,6% e i polacchi il 3,2%.

Gli albanesi costituiscono, inoltre, il primo gruppo nazionale in 5 delle 10 province toscane (Livorno, Massa Carrara, Pisa, Pistoia e Siena), i rumeni sono in prevalenza ad Arezzo e Grosseto, i marocchini a Lucca ed i cinesi a Prato e Firenze. In particolare, i cinesi rappresentano oltre il 52% di tutte le presenze straniere a Prato, mentre gli albanesi sono il 40% del totale degli stranieri a Pistoia.

Questi dati testimoniano una presenza straniera importante ma molto variegata, dato che le varie nazionalità sono presenti in molti casi "a macchia d'olio" nelle singole province. Avviene, infatti, spesso che un primo gruppo di immigrati di una stessa nazionalità, che è riuscito ad integrarsi dal punto di vista lavorativo, svolga una funzione di "richiamo" nei confronti dei propri parenti e conoscenti. E' quanto è successo e succede tuttora, ad esempio, a Prato con i cinesi.

In Toscana, sul totale degli immigrati, il 97,8% è titolare di un permesso di soggiorno di lunga durata. Aumenta in particolare

– grazie alla già ricordata “regolarizzazione” del 2002 – l’incidenza percentuale dei lavoratori subordinati (che passa dal 42% del 2002 al 56% del 2003), e diminuisce quella dei lavoratori autonomi (dal 9,4% al 7,7%) e dei titolari di permesso di soggiorno per motivi familiari (dal 31% a circa il 25%).

Gli alunni stranieri nelle scuole toscane sono oltre ventimila, (20.320 per l’esattezza), con un incremento del 36,5% rispetto al 2002.

L’incidenza degli alunni stranieri sul totale della popolazione scolastica è pari al 4,7% a livello regionale, con una punta del 7,9% a Prato, che è di fatto la provincia italiana con l’incidenza percentuale più alta a livello nazionale. Molto elevati sono i valori anche a Firenze (6,3%) e ad Arezzo (5,8%).

Le scuole della regione sono frequentate da studenti che provengono da ben 143 paesi diversi e quelli che realizzano l’incidenza maggiore sono gli albanesi (30%), i cinesi (16,8%), i marocchini (10,9%) e i rumeni (7,1%).

1.3 Alcuni indicatori di disagio sociale

I dati raccolti dalla Regione Toscana permettono di effettuare alcune rapide e sintetiche valutazioni, ricorrendo agli indicatori di disagio sociale regionale che qui riportiamo, relativi all’anno 2002.

L’indice di dipendenza totale (popolazione non attiva in relazione alla popolazione attiva) è pari al 52,8%, di cui il 17,9% sono bambini (minori di 14 anni) e il 34,9% anziani (maggiori di 65 anni).

La presenza dei grandi anziani (ossia persone con più di 75 anni) è significativa e pari all’11,1% del totale della popolazione regionale.

I suddetti dati rammentano, come è ormai noto, che la popolazione della regione ha un’età media molto alta. Gli ultrasessantacinquenni sono, infatti, circa il doppio dei ragazzi

sotto i 14 anni e, come sopra riportato, oltre un toscano su dieci ha più di 75 anni.

Il tasso di disoccupazione generale è pari al 4,8% e per la popolazione femminile questo valore sale al 7,4%.

Per quanto concerne gli stranieri, nel corso del 2002 sono state effettuate oltre 44.000 assunzioni, che diminuiscono dell'1,6% nel 2003 (43.300 circa) in conseguenza di una generale fase di stagnazione dell'economia toscana, giunta al secondo anno consecutivo di crescita zero. Nel 2003 risultano, infatti, in diminuzione le assunzioni nel settore tessile e della ristorazione, nell'agricoltura e nelle concerie. In crescita risultano, invece, le assunzioni nel settore delle costruzioni.

L'incidenza dell'handicap grave (ossia accertato ai sensi della legge 104/92) è dello 0,82% rispetto al totale della popolazione regionale.

L'incidenza delle pensioni d'invalidità civile, rispetto al totale della popolazione regionale, è del 3,44%, mentre l'incidenza delle pensioni sociali sul totale della popolazione corrisponde allo 0,68%. Gli assegni sociali, sempre rispetto al totale della popolazione regionale, incidono per il 0,37%⁵.

Per concludere questa rapida rassegna di indicatori sociali, l'indice di devianza minorile, ossia il rapporto tra numero di minorenni denunciati e popolazione totale minorile, si attesta in Toscana allo 0,25%, si tratta infatti di 1.440 minorenni denunciati (1.087 maschi e 353 femmine) su oltre 560.000 minorenni residenti nella regione.

⁵ Questi dati, su pensioni e assegni sociali, sono stati gentilmente forniti dalla Direzione Regionale Inps.

2. La situazione del welfare della Regione Toscana

di Elena Innocenti dell'Osservatorio Giuridico Legislativo

2.1 Premessa

Questa sezione del dossier introduce una breve descrizione delle peculiarità giuridico-amministrative del welfare toscano, utile a contestualizzare in modo più preciso le riflessioni che scaturiranno dalla lettura dei dati raccolti dai Centri di ascolto. In particolare, saranno prese in considerazione le politiche regionali concernenti la promozione e la tutela del benessere individuale e sociale globalmente inteso, relative quindi non solo agli interventi in ambito sociale, socio-sanitario e educativo, ma anche agli strumenti per l'accesso abitativo e lo sviluppo dell'occupazione, al sistema dell'istruzione e della formazione professionale: la prima parte del testo avrà quindi come oggetto il così detto "welfare allargato", la cui realizzazione è affidata in parte all'autonomia di regione ed enti locali, in parte alla combinazione di politiche regionali e nazionali di intervento. Successivamente sarà dedicata particolare attenzione all'evoluzione del sistema dei servizi e degli interventi sociali propriamente intesi e lo faremo attraverso una breve rassegna degli istituti e delle politiche introdotti in Toscana dopo l'approvazione della legge quadro n. 328 del 2000 e della riforma del titolo V della Costituzione.

2.2 La riforma del titolo V e le competenze regionali in materia di welfare

La legge costituzionale n. 3 del 2001 ha riformato il titolo V della Costituzione, innovando in modo significativo i rapporti tra stato, regioni ed autonomie locali, e mutando in forma incisiva la ripartizione delle competenze legislative ed amministrative tra i livelli di governo.

In sintesi, la riforma costituzionale ha posto le Regioni su un piano di parità rispetto allo Stato, conferendo pienezza alla

loro autonomia statutaria e organizzativa, attribuendo loro una potestà legislativa residuale in tutte le materie non espressamente previste tra quelle riservate alla potestà legislativa statale in via esclusiva o concorrente dagli elenchi dei commi 2 e 3 dell'art. 117 della Costituzione. La costituzionalizzazione del principio di sussidiarietà verticale, avvenuta ad opera dell'art. 118 Cost., ha determinato poi il superamento della concezione *gerarchizzata* del sistema delle autonomie, lasciando spazio ad un ordinamento nel quale i rapporti tra gli enti sono regolati in base ai principi di leale collaborazione e di sussidiarietà nell'esercizio delle competenze, e che, sul piano amministrativo, vede i comuni qualificati come primi titolari delle funzioni amministrative, fatta salva l'eventualità che secondo espresse previsioni legislative, debbano essere tutelate esigenze di gestione unitaria che giustificano una traslazione delle funzioni suddette verso livelli superiori di governo.

Le singole politiche che compongono l'azione pubblica di sostegno e promozione del benessere individuale e collettivo non sono riconducibili ad un'unica tipologia di competenza, al contrario integrano esempi di materie in cui la competenza legislativa regionale è in alcuni casi di tipo "esclusivo", in altri di tipo "concorrente", con una corrispondente diversificazione dei margini di autonomia della regione nella determinazione di indirizzi ed interventi. Peraltro la ratio sottostante la distribuzione delle materie nei due elenchi sembra di difficile ricostruzione, dando origine ad incertezze interpretative in merito alle nuove tipologie di materie, il cui significato risulta spesso di difficile ricostruzione. Ciò rende difficoltoso e potenzialmente conflittuale l'esercizio delle potestà legislative da parte di stato e regioni: questo appare evidente proprio con riferimento alla sfera dei diritti sociali: l'immigrazione, l'istruzione e la formazione, la sanità, i servizi sociali hanno una collocazione trasversale rispetto al disegno di ripartizione delineato dall'art. 117, risultando per alcuni aspetti di competenza statale, per altri di competenza esclusiva

regionale, con difficoltà interpretative che hanno importanti riflessi e conseguenze nella concreta realizzazione dell'assetto costituzionale disegnato nel 2001.

In particolare, la materia dell'assistenza sociale, precedentemente inserita tra le materie di competenza concorrente tra Stato e Regioni, è stata eliminata dai nuovi elenchi previsti dall'art. 117 Cost. riformato, dunque rientra tra gli ambiti legislativi attribuiti in via residuale alla competenza esclusiva delle regioni, analogamente alla formazione professionale. La tutela della salute e l'istruzione, nonché la tutela e la sicurezza del lavoro sono invece inserite nell'elenco relativo alla potestà concorrente, mentre l'immigrazione, le norme generali sull'istruzione, la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali sono di esclusiva competenza statale. Quest'ultima attribuzione è volta ad assicurare l'uniformità di trattamento sul territorio nazionale e la garanzia dell'esercizio dei diritti di cittadinanza, riguardando trasversalmente tutte le materie, comprese quelle di competenza regionale. Il legislatore dovrà pertanto conformarsi, nella regolazione di materie afferenti diritti civili e sociali, alla determinazione assunta a livello statale riguardo ai livelli essenziali delle prestazioni, sia nel senso che le prestazioni individuate dallo Stato devono essere garantite, sia nel senso che la garanzia accordata a livello regionale e locale non potrà derogare verso il basso rispetto alle previsioni statali. In merito, si segnala come lo stato non abbia ancora adempiuto alla determinazione dei livelli essenziali in ambito sociale (per la sanità questo è stato fatto con un Decreto del Presidente del Consiglio a fine 2001), malgrado le sollecitazioni ricevute dagli enti locali (ANCI) e dalle regioni (Conferenza dei presidenti delle regioni). In questa fase quindi, l'unica normativa relativa ai livelli essenziali di assistenza sociale che può dirsi vigente è l'art. 22 della legge 328 del 2000, cui debbono riferirsi quindi gli atti regionali, di natura amministrativa e legislativa, che regolano le politiche sociali.

Dall'art. 22 rileviamo gli interventi di seguito indicati, che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi. Detti interventi, riassumendo, sono: a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora; b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana; c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza; d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari; e) misure di sostegno alle donne in difficoltà; f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili; g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio; h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale; i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

2.3 Le aree di intervento

a. Gli interventi per la non autosufficienza

La condizione di non autosufficienza personale è considerata una delle priorità di intervento delle politiche regionali e nazionali di welfare: l'incremento della popolazione anziana è un fattore ormai caratterizzante l'epidemiologia sociale e

sanitaria, tale da condizionare, in forma più o meno pronunciata, l'elaborazione di specifici interventi, che in taluni casi hanno trovato compiuta realizzazione, come testimonia la recente introduzione dell'amministratore di sostegno, disciplinato dalla legge n. 6 del 2004, mentre in altri sono ancora ad uno stato di mera proposta (un tipico esempio è quello del fondo per la non autosufficienza, da tempo presente nell'agenda politica nazionale, ma non ancora realizzato).

La regione Toscana non ha una *legislazione* dedicata in forma esclusiva alle politiche per la non autosufficienza o per la disabilità, avendo optato per l'adozione di testi normativi di portata generale, relativi cioè all'organizzazione di "sistemi di intervento" (sanitario, sociale, scolastico, formativo, ecc.) destinati alla generalità dei cittadini, all'interno dei quali trovano poi specifica attenzione le singole tipologie di bisogno. Le politiche per la non autosufficienza trovano quindi la propria base normativa in disposizioni contenute in più testi legislativi: tra questi, la legge regionale n. 72 del 1997 (Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità), affronta la non autosufficienza negli articoli dedicati alle "politiche" (in forma dedicata, per gli anziani; come obiettivo specifico in merito all'occupazione, all'accessibilità del territorio, alla formazione), nonché nelle norme relative alle attività di integrazione socio-sanitaria ed in quelle concernenti i singoli interventi di sostegno e di promozione, in raccordo con quanto previsto dalla normativa sanitaria (LR n. 22 del 2000, Dlgs n. 502 del 1992 e successive modifiche); interventi di prevenzione e di sostegno ad hoc per anziani e persone disabili sono previsti anche dalla legge regionale n. 38 del 2001, relativa alle politiche locali per la sicurezza; il recente testo unico regionale in materia di educazione, istruzione, formazione professionale e inserimento lavorativo (LR n. 32 del 2002) destina alle persone con disabilità interventi specifici in ogni ambito.

Tra gli altri, si segnalano due recenti provvedimenti adottati dalle istituzioni regionali in ambiti estremamente significativi

per le persone con problemi di autosufficienza o disabilità e per le loro famiglie, ovvero quelli dell'assistenza socio-sanitaria e dell'eliminazione delle barriere architettoniche.

Con riferimento a queste ultime, il Consiglio Regionale ha introdotto con la Legge regionale n. 66 del dicembre 2003 una nuova disciplina che modifica alcune parti della disciplina precedente in materia (LR 9 settembre 1991 n. 47 già riformata dalla legge regionale 20 marzo 2000 n. 34) e dispone il finanziamento degli interventi di eliminazione delle barriere architettoniche per il biennio 2004-2006. Gli ambiti oggetto della normativa sono molteplici: la Regione infatti si pone l'obiettivo dell'eliminazione delle barriere architettoniche "in ambito regionale e nei servizi di trasporto pubblico di sua competenza", finalizzando a tale scopo le attività di programmazione generale e di settore, provvedendo altresì al finanziamento di interventi nelle civili abitazioni. In particolare, quest'ultimo tipo di intervento è ammesso al contributo regionale in quanto riguardante civili abitazioni ovvero condomini, in cui abbiano la residenza anagrafica persone disabili, con menomazioni o limitazioni funzionali permanenti di carattere sia sensoriale che motorio. Lo strumento con il quale procedere alla definizione e all'assegnazione delle quote di finanziamento è il Piano Integrato Sociale Regionale (PISR): la determinazione delle quote da assegnare ai Comuni, enti responsabili della distribuzione delle risorse ai privati, avviene tenendo conto dei dati demografici, dei dati epidemiologici relativi alla disabilità rilevati sul territorio regionale, dei dati inerenti l'utilizzazione dei finanziamenti precedentemente erogati per l'eliminazione di barriere architettoniche. All'interno del PISR sono altresì definiti anche gli indirizzi di coordinamento degli interventi a livello zonale ed i criteri di definizione dei parametri per la raccolta di dati di valutazione e monitoraggio utili al processo di programmazione territoriale. Ai fini della valutazione delle richieste di finanziamento rilevano in particolare la gravità della disabilità accertata, le

caratteristiche degli interventi edilizi, il reddito del soggetto beneficiario.

L'altro recente atto regionale da segnalare in materia di non autosufficienza è una delibera della Giunta regionale, n. 402 del 26 aprile 2004, che prevede la riqualificazione dei processi assistenziali a favore delle persone anziane non autosufficienti. Il PISR 2002-2004 prevede, infatti, tra le azioni prioritarie lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, ed in particolare dei servizi che riguardano la prevenzione e l'assistenza alla popolazione anziana.

I punti qualificanti la delibera prevedono:

- a) lo sviluppo del lavoro di ricerca sui bisogni assistenziali della persona anziana, tale da orientare la programmazione regionale verso obiettivi qualificati e rispondenti alla domanda del territorio;
- b) l'organizzazione dei processi assistenziali, mediante il coinvolgimento e la messa in rete di tutti i soggetti titolari di funzioni di cura (medici di medicina territoriale, servizi sanitari e sociali distrettuali, medici specialisti, rete dei servizi territoriali ed ospedalieri);
- c) l'attivazione di percorsi di accesso unificato ai servizi, con l'organizzazione di punti unici di accesso presso i distretti;
- d) lo sviluppo e l'applicazione di strumenti di valutazione in grado di rilevare e quantificare sia le condizioni fisiche, cognitive e funzionali della persona, sia quelle sociali e di contesto ambientale e relazionale (il cosiddetto "schema polare"), così da consentire la predisposizione di un percorso di cura e di assistenza integrato, rispondente ai bisogni sociali e sanitari emersi, dall'esito valutabile da parte degli operatori e dei destinatari;
- e) la riqualificazione delle unità valutative presenti in ogni distretto socio-sanitario, incaricate di svolgere in forma multiprofessionale e multidimensionale la valutazione dei bisogni e di determinare il percorso assistenziale più appropriato, tenuto conto delle risorse presenti sul territorio;

- f) la riqualificazione dei servizi integrati di assistenza di tipo domiciliare, semiresidenziale e residenziale, con la revisione dei modelli organizzativi attualmente applicati.

b. Politiche per l'abitazione

Gli interventi relativi a facilitare l'accesso all'abitazione, promossi dalla regione Toscana, fanno capo a fonti di legge determinate, quali la legge regionale n. 96 del 1996, relativa alla disciplina per l'assegnazione, gestione e determinazione dei canoni di locazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica e la legge nazionale n. 431 del 1998 che prevede la concessione di contributi integrativi al pagamento dei canoni di locazione, cui sono destinate risorse statali e regionali, distribuite dai Comuni sulla base di direttive annuali emanate dalla regione all'atto di determinazione del fondo annuale stanziato. A tali leggi di oggetto specifico, vanno poi aggiunte quelle disposizioni contenute in testi di portata generale, come le leggi finanziarie o i documenti di programmazione generale, in cui sono stabiliti stanziamenti ad hoc, anche a favore del diritto alla casa: l'esempio più recente riguarda lo stanziamento di fondi statali e regionali finalizzati ad assegnare i contributi per l'acquisto della prima casa delle giovani coppie. Con delibera del Consiglio Regionale del 21.01.04, è stato approvato il primo bando regionale per l'erogazione delle risorse assegnate dalla finanziaria 2004, "rafforzate" da fondi regionali: il contributo a fondo perduto, che la Regione ha distribuito alle circa 350 coppie risultate beneficiarie del contributo per la regione Toscana, è stato pari al 15% della spesa sostenuta per l'acquisto, per un valore massimo di 15 mila euro. Il bando ha definito "giovani coppie", quelle formate da due persone che non hanno superato i 38 anni di età, con un reddito familiare annuo inferiore ai 34 mila euro lordi. La presenza di figli o di concepiti è stato inoltre il fattore determinante la priorità di ingresso in graduatoria e di accesso al contributo regionale.

Nel maggio scorso il Consiglio regionale ha poi approvato il piano per l'edilizia sociale (delib. CR n. 51 del 26/05/2004), dove sono confluite risorse provenienti dalla gestione precedente del sistema di edilizia residenziale pubblica, destinate a progetti già cantierabili di edilizia sociale, e fondi destinati a fasce sociali che risultano escluse dalle politiche pubbliche tradizionali, quali giovani coppie, single, anziani, immigrati, che pur non rientrando nei canoni per accedere all'edilizia pubblica, non riescono ad affrontare le spese per l'acquisto o l'affitto della prima casa.

Un primo programma di intervento riguarda la realizzazione di immobili in edilizia agevolata (cioè con contributo pubblico) che dovranno però essere immessi sul mercato a canone controllato (con riduzioni di almeno il 25-30 per cento rispetto ai canoni fissati dai patti territoriali Enti locali, proprietà edilizia e sindacati). Gli interventi ammessi riguardano principalmente interventi di riqualificazione e recupero.

Un'altra forma di intervento riguarda la sperimentazione di forme di recupero edilizio che coinvolge enti locali, enti e soggetti privati proprietari di immobili, persone alla ricerca di un alloggio: la Regione, con l'intervento del Comune, finanzia interventi di recupero di immobili dismessi, concordati tra proprietario e soggetti autoorganizzati, istituiti in cooperativa, che diviene locataria dell'immobile a canone ribassato.

È previsto infine a favore delle persone anziane proprietarie di alloggi, l'intervento regionale che autorizza il Comune, attraverso un apposito bando, a acquistare la nuda proprietà della casa: l'anziano può così utilizzare i proventi della vendita, ma restare nell'abitazione per il resto della sua vita. Solo alla sua morte l'immobile entra a far parte del patrimonio di edilizia pubblica.

c. Educazione, formazione, lavoro: il testo unico LR n. 32 del 2002

Le materie dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e dell'inserimento lavorativo sono state oggetto

di un significativo intervento legislativo di razionalizzazione e riforma: con la legge regionale n. 32 del 2002 infatti è stato avviato un processo di programmazione unitaria delle politiche inerenti i percorsi di apprendimento, che accompagnano la persona nel corso della sua vita personale e lavorativa. La legge disciplina i caratteri principali dei servizi educativi rivolti alla prima infanzia, dell'educazione non formale di bambini in età scolare, adolescenti e adulti, del sistema di formazione e aggiornamento professionale, del diritto allo studio, completando altresì la riforma del collocamento e dei servizi per l'impiego.

L'ottica predominante è quella di costruire, attraverso la programmazione regionale e locale, un sistema integrato dell'apprendimento e della formazione. Il primo "piano regionale di indirizzo generale integrato" previsto dalla legge regionale è stato approvato con delibera del consiglio regionale n. 137 del 29 luglio 2003, e costituisce quindi la prima attuazione della legge e del nuovo sistema.

L'organizzazione del sistema di offerta integrato pubblico e privato si articola in *interventi per il diritto all'apprendimento*, in cui confluiscono l'istruzione, l'obbligo formativo, l'area dell'apprendimento non formale e l'educazione; *misure per il lavoro e l'occupabilità*, con cui sono realizzate le politiche per l'impiego, le pari opportunità, il sostegno all'inserimento lavorativo di soggetti deboli; *i servizi di orientamento lavorativo e formativo*; *i servizi di accompagnamento*, quali il diritto allo studio, la formazione continua e a distanza, l'accreditamento, il riconoscimento e la certificazione delle competenze; le misure in denaro e i voucher; *le prestazioni di servizi*, quali il tutoraggio ed i servizi per il diritto allo studio universitario.

La parte relativa alle procedure di attuazione del piano e di programmazione e finanziamento delle attività disegna l'assetto delle competenze e la ripartizione delle funzioni di programmazione e gestione. Si specifica infatti la ripartizione territoriale per zone socio-sanitarie come criterio di attribuzione dei finanziamenti e di programmazione e

organizzazione delle politiche, con un ruolo specifico di coordinamento e di programmazione integrata delle province. Il sistema delineato prevede quindi un livello di programmazione provinciale a durata pluriennale, in cui confluiscono anche proposte comunali approvate dalla conferenza dei sindaci delle zone, ed un livello zonale, tradotto in piani pluriennali di zona corredati da provvedimenti attuativi annuali, inerenti i settori dell'educazione formale ed informale, la prima infanzia, l'istruzione e gli interventi sperimentali integrati di istruzione e formazione professionale, l'erogazione di sussidi e contributi per il diritto allo studio.

Per quanto riguarda i rapporti tra istituzioni e comunità, la regione dichiara di assumere la cooperazione tra i soggetti pubblici e privati e tra le istituzioni quale criterio di azione politica, in un'ottica di *governance* cooperativa già fatta propria dalla regione in sede di programmazione generale (cfr. Piano Regionale di Sviluppo, 2003-2005). In fase introduttiva ciò si esprime nella definizione di un sistema educativo "aperto alla collaborazione con i genitori", configurando l'apprendimento in forma di partenariato educativo tra istituzioni e associazioni di genitori e studenti, valorizzato soprattutto nella programmazione dei Progetti Integrati d'Area (PIA). A livello regionale è prevista l'istituzione di un Forum Regionale delle Associazioni dei Genitori nella scuola, tavolo di consultazione permanente tra le associazioni maggiormente rappresentative, l'ufficio scolastico regionale e l'amministrazione regionale. Con specifico riferimento all'ambito dell'educazione informale, il coinvolgimento di soggetti non istituzionali è inserito tra le priorità delle azioni per la prima infanzia, in termini di "promozione di un mercato privato di qualità, certificato e convenzionato con i Comuni" e "promozione dei buoni servizio in servizi privati accreditati", senza ulteriori riferimenti o distinguo circa il tipo di mercato e di privato che la Regione intende promuovere. Un altro settore in cui è rilevante, nei fatti, l'apporto di soggetti privati è quello dell'educazione non formale per adolescenti e giovani. In riferimento a questo

settore nel piano si introduce la cosiddetta "*rete locale*", intesa quale patto associativo tra soggetti pubblici e privati operanti nel settore, a livello zonale o provinciale. L'adesione alla rete consente ai soggetti di accedere ad eventuali finanziamenti, di rilasciare attestazioni utilizzabili nel sistema dei crediti formativi, di utilizzare il logo del sistema integrato toscano.

Costituiscono "riferimento preferenziale" per le attività di educazione non formale i CIAF (centri infanzia, adolescenza, famiglie), definiti dal piano come "contenitori di progetti", "presidi specialistici per l'educazione di adolescenti e giovani", la cui diffusione sul territorio è promossa a livello comunale dalle reti locali stesse. Specifici riferimenti a soggetti privati *erogatori* di servizi e *attori* del sistema integrato si trovano solo nel settore delle scuole per l'infanzia parificate, in termini di definizione dei processi di erogazione dei finanziamenti e nel settore dell'inserimento lavorativo dei disabili, in cui sono coinvolte in *primis* le cooperative sociali di tipo B convenzionate con le aziende secondo la normativa nazionale (legge n. 68/1999).

Il settore dell'avviamento e dell'orientamento lavorativo è forse quello toccato più profondamente dalla riforma, congiuntamente attuata a livello regionale e statale. Senza entrare nel merito di singole disposizioni, si rileva l'apertura a soggetti privati del sistema di collocamento e di orientamento al lavoro, unita all'introduzione di nuove figure di intermediazione tra la formazione e l'inserimento lavorativo, quali i "tutor", previsti per facilitare l'adempimento dell'obbligo formativo, le agenzie di collocamento private e pubbliche, gli enti formativi accreditati.

Con riferimento al settore dei soggetti deboli, sono previste azioni di sostegno e di promozione per l'inserimento e l'aggiornamento e formazione professionale, oltre ad interventi ad hoc per singole tipologie di disagio, seppure in assenza di esplicite forme di integrazione con gli interventi previsti dalla legge regionale n. 72 del 1997. Per quanto riguarda i disabili, si segnalano le disposizioni inerenti la modifica dell'istituto

della convenzione per l'inserimento lavorativo temporaneo prevista dalla legge 68/1999 tra cooperative sociali di tipo b ed aziende. Al fine di favorire l'utilizzo dello strumento, è disposta l'introduzione dell'istituto della prova, nonché la possibilità di aumentare la durata dell'inserimento lavorativo. Il finanziamento di progetti di inserimento, comprensivo di formazione individuale e azioni di tutoraggio, le forme di rimborso forfettario, il finanziamento di progetti di creazione di posti di lavoro protetti completano il novero degli strumenti inseriti nel piano dalla Regione. Per quanto concerne gli immigrati, alle politiche di accesso alla formazione e di inserimento lavorativo si affiancano attività di collaborazione interistituzionale volte ad introdurre un modello concertato per la rilevazione del fabbisogno di manodopera extracomunitaria, per favorire la messa in rete delle istituzioni coinvolte nell'attuazione delle modifiche introdotte dalla legge 189/2002 alla normativa sull'immigrazione.

2.4 L'attuazione della legge quadro n. 328 del 2000 in Toscana: la programmazione sociale

L'impostazione della legge regionale n. 72 del 1997 (*Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati*), attualmente oggetto di revisione, anticipa numerosi contenuti della legge 328, sia in termini di attribuzione di competenze che di assetto organizzativo e programmatico: i servizi ed interventi sociali sono infatti già concepiti in termini di "sistema", con una affermazione dell'ottica promozionale su quella assistenzialistica tradizionalmente riferita alle politiche sociali propriamente intese. L'elaborazione delle politiche persegue obiettivi di benessere attraverso interventi di promozione, prevenzione e tutela destinati alla popolazione residente in Toscana su basi universalistiche. Lo strumento principale di realizzazione del sistema di promozione dei diritti di

cittadinanza è il processo di programmazione, articolato su base regionale e locale: nei piani sociali trovano infatti specificazione gli obiettivi prioritari dell'azione pubblica, le risorse destinate, gli interventi ed i progetti innovativi da attivare sul territorio. L'elaborazione delle politiche vede inoltre, soprattutto al livello locale della programmazione di zona, la partecipazione attiva delle organizzazioni del privato sociale, delle famiglie e dei cittadini nella determinazione delle priorità, nella progettazione degli interventi, nella promozione di reti di solidarietà e protezione sociale, nella valutazione della qualità degli interventi .

Attraverso la programmazione regionale e zonale sono state recepite, in via politico-amministrativa prima che legislativa, delle innovazioni introdotte dalla legge quadro, ed in sede programmatica sono state introdotti quegli elementi che recentemente hanno caratterizzato lo sviluppo di un "modello toscano" di welfare. Rinviando al paragrafo successivo per un approfondimento di questi ultimi sviluppi, la lettura del PISR 2002-2004 consente di individuare quali siano le "priorità sociali" individuate dalla Regione, tradottesi all'interno del piano in progetti specifici di interesse regionale ed in voci qualificate di finanziamento.

Oltre a fornire gli indirizzi generali per la programmazione degli interventi da parte degli enti locali nei settori in cui si articolano attualmente le politiche sociali (sostegno alle responsabilità familiari e alla genitorialità, promozione dei diritti dei minori e dei giovani, sostegno alle persone anziane e con disabilità, interventi per le popolazioni immigrate, tutela della salute mentale, prevenzione e cura delle dipendenze), il piano regionale contiene anche gli interventi svolti direttamente dalla regione Toscana: tra questi, alcuni integrano risposte sperimentali a bisogni sociali emergenti o di particolare gravità, quali la disabilità e l'esclusione sociale, altri invece riguardano innovazioni organizzative e qualitative del sistema dei servizi mutate dalla legge quadro 328 del 2000.

- a) **Disabilità:** sulla base di quanto previsto dall'art. 55 della legge regionale n. 72 del 1997, le politiche e gli interventi a favore delle persone disabili “debbono essere rivolte a rimuovere gli ostacoli di tipo culturale, materiale, strutturale per il raggiungimento di ogni possibile livello di autonomia, (...), debbono avere come finalità l'inserimento sociale in senso ampio, l'integrazione scolastica e lavorativa, la valorizzazione delle capacità.” Oltre alle misure di integrazione sociosanitaria e di accessibilità dei luoghi e del territorio descritte sopra, il PISR 2002-2004 dedica particolare attenzione al sostegno dell'autonomia delle persone con disabilità e alla promozione di servizi ed interventi che consentano il mantenimento di una adeguata qualità della vita ed il rispetto delle esigenze sociali e relazionali della persona anche nei casi di disabilità grave. Nell'ambito degli interventi a favore di “cittadini con disabilità in età evolutiva”, il piano pone l'accento sulla necessità di operare un maggior coordinamento con il sistema scolastico, così da consentire un'efficace integrazione degli interventi di riabilitazione, aiuto personale, sostegno scolastico e integrazione socioeducativa. Risulta molto più complessa l'opera necessaria a strutturare sul territorio regionale una rete di servizi qualitativamente omogenei a favore delle persone con disabilità in età adulta: le azioni regionali sono volte a favorire la creazione servizi di sostegno di carattere diurno e domiciliare, a sviluppare percorsi di uscita dalla scuola dell'obbligo e di formazione professionale per l'inserimento lavorativo protetto, a favorire la creazione di progetti di vita indipendente. In merito, l'azione regionale “Dopodinoi” prevede lo stanziamento di finanziamenti per lo studio e l'attivazione di soluzioni abitative adeguate per le persone disabili adulte che si trovino prive dei sostegni genitoriali e familiari, attraverso la creazione di comunità alloggio, di case famiglia e di altre forme di accoglienza extrafamiliare. La necessità di garantire il mantenimento della persona

disabile nel suo contesto di vita abituale e di tutelarne le esigenze esistenziali e sociali, oltre a quelle assistenziali, comporta infatti un profondo mutamento di organizzazione del sistema dei servizi, secondo modalità e forme in fase di sperimentazione nelle singole zone.

- b) **Povertà estreme ed inclusione:** nella legge regionale n. 72 del 1997, le espressioni povertà e esclusione sociale sono menzionate in un'unica occasione e riferite rispettivamente alla condizione degli anziani (art. 35) e a quella dei malati mentali (art. 40). Questa presenza "residuale" del fenomeno all'interno della legge regionale è stata superata dalla legge quadro n. 328 del 2000, dove, oltre alla loro ricorrente presenza come fattori "aggravanti" la condizione sociale dei soggetti deboli, la povertà e l'esclusione sociale sono oggetto di specifiche disposizioni, che riguardano interventi di studio e approfondimento delle caratteristiche della povertà e dell'emarginazione in Italia (art. 27), nonché interventi specifici, quali l'istituzione dell'RMI (reddito minimo di inserimento), come misura di contrasto alla povertà e la predisposizione di interventi urgenti per le situazioni di povertà estrema. Nella legge quindi, l'attenzione a questi temi è presente, seppur in forma ancora iniziale, con interventi caratterizzati da una natura "esplorativa" e di "primo intervento", volti a favorire lo sviluppo di politiche specifiche di contrasto alla povertà e all'esclusione, la cui realizzazione, almeno a livello nazionale, sembra ancora lontana. Concentrando l'attenzione sul livello regionale, le politiche di contrasto all'esclusione sociale e alla povertà sono state sviluppate all'interno della programmazione sociale: il PISR 2002-2004 prevede infatti tra i programmi regionali uno specifico intervento di promozione di politiche di inclusione sociale, che vede coinvolti in prima battuta gli enti locali. Essi sono impegnati nella predisposizione di piani locali per l'inclusione che, all'interno della programmazione di zona, attivino interventi e risorse economiche dedicate alla

prevenzione dell'esclusione sociale, al sostegno delle reti di solidarietà e di supporto ai soggetti deboli, ad azioni di accompagnamento delle persone in condizioni di povertà ed esclusione nei percorsi di sostegno. Tra gli interventi promossi direttamente dalla regione, si segnala il sostegno alla sperimentazione del Reddito Minimo di Inserimento, già attuata nel Comune di Massa sulla base del D.Lgs. 18 giugno 1998, n. 237, relativo alla introduzione in via sperimentale dell'istituto in talune aree del territorio nazionale. Rientra nel programma regionale di inclusione sociale anche la partecipazione della Regione Toscana alla associazione RETIS (Rete europea transregionale per l'inclusione sociale), costituita nel 2002, che riunisce 26 rappresentanti di enti substatali e di città appartenenti a 13 stati europei, impegnati nello studio e nella realizzazione di iniziative congiunte di lotta alla povertà e all'esclusione. In un recente documento, la "Dichiarazione di Gijon del 25 e 26 marzo 2004 sulla sussidiarietà, l'inclusione sociale, la politica di coesione sociale ed economica e il quadro finanziario dell'Unione europea e dei suoi Stati membri" sono stati evidenziati limiti e potenzialità delle politiche comunitarie recenti, sottolineando come gli interventi per lo sviluppo economico, per l'incremento occupazionale, di riforma dello stato sociale, proposti dai singoli stati e a livello comunitario debbano promuovere maggiormente la solidarietà e l'inclusione dei soggetti più deboli nelle comunità locali e non pregiudicare i sistemi di welfare esistenti.

- c) **Cittadinanza sociale e livelli essenziali:** la legge quadro 328 del 2000 ha introdotto anche nel sistema integrato dei servizi sociali il concetto di livello essenziale, già previsto dalle leggi relative al sistema sanitario nazionale (D.Lgs 502 del 1992, modificato dal D.Lgs 229 del 1999). Come già anticipato, l'art. 22 della legge quadro dispone infatti che debbano essere assicurati in ogni ambito territoriale determinate tipologie di servizi e di interventi, secondo

criteri e modalità da individuare ad opera dello stato e da attuare a livello regionale e zonale attraverso la programmazione sociale. La regione Toscana, in attesa dei provvedimenti di attuazione di livello statale, ha iniziato un percorso di individuazione di “livelli essenziali di cittadinanza”, ovvero di determinazione quantitativa e qualitativa del sistema di offerta dei servizi, che sia in grado di assicurare sull'intero territorio regionale i diritti di cittadinanza sociale. La definizione ed attuazione di questi livelli di cittadinanza è realizzata sulla base di misure uniformi di finanziamento, da garantire attraverso le risorse statali, regionali e locali; di standard qualitativi e modalità di erogazione unitari, da applicare alle prestazioni, ai processi organizzativi e ai percorsi di intervento; di soglie minime di risposta efficace alla domanda sociale espressa dal territorio. Il programma regionale, che coinvolge alcune zone sociosanitarie, dovrebbe concludersi con l'emanazione di una delibera regionale che formalizza gli esiti della sperimentazione individuando i livelli essenziali da garantire su tutto il territorio regionale ed i criteri per la loro definizione a livello zonale. Parallelamente a questo programma, la regione ha promosso anche un percorso progettuale denominato “Carte per la cittadinanza sociale”, che ha visto alcune zone socio-sanitarie impegnate nella elaborazione della Carta, definita dal Piano Sociale Nazionale 2001-2003 come strumento di promozione della cittadinanza attiva e di “incontro tra diritti e doveri sociali”. In particolare, la carta assume le vesti di un patto di cittadinanza solidale, in cui la comunità locale individua le risorse e le opportunità sociali disponibili, i livelli di assistenza da garantire, le modalità di partecipazione dei cittadini e le forme di tutela dei diritti, specialmente dei soggetti deboli, i programmi di miglioramento e di implementazione del sistema locale di welfare. Il percorso di adozione delle carte ha coinvolto istituzioni, servizi e cittadini dando vita ad un processo partecipato di

definizione del welfare locale, di predisposizione di strumenti di comunicazione sociale in grado di ridurre le asimmetrie informative che spesso condizionano e limitano l'accessibilità dei servizi, di attivazione di percorsi di inclusione dei soggetti deboli.

- d) **Qualità e valutazione sociale:** la legge quadro n. 328 del 2000 ha introdotto alcune disposizioni di principio volte ad introdurre in ambito sociale istituti di garanzia della qualità dei servizi, quali l'autorizzazione e l'accreditamento, applicabili a soggetti erogatori pubblici e privati, finalizzati a tutelare i diritti dei cittadini destinatari degli interventi e la loro libertà di scelta. L'art. 17 della legge quadro prevede poi la possibilità per i comuni di concedere, su richiesta dell'interessato ed in base a quanto previsto dalla normativa regionale, titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti pubblici o privati accreditati. Al fine di introdurre questi istituti nel sistema dei servizi toscano, la regione ha attivato programmi di sperimentazione per l'elaborazione di modelli di accreditamento condivisi, applicabili alle diverse tipologie di servizi e di strutture residenziali esistenti, sottolineandone la valenza di garanzia della "affidabilità" dei soggetti erogatori dei servizi e la configurazione in termini di requisito necessario per accedere alle procedure di selezione e contrattazione per l'affidamento di servizi e per la stipula di forme di convenzione con gli enti locali. La diffusione dei titoli di acquisto si iscrive in questo processo in forma ancora "embrionale": se infatti la scelta del cittadino è riconosciuta e valorizzata, essa è inserita all'interno di un percorso assistenziale in cui resta centrale lo svolgimento della valutazione del bisogno sociale da parte del soggetto pubblico, con la contestuale definizione del progetto individuale di intervento, che può prevedere la corresponsione di titoli di acquisto di servizi secondo modalità e termini predefiniti dal singolo progetto di sperimentazione regionale.

2.5 Verso la configurazione di un modello toscano

a. Le Società della Salute

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari ed il coordinamento delle funzioni comunali e regionali in ambito socio-sanitario a livello locale sono gli obiettivi che la Regione Toscana ha posto alla base della sperimentazione di un modello organizzativo-gestionale dei servizi territoriali denominato «Società della Salute». La sua attivazione, prevista nel PSR 2002-2004 e nel PISR 2002-2004 ha avuto inizio solo negli ultimi mesi, a seguito della valutazione ed approvazione dei progetti presentati dalle 18 zone toscane che si sono candidate per la sperimentazione biennale, secondo i criteri generali determinati dal Consiglio Regionale.

La Società della Salute (Sds) è concepita come un soggetto autonomo, costituito in forma di consorzio pubblico, secondo la disciplina contenuta dagli artt. 30 e 31 del TUEL, (DLgs 267 del 2000) di cui fanno parte, su base territoriale zonale, gli enti locali e l'Azienda sanitaria locale. Obiettivi della Sds sono il «coinvolgimento delle comunità locali», la «garanzia di qualità e di appropriatezza», il «controllo» e la «certezza dei costi», l'«universalismo» e l'«equità» nell'erogazione delle prestazioni e, infine, la «valorizzazione dell'imprenditorialità *non profit*». La Sds è preposta alla gestione delle attività sanitarie territoriale e specialistiche di base, sociosanitarie e socioassistenziali della zona di riferimento, curando l'erogazione delle relative prestazioni: nella prima fase di sperimentazione, saranno in realtà esercitate dalle SDS le sole funzioni di «governo della domanda», essenzialmente connesse alle funzioni di programmazione, cui seguirà una progressiva evoluzione verso l'esercizio di funzioni più propriamente gestionali.

I rapporti tra la Sds e gli enti che la costituiscono sono regolati da un contratto di servizio, in cui sono specificate le attribuzioni di risorse, i compiti e gli obiettivi da perseguire, e

ogni altro aspetto rilevante per la definizione delle rispettive competenze.

La programmazione dei servizi trova espressione nel Piano integrato di salute, destinato a sostituire il Programma operativo locale e il Piano sociale di zona, ovvero i due strumenti della programmazione dei servizi sanitari territoriali, sociosanitari e sociali su base zonale: nel Piano (PIS) sono determinati gli «obiettivi di salute e benessere», gli standard quantitativi e gli strumenti operativi atti al loro conseguimento. Nell'elaborazione del Piano si realizza la partecipazione dei soggetti rappresentativi del terzo settore, degli enti pubblici interessati, delle strutture sanitarie private, delle ex-IPAB e dei sindacati.

La Sds è poi tenuta a riferire formalmente delle attività svolte agli enti locali e alla ASL attraverso la redazione di una "Relazione annuale sullo stato di salute", che sostituisce, analogamente agli strumenti di programmazione locale, sia la Relazione sanitaria che la Relazione sociale, previsti dai piani regionali di settore come strumenti di valutazione a consuntivo delle attività attuate sulla base dei piani locali.

Le linee guida regionali dispongono poi che l'organizzazione della società preveda una giunta, un presidente, un direttore e un collegio dei revisori dei conti, anche se è possibile che le singole candidature definiscano assetti organizzativi diversi.

La giunta è composta dal direttore generale della ASL competente e dai sindaci o assessori competenti nelle materie trasferite alla Sds. L'atto di indirizzo esclude espressamente la possibilità di delegare ad altri soggetti la rappresentanza in giunta dell'ente pubblico. I compiti principali della giunta consistono nell'approvazione dei bilanci, del contratto di servizio, degli indirizzi per la predisposizione del Piano Integrato di Salute e della Relazione annuale, elaborati a cura del direttore della Sds, organo di vertice con funzioni analoghe a quelle di un direttore generale di ente locale. La giunta è inoltre titolare di una propria potestà regolamentare per quanto concerne l'adozione di atti interni di organizzazione, ivi

compresi quelli relativi all'attivazione e al funzionamento dei tavoli di concertazione locale e degli organismi di consultazione e partecipazione. Si segnala inoltre il conferimento alla Sds della potestà deliberativa in merito all'accesso ai dati, alle convenzioni con i medici generici, con i pediatri e gli specialisti ambulatoriali e agli standard qualitativi dei servizi. In pratica, la Sds assume quindi sia competenze di tipo regolativo concernenti la determinazione di requisiti qualitativi e di processo dei servizi territoriali, sia competenze di tipo "negoziale", divenendo l'interlocutore unico dei medici convenzionati attivi sul territorio zonale. Rientra, infatti, nel "governo della domanda" la regolazione e il coordinamento tra la Sds e l'insieme dei soggetti, pubblici e privati, che contribuiscono ad integrare il quadro delle prestazioni sociali e sanitarie, da realizzarsi anche attraverso accordi con i medici di base e i presidi ospedalieri. Con riferimento a questi ultimi, la concertazione ha come oggetto i volumi e le tipologie di ricoveri, di prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali e i protocolli che devono garantire la continuità dell'assistenza tra ospedale e servizi territoriali, nel quadro di percorsi integrati.

La Sds dovrebbe quindi rispondere a due dei principali problemi emersi sin dalla prima realizzazione dell'aziendalizzazione delle USL, avvenuta con il D.Lgs n. 502 del 1992, recuperando e valorizzando in primo luogo la corresponsabilità del governo locale nella gestione della sanità, cui dovrebbe corrispondere un abbassamento di quella conflittualità che ha visto contrapposti negli anni i Comuni e la Regione proprio a proposito delle scelte organizzative e programmatiche operate da quest'ultima in campo sanitario, nonché un recupero ed un incremento degli strumenti di partecipazione e di controllo democratico della gestione dei servizi sanitari territoriali, venuto meno con la suddetta aziendalizzazione e con la conseguente eliminazione dei comitati di gestione delle USL. Infine, come già rilevato, la gestione unitaria dei servizi territoriali ed il coordinamento con

le aziende ospedaliere dovrebbero consentire di creare una situazione coerente tra l'assistenza sanitaria in regime di ricovero e le prestazioni sanitarie, sociali e sociosanitarie erogate sul territorio", con una positiva ricaduta in merito all'efficacia degli interventi e all'efficienza del sistema auspicati dalla regione.

b. Le delibere n. 675 e 682 del 12 luglio 2004

Con le delibere n. 675 e 682 del 12 luglio 2004 la Regione ha adottato le Linee guida per la Carta dei servizi sanitari e quelle per la realizzazione dei Piani Integrati di Salute (PIS) in attuazione di quanto previsto nei Piani sanitario e sociale del biennio 2002-2004. I due atti, in particolare il secondo, introducono importanti cambiamenti nella realizzazione del sistema dei servizi sociali e sanitari, incidendo sul versante della qualità delle prestazioni, sulla tutela degli utenti, sull'integrazione delle politiche.

- **La Carta dei servizi sanitari:** nel settore sanitario, successivamente ad atti di indirizzo adottati dal Governo, la materia è stata oggetto della legge regionale n. 22 del 2000 (*Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale*), che prevede all'art. 19 la specifica competenza regionale di "sovrintendere al processo di attuazione delle Carte dei servizi, anche impartendo direttive per la loro omogenea definizione e linee guida per la necessaria integrazione tra le Aziende sanitarie dello stesso ambito territoriale". Nella stessa disposizione si specifica poi che la Regione individua la Carta dei servizi tra gli specifici strumenti di partecipazione e di controllo da parte dei cittadini sulla qualità dei servizi erogati, attribuendo alle singole aziende sanitarie il compito di procedere all'approvazione, all'aggiornamento, alla comunicazione e diffusione dei contenuti delle carte, sulla base degli indirizzi regionali. In particolare, "la Carta dei servizi è lo strumento attraverso il quale le Aziende sanitarie orientano ed adeguano le proprie attività alla soddisfazione dei bisogni degli utenti. La Carta

definisce gli impegni e prevede gli standard, generali e specifici cui i servizi devono adeguarsi.” (art. 19, comma 5). Secondo la legge, le Carte dei servizi sono inoltre sottoposte a verifica periodica, almeno annuale, nell'ambito di una conferenza dei servizi a cui partecipano il direttore generale della ASL, la Conferenza dei Sindaci e tutte le associazioni di volontariato e di tutela che hanno siglato con la ASL un apposito protocollo di intesa, in cui sono concordate le modalità di confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti. Nel PISR 2002-2004 la Regione prevede azioni specifiche per lo sviluppo, la diffusione e l'omogeneizzazione delle Carte, con particolare riferimento agli impegni vincolanti le aziende e agli standard di qualità.

Nella delibera regionale n. 675 del 2004 la Carta dei servizi “ si configura come un patto tra il soggetto erogatore del servizio e il cittadino”, strumento di formalizzazione dei diritti di quest'ultimo e degli impegni assunti dai soggetti gestori dei servizi. Gli *obiettivi* perseguiti con l'adozione della Carta riguardano in primo luogo il profilo dell'informazione e della tutela dei diritti dell'utente, attraverso processi di comunicazione in grado di assicurare, per semplicità e chiarezza, la comprensione delle modalità di accesso e funzionamento dei servizi anche ai soggetti più deboli. A tale obiettivo se ne affianca uno “interno”, relativo al miglioramento gestionale del servizio, attraverso processi di misurazione e valutazione delle prestazioni e dei percorsi, “anche in rapporto ad un uso corretto delle risorse disponibili”. Nell'atto regionale sono poi individuati anche i *criteri* per procedere alla definizione della carta, riassumibili nei seguenti punti:

- a) la partecipazione degli utenti esterni (singoli cittadini, famiglie, organizzazioni) ed interni (personale interno, medici generici e pediatri, strutture private, comuni, ecc.) alla redazione della Carta, così da consentire il coinvolgimento di tutti i soggetti del sistema e ottenere la maggior ricchezza informativa possibile

- b) il raccordo con i principali strumenti di programmazione aziendale e locale, tra i quali si segnalano il budget aziendale ed i piani aziendali e di area vasta, i piani di zona, i piani integrati di salute, il sistema di accreditamento
- c) l'esplicitazione delle forme di tutela e garanzia, secondo quanto indicato nelle direttive regionali per l'esercizio della tutela degli utenti recentemente approvate (DGR n.462/2004)

Le linee guida precisano poi, che debbono essere inseriti nella Carta alcuni contenuti obbligati, quali la presentazione dell'azienda, i servizi sanitari e socio-sanitari offerti, le modalità di accesso, la modalità di fruizione, specificando i livelli di integrazione raggiunti e le tipologie di percorsi assistenziali esistenti, gli impegni assunti dall'azienda in merito alla qualità dei servizi e al rapporto con i cittadini, le procedure di tutela esperibili in caso di disfunzioni, omissioni, ritardi e ogni altro disservizio della Asl patito dal cittadino.

La pubblicizzazione e diffusione della Carta può avvenire attraverso diversi canali: uno dei tramite più importanti e qualificati è il medico di famiglia, in grado di informare ed orientare il paziente in merito ai servizi disponibili, alle modalità d'accesso, ecc. I contenuti della Carta debbono comunque essere diffusi da tutti gli operatori di front office, in forma diretta, via telefono, attraverso mass media, strumenti telematici, anche con il coinvolgimento di altri soggetti istituzionali e del terzo settore. A queste organizzazioni è riconosciuto un ruolo importante di "cerniera" tra servizio sanitario e cittadini, in ragione della loro presenza nelle strutture sanitarie e sul territorio attraverso propri sportelli e punti informativi.

Gli impegni assunti e gli obiettivi di qualità individuati nella Carta sono oggetto della valutazione periodica che le aziende sanitarie sono chiamate a svolgere annualmente con una relazione di autovalutazione, oggetto di confronto con i sindaci del territorio e le rappresentanze della comunità locale.

In chiusura, le linee guida presentano l'auspicata evoluzione della Carta dei servizi in "Carta della salute", in ragione dell'adeguamento dello strumento informativo alle modifiche del sistema di assistenza attualmente in corso, ed in particolare all'introduzione dei Piani integrati di salute, in cui si integrano i servizi sociali e sanitari territoriali: la Carta quindi dovrà "consentire un'adeguata conoscenza dei processi di cura e di mantenimento della salute, a garanzia del percorso assistenziale, in una visione complessiva del settore socio-sanitario".

- **I piani integrati di salute:** il PISR 2002-2004 individua tra le scelte strategiche regionali la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, attuata attraverso la sperimentazione di forme gestionali e programmatiche innovative, il coinvolgimento delle comunità locali e dei soggetti della società civile, ferma restando la competenza e la responsabilità delle istituzioni pubbliche nel perseguire gli obiettivi di salute individuati a livello locale e regionale.

Il PIS è quindi definito come lo strumento principale per la realizzazione di tali obiettivi, da adottare in tutte le zone sanitarie toscane, seppur caratterizzate da modelli gestionali e organizzativi diversi: attraverso il PIS "le comunità locali governano la salute collettiva e interagiscono col sistema dei servizi. Premessa fondamentale è l'interazione fra il complesso dei servizi sanitari e socio-sanitari con quello proprio dei servizi socio-assistenziali."

Si tratta quindi di uno strumento con il quale sono individuati gli obiettivi di salute e benessere da perseguire nel periodo di riferimento, gli standard qualitativi e quantitativi, gli strumenti di valutazione, l'articolazione operativa e progettuale degli interventi, le misure e modalità di co-finanziamento degli interventi. Volendo perseguire obiettivi di salute intesi in senso ampio, come benessere e qualità della vita nel territorio, i PIS debbono raccordarsi e interagire con gli altri strumenti della programmazione e dell'azione amministrativa, elaborati nei settori dell'ambiente, dei trasporti, della formazione, dello

sviluppo economico. Per quanto riguarda i settori sociale e sanitario, i PIS vanno a sostituire il Piano sociale di zona e il Piano operativo locale, ovvero i due strumenti di programmazione locale con cui sono definiti i sistemi di assistenza sociale e sanitaria territoriale a livello di zona-distretto.

Scendendo nel dettaglio, l'atto regionale precisa che il PIS ha durata triennale e può essere aggiornato annualmente, analogamente a quanto previsto per gli strumenti ordinari di programmazione locale sanitaria e sociale.

Le fasi logico-temporali di realizzazione del PIS si sviluppano secondo una sequenza predefinita dalle linee guida:

- a) Individuazione dei problemi, dei bisogni, delle opportunità, per la definizione dell'*immagine di salute* della zona: questa prima fase vede la collaborazione di soggetti tecnici e politici della Asl e dei Comuni, nonché la partecipazione della comunità locale. In particolare si prevede la realizzazione di un *profilo di salute* della zona, stilato da tecnici e relativo a dati demografici, ambientali, sanitari e sociali relativi alla zona e indicativi dell'epidemiologia sociale e sanitaria del territorio. Sulla base di tale indagine conoscitiva si sviluppa la rappresentazione dell'Immagine di salute, connotata in forma problematica dalla prima emersione delle esigenze locali di intervento e di ricerca.
- b) Scelta delle priorità: sulla base dell'immagine di salute emersa nel territorio sono definite le priorità tecniche e politiche da tradurre in obiettivi di salute e perseguire nel periodo di vigenza del piano. Anche in questa fase è previsto il coinvolgimento di soggetti istituzionali, personale tecnico e "soggetti della partecipazione", ossia l'insieme delle organizzazioni e delle realtà espressione della società civile. La determinazione gerarchica delle priorità e la conseguente attivazione degli interventi è compito esclusivo dei soggetti politici.

- c) Stesura dei programmi e dei progetti operativi: le strutture tecniche di Asl e comuni sono incaricate della predisposizione degli atti generali di coordinamento e finalizzazione delle risorse e dei singoli progetti operativi, in conformità ai criteri e agli elementi indicati dalle linee guida. In questa fase di traduzione operativa del piano non sono previste forme di coinvolgimento dei soggetti della società civile e del terzo settore.
- d) Approvazione del PIS: una volta portata a termine la fase di progettazione degli interventi il PIS è approvato dall'articolazione zonale della Conferenza dei sindaci con proprio atto deliberativo ed inviato alla Conferenza dei Sindaci di riferimento, perché questa verifichi la conformità del piano agli indirizzi contenuti nel Piano Attuativo Locale, lo strumento di programmazione delle attività sanitarie a livello di ASL
- e) Attuazione del PIS: le attività sono gestite sulla base di patti territoriali siglati tra le amministrazioni locali, l'articolazione zonale dell'ASL e i soggetti pubblici e privati che partecipano all'attuazione del PIS, con eventuali forme di integrazione operativa intersettoriale e tra strutture pubbliche e private.
- f) Valutazione dei risultati: l'articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci svolge una valutazione delle attività di duplice natura, misurando scientificamente gli obiettivi di salute perseguiti e raccogliendo le percezioni di cambiamento espresse dai soggetti istituzionali e della partecipazione. Gli esiti della valutazione sono riportati in due relazioni complementari, una di contenuto tecnico, l'altra a valenza politico-istituzionale, utilizzata anche ai fini della valutazione della relazione sanitaria aziendale.

Per le zone che sperimentano le Società della Salute, sono previste variazioni in merito alla procedura di adozione e attuazione del PIS legate ovviamente alla diversa strutturazione organizzativa: in particolare, l'avvio della

programmazione avviene sulla base di una delibera della Giunta della Società della Salute, in cui sono esplicitati gli indirizzi generali e una prima quantificazione delle risorse disponibili. La redazione del PIS è curata integralmente dal Direttore della Società della Salute, mentre l'approvazione definitiva del piano spetta alla Giunta, che con propria delibera apre la fase di attuazione, realizzata attraverso la stipula di patti territoriali.

Bibliografia

BIANCHI P., *I soggetti pubblici nella programmazione e gestione delle politiche sociali in Toscana*, in (a cura di E:ROSSI) *Diritti di cittadinanza e nuovo welfare della Toscana*, 2004 , CEDAM

CARROZZA P., *Le "materie": uso delle tecniche di enumerazione materiale delle competenze e modelli di riferimento del "regionalismo di esecuzione" previsto dal nuovo Titolo V della Costituzione*, in G. FERRARI, G. PARODI (a cura di), *La revisione costituzionale del titolo V tra nuovo regionalismo e federalismo*, Padova, 2003

DAL CANTO F., *I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza sociale*, in (a cura di E. ROSSI) *Diritti di cittadinanza e nuovo welfare della Toscana*, cit.

D'ATENA A., *Materie legislative e tipologia delle competenze*, in *Quaderni Costituzionali*, n. 1/2003

RUGGERI A., *Neoregionalismo, dinamiche della normazione, diritti fondamentali*, in www.federalismi.it; id., *Neoregionalismo e tecniche di regolazione dei diritti sociali*, in *Dir. soc.*, 2001

RUGGERI A., SALAZAR C., *Le materie regionali tra vecchi criteri e nuovi (pre)orientamenti metodici di interpretazione*, in www.federalismi.it , 2003

TORCHIA L., *Sistemi di welfare e federalismo*, in *Quaderni Costituzionali*, 2002

VECCHIATO T.(1), *Carte per la cittadinanza e qualificazione dei sistemi regionali di welfare*, in *Partecipazione e democrazia locale: le carte per la cittadinanza sociale*, Regione Toscana-Fondazione Zancan, 2004

VECCHIATO T.(2) *Livelli essenziali di assistenza e servizi alle persone*, in *Studi Zancan*, 2/2003

3. Che cosa sono le Società della Salute?

di Federico Gelli, Presidente della Commissione Sanità del Consiglio regionale della Toscana

Si è spesso sentito parlare delle Società della salute sulla stampa locale e regionale ma, purtroppo, in maniera frammentata per punti, talora in modo polemico, altre volte citando alcuni aspetti indubbiamente innovativi. Credo che sia necessario affrontare l'argomento in maniera più distesa e dettagliata per capire di che cosa si tratti, per chiarire la filosofia che vi sta dietro e descrivere le innovazioni che verranno introdotte nel sistema sanitario regionale.

Perché si è pensato a tale novità? Le Società della salute nascono in seguito al decentramento del sistema sanitario, che negli anni scorsi ha visto passare la gestione dallo Stato alle varie Regioni. Ciò ha determinato, sostanzialmente, la possibilità di due soluzioni: la scelta, da una parte, di mantenere un sistema sanitario pubblico e quella, dall'altra, di passare ad un sistema privato. La Toscana ha optato per il sistema sanitario pubblico, d'accordo con la sua storia e la sua tradizione. Ma mantenere il sistema pubblico ha richiesto il potenziamento degli strumenti di programmazione, per rendere possibile l'erogazione universale dei servizi senza perdere, però, la qualità, in un quadro di controllo dei costi. Le Società della salute nascono quindi in questo panorama.

Detto questo, dobbiamo chiarire i criteri generali che fanno da cornice a questa novità organizzativa. Due sono i principi che animano la Società della salute: l'integrazione del sistema sanitario con quello socio-assistenziale e l'impiego efficiente ed efficace delle risorse attraverso il governo della domanda e la promozione dell'appropriatezza dei consumi. La Società della salute riunisce nella programmazione e nella gestione i servizi sanitari territoriali con quelli sociali, chiamando, per la prima volta in modo istituzionale, i diversi organismi locali a interloquire tra di loro in un sistema di programmazione partecipata. Comuni, Asl, Terzo settore, Ipab, e privati,

dovranno leggere insieme i bisogni e creare i servizi. La lettura incrociata e concertata della realtà darà ragione della complessità dei fenomeni socio-sanitari, cercando allo stesso tempo di dare risposte all'altezza dei grandi cambiamenti in essere, risposte cioè ad un tempo più utili e più appropriate. Non è un caso, per esempio, che siano state incluse nella programmazione degli interventi le organizzazioni di volontariato, le imprese sociali e le associazioni di consumatori. Questa decisione è soprattutto una presa d'atto dell'importanza che il terzo settore e la società civile hanno nelle nostre comunità qui in Toscana e vuole essere un riconoscimento del lavoro eccellente che questo mondo complesso ma anche così ricco di iniziativa sta svolgendo a favore delle nostre comunità. Sottolineo questo aspetto perché mi pare estremamente importante: chi meglio del Terzo settore può interpretare le problematiche sociali della nostra realtà? Inoltre il sistema sanitario toscano ha individuato nella rete di organizzazioni di volontariato, con tutte quelle professionalità maturate nel corso degli anni, un valido sostegno alla realizzazione di un modello di *welfare state* che, pur nella cornice del contenimento dei costi, riesce a ottenere ottimi risultati anche sul piano della qualità e dell'innovazione dei servizi. Il volontariato in particolare è sempre più chiamato a svolgere una attività di monitoraggio non solo di quelle che sono le problematiche sociali della Toscana, ma anche ad interpretare i nuovi bisogni e a codificare risposte rapide e risolutive per potervi fare fronte.

Ma questo è solo un aspetto, dei molti che la Società della salute prova a realizzare. La Regione ha voluto anche affrontare il problema dei costi e dell'efficienza dei servizi erogati. E le risposte che ha dato sono di tipo culturale, perché prima di tutto dobbiamo diffondere una nuova filosofia della salute e del ben-essere. A garanzia di tutti vogliamo, infatti, che il nostro sistema sanitario e sociale regionale non sia solo di assistere e curare, crediamo infatti fortemente che

avvicinarsi al territorio significhi anche più grande – più dinamica – capacità di prevenire, di anticipare.

Ma che cosa sono in concreto queste Società della salute? Rappresentano prima di tutto una novità organizzativa dell'assistenza territoriale. Giuridicamente sono consorzi pubblici (costituiti dai rappresentanti delle Asl di riferimento e dai sindaci delle zone di competenza) che si occuperanno del governo e dell'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari. In concreto le Società della salute si occuperanno di tutti i servizi sanitari e assistenziali che normalmente sono erogati dai Comuni e dalle aziende sanitarie locali.

Un ruolo nuovo e assolutamente centrale verrà dato con le Società della salute alla prevenzione: anche questo sarà il frutto di portare il governo della salute vicino ai bisogni della gente. Anche con le Società della salute dovremo sempre di più essere in grado di diffondere una corretta cultura alimentare, di spiegare come stili di vita e di lavoro diversi aiutino a prevenire le malattie nervose o quelle cardiocircolatorie. Dovremo essere capaci di ridurre il rischio di infortuni e in particolare di quelli sul lavoro in cui la Toscana gode, purtroppo, di tristi primati. Come anche fare leva sulle giovani generazioni perché acquistino una cultura della sicurezza stradale. La Società della salute rientra appieno in questa lettura "larga" del *welfare*, che rimane universale e personale, che vuole essere sempre più capace di dare risposte rapide ed efficaci consapevole che ciò costituisce un patrimonio dell'intera comunità e non solo delle pubbliche amministrazioni demandate dalla legge al governo dei servizi. Con le Società della salute rientra in gioco la figura del sindaco che avrà un ruolo chiave. Infatti si sposteranno i poteri di governo dal direttore generale ai sindaci con una operazione che valorizza il ruolo delle comunità locali. In questo modo, dopo la riforma delle Asl di qualche anno fa, i sindaci tornano ad essere il referente principale nel dialogo con i cittadini: questi, se qualche servizio non funzionerà, potranno rivolgersi al proprio sindaco e non più alla figura,

sicuramente meno “pubblica”, del manager di una grande Asl. Inoltre oggi il direttore di un’Asl ha troppe competenze e un territorio così vasto che gli impedisce di valorizzare i problemi dei cittadini dei comuni più lontani dalle grandi città. Per questo motivo le Società della salute costituiscono un tentativo di avvicinare i servizi sociali e socio-sanitari ai cittadini.

Territorialmente le Società della salute si sovrapporranno all’attuale “zona”. Ma non ci sarà concorrenza con le strutture ospedaliere. In una stessa “zona” saranno due gli “attori” che forniranno le prestazioni: la Società della salute e l’ospedale. Da una parte il territorio dovrà intercettare e filtrare tutta la domanda che sarà in grado di “risolvere” con le proprie strutture, mentre, dall’altra, rimarrà agli ospedali l’alta specialistica. E fra loro troveranno l’accordo per dividersi le prestazioni specialistiche che si sovrapporranno.

Attualmente stanno partendo le prime sperimentazioni in 18 delle 34 zone socio-sanitarie: Lunigiana, Pratese, Alta Val di Cecina, Valdera, Pisana, Bassa Val di Cecina, Val di Cornia (Usl 6), Val di Cornia (Usl 7), Casentino, Valdarno, Colline metallifere, Amiata grossetana, Firenze, Fiorentina nord-ovest, Fiorentina sud-est, Mugello, Empolese, Valdarno inferiore.

Tre sono le zone che hanno costituito i Consorzi pubblici e che hanno preso il via: la zona Pisana, Firenze e Fiorentina sud-est. Le restanti stanno per partire.

I prossimi due anni saranno un periodo sicuramente difficile come per tutti i cambiamenti importanti, perché dovremo riuscire a modificare un sistema complesso e organizzato secondo logiche e approcci più efficaci e più trasparenti. Ma non sarà semplicemente un cambiamento organizzativo. La vera sfida consiste nel creare una cultura nuova, che chiama i cittadini a partecipare al governo del sistema socio-sanitario con forme e strumenti nuovi e la Toscana sarà un grande laboratorio sociale per costruire nuovi strumenti di co-progettazione. Un sistema davvero integrato non può prescindere da un globale coinvolgimento di politici, amministratori, corpi intermedi, operatori, cittadini.

4. Le risposte dell'area ecclesiale: opportunità e servizi

L'ambito ecclesiale presenta in Toscana una notevole varietà di servizi resi alle fasce più deboli e svantaggiate della popolazione.

Abbiamo in tal senso effettuato una ricognizione aggiornata, grazie al supporto delle varie Caritas diocesane, i cui risultati sintetici riportiamo di seguito.

Diciamo subito che la mappatura dei servizi non è completa, in quanto riguarda 13 delle 17 Diocesi toscane e, inoltre, in alcune circostanze le Caritas locali hanno sottolineato l'incompletezza dei dati forniti, anche in conseguenza del continuo mutamento ed aggiornamento delle situazioni e delle strutture di aiuto e di accoglienza.

Ciò nonostante, i risultati sono senz'altro indicativi riguardo alla qualità ed alla varietà dei servizi offerti dalla Chiesa presenti sul territorio regionale toscano.

Complessivamente abbiamo raccolto i dati di oltre 600 servizi presenti nelle 13 Diocesi che hanno risposto al nostro appello (Pescia, Arezzo-Cortona-Sansepolcro, Lucca, Grosseto, Fiesole, Firenze, Massa Carrara-Pontremoli, Montepulciano-Chiusi-Pienza, Pistoia, Prato, Siena-Colle Val d'Elsa-Montalcino, Pisa, Livorno).

I risultati sono stati suddivisi in due categorie principali:

- servizi residenziali (case famiglia, case di accoglienza, case di riposo e così via)
- servizi non residenziali (centri d'ascolto, centri diurni, centri di distribuzione e via dicendo).

Ciascuna delle due categorie è a sua volta suddivisa in ambiti, che abbiamo identificato come segue:

- anziani
- handicap
- adulti con problemi psichiatrici – psicologici
- adulti malati
- minori

- adulti con dipendenza da sostanze
- adulti con problematiche familiari e/o economici e/o problemi legati all'immigrazione
- adulti con problemi di giustizia

Riportiamo qui solo alcuni dati salienti e non tutta la mappatura nel dettaglio, poiché ciò andrebbe al di là delle esigenze di questo dossier.

I servizi residenziali costituiscono numericamente circa 1/4 del totale dei servizi erogati, quelli non residenziali evidentemente incidono per i restanti 3/4.

Tra i servizi residenziali sottolineiamo l'incidenza di quelli relativi all'accoglienza di minori (quasi il 30%) e quelli per adulti con problemi familiari, economici e/o legati all'immigrazione (circa il 25%). In questo ultimo caso, i servizi rivolti in prevalenza o esclusivamente agli immigrati sono oltre i 2/3 del totale. Si tratta di ostelli notturni, di case di accoglienza e anche di "case rifugio" per donne in difficoltà, generalmente in fuga da condizioni di sfruttamento. Risulta invece relativamente basso il numero di residenze per persone in condizioni di disagio psichico e per soggetti portatori di handicap (circa il 5%). Il 10% dei servizi residenziali è, invece, rivolto a persone con problemi di dipendenza (droghe o alcol). Evidenziamo, tra i servizi residenziali, anche la disponibilità all'accoglienza da parte di alcune famiglie affidatarie, che, di solito, vivono questa esperienza grazie ad un forte coinvolgimento nella vita Diocesi di appartenenza.

Tra i servizi non residenziali prevalgono quelli rivolti a adulti con problemi familiari e/o legati all'immigrazione, che toccano il 60% del totale. Si tratta in massima parte di centri d'ascolto, diocesani e parrocchiali, e di centri di distribuzione di viveri e altri beni materiali, nonché di servizi mensa e docce. Rientrano in questa categoria anche i centri antiusura, attivi in alcune Diocesi, i servizi d'accoglienza e di aiuto per donne sole con figli (presenti in quasi tutte le Diocesi ed in molti casi con più di

un centro), i centri di aiuto alla vita, i consultori familiari e le unità di operatori di strada.

In ordine d'importanza numerica seguono i servizi legati alla sanità, quali l'assistenza ospedaliera e degli anziani, il trasporto e l'assistenza domiciliare (8,5%).

I servizi specificamente rivolti agli anziani e quelli per i minori (servizi di animazione, sostegno scolastico, centri semi-residenziali) incidono per circa l'8%, con la particolarità di essere comunque diffusi capillarmente su tutto il territorio regionale preso in esame.

Altro servizio presente in quasi tutte le realtà diocesane è quello dell'assistenza e accoglienza di detenuti ed ex-detenuti, che rappresenta il 6% del totale degli interventi di tipo non residenziale, mentre i servizi di assistenza a portatori di varie forme di handicap, raggiungono circa il 5,7%.

Riguardo alla distribuzione per Diocesi, Firenze presenta chiaramente il maggior numero dei servizi sul totale della regione (22%), seguita immediatamente da Prato, che con il 21% (grazie anche ad una mappatura molto puntuale, in particolare dei centri parrocchiali) è al secondo posto. Seguono poi Arezzo, Lucca e Pistoia con circa l'8% sul totale dei servizi totali. La percentuale decresce nelle altre Diocesi, ovviamente anche in relazione alle differenti dimensioni territoriali ed alla quantità inferiore di abitanti, tale è il caso in particolare di Montepulciano, Pescia e Massa Carrara.

Parte II – I dati della rete

1. Distribuzione territoriale delle unità di rilevazione, aspetti metodologici e modalità di lavoro dei CdA

I dati raccolti ed analizzati in questo rapporto, sono relativi alle persone ospitate ed ascoltate nei Centri d'Ascolto (in seguito anche "CdA") diocesani di 15 delle 17 Diocesi toscane nel corso del 2004. In particolare, hanno partecipato all'indagine le Diocesi di Arezzo-Cortona-Sansepolcro, Fiesole, Firenze, Grosseto, Livorno, Lucca, Massa Carrara-Pontremoli, Massa Marittima-Piombino, Pescia, Pisa, Pistoia, Pitigliano-Sovana-Orbetello, Prato, Siena-Colle Val d'Elsa-Montalcino e Volterra. Si tratta di realtà profondamente diverse tra loro, sia per quanto riguarda l'organizzazione ed il funzionamento dei CdA, sia per quanto riguarda le peculiarità sociali, economiche e demografiche delle aree su cui insistono: dalle Diocesi dell'area metropolitana Firenze-Prato-Pistoia, caratterizzata da una maggiore dinamicità dei flussi di beni, di servizi e di persone, e che da sole accolgono poco meno dell'80% di tutte le presenze registrate dai CdA della Toscana, a quelle del quadrante costiero, da decenni afflitto da problemi di deindustrializzazione e perdita di occupazione, a quelle dell'area centro-meridionale che, con l'eccezione delle aree urbane, hanno struttura prevalentemente rurale e risultano meno densamente popolate. Inevitabilmente, all'interno di un quadro aggregato a livello regionale, come quello che qui si presenta, si finisce per perdere di vista la peculiarità di ogni singola realtà diocesana. Detto ciò, è indispensabile tener presente che sul piano economico e sociale sarebbe più opportuno parlare di "Toscane" e non di Toscana (Irpel 2002). Allo stesso tempo, andare alla ricerca di un "profilo regionale" della povertà rischia di far scomparire sotto il peso numerico di alcune Diocesi, significative sfumature indispensabili per ricostruire un quadro organico delle forme di disagio sociale presenti nella nostra regione.

E' per questo che, nella parte III di questo rapporto, daremo spazio alle testimonianze degli operatori di ogni singola realtà diocesana, in modo da far emergere come, al di là del dato numerico, ogni territorio presenti una sua ricchezza di risorse ed una complessità dovuta al tipo di problematiche presentate.

Prima di iniziare il lavoro di analisi dei dati aggregati messi a disposizione dalle singole Diocesi, è doveroso sottolineare un elemento di grande rilevanza e cioè la presenza di un numero molto elevato di informazioni "mancanti" o non adeguatamente specificate all'interno degli archivi messi a disposizione. Mentre analizziamo i dati rilevati siamo consapevoli, invero, del fatto che si tratta solo di una parte delle informazioni riguardanti gli ospiti incontrati dai CdA, ossia quella della quale è rimasta negli archivi una "traccia" chiara ed interpretabile.

L'incompletezza dei dati è per lo più dovuta ad una compilazione non completa della scheda di rilevazione da parte degli operatori – a volte proprio a causa dell'impossibilità di ricondurre le problematiche presentate dagli ospiti nei campi previsti dalla scheda – o alla fatica, da parte delle persone che si rivolgono ai CdA, a far emergere con chiarezza non soltanto i propri problemi e le proprie richieste, ma, in alcuni casi, anche ad esprimere le proprie caratteristiche socio-anagrafiche⁶.

Va inoltre sottolineato come alcuni dei vuoti informativi siano dovuti non soltanto alla distrazione degli operatori o alle difficoltà di comunicazione degli utenti, quanto anche ad alcuni problemi riscontrabili nella stessa scheda utilizzata per la rilevazione.

Questa indispensabile precisazione non va tuttavia ad incidere sul valore che riteniamo possa avere la riflessione sui dati raccolti in questo dossier. Siamo convinti del fatto che la lettura dello stesso confermi agli operatori dei CdA

⁶ Problematiche già emerse durante la stesura del dossier del 2003: *"Povertà e bisogni in Toscana, prima rilevazione dati dei Centri d'Ascolto Caritas, gennaio-giugno 2003"*, Conferenza Episcopale Toscana, Delegazione Regionale Caritas

l'importanza del proprio ruolo in quanto tali, come anche il valore aggiuntivo che assume il loro servizio, quando i dati raccolti permettono di delineare i molteplici volti del disagio e della marginalità e di descrivere le risorse, gli strumenti, la competenza e, a volte, anche la "fantasia" utilizzati per rispondere alle problematiche presentate.

La questione che stiamo qui accennando è indubbiamente complessa, prescinde dall'operato dei singoli e mette in evidenza l'importanza della formazione degli operatori dei CdA e della loro collaborazione con i referenti degli Osservatori. Se l'operatore del CdA è in grado di stabilire un rapporto di fiducia con l'ospite, se l'ascolto è attento e i dati e le informazioni che il CdA mette a disposizione dell'Osservatorio sono precisi e completi, quest'ultimo sarà in grado di elaborare una descrizione della situazione altrettanto precisa e completa (povertà, disagi, carenza di servizi, risorse, ecc.).

Il frutto della collaborazione fra CdA e Osservatorio – senza dimenticare che il primo deve anche far fronte ad una serie di richieste e problematiche, presentate dagli ospiti, che esigono in tempi più o meno brevi una risposta – è senz'altro prezioso, in quanto offre molti spunti per la riflessione e, allo stesso tempo, indicazioni utili per ottimizzare gli interventi di sostegno sia in seno alla Chiesa, che da parte degli enti locali.

L'ultimo aspetto di carattere metodologico da ricordare, riguarda gli strumenti informatici utilizzati per la raccolta e l'analisi dei dati. Nel corso degli anni sono stati adottati alcuni programmi per l'immissione delle schede e per la gestione degli archivi, e le Diocesi che partecipano al progetto MIROD⁷ si sono divise tra l'utilizzo di Ospso e quello di Caritas 2002⁸. Entrambi i programmi avevano evidenziato, però, la presenza di problematiche difficilmente risolvibili in fase di immissione

⁷ "Messa in Rete Osservatori Diocesani"

⁸ "Ospso" e "Caritas 2002" sono interfacce software di database, studiate appositamente per la raccolta dati

dati e di analisi degli stessi, nonché di messa in rete dei Centri.

E' stato proprio grazie al progetto MIROD ed al lavoro di rete tra le varie Diocesi⁹, che tali problematiche sono emerse ed hanno trovato una soluzione, al momento soddisfacente, nell'utilizzo della piattaforma *Lotus Domino-Notes* per la gestione degli archivi e la loro messa in rete. Si tratta di un'esperienza tuttora *in progress*, le cui potenzialità sono ancora tutte da esplorare e da sfruttare. Anche su questo piano, siamo consapevoli del fatto che questo dossier non è che il primo, acerbo risultato e ci auguriamo di trovare via via gli strumenti che ci permettano di offrire dei dati sempre più precisi e completi e delle analisi sempre più approfondite. Tutto ciò è, ovviamente, possibile solo grazie all'impegno ed alla pazienza degli operatori dei CdA che raccolgono i dati con molta pazienza e, a volte, con grande sacrificio. È a loro, oltre che naturalmente alle migliaia di persone che hanno incontrato, accolto ed ascoltato, che questo dossier è dedicato.

Iniziamo questo lavoro provando ad abbozzare una prima immagine dell'universo costituito dalle persone accolte ed ascoltate dagli operatori dei Centri d'Ascolto.

Durante il 2004, i 15 Centri d'Ascolto diocesani hanno accolto ed ascoltato un totale di 13.067 persone. Si tratta di un dato di grande portata che pone preliminarmente in rilievo l'importanza di questo tipo di servizio, offerto alla popolazione italiana e straniera in condizioni di difficoltà.

⁹ Cogliamo qui l'occasione per esprimere apprezzamento e gratitudine nei confronti del lavoro svolto da Cristiana Cioni, la prima responsabile del Progetto Mirod, che, grazie al suo impegno e la sua determinazione, ha reso possibile la costituzione di una rete degli Osservatori ed ha creato i presupposti indispensabili per l'implementazione e l'adozione della piattaforma Lotus Notes-Domino. Riguardo a quest'ultimo aspetto, non possiamo esimerci dal ringraziare Marco Frazzoli, volontario della Diocesi di Pescia, che ha messo a disposizione il suo tempo e le sue competenze per la gestione della suddetta piattaforma software.

Per quanto riguarda la distribuzione geografica, appare evidente come gran parte dei dati riguardi l'area Fiesole-Firenze-Prato, mentre la quota restante si distribuisce lungo la linea costiera centro-settentrionale e, in misura minore, nella parte settentrionale ed interna della regione.

Schede per Diocesi – Anno 2004

	<i>Valori assoluti</i>	<i>Percentuali</i>
FIRENZE	5.696	43,6
PRATO	3.333	25,5
LIVORNO	698	5,3
LUCCA	593	4,5
SIENA	532	4,1
PESCIA	484	3,7
PISA	479	3,7
FIESOLE	394	3
MASSA MARITTIMA	216	1,7
AREZZO	174	1,3
GROSSETO	146	1,1
MASSA CARRARA	127	1
PISTOIA	124	0,9
PITIGLIANO	69	0,5
VOLTERRA	2	0

Come vedremo meglio in seguito, la limitatezza del dato numerico espresso da alcune Diocesi non può essere semplicisticamente interpretato né come indice di minor bisogno presente a livello locale, né come segno di inefficacia del servizio offerto dal CdA. Trattandosi, infatti, di realtà piccole, tendono a prevalere modelli di relazione di tipo comunitario che si sostanziano più frequentemente in un confronto di tipo informale tra la persona bisognosa e gli operatori. In altre parole, in situazioni del genere, è facile che

si abbia la sensazione di dare troppo “ufficialità” ad un momento di incontro di tipo estremamente personale, registrando i dati e le informazioni raccolte.

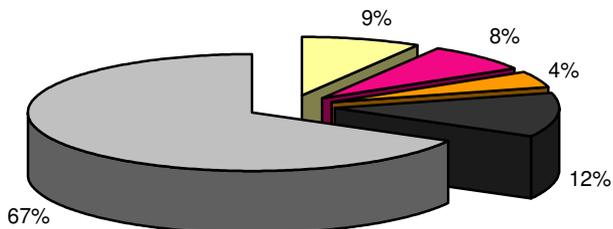
Ci auguriamo che questo dossier confermi a tutti l'importanza di registrare i dati in maniera precisa e di aggiornare gli archivi, in quanto – come è evidente – ciò permette di dar visibilità e di valorizzare quella molteplicità di bisogni e di risorse che, come vedremo, caratterizzano anche le realtà più piccole.

Aggiungiamo che, alle oltre 13.000 persone passate per i CdA, possiamo collegare gli oltre 35.000 contatti complessivi che detti ospiti hanno avuto con i CdA, con una media pertanto di quasi 3 contatti per persona nel corso dell'anno 2004.

2. Le caratteristiche socio-anagrafiche

Il primo aspetto da evidenziare, rispetto ai dati analizzati, riguarda l'anzianità delle schede alle quali questi sono riferiti. Come mostra il grafico sottostante, nella maggioranza dei casi siamo di fronte a soggetti che si sono presentati per la prima volta ai Centri d'Ascolto nel corso del 2004. Accanto a questi, si rileva una componente storica di persone che sono tornate a distanza di molti anni dalla prima volta o che, per diversi motivi, hanno continuato a far riferimento al CdA dal loro primo contatto fino all'anno 2004.

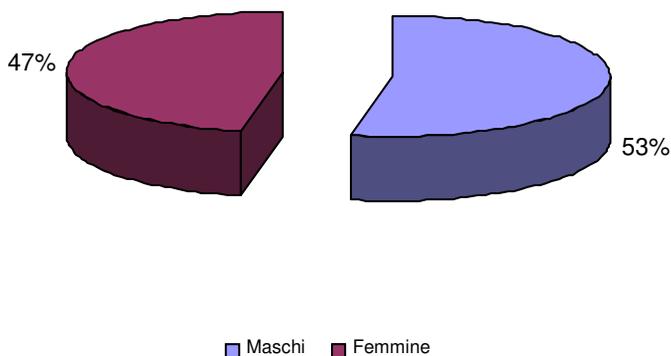
GRAF. 1 PERSONE ASCOLTATE PER DATA DI PRESENTAZIONE PRESSO IL CENTRO D'ASCOLTO



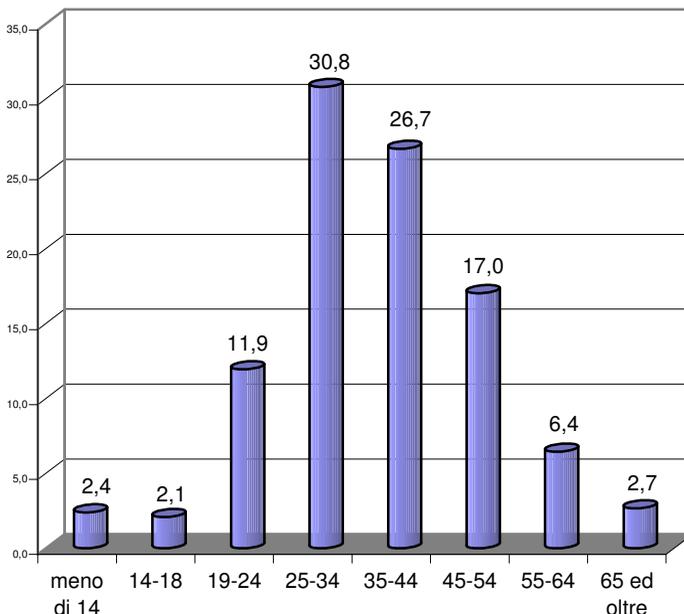
■ 5 anni ed oltre ■ tre/quattro anni fa ■ due anni fa ■ un anno fa ■ anno in corso

Va sottolineato che la parziale disomogeneità dei sistemi di archiviazione e, soprattutto, il fatto che alcune Diocesi abbiano iniziato solo in tempi recenti a registrare i passaggi dai Centri, rende il dato degli ospiti “storici” sicuramente sottodimensionato rispetto a quello reale.

L’universo analizzato presenta una distribuzione per genere sostanzialmente omogenea, dove la componente maschile è solo lievemente superiore a quella femminile (53% contro il 47%).

GRAF. 2 PERSONE ASCOLTATE PER SESSO

L'età media della popolazione incontrata dai CdA nel 2004 si posiziona all'interno delle classi di mezzo e, precisamente, intorno ai 34 anni. Dato che, di solito, i servizi di assistenza e sostegno offerti dagli enti pubblici in ambito sociale sono prevalentemente rivolti alle fasce di età estreme (minori e anziani), si può supporre che gran parte di queste persone si rivolga ai CdA proprio perché, in un certo senso, "esclusa" dall'orbita preferenziale delle politiche sociali. Non va dimenticato, ovviamente, che fra gli stranieri vi può essere anche una certa percentuale che non ha diritto d'accesso ai servizi territoriali, poiché non è titolare di un permesso di soggiorno idoneo.

GRAF. 3 PERSONE ASCOLTATE PER CLASSI DI ETÀ'

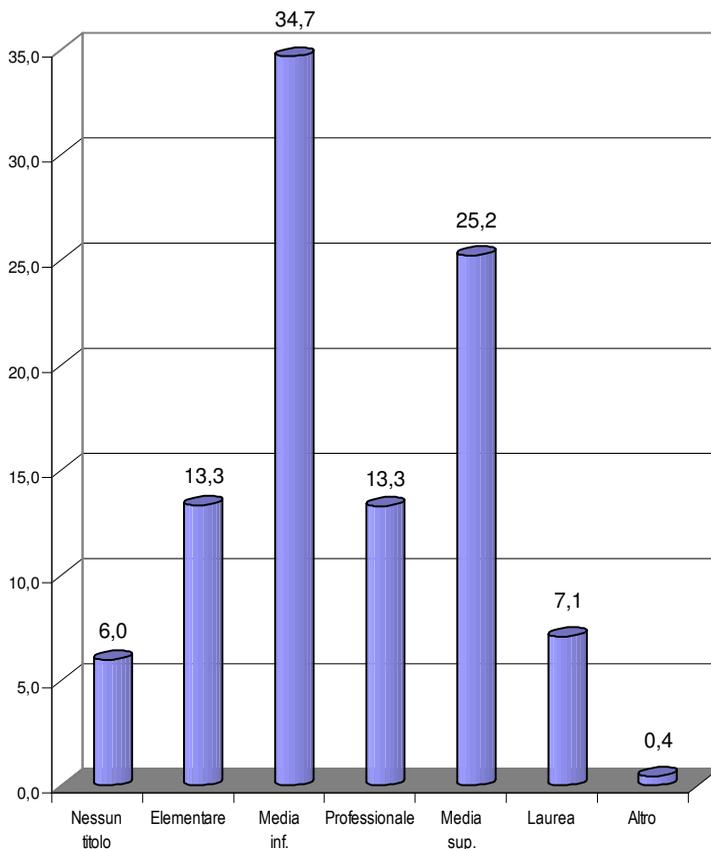
Quello dell'età è un dato interessante, poiché in primo luogo evidenzia che quello svolto dai Centri d'Ascolto è un servizio che si pone in una logica di complementarità e non di sussidiarietà rispetto a quanto svolto dagli attori istituzionali.

Si tratta tuttavia di un dato che non può non preoccupare visto che segnala come sono proprio quelle che dovrebbero essere le generazioni *di punta* – quelle, cioè, che dovrebbero rivestire una posizione centrale all'interno del sistema produttivo e riproduttivo – a trovarsi in condizioni di forte disagio.

L'altro dato, non poco allarmante, è in relazione alla caratterizzazione di questa popolazione per quanto riguarda il titolo di studio: se la componente maggioritaria (34,7%) si è fermata alla media inferiore, una quota non irrilevante (25,2%)

possiede un titolo di scuola media superiore e, addirittura il 7,1% (percentuale simile a quella che riguarda la totalità della popolazione del nostro Paese) possiede un diploma di laurea.

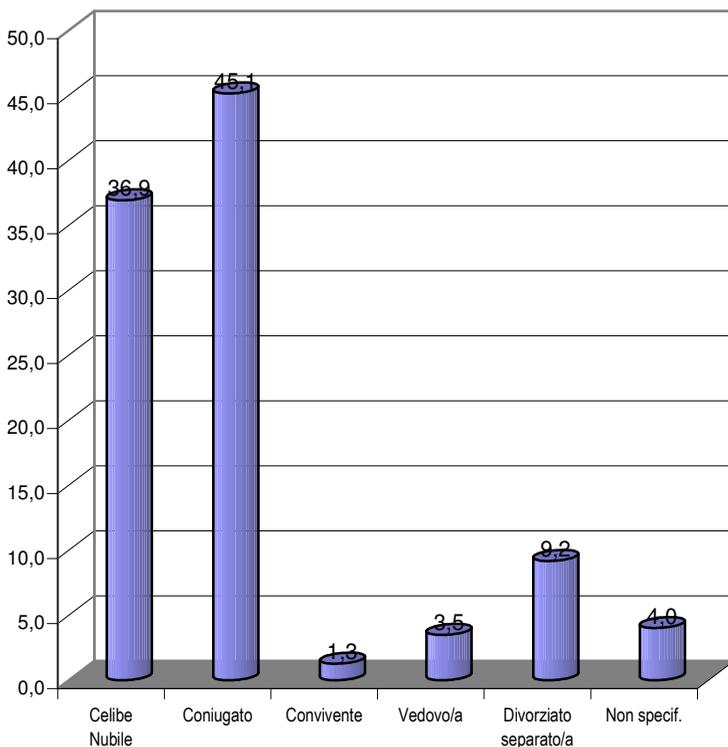
GRAF. 4 PERSONE ASCOLTATE PER TITOLO DI STUDIO



Torneremo più in dettaglio su questa variabile nella sua declinazione per genere e nazionalità.

Passiamo invece adesso ad analizzare le variabili che ci consentono di tratteggiare le caratteristiche di questa popolazione per quanto riguarda la loro condizione familiare e abitativa.

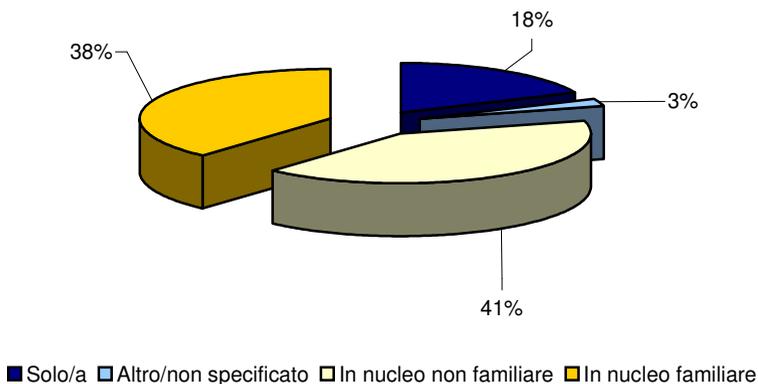
GRAF.5 PERSONE ASCOLTATE PER STATO CIVILE



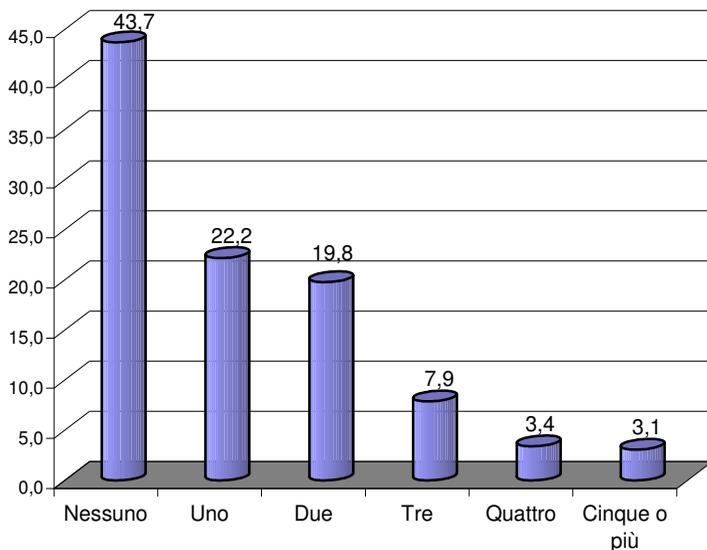
Quasi la metà delle persone ascoltate sono coniugate o conviventi (46,4%), mentre il resto si divide tra coloro che non hanno vincoli matrimoniali e coloro che hanno vissuto una rottura di tale legame a seguito del decesso del coniuge, di una separazione o di un divorzio. Se confrontiamo questo grafico con quello successivo, relativo alle modalità di

convivenza, ci rendiamo immediatamente conto di una delle peculiarità dell'universo che stiamo osservando: il dato relativo ai coniugati ed ai conviventi non trova l'atteso corrispettivo all'interno della componente di coloro che hanno dichiarato di vivere all'interno di un nucleo familiare; al contrario, il dato relativo a coloro che affermano di vivere in un nucleo non familiare risulta sovradimensionato rispetto al numero di coloro che si sono dichiarati celibi/nubili.

GRAF. 6 PERSONE ASCOLTATE PER TIPO DI CONVIVENZA



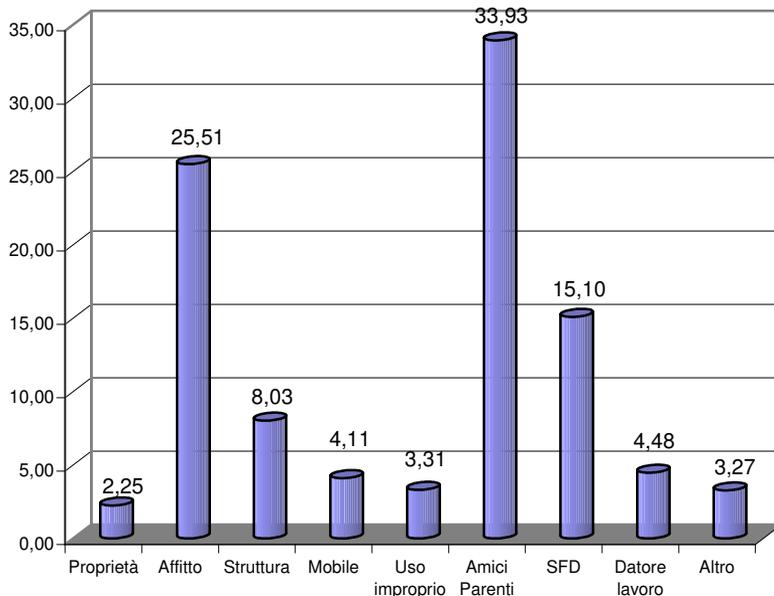
E' evidente come questa discrasia vada imputata prevalentemente alla componente immigrata che tende di solito a privilegiare la mobilità di un solo membro della famiglia: coniuge e figli restano normalmente, almeno all'inizio, nel paese d'origine. Ciò sembra confermato dal grafico successivo, che evidenzia come oltre il 40% dei soggetti interessati dichiarati di non avere alcun figlio attualmente convivente. Si tratta, in effetti – e questo spiega l'alta percentuale – in buona parte di immigrati soli, di un certo numero di non coniugati nonché di anziani.

GRAF. 7 PERSONE ASCOLTATE PER NUMERO DI FIGLI CONVIVENTI

L'altra considerazione che possiamo trarre dalla lettura del grafico relativo alla convivenza riguarda la maggior vulnerabilità relativa di una quota significativa della popolazione presa in esame: si tratta, infatti, per lo più di persone che si trovano a vivere in un contesto nel quale vengono meno quei legami forti e di tipo solidaristico che solitamente caratterizzano la dimensione familiare.

Questo elemento sembra in parte "mitigato" dal fatto che, come emerge dal grafico successivo, circa un terzo delle persone transitate dai Centri d'Ascolto abita insieme ad amici o a parenti¹⁰.

¹⁰ Va tenuto conto, però, del fatto che – questo dipende dalla struttura della scheda cartacea per la raccolta dei dati – anche molti minori conviventi con i propri genitori risultano "presso amici o parenti".

GRAF. 8 PERSONE ASCOLTATE PER CONDIZIONE ABITATIVA

La lettura di questo grafico ci mette, nuovamente, di fronte ad un dato molto allarmante. Se escludiamo chi abita in un appartamento in affitto e chi risiede insieme ad amici o parenti – situazioni queste che di per sé non implicano una condizione di minor disagio – rileviamo, infatti, due elementi di forte interesse. Il primo riguarda il fatto che le persone che dimorano in una casa di proprietà sono una componente assolutamente irrisoria, soprattutto se messa in relazione alla modalità abitativa più frequente nel nostro paese che è, appunto, quella dell'abitazione di proprietà. Si evidenzia, così, un primo grande segno di disagio, quello, cioè, legato all'impossibilità di accesso ad un bene primario come la casa. Ciò viene ulteriormente ribadito dal secondo aspetto, che riguarda la componente, percentualmente non lontana dal

40%, costituita da coloro che presentano una situazione abitativa assolutamente precaria: senza fissa dimora (SFD), persone che sono ospitate presso strutture di accoglienza, o che trovano riparo in alloggi di fortuna (quelli che abbiamo definito “mobili” o “ad uso improprio”) come treni, tende, auto, camper o case abbandonate, ovvero persone che risiedono presso il datore di lavoro.

Quello delle problematiche espresse dalle persone che si rivolgono ai Centri d’Ascolto – un dato estremamente difficile da rilevare in una forma puntuale – è uno dei temi centrali di questo rapporto. Specialmente se vi è una condizione di fragilità di fondo, è molto frequente che i bisogni – più o meno espliciti – di una persona siano diversi: si tratta, infatti, spesso di situazioni problematiche complesse, nell’ambito delle quali sono presenti fattori riferibili a diversi aspetti della vita (abitazione, lavoro, salute, ecc.).

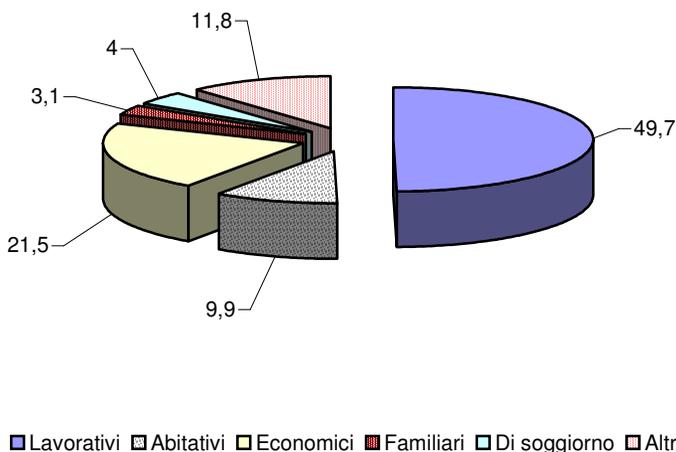
La letteratura sul tema della marginalità ci insegna che fondamentale nella comprensione di questo fenomeno non è tanto la considerazione del singolo bisogno, ma l’effetto cumulativo del disagio sulla persona. Inoltre, la sua manifestazione e la sua composizione tendono a mutare nel corso del tempo. Ciò complica, ovviamente, il lavoro degli operatori, che devono ridurre ad un dato “secco” la complessità dei percorsi individuali di vita per registrarli nella scheda (e ciò spiega in parte l’elevato numero di dati mancanti), ma rischia anche di rendere approssimativo il lavoro d’interpretazione. Un’analisi che si sofferma solo su un dato rischia, quindi, di non tener conto della complessità del disagio vissuto dal singolo.

Pur con queste necessarie precisazioni, può essere interessante andare a vedere quali realtà sono emerse dai dati degli archivi dei CdA diocesani.

Fra le persone ascoltate nel 2004 dagli operatori dei CdA, quasi la metà ha manifestato problemi legati alla sfera lavorativa, seguono questioni legate a problemi economici di

tipo strutturale o temporaneo, difficoltà imputabili all'abitazione – riconducibili in buona parte a quanto detto sopra – ed, infine, problematiche legate alla sfera familiare o alla salute.

GRAF. 9 PROBLEMATICHE PREVALENTE REGISTRATE PRESSO I CENTRI DI ASCOLTO



Questo tema richiederebbe un maggior approfondimento ed è un obiettivo che ci prefissiamo di raggiungere nel prossimo futuro, sperando di poter contare – grazie alle modifiche che apportheremo alla scheda cartacea di rilevazione – su di una miglior registrazione dei dati, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo.

Se fin qui abbiamo cercato di tracciare un quadro d'insieme, sarà adesso utile evidenziare in modo più netto alcune caratteristiche peculiari della componente straniera, che costituisce la quota nettamente maggioritaria delle persone incontrate ed ascoltate dagli operatori e volontari dei Centri d'Ascolto.

3. *Gli stranieri*

Delle persone ascoltate, 2.637 (il 20,2% sul totale) sono italiane e le restanti 10.430 (79,8%) sono straniere. Tra gli stranieri, la percentuale più alta è rappresentata dai cittadini rumeni (30,2%) seguiti, con uno scarto significativo, dai peruviani (10,4%), dai marocchini (10,2%) e dagli albanesi (8,5%), mentre il resto si distribuisce, in modo più o meno uniforme, tra una pluralità di appartenenze nazionali diverse.

Cittadini stranieri passati dai centri d'ascolto per paese di provenienza

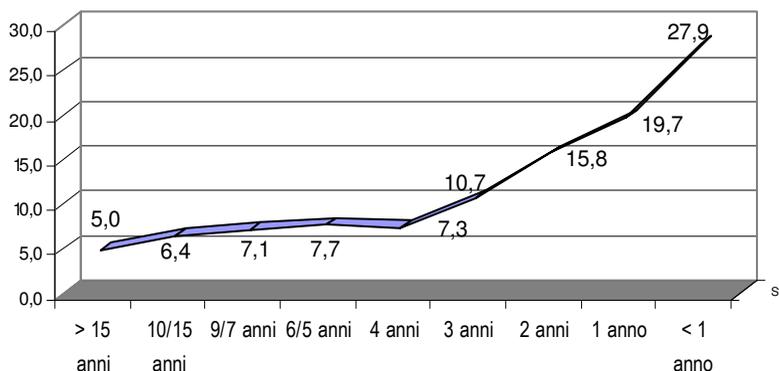
Nazionalità	Valori assoluti	Valori percentuali
Romania	2932	30,2
Perù	1009	10,4
Marocco	991	10,2
Albania	828	8,5
Ucraina	545	5,6
Somalia	543	5,6
Sri Lanka	442	4,6
Polonia	342	3,5
Moldavia	207	2,1
Nigeria	186	1,9
Serbia Montenegro	156	1,6
Tunisia	147	1,5
Ecuador	145	1,5
Filippine	120	1,2
Algeria	119	1,2
Eritrea	117	1,2
Bolivia	107	1,1
Cina	102	1,1
Costa d'Avorio	95	1,0
Russia	92	0,9
Macedonia	86	0,9
Bulgaria	80	0,8
Senegal	77	0,8
Pakistan	72	0,7
Brasile	57	0,6
Bangladesh	52	0,5
India	51	0,5
Altri	730	7,5
Totale	10.430	100

Può forse stupire che risulti così relativamente bassa la presenza di cittadini appartenenti a gruppi etnici in realtà notoriamente massicciamente presenti nella nostra regione come i cinesi (ben 23.329 secondo l'ultimo rapporto Caritas-Migrantes¹¹) o gli albanesi (che con 31.037 unità rappresentano l'etnia più numerosa in Toscana). Non bisogna tuttavia dimenticare che i dati qui analizzati non sono "neutri" né globali, in quanto riguardano – a differenza del suddetto rapporto Caritas-Migrantes – esclusivamente gli stranieri che si sono rivolti ai CdA. Si tratta, quindi, di persone che si trovano in condizioni di difficoltà e disagio e, comunque, non solo di stranieri regolarmente presenti sul territorio¹². Appare dunque meno strano che gruppi etnici da lungo tempo stanziati nella nostra regione, come i cinesi o gli albanesi, compaiano in misura limitata all'interno dell'universo da noi analizzato. Per quanto riguarda gli albanesi, è sicuramente determinante il fatto che la maggior parte di essi sia titolare di un permesso di soggiorno e che molti di essi siano integrati dal punto di vista lavorativo e – se non in minima parte – non hanno più bisogno di specifica assistenza. Va inoltre ricordato che, all'interno di alcune comunità, come quella cinese e quella senegalese, esistono forti legami interetnici e questi circuiti di solidarietà informale sono spesso preferiti rispetto a quelli di tipo formale. L'universo analizzato è, quindi, di fatto, prevalentemente costituito da stranieri immigrati abbastanza di recente o, comunque, ancora in una situazione di forte precarietà: ciò è largamente confermato dalla lettura dei grafici relativi alla permanenza in Italia ed al possesso del permesso di soggiorno.

¹¹ Dossier Statistico Immigrazione 2004 – XIV Rapporto Caritas/Migrantes

¹² I dati riportati ed elaborati dal Dossier Statistico Immigrazione sono forniti prevalentemente dal Ministero dell'Interno, dal Ministero degli Affari Esteri, dall'ISTAT, ecc. e, a parte qualche tentativo di stima sulla quantità, non vi sono dati relativi agli stranieri irregolari.

GRAF. 10 STRANIERI ASCOLTATI PER DURATA DELLA PERMANENZA IN ITALIA



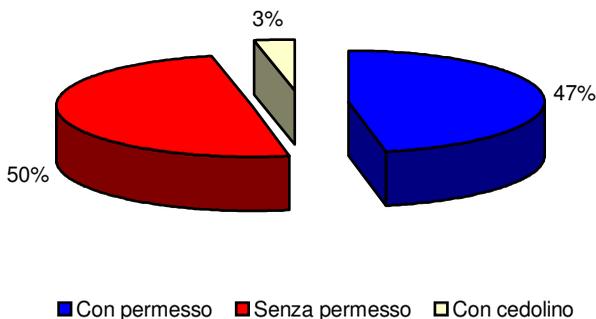
Questo grafico mostra chiaramente che la larga maggioranza degli stranieri che si sono rivolti ai Centri d'Ascolto risiede in Italia da un periodo di tempo inferiore ai quattro anni e, di questi, circa il 28% è arrivato nel corso dell'ultimo anno.

Il dato si rivela ancora più significativo, se confrontato con la situazione descritta nel succitato Dossier Caritas-Migrantes, dove si legge che il 57% degli stranieri residenti in Toscana ha un'anzianità di soggiorno superiore a cinque anni.

La disparità fra le percentuali riportate dai due dossier evidenzia che i servizi offerti dalle Caritas sono "preferiti" – perché conosciuti grazie al passaparola o perché spesso sono gli unici servizi di questo tipo presenti sul territorio – dagli stranieri appena arrivati in Italia, che hanno bisogno di trovare risposte a necessità primarie e molto concrete (accoglienza, pasti, vestiario, informazioni di base, ecc.). Ad essi ci si rivolge anche per farsi aiutare ad orientarsi sul territorio ed entrare

così in contatto con le risorse disponibili. Non va tuttavia trascurato il fatto che circa il 30% delle persone che risiedono nella nostra regione da oltre quattro anni continua ad “aver bisogno” del sostegno, anche se per lo più solo saltuariamente, dei CdA. Fra questi vi sono sicuramente alcuni stranieri che hanno difficoltà d'integrazione, dovuta, a volte, anche a problemi personali.

Va tenuto altresì conto di due fattori. Il primo è che le modifiche apportate alla normativa sull'immigrazione (e, dal 1° maggio 2004, l'allargamento dell'Unione Europea) costringono molti stranieri nonché i datori di lavoro – anche una volta raggiunta l'autonomia dal punto di vista lavorativo ed abitativo – a mantenere un contatto con chi è in grado di fornire informazioni per essere costantemente aggiornati sulle novità riguardo alle varie procedure (contratto di soggiorno, ricongiungimento familiare, ecc.). Il secondo dipende dal fatto che gli stranieri residenti da più tempo sul territorio risentono – come gli italiani – dell'andamento dell'economia locale (chiusura di fabbriche, cassa integrazione, ecc.).

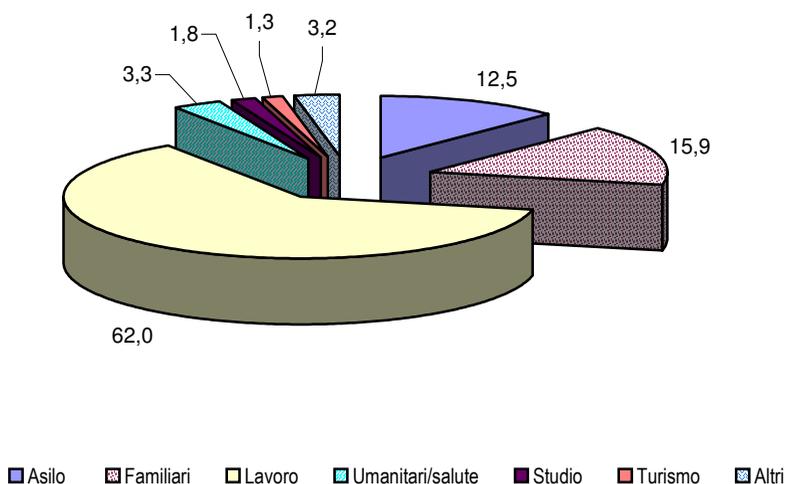
GRAF. 11 POSSESSO DEL PERMESSO DI SOGGIORNO

I dati relativi al possesso del permesso di soggiorno ci offrono spunti di riflessione interessanti. Circa la metà della popolazione considerata è sprovvista di permesso di soggiorno e, a questa, va ad aggiungersi un ulteriore 3% che - al momento del contatto con il CdA - era ancora in attesa di conoscere gli esiti dell'istanza di emersione dal lavoro nero, presentata dal proprio datore di lavoro nel 2002. Molto su quest'ultimo dato potrebbe essere detto, ma ci limitiamo a richiamare l'attenzione sul fatto che si tratta di una parte della popolazione immigrata, numericamente pari ad oltre 5.000 persone, finora totalmente sconosciuta alle statistiche ufficiali. Il restante 47% dell'insieme degli stranieri possiede invece un permesso di soggiorno e questo dato evidenzia che, a volte, nonostante la presenza regolare sul territorio, vi sono persone che non riescono ad emergere da una condizione di disagio. Se, infatti, ottenere il permesso di soggiorno rappresenta sicuramente una risorsa per l'inserimento sociale, possedere

questo documento non mette di per sé al riparo dal rischio di trovarsi in una situazione di bisogno. D'altronde, nell'analizzare la situazione degli stranieri titolari di permesso di soggiorno, è fondamentale tener conto del titolo dello stesso: le "potenzialità" di chi ha un permesso di soggiorno per "lavoro" o per "motivi familiari" sono, infatti, completamente diverse da quelle di chi è titolare di un permesso per "cure mediche", per "turismo" o per "richiesta asilo".

Ancora una volta, per quanto incompleti, i dati forniti dai Centri d'Ascolto si rivelano una fonte preziosa di informazioni.

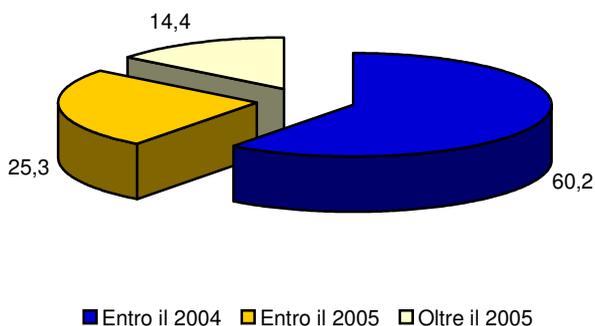
GRAF.12 MOTIVO DEL RILASCIO DEL PERMESSO DI SOGGIORNO



Il grafico sopra riportato ci mostra che la maggioranza dei permessi è stata rilasciata per "lavoro" (grazie alle varie "regolarizzazioni" che si sono succedute in questi anni o in seguito ad ingresso in Italia con un visto per "lavoro"), anche se non sono irrilevanti le quote di permessi per "motivi familiari" e per "richiesta asilo". Questo dato assume maggiore

significato se andiamo a vedere qual è l'anno di scadenza e, quindi, la validità residua, di questi permessi.

GRAF.13 ANNO DI SCADENZA DEL PERMESSO DI SOGGIORNO

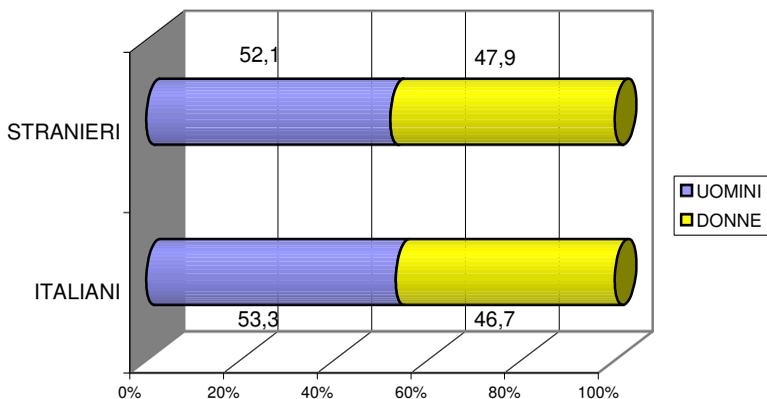


Se andiamo a guardare la scadenza indicata sul permesso di soggiorno, ci rendiamo facilmente conto della potenziale situazione di precarietà di un'alta percentuale di stranieri incontrati dai CdA nel 2004. E' impossibile, però, trarre delle conclusioni, poiché, per avere un quadro più chiaro della situazione, è necessario incrociare il dato riguardante la scadenza del permesso di soggiorno con il titolo dello stesso ed è indispensabile conoscere a fondo la situazione di ogni singola persona per capire se tale permesso è rinnovabile o meno. Resta il fatto che, al momento dell'incontro con il CdA, il 60,2% degli stranieri aveva un permesso di soggiorno che sarebbe scaduto entro lo stesso anno.

4. Verso l'individuazione di profili tipici: confronto tra italiani e stranieri

Analizzando i dati nella loro globalità (italiani e stranieri), scopriamo che si tratta di uomini e di donne in misura pressoché uguale, anche se i primi sono in percentuale lievemente più rappresentati con un 52,3%. Tale distribuzione di genere la ritroviamo in modo sostanzialmente identico sia fra gli italiani che fra gli stranieri. Ciò che varia, ed in modo significativo, è ovviamente la quantità, dal momento che gli italiani sono complessivamente solo il 18,5% del totale delle persone ascoltate.

**GRAF. 14 COMPOSIZIONE PER GENERE
ITALIANI E STRANIERI**

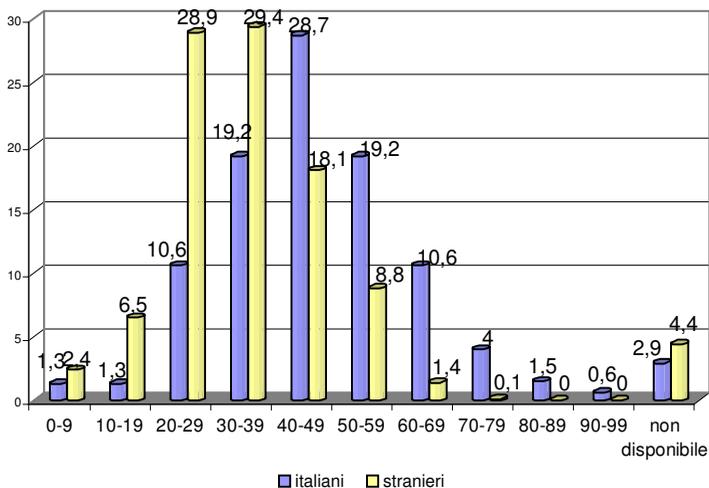


Rispetto al primo trimestre del 2003, nell'anno 2004 si rileva un certo aumento percentuale della presenza degli stranieri, poiché questa si attestava allora al 78,8%. Ancora, se ci riferiamo alla situazione riportata nel precedente rapporto sui

dati del primo semestre 2003, nel corso dell'anno 2004 osserviamo una sensibile riduzione del numero delle donne italiane (dal 24,1% al 18,2% del totale delle donne).

Se scarse sono le differenze di genere tra le due componenti, vediamo che delle diversità sostanziali si presentano per quanto riguarda la distribuzione per fasce di età.

**GRAF.15 DISTRIBUZIONE PER CLASSI DI ETÀ'
ITALIANI E STRANIERI**



Come mostra il grafico, la componente degli stranieri è in media sensibilmente più giovane di quella italiana: il 10% circa ha un'età inferiore ai venti anni e oltre la metà di coloro che si sono presentati ai Centri appartiene alle fasce di età centrali (20-39 anni) mentre il 18,1% ha un'età compresa tra i 40 ed i 50 anni. Sostanzialmente insignificante, per quanto riguarda gli stranieri, la presenza di persone sopra i 50 anni.

Questo dato è probabilmente da ricondurre da un lato al fatto che prevalentemente emigrano i soggetti in età giovanile e, dall'altro, che soltanto in anni relativamente recenti il nostro

paese è diventato meta d'immigrazione. Va inoltre avanzata l'ipotesi che, qualora si tratti di progetti migratori di carattere temporaneo, chi si trova in un'età avanzata ha probabilmente già fatto ritorno nel paese d'origine, in quanto non è più in grado di far parte della popolazione attiva dal punto di vista lavorativo.

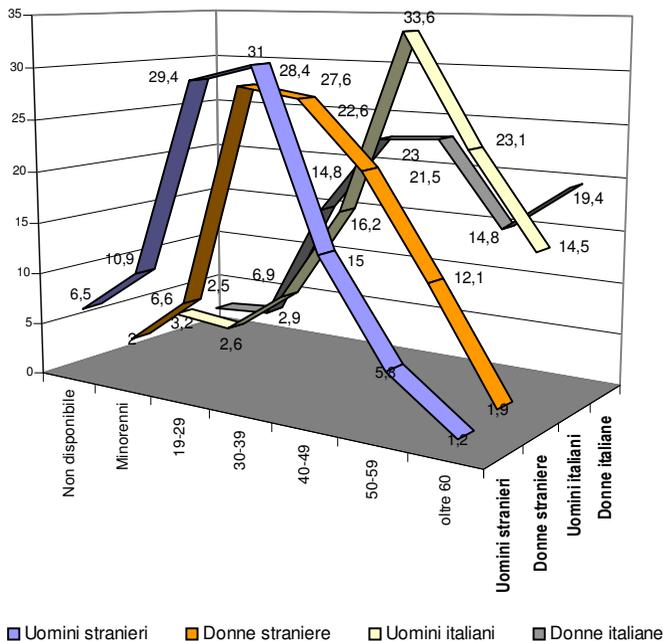
Non va dimenticato, ancora una volta, che il peculiare punto di osservazione dei Centri d'Ascolto ci porta in contatto non con l'universo complessivo degli stranieri, bensì essenzialmente con coloro che vivono situazioni di disagio: queste sembrano quindi manifestarsi prevalentemente nella fase di arrivo o nei primi anni di permanenza nel nostro paese.

Dai dati a nostra disposizione, potremmo ipotizzare che, dopo qualche anno dall'arrivo, l'afflusso ai CdA diminuisce poiché gran parte degli stranieri sono riusciti a trovare le condizioni per integrarsi dal punto di vista lavorativo e – nella migliore delle ipotesi – anche dal punto di vista sociale. Resta escluso dal processo d'integrazione – come già detto – un certo numero di persone che, di conseguenza, o torna a far riferimento ai CdA o decide di rientrare in patria o tenta di trasferirsi altrove.

Situazione totalmente diversa sembra essere quella degli italiani. Nel loro caso i dati mostrano una sostanziale assenza di minorenni e di giovanissimi (2,6%), assieme ad una percentuale abbastanza contenuta – almeno rispetto agli stranieri – di persone al disotto dei 40 anni (9,8%). La percentuale più alta di presenze la riscontriamo, invece, tra gli adulti (47,9% tra i 40 ed i 59 anni) ed un significativo 16,1% tra coloro che hanno oltre 60 anni (e di questi il 6,1% ha un'età superiore ai 70 anni).

Ulteriori elementi di riflessione emergono da un'analisi più attenta della distribuzione per classe di età di uomini e donne, continuando a confrontare la componente italiana con quella straniera.

**GRAF. 16 DISTRIBUZIONE PER CLASSE DI ETÀ'
ITALIANI E STRANIERI**



Vediamo, quindi, che mediamente gli uomini, sia italiani che stranieri, tendono a presentare una distribuzione meno omogenea all'interno delle varie classi di età: tuttavia, mentre i primi si concentrano nelle fasce tra i 40 e i 59 anni, la presenza più massiccia di uomini stranieri la riscontriamo tra coloro che hanno tra 20 e 40 anni. Nel caso di questi ultimi, va sottolineata la presenza significativa (11%) di uomini al disotto dei venti anni, che appare cresciuta rispetto ai dati del 2003. Anche le donne straniere sono tendenzialmente più giovani delle italiane e anche esse sono prevalentemente giovani (con il 6,8% sotto i 20 anni) o adulte, anche se, rispetto agli uomini,

fanno registrare una presenza decrescente ma significativa anche nelle classi di età che arrivano fino ai 60 anni.

Decisamente meno marcata è la caratterizzazione delle donne italiane in termini di età: salvo che tra le giovanissime, le ritroviamo in modo relativamente uniforme nelle varie fasce d'età, dai 20 fino ai 90 anni, e, nel loro caso, a colpire è proprio il fatto che circa il 20% si trovi proprio all'interno delle classi di età più avanzate.

Riassumendo, potremmo dire che, rispetto all'età, sembrano delinearsi alcuni profili caratteristici, se non tipici. Per quanto riguarda gli italiani, emerge quantitativamente il numero degli uomini in età centrale e quello delle donne in età avanzata; fra gli stranieri, invece, è rilevante la presenza di uomini giovani o giovanissimi, mentre le donne sono più distribuite sulle varie fasce d'età.

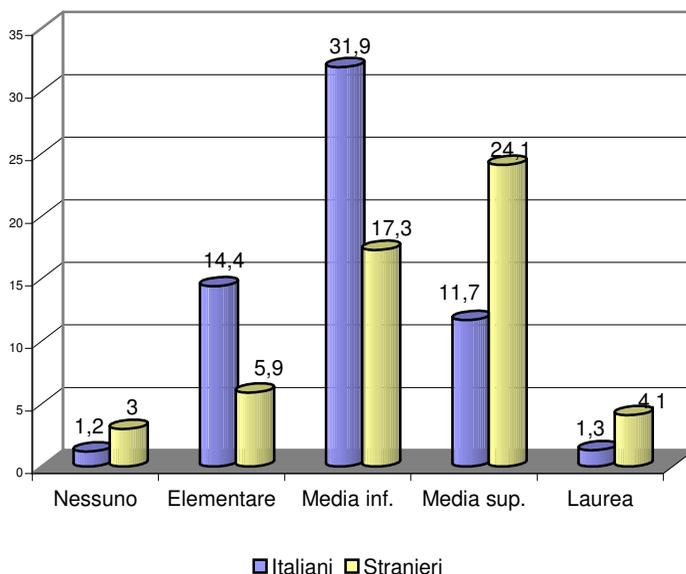
E', ovviamente, soltanto mettendo in relazione l'analisi di questi dati con le altre variabili a disposizione che possiamo giungere ad una definizione più nitida di questi profili.

Può essere sicuramente di grande aiuto, pur con i limiti precedentemente ricordati riguardo alla completezza dei dati disponibili, la lettura delle variabili relative alla condizione familiare. Il fatto di essere inserito in un contesto familiare può rappresentare – se la famiglia è a carico dell'interessato – un elemento che contribuisce, soprattutto sul piano economico, ad accrescere la situazione di bisogno di alcuni soggetti, e, quindi, a motivare il ricorso ai Centri d'Ascolto. E' anche vero che spesso è proprio l'assenza di legami familiari sul territorio a portare a vivere una condizione di povertà tanto relazionale quanto materiale tale da spingere il soggetto a chiedere aiuto.

L'esame di altre variabili a disposizione, aiuta a definire ulteriormente i profili delle persone che si rivolgono ai CdA e, quindi, a comprendere meglio quali sono le situazioni di disagio socio-economico presenti sul nostro territorio.

Riguardo al titolo di studio va segnalato, come premessa, che le informazioni raccolte sono spesso incomplete o approssimative. Abbiamo, infatti, solo dati relativi al 35,4% degli italiani ed al 43,3% degli stranieri. Le informazioni sul titolo di studio delle donne sono, comunque, più esaurienti rispetto a quelle sugli uomini ed, in particolar modo, sugli uomini stranieri.

GRAF. 17 DISTRIBUZIONE PER TITOLO DI STUDIO ITALIANI E STRANIERI



La distribuzione del livello d'istruzione di italiani e stranieri mostra che sono questi ultimi a trovarsi in una posizione di vantaggio. Questo dato non deve stupire più di tanto, poiché è evidente che il progetto migratorio rappresenta generalmente un investimento forte da parte delle famiglie ed è quindi normale che partano dal Paese d'origine i soggetti

maggiormente dotati di capitale culturale¹³. Ricordiamo, però, che i dati raccolti a questo riguardo sono scarsi e non è da escludere che, proprio per questo, siano in parte anche distorti: potrebbe essere, infatti, che abbiano risposto prevalentemente coloro che avevano un titolo di studio di cui non “vergognarsi”. Ciò premesso, il dato mostra comunque chiaramente che la nostra società non è in grado di riconoscere le potenzialità culturali e professionali dei cittadini immigrati, che continuano, infatti, ad essere relegati in posizioni professionali di livello inferiore rispetto alle loro capacità ed alla loro preparazione.

Fra gli italiani è evidente che è più soggetto alla marginalità chi ha un capitale culturale inferiore.

Se si esaminano più attentamente le informazioni raccolte, si nota che fra gli stranieri prevalgono coloro che sono in possesso di licenza media superiore, mentre fra gli italiani prevale la titolarità di licenza media inferiore. Importante è anche la presenza di donne straniere laureate. Il livello d’istruzione delle donne – che siano italiane o straniere – è, in ogni caso, sensibilmente superiore a quello degli uomini.

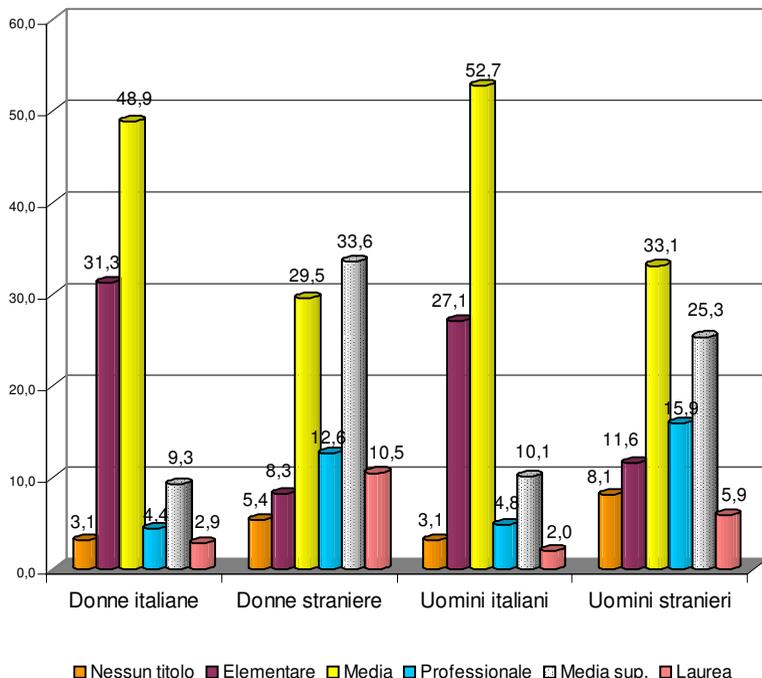
Confrontando i dati riguardanti il grado d’istruzione raccolti nel 2004 con quelli del primo semestre 2003, vediamo che i dati a disposizione l’anno scorso erano più completi in particolare per gli stranieri (31,7% nel 2003, contro il 45,5% attuale) ed evidenziavano, forse anche grazie a questo, un grado di istruzione mediamente più alto di quello rilevato nel corso del 2004.

Al contrario, la rilevazione del livello d’istruzione è migliorata per gli italiani (53,5% nel 2003, contro il 39,4% attuale) ed evidenzia un aumento delle persone in possesso di licenza media inferiore (dal 21% al 31,9%) e superiore (dall’8,1% all’11,7%). Questo dato è sicuramente preoccupante, se è vero che il possesso di un titolo di studio medio-alto può essere considerato, in molti casi, un elemento di protezione

¹³ Questa motivazione rinvia a diverse indagini condotte da altri autori su questo tema (Ambrosiani, 2001)

rispetto al rischio di scivolare in condizioni di marginalità sociale.

GRAF. 18 DISTRIBUZIONE PER TITOLO DI STUDIO ITALIANI E STRANIERI, UOMINI E DONNE

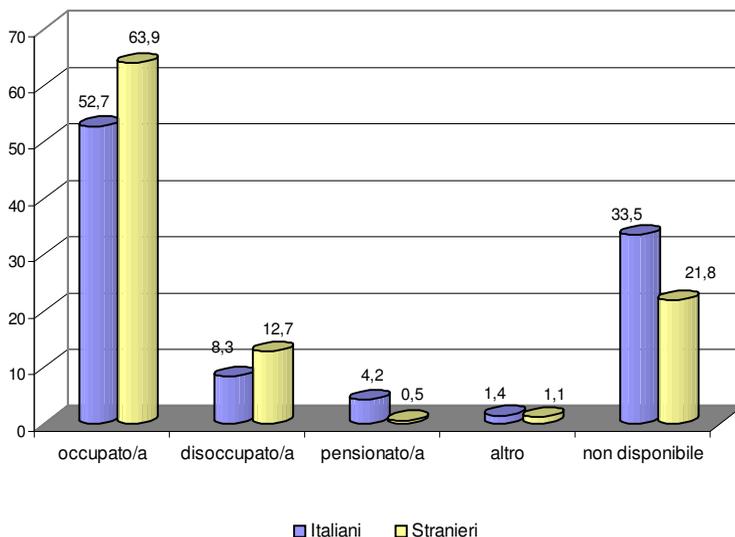


Anche le informazioni concernenti la condizione professionale sono, purtroppo, incomplete¹⁴ ed è opportuno segnalare – come premessa all’analisi che segue – che nel registrare lo stato di “occupazione” delle persone che si sono rivolte ai CdA, non è specificato se si tratta di lavoro a tempo determinato o indeterminato e, molto spesso, nemmeno il tipo di lavoro: è difficile, quindi, stabilire se la posizione sul mercato del lavoro sia stabile o meno.

¹⁴ Si nota, tuttavia, un miglioramento rispetto alla registrazione dei dati nel 2003.

Fatta questa necessaria precisazione, il dato più rilevante è l'alta percentuale di occupati, che arriva fra gli uomini fino al 67,2% del totale, ma è molto alta anche fra le donne.

GRAF. 19 CONDIZIONE PROFESSIONALE ITALIANI E STRANIERI



Si può supporre, quindi, un miglioramento degno di nota della condizione degli stranieri in Toscana rispetto al 2003, che vedeva gli occupati stranieri circa al 29% contro un 26% circa di disoccupati¹⁵.

La situazione degli utenti italiani dei Centri d'Ascolto evidenzia una percentuale di occupati minore rispetto agli stranieri. Anche in questo caso rileviamo comunque una notevole crescita della percentuale di occupati rispetto al primo

¹⁵ Va precisato che fra i "disoccupati" sono registrate anche le persone che non lavorano per motivi di età o perché non autorizzati dal permesso di soggiorno (richiesta asilo, cure mediche, turismo, ecc.) di cui sono titolari.

semestre 2003: coloro che si dichiarano occupati sono, infatti, oltre il 50% a fronte di neppure il 20% dell'anno scorso.

Dal confronto fra lo stato occupazionale degli uomini e quello delle donne emerge un dato importante: le differenze non sono grandi, in quanto gli uomini stranieri sono occupati per il 67%, a fronte del 60% delle donne, e fra gli italiani detta differenza è pressoché nulla (meno di un punto percentuale).

Visto il significativo afflusso di donne italiane di età elevata e di vedove ai CdA, non deve meravigliare la discreta percentuale di pensionati registrati.

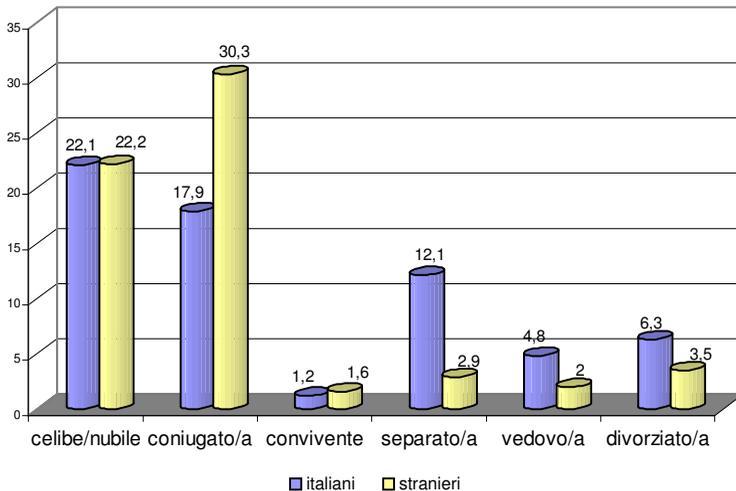
E' opportuno evidenziare, infine, che di un italiano su tre non abbiamo dati sulla situazione professionale¹⁶.

Le informazioni raccolte riguardo allo stato civile, anche se risultano mancanti per oltre un terzo delle persone registrate, offrono l'opportunità di delineare ulteriormente i profili di cui sopra¹⁷. Per quanto riguarda gli italiani, se è vero che oltre il 15% risulta coniugato, la componente di coloro che sono soli – o perché mai sposati o perché hanno vissuto la rottura di un legame familiare a seguito di divorzio/separazione o per la morte del coniuge – è prevalente. Al contrario, tra gli stranieri, prevalgono le persone coniugate sui celibi/nubili. Per approfondire ulteriormente l'analisi e per poter trovare maggiori riscontri interpretativi a quanto appena detto, abbiamo ritenuto opportuno provare ad aggregare alcuni dati.

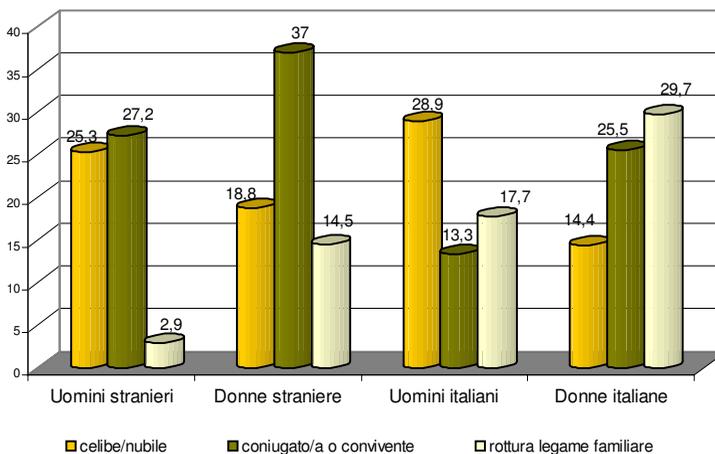
¹⁶ Riguardo alle informazioni sulla condizione professionale, va segnalato un elemento critico all'interno della base dati: la possibilità di specificare la professione nel dettaglio (da parrucchiera a pettinatrice, da cameriere a cameriere di sala o ai piani, ecc. per un totale di circa 200 voci diverse) e, per gli stranieri, anche la professione nel Paese d'origine, rende il dato emerso, purtroppo, sostanzialmente inutilizzabile. Qualunque elaborazione ed analisi di questi dati, sarebbe quindi inattendibile. Ci auguriamo ovviamente di poter fornire dati più significativi nell'ambito dei prossimi Dossier.

¹⁷ Qui, come altrove, per facilitare la leggibilità del grafico, abbiamo scelto di non riportare l'informazione relativa ai dati mancanti. Ciò è stato però fatto senza ricalcolare le percentuali sui soli dati validi, in modo tale da non falsare il quadro complessivo.

**GRAF. 20 STATO CIVILE
ITALIANI E STRANIERI**



GRAF.21 ITALIANI E STRANIERI PER STATO CIVILE E SESSO



Sono soprattutto gli uomini italiani a risultare soli, o perché celibi o perché separati/divorziati/vedovi; la percentuale dei coniugati è, invece, assai bassa (circa 13%). Per gli stranieri, invece, la componente dei coniugati/conviventi e quella dei celibi sono pressoché equivalenti, e la quota di coloro che hanno subito una rottura del legame familiare risulta al disotto del 5%.

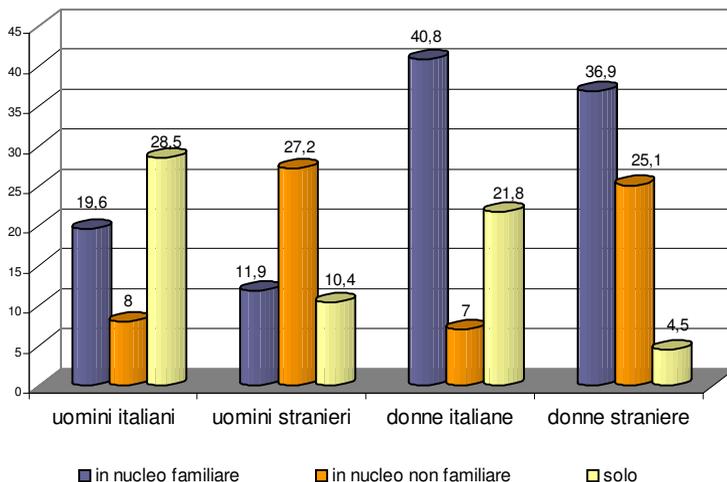
Completamente diversa è la situazione delle donne straniere, poiché la maggior parte di esse risulta essere coniugata.

In base all'esperienza degli operatori dei CdA, molto spesso le donne straniere vengono "delegate" dalla famiglia a cercare risposte e indicazioni per affrontare le difficoltà connesse alla sopravvivenza quotidiana. Vedremo in seguito se e quanto ciò sia vero andando ad esaminare i bisogni espressi e le richieste effettuate.

Per quanto riguarda le donne italiane, la vulnerabilità sociale è evidentemente associata ad una condizione di solitudine e questa è per lo più conseguente alla rottura del matrimonio, a separazione/divorzio o alla morte del coniuge (le nubili sono meno del 15%).

Per una miglior comprensione della situazione, è utile analizzare la variabile "stato civile" in relazione a quelle riguardanti le condizioni familiari.

**GRAF. 22 SITUAZIONE FAMILIARE PER SESSO
ITALIANI E STRANIERI**

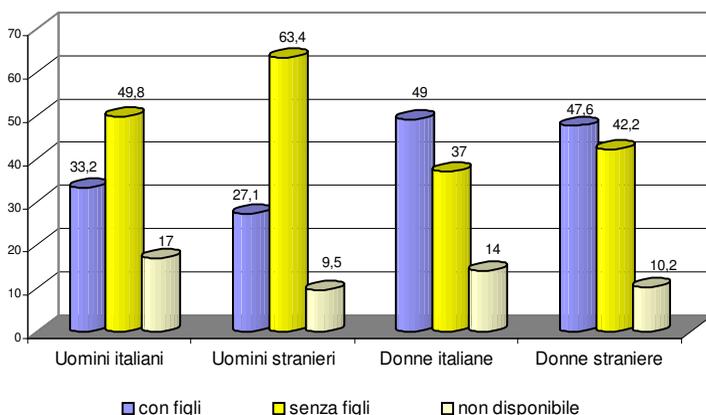


Il grafico mostra chiaramente le diversità tra italiani e stranieri. Per gli italiani, ferma restando l'alta percentuale di soggetti che vivono in nucleo familiare con figli, abbiamo due significative componenti di persone sole da mettere in relazione, con ogni probabilità, con i celibi/nubili e separati/divorziati/vedovi del grafico precedente. La presenza/assenza di figli non sembra avere un ruolo rilevante nel definire la maggiore vulnerabilità sociale degli "utenti" italiani dei CdA, dal momento che tra chi risulta solo e tra coloro che vivono in nucleo non familiare (una percentuale minima), vi sono differenze irrisorie. Ciò sembra valere anche per gli stranieri, giacché, osservando le informazioni registrate, la condizione abitativa più diffusa risulta essere quella del nucleo non familiare. Sono molti, infatti, gli stranieri che convivono con amici o connazionali, indipendentemente dalla presenza o meno di figli, che, in molti casi continuano a risiedere nel paese d'origine. Il numero degli stranieri che dichiara di vivere da solo è molto basso, rispetto agli italiani, come, del resto, quello di chi vive

con il proprio nucleo familiare. Anche questo dato va ricondotto, con ogni probabilità, al fatto che le famiglie sono costrette a vivere divise proprio a causa dell'esperienza migratoria.

Qui di seguito proponiamo alcune elaborazioni effettuate a partire dai dati sulla convivenza ed al numero di figli, per trarre, poi, delle valutazioni utili rispetto alla definizione dei profili di povertà nella nostra regione.

**GRAF.23 FIGLI CONVIVENTI PER SESSO
ITALIANI E STRANIERI**



Osservando i grafici precedenti possiamo cogliere due elementi rilevanti: il primo è che, nel caso di convivenza in nuclei familiari, si presentano al Centro per lo più le donne della famiglia, sia per gli stranieri (soprattutto quando sono presenti dei figli) sia per gli italiani. Il secondo è che, in caso di nuclei non familiari, le percentuali non variano in modo significativo fra uomo e donna.

Una diversità sensibile tra le situazioni di convivenza degli stranieri e quelle degli italiani è evidente anche confrontando

le percentuali di presenza di nuclei familiari tra le due categorie. È abbastanza consueto – com'è stato già messo in evidenza – che gli stranieri vivano da soli o in nuclei non familiari: molto spesso, infatti, la famiglia rimane tutta o in parte nel Paese d'origine e i ricongiungimenti avvengono eventualmente solo dopo un certo tempo.

La presenza di minori stranieri conviventi con i propri genitori è, quindi, percentualmente più bassa rispetto a quella degli italiani. Confrontando i dati sulla convivenza degli stranieri con la propria famiglia, e le informazioni riguardo al numero di minori presenti nei suddetti nuclei familiari, con quelli dell'età degli utenti dei CdA, possiamo ipotizzare una presenza significativa di giovani e giovanissimi stranieri che vivono da soli o in nuclei non familiari. Va rilevato anche il fatto che sono più che altro le donne, fra gli stranieri, a risultare conviventi con i figli, mentre gli uomini dichiarano per lo più di vivere da soli.

Rispetto al 2003, per quanto riguarda gli stranieri si nota una crescita percentuale di persone che vivono in nuclei non familiari (dal 10,7% al 13,1% del 2004) e di persone che vivono sole (dal 3% al quasi 4%). Parallelamente i nuclei familiari con figli passano dal 15% a nemmeno il 12% del totale degli stranieri.

Il già citato Dossier Statistico sull'Immigrazione 2004, nel rilevare che le due principali cause di soggiorno degli stranieri sono il "lavoro" e i "motivi familiari", sottolinea che questo dato risulta particolarmente significativo perché denota "*un inserimento stabile dell'immigrato nella realtà italiana, ossia un radicamento a lungo termine, strutturale, nel tessuto sociale del Paese*"¹⁸. Il ridotto afflusso di stranieri con famiglia a carico ai CdA può essere considerato in un certo senso indice di questo inserimento e del fatto che una parte delle famiglie, se è riuscito l'inserimento lavorativo dei genitori, raggiunge ad un certo punto anche una certa autonomia.

¹⁸ Immigrazione, Dossier Statistico 2004 a cura di Caritas/Migrantes

Dato che, in base alla normativa, l'autorizzazione al ricongiungimento familiare dipende fundamentalmente dalla situazione abitativa ed economica del richiedente¹⁹, non si può altresì negare che molte famiglie non riescono a riacquistare – e a mantenere poi²⁰ – l'unità familiare, proprio per questo motivo e, soprattutto a causa della difficoltà nel reperire un'abitazione considerata idonea ai sensi della legge.

E' doveroso anche ricordare, in questo contesto, che i dati raccolti riguardano pure gli stranieri irregolari, i quali difficilmente si possono "permettere" di effettuare un ricongiungimento familiare a causa della loro situazione di precarietà.

Per quanto riguarda gli italiani, confrontando i dati del 2004 con quelli del primo semestre 2003, vediamo una tangibile riduzione di persone conviventi in nuclei familiari (dal 43,7% del 2003 al 29,2% del 2004) a cui fa fronte una sensibile crescita del numero di italiani (uomini e donne) che vivono soli con i propri figli (la percentuale è triplicata in un anno, passando dal 4,1% al 12,5%).

In sintesi, osservando le informazioni raccolte riguardo alla convivenza con i figli, contrariamente alle aspettative, la presenza degli stessi – soprattutto per gli uomini - non sembra rappresentare un elemento significativo né per gli italiani né per gli stranieri nella definizione dei profili tipici di povertà.

Prima di concludere l'analisi dei dati raccolti, può essere interessante provare ad tracciare una panoramica dei dati

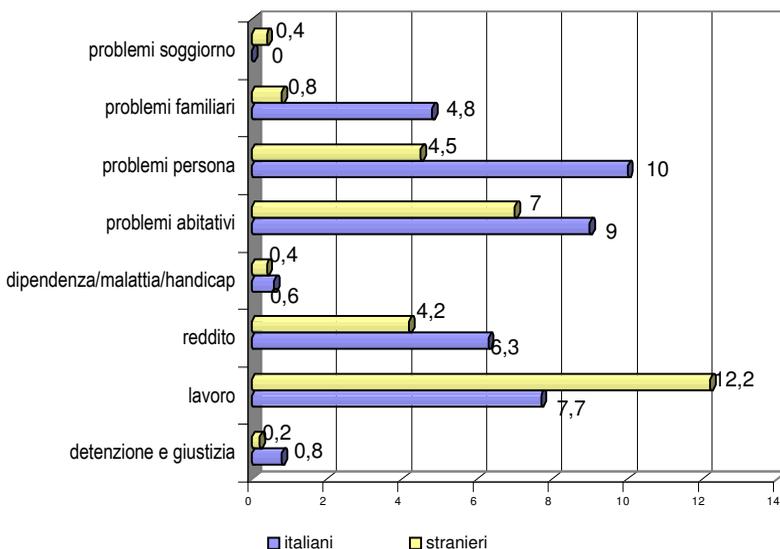
¹⁹ "...lo straniero che richiede il ricongiungimento deve dimostrare la disponibilità di un alloggio che rientri nei parametri minimi previsti dalla legge regionale per gli alloggi di edilizia residenziale pubblica e di un reddito annuo derivante da fonti lecite non inferiore all'importo annuo dell'assegno sociale se si chiede il ricongiungimento di un solo familiare, al doppio dell'importo annuo dell'assegno sociale se si chiede il ricongiungimento di due o tre familiari, al triplo dell'importo annuo dell'assegno sociale se si chiede il ricongiungimento di quattro o più familiari..." (T.U., art. 29, comma 3)

²⁰ I requisiti per il rilascio del visto per motivi familiari vanno confermati ad ogni rinnovo del permesso di soggiorno per "motivi familiari", a meno che nel frattempo i familiari non ne abbiano ottenuto uno ad altro titolo (lavoro o studio).

relativi ai bisogni espressi²¹ ed alla richieste formulate da parte di italiani e stranieri agli operatori dei CdA.

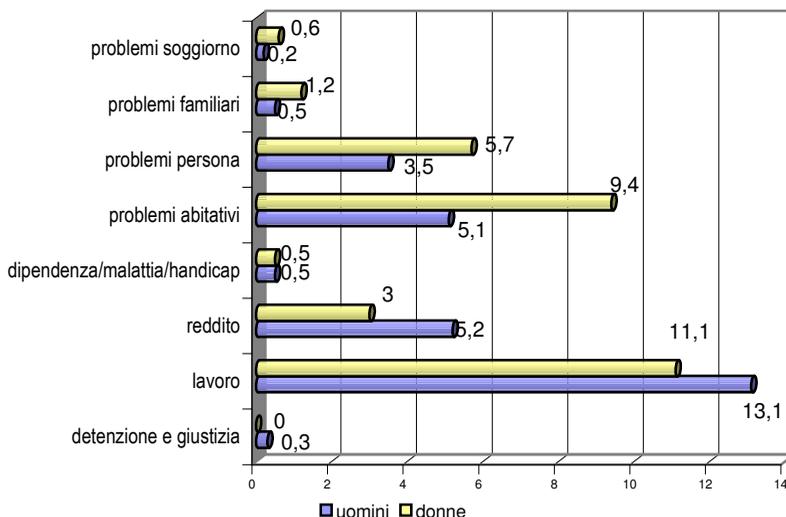
E' opportuno precisare che, purtroppo, tale elaborazione risulta alquanto difficoltosa proprio a causa dell'incompletezza dei dati: mancano informazioni, infatti, sul 70% circa del totale degli stranieri e su oltre il 60% del totale degli italiani.

**GRAF.24 PROBLEMATICHE PREVALENTI
ITALIANI E STRANIERI**



²¹ Nel grafico 24, sono riportate come "prevalenti" quelle che le persone ascoltate dagli operatori dei CdA hanno presentato come proprie problematiche principali.

GRAF.25 PROBLEMATICHE PREVALENTI DEGLI STRANIERI ASCOLTATI, PER SESSO

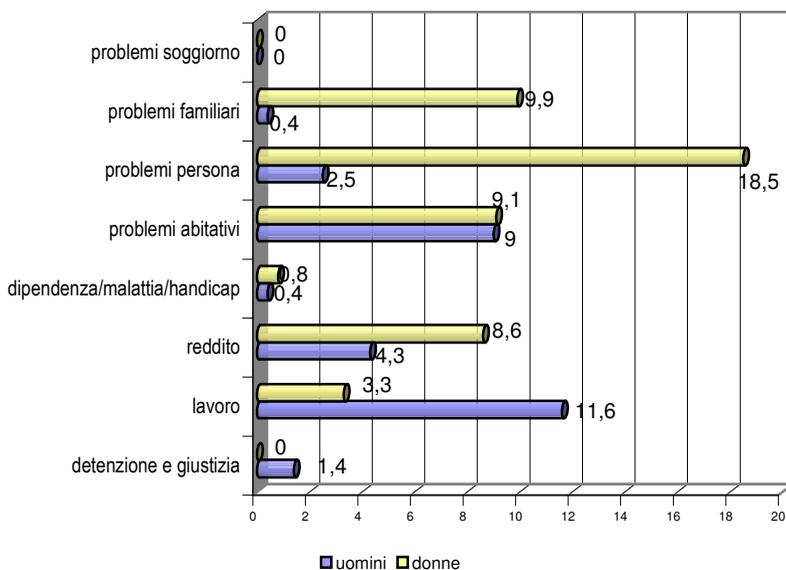


Mentre per gli stranieri il problema maggiormente sentito è quello del lavoro, seguito dai problemi abitativi, per gli italiani le problematiche personali sono al primo posto, seguite da quelle abitative, di lavoro e di reddito.

Per quanto riguarda il reddito, la situazione degli stranieri ascoltati appare complessivamente migliore di quella degli italiani e questo trova conferma anche paragonando questi dati con quelli relativi alla condizione professionale.

I problemi abitativi sono degni di nota sia per gli italiani che per gli stranieri: essi riguardano, infatti, il 9% dei primi e il 7% dei secondi.

**GRAF.26 PROBLEMATICHE PREVALENTI
DEGLI ITALIANI, PER SESSO**



E' sicuramente indicativo il fatto che soprattutto le donne (italiane e straniere), nel descrivere la propria situazione di bisogno, abbiano avuto meno problemi a parlare delle problematiche personali e familiari. Fra gli italiani, ad esempio, rileviamo un rapporto di circa 6 a 1 fra donne italiane e uomini che hanno parlato dei propri problemi personali.

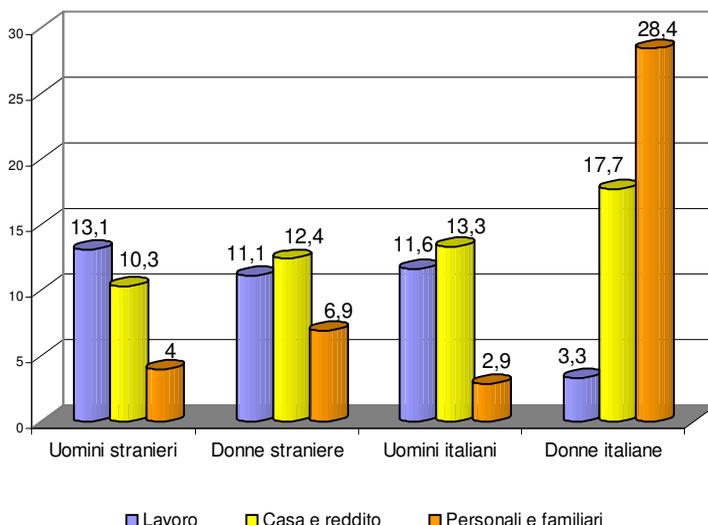
Un dato interessante, che emerge dai grafici sopra riportati, è che preoccupazioni riguardo al reddito sono in buona parte espresse dagli uomini stranieri e dalle donne italiane, mentre la necessità di trovare un lavoro è stata manifestata allo stesso modo da uomini e donne straniere a fronte – fra gli italiani – di una prevalenza netta degli uomini.

Per gli stranieri, mentre le problematiche attinenti alla mancanza di lavoro restano prevalenti rispetto a quanto era

stato rilevato nel 2003, nel 2004 il disagio abitativo sembra essere aumentato, dato che è passato dal 3° al 2° posto nell'ipotetica graduatoria dei bisogni.

Le problematiche evidenziate nel 2004 dagli italiani rivelano sensibili differenze rispetto al 2003: è cresciuta nel 2004 l'incidenza dei problemi personali (dal 4° al 1° posto) e quelli attinenti al lavoro superano, a differenza dell'anno passato, quelli di reddito. È indiscutibile, però, che le problematiche personali sono causate quasi sempre da tanti altri fattori. Sensibile è anche la crescita del disagio abitativo, che è sentito dal 9% a fronte del 7% circa dell'anno scorso.

GRAF. 27 PROBLEMATICHE PREVALENTI PER SESSO ITALIANI E STRANIERI (Macrocategorie)



Volendo provare a definire un quadro di sintesi rispetto al tema delle problematiche, abbiamo operato un'aggregazione riguardo ad alcune voci presenti nella scheda di rilevazione dei dati (macrocategorie), distinguendo tra problematiche di

carattere lavorativo, problemi di carattere materiale (casa e reddito) e problemi di carattere familiare e personale. Vediamo che, mentre i primi riguardano in modo quasi indistinto uomini e donne straniere e uomini italiani, gli ultimi – quelli di carattere relazionale e personale – sono fortemente prevalenti nel caso delle donne italiane. Va evidenziato, però, che anche per le donne straniere questa voce è più importante rispetto a quanto indicato dagli uomini e potrebbe essere ricondotta alle implicazioni che il processo d'integrazione ed il contatto con costumi e stili di vita diversi ha sulle dinamiche familiari e sulla tradizionale divisione dei ruoli domestici.

Dall'analisi delle problematiche rilevate dai Centri d'Ascolto è evidente che non per tutti questi svolgono la stessa funzione: gli uomini e gli stranieri in generale, si rivolgono ad essi prevalentemente per la ricerca di soluzioni a problemi di sopravvivenza e di occupazione, le donne, invece, e soprattutto le donne italiane, vi cercano per lo più risposte ed un sostegno a causa della loro condizione di isolamento relazionale ed al bisogno di ricevere un supporto in tal senso da parte degli operatori dei Centri.

Questo quadro sembra in parte confermato anche dall'analisi delle informazioni relative alle richieste effettuate²².

Le richieste "non specificate" le abbiamo unite a quelle "generiche", ma consapevoli del fatto che – soprattutto proprio perché sono un numero molto elevato – avrebbero richiesto maggiore attenzione nella loro definizione, ed in particolare nella restituzione in sede di osservazione, da parte dei Centri.

Fra le richieste espresse da parte delle persone che si sono rivolte ai CdA, individuiamo al primo posto quella di approfondire la propria condizione, i problemi e le difficoltà: va tenuto conto, però, del fatto che sono per lo più gli operatori stessi ad invitare, in maniera più o meno esplicita,

²² Anche a questo proposito, un'analisi precisa della situazione risulta difficoltosa per l'alta percentuale di informazioni mancanti (del 63,5% degli stranieri non è stato registrato il tipo di richiesta fatto ai CdA).

l'interlocutore a descrivere la propria situazione, accettando di farsi aiutare nell'individuazione e nell'approfondimento di quelli che potrebbero essere i nodi e gli elementi rilevanti ai fini di una miglior comprensione della stessa e, quindi, di un intervento più incisivo ed utile.

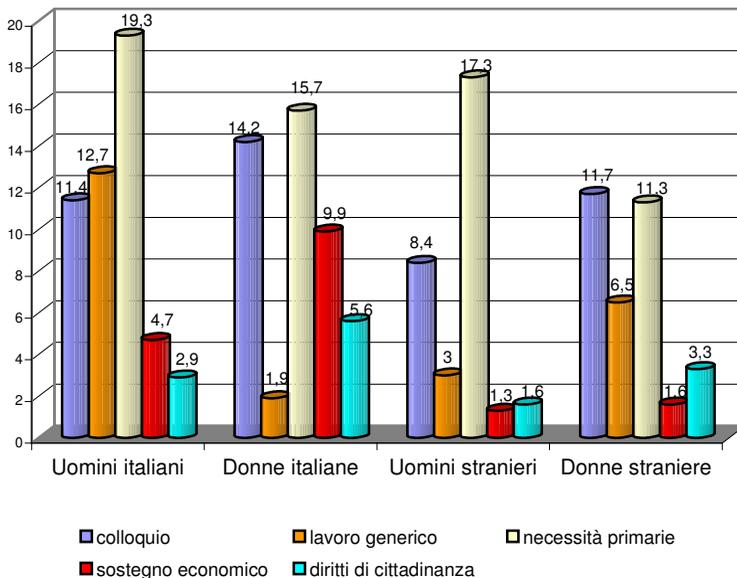
A seguire abbiamo le richieste di accesso alla mensa, di aiuto per trovare un lavoro e di vestiario. Rispetto al 2003, è sensibilmente cresciuta la richiesta di lavoro, anche se, per quanto riguarda gli stranieri, sembra che la loro situazione occupazionale sia migliorata nel 2004 come precedentemente rilevato. Paragonando le problematiche prevalenti emerse dai colloqui con gli stranieri con le richieste esplicite, si nota che il 12% delle prime sono attinenti al lavoro, ma solo il 4,7% ha chiesto aiuto ai CdA per trovare un'occupazione²³.

Ci preme sottolineare che gli operatori dei CdA segnalano che, per quanto riguarda il lavoro, le problematiche non sono, infatti, sempre legate alla ricerca di un'occupazione, ma – sempre più spesso e, soprattutto, per gli stranieri – riguardano questioni di sfruttamento, di stipendi inadeguati e di discriminazione.

Non deve stupire, vista la complessità della normativa che li riguarda e la necessità di essere continuamente aggiornati su quanto previsto dalle tante circolari in materia che vengono emanate, il fatto che il 45% degli stranieri si sia rivolto ai CdA con la richiesta di un orientamento per svolgere pratiche burocratiche (istanza per il rilascio della carta o del permesso di soggiorno, rinnovo di quest'ultimo, ricongiungimento familiare, ecc.).

²³ Vista l'alta percentuale – rispetto al totale dei dati analizzati – di persone passate dal CdA della Caritas Diocesana di Firenze, è opportuno specificare che negli ultimi 2 anni, non ricevendo più offerte di lavoro, essa non ha più svolto questo servizio: sono notevolmente diminuite, di conseguenza, le richieste da parte degli utenti.

GRAF. 28 RICHIESTE PREVALENTI PER SESSO ITALIANI E STRANIERI (Macrocategorie)



Gli italiani presentano uno spettro di richieste maggiormente diversificato e, pur rimanendo elevato, è più basso il numero dei dati mancanti e della voce “non specificato”. Le richieste di lavoro arrivano – fra uomini e donne – ad oltre l’8%. È evidente, però, che essi fanno riferimento ai CdA prevalentemente per necessità primarie, come il servizio mensa, distribuzione di vestiario e/o di generi alimentari e – soprattutto gli anziani – per chiedere un sostegno economico a fondo perduto.

Gli operatori dei CdA hanno più volte segnalato con preoccupazione lo stato di bisogno in cui si trova un numero sempre più alto di anziani, i quali, a causa di una pensione molto modesta, non riescono a far fronte alle spese per la propria sopravvivenza quotidiana.

Il disagio economico – specialmente quando l'età avanzata non permette di trovare autonomamente le risorse necessarie per vivere tramite un'occupazione – porta molti anziani italiani a rivolgersi ai CdA per chiedere un aiuto per il pagamento delle bollette (oltre il 3% delle richieste), ma anche per accedere alla distribuzione di viveri (il 2,5%). Anche se le percentuali riportate in questo dossier sono basse, esse sono indice di una situazione molto grave. Non va dimenticato, infatti, che i CdA diocesani – proprio per la modalità con cui svolgono il loro servizio – sono, comunque, in grado di rilevare principalmente solo la situazione di chi si reca personalmente a chiedere aiuto. Grazie al contatto ed alla collaborazione con i CdA delle Caritas parrocchiali, che sono molto più “inseriti” nel territorio, si riesce, però, ad avere una conoscenza più chiara e capillare della situazione nelle nostre Diocesi. Durante i colloqui, gli operatori rilevano che queste persone provano un forte senso di vergogna e di umiliazione: la maggior parte di esse ha provato per molto tempo ad andare avanti con i propri poveri mezzi e – avendo difficoltà a “soddisfare” addirittura le proprie necessità primarie (cibo, medicine, ecc.) – è giunta infine a prendere la difficile decisione di chiedere aiuto.

Sentiamo l'urgenza di una riflessione seria su questa problematica e la necessità di individuare a breve tempo delle soluzioni. È bene precisare, però, che, per rispettare la dignità di ognuna di queste persone, il pacco di generi alimentari, l'acquisto di medicine o un sussidio economico una tantum non possono essere considerate risposte esaurienti.

La concezione dei CdA come “fornitori” di beni materiali, è diffusa anche fra gli stranieri, ma in misura complessivamente inferiore rispetto agli italiani.

Confrontando i dati relativi alle richieste con quelli del 2003, possiamo evidenziare che, a fronte di un aumento di richieste di un lavoro da parte degli stranieri, quelle di pacchi di generi

alimentari e del servizio mensa, pur elevate, presentano invece una flessione rispetto al passato.

Sarebbe molto interessante poter analizzare, oltre allo stato di bisogno ed alle richieste, anche le risposte, le soluzioni e le indicazioni offerte dagli operatori dei CdA. Purtroppo, su questi punti i dati raccolti sono del tutto insufficienti e non siamo in grado di fornire elementi utili per la riflessione e per una valutazione delle risorse a disposizione dei CdA e/o da essi attivate per far fronte alle varie situazioni di bisogno. Non si tratterebbe, infatti, solo di capire quanti buoni per l'accesso alle mense, quanti pacchi di generi alimentari sono stati distribuiti o quante persone hanno ricevuto il vestiario richiesto, ma, soprattutto, di individuare quali progetti sono stati elaborati dagli operatori dei CdA per aiutare le persone a "liberarsi" dalla necessità di assistenza, acquisendo o riscoprendo delle risorse personali, e a recuperare la propria autonomia riuscendo ad inserirsi nuovamente nel contesto sociale che li circonda.

5. Il profilo di povertà emergente dai dati raccolti

In sintesi, e tentando una rapidissima valutazione complessiva dei dati sopra esposti, possiamo individuare alcuni importanti profili "tipici" di ospiti dei Centri d'Ascolto in Toscana, consapevoli del fatto che essi descrivono ovviamente in modo imperfetto, ancorché degno di nota, i profili significativi di povertà presenti nel territorio regionale.

Osservando gli stranieri, fra i quali – soprattutto per quanto riguarda gli uomini – è alta la percentuale di irregolari, emerge la donna coniugata e d'istruzione media o medio-alta, seguita dall'uomo, celibe con un livello d'istruzione medio.

Fra gli italiani, possiamo individuare, invece, il profilo dell'uomo celibe e con un livello d'istruzione medio-bassa e quello della donna coniugata con figli e istruzione media.

Esaminando la situazione di queste persone con maggior attenzione, si nota che è abbastanza alto il numero di uomini stranieri senza figli (più spesso celibi, ma possono essere

anche coniugati ed avere la famiglia ancora nel paese d'origine), piuttosto giovani. Essi vivono per lo più da soli o in nucleo non familiare ed hanno mediamente un grado d'istruzione piuttosto basso (generalmente a livello della scuola media inferiore).

Lo stato di precarietà che contraddistingue forzatamente la situazione degli stranieri irregolari è chiaramente leggibile analizzando i dati e, fra questi, soprattutto osservando che essi si rivolgono ai CdA prevalentemente per necessità primarie.

Per gli italiani osserviamo una rilevanza notevole delle problematiche personali, fenomeno questo che comprende spesso anche difficoltà di gestione di dinamiche familiari, sociali e/o lavorative, compromesse o comunque troppo difficili da affrontare da soli. In molti casi si tratta di persone prive di una rete familiare o amicale e, ai disagi oggettivi dovuti ad una situazione di povertà materiale, si aggiunge una povertà di relazioni che diventa spesso, poi, il problema prevalente in quanto non fa che acuire il senso d'esclusione sociale e – per alcuni – di fallimento.

Sia per gli italiani che per gli stranieri emerge, fra gli altri, il problema dell'alloggio. È senz'altro un fattore di difficoltà importante ed è diffuso, più o meno allo stesso modo, nelle varie Diocesi che hanno partecipato alla raccolta dati.

In questo quadro, la percezione del Centro d'Ascolto come dispensatore di servizi puramente assistenziali, rimane largamente diffusa e questo elemento trova in parte corrispondenza nella situazione di oggettiva emergenza vissuta da molti – italiani e stranieri. Per gli operatori dei CdA non è facile far capire che, oltre all'aiuto materiale nelle situazioni di emergenza, essi possono offrire un valido sostegno ed essere un importante punto di riferimento – in una società sempre più individualista e competitiva – grazie alla loro disponibilità all'ascolto ed alla condivisione delle sofferenze e delle aspettative di chi ad essi si rivolge con fiducia.

In molti casi, la richiesta di un aiuto per soddisfare le necessità materiali (cibo, vestiario, ecc.), “nasconde” – perché giustamente si tenta disperatamente di salvaguardare la propria dignità – il bisogno di trovare qualcuno con cui confidarsi, parlare dei propri problemi, delle proprie sofferenze, delle proprie speranze e con cui riflettere sulle opportunità che il futuro “nonostante tutto” potrebbe riservare.

D'altra parte, è proprio questa semplice richiesta d'aiuto materiale, che “crea” un contatto fra il CdA e la persona che si trova nel bisogno, ed è a partire da questo che può nascere un rapporto di fiducia. Non è difficile, così, che dalla frequentazione del CdA per chiedere esclusivamente del vestiario o il servizio mensa, la persona trovi il coraggio di parlare di sé e di farsi aiutare in maniera più incisiva.

Siamo certi che i dati raccolti – anche se, purtroppo, come più volte sottolineato, incompleti – siano interessanti e preziosi, anche perché molte informazioni, soprattutto quelle riguardanti gli stranieri irregolari, sono in buona parte sconosciute ai più. Ci rendiamo conto del fatto che, a questo punto, per “completare” in un certo senso la descrizione dei profili di povertà, è indispensabile lasciar “parlare” chi, dopo aver ascoltato centinaia o migliaia di persone, può farsene sicuramente portavoce.

E' per questo che si è scelto di lasciare ai singoli Centri d'Ascolto diocesani uno spazio all'interno di questo dossier nel quale possano descrivere, al contempo, gli aspetti più prettamente qualitativi del loro lavoro e le specificità del loro servizio all'interno della realtà diocesana alla quale appartengono.

Parte III – Approfondimento qualitativo

In questa sezione del dossier intendiamo approfondire qualitativamente l'analisi delle povertà e del disagio sociale e della loro percezione in Toscana.

L'analisi è stata svolta su due fronti, uno che potremmo definire "interno" alla Caritas e l'altro, invece, esterno alla realtà della stessa e della Chiesa.

Per la prima parte della ricerca il contatto con i direttori delle Caritas ed i referenti diocesani per gli Osservatori delle Povertà e delle Risorse e per i Centri d'Ascolto di tutte le Diocesi toscane, comprese quelle che non hanno partecipato nel 2004 all'indagine quantitativa, ha permesso di mettere in luce le risorse offerte dalle Caritas per far fronte a situazioni di povertà e di disagio ed emarginazione, per giungere poi, dopo una ricognizione delle tipologie più significative ed emergenti di persone che frequentano i Centri d'Ascolto, a definire la sensazione di adeguatezza o inadeguatezza che attualmente ciascuna Caritas diocesana sta provando nell'affrontare i problemi delle persone in difficoltà.

Essendo il CdA uno strumento pastorale, esso deve incarnare nella quotidianità lo stile evangelico dell'ascolto e della condivisione: è con questo spirito che vengono accolte le persone in difficoltà e – al di là dell'aiuto materiale (cibo, vestiario, medicinali, ecc.) – il primo servizio che viene offerto è proprio quello dell'ascolto, per permettere ad ognuno di esprimere tutta l'umana ricchezza della sua unicità.

Gli operatori dei CdA registrano, com'è stato già spiegato nelle precedenti sezioni del dossier, i dati relativi alle persone che incontrano, aggiornando ad ogni colloquio le informazioni sulla loro situazione e le loro richieste. Questa "raccolta" di dati serve soprattutto per avere memoria di quanto si è appreso durante il colloquio: con la maggior parte delle persone, infatti, il rapporto non si limita ad un unico incontro, ma continua per tutto il tempo necessario – a volte alcuni mesi, altre diversi

anni – ad aiutare le persone in condizioni di disagio ad intraprendere un percorso verso l'autonomia e l'inclusione sociale.

Gli operatori dei CdA, nonostante ciò richieda un certo impegno e possa essere considerato a volte anche una “perdita di tempo”, stanno prendendo sempre più coscienza del fatto che, registrando i dati e le informazioni con precisione, permettono agli Osservatori delle Risorse e delle Povertà di trarne degli interessanti spunti per la riflessione. Quanto emerge dall'elaborazione dei dati, infatti, viene utilizzato per promuovere una maggior sensibilità nei confronti di chi vive in condizioni di emarginazione e di povertà e per sensibilizzare la società civile ad uno stile di vita più accogliente.

Alcune Caritas diocesane, nella parte a loro disposizione, sottolineano giustamente il ruolo preminente dell'ascolto, del rapporto personale con le persone che incontrano e della testimonianza della carità, senza, con questo, voler assolutamente sminuire la validità della raccolta e dell'analisi dei dati.

Nella seconda parte della ricerca vengono riportate le informazioni raccolte da dei “testimoni privilegiati” che lavorano o vivono nelle singole Diocesi. Abbiamo voluto ascoltare chiaramente anche il loro punto di vista su quelli che, secondo loro, sono i bisogni sociali maggiormente insoddisfatti nella regione.

1. Approfondimento con le Caritas diocesane

Per realizzare questa breve ricerca ci siamo avvalsi di una traccia molto sintetica che riportiamo di seguito.

- 1a.) *Quali sono le risorse materiali dell'universo Caritas presenti in Diocesi relativamente al mondo della povertà e del disagio (mense, centri d'ascolto, strutture d'accoglienza e altro)?*
- 1b.) *Quali sono le risorse umane presenti nell'ambito Caritas in relazione ai fenomeni di povertà e disagio del territorio: volontari, operatori, professionisti (psicologi, avvocati, sociologi, ecc.)?*
- 1c.) *Quali sono le risorse sociali a disposizione della Caritas (vale a dire il livello delle relazioni con privato sociale, istituzioni, questura, per far emergere le caratteristiche del lavoro di rete esistente e/o le possibilità se ci sono del lavoro di rete futuro)?*
- 2) *Elencare le due/tre tipologie prevalenti di utenti dei Centri d'ascolto e problematiche/richieste prevalenti degli utenti, con riferimento alle tipologie che portano quei problemi*
- 3) *Descrivere brevemente la sensazione di adeguatezza/inadeguatezza fra le problematiche rilevate e le risorse sopra menzionate*

Seguono le risposte delle Caritas diocesane, redatte dai direttori delle Caritas diocesane o dai referenti dei Centri d'Ascolto.

Caritas di Arezzo-Cortona-Sansepolcro

Dal Centro d'Ascolto diocesano si diramano svariate strutture, come le mense diurne e serali, casa di prima e seconda accoglienza, CdA periferico, ambulatorio, vari centri di distribuzione vestiario, alimenti e mobilio, centro di recupero per tossicodipendenti, tutto questo viene quotidianamente regolamentato dal CdA.

La Caritas diocesana ha a disposizione volontari, professionisti, operatori ed alcune collaborazioni con psicologo, avvocato, assistente sociale.

Abbiamo costruito una buona rete con istituzioni, associazioni di volontariato, cooperative sociali e Caritas parrocchiali, ciò ci permette di fare una buona progettazione e di ottenere discreti finanziamenti e convenzioni con le istituzioni.

Le tipologie più frequenti che frequentano il CdA sono:

- le famiglie monoreddito e monogenitoriali;
- anziani con pensione minima;
- persone socialmente isolate a causa di problemi psicologici o di dipendenza.

Le problematiche/ricieste più comuni rimangono la ricerca di lavoro e della casa.

In merito al lavoro abbiamo costituito una rete con associazioni che hanno attivi sportelli di domanda/offerta lavoro, siamo in collegamento con i vari centri per l'impiego e a livello di CdA è in funzione una bacheca di domanda/offerta soprattutto per badanti 24 ore su 24. Anche per il problema della casa siamo in rete con servizi rivolti al sostegno del pagamento dell'affitto e agenzie che supportano la ricerca di case. E' attivo un servizio per il sostegno economico per l'affitto.

Per quanto riguarda la terza tipologia di persone come detto anche sopra cooperiamo attivamente con comunità di recupero e siamo in collegamento con il Dipartimento di Salute Mentale.

Spesso la richiesta è superiore alla risposta, quindi non è sempre scontato poter intervenire, il numero delle persone che prestano servizio al CdA è spesso insufficiente per le attività da svolgere.

Caritas di Fiesole

Nell'universo Caritas della Diocesi di Fiesole ci sono diverse realtà che hanno cercato e stanno cercando di dare una risposta il più possibile adeguata alle varie problematiche in merito al mondo delle povertà e del disagio.

Da diversi anni operano nel nostro territorio 5 Centri di Ascolto, di cui 3 nell'area del Valdarno Superiore (Figline, S. Giovanni, Montevarchi), uno nella zona del Chianti e uno nella zona di Fiesole. Tutti sono nati con un coinvolgimento interparrocchiale. In essi ricevono accoglienza e ascolto circa 2500 persone all'anno con circa 5000 interventi. La grande maggioranza stranieri provenienti soprattutto da Romania, Marocco, Perù, Kosovo, Ucraina.

Per quanto concerne le altre risorse presenti, la Caritas di Fiesole, con significativa testimonianza, è da tempo impegnata con varie realtà in particolare per le problematiche dell'alloggio. Da più di trenta anni è infatti presente un Unione di Famiglie Affidatarie; nel 2004 nelle 7-8 case sono state accolti soprattutto minori, ma anche donne sole o con figli, immigrati, anziani e persone con problematiche varie. Da quasi 10 anni una canonica è diventata anche casa di accoglienza dove, insieme a tre sacerdoti, convivono oltre venti persone con problemi economici o familiari, immigrati, adulti con problemi psichiatrici, giovani a rischio. Un'altra casa di accoglienza è posta nelle strutture di una parrocchia e accoglie dalle 4 alle 6 persone, italiani e stranieri, in prevalenza con problemi economici e abitativi. Fra le ultime nate una casa di accoglienza per madri con minori, donne sole, minori con problemi in famiglia, immigrati, donne che si

sono sottratte a situazioni di sfruttamento dove, insieme a tre consacrate, vive circa una ventina di persone.

Fra le Caritas Parrocchiali c'è da sottolineare la presenza di 4-5 Caritas Interparrocchiali che, attraverso la conoscenza delle situazioni di povertà e un'accoglienza di quelle che si fanno presenti, cercano di dare una risposta nel proprio territorio.

C'è da sottolineare che tutte le realtà Caritas hanno sperimentato buone e talvolta ottime relazioni con le istituzioni e di altre realtà impegnate nel sociale.

Tutto il servizio richiesto dalle realtà indicate è svolto nell'ambito della gratuità e coinvolge oltre duecento volontari a cui talvolta si aggiungono le consulenze, sempre gratuite, di alcuni professionisti (avvocati, medici, psicologi).

Ai CdA si presentano prevalentemente le seguenti tipologie di utenti: immigrati, italiani in condizioni di povertà - in sensibile aumento - e, con una certa costanza, senza fissa dimora. Si registra anche un notevole aumento di presenze femminili e delle varietà dei problemi. Oltre alla risposta ai bisogni immediati derivanti da problemi di reddito (distribuzione di alimenti e vestiario) c'è l'accompagnamento soprattutto per la ricerca di un lavoro e di una dimora.

In conclusione, considerando la varietà del territorio diocesano, con la presenza di medio/piccole cittadine e di paesi, si deve sottolineare una sostanziale adeguatezza delle risorse sopra menzionate in risposta alle problematiche rilevate grazie soprattutto ad un buon radicamento delle realtà ecclesiali sul territorio, anche se si deve sottolineare l'aumento della problematicità delle richieste che richiede un sempre aggiornato adeguamento dei servizi.

Caritas di Firenze

Sul territorio fiorentino operano due Centri d'Ascolto della Caritas Diocesana - uno per gli stranieri e uno per gli italiani -

e numerosi Centri d'Ascolto parrocchiali con i relativi servizi di sostegno, di accompagnamento e di promozione cittadini italiani e stranieri che, per i motivi più diversi, si trovano in una situazione di difficoltà.

I Centri d'Ascolto, per stranieri e per italiani, sono un importante punto di riferimento per chi, trovandosi in una condizione di disagio, cerca informazioni e indicazioni per affrontare e risolvere problemi di vario genere (assistenza medica, iscrizione dei figli a scuola, difficoltà a svolgere pratiche burocratiche, ecc.).

Attraverso i CdA è possibile accedere ai vari servizi offerti dall'Associazione Solidarietà Caritas – Onlus (accoglienza, mensa, docce, ecc.) e dalle Caritas parrocchiali (distribuzione vestiario, generi alimentari generi necessari alla prima infanzia, ecc.). Caratteristica principale dei Centri d'Ascolto è quella, evidentemente, di offrire a ciascuno un ascolto interessato e attento e un accompagnamento costante lungo il cammino verso l'autonomia. Obiettivo dell'operatore è quello di "*farsi prossimo*" di chi si trova in una condizione di bisogno e di debolezza e di aiutarlo/a a ritrovare la speranza in un futuro migliore.

Lo straniero che vuole riunire la famiglia o rinnovare il permesso di soggiorno o richiedere la riduzione dei costi per la refezione scolastica, ecc. si "scontra" con una serie di procedure complicate: per alcuni, la lingua e/o il non sapersi destreggiare nei meandri della nostra burocrazia diventano un ostacolo insormontabile, che non permette di far valere i propri diritti.

Il Centro d'Ascolto per stranieri, grazie allo studio attento delle normative vigenti e ad un costante aggiornamento, è in grado di fornire indicazioni utili anche in queste situazioni. L'aggiornamento è favorito anche dalla partecipazione al Consiglio Territoriale sull'Immigrazione, istituito dalla Prefettura di Firenze, e dalla collaborazione con gli enti pubblici a vari livelli.

Dalla consapevolezza di quanto sia importante riuscire a fornire informazioni precise su varie questioni (iscrizione anagrafica, permessi di soggiorno, cittadinanza, assistenza sanitaria, ecc.), è nata l'idea – in seguito all'emanazione della Legge Bossi-Fini – di redigere una sorta di guida²⁴ per gli operatori dei Centri d'Ascolto e per gli stessi stranieri. Questo testo è stato poi pubblicato dal Comune di Firenze e le schede con le indicazioni pratiche sui singoli argomenti sono state tradotte in otto lingue. Da allora, ogni volta che vi è un sostanziale cambiamento della legge sull'immigrazione²⁵, il Servizio Stranieri della Caritas diocesana aggiorna l'edizione in collaborazione con un avvocato esperto in materia.

Il Centro d'Ascolto per italiani, preoccupato per il notevole aumento di persone anziane che ad esso si rivolgono perché – a causa della pensione insufficiente – non riescono a far fronte alle spese per il proprio mantenimento, è impegnato nel reperire risorse e attivare strumenti che possano offrire delle risposte rispettose della loro dignità.

Sul piano operativo, i Centri d'Ascolto rilasciano i buoni per i vari servizi gestiti dall'Associazione Solidarietà Caritas – Onlus ad essi collegati (mensa, docce, ecc.) e per il Centro Medico, orientano le persone, laddove è possibile, verso i servizi del territorio e cercano, in collaborazione con i Centri d'Ascolto parrocchiali e/o con varie associazioni di volontariato, di reperire le risorse per offrire delle risposte anche nelle situazioni di emergenza (ospitalità, acquisto di farmaci o di generi di prima necessità per neonati, ecc.). Due Centri d'Ascolto parrocchiali offrono un servizio molto prezioso proprio per quelle famiglie che non hanno nemmeno la possibilità di acquistare per i propri figli i pannolini, il latte, il vestiario, ecc. Il rapporto che si crea, in questi casi, fra i volontari e le mamme ed i loro bambini apporta senz'altro un valore aggiuntivo, dal momento che spesso alla povertà si

²⁴ "Immigrazione, la normativa", Edizioni Comune Network

²⁵ Nel 2002 le modifiche al T.U. apportate dalla Legge n.189 e, di prossima pubblicazione, l'aggiornamento in base al D.P.R. 334/2004.

aggiunge la mancanza di una rete familiare e sociale e, soprattutto durante la gravidanza ed i primi anni di vita dei figli, la mancanza di un sostegno affettuoso, di consigli e di conforto nei momenti difficili può pesare molto. E' un servizio, questo, del quale c'è molto bisogno e, nonostante l'impegno di queste parrocchie, purtroppo sono ancora molti i bambini ai quali non si riesce a garantire un sostegno in questo senso. Altrettanto prezioso e utile è il servizio offerto da alcune parrocchie, che hanno messo a disposizione degli spazi per l'accoglienza, in particolare di bambini gravemente malati e dei loro genitori. I volontari dei Centri d'Ascolto di queste parrocchie sostengono e accompagnano i genitori in questi momenti particolarmente delicati e difficili.

Grazie al rapporto di fiducia che si crea il più delle volte con le persone che ad essi si rivolgono, alla conoscenza delle loro storie, delle loro aspettative e delle loro necessità, gli operatori dei Centri d'Ascolto sono in grado di elaborare con loro dei progetti – a lunga o a breve scadenza – per aiutarle ad acquisire o a recuperare le risorse necessarie per raggiungere o riconquistare l'autonomia. Questi progetti, concordati con i diretti interessati, sono spesso portati avanti con la collaborazione dei servizi territoriali o di altre realtà della diocesi.

I Centri d'Ascolto della Caritas Diocesana rappresentano, inoltre, un punto di riferimento per le varie Caritas e Centri d'Ascolto parrocchiali che ad essi si rivolgono anche per chiarimenti sulle normative e sulle risorse del territorio.

Per quanto riguarda le tipologie prevalenti/emergenti di utenza, va detto che il dato quantitativo così elevato (circa 40.000 persone ad oggi, 5700 delle quali nel corso del 2004) fa sì che la casistica sia estremamente ampia e comprenda tutte le categorie del disagio. Detto questo va evidenziata, accanto alle forme più tipiche, l'emergenza di nuove forme di povertà che riguardano fasce sociali fino a pochissimo tempo

fa sconosciute a questo servizio e considerate al riparo dal rischio di marginalità sociale:

- famiglie mono o bi-reddito che manifestano una crescente difficoltà ad arrivare alla fine del mese;
- lavoratori precari o saltuari che non riescono a stabilizzare la propria permanenza all'interno del mercato del lavoro;
- anziani soli con problemi di reddito oltre che di perdita di relazioni sociali.

Sono in crescita anche tutti quei fenomeni legati al mondo della prostituzione (sfruttamento, difficoltà di inserimento sociale, ragazze madri, etc.) e, per quanto riguarda gli immigrati, le problematiche legate all'inserimento sociale della componente femminile ed alla permanenza in Italia di persone arrivate diversi anni fa e ormai integrate dal punto di vista sociale, a causa dell'estrema precarietà lavorativa²⁶.

Desta preoccupazione soprattutto la condizione della seconda generazione, caratterizzata da una forte tendenza all'abbandono scolastico e al precoce inserimento lavorativo, che preclude la possibilità di intraprendere percorsi formativi e/o professionalizzanti. Sono in aumento anche le problematiche legate al disagio di tipo psichiatrico: in questi casi gli operatori si trovano in serie difficoltà, poiché il territorio non offre risorse sufficienti e adeguate per affrontarle e per trovare una soluzione idonea nelle singole situazioni, soprattutto se l'interessato/a è senza alloggio.

Caritas di Grosseto

La Caritas diocesana di Grosseto opera sul territorio della Diocesi (principalmente insistente sull'ambito del comune di Grosseto) attraverso un Centro di Accoglienza (in cui operano

²⁶ *"Il lavoratore straniero in possesso del permesso di soggiorno per lavoro subordinato che perde il posto di lavoro, anche per dimissioni, può essere iscritto nelle liste di collocamento per il periodo di residua validità del permesso di soggiorno, e comunque, salvo che si tratti di permesso di soggiorno per lavoro stagionale, per un periodo non inferiore a sei mesi" .. (T.U. art. 22, comma 11)*

mensa poveri, servizio guardaroba, servizio docce e igiene personale, distribuzione pacchi viveri, un Centro d'Ascolto Diocesano, tre Centri d'Ascolto Parrocchiali e il Centro "Noi Insieme", per interventi su disabilità e handicap, gestita da associazione di volontariato "Fraternità e condivisione" sorta nell'ambito della Caritas.

La Caritas diocesana opera nei suoi centri avvalendosi esclusivamente di personale volontario, in tutto circa un centinaio di persone, che si alternano in turni nei vari centri operativi. Non sono presenti operatori "professionisti", salvo l'opera prestata, sempre a titolo di volontariato, da due medici per il servizio ambulatoriale.

Per quanto concerne le relazioni con gli altri servizi presenti sul territorio, le risorse sociali a disposizione della Caritas diocesana consistono nel mantenimento dei rapporti soprattutto con le istituzioni pubbliche e in particolare con il consorzio intercomunale che gestisce sul territorio le politiche sociali (COESO), con cui esiste una discreta collaborazione e uno scambio di informazioni utili; da segnalare le buone relazioni con lo sportello "Povertà estreme" che nasce all'interno del consorzio di cui sopra.

Per quanto riguarda la tipologia degli utenti del CdA, si rileva che si tratta soprattutto di immigrati e che prevalgono su tutte le problematiche attinenti all'ambito del lavoro. Tante sono, infatti, le persone che si rivolgono al CdA per trovare un'occupazione. La ricerca del lavoro, considerata la povertà degli strumenti e la difficoltà a dare delle risposte, ha di fatto assorbito buona parte delle energie del CdA, impedendo agli operatori di dedicare più tempo a quella che è la loro funzione primaria: l'ascolto (il CdA si è trasformato in una sorta di succursale del centro per l'impiego).

Segnaliamo, fra gli ospiti del CdA, in particolare:

- le donne provenienti soprattutto dall'est Europa che lasciano temporaneamente la famiglia per venire a

- cercare lavoro come badanti o domestiche sul nostro territorio;
- le famiglie italiane, con problematiche di occupazione, spese sanitarie dovute a problemi di malattia, spese per il pagamento di bollette e con necessità primarie che portano alla richiesta di accesso alla mensa o alla distribuzione di pacchi viveri o anche alla richiesta di pagamento di biglietti viaggio;
 - le famiglie nomadi, che presentano necessità di sussidi economici per il pagamento di bollette, problemi di istruzione e necessità primarie, con richiesta di pacchi viveri. Inoltre spesso queste famiglie fanno richiesta di indumenti e di pagamenti o di fornitura di bombole di gas per riscaldamento e per uso domestico, soprattutto d'inverno.

Le situazioni di disagio maggiormente emergenti sono legate a quelle famiglie che hanno al loro interno dei soggetti con problemi di tossicodipendenza (da droga o da alcool) e/o di detenzione e/o sieropositività.

Quanto alla sensazione di adeguatezza/inadeguatezza, il discorso sarebbe decisamente lungo; in primo luogo rimane fissa la questione se la Caritas è un pio ente benefico o piuttosto un ufficio della Chiesa, un ufficio pastorale e che fa pastorale. Questo in generale, e tuttavia è una domanda che si riflette in relazione a quelle che sono le “opere segno” che la Caritas diocesana porta avanti.

Infatti, un'azione di ascolto, e soprattutto un servizio quale il centro di accoglienza sono le uniche realtà che rispondono ad un determinato tipo di bisogno, a quel disagio che spesso sfugge anche ai canoni classificatori degli enti pubblici e ai servizi del cosiddetto privato sociale presenti sul territorio della Diocesi (e quindi del comune di Grosseto e dei comuni limitrofi); tutto ciò lascia degli interrogativi, anche in relazione alla situazione di continua crescita delle richieste presso i centri operativi. Da questo punto di vista, spesso ci sentiamo

inadeguati, anche perché diversamente non potrebbe essere, dal momento che una cosa è quanto don Tonino Bello chiamava “potere dei segni”, altra cosa sono i “segni del potere” che comunque non sono di nostra pertinenza.

Da aggiungere a questa situazione di inadeguatezza anche il fatto che il personale volontario, sebbene sia nel numero abbastanza consistente, e grazie a Dio permetta un ammirevole funzionamento dei vari centri in modo degno, manca di un sostanziale ricambio; oltre al fatto che l'età inesorabilmente avanza, non c'è (anche in vista del fatto che manca in questa direzione una collaborazione con le parrocchie e con le altre realtà ecclesiali) un ricambio di persone, che si possano stabilmente assumere l'impegno di portare avanti un servizio; e questo, vuoi per la situazione contingente di Grosseto, che non è città universitaria e quindi si svuota di giovani nel periodo “migliore” della vita, vuoi per l'inerzia di quelle realtà da cui forse ci aspetteremmo più cura (senza polemica alcuna...); ma sicuramente dipende anche da noi, alle volte manca veramente il tempo, date le troppe cose “pratiche” da fare, di impegnare tempi e risorse in questa direzione; positiva infine l'esperienza del servizio civile e che si ripeterà con nuovi soggetti a partire da settembre.

Caritas di Livorno

Le “opere segno” della Caritas diocesana di Livorno sono una mensa diocesana e una mensa parrocchiale aperte tutti i giorni dell'anno, una casa d'accoglienza per famiglie, una casa famiglia per mamme o signore in stato interessante, una casa d'accoglienza per famiglie e detenuti in permesso, una centro di socializzazione per diversamente abili; collegate in rete ma non gestite dalla Caritas diocesana vi sono una casa d'accoglienza per familiari di persone ricoverate presso l'ospedale di Livorno e una casa d'accoglienza per detenuti.

I CdA parrocchiali sul territorio sono una ventina, più uno vicariale, i volontari presenti nei CdA e presso gli servizi

Caritas è composto da oltre duecento persone. Nello staff di Caritas abbiamo anche un'assistente sociale assunta a tempo pieno e una nutrizionista. Ci avvaliamo anche di consulenze esterne di un avvocato e di un sociologo.

La Caritas Diocesana di Livorno negli anni ha costruito relazioni con le Istituzioni Comunali e Provinciali, con la Prefettura e la locale Asl 6, e inoltre con le assistenti sociali del territorio.

I rapporti con l'amministrazione comunale hanno portato a elaborare interventi tramite l'Istituzione dei servizi alla Persona del Comune di Livorno, con la quale abbiamo due convenzioni: una per la mensa del mezzogiorno, l'altra per il servizio di distribuzione di derrate crude per 175 famiglie in situazione di disagio. Tutte queste persone sono segnalate dai servizi territoriali all'Istituzione dei servizi alla Persona che tramite un'apposita commissione decide l'intervento più adeguato alla persona o alla famiglia.

Da poco è stata modificata la convenzione e i pacchi saranno sostituiti dallo stesso numero di carte di credito prepagate, anche questo nell'ottica di un contratto collaborativo con le famiglie/persone beneficiarie e dello sviluppo dell'autonomia delle persone: non scegliamo più noi i prodotti alimentari ma ognuno di loro sceglierà ciò che vuole acquistare, noi lo chiamiamo "welfare della responsabilità", dove ognuna delle persone interessate percorre un pezzo di strada verso l'inclusione sociale.

Insieme all'ARCI solidarietà gestiamo il dormitorio comunale.

Importante è la convenzione con l'ufficio casa del Comune di Livorno per una casa d'accoglienza per famiglie, che ha permesso di dare un'abitazione a oltre 20 persone, fra adulti e minori.

Tramite l'istituzione arrivano da noi anche borse lavoro per persone che hanno bisogno di un ambiente protetto dove c'è sempre qualcuno con cui parlare.

Con l'Ufficio Anagrafe del Comune abbiamo, come l'ARCI Solidarietà ed il CEIS, un accordo per le "Residenze di

Soccorso²⁷: quella dell'iscrizione anagrafica dei senza fissa dimora è sicuramente una realtà su cui è necessario riflettere, dato che da essa dipendono i diritti di cittadinanza di ogni individuo e la possibilità, tramite i servizi sociali territoriali, di accedere ad alcuni servizi.

L'ultima nata fra le convenzioni è quella legata alla Unicoop Tirreno Soc. Coop. e la Ipercoop Tirreno S.p.a. tramite la cosiddetta "Legge del Buon Samaritano"²⁸, che consente alla grande distribuzione di consegnare gli alimenti cotti, freschi e scatolame alle organizzazioni non lucrative di utilità sociale (Onlus), le quali ne effettuano, a fini di beneficenza, distribuzione gratuita agli indigenti. La nostra Caritas, per poter stipulare questa convenzione, si è legata all'Associazione Diocesana di Collaborazione e Formazione Onlus. In questo modo ci sono 4 punti vendita della Coop sul territorio diocesano che sono stati gemellati con 4 Caritas parrocchiali, mentre il punto vendita Ipercoop è legato alla Caritas Diocesana, insieme alla Parrocchia di S. Matteo.

I nuovi colloqui di persone che si sono rivolte al CdA diocesano rivelano che, per circa due terzi, gli utenti sono uomini e la fascia dei quarantenni è quella maggiormente presente. Per l'analisi del territorio ci siamo fatti aiutare dalle Caritas parrocchiali, somministrando loro un questionario dove abbiamo chiesto a loro di indicare tre bisogni emergenti nel loro territorio. Abbiamo riscontrato che i bisogni crescenti sono uguali a quelli riscontrati nel CdA diocesano e le problematiche principali emerse risultano essere quelle relative al mondo del lavoro, alla casa ed al reddito.

²⁷ Iscrizione anagrafica consentita ai cittadini nati a Livorno, che siano stati residenti almeno per un periodo di cinque anni e che abbiano un costante rapporto con il territorio urbano, pur essendo privi dell'iscrizione nell'anagrafe della popolazione.

²⁸ Legge n.155/2003 sulla "Disciplina della distribuzione dei prodotti alimentari ai fini di solidarietà sociale".

Le nostre scelte non sono mai rivolte solo al bisogno immediato ma al progetto per camminare insieme verso l'inclusione sociale.

La nostra metafora è questa: noi dobbiamo dare il pesce a chi viene da noi, ma dopo dobbiamo lavorare in rete con i servizi per affidargli una canna da pesca e le esche per poter pescare da soli.

Questo è il nostro ruolo: accompagnare le persone verso l'inclusione sociale. Le nostre proposte servono a facilitare questo camminare insieme.

Tra le difficoltà sempre più evidenti rileviamo innanzitutto la mancanza di lavoro e, inoltre, tramite i nuovi contratti di lavoro atipici si genera una diffusa precarietà che crea ad esempio nei giovani una forte difficoltà a costruirsi un futuro come famiglia.

Il problema del lavoro per le persone over 45 diventa importante perché oltre a creare evidenti problemi economici sta determinando un aumento degli sfratti per morosità.

Il nostro ufficio lavoro usa come metodo quello di far incontrare direttamente il richiedente con l'offerente lavoro, ha ricevuto 750 persone che cercavano occupazione; di queste hanno trovato lavoro il 50% delle persone.

I nostri interventi sono piccole gocce nel mare delle problematiche ma crediamo e speriamo che costituiscano il segno di uno stile di vita che si fonda nella prossimità alle persone.

Caritas di Lucca

Nella Diocesi di Lucca, per far fronte alle situazioni di disagio e di povertà, sono presenti mense, CdA, centri di distribuzione alimentare, vestiario, mobilio; strutture di accoglienza per immigrati, donne con bimbi, centri antitrattra (per donne che si sottraggono a situazioni di sfruttamento), malati mentali, tossicodipendenti e persone affette da AIDS; dormitori maschili, case di accoglienza rivolte ad immigrati regolari

senza alloggio.

Per la gestione di queste strutture la Diocesi e la Caritas si avvalgono della collaborazione di operatori, volontari e professionisti (psicologi, sociologi, avvocati, ecc.).

Alcune di queste strutture (dormitori, case di accoglienza, ecc.) sono gestite in collaborazione con le istituzioni (Comune, Provincia) e da qualche anno esiste una rete informativa tra la Caritas, i servizi sociali e la Questura per poter meglio affrontare le problematiche che di volta in volta emergono.

Le tipologie di utenti che si rivolgono ai CdA sono essenzialmente tre:

- donne italiane tra i 30-40 anni, separate con figli a carico e occupazioni precarie;
- uomini tra i 30-50 anni, single o vedovi disoccupati. (Sia le une che gli altri richiedono aiuto per il pagamento delle utenze, buoni alimentari e medicine);
- immigrati che si rivolgono ai centri per il disbrigo delle pratiche negli uffici (in particolare Questura, Ambasciata, Comune), accompagnamento per le visite mediche, ricerca di lavoro, questo indistintamente per uomini e donne.

La sensazione riguardo all'adeguatezza o meno delle risposte messe in atto dalla nostra Caritas rispetto alle richieste di aiuto è quella di un atleta che, grazie agli allenamenti e all'aiuto di validi istruttori, raggiunge un traguardo assai interessante ma sa che la vetta è ancora molto, molto lontana.

E anche quando riesce ad aggiudicarsi una medaglia, si rende conto che il traguardo per la prossima medaglia si è spostato ed è ancora più lontano.

La meta è l'amore e ogni piccolo avanzamento è una grande gioia.

Caritas di Massa Carrara-Pontremoli

La Caritas opera tramite le mense (una a Massa, una a Marina di Carrara, una a Pontremoli), i Centri d'ascolto (uno diocesano, diversi a Massa, diversi a Carrara e qualcuno in Lunigiana), strutture d'accoglienza (una diocesana con 10 posti letto a Massa con ospitalità per i senza fissa dimora con cena, prima colazione e doccia), centri di distribuzione di vestiario (uno diocesano a Massa e altri a Carrara, Massa, Pontremoli, Aulla).

Il personale a disposizione è costituito da volontari, operatori, un avvocato.

Le risorse del tessuto sociale locale sono riassumibili in una cooperativa che raccoglie vestiario dalle campane collocate sul territorio dalla Caritas, in un protocollo operativo "rete di solidarietà" con il Comune di Massa, nei buoni rapporti con la Provincia, con le altre istituzioni e con i vari enti come la prefettura e la questura.

Gli ospiti maggiormente presenti nei nostri Centri sono:

- immigrati con richieste di lavoro e di ricerca di alloggio
- residenti con reiterate richieste di contributi in denaro, casa e lavoro, generi alimentari e vestiario.

Ci si sente abbastanza adeguati nel soddisfacimento delle richieste di generi alimentari (mense, ecc.), vestiario e per quanto riguarda il servizio di ascolto e, invece, inadeguati nel trovare soluzioni alle richieste di casa e lavoro.

Caritas di Massa Marittima-Piombino

La nostra Caritas diocesana ha scelto a suo tempo di non avere risorse materiali proprie da gestire, al di fuori del CdA cittadino, del Coordinamento Cittadini, dei CdA parrocchiali, della Casa Crocevia dei Popoli, che si occupa delle donne che vogliono sottrarsi da situazioni di sfruttamento, e dell'Ufficio Immigrati.

I punti di forza della nostra Caritas sono i volontari a vari titoli, compreso un avvocato che consiglia e provvede all'occorrenza. I volontari non sono molti ma tutti assai motivati, desiderosi di verifiche anche sul versante della spiritualità che li porta a svolgere questo servizio.

I rapporti con i servizi sociali e l'assessore competente sono buoni, anche se potrebbero essere migliori; con le Misericordie collaboriamo per alcuni servizi medici e ospedalieri; molto stretto il legame con la San Vincenzo de' Paoli che gestisce mensa, strutture di accoglienza, distribuzione di indumenti e pacchi viveri, e anche con qualche parrocchia che ha attrezzato dei locali per l'accoglienza.

Le tipologie prevalenti riguardano:

- italiani e stranieri non comunitari senza lavoro e senza alloggio, questi ultimi spesso senza permesso di soggiorno;
- donne sole con figli e scarse risorse economiche;
- alcune persone soggetti incapaci di gestirsi dal punto di vista umano ed economico, che vengono seguite ed accompagnate negli anni.

Se possiamo qualche volta sentirci contenti per il rapporto umano che si riesce a stabilire con qualcuno degli utenti, e che forse è il senso vero e ultimo di un CdA, per il resto prevale il senso di frustrazione nell'immediato e di impotenza per il futuro, che prospetta tempi lunghi nelle possibilità di accoglienza e inserimento di quelli che ufficialmente "non esistono", per primi gli stranieri senza permesso di soggiorno.

Meno male che sappiamo che "i poveri li avremo sempre con noi" (Mc 14,7) e continuamente, vicendevolmente e amorevolmente ce lo ricordiamo a vicenda.

Caritas di Montepulciano-Chiusi-Pienza

La locale Caritas non ha inviato, per l'anno 2004, i suoi dati

alla rete regionale. I suoi dati sull'attività del Centri d'ascolto non sono quindi conglobati all'interno della ricerca svolta nel precedente capitolo. Pertanto cogliamo l'occasione di questo spazio per dare alcune cifre dell'attività del Centro d'ascolto diocesano, attività che si sono potute attuare grazie al contributo che gli italiani hanno dato, in modo più o meno consapevole, attraverso il versamento dell'8%.

Nel Centro d'ascolto sono state accolte ed ascoltate dai nostri animatori 857 persone nel corso del 2004, dei quali 243 uomini. Gli stranieri sono risultati il 79% delle presenze complessive. Il 62% delle presenze complessive è di donne straniere. La grande maggioranza degli stranieri è costituita da donne bulgare, seguono poi presenze significative dalla Romania, Tunisia e Kosovo.

Le richieste di aiuto più frequentemente presentate riguardano la domanda di vestiario (oltre il 70% delle richieste complessive), seguita dalla domanda di viveri, pagamento di bollette e lavoro. Significativa anche la richiesta di contributi economici per pagare l'affitto.

La nostra esperienza ci ha insegnato che non c'è una linea di demarcazione netta nel definire certi risultati perché il nostro è un contatto con persone fortemente ferite nella loro dignità. Quindi più che elencare risultati positivi ottenuti attraverso l'ascolto, l'osservare ed il discernere, metodo attraverso cui la Caritas porta avanti il suo lavoro pastorale, ci fa piacere parlare in termini di processo, di avvii di cammini personali, di percorsi fatti di piccoli passi.

Ed anche quei volti, quegli occhi, quelle storie, ridotte a delle percentuali, mi fa tremare il cuore! Il Signore non è una percentuale: è Lui che viene, che passa, che si racconta. E' nel povero che il cristiano vede la presenza di Cristo: accogliere ed ascoltare il povero è per il cristiano accogliere e servire Cristo. Per la Caritas, in quanto Chiesa, partire dai poveri non è una scelta escludente perché di parte, né impegno di pochi, ma fedeltà al progetto di Dio, oltre che dovere di coerenza tra professione di fede e stile di vita.

Concludendo, mai mi è sembrata più appropriata una battuta fatta dal Cardinale Biffi "...di fronte a chi dice che l'8% rappresenta lo sterco del diavolo, sottolineo che con lo sterco del diavolo si può concimare l'orto di Dio." E crediamo che, per questo anno, i frutti di quell'orto sono stati generosi, rendendoci ancora più ricchi nella pastorale della carità in quanto forti di una relazione quotidiana con Cristo, con i poveri.

Riguardo al questionario dell'approfondimento qualitativo, evidenziamo innanzitutto come la nostra Diocesi è territorialmente abbastanza grande, ma numericamente piccola - 70.000 abitanti - e che per raggiungere il nostro Centro d'ascolto diocesano (quello con il maggior afflusso di ospiti) la strada è abbastanza impegnativa.

Nella nostra Diocesi ci sono 7 Centri di ascolto di cui uno diocesano. Non ci sono mense ma abbiamo un accordo con un istituto di suore e con un ristorante. Non ci sono strutture di accoglienza ma lo stesso ristorante, all'occorrenza, mette a disposizione la sua struttura alberghiera. □ In ogni CdA c'è un certo numero di volontari. Quando necessario possiamo contare sull'apporto di un paio di avvocati e di una psicoterapeuta.

In linea di massima lavoriamo abbastanza bene con i servizi sociali, con le Asl, con la Questura e i Carabinieri e spesso sono le istituzioni che ci interpellano in relazione ai disagi presenti sul territorio. Anche il centro per l'impiego ci ha contattato per concordare un progetto di collaborazione e di rete.

Come già detto, la nostra realtà è piccola e per questo la Caritas diocesana non ha mai fatto progetti per creare delle mense o dei centri d'accoglienza. Non è detto, però, che le povertà non ci siano. Quando sette anni fa sono diventata direttore, insieme al mio collaboratore Marino, abbiamo deciso di mettere tutte le nostre energie e risorse nella crescita del

CdA diocesano, quello direttamente da noi "gestito". A distanza di tempo, possiamo dire che ci siamo riusciti. Non sono solo i numeri, quelli sopra, a dirlo, ma sono soprattutto le riflessioni dei nostri amici che ci vengono a trovare. Secondo loro si sentono in famiglia, e fanno chilometri e chilometri per arrivare da noi: Fucecchio, Rieti, Assisi, Roma, la zona dell'Adriatico, quella campana e calabrese, ecc. E da noi non si danno soldi, ma abiti usati, pochissimi viveri e spesso nemmeno questi. Quello che offriamo loro è l'ascolto, la nostra vicinanza, cerchiamo di restituirgli il rispetto che qualcun altro gli ha tolto. E spesso ascoltiamo non le loro parole, ma il loro silenzio, i loro gesti, il loro odore; forse proprio quel "sussurro di silenzio" che lo stesso Elia ascoltò sul monte Oreb e che poi si rivelò essere Dio stesso (I Re 19). Per noi i nostri poveri non sono dei numeri, ma dei volti, impressi a fuoco vivo sul nostro cuore, a tal punto che spesso la sera andiamo a letto con le loro preoccupazioni e ci svegliamo con i loro incubi. Noi siamo, come nel racconto di Marta e Maria (Lc 10, 38-42), più che frazionati da mille cose, in ascolto, nell'ascolto di Loro.

Caritas di Pescia

Nella Diocesi di Pescia sono presenti le seguenti risorse: un Centro di ascolto diocesano, uno cittadino, tre parrocchiali e una mensa di solidarietà. Oltre a quanto sopradetto, in varie parrocchie sono presenti centri di distribuzione di vestiti e di alimenti, dove cerchiamo peraltro di svolgere anche un'azione di ascolto e di accompagnamento. Fino ad oggi una parrocchia aveva anche un magazzino mobili e faceva da raccolta e distribuzione per tutta la Diocesi ma per mancanza di volontari questo servizio si sta esaurendo.

Le risorse umane impegnate sono due operatrici part-time stipendiate e una quarantina di volontari operanti nei centri di ascolto e nella mensa; abbiamo anche la disponibilità di due avvocati per opera di consulenza legale.

Il rapporto con le istituzioni è buono su tutto il territorio della Diocesi, che comprende 11 comuni, e con la Asl; con alcune assistenti sociali ci sono incontri abbastanza frequenti su casi specifici, talvolta però abbiamo la sensazione che venga delegato al volontariato più del dovuto.

Sta nascendo una collaborazione abbastanza stretta fra la Caritas Diocesana e il Consultorio Familiare Diocesano, in relazione alle consulenze dei professionisti di cui quest'ultimo dispone.

Negli ultimi tempi ai CdA le tipologie di utenti più frequenti si possono riassumere in queste caratteristiche:

- persone singole straniere, regolari e irregolari, che cercano lavoro;
- famiglie italiane e straniere con necessità di aiuti per il pagamento delle bollette, gli affitti e anticipi per le caparre degli appartamenti;
- persone italiane e straniere con problemi di dipendenza dall'alcool e problemi di disagio psichico.

Nonostante un buon numero di volontari in alcuni CdA le risorse restano inadeguate rispetto alle richieste. Rimane il problema di riuscire a fare un vero "accompagnamento" degli utenti, dal momento in cui manifestano i loro problemi ed esprimono le loro richieste, fino alla loro eventuale risoluzione. E' ancora insufficiente il numero di volontari con professionalità specifiche a svolgere tale servizio.

Caritas di Pisa

La Caritas di Pisa ha a disposizione per il suo intervento mense e CdA.

Le risorse umane sono costituite da operatori, volontari, ragazze che svolgono il servizio civile e tirocinanti.

Abbiamo rapporto di relazioni-rette con "Consorzio" e cooperative di tipo A e B, associazioni cattoliche e laiche che

si occupano di disagio sociale, avvocati, psicologi, assistenti sociali, Università, Comune, Questura, Prefettura, parrocchie, uffici diocesani, carcere, altri CdA. Tali contatti possono essere, al bisogno, anche extraterritoriali.

Le tipologie prevalenti di ospiti dei CdA e mense risultano essere:

- donne dell'est europeo, con problematiche di lavoro e alloggio precario e che chiedono soprattutto lavoro e mensa;
- residenti nel comune, alcuni anche dalla nascita, che non riescono più a far fronte alle normali necessità, presentando pertanto problemi di reddito insufficiente, lavoro saltuario o perdita di lavoro, arretrati nei pagamenti di affitto e/o utenze. Queste persone chiedono soprattutto il pagamento di affitto ed utenze;
- residenti e non con problemi mentali a cui i servizi sociali non riescono a dare risposte. A questi problemi si aggiungono in genere la mancanza di lavoro, la pensione assente o inadeguata, la solitudine, e come detto i servizi sociali offrono un supporto insufficiente o inadeguato. Le richieste di queste persone sono di aiuto economico e di accesso alla mensa;
- uomini dell'est europeo di giovane età, che sono spesso privi di documenti, irregolari, senza lavoro, con alloggio precario e che presentano reticenze a raccontare di sé. I servizi che essi chiedono sono alloggio e accesso alla mensa;
- famiglie monogenitoriali italiane e straniere, che dispongono di reddito insufficiente e che faticano nella gestione dei figli, a volte con l'ulteriore aggravante di problemi di salute o malattie mentali o dipendenze da sostanze. La richiesta prevalente in questo caso è di aiuto economico per affitto e utenze;
- stranieri con permesso di soggiorno per cure mediche, costretti per questioni di salute a prolungare di molto la

loro permanenza. Queste persone sono titolari di un permesso di soggiorno che non le autorizza a svolgere legalmente un lavoro e di avere un ricongiungimento con i familiari rimasti in patria, pertanto chiedono alla Caritas aiuto economico per affitto, utenze e viveri;

- stranieri in attesa del riconoscimento dello status di rifugiato politico, che non sono rientrati nel Programma Nazionale Asilo²⁹ e non hanno diritto ad alloggio e sussidio. Essi chiedono di poter avere un alloggio e di accedere alla mensa.

Per quanto riguarda le richieste di carattere economico, si riescono a fronteggiare, almeno in parte, quelle più urgenti; per quanto concerne le richieste di mensa, pacchi spesa e docce, si riesce a dare una risposta quasi esauriente; per quanto riguarda il lavoro, la risposta è parziale; per quanto concerne le richieste, dietro alle quali si cela una multiproblematicità, non sempre si riesce ad attivare una rete adeguata di sostegno o, pur attivandola, le risorse, specialmente quelle pubbliche, sono sempre più limitate o insufficienti ai bisogni.

Caritas di Pistoia

Esiste una rete di risorse, che per storia o vicinanza sono collegate al mondo Caritas e con le quali c'è una condivisione di intenti, percorsi o progetti.

Esse comprendono le reti di solidarietà parrocchiali, la rete dei Centri di ascolto che divengono luogo di incontro con le persone e i loro bisogni, nonché una serie di servizi rivolti a minori a rischio, giovani, famiglie con disagio, immigrati, anziani, tossicodipendenti, persone con disagio mentale o senza fissa dimora, donne vittime della tratta...

²⁹ Sistema nazionale di accoglienza e di protezione per richiedenti asilo e rifugiati, realizzato dal Ministero dell'Interno, ANCI e Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR)

Molti di questi servizi sono svolti da operatori con competenze umane e professionali maturate proprio nel servizio agli ultimi. Ciò ne qualifica l'intervento.

Altra risorsa umana importante è costituita dal personale volontario presente quasi ovunque, e in alcuni casi anche in maniera piuttosto articolata e consistente come alla mensa o nei Centri di ascolto e di accoglienza.

In qualche caso si può contare anche sul contributo volontario di qualche avvocato per consulenze legali.

La rete con il privato sociale è buona grazie alla varietà di associazioni e cooperative con cui la Caritas ha occasioni di contatto e collaborazione a vario titolo.

Negli anni si è tentato di entrare in dialogo con le istituzioni pubbliche (specialmente Comune e Provincia) per un confronto su alcuni temi importanti come: poveri, casa, lavoro.

I contatti con la Questura sono tenuti direttamente dagli operatori del centro di accoglienza per immigrati e del centro per donne che si sono sottratte a situazioni di sfruttamento, per quanto riguarda le questioni inerenti l'utenza; c'è inoltre una presenza Caritas nel Consiglio Territoriale per l'Immigrazione istituito dalla Prefettura.

Nei Centri di ascolto arrivano persone di ogni genere i cui problemi sono prevalentemente esistenziali, legati ad esperienze negative che le hanno profondamente segnate; problemi economici per reddito inesistente o insufficiente; problemi legati alla condizione abitativa (affitti selvaggi che divorano buona parte del reddito); problemi relazionali.

Il disagio tocca persone singole o intere famiglie con conseguenze pesanti anche sul piano della salute. Si nota una forte crescita della depressione con aumento dell'incapacità ad affrontare la complessità della vita, con conseguente esclusione sociale e negazione dei diritti.

Di fronte ad un quadro così inquietante e sempre più ampio, i gesti di condivisione, le reti di solidarietà e anche i servizi più

qualificati - in cui competenza e rapporti umani aprono a percorsi di riscatto e speranza - pur costituendo degli elementi di forza, restano poca cosa di fronte alla dimensione della povertà e dei problemi che l'accompagnano. Tuttavia rimangono "un segno" indicatore di quello che potrebbe accadere se nelle scelte economiche e politiche e nell'attuazione delle politiche sociali ci fosse maggiore attenzione verso chi è sempre più povero di risorse e di opportunità.

Caritas di Pitigliano-Sovana-Orbetello

In Diocesi sono presenti dei Centri d'ascolto, di cui uno diocesano che funge soprattutto da coordinamento dei vari centri di ascolto parrocchiali e/o interparrocchiali presenti nelle quattro vicarie della Diocesi, più precisamente CdA parrocchiali della zona costiera, CdA della zona di montagna, CdA delle due zone collinari. Inoltre abbiamo una mensa diocesana presente nella vicaria del mare, un servizio docce, centri o meglio "laboratori" interculturali per favorire l'integrazione dei cittadini stranieri, centri di distribuzione beni primari (vestiario, generi alimentari, cestini, ecc.).

Le risorse umane sono rappresentate esclusivamente da volontari con la partecipazione periodica degli obiettori di coscienza prima e dall'anno 2002 anche delle ragazze del servizio civile. Se necessario, possiamo contare anche su professionisti che prestano la loro opera nei propri studi a favore delle persone da noi assistite. Siamo in procinto di aprire uno sportello legale per immigrati e bisognosi in genere. Vogliamo comunque mettere in evidenza il forte impegno per conoscere le esigenze del territorio ed essere attivamente compartecipi di un lavoro in rete e di stimolo alle istituzioni.

La Caritas diocesana ha un buon rapporto con le istituzioni locali e provinciali, collabora con progetti sul territorio con la ASL locale, che è la ASL 9 Zona 2 colline d'Albegna, collabora

con gli sportelli sociali dei Comuni, in particolare con quelli dei centri più popolati della zona costiera e della zona collinare.

In collaborazione con le associazioni di volontariato abbiamo in corso d'opera un progetto rete per il monitoraggio del territorio e, nell'ambito di uno stile di lavoro di condivisione e collaborazione, abbiamo redatto un censimento di tutte le associazioni.

Stiamo promuovendo un corso di formazione per i volontari dei Centri di ascolto e di salute mentale.

I nostri centri sono frequentati prevalentemente da immigrati, donne impegnate nel lavoro di assistenza a persone anziane o malate (che comunemente vengono definite badanti), persone sole a disagio anche psichico e/o anziane, famiglie monogenitoriali, senza fissa dimora...

- Tra gli immigrati sono presenti per lo più rumeni che cercano lavoro e si fermano temporaneamente sul territorio frequentando la mensa e i vari centri di distribuzione, si verifica anche un fenomeno di "pendolarismo" settimanale tra le varie zone dell'alto Lazio: Tarquinia, Ladispoli, Roma e Orbetello. Durante la settimana sono sul territorio anche per chiedere l'elemosina e poi il sabato e la domenica sono, dicono loro, "a casa... cioè con il gruppo";
- le badanti frequentano il corso di lingua italiana che la Caritas diocesana ha attivato nella sede del centro interculturale e inoltre spesso frequentano i centri di distribuzione per il vestiario, che in alcuni casi esse mandano anche a casa per i figli e familiari, usando a tal proposito come corriere i vari pullman di collegamento;
- le persone sole chiedono per lo più aiuto per i bisogni primari perché beneficiarie solo di una minima pensione d'invalidità o sociale, vivono in case messe a loro disposizione dal comune e hanno risorse economiche appena sufficienti per le necessità

essenziali. Chi vive nella zona costiera frequenta spesso la mensa, in certi casi queste persone sono visitate a domicilio da alcuni volontari e in questo settore sono stati impegnati obiettori e ragazze del servizio civile. Quando è possibile, d'accordo con i servizi sociali, per chi si trova in condizioni di disagio psico-fisico cerchiamo alcune forme d'integrazione e/o d'inserimento nelle varie strutture;

- le famiglie monogenitoriali sono rappresentate da donne divorziate sia italiane che straniere, spesso abbandonate dal marito, in cerca di lavoro e di aiuto per arrivare alla fine del mese, così come ci sono alcuni casi di vedovi/e con pensioni minime e con a carico figli disabili. Tra le famiglie iniziano ad emergere situazioni di disagio economico, ad esempio in nuclei familiari di 4/5 persone, monoreddito, con pesanti impegni mensili da sostenere. Le richieste di queste persone consistono in aiuti per bollette della luce e gas o affitto per la casa, oppure in aiuti per prestiti da restituire che non sono in grado di onorare perché improvvisamente senza lavoro o perché impiegate soltanto in modo stagionale;
- i senza fissa dimora sono per lo più di passaggio e comunque alcuni sono "volti noti" perché fanno la spola sulla linea tirrenica Livorno-Civitavecchia-Roma, quindi periodicamente ritornano nella nostra zona e frequentano la mensa e i centri di distribuzione.

La sensazione è, soprattutto, quella di inadeguatezza o meglio di impotenza nell'affrontare i problemi di fondo delle persone e poterle accompagnare ad una soluzione adeguata di autonomia. Infatti il territorio purtroppo offre poche possibilità di lavoro o di strutture di accoglienza che pertanto possono solo raramente aiutare ad avviare a soluzione la situazione.

Di positivo e adeguato è l'atteggiamento che fa sì che, con la nostra buona volontà, cerchiamo di fare rete e di gestire almeno l'emergenza.

La nuova struttura organizzativa che ci stiamo dando con il coordinamento dei CdA e il consolidamento dell'Osservatorio diocesano ci consentirà di conoscere meglio il territorio per riuscire a sensibilizzare la comunità, gli enti pubblici e soprattutto a fare scelte coraggiose per camminare insieme a chi si trova davvero in difficoltà.

Caritas di Prato

Sul territorio pratese sono in attività i CdA della Caritas sia diocesani che parrocchiali con gli annessi servizi di promozione, di sostegno, di accompagnamento, di consulenza legale, di distribuzione di beni di prima necessità, di ricerca di alloggi, di ronda notturna; alcune strutture di accoglienza temporanea; un laboratorio per percorsi di inclusione sociale.

Oltre ai molti volontari e alle ragazze del servizio civile, la Caritas si avvale della collaborazione di professionisti di vario genere (avvocati, medici, psicologi, infermieri ed insegnanti) che operano nei vari centri e strutture diocesane.

La Caritas è in relazione continua e in collaborazione con la Provincia di Prato, il Comune di Prato, l'Assessorato ai Servizi Sociali, l'ASL, il SERT, gli assistenti sociali, il privato sociale, con altre Caritas diocesane in tutta Italia, con le Forze dell'Ordine, e fa parte di un tavolo di lavoro organizzato dalla Prefettura.

Si è riscontrato un forte aumento presso i nostri CdA di persone, soprattutto donne, provenienti da categorie che fino ad un recente passato godevano di una certa tranquillità, tanto da potersi anche permettere di accedere ad un mutuo per la casa, come ad esempio operai specializzati sia italiani che stranieri. Sono in crisi soprattutto:

- le famiglie monoreddito, italiane e straniere, che a causa della diminuzione del lavoro non riescono più a far fronte a tutte le spese;
- le persone di mezza età che perdono il lavoro per chiusura della ditta o diminuzione del personale e non riescono più ad inserirsi nel mondo produttivo;
- i lavoratori/lavoratrici a tempo determinato che passano periodi di inattività senza percepire stipendio;
- i lavoratori/lavoratrici di alcune cooperative che lavorano “a singhiozzo” e a cui non viene riconosciuta l’indennità di malattia;
- i lavoratori/lavoratrici che pur di percepire un qualche reddito si adattano anche al lavoro nero con tutti i rischi annessi;
- chi si occupa di assistenza agli anziani, dato che sempre meno persone hanno la possibilità di potersi permettere di pagare una persona che li possa assistere;
- le collaboratrici domestiche, le cui fila sono ingrossate anche da nuove lavoratrici, provenienti da famiglie monoreddito, che sperano in altre entrate per il sostentamento familiare ma che devono fare i conti con la poca offerta e l’enorme domanda;
- le donne che subiscono violenza tra le mura domestiche, in linea di massima per abitudine culturale, ma sempre più spesso oggi per le reazioni dei mariti/compagni alla crisi economica.

Sono in aumento le problematiche relative alla depressione delle persone, ai conflitti di coppia, generalmente legati anche alle problematiche del lavoro e alla mancanza di reddito. Crescono inoltre le separazioni, sia fra italiani che stranieri, e i conseguenti conflitti genitori-figli, che talvolta hanno un epilogo nella fuga da casa; sono in aumento anche le problematiche legate alla perdita dell’abitazione, soprattutto per sfratto da morosità.

Le richieste più insistenti sono quelle per:

- la ricerca di alloggio dopo uno sfratto e, per gli stranieri che richiedono il ricongiungimento familiare o la carta di soggiorno, esso deve rientrare nei parametri regionali per l'edilizia residenziale pubblica³⁰;
- la ricerca di lavoro, di tutti i tipi;
- la richiesta di contributi economici per far fronte al pagamento dell'affitto, di utenze varie, e di farmaci.

Mettendo in relazione le risorse istituzionali con quelle della Caritas e del volontariato in genere, si risente della mancanza di alcuni servizi secondo noi essenziali:

- una casa di accoglienza temporanea per donne, anche con bambini, in attesa di nuovo lavoro, o in fuga da casa per maltrattamenti;
- una struttura del tipo "casa famiglia" per persone con disagio psichico;
- una struttura permanente per barboni locali, anche per quelli che hanno con sé dei cani, che non sia solo ospitalità per l'emergenza freddo, ma anche riparo dai pericoli della strada durante la notte.

Caritas di San Miniato

La nostra Caritas è socia dell'Associazione "La quercia di Mamre", che gestisce un centro di ospitalità notturno. Siamo soci della cooperativa sociale "La pietra d'angolo", che gestisce gran parte delle nostre attività. Il presidente di detta cooperativa è vicedirettore Caritas e la sede della cooperativa è contigua a quella Caritas.

Le risorse umane che abbiamo a disposizione nella nostra realtà Caritas comprendono un buon numero di volontari, circa 50, oltre ad alcuni dipendenti (in maggior parte con contratto part-time), in particolare nei servizi promossi da altri soggetti

³⁰ Vedi nota 19

ma gestiti dalle organizzazioni di cui sopra. Sono presenti anche alcuni collaboratori a progetto.

Nella nostra Diocesi sono attivi 3 Centri d'ascolto diocesani (che siamo soliti denominare "Centri di solidarietà alla vita") oltre a 16 Centri d'ascolto parrocchiali. I CdA diocesani effettuano prevalentemente attività di ascolto, sono invece maggiormente rivolti ad attività di distribuzione e servizio quelli parrocchiali.

Il Centro d'ascolto diocesano di San Miniato, aperto due giorni alla settimana, conta su 6 volontari e altri 6 collaboratori disponibili a dare contributo su richiesta (avvocati, psicologi).

Un altro Centro diocesano è attivo a San Romano, ed opera con 8 persone fra volontari e collaboratori, con apertura di un giorno alla settimana. Le due sedi di San Miniato e San Romano sono entrambe coordinate da un'assistente sociale con contratto part-time e collegate con due centri di distribuzione, uno diocesano a San Miniato e l'altro parrocchiale a San Romano.

Infine abbiamo il Centro di Ponsacco, aperto due giorni alla settimana, con 20 volontari e altre professionalità che collaborano in caso di necessità. Il Centro è coordinato da un'assistente sociale con collaborazione part-time, preziosamente supportata da un diacono.

Riguardo alle tipologie di persone che più frequentemente si rivolgono ai CdA, possiamo considerare senz'altro una presenza italiana significativa e, fra gli stranieri, molto consistente è quella di immigrati dal Marocco e dall'Albania. La fascia d'età più presente è quella delle persone trentenni (da 29 a 42 anni). All'incirca il 20% degli stranieri risulta senza permesso di soggiorno.

I principali bisogni rilevati hanno una comune matrice di natura economica: mancanza di lavoro o improvvisa perdita del medesimo, situazioni fallimentari con implicazioni legali e conseguente difficoltà nel mantenimento della situazione abituale. Tutto ciò comporta stati di ansia e depressivi e

l'insorgenza di cattive relazioni intra ed extra familiari che spesso sfociano nella violenza fra coniugi, su se stessi, sui minori.

Vi sono inoltre casi di persone che presentano disturbi mentali, dipendenza da alcool o sostanze stupefacenti e problemi legati alla post-detenzione.

Esiste tuttavia una categoria di persone con casistiche "meno gravi", legate all'insorgere di difficoltà temporanee (momentaneo calo del lavoro, aumento del costo della vita). Un esempio importante di difficoltà di questo tipo è quello delle donne marocchine, che si rendono conto della necessità di contribuire al sostentamento del nucleo familiare ma per le quali, come sappiamo, non è semplice l'inserimento lavorativo.

Una grande difficoltà che sentiamo è cercare di convincere gli ospiti dei CdA del fatto che si può lavorare insieme in un percorso, alle volte tortuoso, ma che vada oltre la semplice richiesta di denaro, che rimane comunque il primo bisogno.

Caritas di Siena-Colle Val d'Elsa-Montalcino

Nella nostra realtà può considerarsi discreta la presenza di risorse materiali a disposizione della Caritas. Interventi mirati a dare una risposta concreta alle singole persone come ad interi nuclei familiari sono la mensa, la distribuzione dei viveri, l'accoglienza presso il dormitorio, piccoli sostegni economici. Di conseguenza, l'insieme delle povertà trova nel territorio senese solo risposte di tipo assistenziale.

L'aumento delle politiche integrate (patto di solidarietà con il Comune di Siena ed altre associazioni di volontariato; riaffermazione del principio di sussidiarietà, ecc.) non riesce a dare risposte concrete all'aumento di situazioni di povertà estreme, alla precarietà abitativa, alla disoccupazione, alla sofferenza mentale ecc.

Pertanto, la presenza di risorse materiali, umane e sociali, pur riuscendo a dare un contributo non indifferente alla lotta alle povertà e alle emarginazioni, non riesce a soddisfare la gran mole di richieste di sostegno e aiuto.

Nell'ultimo periodo si è registrato un progressivo trend ascendente di situazioni di povertà ed esclusione sociale:

- un aumento sensibile di italiani senza fissa dimora con gravi problemi mentali;
- stranieri con permesso di soggiorno disoccupati e stranieri irregolari sfruttati attraverso forme di vero e proprio caporalato.

I bisogni di natura materiale, come casa e lavoro, sono diventati oramai un problema a cui è difficile dare risposte concrete. Pertanto, di fronte a richieste legate a questo tipo di bisogni, la sensazione che noi operatori dei CdA proviamo è di inadeguatezza e delusione.

Caritas di Volterra

In questo periodo stiamo convogliando tutti i servizi di accoglienza (abbiamo Centri d'ascolto e di distribuzione ma non mense, ad esempio) presenti nell'ambito della nostra Caritas in un unico soggetto (Fondazione) diocesano. Il nostro obiettivo è di permettere una ricaduta maggiore sul territorio e di garantire criteri comuni di accoglienza e un impiego migliore delle risorse.

Il numero di persone che passano nel Centro d'ascolto della nostra Diocesi è piuttosto piccolo in relazione ad altre realtà toscane e questa premessa vuole anche significare che risulta difficile individuare una tipologia ben precisa di persone che si rivolgono al Centro d'ascolto di Volterra.

Fra le persone che passano dal nostro CdA possiamo annoverare i casi di famiglie di stranieri non comunitari, stranieri e straniere che vivono da soli e con famiglia nel paese di origine, italiani in condizioni di solitudine, situazioni di famiglie italiane composte da padre, madre e figli. Nessuna di queste categorie può dirsi comunque prevalente sulle altre.

In gran parte si tratta di nuclei di persone che vivono da tempo nella zona, essendo l'area di Volterra, per le sue specificità territoriali e la sua collocazione nell'ambito regionale, una zona abitata da persone e famiglie stanziali più che di passaggio, di transito.

Una difficoltà che sentiamo è quella di non essere ancora riusciti a sfruttare appieno la rete regionale dei Centri d'ascolto (Mirod), anche dal punto di vista della raccolta e utilizzo dei dati, pur essendo la nostra Diocesi inserita fin dall'inizio in detta rete.

2. Approfondimento con i testimoni del territorio

In questa sezione riportiamo i risultati di un approfondimento qualitativo che abbiamo svolto con l'obiettivo di far emergere che percezione ci sia di quelli che sono attualmente i bisogni sociali maggiormente insoddisfatti nella nostra regione.

Per poter svolgere un'indagine di questo tipo nel nostro territorio regionale, è stato scelto il metodo delle interviste con testimoni privilegiati.

Ciascuno dei testimoni, scelto con i criteri di massima che indichiamo più sotto, è stato chiamato a rispondere alla seguente domanda:

“indicare i tre bisogni presenti nel suo territorio, che si ritiene che ricevano minore soddisfazione da parte dei servizi presenti sul territorio stesso e che le nostre politiche sociali trascurano”.

Ogni Diocesi ha contattato un certo numero di persone, sapendo che l'intento era quello di intervistare persone provenienti dai vari ambiti istituzionali, sociali e produttivi presenti sul proprio territorio: rappresentanti della scuola, dei servizi sociali, dei servizi per l'impiego, del tribunale, delle forze dell'ordine, medici di famiglia, personale dell'ASL, responsabili di associazioni di volontariato, sindacalisti, formatori, commercianti, giornalisti ma anche, ad esempio, allenatori di calcio, baristi e disc jockey.

In questo modo si riesce a conoscere – anche se a grandi linee – la percezione della situazione non solo da parte degli “addetti ai lavori” ma anche da parte di chi vede le dinamiche del disagio e della povertà da prospettive ben diverse.

Segnaliamo subito la parzialità dei risultati ottenuti, dato che solo 5 su 17 Diocesi hanno fatto pervenire i risultati. Si tratta, tuttavia, delle Diocesi più estese e popolate dell'area del centro-nord della Toscana (da Lucca ad Arezzo), che comprende la maggior parte degli abitanti della regione. Le

Diocesi che ha partecipato, sono riuscite a realizzare un numero variabile di interviste e i dati che sono stati raccolti vengono più avanti presentati in forma percentuale³¹, per una più semplice consultazione.

Le risposte alla domanda posta, sono state estremamente variegata e riflettono evidentemente le situazioni sociali ed “ambientali” in cui abitano gli intervistati. Si pensi, ad esempio, alle ovvie differenze nelle difficoltà emergenti nel territorio di in una piccola parrocchia di montagna o di campagna, rispetto a quelle che possono essere percepite da chi abita in un quartiere periferico, dalle complesse stratificazioni di problematiche, di un grande centro urbano.

Per necessità di sintesi, abbiamo dovuto unire le risposte, in alcuni casi piuttosto articolate, in gruppi di problematiche-bisogni maggiormente presenti.

Problematica – Bisogno
Casa: problema dell'alloggio, soprattutto per gli stranieri e per gli studenti universitari, mancanza di alloggi a costi accessibili, difficoltà nell'acquisto della prima casa
Mancanza di spazi di aggregazione per bambini, giovani, donne straniere, anziani, disabili
Carenza di corsi di orientamento al lavoro: raccordo tra scuola e imprese per i giovani, tra formazione e lavoro, anche per gli adulti che perdono il lavoro
Mancanza di corsi di aggiornamento per una continua riqualificazione professionale per gli operatori del servizio pubblico e per gli insegnanti a tutti i livelli
Maggiore attenzione all'inserimento socio-lavorativo per i disabili, malati mentali, detenuti ed ex, ex-tossicodipendenti
Problema di impoverimento della società a causa dell'aumento del costo della vita
Assistenza sanitaria domiciliare inadeguata rispetto alla

³¹ La percentuale corrisponde all'incidenza dell'importanza della problematica in esame, sul totale delle problematiche.

domanda presentata da anziani e famiglie con a carico un malato mentale, malato terminale, anziano non autosufficiente o disabile
Aumento del fenomeno sociale di isolamento: solitudine anziani, solitudine donne, isolamento famiglie (soprattutto monogenitoriali, senza sostegno parentale, con pesante carico assistenziale)
Scarsa efficienza del segretariato sociale
Trasporti pubblici insufficienti – Traffico congestionato
Maggiore sicurezza cittadina contro la microcriminalità
Assistenza sanitaria e sostegno psicologico nei confronti delle donne che sono in dubbio su interruzione di gravidanza, che vivono condizioni di segregazione familiare, che subiscono violenza intra e/o extra familiare
Carenza di reti di tutela e di sostegno a favore dei giovani (anche stranieri) in situazione di disagio estremo, affinché non cadano nella malavita, e di minori (soprattutto soli) con difficoltà d'inserimento e di integrazione sociale anche in casi di disagio scolastico
Carenza di asili nido o scuole materne economicamente accessibili
Migliore sinergia tra privato e pubblico e all'interno del mondo del privato
Maggiore attenzione al mondo dei disabili: carenza di personale specializzato, troppe barriere architettoniche
Qualità della vita: diminuzione degli spazi verdi a vantaggio di costruzioni selvagge
Mancanza di strutture d'accoglienza per i senza fissa dimora
Sfruttamento minorile
Più interventi sistematici a favore dei nomadi
Servizi sanitari più adeguati con meno liste d'attesa
Problemi legati alla detenzione, necessità di una giustizia più celere invece meccanismi giudiziari macchinosi

A partire da questa prima lista di bisogni e problemi emergenti, ogni testimone è stato contattato di nuovo per fornire, su ciascuno dei temi suddetti, la sua opinione personale sul grado di “importanza–gravità” in relazione al territorio in cui vive e/od opera, assegnando a ciascun bisogno un punteggio a seconda dell’importanza ad esso attribuita.

Ci limitiamo a riportare, per ogni Diocesi, le problematiche che hanno un peso superiore al 5%. A conclusione riportiamo una valutazione complessiva dello spettro dei problemi raccolti nelle cinque Diocesi tramite i “testimoni privilegiati”.

Diocesi di Lucca

Problematica - Bisogno	%
Casa: problema dell'alloggio, soprattutto per gli stranieri e per gli studenti universitari; mancanza di alloggi a costi accessibili; difficoltà nell'acquisto della prima casa	6,7
Problema di impoverimento della società a causa dell'aumento del costo della vita	6,5
Mancanza di spazi di aggregazione per bambini, giovani, donne straniere, anziani o disabili	6,2
Assistenza sanitaria domiciliare inadeguata rispetto alla domanda presentata da anziani e famiglie con a un carico malato mentale, malato terminale, anziano non autosufficiente o disabile	6,0
Carenza di corsi di orientamento al lavoro: raccordo tra scuola e imprese per i giovani, tra formazione e lavoro, anche per gli adulti che perdono il lavoro	5,7

Maggiore attenzione all'inserimento socio-lavorativo per i disabili, malati mentali, detenuti ed ex, ex-tossicodipendenti	5,7
Trasporti pubblici insufficienti – Traffico congestionato	5,5
Assistenza sanitaria e sostegno psicologico per donne che sono in dubbio su interruzione di gravidanza, che vivono condizioni di segregazione familiare, che subiscono violenza intra e/o extra familiare	5,5
Carenza di reti di tutela e di sostegno a favore dei giovani (anche stranieri) in situazione di disagio estremo, affinché non cadano nella malavita, e di minori (soprattutto soli) in difficoltà di inserimento e di integrazione sociale anche in casi di disagio scolastico	5,5
Carenza di asili nido o scuole materne economicamente accessibili	5,5
Aumento del fenomeno sociale di isolamento: solitudine anziani, solitudine donne, isolamento famiglie (soprattutto monogenitoriali, senza sostegno parentale, con pesante carico assistenziale)	5,3

Diocesi di Prato

Problematica - Bisogno	%
Casa: problema dell'alloggio, soprattutto per gli stranieri e per gli studenti universitari, mancanza di alloggi a costi accessibili, difficoltà nell'acquisto della prima casa	6,8
Problema di impoverimento della società a causa dell'aumento del costo della vita	6,5

Aumento del fenomeno sociale di isolamento: solitudine anziani, solitudine donne, isolamento famiglie (soprattutto monogenitoriali, senza sostegno parentale, con pesante carico assistenziale)	6,0
Assistenza sanitaria domiciliare inadeguata rispetto alla domanda presentata da anziani e famiglie con a carico un malato mentale, malato terminale, anziano non autosufficiente o disabile	5,8
Maggiore attenzione all'inserimento socio-lavorativo per i disabili, malati mentali, detenuti ed ex, ex-tossicodipendenti	5,5
Assistenza sanitaria e sostegno psicologico per donne che sono in dubbio su interruzione di gravidanza, che vivono condizioni di segregazione familiare, che subiscono violenza intra e/o extra familiare	5,4
Carenza di reti di tutela e di sostegno a favore dei giovani (anche stranieri) in situazione di disagio estremo, affinché non cadano nella malavita, e di minori (soprattutto soli) in difficoltà di inserimento e di integrazione sociale anche in casi di disagio scolastico	5,4
Problemi legati alla detenzione, necessità di una giustizia più celere invece di meccanismi giudiziari macchinosi	5,2

Diocesi di Pistoia

Problematica - Bisogno	%
Casa: problema dell'alloggio, soprattutto per gli stranieri e per gli studenti universitari, mancanza di alloggi a costi accessibili, difficoltà nell'acquisto della prima casa	6,9

Problema di impoverimento della società a causa dell'aumento del costo della vita	6,3
Carenza di asili nido o scuole materne economicamente accessibili	5,5
Maggiore attenzione all'inserimento socio-lavorativo per i disabili, malati mentali, detenuti ed ex, ex-tossicodipendenti	5,2
Assistenza sanitaria domiciliare inadeguata rispetto alla domanda presentata da anziani e famiglie con a carico malato mentale, malato terminale, anziano non autosufficiente o disabile	5,2
Qualità della vita: diminuzione degli spazi verdi a vantaggio di costruzioni selvagge	5,2
Mancanza di spazi di aggregazione per bambini, giovani, donne straniere, anziani o disabili	5,0
Assistenza sanitaria e sostegno psicologico per donne che sono in dubbio su interruzione di gravidanza, che vivono condizioni di segregazione familiare, che subiscono violenza intra e/o extra familiare	5,0
Carenza di reti di tutela e di sostegno a favore dei giovani (anche stranieri) in situazione di disagio estremo, affinché non cadano nella malavita, e di minori (soprattutto soli) in difficoltà di inserimento e di integrazione sociale anche in casi di disagio scolastico	5,0

Diocesi di Arezzo

Problematica - Bisogno	%
Casa: problema dell'alloggio, soprattutto per gli stranieri e per gli studenti universitari, mancanza di alloggi a costi accessibili, difficoltà nell'acquisto della prima casa	7,2
Maggiore attenzione all'inserimento socio-lavorativo per i disabili, malati mentali, detenuti ed ex, ex-tossicodipendenti	7,1
Problema di impoverimento della società a causa dell'aumento del costo della vita	6,5
Aumento del fenomeno sociale di isolamento: solitudine anziani, solitudine donne, isolamento famiglie (soprattutto monogenitoriali, senza sostegno parentale, con pesante carico assistenziale)	6,1
Assistenza sanitaria domiciliare inadeguata rispetto alla domanda presentata da anziani e famiglie con a carico malato mentale, malato terminale, anziano non autosufficiente o disabile	5,6
Carenza di asili nido o scuole materne economicamente accessibili	5,6
Carenza di reti di tutela e di sostegno a favore dei giovani (anche stranieri) in situazione di disagio estremo affinché non cadano nella malavita e di minori (soprattutto soli) in difficoltà di inserimento e di integrazione sociale anche in casi di disagio scolastico	5,5

Diocesi di Firenze

Problematica - Bisogno	%
Carenza di asili nido o scuole materne economicamente accessibili	7,1
Casa: problema dell'alloggio, soprattutto per gli stranieri e per gli studenti universitari, mancanza di alloggi a costi accessibili, difficoltà nell'acquisto della prima casa	7,0
Problema di impoverimento della società a causa dell'aumento del costo della vita	7,0
Trasporti pubblici insufficienti – Traffico congestionato	7,0
Qualità della vita: diminuzione degli spazi verdi a vantaggio di costruzioni selvagge	6,5
Assistenza sanitaria domiciliare inadeguata rispetto alla domanda presentata da anziani e famiglie con a carico malato mentale, malato terminale, anziano non autosufficiente o disabile	6,3

Situazione complessiva nelle 5 Diocesi

Problematica - Bisogno	%
Casa: problema dell'alloggio, soprattutto per gli stranieri e per gli studenti universitari, mancanza di alloggi a costi accessibili, difficoltà nell'acquisto della prima casa	7,0
Problema di impoverimento della società a causa dell'aumento del costo della vita	6,4
Aumento del fenomeno sociale di isolamento: solitudine anziani, solitudine donne, isolamento famiglie (soprattutto monogenitoriali, senza sostegno parentale, con pesante carico assistenziale)	6,0
Assistenza sanitaria domiciliare inadeguata rispetto alla domanda presentata da anziani e famiglie con a carico malato mentale, malato terminale, anziano non autosufficiente, disabile	5,7
Carenza di asili nido e scuole materne economicamente accessibili	5,6
Maggiore attenzione all'inserimento socio-lavorativo per i disabili, malati mentali, detenuti ed ex, ex-tossicodipendenti	5,3
Carenza di reti di tutela e di sostegno a favore dei giovani (anche stranieri) in situazione di disagio estremo affinché non cadano nella malavita e di minori (soprattutto soli) in difficoltà di inserimento e di integrazione sociale anche di fronte al disagio scolastico	5,2

Riteniamo che questa tabella sia sufficientemente eloquente, tuttavia aggiungiamo qualche veloce commento.

Il problema della casa è fortemente percepito in tutte le realtà locali e trova anche una corrispondenza nelle problematiche rilevate dai Centri d'Ascolto.

Il generale impoverimento della società, dovuto all'aumento del costo della vita, è al secondo posto fra le difficoltà emerse e i testimoni hanno evidenziato come questa sensazione sia in forte crescita anche fra i ceti medi della società.

Un altro fenomeno, quello della solitudine, si può legare a vari fattori. Tra questi, senza dubbio, il grande numero di persone separate e divorziate, la presenza di immigrati soli o che comunque vivono in sostanziale isolamento, il progressivo invecchiamento della popolazione e la situazione di solitudine e, a volte, di vero e proprio abbandono di molti anziani.

Le altre voci richiamano, per categorie differenti di cittadini (anziani, disabili, bambini, ad esempio), al medesimo problema di fondo, che è la carenza di servizi adeguati per far fronte alle necessità delle fasce più deboli e svantaggiate della popolazione.

Questa veloce indagine ha fatto emergere la sensazione di un diffuso disagio, riassumibile, in estrema sintesi, con le parole chiave **“impoverimento, solitudine, carenza”**, dove la carenza è in primo luogo di alloggi e di servizi.

L'indagine presentata in questa sezione del dossier ha sicuramente i limiti di essere stata condotta su un campione ristretto di testimoni, cercando di riassumere, per approssimazione, i principali bisogni-problemi del territorio. Ciò nonostante, le indicazioni che se ne possono trarre trovano conferma nei dati analizzati nella seconda parte del dossier, nella quale si è tentato di descrivere il disagio manifestato direttamente dalle persone che frequentano i Centri d'Ascolto.

Riflessione pastorale

di don Emanuele Morelli, Delegato Regionale Caritas

In queste pagine avete letto dei numeri, visto dei grafici, condiviso o rifiutato delle interpretazioni, qualcuno si sarà annoiato, altri si saranno chiesti a che cosa serve tutto questo.

State tranquilli, non abbiamo voluto *“dare i numeri”* ma raccontarvi la storia e l’esperienza di chi sceglie di stare sul margine... Sul margine della comunità ecclesiale, perché proteso oltre i suoi confini consueti, oltre le comode sacrestie, per spingersi fin dove vivono, lottano, sperano e troppo spesso soffrono gli uomini e le donne del nostro tempo. Storie di credenti, espressione ed esperienza di una chiesa che vuole essere estroversa ma che spesso (e qualche volta volentieri...) si dimentica dei figli piagati e piegati, che più degli altri assomigliano al Crocifisso.

Gente che sta sul margine anche della società civile... perché scegliere la compagnia con gli ultimi inesorabilmente ti rende ultimo, fuori da percorsi di visibilità e di successo, su strade impervie diverse da quelle più consuete ed ordinarie della cosiddetta normalità.

Abbiamo voluto raccontarvi di gente comune, credenti della prima e dell’ultima ora, che scelgono di convertirsi, ogni giorno, passando dalla naturale inclinazione ad assistere alla più evangelica opzione di promuovere l’uomo, perché coltivano il sogno, tutto evangelico, di essere capaci di far stare l’altro dritto sulle proprie gambe, riconsegnandolo alla

vita che gli era stata tolta o che aveva buttata via, alle sue gioie ed ai suoi dolori, alle sue fatiche ed alle sue speranze.

Persone consapevoli che il primo dono che sono chiamate a dare a chiunque incontrano, sia che gli chieda da mangiare, da vestire, di che lavarsi e da dormire, chi in una parola gli chiede di aiutarlo a sopravvivere... sia che gli chieda di integrare le sue risorse economiche sempre più scarse, di accompagnarlo in un percorso di nuova e diversa normalità... è l'ascolto, quella "parte migliore" alla quale Gesù di Nazareth chiamò Marta di Betania affaccendata, come molti di noi, in mille diaconie, in mille buoni servizi (cfr. Lc 10,38-42).

Abbiamo voluto raccontarvi dei nostri Centri d'Ascolto.

Luoghi aperti, accoglienti ed in ascolto del "grido" dei poveri. Avamposti di chiesa, antenne ricetrasmittenti e porte aperte su mondi troppo spesso "invisibili" ai più. Luoghi capaci di intercettare cammini invisibili alla cosiddetta normalità. Luoghi spesso inadeguati, insufficienti, a volte scomodi anche per la stessa comunità ecclesiale ma che comunque accettano la sfida di esserci.

Abbiamo voluto raccontarvi dei nostri Osservatori delle Povertà e delle Risorse.

Di persone che non si accontentano di aver ascoltato, accolto e risposto ma che osano i percorsi dell'osservazione e del discernimento perché sanno che solo promuovendo la conoscenza autentica dei fenomeni possono sostenere la società civile nell'impegno di costruire risposte elaborate a partire non da facili presunzioni, da interessi di parte, da inutili clientele ma dalla sola realtà e dai reali bisogni che essa porta dentro di sé e possono aiutare la comunità cristiana a scorgere i nuovi volti della povertà.

Abbiamo voluto raccontarvi di Caritas, il nuovo nome che la chiesa assume quando ha il coraggio di spostarsi verso il margine.

Siamo consapevoli di essere, per dirla con le parole di Gesù, dei vasi di creta. La nostra ricchezza non siamo noi ma le persone che incontriamo ogni giorno. Ci rivelano molto di noi. Ci chiedono l'“elemosina”, come lo storpio alla porta Bella del Tempio (cfr. At 3,1-10) e noi accettiamo la sfida di “prenderli per mano, di sollevarli perché possano stare dritti sulle loro gambe, riconsegnati alla capacità di lodare il Signore, dio della vita”.

E la pastorale?

Questa ricerca serve alla pastorale perché la aiuta ad essere “incarnata”. La vita degli uomini è il grande sacramento, il luogo concreto dove si rivela, si incarna e diventa storia l'amore di Dio per gli uomini e le donne del nostro tempo.

Dalla ricerca emerge con forza un triplice volto di povertà.

Una povertà generata da non risposta ai bisogni primari. È la povertà che conosciamo meglio, che incontriamo più frequentemente e su cui abbiamo costruito più risposte. Questa povertà sta crescendo per il progressivo impoverimento della nostra società.

Una povertà generata da non risposta a bisogni relazionali a causa di solitudine, abbandono... povertà che generalmente non hanno bisogno di risposte materiali ma di presenze ed interventi che facilitino l'appartenenza e la socialità.

Una povertà generata dal non senso e dal non valore dato alla propria vita e alla vita altrui.

Ecco allora che questa ricerca ci chiede di imparare a dire oggi la parola povero.

Le nostre chiese locali della Toscana hanno bisogno delle parole giuste per dire “il povero”, che non è Giobbe o Lazzaro o quell'uomo che scendeva da Gerusalemme a Gerico e incappò nei briganti e che venne soccorso da un samaritano. Queste “icone” bibliche del povero ci possono parlare ancora soltanto se sappiamo a nostra volta vedere oggi i poveri e i meccanismi di impoverimento con i nostri occhi, con la nostra intelligenza, con il nostro cuore e con gli occhi della fede. Saperli scorgere nelle nostre situazioni, sui nostri territori, nelle nostre parrocchie, saperli accogliere, saperli amare.

Accanto a questa provocazione, la ricerca ne pone un'altra alla comunità ecclesiale.

La sfida della formazione. Non possiamo improvvisare i percorsi di aiuto. Occorre scegliere logiche progettuali. Occorre investire sui processi formativi, sulle persone che in prospettiva vocazionale si sentono chiamate a farsi prossime ai poveri, perché siano espressione di chiesa e perché nella loro scelta facciano fare esperienza di chiesa.

Percorsi possibili per la pastorale della comunità ecclesiale.

Ascoltare, osservare e discernere come metodo dell'agire pastorale.

Ascoltare, osservare, discernere... il metodo che soggiace a questa ricerca, provoca le nostre comunità

cristiane, i gruppi e i movimenti ecclesiali a pensarsi non più come luoghi della beneficenza, ma come spazi dove si educa e si costruisce la giustizia e la solidarietà politica, economica e sociale (cfr. Cost., art. 2).

Ascoltare è entrare in relazione. La parrocchia può e deve diventare sempre di più luogo di relazioni calde, spazio e tempo di incontro, dove tutti possano sentirsi a casa. La verità dei nostri percorsi di comunione si misura dalla capacità che hanno di includere gli ultimi.

Osservare è elaborare, produrre osservazioni per ricavare dei dati. Una parrocchia, quando ha ascoltato e accolto i poveri, deve ripartire da loro per costruire le priorità. Ripartire dagli ultimi diventa la cifra che indica l'appartenenza di quella comunità al Regno di Dio. Osservare non è solo "dare i numeri". Significa sì produrre dei dati ma soprattutto avere il coraggio di lasciarsi interrogare da essi.

Discernere significa individuare, distinguere e scegliere per agire. Siamo chiamati ad agire dentro la comunità ecclesiale perché dall'incontro con i poveri tutta si converta e poi dentro la società civile, perché misuri il suo livello di civiltà sulla sua capacità di realizzare politiche di inclusione, di accoglienza e di cambiamento sociale. La sfida che siamo chiamati ad accogliere, come chiese della Toscana, è quella di interrogarci per dare il nostro contributo attivo alla costruzione di risposte alle povertà nelle loro espressioni più varie, e anche per intervenire sui processi di impoverimento che avanzano inesorabilmente sotto gli occhi di tutti.

Siamo chiamati a ricordarci ed a lasciarci confrontare ogni giorno dal grande insegnamento del Concilio Vaticano II che ci invita a "non dare per carità quello che è dovuto per

giustizia” (AA 8).

Il legame con il territorio.

Siamo chiamati ad aiutare la parrocchia a ricostruire uno stretto legame con il territorio a partire dalla scelta preferenziale dagli ultimi. Molte delle nostre parrocchie possono riscoprire l'esperienza del buon vicinato per ridefinirsi come spazio domestico di testimonianza dell'amore di Dio.

Ci piace citare il numero 10 de “Il volto missionario delle parrocchie in un mondo che cambia”: «Presenza nel territorio vuol dire sollecitudine verso i più deboli e gli ultimi, farsi carico degli emarginati, servizio dei poveri, antichi e nuovi, premura per i malati e per i minori in disagio. L'invito del Papa a sprigionare «una nuova “fantasia della carità”» riguarda anche le parrocchie. Gli orientamenti pastorali per gli anni '90 chiedevano una «Caritas parrocchiale in ogni comunità»: è un obiettivo da realizzare ancora in molti luoghi. La rimozione degli ostacoli che impediscono la piena presenza dei disabili è anch'esso un segno che va ovunque attuato. La visita ai malati, il sostegno a famiglie che si fanno carico di lunghe malattie è tradizione delle nostre parrocchie: ne va assicurata la continuità anche mediante nuove ministerialità, pur rimanendo un gesto tipico del servizio del sacerdote. L'apertura della carità, tuttavia, non si ferma ai poveri della parrocchia o a quelli che la incontrano di passaggio: si preoccupa anche di far crescere la coscienza dei fedeli in ordine ai problemi della povertà nel mondo, dello sviluppo nella giustizia e nel rispetto della creazione, della pace tra i popoli».

Lo spazio dei poveri nelle nostre comunità parrocchiali.

Lasciarsi provocare dai dati della nostra ricerca spinge la comunità ecclesiale verso una pastorale in cui i poveri non stanno sulla soglia (luogo deputato a chi chiede l'elemosina) ma abitano di diritto le nostre assemblee liturgiche.

Conclusione

Perché le nostre comunità possano crescere, c'è bisogno di una pastorale concreta, che parta dai dati reali, dalla vita della gente, dai loro vissuti e dai loro bisogni e che ad essi sappia rispondere in maniera piena. Crediamo importante che vadano prese in seria considerazione azioni pastorali mirate capaci di essere scelte di contrasto strutturale alla povertà. I percorsi dell'accoglienza possono costituire banco di prova su cui confrontare la nostra fedeltà allo spirito.

Occorre che la nostra pastorale abbia il coraggio di confrontarsi sui temi della giustizia, della pace, della legalità, della democrazia attiva, della salvaguardia del creato, della partecipazione sociale, del sorgere di nuove povertà... Su questi percorsi come Caritas delle chiese della Toscana riconosciamo di avere davanti a noi ancora tanta strada da fare.

Sentiamo forte la forza dello Spirito alla quale docili vogliamo consegnarci.

Indice

Introduzione	pag. 1
Parte I – Il profilo sociale regionale	7
1. <i>Dati demografici e statistici di sfondo</i>	7
1.1 La struttura demografica del territorio regionale	7
1.2 La presenza di immigrati nel territorio regionale	9
1.3 Alcuni indicatori di disagio sociale	12
2. <i>La situazione del welfare della Regione Toscana - di Elena Innocenti</i>	14
2.1 Premessa	14
2.2 La riforma del titolo V e le competenze regionali in materia di welfare	14
2.3 Le aree di intervento	17
2.4 L'attuazione della legge quadro n. 328/2000 in Toscana: la programmazione sociale	26
2.5 Verso la configurazione di un modello toscano	33
3. <i>Che cosa sono le società della salute? – di Federico Gelli</i>	44
4. <i>Le risposte dell'area ecclesiale: opportunità e servizi</i>	48
Parte II – I dati della rete	51
1. <i>Distribuzione territoriale delle unità di rilevazione, aspetti metodologici e modalità di lavoro di CdA</i>	51
2. <i>Le caratteristiche socio-anagrafiche</i>	56
3. <i>Gli stranieri</i>	67
4. <i>Verso l'individuazione di profili tipici: confronto tra italiani e stranieri</i>	74
5. <i>Il profilo di povertà emergente dai dati raccolti</i>	98
Parte III – Approfondimento qualitativo	101
1. <i>Approfondimento con le Caritas diocesane</i>	103
2. <i>Approfondimento con i testimoni del territorio</i>	137
Riflessione pastorale – di don Emanuele Morelli	149