

Gli Ambiti territoriali sociali

I contributi raccolti in questa monografia sintetizzano i risultati del percorso di accompagnamento alla costituzione degli Ambiti territoriali sociali (ATS) nelle province di Padova e Rovigo. È stato sostenuto dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo che ha scelto di supportare i Comuni delle due province con un gruppo di amministratori, tecnici comunali e operatori sociali. Il percorso, guidato e coordinato dalla Fondazione Zancan, si è sviluppato in 4 moduli finalizzati a rafforzare le competenze presenti negli enti locali e proiettarle nelle future gestioni unitarie. Sono stati approfonditi i profili giuridici, manageriali, economici, gestionali e gli approcci valutativi che gli ATS dovranno conseguire e documentare nei bilanci economici e sociali.

Premessa

Da dove nasce il problema e la soluzione

L'idea degli Ambiti territoriali sociali (ATS) come contenitori unitari delle responsabilità, delle risorse e delle risposte sociali è nella L. 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e resa ora cogente dalla legge 234/2021 (legge di bilancio per il 2022 art. 1 commi da 160 a 170). Il rilancio nasce dall'emergenza PNRR per erogare nei territori regionali i fondi della missione 5 (assistenza sociale) per la disabilità, la non autosufficienza... alle circa 600 entità territoriali ATS diffuse nel territorio nazionale. L'ATS è l'unità di misura elementare per le programmazioni territoriali e l'erogazione dei fondi ministeriali. La legge di bilancio per il 2022 prescrive di passare da ATS «entità di programmazione unitaria e di raccolta di fondi nazionali ed europei» a veri e propri enti giuridici di gestione unitaria dei servizi sociali, con risorse conferite dallo stato, dai comuni e dagli utenti che insieme concorrono ai costi complessivi per erogare i servizi sociali nei territori.

È un problema o un'opportunità per il Veneto?

Può essere un'occasione per rivitalizzare il modello veneto sbilanciato tra dominanza sanitaria (affidata alla titolarità politica regionale e alle gestioni Aulss) e alla frammentazione del sociale (affidato alla titolarità politica di 560 comuni con altrettante gestioni dei servizi nei territori). Negli ultimi anni la Regione Veneto ha ridotto le gestioni Aulss mentre i comuni non hanno fatto altrettanto per la gestione unitaria dei servizi sociali. Può essere un'opportunità per colmare un vuoto più che ventennale, con capacità solidali di gestire i fondi e le risorse professionali a disposizione, abbattendo i costi, passando dalla logica di costo a quella di investimento, da prestazioni sociali a veri e propri servizi per le persone, le famiglie e le comunità.

Che ne sarà del modello veneto?

Il modello Veneto delineato negli anni 90 di fine Novecento aveva ipotizzato gestioni unitarie a partire dalle deleghe di gestione affidate alle Aulss, che così diventavano sociosanitarie. Questa prospettiva è rimasta limitata soprattutto alle deleghe

obbligatorie. Possiamo quindi aspettarci una stagione di nuovo sviluppo dei servizi sociali del Veneto, facilitata dalla costituzione giuridica degli ATS. Sarà anche condizione necessaria per ricevere i fondi che il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali trasferirà ai comuni per l'assistenza sociale.

Con quali responsabilità?

Le responsabilità (titolarità) politiche sono dei comuni e le responsabilità erogative sono degli ATS interfacciate con quelle delle aziende sanitarie. Lo dice il disegno di legge regionale per passare da 560 gestioni micro comunali a oltre 20 gestioni ATS coincidenti con i distretti sanitari. In questo modo l'integrazione socio-sanitaria sarà semplificata da accordi tra distretti e ATS corrispondenti. I LEPS (Livelli essenziali delle prestazioni sociali) potranno essere garantiti in modi uniformi all'interno degli ATS, equilibrando i differenziali di spesa tra comuni dello stesso ambito, elevati e ingiustificati. In sintesi, quella che può sembrare una criticità può diventare un'opportunità per potenziare il modello veneto. Non vengono messe in discussione le sue finalità originarie ma potenziate le soluzioni per realizzarle con risultati misurabili in termini di costo/efficienza, costo/efficacia e soprattutto in termini di equità distributiva.



Tiziano Vecchiato

Gli Ambiti territoriali sociali: criticità e potenzialità

La legge n. 328/2000 aveva previsto che la gestione dei servizi sociali di interesse generale fosse affidata dai comuni agli ATS (Ambiti territoriali sociali). La più recente legge n. 234/2021 (legge di bilancio 2022) dice che i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sono realizzati dagli ATS che, a questo fine, costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire i LEPS. La costituzione degli ATS comporta, in sostanza, il completamento di una costruzione sociale intesa come «gestione associata delle titolarità politiche comunali in materia di assistenza sociale in ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari». Si porta così a completamento il disegno costituzionale finalizzato a bilanciare le due titolarità fondamentali territoriali per garantire la tutela dei diritti delle persone, delineati dagli articoli 32 (tutela sanitaria) e 38 (tutela sociale). I primi sono di titolarità regionale e i secondi di titolarità comunale. Nel tempo i criteri di finanziamento dei sistemi locali di welfare si sono caratterizzati per differenze ingiustificate nella quantificazione della spesa e delle conseguenti risposte ai bisogni sociali. Era ed è quindi oggi urgente attuare il salto di capacità gestionale atteso da molti anni.

Cosa sono gli Ambiti territoriali sociali

Il DPR 616 nel 1977 ha avviato il decentramento delle funzioni amministrative e organizzative dei servizi sociali dallo stato ai comuni. Lo ha fatto in modi coerenti con il principio di sussidiarietà, in modo che fosse l'ente più vicino ai cittadini a garantire il diritto alle risposte sociali prefigurate nell'art. 3 comma 2¹ della Costituzione e meglio specificate nell'art. 38². Quello che succedeva prima del DPR 616/1977

aveva radici molto lontane, risalenti alla legge Crispi del 1890 che interpretava l'assistenza sociale con la cultura assistenzialistica del suo tempo. In questo arco temporale è più facile riconoscere la contraddizione che ancora oggi caratterizza il problema: «Assistenza o servizi sociali?» nei territori regionali.

La legge n. 328/2000 l'ha in parte risolta nei termini dichiarati nel suo stesso titolo: «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali». Nel titolo dichiara cioè la necessità di realizzare un sistema capace di garan-



tire, nello stesso tempo, interventi e servizi sociali. Può essere interpretato come un compromesso necessario per passare dalla logica degli interventi, fatti di prestazioni assistenziali, alla logica dei servizi sociali. È una differenza importante perché i servizi non sono soltanto una somma di prestazioni ma devono dare di più e meglio senza confondere le prestazioni con le soluzioni necessarie per garantire aiuti efficaci alle persone e alle famiglie. Si sta cioè completando un percorso di trasformazione culturale, istituzionale e gestionale iniziato quasi 50 anni fa, ma non ancora pienamente realizzato, per riuscire a completare il sistema multilivello di gestione dei servizi sociali delineato nel Titolo V della Costituzione.

Il DPR 616/77 aveva attribuito ai Comuni la titolarità e la gestione dei servizi sociali. Dopo sono intervenuti numerosi provvedimenti normativi nazionali, regionali e anche europei che hanno orientato l'organizzazione dei sistemi di welfare locali. Il punto di sintesi non è nuovo e riguarda la gestione unitaria multi comunale dei servizi sociali in ambiti territoriali adeguati per comporre efficienza, efficacia e sostenibilità. La legge n. 328/2000 aveva indicato questa strada attribuendo alla dimensione sovracomunale compiti di programmazione e gestione dei servizi sociali di interesse generale a carico degli ATS (Ambiti territoriali sociali). Ma indicare non significa prescrivere, così gli ambiti territoriali sociali non hanno garantito la tutela dei diritti di assistenza sociale.

Recentemente lo ha fatto la legge n. 178/2020 (legge di bilancio 2021) che identifica un livello essenziale di natura demografica e territoriale (basato sul rapporto tra assistenti sociali e popolazione 1:5000 negli ATS) prevedendo risorse finalizzate al perseguimento di questo Leps erogato a cura dell'ATS (art. 1 commi 797-804). Lo ha fatto in modo ancora più esplicito e cogente la legge n. 234/2021 (legge di bilancio 2022) che parla di livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) realizzati dagli ATS che, a questo fine, costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire i LEPS (art. 1, c. 160). Questo quadro è ulteriormente delineato dalla condizionalità economica utilizzata dal Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza che – con la Missione 5, componente 2, sottocomponente 1 – attribuisce agli ATS i fondi per realizzare questa

Missione. Lo stesso sta avvenendo per l'accesso ad altri fondi finalizzati alla gestione dei servizi sociali territoriali.

Infatti, anche le regioni stanno contribuendo a una più precisa e uniforme attuazione degli ATS, in modi coerenti con i propri sistemi di welfare regionali. I 21 ATS nella Regione Veneto sono stati individuati nel 2016 come entità territoriali destinatarie dei fondi erogati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali per il riparto delle risorse finalizzate al sostegno all'inclusione attiva e successivamente per altre misure nazionali di contrasto alla povertà.

Come intendere gli ATS

Nel Veneto i 21 ATS sono coincidenti con i territori delle 21 ex Aziende Ulss, ora distretti sanitari, che integrano la propria operatività con gli ATS e in questo modo continueranno a rafforzare l'integrazione sociosanitaria che caratterizza il modello veneto. Il disegno di legge regionale approvato dalla quinta commissione delinea ulteriori aspetti organizzativi e funzionali degli ATS, confermando la strategia regionale di concentrare, in ambiti territoriali unitari e isomorfi con i distretti sanitari, l'impegno istituzionale e professionale di potenziare e qualificare ulteriormente l'integrazione sociosanitaria. Le norme recenti li qualificano inoltre come unità primaria di rilevazione del sistema informativo nazionale dell'offerta dei servizi sociali.

Tutti questi elementi hanno bisogno di essere interpretati, non in modo puntiforme, ma all'interno di un processo che nel tempo si va configurando in modo organico, componendo le condizioni necessarie per la costituzione giuridica e la responsabilità diretta nel garantire la gestione associata dei LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali) in ambiti territoriali sovracomunali. In questo modo l'ATS diventa una componente strutturale del sistema multilivello di governo dei servizi sociali, regionali e nazionali, così come indicato nel disegno di legge approvato dalla Giunta della Regione Veneto sull'assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e servizi sociali (DGR 11/DDD 18 aprile 2023), in attesa di approvazione dal Consiglio regionale. Il Ddl regionale prevede che:

- i Comuni gestiscano in forma associata,

nell'ambito degli ATS, le funzioni strategiche di pianificazione, programmazione, progettazione, gestione e valutazione del sistema locale dei servizi sociali (art. 5);

- l'esercizio associato da parte dei Comuni della funzione socio-assistenziale (art. 8) finalizzato a realizzare i LEPS, in modo da garantire modalità uniformi di assistenza sociale;

- i Comuni individuino la forma associativa con personalità giuridica maggiormente adatta a perseguire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di propria competenza, scegliendo preferibilmente le forme indicate agli articoli 31 e 114 del Dlgs. n. 267/2000 (art. 8);

- l'ATS debba dotarsi di una struttura amministrativa (art. 10) per garantire il coordinamento intercomunale e lo svolgimento di compiti tecnico-amministrativi e programmatori;

- che alla guida dell'ATS sia preposto un direttore con responsabilità tecnico-amministrativa e contabile.

Abbiamo per ora delineato gli elementi che sintetizzano le scelte giuridiche nazionali e regionali intervenute nel corso degli anni, entrando nel merito dei caratteri istituzionali e gestionali degli ATS da garantire nei rispettivi territori, in condizioni di equità e uniformità distributiva. Vedremo nei paragrafi successivi come la caratterizzazione giuridica e gestionale degli ATS potrà valorizzare le «titolarità politiche dei comuni», all'interno delle nuove gestioni unitarie dei servizi sociali. Sarà un passaggio fondamentale per realizzare la trasformazione prefigurata nel titolo della legge n. 328/2000 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali». La sfida è infatti superare la cultura prestazionistica e assistenzialistica per realizzare veri e propri sistemi territoriali di servizi sociali, fra loro integrati, rafforzando la loro integrazione con i servizi sanitari.

La sfida appena descritta può ora contare sui risultati di un percorso di formazione e studio di fattibilità costruito da due gruppi pilota – composti da quasi 50 referenti territoriali: amministratori locali, dirigenti, funzionari, operatori sociali e operatori sanitari delle due Aulss coincidenti con le province di Padova e Rovigo. I due gruppi pilota sono stati guidati da esperti della Fondazione Zancan grazie al sostegno della Fondazione Cariparo³. La Fondazione Cariparo ha così inteso

contribuire al rafforzamento delle capacità dei territori interessati nel prefigurare scelte istituzionali e gestionali coerenti con le specificità territoriali e proiettarle nelle future gestioni unitarie ATS. La Fondazione Zancan ha contribuito a approfondire sul piano tecnico e strategico le soluzioni per dare attuazione agli ATS, con riferimento ai profili giuridici, manageriali, gestionali e valutativi per documentare i risultati nei bilanci economici e sociali.

Titolarità e gestione

La prospettiva di realizzare un sistema nazionale di servizi sociali basati su ATS, come abbiamo visto, non è di oggi. È stata prefigurata dalla Costituzione e poi avviata con il DPR n. 616/1977 e proseguita fino ad oggi. La chiave di lettura della strategia italiana per costruire un sistema nazionale di servizi sociali è basata sulla differenza tra titolarità e gestione dei servizi sociali e sanitari. La titolarità politica dei servizi sociali è dei comuni, che hanno il compito di garantire risposte sociali uniformi ai bisogni delle persone, delle famiglie e delle comunità locali. Questa titolarità viene esercitata in forma collaborativa, dotandosi di soluzioni gestionali coerenti in termini dimensionali con i distretti sanitari, per meglio garantire l'integrazione sociosanitaria avendo in mente l'idea «un territorio e un governo».

Questo traguardo è stato ribadito dalla legge 328/2000, indicando gli ambiti territoriali sociali come luogo politico e tecnico per gestire unitariamente la programmazione degli interventi e dei servizi sociali e gestirli in modo integrato con quelli sanitari. Un percorso analogo è avvenuto in ambito sanitario, quando la titolarità politica delle regioni in materia di tutela della salute ha trovato soluzioni gestionali unitarie con l'attivazione delle aziende Ulss (Dlgs. n. 229/1999). Si sono così potute delineare soluzioni finalizzate alla gestione strategica dei Lea sociosanitari, come indicato nell'art. 3 septies del Dlgs. 229/1999. Nel Veneto questo ha significato utilizzare le deleghe di gestione dei servizi sociosanitari.

Il passaggio alla gestione unitaria dei servizi sociali nella Regione Veneto può essere facilitato da una consolidata esperienza di costruzione e approvazione congiunta dei piani di zona, prefigurando

la possibilità di passare dal programmare unitariamente al gestire unitariamente le risposte sociali e sociosanitarie. Come abbiamo detto, i principali riferimenti sono:

1. il Dlgs. n. 229/1999 («riforma Bindi» o «riforma ter»);
2. la legge n. 328/2000 (riforma degli interventi e servizi sociali);
3. l'avvio di sperimentazioni gestionali.

Ci concentriamo ora sul terzo punto (sperimentazioni gestionali) perché da almeno vent'anni è emersa la necessità di procedere per gradi, prefigurando le soluzioni per poi verificarle preventivamente. In sostanza è sempre più necessario passare dalle innovazioni prescritte da atti giuridici a innovazioni verificate in modi affidabili cioè collaudate sul campo per poterle adottare giuridicamente. All'interno di questo dibattito può essere interessante riconsiderare la proposta di Piano sociosanitario regionale per il 2003-2005 del Veneto. Ipotizzava il riposizionamento del modello veneto di welfare, dopo la modifica del titolo V della Costituzione, con riferimento a tre problemi:

- la gestione manageriale dei servizi sociali e sociosanitari e la ridefinizione delle responsabilità locali in ordine al governo della spesa;
- le soluzioni per l'integrazione delle responsabilità istituzionali tra regione e comuni e tra comuni e aziende Ulss, per il governo della rete dei servizi e la formulazione di strategie condivise con valutazione dei risultati di efficacia e di efficienza;
- le «sperimentazioni gestionali» da realizzare nel triennio per orientare le future scelte di gestione unitaria dei servizi alla persona.

In quest'ultimo caso l'espressione «servizi alla persona» intendeva le nuove composizioni professionali e organizzative necessarie per garantire servizi sociali integrati con i servizi sanitari. È utile rileggere dopo circa vent'anni i contenuti di quella discussione che affidava a sperimentazioni gestionali il compito di prefigurare soluzioni per risolvere problemi aperti, tra questi lo sviluppo degli ATS. La proposta di piano infatti diceva:

«Le sperimentazioni gestionali a valenza istituzionale (art. 62), invece, prevedono la gestione unitaria e integrata da parte di un'unica azienda pubblica, in ambiti territoriali omogenei, di tutte le prestazioni sanitarie, le prestazioni sociosanitarie, di cui all'articolo 3-septies del Dlgs. 19 giugno

1999, n. 229, nonché delle prestazioni sociali di cui all'art. 22 della legge n. 328/2000, garantendone una gestione manageriale».

Questa ipotesi è sostanzialmente meglio configurata nella Proposta di Piano sociosanitario regionale 2007-2009. Riprendeva le indicazioni del Dlgs. 112/1998 dove il legislatore aveva a più riprese richiamato la necessità di gestire unitariamente i servizi alle persone con il sistema di responsabilità delineato dal Dlgs. n. 229/1999 che precisava, all'art. 3 septies, comma 6, che: «Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3 comma 2 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza».

La costituzione degli ATS comportava e comporta, in sostanza, il completamento di una costruzione intesa come «esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari (art. 8 c. 3 legge 328/2000), salvaguardando la chiara separazione tra titolarità politica e gestione manageriale.

La titolarità è il requisito istituzionale delle scelte di governo politico dei comuni nei rispettivi territori. La soluzione gestionale è affidata agli ATS intesi come «sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi».

Si porta così a completamento un disegno costituzionale determinato a bilanciare le due titolarità fondamentali e necessarie per garantire la tutela dei diritti delle persone, delineati dagli articoli 32 (tutela sanitaria con Lea sanitari) e 38 (tutela sociale con Leps sociali). I primi sono di titolarità regionale e i secondi di titolarità comunale, come descritto nella figura 1.

La titolarità regionale ha affidato alle aziende sanitarie le responsabilità gestionali dei Lea. La titolarità comunale affida agli ATS il compito equivalente nel garantire i LEPS. Le due fonti di responsabilità sono poi chiamate a coordinarsi nell'integrazione sociosanitaria componendo le



Fig. 1 – Interfacciare Titolarità e Gestione

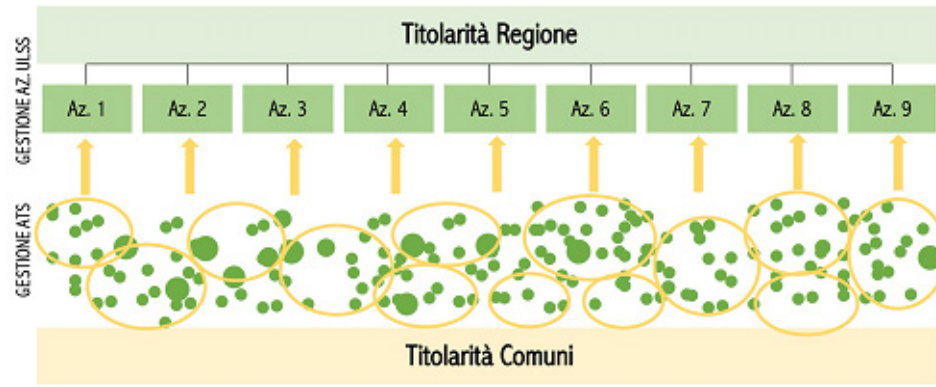
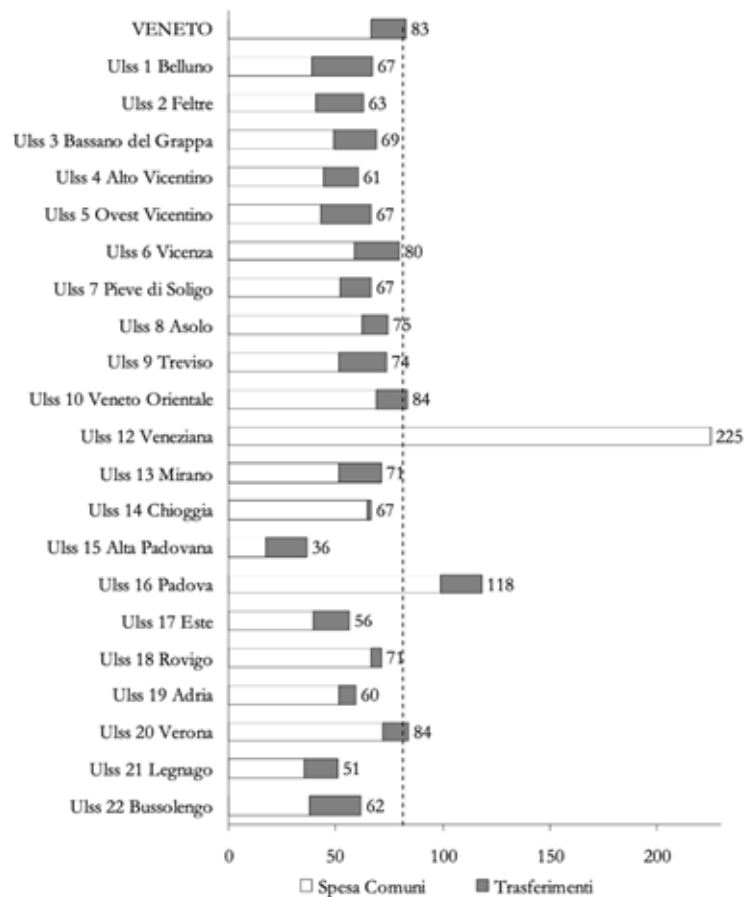


Fig. 2 – Spesa per interventi e servizi sociali gestita dai comuni e delegata, per Ulss, 2006 (pro capite in euro)



Fonte: Barbero Vignola G., Bezze M., Dal Ben G., Vecchiato T. (2009), *La spesa sociale nei comuni del welfare veneto*, «Studi Zancan», 6, pag. 20.

risorse necessarie per l'unitarietà delle risposte. In Veneto raggiungere questo traguardo significa passare da 560 gestioni comunali (in gran parte di piccole dimensioni) a 21 ATS coincidenti con i distretti delle ex Ulss oggi riconfigurate dopo la legge regionale n. 19/2016.

I molti «perché» di questa trasformazione sono motivati dalle norme e dall'urgenza di garantire

maggiori e migliori risposte in condizioni di sostenibilità, economie di scala, riduzione dell'attesa e delle disuguaglianze erogative e altri vantaggi conseguibili con solidarietà istituzionali e gestionali. È «futuro da costruire» oggi e che studi regionali sulla spesa per l'assistenza sociale nel Veneto hanno prefigurato da anni, ad esempio lo studio sul tema «I servizi alla persona nel Veneto: analisi della spe-

sa sociale e potenziali di sviluppo dei sistemi locali di welfare» (finanziata dal Bando di ricerca sanitaria finalizzata della Regione Veneto – anno 2007) realizzato in collaborazione da Az. Ulss 9 Treviso e Fondazione Zancan. Evidenziava, quasi vent'anni fa, le criticità da affrontare e da superare nel territorio regionale. Sono sintetizzate nella figura 2 che descrive i differenziali di spesa sociale pro capite gestita dai comuni aggregati per Az. Ulss e quella delegata nel 2006.

Dalla ricerca emergevano in modo evidente differenziali ingiustificati di comportamento tra comuni veneti, con grandi differenze all'interno delle aggregazioni territoriali coincidenti con le aziende Ulss. In quel momento era apparso naturale chiedersi quali fattori determinavano la propensione di alcuni comuni a spendere di più o di meno per i servizi sociali, rispetto agli altri nel medesimo territorio Ulss, ovvero a spendere di più o di meno da un anno all'altro, senza variazioni significative nella domanda sociale.

Non emergeva inoltre alcuna relazione che giustificasse questi andamenti con indici demografici, di bisogno, di criticità di natura sociale nei più giovani o negli anziani sul totale della popolazione. In sostanza non c'era nessuna correlazione tra gli indici di spesa e gli indici di bisogno delle popolazioni interessate. Successive analisi promosse dalla Fondazione Cariparo in collaborazione con la Fondazione Zancan sui criteri di finanziamento dei sistemi locali di welfare nelle province di Padova e Rovigo (2007) hanno testimoniato diversi ingiustificati dell'andamento della spesa e dei bisogni sociali. Era ed è oggi ancora più urgente attuare il salto di qualità atteso da molti anni e ribadito dal Ddl regionale in discussione in Consiglio regionale.

Note

- 1 «È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese».
- 2 «Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto

che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera».

- 3 Il contributo della Fondazione Cariparo è avvenuto nel quadro dei propri scopi istituzionali di utilità sociale e di promozione dello sviluppo economico del territorio nelle province di Padova e Rovigo.

SUMMARY

Law No. 328/2000 had provided that the management of social services of general interest was entrusted by municipalities to ATSS (Ambiti Territoriali Sociali). The most recent Law No. 234/2021 (Budget Law 2022) says that the essential levels of social services (LEPS) are implemented by the ATSS, which, for this purpose, constitute the necessary forum in which to plan, coordinate, implement and manage the LEPS themselves. The establishment of the ATSS involves, in essence, the completion of a social construction understood as “associated management of municipal policy ownership in social assistance in territorial areas coinciding with health districts. This brings to completion the constitutional design aimed at balancing the two fundamental territorial ownerships to ensure the protection of people’s rights, outlined in Articles 32 (health protection) and 38 (social protection). The former are under regional ownership and the latter under municipal ownership. Over time, the criteria for financing local welfare systems have been characterized by unjustified differences in the quantification of spending and consequent responses to social needs. It was and is therefore urgent today to implement the leap in management capacity that has been awaited for many years.

Tiziano Vecchiato

Livelli essenziali delle prestazioni garantiti dagli ATS

L'essenzialità dei livelli di assistenza sociale (LEPS) si collega a un giudizio politico e tecnico sulle condizioni per meglio rispondere ai bisogni delle persone e delle famiglie. Hanno a che fare con la promozione, il mantenimento, il recupero di benessere sociale. La necessità di garantire i LEPS nasce anche da un giudizio di appropriatezza e capacità nel garantire risposte efficaci ai diritti delle persone. Un livello essenziale delle prestazioni sociali è compiutamente definito quando sono soddisfatte almeno quattro condizioni tecniche e giuridiche: a) le modalità di equo finanziamento (equità di input); b) le modalità di equa erogazione, con dimensionamento organizzativo delle capacità professionali nei territori (equità di output); c) le modalità di valutazione di efficacia, cioè di verifica di quanto il livello di assistenza è efficace per i destinatari, gestendo il difficile passaggio dal diritto a ricevere una prestazione al diritto a ricevere un aiuto efficace (equità di outcome); d) i processi professionali e organizzativi necessari (equità nel comporre diritti e doveri). L'insieme di queste condizioni è soddisfatto quando la quarta dimensione (LEPS processo di servizio) è robusta, affidabile e condivisa a tutti i livelli con i cittadini destinatari dei servizi.

Servizi sociali in ATS capaci di garantirli

Le risposte sociali da garantire negli ATS sono definite dal Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 di conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed

agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59. Al Titolo IV, capo II, art. 128 - *Servizi alla persona e alla comunità* si dice: «Ai sensi del presente decreto legislativo, per 'servizi sociali' si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di

difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia».

Parla delle attività da garantire, precisando che non sono necessariamente finanziate dalla solidarietà fiscale e possono essere «gratuiti o a pagamento». Significa che i servizi sociali non riguardano soltanto «gli aiuti assistenziali» ma per tutta la popolazione interessata a utilizzare «servizi sociali di interesse generale» e avere benefici in termini di inclusione, partecipazione, conciliazione dei tempi di vita e lavoro, sostegno alle responsabilità genitoriali, continuità di vita nella propria casa e molto altro, con risposte di natura universalistica a servizio dei più deboli e di tutta la popolazione.

Poco dopo l'art. 132 rafforza questa prospettiva precisando che: «1. Le regioni adottano, ai sensi dell'articolo 4, comma 5, della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro sei mesi dall'emanazione del presente decreto legislativo, la legge di puntuale individuazione delle funzioni trasferite o delegate ai comuni ed agli enti locali e di quelle mantenute in capo alle regioni stesse. In particolare, la legge regionale conferisce ai comuni ed agli altri enti locali le funzioni ed i compiti amministrativi concernenti i servizi sociali relativi alle seguenti materie: a) i minori, inclusi i minori a rischio di attività criminose; b) i giovani; c) gli anziani; d) la famiglia; e) i portatori di handicap, i non vedenti e gli udollesi; f) i tossicodipendenti e alcolodipendenti; g) gli invalidi civili».

In sostanza i comuni con gli ATS devono garantire sistemi organizzati di risposte per affrontare i problemi vitali e sociali riconducibili alle «funzioni e compiti» indicati dalla norma. Il campo di intervento non è ridotto all'assistenza sociale tradizionale che salvaguarda la tutela dei più deboli nella più ampia missione istituzionale dei comuni per dare risposte sociali utilizzando la missione gestionale degli ATS.

Come evolve il disegno strategico dell'integrazione sociosanitaria

Nel quadro evolutivo appena descritto, il punto di forza del Veneto è l'esperienza di programma-

zione e gestione integrata delle risposte sociosanitarie. Nel futuro sarà interpretata utilizzando le indicazioni delle deleghe di gestione che hanno caratterizzato le risposte sociosanitarie. La prima è: non bisogna confondere il mezzo (la delega) con il fine (le risposte integrate). Non sarà necessario riutilizzare le deleghe se converrà negoziare e concertare in modi più incisivi le risposte integrate e i relativi costi di gestione e funzionamento dei servizi. La delega è uno strumento giuridico che in certi casi si è rivelato debole, pur avendo forza negoziale. Spesso, infatti, il delegare è stato inteso come «affidare ad altri» le proprie responsabilità. È così venuto meno il controllo diretto con adeguate capacità di verificare il merito e le modalità di rendicontazione dei risultati conseguiti, a fronte delle risorse conferite. Per questo è opportuno ripensare la delega con strumenti in grado di rafforzare l'integrazione sociosanitaria e misurare i risultati per i cittadini e verificare la sostenibilità delle risorse utilizzate.

Sarà inoltre più chiara la negoziazione tra gli enti titolari (la regione e i comuni) e tra gli enti gestori delle risposte (le Aulss, i distretti sanitari e gli ATS). L'esperienza accumulata nella programmazione e rendicontazione dei risultati non potrà che migliorare il modello veneto. In questo quadro anche le indicazioni nazionali sui Lea sociosanitari aiutano a meglio finalizzare le soluzioni nelle aree tradizionali, indicate dal Dlgs. n. 229/1999 e dalla legge n. 328/2002¹ e nelle aree di bisogno emerse successivamente. Nel tempo, infatti, si sono aggiunte condizioni di bisogno sociosanitario riconducibili ai problemi complessi delle persone e famiglie che sostengono cure di lungo periodo.

La sfida da affrontare è descritta nella figura 1, dove è delineato l'arco metodologico per qualificare le pratiche professionali sociali, sanitarie e sociosanitarie. Il peggio può accadere quando prevale il «bypass dei prestazionisti», cioè degli operatori e dei servizi che si accontentano di fare diagnosi e prescrizioni. In questo modo separano le responsabilità di fare e quelle di pagare. Prevalle l'approccio di *output* (erogazione di prestazioni) e non quella di *outcome* (costruzione di soluzioni) necessari per conseguire benefici misurabili con indici di costo/efficacia.

Per superare questa patologia organizzativa si possono adottare pratiche professionali capaci di



|

Fig. 1 – L’arco metodologico: una metodologia clinica e organizzativa

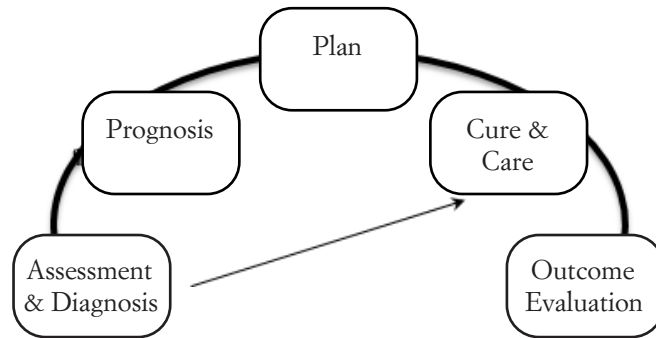


Fig. 2 – ISL/PRISL: il passaggio a una visione globale dei Lea

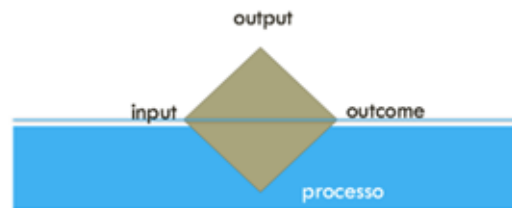
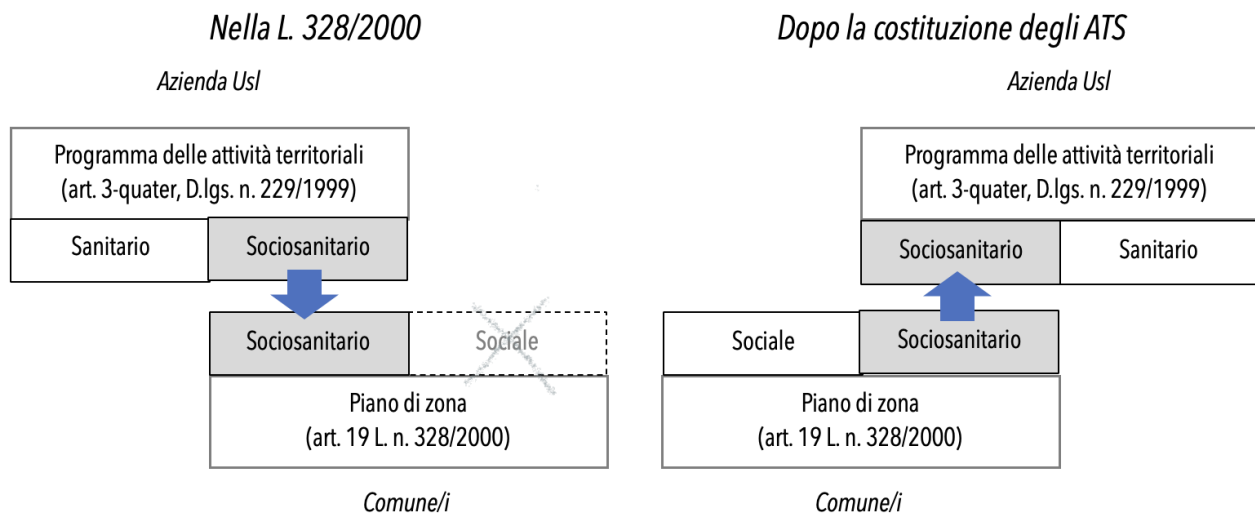


Fig. 3 – La programmazione a livello territoriale



gestire i passaggi fondamentali del curare e prendersi cura, passando dal diagnosticare al prognosticare esiti raggiungibili, al costruire accordi di risultato e di esito con i beneficiari, per poi condividere le responsabilità necessarie per realizzare, monitorando e verificando i risultati e gli esiti/benefici raggiunti. È un vero e proprio banco di prova per affinare le capacità. L’arco, infatti, è un «Lea

e un processo da garantire» per ottimizzare l’azione dei servizi, per non sprecare risorse, per la sostenibilità dei sistemi territoriali di welfare.

Le garanzie di processo normalmente non si vedono (nella figura 2 sono nascoste sotto il filo del liquido che sostiene tutto il resto) ma contribuiscono a fare la differenza necessaria per gestire le responsabilità, le capacità, le risorse assegnate (l’*input*), la loro trasformazione in risposte di ser-



vizio (*l'output*), il conseguimento dei benefici per i destinatari (*l'outcome*). Senza il «Lea/ processo» le sole capacità professionali non possono garantire gestioni efficienti ed efficaci ma solo prestazioni disperse di capacità e risorse.

Il disegno strategico e organizzativo della regione Veneto, come sappiamo, è stato poi riproposto dalla legge nazionale n. 328/2000, indicando i piani di zona come condizione necessaria per promuovere l'integrazione delle risposte sociali e sociosanitarie. Il modello operativo originale e quello attuale è descritto nella fig. 3. A sinistra è delineato il percorso decisionale dei piani di zona considerando la materia sociosanitaria e le necessarie quote di finanziamento di fonte sanitaria e sociale. A destra è delineato il percorso decisionale che i piani di zona devono realizzare dopo la costituzione degli ATS, privilegiando l'intero sistema delle risposte sociali, di cui il sistema delle risposte sociosanitarie è una delle componenti più importanti. Il quadro finale dovrà cioè delineare le condizioni di attuazione dei e, in una sezione dedicata, l'attuazione dei Lea sociosanitari, garantiti di comune intesa con i distretti di riferimento.

Nuovi modelli di gestione delle risposte sociosanitarie

Nella discussione sulle sperimentazioni gestionali prima citata, sono state delineate quattro possibilità, intese come idealmente possibili e quindi da avere in mente da chi è interessato a sperimentare nuove soluzioni. Si parte dalla natura delle risposte da gestire, che sinteticamente sono:

- prestazioni sanitarie di cui ai livelli essenziali di assistenza (Dpcm 29 novembre 2001 e seguenti);
- prestazioni a elevata integrazione sociosanitaria (art. 3-septies, comma 5, del Dlgs. n. 229/1999);
- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (art. 3-septies, comma 2, lettera a, del Dlgs. 229/1999);
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (art. 3-septies, comma 2, lettera b, del Dlgs. 229/1999) con delega;
- prestazioni e interventi sociali di cui ai livelli essenziali, art. 22 della legge n. 328/2000;
- altre prestazioni e interventi sociali.

Le successive modellizzazioni adottabili per comporre in modi integrati le titolarità istituziona-

li e le responsabilità gestionali dei servizi sociosanitari sono almeno 4:

- il modello con delega da parte dei comuni a doppia attribuzione cioè alla Aulss (per le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria) o all'ATS (per le prestazioni sociali);
- il modello con gestione separata (Aulss per le prestazioni sanitarie, sociosanitarie a elevata integrazione e sanitarie a rilevanza sociale; ATS per le prestazioni sociali e sociali a rilevanza sanitaria);
- il modello basato su accordi gestionali tra soggetti titolari e/o gestionali per quanto attiene all'integrazione sociosanitaria;
- il modello che riprende l'idea di gestione unitaria di tutti i servizi alle persone con una soluzione giuridica unificante che gestisce tutte le prestazioni. Come si vede, il quadro è aperto a più possibilità, sulla base dei contenuti tecnici e professionali delle risposte da garantire. Su scala italiana, abbiamo visto che le quattro possibilità di modellizzazione non sono potenziali, perchè hanno trovato in alcune realtà regionali condizioni di attuazione che abbiamo considerato in modo comparativo. I gradi di incertezza nell'adottare le future soluzioni, possono quindi contare su esperienze che consentono di meglio interpretare la sfida.

L'essenzialità dei livelli di assistenza sociale si collega a un giudizio politico e tecnico sulle condizioni per meglio rispondere ai bisogni delle persone e delle famiglie. Hanno a che fare con la promozione, il mantenimento, il recupero di benessere sociale. La necessità di garantire i nasce anche da un giudizio di appropriatezza e capacità nel garantire risposte efficaci ai diritti delle persone. Un livello essenziale delle prestazioni sociali è compiutamente definito quando sono soddisfatte almeno quattro condizioni tecniche e giuridiche: a) le modalità di equo finanziamento (equità di *input*); b) le modalità di equa erogazione, con dimensionamento organizzativo delle capacità professionali nei territori (equità di *output*); c) le modalità di valutazione di efficacia, cioè di verifica di quanto il livello di assistenza è efficace per i destinatari, gestendo il difficile passaggio dal diritto alla prestazione al diritto alla soluzione (equità di *outcome*); d) i processi professionali e organizzativi necessari (equità nel comporre diritti e doveri con « processo» basati sull'arco metodologico).

Le prime tre condizioni compongono la filiera

«input, output, outcome». La quarta condizione è meglio caratterizzabile nella filiera dell'arco metodologico, dove comporre in modo armonico 5 passaggi: «1. Valutazione del bisogno/capacità (diagnosi sociale), 2. Prognosi di esito (benefici attesi), 3. Accordi di risultato e di esito (con sistemi di responsabilità professionali e personali), 4. Curare e Prendersi cura (il sistema delle attività), 5. Valutazione di efficacia (gli esiti verificati)». Sono passaggi impegnativi e sfidanti per ogni modello di gestione.

Livelli di assistenza in ATS capaci di garantirli

Il significato dei livelli di assistenza è importante perché simboleggia la capacità di garantire i diritti delle persone. Sul piano tecnico e professionale servono metriche adeguate, capaci di accertare se chi eroga i servizi lo fa in maniera coerente con i bisogni e i diritti, bilanciando le capacità di risposta con le risorse a disposizione. È un traguardo politico e sociale che richiede un saper bilanciare l'input economico, l'output di servizio, l'outcome sociale. Il meglio si ottiene misurando gli indici di costo/risultato e di costo/efficacia, certificando l'effettiva capacità di garantire i in modi efficaci e sostenibili.

Per operare così nel sociale sono determinanti micro sistemi di fiducia che facilitano relazioni di aiuto basate sulla reciprocità, sull'aiutare ad aiutarsi componendo le capacità professionali con quelle delle persone e delle famiglie destinatarie dei servizi, cioè investendo nel passaggio *dall'io al noi*. Per verificare se un livello essenziale di assistenza è garantito conviene considerare tre parametri:

- l'entità e ripartizione del finanziamento per diverse tipologie di bisogno (con l'albero delle risorse);

- le modalità di erogazione delle risposte, dimensionate per territorio e per popolazione (con Sisclass, un sistema di classificazione in grado di leggere l'equità erogativa);

- le modalità di valutazione di efficacia e di costo/efficacia (con modalità Personalab che consentono di fare questa valutazione).

L'insieme di condizioni è soddisfatto quando la quarta dimensione (processo) è robusta, affi-

dabile e condivisa con protocolli professionali e organizzativi che promuovono tutte le responsabilità necessarie. Se invece prevale il «bypass dei prestazionisti», aumentano i costi ingiustificati e le prestazioni prevalgono sulle soluzioni. Per evitare questo rischio è quindi importante utilizzare l'arco metodologico, per comporre in modi appropriati l'azione professionale e organizzativa con modalità basate sul «concorso al risultato» di tutti gli aventi interesse. La sfida maggiore si concentra sul garantire risposte domiciliari e intermedie, cioè negli spazi comunitari che si posizionano tra le case delle persone e le sedi di erogazione dei servizi. È infatti nella casa e nella comunità che si può meglio valorizzare il concorso delle responsabilità e delle capacità necessarie per affrontare i problemi negli «Ambiti territoriali sociali». Non si tratta di erogare beneficenza pubblica ma di garantire livelli essenziali di assistenza sociale capaci di aiutare e promuovere lo sviluppo umano e sociale nei territori.

I risultati attesi hanno a che fare con servizi sociali di qualità, equamente distribuiti nei territori, con professionalità che trasformano le erogazioni in soluzioni, con economie di scala, con l'aiuto ad aiutarsi. Tutto questo può essere documentato nei bilanci economici e sociali che, insieme, evidenziano come sono state soddisfatte le finalità istituzionali e sociali. Le abbiamo in precedenza espresse in termini di «titolarità» e «gestione». La titolarità ha a che fare con le responsabilità istituzionali dei comuni nei confronti dei propri cittadini, mentre la gestione ha a che fare con le responsabilità manageriali e professionali di quanti operano nell'ATS per le comunità locali.

Note

- 1 Cioè materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcol e farmaci, patologie derivate da Hiv, patologie oncologiche, particolarmente per la fase terminale, inabilità o disabilità derivanti da patologie cronico-degenerative.
- 2 Bezze M., Faenzi G., Lippi A., Paganelli L., Pompei A. e Vecchiato T. (2005), *La classificazione dei servizi e degli interventi sociali*, in «Studi Zancan», 2, pp. 91-131.



SUMMARY

The essentiality of levels of social assistance (Leps) is related to a political and technical judgment about the conditions for better meeting the needs of individuals and families. They have to do with the promotion, maintenance, and recovery of social welfare. The need to guarantee Leps also stems from a judgment of appropriateness and capacity in ensuring effective responses to people's rights. An essential level of social benefits is fully defined when at least four technical and legal conditions are met: (a) the modalities of equitable financing (input equity); (b) the modalities of equitable delivery, with organizational sizing of professional capacities in the territories (output equity); (c) the modalities of evaluation of effectiveness, that is, of verification of how effective the level of care is for the recipients, managing the difficult transition from the right to receive a benefit to the right to receive effective help (outcome equity); and (d) the necessary professional and organizational processes (equity in composing rights and duties. The set of these conditions is met when the fourth dimension (Leps service process) is robust, reliable and shared at all levels with the citizens receiving services.



Maria Bezze e Devis Geron

Grandezze in gioco e scenari futuri

Il passaggio alla gestione associata degli interventi e servizi sociali dei comuni comporta scelte strategiche e operative legate a diversi aspetti: quali servizi diventano oggetto di gestione associata, con quali modalità organizzative e gestionali, con quante risorse umane e materiali. Per strutturare la gestione associata, è necessario conoscere lo «status quo» di partenza, cioè gli attuali volumi di risorse economiche disponibili per la futura gestione associata e l'attuale distribuzione territoriale dei servizi sociali gestibili in forma associata. Dalle fonti documentali emerge che sia la spesa comunale pro capite sia la diffusione territoriale dei diversi servizi presentano variabilità non solo tra diversi ambiti territoriali, ma anche tra diversi comuni all'interno di ciascun ambito. Come evidenziato dalle simulazioni di scenari futuri, le scelte strategiche adottate (quanti e quali servizi gestire in forma aggregata, con quali modalità, ...) a partire dalle risorse disponibili determineranno le future gestioni associate in termini economici e di capacità di offerta nei diversi territori.

Da dove partire

Il passaggio alla gestione associata degli interventi e servizi sociali dei comuni comporta scelte strategiche e operative che riguardano molteplici aspetti, tra cui quanti e quali servizi diventano oggetto di gestione associata, con quali modalità organizzative e gestionali, quante risorse umane e materiali sono necessarie. Sono questioni da considerare nella fase di strutturazione di una organizzazione sovracomunale che si occupa della gestione associata degli interventi e dei servizi sociali.

In vista delle scelte da adottare, un aspetto da conoscere preliminarmente riguarda i potenziali vo-

lumi di risorse economiche in gioco, ossia l'attuale spesa per gli interventi e servizi sociali comunali che potranno diventare potenzialmente oggetto di gestione associata a livello di ambito territoriale sociale. Si tratta infatti di un aspetto conoscitivo rilevante, seppur non esclusivo, nel momento in cui l'Ambito territoriale sociale (ATS) dovrà garantire una migliore gestione della spesa sociale e l'organizzazione delle risposte finalizzate alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza sociale.

Il dato sulla spesa sociale è ricostruibile, quanto meno per una prima indicazione, ricorrendo a documentazione già prodotta dagli enti locali, che abbia carattere di continuità nel tempo (consentendo così di produrre analisi longitudinali) e che

consenta di comparare il più possibile le stesse funzioni sociali. Le fonti che soddisfano questi criteri sono:

- la rilevazione sui fabbisogni standard, necessaria per determinare il fabbisogno finanziario necessario a ciascun ente per poter svolgere le funzioni fondamentali attribuite, in base alle caratteristiche territoriali, agli aspetti sociodemografici della popolazione residente e alle caratteristiche strutturali dell'offerta dei servizi;

- i bilanci consuntivi che forniscono i rendiconti finanziari delle entrate (accertate e riscosse, in conto competenza e in conto residui), articolate per titoli, tipologie e categorie, e delle spese (impegnate e pagate, in conto competenza e in conto residui), distinte per missioni, programmi, titoli e macroaggregati. Si tratta di una fonte che si caratterizza per essere: un atto ufficiale e validato amministrativamente; ricorsiva, in quanto la sua predisposizione annuale è obbligatoria per legge; uniforme nei contenuti, in quanto la sua predisposizione si basa su un modello utilizzato da tutti i comuni sulla base delle indicazioni del Ministero dell'economia e delle finanze. I dati relativi ai certificati del conto di bilancio degli enti locali sono forniti dal Ministero dell'economia e delle finanze attraverso la Banca dati delle amministrazioni pubbliche (BDAP);

- l'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali realizzata dall'Istat, in collaborazione con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, le Regioni e le Province autonome, che a partire dal 2003 rileva, a cadenza annuale, informazioni sugli utenti e sulla spesa sostenuta dai comuni per i servizi che erogano singolarmente e/o in associazione con altri, restituendo un quadro delle politiche di welfare gestite a livello locale e di chi li finanzia. I dati raccolti presso i comuni vengono sottoposti ad attività di controllo, correzione e validazione da parte dell'Istat.

Si tratta di fonti diverse per finalità, contenuti, metodologia di raccolta del dato e livello di dettaglio delle informazioni fornite. Ad esempio, l'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali fornisce informazioni molto analitiche rispetto a come viene allocata la spesa sociale e agli utenti serviti. Tuttavia, si tratta di dati difficilmente comparabili con quelli di tipo amministrativo che certificano ufficialmente le spese (impegnate, ac-

certate e liquidate) negli esercizi finanziari. Le due fonti, cioè, corrono su canali informativi paralleli e ognuna dà più o meno rilevanza alla formalizzazione amministrativa dei valori in essa contenuti.

I valori in gioco

Secondo l'ultima rilevazione disponibile sui fabbisogni standard relativa al 2019¹, per i comuni del Veneto la funzione «sociale e nidi» presentava una spesa storica, cioè quanto effettivamente speso dal comune in un anno per i servizi considerati al netto della compartecipazione degli utenti e degli interessi passivi, inferiore a quella standard, ovvero quello che dovrebbe spendere in base alle caratteristiche territoriali, agli aspetti socio-demografici e ai servizi offerti, del 4,8%: la prima ammontava a 584.579.317 euro, pari a 119,81 euro pro capite, la seconda a 613.826.613 euro, corrispondente a 125,81 euro per abitante.

Considerando più nello specifico i bilanci consuntivi e quanto risulta dall'indagine censuaria sugli interventi e sui servizi sociali dei comuni emergono volumi di spesa differenti, ma indicativi degli ordini di grandezza in gioco (tab. 1).

Sulla base dei più recenti dati Istat disponibili, nel 2020 la spesa comunale totale per interventi e servizi sociali, comprensiva dei servizi 0-3 (nidi e servizi integrativi), nelle province di Padova e Rovigo ammontava a: 18 milioni nell'ATS VEN_15 (70 euro pro capite), 68,9 milioni nell'ATS VEN_16 (139 euro pro capite), 13,2 milioni di euro nell'ATS VEN_17 (pari a 74 euro in media per residente nel territorio dell'Ambito), 18,5 milioni nell'ATS VEN_18 (112 euro pro capite) e 6,1 milioni di euro nell'ATS VEN_19 (88 euro pro capite)².

Dai bilanci consuntivi dei comuni, nel 2022 gli impegni di spesa per «Diritti sociali, politiche sociali e famiglia» (al netto delle spese per il servizio necroscopico e cimiteriale) ammontavano a: 20,2 milioni nell'ATS VEN_15 (78 euro pro capite), 82,8 milioni nell'ATS VEN_16 (167 euro pro capite), 18,1 milioni di euro nell'ATS VEN_17 (pari a 102 euro pro capite), 22,6 milioni nell'ATS VEN_18 (137 euro pro capite) e 7,4 milioni di euro nell'ATS VEN_19 (107 euro pro capite).



Tab. 1 – Spesa comunale per interventi e servizi sociali, per ATS delle province di Padova e Rovigo, valori in euro

	Istat 2020 - Spesa comunale		Bilancio consuntivo 2022
	Senza servizi 0-3	Con servizi 0-3	Con servizi 0-3
ATS Ven_15	17.232.284 67 pro capite	18.021.467 70 pro capite	20.163.004 78 pro capite
ATS Ven_16	58.284.671 118 pro capite	68.931.098 139 pro capite	82.780.819 167 pro capite
ATS Ven_17	11.813.896 66 pro capite	13.215.146 74 pro capite	18.110.126 102 pro capite
ATS Ven_18	16.297.563 99 pro capite	18.489.714 112 pro capite	22.588.152 137 pro capite
ATS Ven_19	5.318.620 77 pro capite	6.087.354 88 pro capite	7.422.780 107 pro capite

Fonte: elaborazione su dati Istat e Ministero dell'economia e delle finanze.

Il dato complessivo a livello di ambito nasconde tuttavia differenze intra-ATS, che restituiscono un quadro eterogeneo. Considerando la quota di spesa sociale sostenuta dai comuni (al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale), nel 2020:

- nell'ATS VEN_15, la spesa sociale comunale variava tra 48 e 97 euro pro capite tra il comune con il valore minimo e quello con il valore massimo; il 61% dei comuni dell'ambito presentava un valore di spesa pro capite inferiore alla media dello stesso;

- nell'ATS VEN_16, la spesa sociale comunale era compresa tra 40 e 167 euro pro capite (tra 40 e 123 euro pro capite escludendo la città capoluogo); nel 90% dei comuni il valore era inferiore alla media di ambito;

- nell'ATS VEN_17, la spesa sociale comunale oscillava tra 22 e 114 euro pro capite e il 61% dei comuni presentava un valore inferiore alla media di ambito;

- nell'ATS VEN_18, la spesa sociale comunale variava tra 50 e 142 euro pro capite (escludendo un comune che presenta un valore pro capite pari a 831 euro, non comparabile rispetto ai valori degli altri comuni); il 65% dei comuni dell'ATS presentava un valore inferiore alla media di ambito;

- nell'ATS VEN_19, la spesa sociale comunale era compresa tra 23 e 110 euro pro capite, con il 60% dei comuni dell'ATS che presentava un valore inferiore alla media di ambito.

Emerge quindi una significativa variabilità nelle risorse destinate dai comuni ai servizi sociali, con

un rapporto tra spesa pro capite massima e minima nei comuni dell'ambito che nel 2020 era circa: 2 a 1 nell'ATS VEN_15; 4 a 1 nell'ATS VEN_16; 5 a 1 nell'ATS VEN_17; 3 a 1 nell'ATS VEN_18; 5 a 1 nell'ATS VEN_19 (figg. 1-5).

Principi guida e criteri per la gestione associata

Per passare da una gestione monocomunale dei servizi sociali a una sovracomunale affidata ad un soggetto terzo con personalità giuridica (consorzio, azienda speciale consortile), è utile tracciare il processo tenendo conto di alcuni principi-guida di riferimento, ossia:

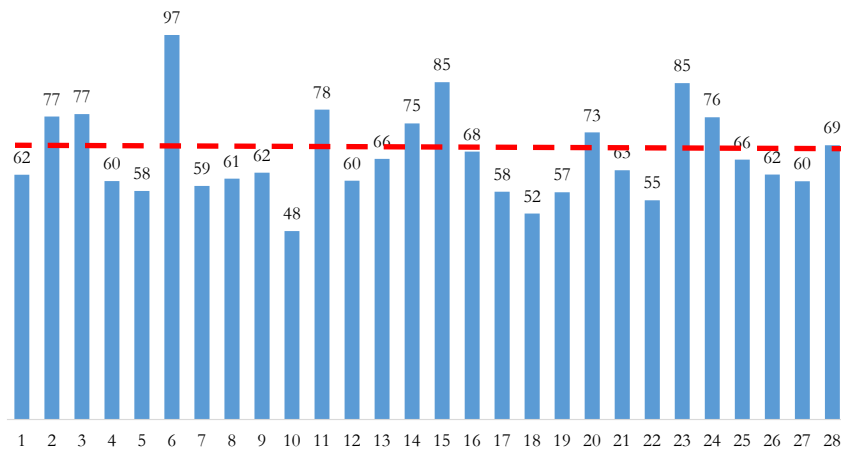
- la gradualità: significa realizzare una gestione associata progressiva, da una forma basica a una forma più complessa, che si sviluppa nel medio-lungo periodo;

- la sostenibilità della gestione associata, cioè individuare funzioni e attività sociali che possono essere effettivamente gestite in modo associato tenuto conto delle infrastrutture (servizi e interventi presenti e relativi volumi di attività, risorse professionali, organizzazione, ...) disponibili;

- l'economicità: realizzare una gestione associata che a parità di interventi erogati non comporti oneri ulteriori, ma una riduzione o quantomeno un mantenimento della spesa, o nel caso di un aumento dei costi generi un aumento (almeno proporzionale), quantitativo e qualitativo, dei servizi resi ai cittadini;

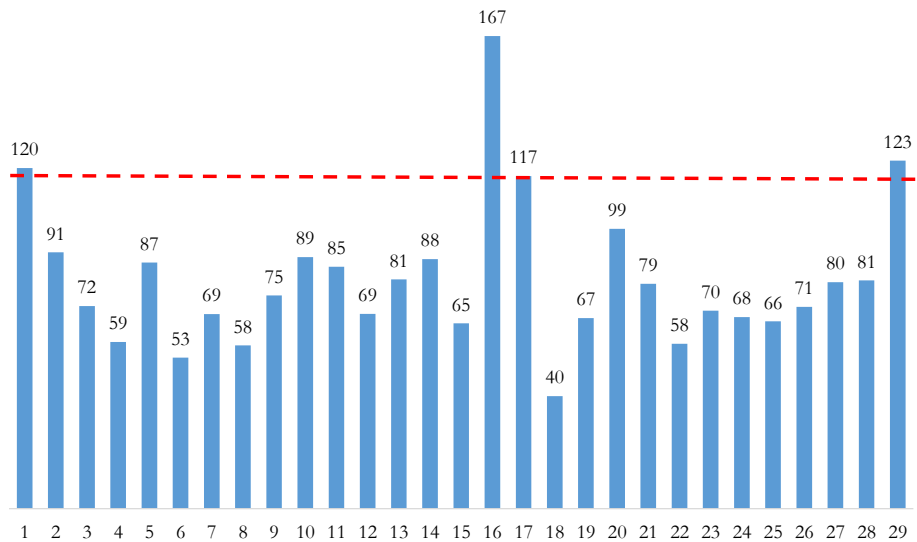


Fig. 1 – Spesa sociale comunale nei comuni dell’ATS VEN_15, valori pro capite, 2020



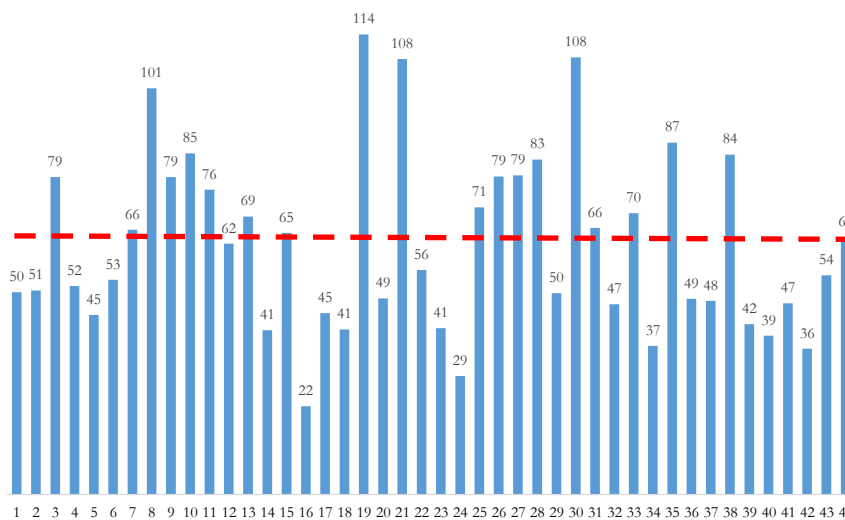
Fonte: elaborazione su dati Istat, <http://dati.istat.it/>.

Fig. 2 – Spesa sociale comunale nei comuni dell’ATS VEN_16, valori pro capite, 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, <http://dati.istat.it/>.

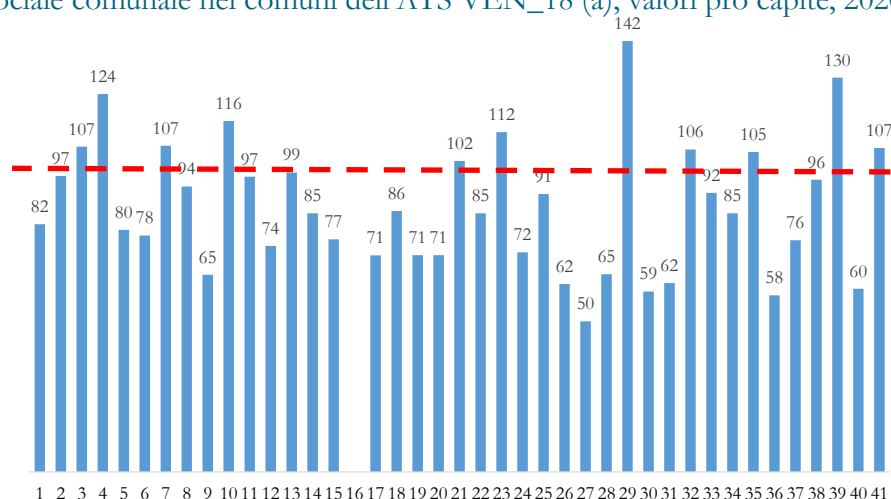
Fig. 3 – Spesa sociale comunale nei comuni dell’ATS VEN_17, valori pro capite, 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, <http://dati.istat.it/>.



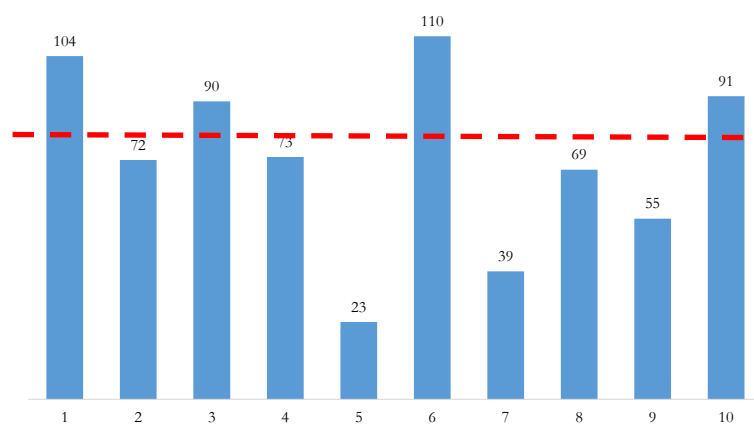
Fig. 4 – Spesa sociale comunale nei comuni dell’ATS VEN_18 (a), valori pro capite, 2020



(a) Per esigenze di rappresentazione grafica, non viene rappresentato il valore pro capite rilevato in un comune, in quanto fuori scala rispetto ai valori degli altri comuni.

Fonte: elaborazione su dati Istat, <http://dati.istat.it/>.

Fig. 5 – Spesa sociale comunale nei comuni dell’ATS VEN_19, valori pro capite, 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, <http://dati.istat.it/>.

- l’equità territoriale, ovvero la garanzia che all’interno del territorio dell’ambito siano assicurate le stesse condizioni di accesso ai servizi, le stesse modalità di presa in carico e le stesse risposte, a parità di bisogno;

- la valorizzazione delle competenze professionali per facilitare una presa in carico uniforme, nella logica di livello essenziale di processo, e più efficace delle persone e delle famiglie del territorio.

Considerando in particolare il principio della gradualità, si possono seguire diversi criteri di riferimento (anche compresenti) per realizzare la gestione associata in forma progressiva, partendo ad esempio da un sottoinsieme iniziale di interventi/servizi per poi ampliare nel tempo la platea dei servizi gestiti dall’ambito territoriale sociale. Sono criteri riconducibili a:

- la natura degli interventi e servizi: la gestione associata può riguardare i soli interventi/servizi di area sociale, oppure includere ad esempio anche servizi di area educativa (nidi e servizi integrativi), per la casa, ecc.;

- le funzioni da ricondurre alla gestione associata, che possono essere di natura organizzativa, amministrativa, professionale;

- le modalità di gestione dei servizi, distinguendo tra servizi a gestione diretta e servizi a gestione indiretta, prevedendo in via preliminare il passaggio alla gestione associata degli uni piuttosto che degli altri, a seconda della complessità procedurale nel passaggio all’ATS;

- il target, trasferendo in prima battuta la gestione in capo all’ATS dei servizi afferenti a una o più aree di utenza/bisogno (minori e famiglia, persone

anziane, persone con disabilità, persone in condizioni di povertà e marginalità, ...);

- il livello di diffusione dei servizi/interventi nel territorio, focalizzando la gestione associata sui servizi più diffusi tra i comuni dell'ambito territoriale per includere successivamente anche i servizi meno frequenti;

- il livello di innovatività dei servizi da demandare alla gestione associata: si possono considerare i soli servizi attualmente erogati («status quo») o includere anche interventi di natura più innovativa, rendendo in tal caso la gestione associata un'opportunità di innovazione sociale.

Possibili effetti del passaggio alla gestione associata

Tra i criteri elencati in precedenza, si può considerare in particolare il livello attuale di diffusione dei servizi/interventi fra i comuni appartenenti allo stesso ambito territoriale, attraverso una mappatura preliminare della presenza/assenza nei singoli comuni dell'ambito.

Tale mappatura può essere fatta sulla base dell'indagine periodica dell'Istat sulla spesa sociale dei comuni italiani che come indicato in precedenza offre, rispetto alle altre due fonti già disponibili, un notevole livello di dettaglio degli interventi e servizi sociali erogati (ne sono contemplati 76 in tutto) suddivisi per tipologia (interventi e servizi, contributi economici, strutture) e per area di bisogno (famiglia e minori; disabili; dipendenze; anziani; immigrati, Rom, Sinti e Caminanti; povertà, disagio adulti e senza dimora; multiutenza)³. Sulla base di questi dati, è possibile realizzare una «mappatura» dei servizi (diretti all'utenza, escludendo quindi azioni di sistema/organizzative) presenti tra i comuni dei 3 ATS padovani e dei 2 ATS rodigini. La tabella 2 riporta in particolare i servizi mappati più diffusi, ossia presenti in almeno l'80% dei comuni di ciascun ambito⁴.

Nel padovano la mappatura relativa all'anno 2020 restituisce un quadro caratterizzato da:

- un insieme di servizi (ad esempio il servizio sociale professionale per i diversi target) la cui diffusione è relativamente elevata (essendo presenti in almeno l'80% dei comuni afferenti al rispettivo Ambito territoriale sociale) in tutti i 3 ATS;

- una relativa eterogeneità tra i 3 ATS, dall'ATS VEN_15 in cui molti servizi sono presenti nella totalità dei comuni del territorio, all'ATS VEN_17 in cui un numero minore di servizi (riconducibili all'area della disabilità) sono presenti nella totalità dei comuni del territorio.

Nella provincia di Rovigo la mappatura per il 2020 restituisce un quadro complessivo caratterizzato da un tasso di diffusione relativamente ridotto per alcuni servizi (ad esempio, il servizio sociale professionale in area povertà non arriva a coprire tre quarti dei comuni nell'ATS 18 né nell'ATS 19) e da una prevalenza, tra i servizi presenti nella totalità dei comuni del territorio, di quelli riconducibili all'area della disabilità, perlopiù di natura sociosanitaria.

A partire dai servizi più diffusi territorialmente, è possibile mettere a confronto lo scenario attuale (status quo) e ipotetici scenari nella futura gestione associata, considerando per ogni servizio alcuni parametri di riferimento: la spesa media per residente – pro capite, il numero di utenti per mille abitanti residenti e la spesa media per utente.

I dati messi a disposizione dall'indagine Istat sugli interventi e servizi sociali consentono di calcolare, per ciascun servizio, il valore dei parametri di riferimento per ogni comune – ricavandone così un quadro della distribuzione intercomunale (valore minimo, medio e mediano, massimo) nel territorio – e per l'ambito nel suo insieme, ossia il valore medio totale a livello dell'ambito.

Considerando uno dei servizi presenti nella (quasi) totalità dei comuni sia nei 3 ATS padovani (nel 100% dei comuni degli ambiti VEN_15 e VEN_16, nel 95% dei comuni dell'ambito VEN_17) sia nei 2 ATS polesani (nel 100% dei comuni degli ambiti VEN_18 e VEN_19), ossia il servizio sociale professionale nell'area «famiglia e minori», i valori di spesa pro capite, utenti per 1.000 abitanti e costo medio/utente mostrano una marcata eterogeneità sia tra ATS sia tra comuni appartenenti al medesimo ATS. Ad esempio, la spesa pro capite per il servizio sociale minori nel 2020 variava: tra 0,93 euro e 1,42 euro nell'ATS VEN_15; tra 0,48 euro e 6,32 euro nell'ATS VEN_16; tra 0,05 euro e 4,24 euro nell'ATS VEN_17; tra 0,66 euro e 5,28 euro nell'ATS VEN_18; tra 0,58 euro e 2,37 euro nell'ATS VEN_19.

Nel passaggio alla gestione associata di ambito,



Tab. 2 – Mappatura dei servizi per livello di diffusione (percentuale di presenza) nei comuni, per ATS delle province di Padova e Rovigo

ATS	In tutti i comuni (100%)	99-90% dei comuni	89-80% dei comuni
VEN_15	Assistenza domiciliare socio-assistenziale [Area Anziani] Servizio sociale professionale [Area Anziani; Minori; Povertà] Contributi e integrazioni retta centri diurni; Contributi e integrazioni retta strutture residenziali; Sostegno all'inserimento lavorativo; Sostegno socio-educativo scolastico; Sostegno socio-educativo territoriale/domiciliare [Area Disabilità] Contributi e integrazioni retta strutture residenziali; Contributi per l'affido familiare; Servizio per l'affidamento familiare [Area Minori] Contributi e integrazioni retta strutture residenziali [Area Povertà]	Contributi e integrazioni retta altre prestazioni semi-residenziali; Nidi e sezioni primavera [Area Minori] Altre attività di integrazione sociale [Area Povertà]	Contributi integrazione reddito familiare [Area Minori]
VEN_16	Servizio sociale professionale [Area Anziani; Area Minori] Altri centri e strutture residenziali; Altri contributi economici; Contributi e integrazioni retta per centri diurni; Contributi per l'inserimento lavorativo; Sostegno all'inserimento lavorativo; Sostegno socio-educativo scolastico [Area Disabilità] Altre attività di integrazione sociale [Area Povertà]	Servizio sociale professionale [Area Povertà; Area Disabilità] Sostegno socio-educativo territoriale/domiciliare; Altre attività di integrazione sociale [Area Minori]	Servizio sociale professionale [Area Immigrati] Contributi integrazione reddito familiare [Area Minori] Assistenza domiciliare socio-assistenziale [Area Anziani]
VEN_17	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario; Sostegno socio-educativo scolastico; Contributi per l'inserimento lavorativo; Contributi e integrazioni retta centri diurni [Area Disabilità]	Servizio sociale professionale [Area Anziani; Area Minori] Contributi e integrazioni retta strutture residenziali; Sostegno all'inserimento lavorativo [Area Disabilità] Servizio per l'affidamento familiare; Servizio sociale professionale; Sostegno socio-educativo territoriale/domiciliare [Area Minori]	Servizio sociale professionale [Area Disabilità; Area Povertà] Assistenza domiciliare socio-assistenziale [Area Anziani] Segretariato sociale / porta unitaria per l'accesso ai servizi [Area Multiutenza]
VEN_18	Servizio sociale professionale [Area Disabilità; Area Minori] Sostegno socio-educativo scolastico; Sostegno all'inserimento lavorativo; Centri diurni [Area Disabilità] Attività di sostegno alla genitorialità [Area Minori] Altre attività di integrazione sociale [Area Dipendenze]	Servizio sociale professionale [Area Anziani] Contributi e integrazioni retta strutture residenziali; Servizio per l'affidamento familiare [Area Minori] Strutture residenziali [Area Povertà]	Assistenza domiciliare socio-assistenziale [Area Anziani]
VEN_19	Servizio sociale professionale [Area Disabilità; Area Minori] Servizio per l'affidamento familiare; Attività di sostegno alla genitorialità [Area Minori] Sostegno socio-educativo scolastico; Sostegno all'inserimento lavorativo; Contributi per l'inserimento lavorativo; Centri diurni [Area Disabilità] Altre attività di integrazione sociale [Area Dipendenze]	Altre attività di integrazione sociale [Area Disabilità]	Altre attività di servizio sociale professionale; Contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali; Contributi a integrazione del reddito familiare [Area Minori]

il servizio sociale minori continuerebbe a essere garantito in tutti i territori comunali afferenti, ma molto probabilmente varierebbero le modalità di gestione/erogazione degli interventi.

Quali valori potrebbero quindi assumere le grandezze di spesa/utenza considerate, a livello di ATS? Potrebbero verificarsi due scenari:

- se la gestione associata riproducesse semplicemente la «somma» delle gestioni dei diversi comuni afferenti (l'attuale «status quo» a livello di Ambito), i valori di spesa/utenza dell'ATS coinciderebbero con i totali d'ambito attuali;
- in alternativa, il passaggio alla gestione associata potrebbe comportare parametri di spesa/utenza differenti.

In questo secondo scenario, potrebbe ad esempio determinarsi un livello di spesa totale di ATS inferiore alla somma della spesa dei vari comuni afferenti (qualora la gestione aggregata consentisse economie di scala, migliori capacità di gestione/erogazione del servizio in modalità aggregata, ... a parità di grado di qualità e copertura del servizio).

Prendendo a riferimento esemplificativo il servizio sociale minori, nell'ipotesi in cui ad esempio il servizio a livello di ATS venisse erogato al costo medio/utente del comune con il costo attualmente più basso (tra tutti i comuni afferenti all'ambito), la spesa totale dell'ATS si ridurrebbe in misura significativa rispetto allo status quo (tab. 3) con un potenziale «risparmio» variabile:

- nel padovano, da 0,51 euro per residente (nell'ATS VEN_15) a 0,79 euro pro capite (nell'ATS VEN_17) a 1,79 euro pro capite (nell'ATS VEN_16);
- nel Polesine, da 0,32 euro per residente (nell'ATS VEN_19) a 1,13 euro pro capite (nell'ATS VEN_18).

Ulteriori aspetti di interesse nel passaggio alla gestione associata emergono considerando servizi attualmente presenti nella maggior parte dei comuni nei rispettivi ambiti.

In tutti i casi di servizi attualmente non presenti in tutti i comuni dell'ambito, il passaggio alla gestione associata del servizio comporterebbe, innanzitutto, una copertura integrale del servizio nell'intero territorio di ambito, ossia raggiungendo il 100% dei comuni.

A quali condizioni potrebbe avvenire questa estensione di copertura territoriale del servizio?

Quali valori potrebbero quindi assumere le grandezze di spesa/utenza considerate, a livello di ATS (al netto delle ricadute sulla spesa derivanti da economie realizzabili tramite la gestione associata)?

Se non si considerano le possibili economie derivanti dalla gestione associata (o, similmente, se si ipotizza l'assenza di economie di spesa a livello aggregato) il passaggio alla gestione associata con estensione del servizio a tutti i comuni d'ambito comporterebbe maggiori spese per ciascun ATS il cui livello attuale di copertura sia inferiore al 100%.

Prendendo a riferimento esemplificativo il servizio sociale in area «povertà, disagio adulti e senza dimora» (per gli ATS in provincia di Padova) e il servizio sociale in area «anziani» (per gli ATS in provincia di Rovigo), e nell'ipotesi in cui il rispettivo servizio a livello di ATS venisse ovunque erogato all'attuale costo medio pro capite d'ambito, si determinerebbe uno scenario in cui la nuova spesa totale dell'ATS rispetto allo status quo:

- nel padovano (tab. 4) rimarrebbe invariata nell'ATS VEN_15 (in cui l'attuale tasso di copertura è già al 100%), aumenterebbe leggermente (+2%) nell'ATS VEN_16 (con copertura attuale al 97%) e in misura maggiore (+17%) nell'ATS VEN_17 (con copertura attuale all'84%);
- nel Polesine (tab. 5) aumenterebbe leggermente (+3%) nell'ATS VEN_18 (con copertura attuale al 95%) mentre dovrebbe crescere in misura piuttosto significativa (+91%, ossia quasi raddoppiando) nell'ATS VEN_19 (dove il tasso di copertura attuale è del 60%).

In sintesi

Nel passaggio alla gestione associata a livello di ATS degli interventi e servizi sociali dei comuni, occorre considerare molteplici aspetti (strategici e operativi, gestionali e professionali, tecnici ed economico-finanziari, ...). In vista della strutturazione della gestione associata, è cruciale conoscere lo «status quo», ossia l'attuale situazione di partenza, per prefigurarne la possibile evoluzione a livello associato. Tra gli elementi più rilevanti per la costruzione del quadro di partenza nei diversi territori figurano da un lato gli attuali volumi di risorse economiche in gioco (potenzialmente disponibili



Tab. 3 – Spesa per il servizio sociale minori a livello di ATS, al costo/utente medio (status quo) e minimo e differenza, per ATS, nelle province di Padova e Rovigo

	Spesa al costo/utente medio (status quo)	Spesa al costo/utente minimo	Potenziale «risparmio»	Potenziale «risparmio» pro capite
ATS VEN_15	279.131,00 €	148.877,64 €	-130.253,36 €	-0,51 €
ATS VEN_16	1.104.895,00 €	220.088,89 €	-884.806,11 €	-1,79 €
ATS VEN_17	177.342,00 €	36.086,77 €	-141.255,23 €	-0,79 €
ATS VEN_18	309.200 €	123.597,12 €	-185.602,88 €	-1,13 €
ATS VEN_19	91.231 €	68.970,00 €	-22.261,00 €	-0,32 €

Tab. 4 – Spesa per il servizio sociale povertà a livello di ATS, attuale (status quo) e in ipotesi di estensione del servizio a tutti i comuni e differenza, per ATS in provincia di Padova

	Spesa per erogare il servizio nei Comuni attualmente coperti (status quo)	Spesa per erogare il servizio in tutti i Comuni (al costo medio attuale)	Maggiore spesa	Maggiore spesa (%)
ATS VEN_15	301.479,00 €	301.479,00 €	-	-
ATS VEN_16	950.945,00 €	971.475,13 €	+20.530,13 €	+2%
ATS VEN_17	117.691,00 €	137.129,06 €	+19.438,06 €	+17%

Tab. 5 – Spesa per il servizio sociale anziani a livello di ATS, attuale (status quo) e in ipotesi di estensione del servizio a tutti i comuni e differenza, per ATS in provincia di Rovigo

	Spesa per erogare il servizio nei Comuni attualmente coperti (status quo)	Spesa per erogare il servizio in tutti i Comuni (al costo medio attuale)	Maggiore spesa	Maggiore spesa (%)
ATS VEN_18	332.474,00 €	342.577,30 €	+10.103,30 €	+3%
ATS VEN_19	58.849,00 €	112.206,58 €	+53.357,58 €	+91%

per la futura gestione associata), dall'altro lato l'attuale diffusione territoriale in ciascun ambito dei diversi servizi/interventi sociali (potenzialmente «scalabili» a livello di gestione associata). Dalle fonti documentali disponibili emerge che entrambi i parametri (spesa comunale pro capite e diffusione territoriale dei diversi servizi) presentano una significativa variabilità non solo tra ATS, ma anche tra differenti comuni all'interno di ciascun ATS. Il quadro di partenza, con i relativi valori assoluti in gioco ed eterogeneità territoriale, va tenuto in adeguata considerazione nel disegno della futura gestione associata. Come emerge da alcune simulazioni effettuate, le ricadute future della gestione associata in termini economici e di capacità di offerta dipenderanno dalle scelte strategiche adottate (quanti e quali servizi gestire in forma ag-

gregata, con quali modalità, ...) a partire dalle risorse in gioco in ciascun territorio.

Note

- 1 <https://www.opencivitas.it>.
- 2 Ambito Sociale VEN_15 - attualmente coincidente con il territorio del Distretto Alta Padovana dell'Ulss 6; Ambito Sociale VEN_16 - attualmente coincidente con il territorio dei Distretti Padova Terme Colli, Padova Bacchiglione e Padova Piovese dell'Ulss 6; Ambito Sociale VEN_17 - attualmente coincidente con il territorio del Distretto Padova Sud dell'Ulss 6; Ambito Sociale VEN_18 - attualmente coincidente con il territorio del Distretto 1 - Rovigo dell'Ulss 5; Ambito Sociale VEN_19 - attualmente coincidente con il territorio del Distretto 2 - Adria dell'Ulss 5.



- 3 <http://dati.istat.it/>; <https://esploradati.istat.it/databrowser/>.
- 4 La presenza/assenza di un dato servizio in un comune è definita sulla base della presenza/assenza di un valore positivo di spesa comunale/utenza per quel servizio nel comune, nell'anno 2020.

SUMMARY

The transition to «associated management» of the social interventions and services of the municipalities entails strategic and operational choices linked to various aspects: what services are to be included, what organizational and management methods are to be adopted, how many human and material resources are to be employed. In order to structure associated management, it is necessary to know the starting «status quo», that is the current levels of economic resources available for future associated management and the current territorial coverage of social services manageable in associated form. The documentary sources highlight that both per capita municipal expenditure and the territorial coverage of the various services show variability not only between different territorial areas, but also between different municipalities within each area. As evidenced by simulations of future scenarios, the strategic choices made (regarding how many and what services to manage in an aggregate form, with what methods, ...), starting from the resources available, will determine the future of associated management in economic terms and in terms of service provision capacity in the various territories.

Maria Bezze, Devis Geron e Tiziano Vecchiato

Esperienze di gestione associata: casi di studio

Dopo la legge quadro sui servizi sociali del 2000, varie regioni hanno promosso forme di gestione associata delle funzioni sociali, con modalità variabili tra territori. Le esperienze sviluppate finora offrono indicazioni utili e anticipano i vantaggi che gli ambiti territoriali sociali potranno offrire alle comunità locali. In primo luogo insegnano che non bastano scelte giuridiche ottimali, poiché i risultati dipendono soprattutto da scelte gestionali e strategiche, necessarie per ottimizzare il governo delle risorse disponibili e raggiungere i risultati sociali in modi efficaci e sostenibili. La Regione Veneto ha indicato l'opzione della azienda speciale consortile come preferibile consapevoli che la scelta è condizione necessaria ma non sufficiente per fare la differenza. Serve l'apporto di competenze manageriali pregiate e qualificate per passare dalle ideazioni alle attuazioni, dagli orientamenti politici ai risultati sociali. Le esperienze sviluppate in altri contesti suggeriscono inoltre di adottare, in una prima fase, il criterio guida della «gradualità» nello sviluppo della gestione associata. Permette di selezionare le materie più facilmente gestibili insieme, consentendo all'organizzazione di configurarsi e consolidarsi sul fronte interno (quello dei servizi sociali) e sul fronte integrato (quello dei servizi sociosanitari) per soddisfare al meglio la domanda dei cittadini e dei territori.

La gestione associata: ancora molta strada da fare

Dopo la legge quadro sui servizi sociali del 2000, molte regioni hanno deliberato il recepimento anche di quanto previsto dall'art. 8, c. 3, lett. a, dove si dice che spetta alle Regioni, di concerto con gli enti locali interessati, la determinazione degli ambiti territoriali («di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie»), delle

modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali.

La spinta della L. n. 328/00 ha così reso possibile la realizzazione più o meno diffusa di forme di gestione associata, facilitando il passaggio da gestioni mono comunali a gestioni sovra comunali. In questo modo nel territorio nazionale è avvenuta una progressiva implementazione di gestioni unitarie.

Ad esempio, al nord, la Regione Piemonte con la Lr. n. 1/2004 («Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi

sociali e riordino della legislazione di riferimento») ha previsto che i comuni «adottano le forme associative previste dalla legislazione vigente che ritengono più idonee ad assicurare una ottimale realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, compresa la gestione associata tramite delega all'ASL» (art. 9, c. 3) e che «la Regione individua nella gestione associata, e in particolare in quella consortile, la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei comuni e prevede incentivi finanziari a favore dell'esercizio associato delle funzioni e della erogazione della totalità delle prestazioni essenziali entro gli ambiti territoriali ottimali di cui all'articolo 8» (c. 2).

Al sud la Regione Puglia, con la Lr. n. 19/2006 («Legge regionale quadro di disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia»), ha previsto che i comuni dello stesso ambito territoriale «determinano autonomamente la forma di gestione associata», scegliendola tra le forme previste dagli articoli 30 e seguenti del Tuel, e che la gestione possa essere attribuita alle aziende pubbliche di servizi alla persona (di cui alla Lr. n. 15/2004) o a un'istituzione dotata di autonomia gestionale ai sensi dell'articolo 114 del Dlgs. 267/2000 (articolo 6).

Nonostante molte regioni abbiano spinto per la gestione associata, prevedendola e incentivandola, la spesa sociale locale in Italia è ancora gestita per due terzi dai singoli comuni; circa un terzo è gestito in forma associata, con organizzazioni sovracomunali, quali consorzi, unioni, o con delega a un altro ente (tab. 1). Campania, Puglia, Piemonte, Toscana, Molise e Umbria sono le regioni a statuto ordinario con la maggiore quota di spesa sociale gestita in forma associata (poco più del 40% della spesa sociale comunale).

Il percorso veneto

Nel Veneto, la gestione associata è stata affidata principalmente alla delega di funzioni sociali alle aziende Ulss, lasciando al singolo comune la possibilità di scelta. Nel 2020, poco meno di un terzo della spesa sociale dei comuni, 158 milioni di euro, era gestito in modo associato a livello di distretto/ambito, mentre il 70% (375 milioni di euro) della

Tab. 1 – Spesa sociale dei comuni, per ente gestore, regione a statuto ordinario e Italia, 2020

	Gestione comune singolo	Gestione associata
Piemonte	58%	42%
Liguria	73%	27%
Lombardia	78%	22%
Veneto	70%	30%
Emilia-Romagna	69%	31%
Toscana	56%	41%
Umbria	60%	40%
Marche	87%	7%
Abruzzo	67%	33%
Lazio	92%	8%
Campania	57%	43%
Puglia	58%	42%
Molise	59%	41%
Basilicata	96%	4%
Calabria	87%	13%
Italia	68%	32%

Fonte: elaborazione su dati Istat, <http://dati.istat.it/>.

spesa era gestito dai singoli comuni (tab. 2). La gestione associata riguardava in misura maggiore i servizi per la disabilità (74% della spesa sociale dei comuni). Viceversa, i servizi sociali per le persone anziane e quelli per le persone immigrate, Rom, Sinti e Caminanti erano per oltre il 90% sostenute dai singoli comuni del Veneto.

La spinta verso ulteriori traguardi dell'assetto regionale dei servizi sociali è venuta dal disegno di legge della Giunta Regionale della Regione Veneto (Dgr 11/Ddl del 18 aprile 2023): prevede che la gestione associata delle funzioni socio-assistenziali, finalizzata a garantire i livelli essenziali delle prestazioni sociali, avvenga attraverso una forma associativa con personalità giuridica scelta tra quelle previste dal decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Nel testo originario licenziato dalla Giunta Regionale veniva indicata una duplice preferenza: il consorzio (art. 31 del Tuel) e l'azienda speciale consortile (art. 114 del Tuel). Nel testo licenziato a marzo 2024 dalla quinta commissione consiliare la scelta preferenziale viene proposta con la «forma dell'Azienda Speciale consortile di cui agli articoli 31 (Consorzi) e 114 comma 1 (Aziende Speciali) del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267».



Tab. 2 – Spesa sociale dei comuni, per ente gestore e per area di bisogno, Veneto, 2020

	Comune	Distretto/ambito sociale	Unione di comuni	Totale
<i>Valori assoluti in euro</i>				
Famiglia e minori	151.507.533	24.373.210	983.573	176.864.316
Disabili	36.202.665	101.092.729	316.326	137.611.720
Dipendenze	1.730.385	615.180	13.135	2.358.700
Anziani (65 anni e più)	85.450.525	5.134.886	1.568.520	92.153.931
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	13.441.870	231.072	110.960	13.783.902
Povertà, disagio adulti e senza dimora	57.932.016	11.928.354	667.035	70.527.405
Multiutenza	29.170.434	10.345.928	365.347	39.881.709
Totale	375.435.428	153.721.359	4.024.896	533.181.683
<i>Valori percentuali</i>				
Famiglia e minori	85,7	13,8	0,6	100,0
Disabili	26,3	73,5	0,2	100,0
Dipendenze	73,4	26,1	0,6	100,0
Anziani (65 anni e più)	92,7	5,6	1,7	100,0
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	97,5	1,7	0,8	100,0
Povertà, disagio adulti e senza dimora	82,1	16,9	0,9	100,0
Multiutenza	73,1	25,9	0,9	100,0
Totale	70,4	28,8	0,8	100,0

Fonte: elaborazione su dati Istat, <http://dati.istat.it/>.

In questa prospettiva, per offrire motivazioni tecniche e gestionali alle scelte future, sono stati analizzati alcuni modelli gestionali adottati in altre regioni, con caratteri diversi per posizionamento territoriale e per specificità giuridiche riguardanti la forma statutaria degli enti di governo cioè regioni a statuto ordinario e regioni o provincie a statuto con autonomia speciale. In vista delle scelte dei comuni interessati, si è rivelato utile esaminare casi di gestione associata di altre regioni, riguardanti:

- la Lombardia con il caso dell'Azienda speciale consortile Comuni Insieme per lo Sviluppo Sociale di Bollate, in provincia di Milano;
- la Toscana con la Società della Salute Area Pratese, in provincia di Prato;
- la Provincia autonoma di Bolzano con l'Azienda per i Servizi Sociali di Bolzano;
- la Regione Friuli Venezia-Giulia, con il caso dell'Ambito territoriale Torre (Udine);
- la Regione Sardegna, con il caso del Plus di Cagliari.

Di seguito vengono sintetizzati tre modelli gestionali operanti in Lombardia, Toscana e Provincia di Bolzano, con tre diversi approcci gestionali, caratterizzati dalla natura giuridica e dalle scelte incrementali nel tempo. Oggi queste scelte li caratterizzano in chiave gestionale, economica e delle configurazioni professionali.

Il caso dell'azienda speciale consortile Comuni insieme per lo sviluppo sociale¹

«Comuni insieme per lo sviluppo sociale» è un'azienda speciale consortile costituita ai sensi dell'art. 31, dell'art. 113/bis e dell'art. 114 del Dlgs. 267/2000. Raggruppa 8 comuni dell'hinterland milanese (Baranzate, Bollate, Cesate, Garbagnate Milanese, Novate Milanese, Senago e Solaro) che contano complessivamente oltre 140 mila abitanti.

È un ente strumentale dei comuni associati,

dotato di personalità giuridica e autonomia gestionale, per gestire attività, funzioni, servizi socioassistenziali e sociosanitari di competenza degli enti locali. L'azienda speciale consortile è nata per occuparsi di servizi che in precedenza erano stati delegati all'Asl e di attività esercitate, di fatto, in modo associato, nonché per favorire economie di scala che consentissero di sviluppare nuovi servizi e progetti innovativi.

Al momento dell'avvio, nel 2004, l'azienda si occupava di servizi in precedenza delegati all'Asl (servizio tutela minori, servizio affidò, nucleo integrazione lavorativa), di servizi attivati con la L. n. 285/1997 (spazio neutro, servizio di educativa domiciliare) e di altri servizi (integrazione servizio sociale di base, assistenza comunicazione disabili sensoriali). Complessivamente nelle attività erano coinvolte 43 risorse umane (di cui 6 di provenienza comunale, 17 dall'Asl e 4 da attività connesse alla L. n. 285/1997). Le risorse economiche gestite nella fase iniziale erano di poco superiori a 4 milioni di euro, per il 69% di provenienza comunale.

Nel corso di vent'anni, le attività gestite dall'azienda speciale consortile si sono notevolmente ampliate. Oggi comprendono servizi dell'area minori (servizio tutela, affidi, spazio neutro, Adm), dell'area fragilità (nucleo integrazione lavorativa, Cdd, Aes, dopo di noi, Sad, Sadh, gestione Fna, teleassistenza, trasporti disabili, amministrazione di sostegno, sportello assistenti famigliari), dell'area programmazione e inclusione (ufficio di piano, servizio sociale professionale di ambito, fondo unico sostegno al reddito, equipe contrasto alla povertà (ex RdC), spazio immigrazione – Sai adulti, Sai Msna, sportelli e mediazione linguistico culturale –, contrasto grave emarginazione, pronto intervento sociale, Sportello Udos, welfare di comunità), dell'agenzia sociale per l'abitare (coordinamento bandi Sap, gestione fondi sostegno alla locazione, canone concordato, piano politiche abitare, housing sociale), della prima infanzia (gestione asili nido e centri prima infanzia). La gestione di tutte queste attività nel 2022 era basata sull'apporto di 228 operatori e un budget di quasi 17 milioni di euro. Il bilancio di previsione per il 2024 è di oltre 20 milioni di euro.

Dal 2017 il personale assunto ha due distinti contratti nazionali: il contratto delle funzioni locali, adottato fin dall'avvio e applicato a quanti operava-

no nei servizi definiti «istituzionali», corrispondente a funzioni specifiche di norma svolte in forma diretta dai comuni, e il contratto Uneba adottato per i servizi classificati come unità d'offerta sociale o sociosanitaria o comunque per attività (es. spazio neutro) che si collocano generalmente tra i gestiti da enti del terzo settore o enti privati.

L'organigramma complessivo dell'azienda è suddiviso nell'area economico amministrativa, nell'area minori, nell'area fragilità servizi e sviluppo, nell'area programmazione sociale e inclusione, nel servizio nucleo inserimenti lavorativi, nel servizio spazio immigrazione, nel servizio agenzia sociale per l'abitare, nei servizi prima infanzia.

L'avvio della azienda ha comportato costi aggiuntivi di natura generale per implementare la nuova organizzazione. Nel 2005 incidavano per quasi l'8% dei costi complessivi. Nel corso degli anni l'incidenza di questi costi è progressivamente diminuita. Nel 2022 era scesa al 3,6% su un bilancio che ha raggiunto circa 17 milioni.

Gli organi di governo e decisionali dell'azienda «Comuni Insieme» sono così articolati:

- l'assemblea consortile: organo di indirizzo, di controllo politico-amministrativo e di raccordo con i comuni soci dell'azienda. È composta dai sindaci di ciascun comune o da un loro assessore delegato. L'assemblea nomina il presidente, l'amministratore unico e il revisore dei conti; definisce gli indirizzi strategici; approva gli atti fondamentali; delibera su questioni che riguardano norme e regolamentazioni;

- l'amministratore unico predispone le proposte di deliberazione dell'assemblea, sottopone all'assemblea i piani e programmi annuali, predispone gli atti di amministrazione, nomina il direttore, approva tutti gli atti interni;

- la commissione tecnica che ha un ruolo consultivo, è composta dai responsabili sociali dei comuni soci, e svolge le seguenti funzioni: fornire agli organi politici e tecnici dell'azienda periodiche indicazioni sulle quantità e sulla rilevanza dei bisogni del territorio; verificare l'efficacia e la rispondenza a livello locale dei servizi erogati dall'azienda; contribuire all'elaborazione di proposte, progetti, approfondimenti nelle aree identificate;

- il direttore, nominato dall'amministratore unico, che sovrintende all'organizzazione e alla gestione dell'azienda.



Tab. 3 – Voti assembleari, 2022

Comune	Capitale	Voti per capitale	Pop. 31.12.2020	Voti per popolazione	Servizi	Voti per servizi	Totale
Baranzate	8.812	15,8	11.717	8,2	1.1941833	117,4	141,4
Bollate	29.282	52,6	35.355	24,6	1.678.287	164,8	242,0
Cesate	9.730	17,5	14.291	9,9	788.375	77,4	104,8
Garbagnate M.	22.363	40,2	26.888	18,7	1.203.904	118,3	177,2
Novate M.	15.908	28,6	20.089	14,0	385.175	37,9	80,5
Senago	15.555	27,9	21.483	14,9	881.653	86,6	129,4
Solaro	9.685	17,4	13.903	9,7	993.146	97,6	124,7
Totale	111.334	200,0	143.726	100,0	7.125.373	700,0	1000,0

Fonte: Azienda speciale consortile Comuni insieme per lo sviluppo (2023), Bilancio sociale 2022.

All'assemblea sono attribuiti 1.000 voti distribuiti a ciascun rappresentante dei comuni soci sulla base di tre criteri:

- conferimento di capitale e investimenti (200 voti);
- popolazione residente (100 voti);
- quantità di servizi conferiti all'azienda (700 voti).

Le quote di voti vengono ricalcolate ogni anno, successivamente all'approvazione del bilancio consuntivo. La combinazione dei tre criteri fa in modo che non siano necessariamente favoriti i comuni con la maggiore popolazione residente, perché ribilanciati a seguito della composizione dei tre indici (tab. 3).

Il caso della Società della Salute dell'Area Pratese²

Le Società della Salute (SdS) sono nate in Toscana nel 2003 con una delibera regionale n. 155 del 24/09/2003 finalizzata a promuovere sperimentazioni in materia. Sono nate per superare alcune criticità, tra cui:

- riunificare il sociale, il sociosanitario e il sanitario territoriale, con superamento dell'esperienza della delega dei comuni alla azienda Usl;
- promuovere il ruolo dei comuni nell'ambito della sanità territoriale;
- valorizzare la dimensione territoriale e di prossimità nel passaggio da 12 a 3 aziende Usl a livello regionale.

Le Società della Salute sono enti pubblici co-

stituiti volontariamente dai comuni e dall'azienda Usl di riferimento. Realizzano tre filoni di attività principali: la promozione della salute, il governo della domanda e dell'offerta del sistema di assistenza sociale e sociosanitaria.

In questa luce, le SdS sono intese come «duogo unitario» di governo istituzionale, professionale e associato della programmazione e gestione dei servizi territoriali per la salute. Sono un soggetto pubblico che riunisce e sintetizza tutte le competenze prima detenute separatamente dai comuni e dalla azienda Usl, realizzando così una sinergia sostanziale.

Nelle SdS operano congiuntamente professionisti, operatori sanitari e sociali, operatori del terzo settore e del volontariato. Elaborano i piani integrati di salute e costruiscono il sistema locale dei servizi, perseguendo l'integrazione a livello politico-istituzionale, direzionale e professionale. Gli organi della SdS sono l'assemblea dei soci, il presidente, la giunta esecutiva, il collegio dei revisori, il direttore.

La Lr. n 40/2005 stabilisce le funzioni delle SdS in termini di: indirizzo e programmazione strategica; programmazione operativa e attuativa annuale; organizzazione e gestione delle attività sociosanitarie ad alta integrazione sociosanitaria e delle altre prestazioni a rilevanza sociale, quali la non autosufficienza e la disabilità; organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale, quali tutela minorile, sostegno alla famiglia e alla genitorialità, servizi e attività di contrasto alla marginalità, alla povertà e per l'inclusione sociale; attività di controllo, monitoraggio e valutazione.

Sul piano giuridico, la Società della Salute Area Pratese è un consorzio pubblico costituito ai sensi della Lr. Toscana n. 40/2005 e con riferimenti al Tuel (Dlgs. 267/2000). Il consorzio è stato costituito tramite convenzione dai 7 comuni della Zona Pratese (Cantagallo, Carmignano, Montemurlo, Prato, Poggio a Caiano, Vaiano, Vernio, che contano complessivamente circa 260 mila abitanti) che detengono congiuntamente il 66% delle quote consortili (suddivise in modo proporzionale alla popolazione tra i 7 comuni) e dall'azienda Usl di riferimento della zona sociosanitaria che detiene il 33% delle quote consortili. Particolare attenzione è dedicata alla interlocuzione con il terzo settore del territorio, grazie alla consulta del terzo settore (composta dalle realtà che sono in relazione con la SdS) e al comitato di partecipazione.

Il direttore della SdS è anche il responsabile di zona sociosanitaria Pratese che afferisce alla azienda Usl Toscana Centro. Il presidente della SdS è anche presidente della conferenza aziendale dei sindaci della azienda Usl. Questa composizione di responsabilità contribuisce a rafforzare l'integrazione fra «sociale» e «sanitario» del territorio.

Le attività della SdS si esplicano prevalentemente nelle aree famiglia e tutela minori, anziani fragili e non autosufficienti, povertà e inclusione sociale, disabilità. Tra gli «strumenti» di riferimento della SdS figura il piano operativo annuale (Poa), quale sviluppo annuale del piano integrato di salute (Pis), contenente tutte le progettualità sociali, sociosanitarie e sanitarie territoriali della zona. Annualmente la SdS predispose un bilancio preventivo pluriennale, un budget planning oltre al bilancio consuntivo. Le risorse finanziarie che gestisce la SdS derivano:

- dai comuni soci, che trasferiscono alla SdS (in quattro tranche) risorse finanziarie per la gestione e la erogazione dei servizi e per il funzionamento del consorzio, sulla base della spesa storica (in prospettiva futura si sta andando verso la quota capitaria);
- dall'az. Usl, tramite quote sanitarie previste nel documento di programmazione ma non trasferite alla SdS per il funzionamento del consorzio, sulla base della spesa storica;
 - dai finanziamenti della Regione Toscana;
 - dalla compartecipazione dai cittadini per i servizi fruiti;

- dai finanziamenti di fonte nazionale e sovranazionale (ministeri, Fse e Fsc).

Il volume di ricavi è di circa 32 milioni di euro annui, di cui 18 milioni di euro dai comuni, 450 mila euro dall'az. Usl, 10,3 milioni dalla Regione Toscana, 250 mila euro dalla compartecipazione dei fruitori dei servizi e circa 3 milioni di euro da fonti nazionali e sovranazionali.

Dal lato delle uscite, il volume complessivo dei costi comprende i costi dei servizi e i costi di funzionamento. I primi prevedono una contabilizzazione e suddivisione in base ai servizi resi ai cittadini e alla relativa residenza; i secondi (relativi a funzioni amministrative e di supporto, attività di programmazione, attività contabili e di controllo, collegio revisori e organismo indipendente di valutazione, immobili, costi strumentali, sedi) vengono ripartiti in base alle quote consortili.

Il personale impiegato (assistenti sociali e staff amministrativo), come previsto dalla normativa regionale (Lr. n. 40/2005), è nella disponibilità del consorzio attraverso gli istituti previsti dal contratto collettivo degli enti pubblici da parte degli enti soci. La SdS Pratese impiega in tutto 83 professionisti, di cui: 10 come personale «proprio»; 18 messi a disposizione dall'az. Usl; 55 messi a disposizione dai comuni.

Il caso della Azienda servizi sociali di Bolzano³

Nella provincia autonoma dell'Alto Adige, i comuni esercitano, per la gestione dei servizi sociali, le funzioni proprie o delegate dalla Provincia in forma singola, consorziata o mediante delega o subdelega alle comunità comprensoriali.

Nel caso della città di Bolzano il comune ha affidato la gestione dei servizi sociali per il territorio cittadino all'Azienda Servizi Sociali di Bolzano. È un ente pubblico non economico e strumentale del Comune di Bolzano, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia funzionale, tecnica, amministrativa e contabile, e assume «[...] le attribuzioni previste dalle disposizioni di legge, dal piano sociale provinciale e da quelle che le vengono conferite dal Comune di Bolzano, sempre nell'esclusivo ambito delle attività sociali» (art. 1, c. 2 dello statuto).

Lo statuto aziendale evidenzia (art. 2, c. 2) che l'ente è stato costituito allo scopo di gestire i servizi sociali della città, mediante interventi mirati «alla promozione, al mantenimento ed al recupero del benessere dei suoi cittadini, al pieno sviluppo delle persone nell'ambito dei rapporti familiari e sociali, nonché al soddisfacimento delle esigenze fondamentali della vita, nel rispetto dei principi fissati dalla vigente normativa provinciale».

L'area comunale di riferimento ha una popolazione di oltre 107 mila abitanti e si articola in 5 «distretti sociali», che svolgono funzioni di accesso e orientamento, per l'integrazione sociale, l'abitare e varie forme di aiuto sociale. Ognuno dei 5 distretti (Gries San Quirino, Don Bosco, Europa Novacella, Centro Piani Rencio, Oltrisarco Aslago) ha una propria sede, dove vengono governati e offerti i servizi, facilitando l'accesso delle persone residenti alle diverse prestazioni e servizi.

I servizi offerti sono riconducibili a diverse aree di bisogno e gruppi target (infanzia, famiglia e minori, adulti, anziani, persone non autosufficienti, persone con disabilità, persone a rischio povertà). Sono inoltre finalizzati a risposte di natura trasversale (segretariato di servizio sociale, sviluppo del territorio, sviluppo di comunità).

La gestione dei servizi da parte dell'Azienda Servizi Sociali avviene in forma diretta (avvalendosi del proprio personale) e con affidamenti di servizi a organizzazioni del terzo settore. A fine 2022, l'azienda contava 1.022 dipendenti (di cui 79% di personale socioassistenziale, 13% di personale amministrativo, 8% di altra natura), equivalenti a circa 868 lavoratori/lavoratrici a tempo pieno, impiegati anche nelle strutture residenziali e semiresidenziali per le persone anziane o con disabilità e nei servizi per la prima infanzia. A questi si aggiungono 623 unità di personale presso i servizi esternalizzati, equivalenti a circa 358 lavoratori/lavoratrici a tempo pieno.

Il fabbisogno di risorse per la gestione dell'azienda viene definito annualmente con il Comune e con la Provincia autonoma di Bolzano. Le principali fonti di risorse sono:

- la Provincia di Bolzano, per i servizi delegati dalla provincia al comune, che a sua volta li delega all'azienda;
- il Comune di Bolzano, per i servizi a titolarità comunale, delegati all'azienda;

- l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per rimborsi di prestazioni;

- gli utenti, per la quota di compartecipazione al costo dei servizi di cui usufruiscono;

- altre fonti (rimborsi da parte di enti privati e/o enti pubblici per specifiche prestazioni).

Al vertice dell'organigramma aziendale c'è la direzione generale da cui dipendono:

- cinque uffici di staff (programmazione e controllo, finanze e contabilità, affari generali, gestione del personale, acquisti e manutenzione);

- la ripartizione servizi territoriali (cui fanno capo l'ufficio distretti, l'ufficio servizi per la domiciliarità e l'ufficio inclusione sociale, lavorativa e abitativa);

- la ripartizione servizi residenziali e semiresidenziali (cui fanno capo l'ufficio servizi alla prima infanzia, l'ufficio strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e l'ufficio persone con disabilità).

Il direttore generale e il vicedirettore dell'azienda sono nominati dalla giunta comunale. Alla giunta comunale spetta inoltre l'approvazione dei programmi di attività e del piano finanziario annuale, del bilancio economico patrimoniale di fine esercizio, dei regolamenti dei servizi sociali, dell'istituzione di nuovi servizi sociali e della soppressione di servizi esistenti. La giunta comunale, tramite l'assessore comunale competente in materia di servizi sociali, svolge i compiti di vigilanza sull'azienda (art. 5, c. 3 dello statuto). Al consiglio comunale spettano i compiti di indirizzo e controllo politico sull'azienda, l'assicurazione dei finanziamenti annuali, l'approvazione del piano sociale per la città di Bolzano, l'approvazione di eventuali linee guida per la determinazione di tariffe delle prestazioni erogate dai servizi sociali, l'autorizzazione alla costituzione di consorzi pubblici nonché di società di capitali e alla partecipazione in questi enti (art. 5, c. 1 dello statuto).

Combinare scelte giuridiche con scelte gestionali

Il lungo percorso avviato dalla legge quadro sui servizi sociali n. 328/2000 trova nella realtà attuale un terreno favorevole per rafforzare il sistema regionale di interventi e servizi sociali della Regione

Veneto. È un risultato atteso da anni e per questo più ricco, non solo di esperienza, ma soprattutto di futuro, in quanto i casi di studio considerati anticipano i vantaggi che un sistema di ambiti territoriali sociali potrà dare alle comunità locali.

Le analisi e gli approfondimenti considerati hanno reso evidente la differenza tra opzioni giuridiche e soluzioni gestionali: le prime sono interpretate dalle scelte tecnico organizzative chiamate a interpretare le titolarità istituzionali e a trasformarle in soluzioni con servizi sociali coerenti con i bisogni e i diritti dei cittadini. Non bastano quindi scelte giuridiche ottimali perché, per loro natura, sono scelte costitutive. I risultati dipendono anche e soprattutto da scelte regolative e strategiche, necessarie per ottimizzare la gestione delle risorse a disposizione e raggiungere i risultati sociali in modi efficaci e sostenibili.

È quanto è stato considerato nell'analisi dei casi concreti che paradossalmente nascono da scelte costitutive diverse, ma che, nella realtà, convergono in risultati che si sono consolidati nel tempo. Insegnano ai decisori politici a meglio comporre la loro titolarità istituzionale con soluzioni gestionali dove ottimizzare tutti i fattori produttivi, economici, professionali e partecipativi. Il meglio, infatti, nasce dalla partecipazione di tutti gli aventi interesse alla gestione dei nuovi servizi gestiti dagli ambiti territoriali sociali. A questo compito sono chiamati gli operatori pubblici e privati coinvolti nella erogazione dei servizi, nonché le persone beneficiarie dei servizi che contribuiscono e concorrono ai loro risultati vivendo in prima persona il bilanciamento fra diritti e doveri e rivendicando il rispetto della regola d'oro: «Non puoi aiutarmi senza di me». È, infatti, soprattutto dal concorso al risultato dei destinatari dei servizi che possono nascere differenze significative e competitive tra diverse gestioni di tipo ATS.

Per questo le regioni che hanno normato la costituzione degli ATS hanno indicato le soluzioni preferibili, come nel caso della Regione Veneto, che ha indicato l'opzione della azienda speciale consortile. Ha i caratteri giuridici e gestionali per essere preferibile, necessari ma non sufficienti per garantire la differenza. Serve, infatti, l'apporto di competenze manageriali pregiate e qualificate per passare dalle ideazioni alle attuazioni, dagli orientamenti politici ai risultati sociali, dal fabbisogno

di risorse alla loro sostenibilità, dalla coprogettazione alla corisultazione. È quello che si aspettano i cittadini, che con la solidarietà fiscale mettono a disposizione risorse e ne aggiungono altre quando sono chiamati a contribuire ai costi dei servizi ricevuti.

Dalle esperienze che si sono sviluppate negli ultimi venti anni in altri contesti emergono indicazioni preziose per fare scelte in grado di ottimizzare il sistema veneto dei servizi sociali e sociosanitari. È una grande occasione da non sottovalutare, mettendo a frutto gli investimenti che nel tempo hanno consentito lo sviluppo e l'integrazione sociosanitaria che caratterizza e rende originale il modello veneto. In questa prospettiva l'azienda speciale consortile può essere considerata un punto di partenza da chi ha le condizioni necessarie per opzionarla, mentre per altri può essere un punto di arrivo, dopo aver individuato i bilanciamenti necessari perché i comuni costituenti possano esercitare pienamente la propria titolarità politica e istituzionale, indipendentemente dal peso delle loro dimensioni. Quello che conta, infatti, è il peso dei servizi erogati, le quote capitarie di finanziamento, il grado di investimento che ogni comune vuole perseguire, tenendo conto che i livelli essenziali delle prestazioni sociali non sono il massimo consentito, ma il minimo necessario. Tutto quello che va oltre la loro linea di equità da garantire sul piano giuridico, gestionale e, ancor prima, costituzionale può infatti arricchire il potere di indirizzo e governo degli enti locali.

In una prima fase, a prescindere dalla forma giuridica e gestionale adottata, il miglior criterio guida è la «gradualità». Consente di orientare e implementare le scelte, per poi ottimizzarle nella forma gestionale più rispondente alle ragioni di costo/efficacia. Questo principio vale soprattutto per le realtà locali che non hanno una pregressa esperienza di gestione condivisa di servizi sociali di interesse generale. La gradualità nello sviluppare la gestione associata, consente infatti di selezionare le materie più facilmente gestibili insieme, consentendo all'organizzazione di configurarsi e consolidarsi sul fronte interno (quello dei servizi sociali) e sul fronte integrato (quello dei servizi sociosanitari) soddisfacendo al meglio la domanda dei cittadini e dei territori.



Note

- 1 Le informazioni sono tratte dalla relazione di Elena Meroni, direttrice dell'Azienda Comuni insieme per lo sviluppo sociale, nel «Percorso di accompagnamento per la realizzazione degli ATS in provincia di Padova e di Rovigo» coordinato dalla Fondazione Zancan; informazioni integrative sono riprese da <http://www.comuni-insieme.mi.it/>.
- 2 Le informazioni sono tratte dalla relazione di Lorenza Paganelli, direttrice della Società della Salute Area Pratese, nel «Percorso di accompagnamento per la realizzazione degli ATS in provincia di Padova e di Rovigo» coordinato dalla Fondazione Zancan; informazioni integrative sono riprese da <http://www.sds.prato.it>.
- 3 Le informazioni sono tratte dalla relazione di Liliana Di Fede, direttrice generale dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano, nel «Percorso di accompagnamento per la realizzazione degli ATS in provincia di Padova e di Rovigo» coordinato dalla Fondazione Zancan; informazioni integrative sono riprese da <https://www.aziendasociale.bz.it/it>.

SUMMARY

Since the 2000 framework law on social services, various regions have promoted forms of associated management of social functions, in different ways between territories. The experiences developed to date offer useful indications and anticipate the advantages that social territorial areas could offer to local communities. Firstly, they show to us that optimal legal choices are not enough, since results above all depend on managerial and strategic choices, which are necessary to optimize the administration of available resources and achieve social results in effective and sustainable ways. The Veneto Region has indicated the option of the «azienda speciale consortile» («special consortium company») to be preferable, aware that this choice is necessary but not sufficient to make a difference. The contribution of valuable and qualified managerial skills is needed to move from ideas to implementation, from political orientations to social results. The experiences developed in other contexts also suggest adopting, in an initial phase, the guiding criterion of «gradualness» in the development of associated management. This makes it possible to select the subjects that can be more easily managed together; allowing the organization to take shape and consolidate on the internal front (that of social services) and on the integrated front (that of social and health services) to better meet the demand of citizens and territories.