



**Collana “La qualità della democrazia in Italia”
N. 1/2008**

**QUALITÀ DELLA DEMOCRAZIA E DIRITTI SOCIALI. QUALE DIRITTO
ALL’ASSISTENZA SOCIALE IN TOSCANA?
UN’ANALISI DELLE CAPACITÀ ISTITUZIONALI**

Leonardo Morlino[†] e Stefano Sacchi[‡]

[†] Istituto Italiano di Scienze Umane, Firenze

[‡] Università di Milano

Istituto Italiano di Scienze Umane, Firenze

Settembre 2008

Indice

1. Introduzione

2. Il quadro di background

3. L'importanza delle capacità istituzionali

4. Risultanze dall'indagine sulle capacità istituzionali

APPENDICE: Il questionario per l'investigazione delle capacità istituzionali

1. Introduzione

Questa pubblicazione ha lo scopo di contribuire a porre le basi per la creazione di un *framework* analitico per lo studio dei diritti sociali – e in particolare di quelli che coinvolgono i livelli regionali e locali di governo – come aspetto sostantivo della qualità democratica. Questo al fine di accrescere la conoscenza circa l’effettività della garanzia del diritto all’assistenza sociale in Toscana e investigare le modalità di utilizzo di tale conoscenza per migliorare il benessere e la soddisfazione dei cittadini da parte dei *decision makers*, tra i quali la Regione Toscana e le organizzazioni di volontariato. In particolare, la presente pubblicazione intende prendere in analisi il ruolo delle capacità istituzionali delle unità amministrative cui spetta il compito di pianificare e attuare le politiche nel settore dell’assistenza sociale in Toscana. A tal fine, occorre in primo luogo fornire un’analisi del contesto delle politiche di assistenza sociale a livello nazionale e regionale, che è quanto verrà fatto nella prossima sezione. La sezione successiva propone un quadro analitico per lo studio delle capacità istituzionali, mentre la sezione conclusiva mostra l’evidenza empirica raccolta sulla scorta di un questionario che è riprodotto in appendice.

2. Il quadro di background

3.1 Le politiche di assistenza sociale in Italia tra stato e regioni

La prima legge di disciplina del settore socio-assistenziale in Italia risale al 1890, Legge n. 6972 “Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza”, passata alla storia come “legge Crispi”. Questa legge si proponeva di provvedere al riordino dell’intricato sistema delle Opere Pie, attribuendo loro personalità giuridica pubblica e denominandole Istituti pubblici di beneficenza (IPAB), di fatto riconoscendo loro il ruolo portante dell’intero sistema. Lo stato unitario alla sua nascita aveva infatti ereditato un patrimonio enorme di istituzioni private assistenziali: nel 1880 le Opere Pie erano 11.495, di cui quasi la metà controllate da congregazioni religiose, tale numero salì a quota 23.272 nel 1900. La legge Crispi tuttavia, sebbene abbia avuto il pregio di riconoscere le finalità delle istituzioni di beneficenza quali fini pubblici, era ancora improntata al paternalismo e al controllo sociale degli assistiti ed ebbe una portata molto limitata sulla configurazione del sistema. Non si occupava infatti né della programmazione dei servizi da erogare ai soggetti in difficoltà, né della riforma della rete degli enti gestori.

Il primo passo verso la modernizzazione del settore viene fatto corrispondere alla nascita della Repubblica. La Costituzione delineava infatti una nuova concezione dell’assistenza: un vero e proprio diritto sociale universale, dunque non più come un intervento statale occasionale finalizzato a mantenere l’ordine pubblico, a favore di chi si trova in stato di bisogno. I principi generali sono contenuti negli articoli 2 e 3, mentre dell’assistenza in particolare la Costituzione si occupa in due distinti articoli il 38 e il 117. L’art. 38 recita che “Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all’assistenza sociale”; al quarto comma stabilisce che spetta allo Stato realizzare la tutela dei soggetti protetti nonché predisporre ed organizzare un compiuto sistema di sicurezza sociale, precisando tuttavia la non onnicomprensività del settore pubblico per gli interventi in questa materia. L’art. 117, invece, si occupa dell’assistenza nell’attribuzione delle funzioni alle Regioni. E’ da notare che questo articolo è rimasto completamente inattuato fino all’istituzione delle Regioni a statuto ordinario nel 1970, che rese possibile attuare il decentramento amministrativo previsto dall’art. 117 della Costituzione. Attraverso i decreti presidenziali del 1972 e 1977¹, le responsabilità nell’ambito dell’assistenza sociale vennero così decentrate a regioni ed enti locali, che avrebbero dovuto gradualmente sostituire la pluralità di enti preposti a tali funzioni (organizzati seguendo una logica spartitoria delle categorie di bisogno e di beneficiari), mentre allo stato vennero lasciate le competenze relative alle misure di natura contributiva.

Nel trasferimento delle responsabilità dal centro alle regioni, i decreti non prescissero principi guida o standard generali da rispettare da parte dei livelli di governo regionali e locali: preannunciavano semplicemente che tali principi e standard sarebbero stati fissati da una legge nazionale che avrebbe rappresentato il quadro normativo di riferimento per i livelli di governo interessati, al fine di garantire una uniformità di base dell’intervento su tutto il territorio nazionale. In realtà, come sappiamo, solo nel 2000, con il provvedimento istitutivo del Sistema Integrato dei Servizi Sociali (L. 328/2000) l’Italia si è dotata di una legge quadro nazionale sull’assistenza sociale.

L’assenza di precisi indirizzi politici ebbe in quei decenni importanti risvolti. Questa lacuna permise di fatto, nell’arco di oltre un ventennio, lo sviluppo disordinato e disorganico della

¹ Il DPR del 1972 trasferisce le competenze in materia di assistenza e beneficenza pubblica alle regioni, mentre il D.P.R. del 1977 (n. 616) prescrive la soppressione di numerosi enti assistenziali nazionali e delle Ipab e il trasferimento delle loro funzioni ai comuni.

normativa e degli interventi a livello regionale e sub-regionale. La non-definizione da parte del legislatore nazionale di un sistema di diritti sociali minimi da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale diede il via ad una differenziazione territoriale significativa per quanto riguarda le forme di intervento, i soggetti competenti dei diversi interventi, la titolarità e l'esigibilità delle differenti prestazioni. In seguito al D.P.R. del 1977, la produzione normativa di riordino prese infatti avvio nella maggior parte delle regioni italiane, seguendo tuttavia percorsi differenti non solo qualitativamente e quantitativamente ma anche in relazione alla maggiore o minore lentezza (il *timing*) con cui i provvedimenti vennero emanati.

A livello nazionale, nel corso degli anni Ottanta gli interventi legislativi settoriali furono principalmente volti al contenimento della spesa pubblica, mentre a livello locale regioni e comuni strutturano differenti prestazioni e definirono beneficiari e criteri d'accesso sulla base dei propri orientamenti, *standard* e capacità di spesa. Si consolidò così un sistema estremamente variegato, in cui i provvedimenti di assistenza sociale si presentavano disomogenei a livello locale e stentati a livello nazionale. In particolare, il compito di alleviare la povertà e le situazioni di bisogno a livello nazionale veniva assolto principalmente attraverso un uso improprio delle politiche previdenziali (per lo più tramite due istituti, la Pensione contributiva di invalidità e l'indennità di disoccupazione) e delle misure assistenziali esistenti di tipo categoriale, sfruttando tutti gli spazi di discrezionalità lasciati dalla normativa e talvolta anche aggirando le norme stesse.

La riforma dell'assistenza, che già dagli anni Settanta pareva imminente (il primo progetto di legge di riforma dell'assistenza sociale presentato in Parlamento risale al 1970), in realtà ha preso forma solo nel 2000. Sebbene dal 1970, praticamente in ogni legislatura, si sia registrata la presenza di più progetti di riforma del settore, si è dovuto attendere il 1998, con il primo governo Prodi, per avere il primo disegno di legge governativo di riforma dell'assistenza sociale (n. 4931). Il testo, largamente condiviso all'interno della maggioranza, discendeva dall'accordo siglato nel novembre 1997 da governo e parti sociali, in cui si conveniva in modo esplicito sui fondamentali indirizzi della riforma dell'assistenza.

La legge di riforma, dati i suoi contenuti, rappresenta senza dubbio un grosso passo in avanti rispetto al passato del settore assistenziale italiano, l'impatto del suo slancio riformista risulta tuttavia affievolito sia in seguito alle vicende di natura politica che hanno portato ad un cambio della maggioranza di governo nel 2001 e di conseguenza anche al sostegno alle linee della riforma e all'impegno nell'attuazione della stessa; sia a causa dell'intervenuta riforma del Titolo V (parte II) della Costituzione del 2001 che senza dubbio ne ha intaccato la cogenza². Il nuovo testo costituzionale, infatti, non annovera l'assistenza sociale fra le materie a cui è riservata competenza esclusiva o concorrente allo Stato. Per esclusione essa diviene dunque, di fatto, materia di competenza esclusiva delle Regioni. Viene infatti sancito che "spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato". Le Regioni, prima della riforma del testo costituzionale e in base alla Legge 328/00, avevano l'obbligo di legiferare conformemente all'intero impianto della legge quadro promossa dal livello centrale, dunque non solo ai suoi principi ma anche alle disposizioni in merito alla programmazione, agli attori e agli interventi delineati attraverso il Piano Sociale Nazionale. Secondo quanto definito dal nuovo impianto costituzionale le Regioni, invece, hanno potestà legislativa esclusiva in materia di assistenza, dovendo quindi garantire solo i livelli essenziali delle prestazioni definiti a livello nazionale. Le Regioni potranno in altre parole guidare lo sviluppo della propria politica sociale in modo autonomo, compiendo scelte proprie riguardo sia agli obiettivi sia agli strumenti. I legislatori regionali hanno infatti la possibilità di decidere se e in quale misura aderire al dettato della Legge 328/00 nella costruzione dei propri sistemi sociali.

² C. Gori (2004) *La riforma dei servizi sociali*, Roma, Carocci.

L'art. 120 precisa però che “Il Governo può sostituirsi a organi delle regioni, delle città metropolitane, delle province e dei comuni nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali”.

Lo Stato, attribuendosi la competenza di definire i livelli essenziali riguardanti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale, mantiene una funzione di garanzia estremamente significativa che qualora concretizzata potrebbe contrastare le iniquità realizzatesi nel corso degli anni tra le diverse aree del nostro paese. A garanzia dell'uniformità dei diritti *essenziali*, qualora una volta delineati i livelli essenziali di assistenza sociale le singole Regioni non fossero in grado di far fronte alla loro attuazione, lo Stato avrebbe infatti il diritto-dovere di intervento esercitando di fatto un potere sostitutivo. La finalità di questa clausola, che può essere definita *difensiva*, dà forma concreta alla volontà di contenere i rischi di una eccessiva disomogeneità dei livelli minimi delle prestazioni sociali garantiti nelle diverse aree del paese³. Tuttavia, dalla riforma del Titolo V ad oggi, il bilancio in materia appare modesto. Con riferimento alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni nulla è ancora stato fatto di concreto⁴, permanendo dunque quella situazione di completa autonomia in capo ai governi regionali, già propria dei decenni precedenti.

3.2. *Le politiche di assistenza sociale: la regione Toscana in prospettiva comparata*

3.2.1 *La regione Toscana nel panorama nazionale: produzione normativa e articolazione istituzionale*

Le diverse caratteristiche che la cittadinanza sociale ha assunto nelle diverse aree del paese in termini di diritti sociali sono strettamente collegate alla capacità delle periferie di farsi carico sin dagli anni Settanta delle competenze trasferite dal centro, nonostante il disimpegno del livello centrale per quanto riguarda le attività di indirizzo, programmazione e coordinamento. Capacità che risentono di una molteplicità di fattori di natura culturale, dalla sensibilità politica della classe di governo e probabilmente dal *problem pressure* propri degli anni in cui il settore dell'assistenza sociale è andato strutturandosi.⁵

La Toscana è fra le regioni che assumono da subito il ruolo di governo del proprio sistema socio-assistenziale regionale, disciplinando interventi e competenze attraverso leggi quadro di settore (cfr. tab. 1). La prima, che risale al 1976, permette di includere la Toscana, insieme a Emilia Romagna (1974), Umbria (1974), Lazio (1977) e Piemonte (1977), nel gruppo delle regioni di avanguardia, che disciplinano il settore prima degli anni Ottanta. Alla prima legge quadro ne sono seguite altre tre. In particolare la l.r. 72/1997 ha promosso il riassetto del settore socio-assistenziale anticipando in molti aspetti i contenuti della legge quadro nazionale approvata nel 2000 (l. 328/2000).

³ E. Ferioli (2003) *LIVEAS: dalla discrezionalità all'esigibilità?*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, 21, pp. 1-3.

⁴ Per un approfondimento si rimanda a C. Gori e I. Madama (2007) *Che cosa è andato storto? L'influenza della Commissione Onofri sulle politiche socio-assistenziali in Italia*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 19-20, pp. 24-33.

⁵ V. Fargion (1997) *Geografia della cittadinanza sociale*, Bologna, Il Mulino.

Alla normativa quadro si è accompagnata una produzione normativa ampia anche per aree di intervento. Guardando alle sole aree considerate nella ricerca - anziani, disabili, famiglia e minori, immigrazione – la raccolta delle leggi regionali è corposa (cfr. tab. 1), a testimonianza della sensibilità e dell'attenzione riservata del governo regionale a questi temi.

Tab. 1: La produzione normativa regionale in materia di assistenza sociale dal 1970 ad oggi

Normativa quadro di settore

- legge regionale 25 febbraio 2005, n. 41
sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale
- legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72
organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità:
riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati
- legge regionale 2 settembre 1992, n. 42
esercizio di funzioni in materia di assistenza sociale
- legge regionale 7 aprile 1976, n. 19
interventi in materia di assistenza sociale e delega di funzioni agli enti locali

Area famiglia e minori

- legge regionale 20 marzo 2000, n. 31
partecipazione dell'istituto degli innocenti di Firenze all'attuazione delle politiche regionali di promozione e di sostegno rivolte all'infanzia e all'adolescenza
- legge regionale 14 aprile 1999, n. 22
interventi educativi per l'infanzia e gli adolescenti.
- legge regionale 18 aprile 1995, n. 74
modifica della legge regionale 23 marzo 1994, n. 25: interventi regionali nel settore dell'infanzia e dell'età evolutiva, realizzati attraverso l'istituto degli innocenti di Firenze
- legge regionale 23 marzo 1994, n. 25
interventi regionali nel settore dell'infanzia e dell'età evolutiva, realizzati attraverso l'istituto degli innocenti di Firenze
- legge regionale 14 aprile 1990, n. 45
interventi regionali per lo studio, ricerca e documentazione sull'infanzia e l'età evolutiva, per la sperimentazione socio-assistenziale ed educativa e per la formazione degli operatori addetti al settore.
- legge regionale 2 settembre 1986, n. 47
nuova disciplina degli asili nido.
- legge regionale 27 marzo 1980, n. 21
integrazioni alla lr 24-3-1973, n. 16 relativa alla disciplina degli asili nido.
- legge regionale 8 gennaio 1979, n. 2
modifiche in materia di personale alla lr 24 marzo 1973, n. 16 relativa alla disciplina degli asili nido.
- legge regionale 1 settembre 1979, n. 41
contributi della regione toscana per iniziative relative all'anno internazionale del bambino.
- legge regionale 4 dicembre 1978, n. 75
intervento regionale integrativo alla legge 6-12-1971, n. 1044 per la costruzione di asili nido (Ilrr 22-5-1974, n. 24, 31-5-1975, n. 62 e 30-12-1975, n. 81). integrazione fondi per revisione prezzi.
- legge regionale 7 aprile 1975, n. 24
organizzazione dei corsi di perfezionamento e di aggiornamento del personale educativo ed ausiliario degli asili nido.
- legge regionale 23 maggio 1975, n. 51
modifica articolo 15 della legge regionale 24 marzo 1973, n. 6 "disciplina degli asili nido".
- legge regionale 31 maggio 1975, n. 62
fondo per l'integrazione del finanziamento della legge regionale 27-5-1974, n. 24, per la costruzione di asili nido

<p>- legge regionale 27 maggio 1974, n. 24 intervento regionale integrativo alla legge 6 dicembre 1971, n. 1044 per la costruzione di asili - nido. accensione di un mutuo per il finanziamento della costruzione di n. 50 asili - nido.</p> <p>- legge regionale 24 marzo 1973, n. 16 disciplina degli asili nido.</p>
<p><i>Area anziani</i></p>
<p>- legge regionale 21 dicembre 1995, n. 108 norme a favore della popolazione anziana non autosufficiente.</p> <p>- legge regionale 26 maggio 1993, n. 33 integrazione dell'art. 38, lr 6-12-84, n. 70, come sostituito dall'art. 7 della lr 30-4-90, n. 61. assistenza sanitaria per i ricoverati in residenze sanitarie assistenziali e per i soggetti non ambulabili.</p> <p>- legge regionale 5 agosto 1993, n. 49 interventi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare alla popolazione anziana non autosufficiente.</p> <p>- legge regionale 27 marzo 1980 n. 20 interventi a favore delle persone non autosufficienti</p> <p>- legge regionale 5 settembre 1974, n. 57 assistenza domiciliare alle persone anziane - provvedimenti a favore dei comuni o loro consorzi.</p> <p>- legge regionale 3 gennaio 1973, n. 3 provvedimenti a favore dei comuni o loro consorzi per l'assistenza domiciliare alle persone anziane.</p> <p>- legge regionale 12 luglio 1973, n. 37 provvedimenti a favore dei comuni o loro consorzi per l'assistenza domiciliare alle persone anziane - legge regionale n. 3 del 3-1-1973 - dotazione finanziaria.</p>
<p><i>Area disabili</i></p>
<p>- legge regionale 29 dicembre 2003, n. 66 modifiche alla legge regionale 9 settembre 1991, n. 47 "Norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche".</p> <p>legge regionale 3 febbraio 2000, n. 12 LR n. 52/98 "Norme in materia di politiche del lavoro e di servizi per l'impiego". Modifiche ed integrazioni.</p> <p>- legge regionale 20 marzo 2000, n. 34 modifica ed integrazione della legge regionale 9 settembre 1991 n. 47 "Norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche".</p> <p>- legge regionale 11 maggio 1991, N. 17 Modificazioni ed integrazioni della LR 32/85. Istituzione della Consulta Regionale degli invalidi e degli handicappati.</p> <p>- legge regionale 11 maggio 1991, N. 18 Modificazioni ed integrazioni della LR 42/85 "Iniziative dirette alla piena integrazione dei soggetti colpiti da minorazioni psichiche e fisiche, erogazione di provvidenze a favore delle Associazioni ed Enti di promozione, tutela ed assistenza agli invalidi"</p> <p>- legge regionale 9 settembre 1991, N. 47 norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche</p> <p>- legge regionale 31 marzo 1990, n. 35 attività di telesoccorso e telecontrollo.</p> <p>- legge regionale 17 luglio 1989, n. 43 assegno di incollocamento a favore degli invalidi del lavoro</p> <p>- legge regionale 26 agosto 1988, n. 63 norme transitorie per l'adeguamento dei criteri di erogazione dell'assegno di incollocamento agli</p>

<p>invalidi del lavoro per l'anno 1988.</p> <p>- legge regionale 18 maggio 1987, n. 28 modificazione dell'art. 3 della legge regionale 2 maggio 1985, n. 46. Norme per l'erogazione delle protesi dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche, sensoriali dipendenti da qualsiasi causa.</p> <p>- legge regionale 1 settembre 1986, n. 44 modifiche ed integrazioni della LR 6 settembre 1982, n. 73 concernente: "Interventi di preformazione professionale e per l'inserimento al lavoro delle persone handicappate".</p> <p>- legge regionale 9 aprile 1985, n. 32 istituzione della Consulta Regionale degli invalidi e degli handicappati.</p> <p>- legge regionale 2 maggio 1985, n. 41 norme transitorie per l'adeguamento dei criteri di erogazione dell'assegno di incollocamento agli invalidi del lavoro per il triennio 1985-1987.</p> <p>- legge regionale 2 maggio 1985, n. 42 iniziative dirette alla piena integrazione sociale dei soggetti colpiti da minorazioni psichiche e fisiche. Erogazione di provvidenze a favore delle associazioni ed enti di promozione tutela e assistenza agli invalidi.</p> <p>- legge regionale 2 maggio 1985, n. 46 norme per l'erogazione delle protesi dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche, sensoriali, dipendenti da qualunque causa.</p> <p>- legge regionale 13 agosto 1984, n. 51 modificazioni alla LR 6/9/1982 n. 73 concernente interventi di preformazione professionale e per l'inserimento al lavoro delle persone handicappate.</p> <p>- legge regionale 20 agosto 1984, n. 57 modificazione alla LR 66/82, concernente norme transitorie per l'adeguamento dei criteri di erogazione dell'assegno di incollocamento agli invalidi del lavoro - in particolare modificazioni ai commi Primo e Secondo dell'art. 3 (valutazione dello stato di bisogno) ed all'articolo 4 (misura dell'assegno mensile).</p> <p>- legge regionale 1 febbraio 1982, n. 9 attività a favore dei non vedenti trasferiti a norma del DPR 616/77. Ristrutturazione dei servizi e inquadramento del personale.</p> <p>- legge regionale 27 luglio 1982, n. 66 norme transitorie per l'adeguamento dei criteri di erogazione dell'assegno di incollocamento agli invalidi del lavoro per l'anno 1982.</p> <p>- legge regionale 6 settembre 1982, n. 73 interventi di preformazione professionale e per l'inserimento al lavoro delle persone handicappate</p> <p>- legge regionale 27 marzo 1980, n. 20 interventi a favore delle persone non autosufficienti</p>
<p><i>Area immigrati</i></p>
<p>- legge regionale 02 novembre 2005 n. 59 Norme in materia di alienazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica a favore dei profughi di cui all'articolo 17 della legge 4 marzo 1952, n. 137 (Assistenza a favore dei profughi) ovvero all'articolo 34 della legge 26 dicembre 1981, n. 763 (Normativa organica per i profughi).</p> <p>- legge regionale 21 dicembre 1995, n. 109 Proroga durata della Consulta Regionale dell'Immigrazione extracomunitaria di cui all'art. 6 della LR 22 marzo 1990, n. 22.</p> <p>- legge regionale 6 luglio 1992, n. 29 Modifiche ed integrazioni alla LR 22/90 "Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati extracomunitari".</p> <p>- legge regionale 22 marzo 1990, n. 22</p>

Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati extracomunitari in Toscana.

- legge regionale 30 aprile 1990, n. 56

Programma straordinario ed urgente a favore degli stranieri immigrati, gli esuli ed i loro familiari nel Comune di Firenze ed in altri comuni.

- legge regionale 7 gennaio 1981, n. 1

Nuove norme concernenti la consulta regionale della emigrazione e dell'immigrazione.

- legge regionale 17 dicembre 1979, n. 62

Modifiche ed integrazioni alla LR 4-8-1977, n. 46.

- legge regionale 4 agosto 1977, n. 46

Istituzione della consulta regionale della emigrazione e dell'immigrazione ed interventi a favore dei lavoratori emigrati e delle loro famiglie.

Fonte: Regione Toscana

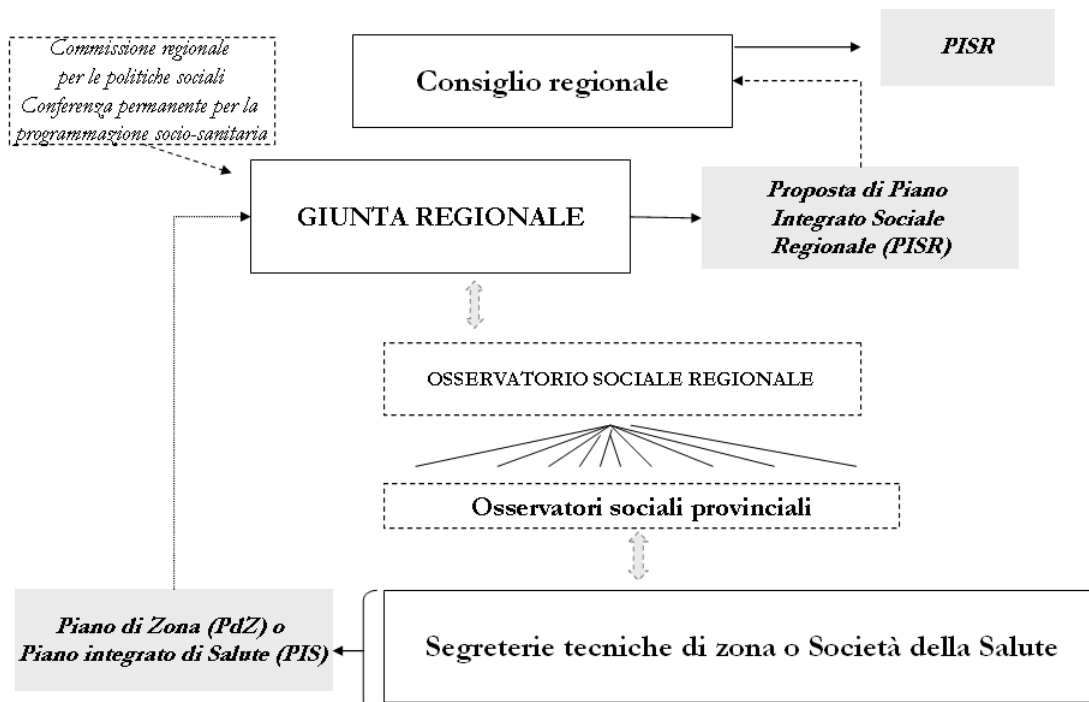
Riprendendo la definizione presente nell'ultima legge regionale di disciplina del settore socio-assistenziale (l.r. 41/2005), per interventi e servizi sociali si intendono "tutte le attività relative alla predisposizione ed alla erogazione di servizi, gratuiti e parzialmente o completamente a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della vita, escluse quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché le funzioni assicurate in sede di amministrazione della giustizia". Le finalità del sistema integrato risiedono nella promozione e garanzia dei diritti di cittadinanza sociale, della qualità della vita, dell'autonomia individuale, delle pari opportunità, della non discriminazione, della coesione sociale, nonché nell'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio e di esclusione.

L'articolazione istituzionale del sistema integrato di interventi e servizi sociali regionale toscano è illustrato in modo sintetico nella figura 1. La governance del sistema si orienta ai principi della programmazione e dell'integrazione degli interventi. A livello regionale, il principale strumento di programmazione è Piano Integrato Sociale Regionale (PISR), approvato dal Consiglio su proposta della Giunta. Nel dettaglio, il PISR è chiamato a definire gli obiettivi di benessere sociale da perseguire, le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi e le eventuali prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali definiti a livello nazionale, gli indirizzi generali da utilizzare per determinare il concorso degli utenti al costo delle prestazioni e le modalità di ripartizione agli enti locali delle risorse destinate dal bilancio regionale al finanziamento della rete locale dei servizi. Il piano, la cui durata corrisponde a quella del programma regionale di sviluppo, viene di norma approvato nell'anno di inizio del quinquennio al quale si riferisce la programmazione, pur prevedendo aggiornamenti annuali in coerenza con gli atti regionali di indirizzo economico e finanziario.

A livello locale il principio della programmazione degli interventi trova concretizzazione nei Piani di Zona (PdZ). Partendo dalle indicazioni e dagli obiettivi contenuti nel piano integrato sociale regionale, il PdZ delinea la rete dei servizi e degli interventi attivati e promossi dai comuni nel territorio e le modalità di coordinamento e integrazione, oltre a individuare i soggetti titolari e le risorse necessarie alla realizzazione degli interventi. A partire dal 2004, in seguito all'avvio della sperimentazione delle Società della Salute, consorzi pubblici a cui partecipano i Comuni della zona-distretto e l'Ausl competente, nelle zone-distretto che si sono candidate alla sperimentazione il Piano sociale di zona è stato sostituito dal Piano Integrato di Salute (PIS), uno strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie.⁶

⁶ Ad oggi, la sperimentazione delle Società della salute ha coinvolto 18 zone socio-sanitarie, comprendendo circa il 60% dei Comuni toscani.

Fig. 1: L'articolazione istituzionale del sistema integrato dei servizi sociali toscano



Oltre agli attori pubblici, alla realizzazione delle finalità individuate dalla normativa sono chiamati a concorrere anche i soggetti sociali ed economici. In particolare, tra i soggetti sociali al terzo settore⁷ è riconosciuto un ruolo centrale nelle politiche sociali regionali. I soggetti privati non a scopo di lucro sono infatti invitati a contribuire ai processi di programmazione regionale e locale, oltre a partecipare alla progettazione e all'attuazione degli interventi e dei servizi. A livello regionale la legge prevede l'istituzione presso la Giunta di un'apposita Commissione regionale per le politiche sociali, con funzioni consultive e propositive, composta da rappresentanti delle organizzazioni sindacali, delle categorie economiche, delle associazioni di rappresentanza e tutela degli utenti, delle organizzazioni del terzo settore, degli iscritti agli ordini e alle associazioni professionali⁸. A livello locale, i soggetti del terzo settore presenti sul territorio (insieme alle organizzazioni sindacali e le parti sociali, nonché le associazioni di tutela degli utenti e dei consumatori) sono invece invitati a partecipare, con funzioni consultive e propositive, alla conferenza istruttoria in vista dell'approvazione del Piano di Zona.

L'istituzionalizzazione di pratiche riflessive rappresenta un'ulteriore caratteristica distintiva del sistema di governance toscano. La sfida venne raccolta già nella seconda metà degli anni Novanta con l'istituzione del sistema informativo regionale sui servizi sociali, deputato a produrre evidenza empirica strumentale alla governance del settore socio-assistenziale. Risale infatti al 1997 la creazione della rete degli Osservatori sulle politiche sociali (L. R. 72/1997), composta di dieci

⁷ Che include le organizzazioni di volontariato; le associazioni e gli enti di promozione sociale; le cooperative sociali; le fondazioni; gli enti di patronato; gli enti ausiliari di cui alla legge regionale 11 agosto 1993, n. 54 (Istituzione dell'albo regionale degli enti ausiliari che gestiscono sedi operative per la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti tossicodipendenti. Criteri e procedure per l'iscrizione); gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese; e gli altri soggetti privati non a scopo di lucro. A fine 2007, questa realtà in Toscana comprendeva oltre 4500 enti.

⁸ Funzioni consultive sono inoltre attribuite alla Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, l'organo attraverso cui gli enti locali concorrono alla definizione e alla valutazione delle politiche regionali in materia sanitaria e socio-sanitaria, il cui parere deve essere acquisito dalla Giunta sulla proposta di PISR.

osservatori articolati a livello provinciale e raccordati attraverso l'osservatorio sociale regionale⁹. In particolare, a supporto delle funzione di programmazione, l'Osservatorio sociale regionale è chiamato a predisporre i materiali necessari per l'elaborazione della "relazione sociale", documento che la Giunta è tenuta a presentare al Consiglio regionale con cadenza almeno triennale, al fine di valutare i risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti nel piano integrato sociale regionale, conoscere l'evoluzione dei fenomeni sociali e lo stato dei servizi, nonché disporre di elementi conoscitivi adeguati per la successiva programmazione di settore. Anche a livello di zona è prevista una relazione sociale (la "relazione consuntiva annuale") per la verifica dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano di zona. In questo caso, sono gli osservatori provinciali che supportano le segreterie tecniche nella predisposizione delle relazioni, che dopo essere state adottate dalla conferenza dei sindaci di zona-distretto, vengono trasmesse alla Giunta regionale¹⁰.

L'attenzione riservata al settore socio-assistenziale, testimoniata dall'ampia produzione normativa in materia, trova affermazione anche guardando allo sforzo effettivo della regione in termini di spesa e di offerta di prestazioni e servizi, oggetto della prossima sezione.

3.2.2 La regione Toscana nel panorama nazionale: indicatori di spesa e di offerta

Lo strumento principale per il finanziamento del sistema integrato è il fondo regionale per le politiche sociali, in cui confluiscono le risorse regionali determinate annualmente con legge di bilancio, nonché le risorse trasferite dallo Stato o provenienti dall'Unione europea destinate alla realizzazione di interventi e servizi sociali. L'intervento finanziario della Regione è tuttavia da intendersi contributivo e perequativo rispetto all'impegno finanziario dei comuni e degli altri enti locali, che in larga parte partecipano con risorse proprie al finanziamento del sistema. Le risorse complessivamente impegnate per le politiche di assistenza sociale a livello territoriale in Toscana nel 2005 ammontano a 435 milioni di euro¹¹ (pari al 7,6% delle risorse complessivamente spese considerando tutte le regioni), contro un trasferimento nazionale attraverso il Fondo nazionale per le politiche sociali alla Regione Toscana pari a 34 milioni di euro.

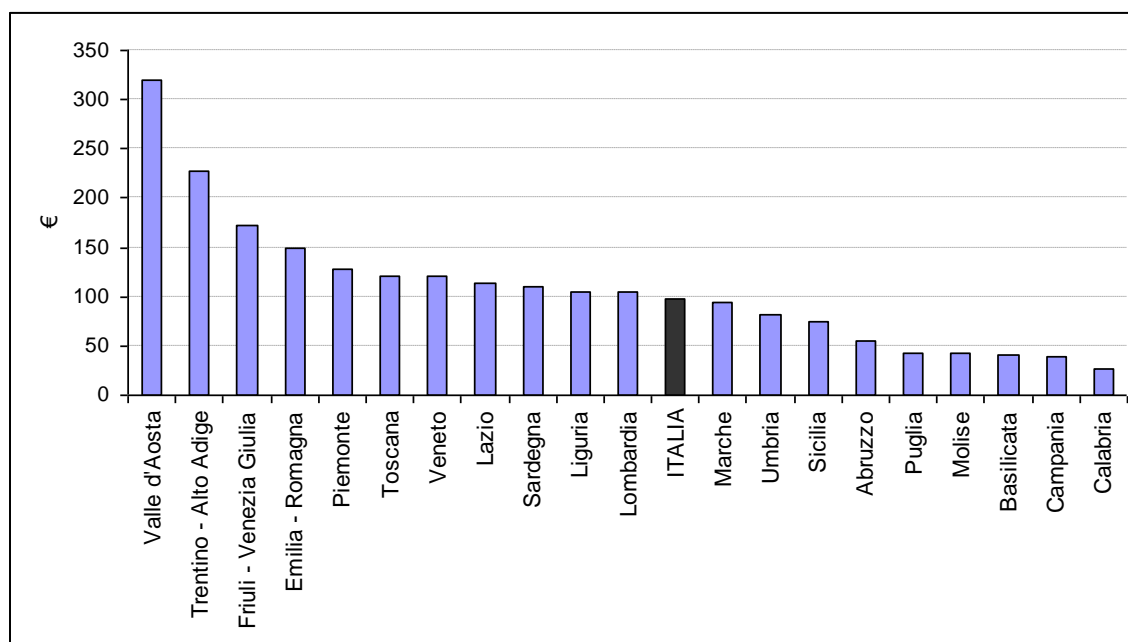
Guardando al livello medio pro-capite, la spesa per gli interventi socio-assistenziali in Toscana raggiunge i 121 euro, superando il valore medio nazionale (98 euro). Con questa spesa sociale pro-capite, non considerando le regioni a statuto speciale che presentano capacità di spesa maggiori rispetto a quelle ordinarie, nella graduatoria regionale la Toscana si posiziona al terzo posto, preceduta solo da Emilia Romagna e Piemonte (fig. 2).

⁹ Secondo quanto disposto dalla normativa, il sistema degli osservatori è volto a "fornire elementi utili per la valutazione di efficacia delle politiche sociali, promosse dalla regione ed attuate dagli Enti locali e dal terzo settore, e per la progettazione di nuove politiche, utilizzando e rielaborando anche dati sulla struttura della popolazione regionale, sui bisogni e sulle risorse provenienti dagli altri sistemi informativi esistenti e dall'ufficio di statistica regionale, oltre a svolgere analisi mirate su specifici fenomeni sociali".

¹⁰ A partire dal 2004 la regione ha inoltre dato il via alla sperimentazione delle Società della Salute, consorzi pubblici a cui partecipano i Comuni della zona-distretto e l'Ausl competente. Nelle zone-distretto che si sono candidate alla sperimentazione il Piano sociale di zona viene sostituito dal Piano Integrato di Salute (PIS) uno strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie.

¹¹ I dati si riferiscono ai risultati dell'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati. L'indagine, partita del 2004 e che ora ha cadenza annuale, è stata avviata grazie alla collaborazione istituzionale fra più attori del governo centrale e locale, interessati alla produzione e all'utilizzo della base dati: l'Istat, la Ragioneria generale dello Stato (RGS), il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Centro Interregionale per il Sistema Informatico e Statistico (CISIS) con alcuni enti locali tra cui la Toscana (oltre a Liguria, Piemonte, Veneto, Provincia di Trento, Emilia Romagna, Marche).

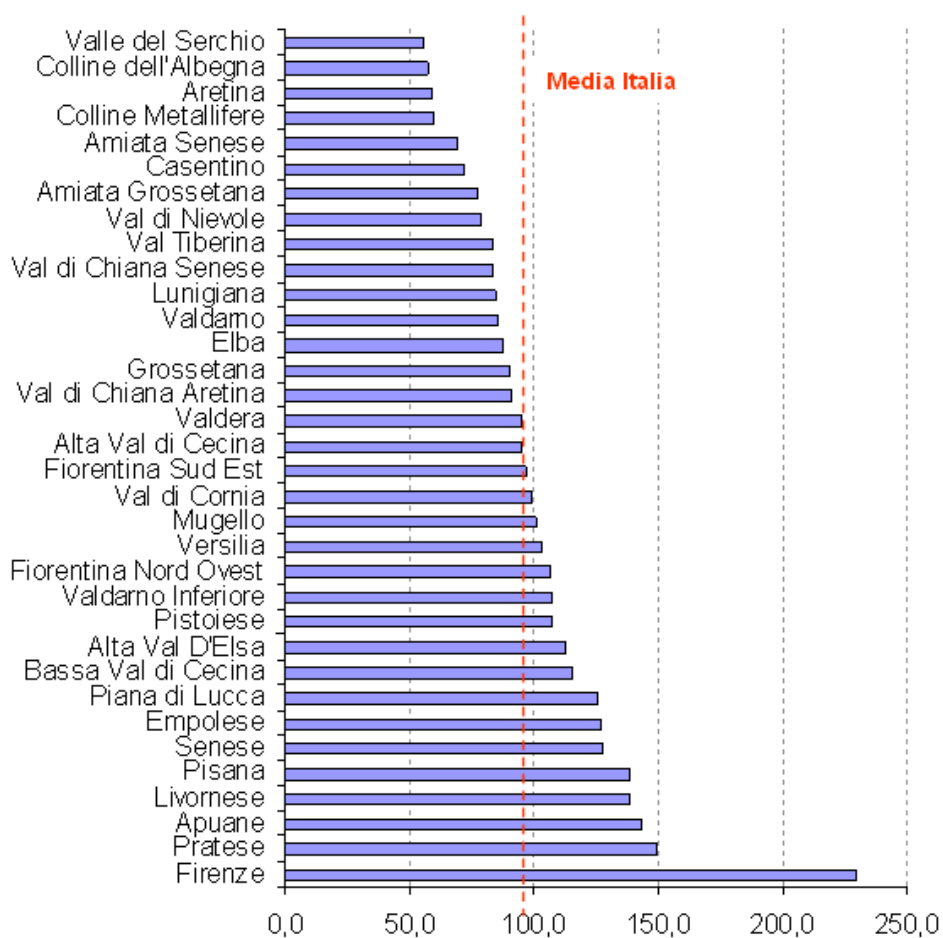
Fig. 2: Spesa dei comuni singoli e associati per interventi e servizi sociali (valori medi pro-capite per regione in euro), 2005.



Fonte: Istat.

Il dato medio regionale toscano, tuttavia, nasconde una forte eterogeneità interna come emerge dalla figura 3. Delle 34 zone-distretto, circa la metà presentano una spesa inferiore alla media nazionale, in alcuni casi con differenze significative, come ad esempio accade delle zone-distretto Valle del Serchio (55,9 euro), Colline dell'Albegna (57,6 euro), Aretina (58,9 euro), Colline metallifere (59,6 euro), Amiata Senese (68,6 euro), Casentino (72,3 euro). La distanza registrata, peraltro, si ritrova in forma e misura simile anche guardando ai dati dell'anno precedente, segnalando quindi una situazione strutturale.

Fig. 3: La spesa per interventi e servizi sociali nelle zone –distretto toscane (valori medi pro-capite), 2005.



Fonte: Regione Toscana.

Tab. 2: La ripartizione interna della spesa fra servizi, strutture e trasferimenti.
Confronto Toscana - Italia, 2005.

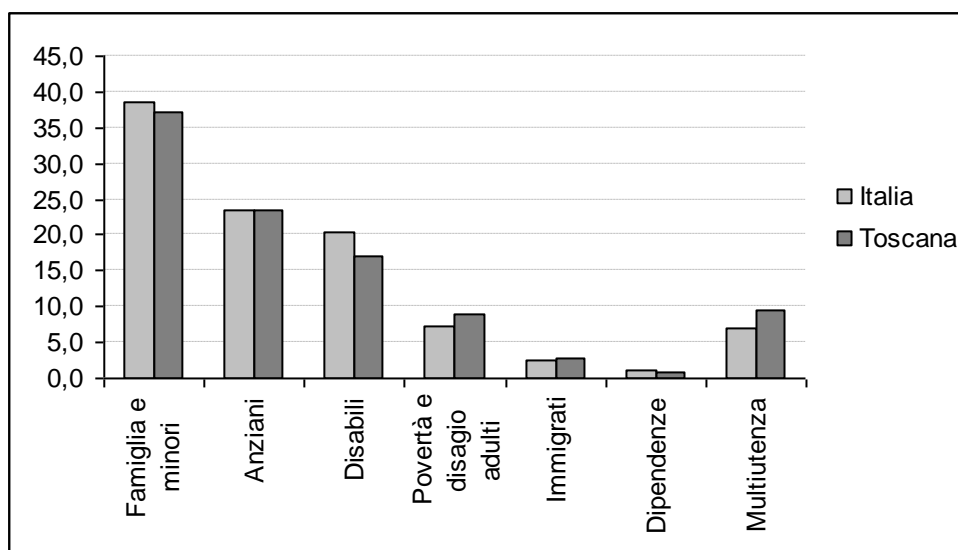
	Interventi e servizi	Strutture	Trasferimenti in denaro
Toscana	36,1%	37,9%	26,0%
Italia	39,4%	37,8%	22,8%

Fonte: Istat e Regione Toscana.

La composizione interna della spesa sociale per macro-aree (interventi e servizi; strutture e trasferimenti in denaro) riportata nella tabella 2¹² vede una sostanziale omogeneità tra il valore toscano e quello nazionale rispetto ad una delle voci. La spesa per strutture assorbe il 37,8% delle risorse in Toscana e il 37,9% a livello nazionale. La regione Toscana destina invece una quota maggiore di risorse ai trasferimenti in denaro, compensata da una minor quota di risorse per interventi e ai servizi, registrando uno scostamento tuttavia lieve (tab. 2).

Spostando l'attenzione sulle funzioni, gli interventi realizzati dai comuni riguardano in larga parte le famiglie, gli anziani e i disabili. Su tali aree di utenza si concentra infatti il 77% delle risorse complessive impiegate (37% famiglie e minori, 24% anziani, 17% disabili), mentre i servizi destinati ad altre tipologie di utenti assorbono quote più marginali di spesa (povertà e disagio adulti 9%, immigrati 3%, dipendenze 1%, multiutenza 10%). Il confronto con il dato a livello nazionale peraltro non segnala differenze rilevanti (fig. 4).

Fig. 4: La ripartizione interna della spesa per aree di utenza, confronto Toscana – Italia, 2005.



Fonte: Istat e Regione Toscana.

¹² Le tre macro-aree si ripartiscono come segue: “interventi e servizi” di supporto alle esigenze delle varie categorie di utenti (assistenza domiciliare, interventi per l’integrazione sociale di anziani, disabili, immigrati, interventi di sostegno socio-educativo per minori etc.); “trasferimenti in denaro” per i cittadini bisognosi (sostegno al reddito, l’alloggio, servizi scolastici etc.); “strutture” volte ad ospitare utenti con diverse esigenze (strutture semiresidenziali di tipo socio-assistenziale, di tipo ricreativo e per l’inserimento sociale e strutture residenziali per le persone senza adeguato sostegno familiare).

Passando a considerare la spesa sociale procapite media a livello regionale per le quattro aree di utenza oggetto della nostra analisi, osserviamo che la Toscana presenta livelli più alti rispetto al dato medio nazionale (cfr. tab. 3) confermando dunque quando già notato per la spesa media pro-capite complessiva. Solo l'area immigrati rappresenta un'eccezione: la spesa sociale media pro-capite regionale è infatti leggermente inferiore al dato nazionale. Il confronto con la situazione di altre regioni permette di fare alcune ulteriori considerazioni. Pur superiore al dato medio nazionale, la spesa media pro-capite per le famiglie e i minori in Toscana rappresenta meno dei due terzi di quella in Emilia Romagna, mentre la spesa media pro-capite per i disabili è circa il 70% di quella registrata in Veneto (cfr. tab. 3).

Tab. 3: Spesa media pro-capite in euro per interventi e servizi sociali per area di utenza. Italia e alcune regioni, 2005.

	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Immigrati	Totale
Piemonte	132,5	130,2	3.403,0	68,5	127,9
Veneto	80,9	216,0	3.911,3	40,7	120,1
Liguria	118,0	90,1	1.931,3	25,5	105,5
Emilia - Romagna	215,9	147,6	3.250,3	66,7	148,7
Toscana	131,5	122,6	2.318,7	61,7	120,5
ITALIA	94,8	116,7	2.071,1	53,9	98,0

Note: i valori medi pro-capite sono ottenuti come rapporto tra le spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza

Fonte: ISTAT e Regione Toscana.

Passando al dettaglio infra-regionale (cfr. tab. 4) osserviamo anche in questo caso una notevole differenziazione interna. Riguardo alla funzione “famiglia e minori”, il valore medio regionale (132 euro) incorpora il picco registrato nella zona socio-sanitaria di Firenze (259 euro) e il livello minimo della Valle del Serchio (26 euro). Per la funzione disabili, la zona-distretto Apuane ha una spesa pro-capite pari (4.389 euro) ben più alta del valore medio registrato in Veneto e in Emilia Romagna.

Tab. 4: Spesa media pro-capite in euro per interventi e servizi sociali per area di utenza nelle zone-distretto toscane, 2005.

	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Immigrati e Nomadi	Totale
Alta Val D'Elsa	149,4	146,0	1.586,1	13,4	112,1
Alta Val di Cecina	97,0	101,8	1.219,5	72,6	95,4
Amiata Grossetana	91,9	62,4	2.627,9	24,5	76,9
Amiata Senese	33,7	82,4	2.622,1	6,3	68,6
Apuane	125,8	137,0	4.389,2	105,5	143,8
Aretina	47,7	67,7	1.794,4	28,0	58,9
Bassa Val di Cecina	129,8	105,2	2.265,6	85,4	115,3
Casentino	50,1	44,0	2.410,7	17,8	72,3
Colline dell'Albegna	83,2	42,4	1.243,8	12,3	57,6
Colline Metallifere	62,5	71,2	1.384,0	22,0	59,6
Elba	68,4	169,9	1.818,8	34,2	87,6
Empolese	127,9	131,4	2.739,0	44,1	127,1
Fiorentina Nord Ovest	151,1	86,5	2.750,3	45,9	106,9
Fiorentina Sud Est	108,4	81,8	2.787,4	46,9	96,4
Firenze	258,7	229,0	3.740,7	79,0	229,9
Grossetana	122,1	110,1	1.538,8	12,0	90,1
Livornese	127,5	212,1	1.809,4	24,9	138,3
Lunigiana	101,5	65,0	2.540,9	31,3	84,1
Mugello	109,0	110,0	2.337,6	88,9	101,1
Piana di Lucca	114,6	123,4	2.162,8	147,3	125,4
Pisana	145,1	94,2	2.162,2	139,2	138,3
Pistoiese	126,3	96,1	1.552,1	50,3	107,5
Pratese	140,6	196,7	2.113,0	52,8	148,9
Senese	138,0	123,1	2.833,3	47,0	127,7
Val di Chiana Aretina	95,5	114,9	1.736,4	76,1	90,6
Val di Chiana Senese	97,2	92,6	1.515,6	22,2	83,8
Val di Cornia	155,7	60,6	1.194,0	21,5	99,6
Val di Nievole	99,6	57,5	1.241,9	87,6	78,6
Val Tiberina	87,9	80,5	2.030,0	38,4	83,4
Valdarno	112,0	58,1	1.622,7	68,0	85,0
Valdarno Inferiore	157,7	98,2	1.932,0	29,6	107,3
Valdera	102,8	88,5	1.996,7	25,5	94,7
Valle del Serchio	26,2	79,7	1.866,3	70,3	55,9
Versilia	121,5	111,4	2.028,3	123,4	103,0
TOSCANA	131,5	122,6	2.318,7	61,7	120,5

Fonte: Regione Toscana.

Indicatori di offerta

L'analisi censuaria sulla spesa e gli interventi dei comuni singoli e associati ci offre la possibilità di andare oltre i dati relativi alla spesa, per considerare il livello di offerta e la copertura territoriale dei principali servizi e interventi. Il confronto con le altre regioni ci permette altresì di qualificare in modo più preciso la situazione delle regione Toscana. L'analisi degli indicatori di offerta e copertura territoriale per alcuni interventi e servizi viene proposta per le quattro aree di utenza oggetto d'analisi: famiglia e minori, anziani, disabili e immigrati.

Tab. 5: Asili nido, copertura territoriale e utenti, 2005

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 10.000 persone)
Piemonte	26,4	69,3	1.044
Lombardia	49,5	81,2	1.169
Veneto	38,0	69,0	813
Liguria	36,6	87,0	1.125
Emilia - Romagna	73,6	94,3	2.345
Toscana	71,4	91,7	1.689
Nord-ovest	40,6	78,7	1.146
Nord-est	54,1	80,7	1.371
Centro	40,9	81,5	1.195
Sud	16,5	46,6	252
Isole	22,8	64,5	635
ITALIA	36,1	69,8	910

Fonte: Istat.

Tab. 6: Servizi integrativi e innovativi per la prima infanzia, copertura territoriale e utenti, 2005.

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 10.000 persone)
Piemonte	6,2	39,3	301
Lombardia	10,9	15,8	202
Veneto	13,1	27,1	258
Liguria	64,7	78,7	551
Emilia - Romagna	33,1	62,2	481
Toscana	29,6	52,4	312
Nord-ovest	13,5	27,5	266
Nord-est	25,7	44,0	353
Centro	20,6	52,6	239
Sud	11,6	20,3	103
Isole	3,7	14,5	60
ITALIA	15,3	31,9	212

Nota: nella categoria “servizi integrativi e innovativi per la prima infanzia” rientrano i micronidi, i nidi famiglia e i servizi integrativi per la prima infanzia.

Fonte: Istat.

Con riferimento all’area famiglia e minori, considerando i servizi di asilo nido e i servizi integrativi e innovativi per la prima infanzia (cfr. tab. 5 e tab. 6), la Toscana presenta indici di copertura territoriale del servizio superiori alla media nazionale. Rispetto agli asili nido, il 92% della popolazione risiede in un comune in cui è presente il servizio (70% per l’Italia). La presa in carico è quasi doppia rispetto al dato nazionale: il 17% dei bambini con età inferiore ai tre anni è accolto all’asilo nido pubblico contro il 9% a livello nazionale.

Passando all’area anziani, l’indice di copertura territoriale dei servizi residenziali è molto alto (98%), leggermente superiore a quello dell’Emilia Romagna e quindici punti percentuali superiore al corrispettivo a livello nazionale. La stessa situazione si riscontra anche in riferimento all’indicatore di presa in carico pari all’1,4%, contro lo 0,96% a livello nazionale (tab. 7), sebbene il dato toscano sia significativamente inferiore a quello medio per l’area del nord-est (2,0%).

Tab. 7: Strutture residenziali per gli anziani, copertura territoriale e utenti, 2005.

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 10.000 persone)
Piemonte	96,7	98,2	107
Lombardia	69,8	88,2	90
Veneto	93,8	97,8	265
Liguria	74,0	96,2	78
Emilia - Romagna	88,6	97,2	139
Toscana	95,8	98,4	140
Nord-ovest	81,4	92,3	97
Nord-est	86,2	96,7	203
Centro	70,1	92,6	86
Sud	23,4	54,0	26
Isole	42,4	76,9	50
ITALIA	64,4	83,6	96

Fonte: rielaborazione su dati Istat.

Tab. 8: Servizi di assistenza sociale domiciliare per gli anziani, copertura territoriale e utenti, 2005.

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 10.000 persone)
Piemonte	98,8	97,8	144
Lombardia	77,4	90,3	166
Veneto	91,9	91,2	175
Liguria	100,0	100,0	119
Emilia - Romagna	91,8	92,2	188
Toscana	99,7	99,7	117
Nord-ovest	87,7	93,5	154
Nord-est	92,7	92,3	203
Centro	85,1	95,1	108
Sud	68,3	70,6	148
Isole	86,2	87,0	288
ITALIA	83,9	88,1	165

Fonte: rielaborazione su dati Istat.

L'assistenza domiciliare socio-assistenziale agli anziani rappresenta l'altra grande famiglia di interventi per le persone anziane fragili, che talvolta permettono la permanenza a domicilio dell'anziano in difficoltà evitandone l'istituzionalizzazione. Come mostra la tabella 8, in questo caso la regione Toscana presenta un alto livello di copertura territoriale del servizio (99,7%), ma un indice di presa in carico inferiore alla media nazionale (1,2% contro 1,7%)¹³.

Nell'area disabili, sia i servizi di assistenza domiciliare sia quelli residenziali presentano indici di copertura territoriale dei servizi e di presa in carico superiori alla media nazionale (cfr. tab. 9 e tab. 10), sebbene in entrambi i casi sensibilmente inferiori a quelli di altre regioni, tra cui Lombardia, Piemonte e Veneto.

Tab. 9: Strutture residenziali per disabili, copertura territoriale e utenti, 2005.

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 10.000 persone)
Piemonte	98,3	98,3	928
Lombardia	66,6	83,8	393
Veneto	94,3	98,2	1.345
Liguria	28,5	68,0	121
Emilia - Romagna	75,1	90,8	709
Toscana	76,7	87,9	285
Nord-ovest	77,0	86,9	530
Nord-est	91,8	96,0	1.051
Centro	40,1	70,2	164
Sud	4,3	10,8	15
Isole	44,7	80,2	280
ITALIA	56,0	60,4	342

Fonte: rielaborazione su dati Istat.

¹³ Anche nel caso dell'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari gli indicatori di copertura territoriali presentano una forte differenziazione. Anche in questo caso, con riferimento alla presa in carico, la regione Toscana si posiziona sotto la media nazionale.

Tab. 10: Servizi di assistenza domiciliare per disabili, copertura territoriale e utenti, 2005.

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 10.000 persone)
Piemonte	93,9	66,7	558
Lombardia	52,7	73,7	527
Veneto	81,2	79,4	540
Liguria	73,2	87,1	572
Emilia - Romagna	67,7	73,9	417
Toscana	89,2	89,3	515
Nord-ovest	69,5	72,3	537
Nord-est	77,6	74,0	409
Centro	77,2	87,5	881
Sud	51,3	58,5	433
Isole	47,2	62,5	588
ITALIA	65,8	69,7	557

Fonte: rielaborazione su dati Istat.

Per l'area immigrati, abbiamo ripreso il dato relativo alla copertura territoriale del servizio sociale professionale. Secondo le note fornite dall'Istat, questa voce comprende gli interventi di consulenza e informazione sui servizi e sugli interventi sociali, nonché le attività di supporto alle persone in difficoltà nell'individuazione e attivazione di possibili soluzioni ai loro problemi. La copertura territoriale del servizio in Toscana (il 77% della popolazione risiede in comuni in cui è presente il servizio) è superiore al dato medio nazionale (48%) (cfr. tab. 11), in linea rispetto ad altre regioni, tra cui Liguria (75%), Veneto (71%) e Piemonte (85%).

Tab. 11: Servizio sociale professionale per area di utenza, copertura territoriale, 2005.

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA					
	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà e disagio adulti
Piemonte	99,8	98,9	39,2	99,6	85,3	96,4
Lombardia	92,0	58,5	21,1	55,2	38,1	40,6
Veneto	99,8	99,7	70,4	89,7	70,9	76,4
Liguria	92,8	89,4	71,1	92,8	74,9	88,1
Emilia - Romagna	90,9	84,8	55,4	90,0	56,9	72,7
Toscana	96,5	95,5	71,1	96,5	77,4	90,6
Nord-ovest	92,9	75,4	34,0	74,3	58,6	65,3
Nord-est	96,6	87,4	57,6	91,7	58,9	82,4
Centro	76,7	72,4	54,8	72,1	64,6	69,3
Sud	54,1	34,1	22,7	33,0	23,6	30,0
Isole	69,6	53,2	25,7	53,2	18,9	46,3
ITALIA	80,8	66,0	37,6	66,1	47,9	59,3

Fonte: rielaborazione su dati Istat.

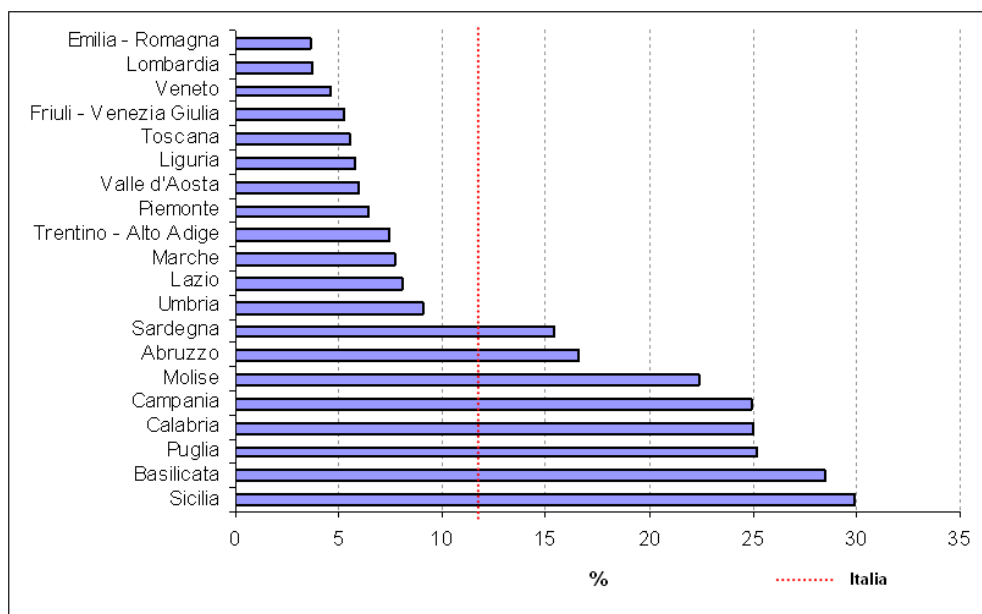
La regione Toscana nel panorama nazionale: povertà e disuguaglianza

Gli esiti delle politiche sociali, in forma di qualità della vita dei cittadini, possono essere colti attraverso una molteplicità di indicatori. Abbiamo scelto di presentarne alcuni, al fine di completare il quadro generale (il dato di contesto) delineato nelle pagine precedenti.

La graduatoria delle regioni italiane in base al tasso di povertà relativa registrato vede la Toscana al quinto posto, preceduta da Emilia Romagna, Lombardia, Veneto e Friuli - Venezia Giulia (fig. 5). L'indice di diffusione della povertà in Toscana si ferma al 5.5%, attestandosi a meno della metà di quello nazionale 11,7%.

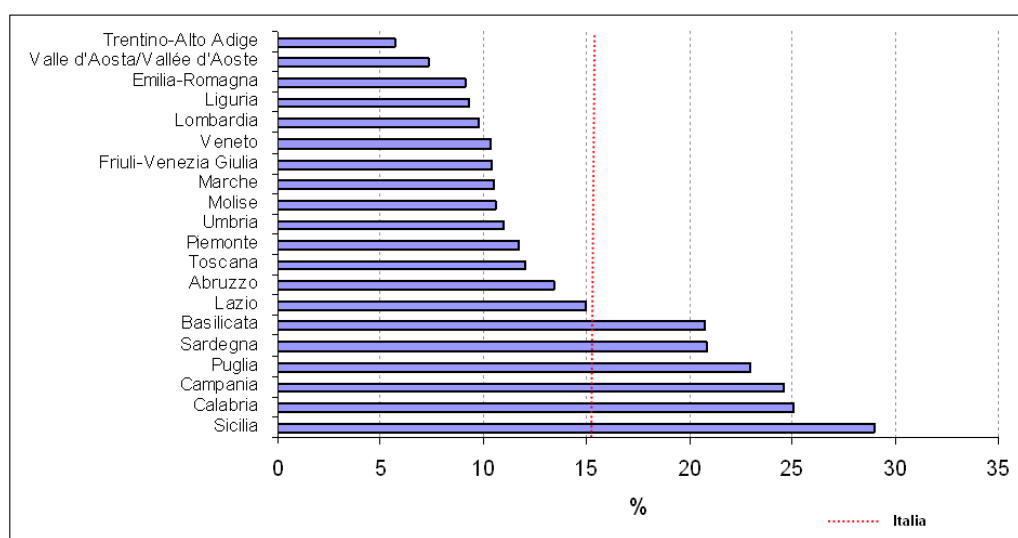
Anche l'indice di disuguaglianza (indice di Gini) presenta un valore basso in prospettiva comparata (0,261 contro 0,308 di media nazionale), posizionando la regione al quarto posto, dopo Trentino Alto Adige, Friuli – Venezia Giulia e Veneto (cfr. tab. 12). L'ultima figura (fig. 6) presenta una misura della condizione economica percepita dalle famiglie. Il 12,1% delle famiglie toscane giudica di arrivare a fine mese con “molta difficoltà” (contro il 15,1% delle famiglie a livello nazionale), mentre solo il 6,1% delle famiglie toscane dichiara di arrivare a fine mese “con facilità o con molta facilità” (contro un valore nazionale pari al 6,8%).

Fig. 5: La povertà relativa per regioni, 2004.



Fonte: rielaborazione su dati Istat.

Fig. 6: Famiglie che dichiarano di arrivare “con molta difficoltà” a fine mese, per regione, 2004.



Fonte: rielaborazione su dati Istat.

Tab. 12: Indice di disuguaglianza (Gini) tra i redditi equivalenti delle famiglie per regione, 2004.

Regioni	Indice di Gini
Trentino Alto Adige	0,183
Friuli-Venezia Giulia	0,248
Veneto	0,261
Toscana	0,261
Basilicata	0,263
Liguria	0,276
Marche	0,276
Umbria	0,278
Emilia-Romagna	0,279
Molise	0,280
Lombardia	0,283
Valle d'Aosta	0,285
Piemonte	0,289
Sardegna	0,290
Abruzzo	0,295
Lazio	0,303
Puglia	0,305
Sicilia	0,331
Campania	0,335
Calabria	0,339
Italia	0,308

Fonte: Istat.

3. L'importanza delle capacità istituzionali

La rilevazione delle capacità istituzionali delle unità amministrative è un aspetto importante della nostra analisi. Tali unità si collocano, infatti, al livello intermedio di governo del sistema socio-assistenziale toscano e ne rappresentano le fondamentali strutture di implementazione. Di conseguenza, si è utilizzato un questionario volto ad investigare ed apprezzare le capacità programmatiche, attuative e apprenditive di un campione selezionato di Zone-distretto o Società della Salute (il questionario è riportato in appendice).

In questa ricerca, infatti, si cerca di porre in relazione gli interventi messi in atto dalle amministrazioni competenti in materia di assistenza sociale con alcune categorie di effetti attesi, a loro volta connessi alla dimensione della solidarietà all'interno della nozione di qualità democratica.

In una visione pur razionalistica del processo di *policy*, che può soffrire di una certa misura di inaccuratezza empirica ma ritiene una notevole valenza euristica, la capacità di ottenere i risultati attesi dovrebbe esser legata all'adeguatezza rispetto allo scopo degli interventi di *policy* adottati. Questi a loro volta dovrebbero dipendere dalle capacità del *policy network* rilevante di comprendere che cosa occorre fare in una data situazione e di agire in modo adeguato: in una parola, dalle sue *capacità istituzionali*¹⁴. Da qui l'importanza dell'analisi delle capacità istituzionali delle unità amministrative operanti nel campo dell'assistenza sociale nella Regione Toscana.

Ai fini di questa pubblicazione, le capacità istituzionali possono essere scomposte in tre aree:

- *capacità progettuali, o programmatiche* (inerenti alla capacità di diagnosticare in modo informato e competente le sfide funzionali, di identificare la gamma di opzioni possibili e praticabili, di valutare tali opzioni alla luce di interessi politicamente e socialmente rilevanti e di criteri normativi pubblicamente difendibili);
- *capacità attuative* (inerenti alla capacità di mettere in atto le decisioni rispettandone gli scopi di base, ma tenendo anche in debito conto le variabilità locali e l'esistenza di eredità di *policy* e quindi degli inevitabili effetti d'interazione);
- *capacità apprenditive* (inerenti alla capacità di monitorare e valutare le capacità istituzionali precedenti e di retroagire intenzionalmente su di esse).

A queste, si affianca lo *stile decisionale*, che consiste nella modalità (consensuale o conflittuale) di presa delle decisioni.

Il questionario (vedi appendice) si sviluppa seguendo la medesima quadripartizione, a cui si aggiunge un punto introduttivo finalizzato alla ricostruzione della struttura organizzativa dell'Unità (a completamento delle informazioni fornite dallo Statuto o della Convenzione nel caso delle SdS).

¹⁴ Per una discussione del concetto di capacità istituzionale ci sia consentito di rimandare a S. Sacchi (2004), "New modes of governance in the EU and Italy's institutional capability: a comparison of employment and social inclusion policies", in Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, n. 3/2004, pp. 5-35.

4. Risultanze dall'indagine pilota sulle capacità istituzionali

Nella fase preparatoria dell'indagine è stato possibile entrare in possesso di un documento interno della Giunta Regionale Toscana contenente la relazione (30 aprile 2007) dell'Assessore al Diritto alla Salute in merito agli esiti della sperimentazione delle Società della Salute (SdS). Gli allegati alla relazione contengono numerose informazioni raccolte ed elaborate dagli uffici dell'Agenzia regionale di Sanità (ARS) riguardanti gli assetti istituzionali ed organizzativi assunti dai Consorzi. Come già riportato la sperimentazione delle SdS si è di fatto conclusa solo nel novembre del 2008 con l'approvazione della legge regionale n. 60 che ha modificato la l.r. 40/05; il documento fornisce dunque dati sullo stadio di avanzamento della costituzione delle SdS. Si procede quindi ad un confronto tra le diverse SdS in base al diverso grado d'attuazione delle diverse fasi, di costituzione degli organi previsti dalla normativa, e della nomina degli organismi di partecipazione. Una sezione specifica è inoltre dedicata all'attività di programmazione svolta nelle SdS. Il carattere prevalente di tali informazioni è di tipo quantitativo ma soprattutto meramente formale, in altre parole, si riporta se sia stato costituito il Comitato di partecipazione, ma non se e come esso funzioni, quali siano i principali problemi riscontrabili nella natura e nell'attività di questo strumento partecipativo nelle singole unità amministrative in cui è stato costituito. Ciò distingue sostanzialmente le informazioni fornite dal documento della Giunta da quelle raccolte mediante il questionario proposto nel Primo Rapporto di Ricerca e di cui qui presentiamo i risultati. Il nostro questionario è infatti motivato dal tentativo di entrare nel merito di ciò che potesse rivelare le capacità istituzionali delle unità campionate (non solo Società della Salute, ma anche Zone/distretto). Non semplicemente una *check-list* dei passaggi amministrativi da espletare più o meno formalmente, ma un'analisi ragionata dei processi decisionali, programmatori ed attuativi delle unità prescelte, in cui si ponesse una particolare attenzione al rapporto tra i diversi attori del sistema (amministratori, politici e società civile).

Le interviste effettuate hanno dunque affrontato cinque sezioni tematiche: la prima dedicata alla struttura organizzativa assunta dalle Società della Salute e Zone-distretto; la seconda inerente l'attività di diagnosi dei bisogni locali e quindi di pianificazione degli interventi attraverso la valutazione delle opzioni praticabili; la terza riguardante – appunto – lo stile decisionale insito al funzionamento degli organi di governo delle singole unità; si guardava poi alla capacità di attuare le decisioni prese; l'ultima sezione è stata dedicata all'attività di monitoraggio, valutazione e correzione dell'operato da parte delle unità amministrative.

4.1 Scelta dei casi

Dato il considerevole numero di unità amministrative (34) è stato necessario operare una selezione che portasse all'individuazione di un campione da sottoporre alle nostre interviste. I criteri utilizzati per tale selezione sono stati la collocazione geografica e la tipologia amministrativa dell'unità. In altre parole si sono raggruppate le 34 zone per area geografica di appartenenza (nord, centro, sud) e per assetto giuridico-istituzionale (Società della Salute o Zona-distretto), per poi individuare i casi rappresentativi dei sottogruppi. Si è considerato opportuno conservare la diversa numerosità dei sottogruppi nella nostra selezione, così da individuare un campione di 10 unità amministrative distribuite come in Tabella 1.

Tabella 1. Casi selezionati per le interviste¹⁵

	Nord	Centro	Sud	n/N
SdS	Lunigiana	Fiorentina Nord Ovest (Pisana)	Amiata Grossetana Val di Chiana Senese (Senese)	5/16
Zd	Pistoiese	Piana di Lucca Livornese	Val di Chiana Aretina	5/18
n/N	2/5	4/16	4/13	10/34

Anticipiamo che tra i risultati che stiamo per esporre non troveremo la Società della Salute Pisana, né la Zona-distretto Senese, in quanto – nonostante ripetuti tentativi e richieste – non è stato possibile intervistare alcun responsabile o funzionario delle due unità amministrative.

L'intervista prevedeva una serie di domande aperte e la possibilità da parte dell'intervistato di soffermarsi o aggiungere considerazioni a suo avviso rilevanti, anche se non previste o richieste esplicitamente. L'intervista è stata dunque condotta in maniera "aperta", gli interlocutori erano avvicinati più come testimoni privilegiati che come responsabili dei servizi erogati; questo approccio ha permesso l'instaurarsi di una certa confidenza tra ricercatore ed intervistato, e l'emergere di punti critici o problematici del sistema.

Nel riportare quanto emerso dagli incontri, non intendiamo riportare ogni risposta data dai singoli intervistati a tutte le domande poste, ma solo le informazioni che riteniamo più interessanti ed utili agli scopi sopra illustrati. Questo eviterà inutili e noiose ripetizioni e – speriamo – una maggiore efficacia e leggibilità dello scritto. Nell'ulteriore ricerca di un ordine espositivo, procederemo per sottoparagrafi, affrontando distintamente i cinque temi attorno ai quali è stato strutturato il questionario, ossia le quattro dimensioni delle unità amministrative analizzate (organizzativa, programmatoria, attuativa ed apprenditiva) e lo stile decisionale della giunta.

4.2 Dimensione organizzativa

Per descrivere gli assetti organizzativi delle nostre unità amministrative, occorre distinguere tra Società della Salute e Zone distretto.

4.2.1 Assetti organizzativi delle Società della Salute

Per quanto riguarda le prime, la normativa regionale (Del.C. n. 155 del 24 settembre 2003) stabiliva anche la presenza di uno staff del direttore e la sua composizione, prevedendo competenze relative alla pianificazione strategica, alla programmazione, al controllo di gestione, competenze inerenti i sistemi informativi nonché competenze comunicative. Alcune Società della Salute hanno adottato la direttiva in maniera passiva, altre, pur non contravvenendola, l'hanno interpretato in maniera estensiva. Il risultato è una diversificazione delle tecnostrutture a capo delle SdS Toscane, raggruppabili in quattro diverse tipologie di staff del direttore¹⁶.

Il primo modello è quello *standard*, ossia quello previsto dalla normativa regionale, al quale si rifanno sei SdS: Amiata Grossetana, Bassa Val di Cecina, Lunigiana, Val di Chiana Senese, Val di Cornia e Valdinievole. Lo staff standard si struttura secondo il diagramma seguente.

¹⁵ Fra parentesi le unità che non è stato possibile incontrare.

¹⁶ Cfr.: Relazione dell'Assessore al Diritto alla Salute alla Giunta Regionale del 30 Aprile 2007. "Le Società della Salute. esiti della Sperimentazione".

La seconda tipologia è un allargamento del modello standard, nel quale vengono inseriti soggetti provenienti o dalle amministrazioni comunali o dal volontariato locale un inserimento che segue dunque la logica della cooptazione formale¹⁷. È semplice infatti comprendere come tali inserimenti rispondano, oltre alla necessità di usufruire delle risorse conoscitive e dell'esperienza disponibili nella realtà territoriale, a quella di avere più incarichi funzionali da distribuire tra i Comuni consorziati e di far accedere al livello gestionale alcuni dei soggetti del volontariato. Questo assetto organizzativo è adottato da sette SdS (Alta Val di Cecina, Colline Metallifere, Empoli, Firenze, Mugello, Valdera e Valdarno Inferiore).

La terza tipologia di staff vede un deciso rafforzamento delle attività di pianificazione e programmazione che avviene attraverso la costituzione di una sub-struttura dedicata a tale funzione e denominata *Ufficio di Piano*; questo va ad affiancarsi alle figure professionali già previste dalla direttiva regionale e dedicate alla pianificazione strategica.

La peculiarità degli Uffici di Piano è la loro composizione variabile: a seconda della materia in discussione possono essere attivate diverse figure professionali, come ad esempio prevede esplicitamente il regolamento di staff della SdS Fiorentina Nord- Ovest. Le SdS dotate di questa tipologia di staff sono quattro: Casentino, Fiorentina Nord-Ovest, Fiorentina Sud-Est e Pratese. L'inserimento dell'Ufficio di Piano avviene – in tutti e quattro i casi – all'interno di uno staff di tipo allargato, fatto che indica come le tre tipologie finora descritte si possano ordinare lungo una scala di progressiva complessità ed articolazione.

La quarta tipologia è presente solo nel caso della SdS Pisana, la quale si è dotata di uno *staff gestionale*. Anche qui vi è un rilevante investimento finalizzato al potenziamento della programmazione. Due sono le strutture dedicate: l'Agenzia per la programmazione istituzionale e l'Ufficio di Piano, coordinate entrambe dal medesimo "direttore della programmazione".

L'Agenzia principalmente supporta i processi programmatori della giunta e monitora le prestazioni degli interventi attuati dalla SdS. L'Ufficio di Piano definisce invece i programmi esecutivi per il perseguimento degli indirizzi ed il raggiungimento degli obiettivi di salute indicati dalla Giunta.

4.2.2 Assetti organizzativi delle Zone distretto

Per quanto riguarda le Zone-distretto, invece, la questione a nostro avviso più rilevante è il criterio compositivo della Segreteria Tecnica, ossia della struttura di coordinamento dei servizi socio-assistenziali e di supporto alla Conferenza dei Sindaci. Alla segreteria tecnica spetta – ad esempio – l'elaborazione del Piano Sociale di Zona che viene redatto in base alle linee programmatiche decise dalla Conferenza. Altro elemento rilevante è la distinzione o meno del livello gestionale da quello operativo all'interno della stessa Segreteria Tecnica.

Tra le quattro Zd oggetto delle nostre interviste, è emerso che nella Pistoiese, Val di Chiana Aretina e Piana di Lucca il criterio di composizione non è stato quello professionale, bensì quello della rappresentanza degli enti operanti nel settore sociale sul territorio della Zona. Ciò ha portato a strutture ridondanti o sovradimensionate, in cui però mancano le professionalità necessarie ai compiti specifici della segreteria.

Il caso più significativo è quello del Pistoiese, in cui non solo si è voluto "portare" nella Segreteria tecnica tutti e 11 i Comuni, ma si è fatto in modo che fossero presenti anche la Provincia (con due figure professionali), l'AUSL, ed un assistente sociale per ognuno dei tre ATO (Ambiti Territoriali Omogenei) in cui è diviso il territorio della Zona-distretto Pistoiese. Nonostante questo, o meglio: *per* questo, è stato necessario assumere con contratto di consulenza esterna un libero professionista che svolgesse l'attività di programmazione, che – come abbiamo visto – è una delle attività fondamentali della Zd.

¹⁷ Selznick P. (1949), *TVA and Grass Roots. A study in the Sociology of formal Organizations*, University of California, Berkeley (tr. it.: *Pianificazione regionale e partecipazione democratica. Il caso della Tennessee Valley Authority*, Angeli, Milano, 1974).

Nella Piana di Lucca l'Ufficio di Piano (recentemente costituito) ha sostituito la Segreteria tecnica, ma il criterio compositivo si conferma il medesimo, con la presenza di rappresentanti della Provincia e dell'AUSL.

La Val di Chiana Aretina è l'unico caso in cui non è stata apportata alcuna distinzione organizzativa tra livello progettuale e di coordinamento e livello operativo. Si viene così a creare una situazione in cui gli addetti della Segreteria tecnica devono svolgere anche tutte le funzioni operative di cui sono competenti per i propri Comuni (dallo sportello anziani all'erogazione dei contributi per l'affitto). La scarsità di risorse umane dei Comuni più piccoli fa sì che di fatto i locali e gli addetti dei servizi sociali del Comune più grande, ossia Cortona, siano allo stesso tempo gli uffici e gli addetti della Segreteria tecnica di Zona. Se una situazione simile da una parte garantisce che chi individua le criticità e progetta gli interventi abbia un'esperienza diretta della realtà in cui opera, dall'altra genera grandi difficoltà e impedimenti nell'ottimizzazione e razionalizzazione del lavoro. A ciò si supplisce con modalità discrezionali, informali, non proceduralizzate e confidenziali nell'assegnazione degli incarichi, nella progressiva gestione degli interventi (in cui il momento decisionale si protrae nel tempo), nella gestione di imprevisti ed emergenze. Questo è forse l'elemento più caratterizzante della Zd della Val di Chiana Aretina, che emergerà anche dall'analisi delle altre dimensioni.

La quarta Zona-distretto, quella Livornese, ha assunto invece un criterio compositivo che possiamo definire "esclusivo". Le funzioni di coordinamento gestionale sono state assorbite dall'Istituzione per i Servizi alla Persona, mentre quelle di programmazione sono state affidate all'Ufficio Unico di Piano, una struttura integrata tra Conferenza dei Sindaci e AUSL, composta esclusivamente da personale proveniente dal Comune di Livorno. È però necessario notare l'evidente sproporzione tra i tre Comuni del l.o. Livornese, con gestione associata in 6 aree funzionali e delega all'Istituzione attraverso il Comune di Livorno. Quest'ultimo conta più di 161.600 abitanti, a fronte dei 16.165 di Collesalveti e ai soli 355 di Capraia Isola¹⁸. Considerando tale dato si può ritenere "fisiologico" che il Comune di Livorno svolga un ruolo primario e prevalente rispetto agli altri due.

4.3 Dimensione programmatica

Parte dell'intervista era specificatamente rivolta all'attività di pianificazione e programmazione svolta dalle singole unità amministrative. In particolare, si mirava a sapere se vi erano strutture dedicate all'elaborazione del Piano Sociale di Zona o del Piano Integrato di Salute.

Come già detto, nella Zd Pistoiese tale compito è affidato ad un professionista appositamente assunto. Negli altri casi esaminati, per quanto riguarda le SdS vengono confermate le informazioni raccolte in merito allo staff di direzione: nell'Amiata Grossetana, nella Lunigiana e nella Val di Chiana Senese è personale interno allo staff che se ne occupa, nella Fiorentina Nord Ovest è presente l'Ufficio di Piano appositamente costituito. Tra le ZSS, la Livornese e la Piana di Lucca dispongono di un Ufficio Unico di Piano, già descritto nel paragrafo precedente; così come, in base a quanto già detto in proposito, nella Val di Chiana Aretina il PSdZ è redatto dalla Segreteria tecnica, ed in prevalenza dagli addetti del Comune di Cortona. In tutti i casi si tratta comunque di un'attività stabile, che impegna continuamente chi se ne occupa, sia essa una sub-struttura dedicata o meno.

Uno degli elementi rilevanti nella dimensione programmatica delle istituzioni intermedie toscane è la partecipazione. Nelle Società della Salute è previsto che essa avvenga attraverso due principali strumenti: la Consulta del Terzo settore, e il Comitato di partecipazione. Per quanto riguarda il contributo portato da questi ultimi, spesso si sottolinea da parte dei dirigenti delle SdS una certa impreparazione tecnica alla complessa materia attinente la gestione amministrativa del settore sociale, ed in alcuni casi un qualche disinteresse nella partecipazione a percorsi da cui comunque si sarà esclusi nel momento decisionale conclusivo. Molti Direttori delle Società della Salute

¹⁸ Fonte: ISTAT.

riconoscevano, infatti, la necessità di rivedere e riformulare le modalità di partecipazione del Terzo settore.

Ma quali sono le forme di partecipazione del Terzo settore nelle Zone-distretto? È emerso che in tre di queste (Pistoiese, Piana di Lucca e Livornese) essa avviene attraverso Tavoli settoriali, nella Val di Chiana Aretina in forme meno strutturate e più confidenziali, in base ai rapporti costituitisi in forza delle esperienze pregresse. Tale criterio è comunque utilizzato nella Piana di Lucca per la costituzione dei Tavoli settoriali, mentre nella Zona Pistoiese e in quella Livornese si procede attraverso bandi pubblici, manifestazione di volontà e quindi un'autocertificazione che attesti la propria attività nel settore socio-assistenziale.

In tutte le unità amministrative oggetto dell'analisi, i documenti programmatori si basano su documenti diagnostici quali il Profilo di salute nel caso delle SdS, dati epidemiologici o relazioni di settore per le altre. Le fonti utilizzate sono in tutti i casi di varia natura: dati provenienti dall'Osservatorio sociale provinciale, dalle anagrafi comunali, dalla AUsl, o ancora dati forniti dall'ISTAT ai quali si aggiungono quelli raccolti dall'esperienza diretta sul campo degli assistenti sociali e del Terzo settore.

Emerge comunque come difficoltà diffusa quella di costruire documenti basati sulla domanda invece che sull'offerta dei servizi erogati. Si sa ad esempio il numero di anziani assistiti, più difficile conoscere quelli in uno stato di bisogno che non sono già raggiunti dai servizi. Nell'Amiata Grossetana, la costituzione del Punto Unico di Accesso, ad esempio, ha fatto emergere molto del bisogno sommerso, ma ciò non fa che confermare il problema: le situazioni critiche che vengono registrate sono quelle che si auto-manifestano (e in ciò possono aiutare interventi organizzativi quali i PUA), ma mancano adeguati strumenti di ricognizione dei bisogni presenti sul territorio. Altro punto dolente riguardante la percezione della domanda, compresa quella espressa, è l'incoerenza o la totale mancanza dei registri utilizzati dai diversi enti o dai diversi livelli di governo. Oltre che dall'assenza di un adeguato coordinamento delle pratiche e dei centri di coordinamento¹⁹, ciò dipende dal fatto che le categorie terminologiche interessate sono estremamente indefinite. Quella di disabilità ne è un chiaro esempio: a seconda della normativa che si utilizza per chiarirne il contenuto, può variare il numero di soggetti "disabili" presenti sul territorio.

Solitamente i documenti diagnostici sono redatti dalle strutture o dal personale incaricato anche della redazione del documento programmatico; solo in un caso – quello della Val di Chiana Aretina – ci si avvale di una collaborazione professionale esterna, in particolare per l'elaborazione statistica dei dati.

Rimanendo nella dimensione programmatoria, la ricerca intensiva nella Zd della Piana di Lucca ha permesso di cogliere alcuni elementi significativi. Nonostante la recente costituzione dell'Ufficio Unico di Piano (2006), la Conferenza dei Sindaci ha deciso di procedere, per il triennio 2007-2010, con l'elaborazione non di un semplice PSdZ, ma di un più complesso Piano Integrato di Salute. Il cambiamento di velocità impresso dal livello politico della Piana di Lucca (con l'istituzione dell'Ufficio Unico di Piano e la redazione del PIS) rispetto ad un tradizionale disinteressamento rispetto all'attività zonale, è successivo agli avvenimenti occorsi al Comune di Lucca ed al suo commissariamento nel 2005. Tale situazione spinse il Comune di Capannori a farsi promotore degli strumenti sopra detti e di una nuova disponibilità nei confronti dei modelli amministrativi incentivati dalla Regione. A tale proposito è utile ricordare che la Provincia di Lucca rappresenta un'importante e tradizionale discontinuità politica all'interno della Toscana dato che in essa si concentra la maggior parte dei Comuni guidati dal centro-destra negli ultimi quindici anni. Con ciò non si vuole mettere in stretta correlazione il colore politico delle amministrazioni locali e l'attuazione degli *input* regionali, ma per il momento quanto meno registrare questa coincidenza ed il fatto che il territorio della Provincia di Lucca sia l'unico dove non sia presente alcuna esperienza di integrazione nel settore

¹⁹ La recente firma del Protocollo d'intesa (16 luglio 2008) per il coordinamento regionale degli Osservatori Provinciali, costituisce il tentativo di supplire a questa grave carenza. Quella che si intende costruire è infatti una rete finalizzata alla raccolta e al collegamento dei dati e dei *report* sociali provenienti dai dieci Osservatori. Tale strumento era però già previsto nella l.r. 40/2005, che stabiliva la costituzione di un Osservatorio Sociale Regionale.

sociale: nessuna delle due Zd ha attivato la sperimentazione della Società della Salute, nè ha costituito alcun altro tipo di Consorzio o ente unico gestore ed inoltre, sull'intero territorio – comprendente 35 comuni e 6 livelli ottimali – sono attive solo 6 gestioni associate.

Nella dimensione programmatica possiamo inserire la modalità di allocazione delle risorse tra le diverse aree di intervento ed i singoli progetti operativi. Per tre Zone-distretto (Pistoiese, Livornese e Val di Chiana Aretina) si tende a confermare la prassi tradizionale e ci si basa sul bilancio consultivo dell'anno precedente, nel tentativo di confermarlo con le giuste proporzioni in base alle risorse disponibili per l'anno corrente. Nella Piana di Lucca, coerentemente con le caratteristiche della Zona finora evidenziate, ogni Comune decide autonomamente quanto assegnare ai singoli settori e su tale disponibilità si cerca poi di far quadrare il finanziamento dei progetti contenuti nel PSdZ, senza una decisione condivisa su quanto assegnare ad ogni intervento.

Tra le Società della Salute, tre dei direttori intervistati hanno risposto piuttosto formalmente affermando che l'allocazione avviene sulla base dei bisogni e delle priorità che il Profilo di salute evidenzia. Nella Val di Chiana Senese, invece, è emerso quale criterio guida l'equidistribuzione territoriale delle risorse: attraverso una tripartizione della zona (nord, centro e sud) si fa in modo che ogni Sindaco porti nel proprio Comune una fetta di quanto viene distribuito e, di conseguenza, anche la collocazione spaziale dei servizi segue questa logica. La prassi risale a metà degli anni Novanta, quando i Comuni della zona accettarono di chiudere i sette ospedali dislocati sull'intero territorio e di costruirne uno solo, più moderno ed efficiente. La decisione sulla sede del nuovo ospedale fu il motivo di maggiore scontro tra i diversi Comuni, che trovarono un compromesso nel collocarlo in una zona neutrale e centrale²⁰. Da allora quello territoriale si è affermato come principale criterio allocativo delle risorse.

Sempre riguardante il tema delle risorse, ma questa volta in fase di costruzione di bilancio o meglio di definizione delle entrate, interessante ed unico è il caso dell'Amiata Grossetana. Qui, i Comuni decidono di concerto le somme dedicate da ogni singolo Comune al settore sociale e da assegnare alla Comunità, per finanziare servizi che verranno funzionalmente gestiti dalla Società della Salute. Questo è un chiaro esempio di scarsa integrazione formale (i Comuni non delegano la SdS, ma un terzo soggetto: la Comunità Montana), ma che eroga servizi socio-assistenziali omogenei a tutti i residenti della Zona, a prescindere dal Comune di appartenenza. Il confronto con il caso della Fiorentina Nord Ovest, ad esempio, invita ad una riflessione sull'efficacia reale dell'integrazione istituzionale in termini di omogeneità dei servizi erogati ed uguaglianza di trattamento dei cittadini. Il secondo caso citato, infatti, è il migliore esempio di integrazione raggiunta: al Direttore della Società della Salute sono affidate non solo le funzioni programmatiche di tutti i Comuni della Zona, ma anche quelle dirette di coordinamento e gestionali di tutti i servizi socio assistenziali di competenza Comunale. A fronte di ciò, la quantità di servizi che la Società eroga ai residenti nel suo territorio è proporzionale alla somma che le casse del Comune di appartenenza le hanno affidato. Ciò genera, di fatto, una disuguaglianza di trattamento tra i residenti della stessa zona, anche in presenza di una forte integrazione istituzionale e funzionale, almeno secondo i criteri definiti dalla Regione.

4.4 Stile decisionale

La terza parte dell'intervista era indirizzata a meglio comprendere il metodo e lo stile decisionale in seno agli organi di governo delle unità amministrative esaminate. Le risposte raccolte sono sostanzialmente omogenee all'interno dei due tipi di unità amministrative: Zd e SdS. Il percorso che conduce le Giunte delle Società della Salute alla decisione è prevalentemente quello della negoziazione finalizzata al risultato unanime della votazione; le sedute conclusesi con un voto a maggioranza sono praticamente assenti. Emerge dunque uno stile decisionale inclusivo e volto al compromesso. Tre sono gli elementi che facilitano tale modalità decisionale: il primo è la presenza,

²⁰ Difatti, arrivandovi si ha l'impressione di quella che si direbbe "una cattedrale nel deserto".

in ogni giunta, di un attore-leader riconosciuto dagli altri membri, che guida la discussione, propone soluzioni, ipotizza vie di uscita da eventuali *empasse*; il secondo è la sovrapposizione dei livelli amministrativi di governo: dove si verifica tale situazione si apre la possibilità che l'accettazione da parte di un Comune di una soluzione svantaggiosa in SdS sia compensata da un provvedimento favorevole in Comunità Montana (per esempio); il terzo è il sostanziale equilibrio tra il peso decisionale dell'AUSL e dei Comuni presente nella maggior parte delle SdS toscane (12 su 18). A detta degli intervistati, infatti, gli argomenti che in passato hanno generato maggiore attrito o sedute più "movimentate" sono stati quelli di natura sanitaria; inoltre, come vedremo più avanti, il rapporto con la Direzione Generale dell'ASL è definito, da quasi tutti i direttori di SdS, come la maggior difficoltà nell'esecuzione della propria attività di coordinamento.

Per le Zone-distretto ciò che emerge dalle risposte raccolte è differente, ma solo in parte. In questo caso la Conferenza dei Sindaci si afferma come un luogo di ratifica di decisioni già prese. La negoziazione tra i diversi Sindaci, ma principalmente tra i loro delegati ovvero gli Assessori, avviene in via informale attraverso rapporti confidenziali. In questa fase svolgono un ruolo decisivo il livello tecnico delle politiche socio-assistenziali, ossia gli addetti alle strutture di coordinamento (Segreteria Tecnica o Ufficio Unico di Piano): qui si comprende ulteriormente la tendenza a rappresentare tutti i Comuni nella composizione di tali strutture. Sono i frequenti rapporti tra addetti ai lavori a portare ad una sintesi tra le diverse esperienze o necessità e quindi a condurre ad ipotesi programmatiche condivise che vengono poi presentate dai singoli tecnici ai propri amministratori di riferimento. Si arriva quindi all'approvazione formale in Conferenza dei Sindaci, ma solo dopo un confronto preventivo durante il quale si apre una sorta di fase di "consultazione" in cui il Presidente della Conferenza si assicura che il documento sia approvato e condiviso da tutti i Comuni, cerca il compromesso su eventuali punti di disaccordo, e se ciò si rivela impossibile ne decide lo stralcio.

Tornando al tema della leadership all'interno della Giunta è interessante citare il caso della Fiorentina Nord Ovest. Come abbiamo sottolineato, al direttore della SdS sono delegate tutte le funzioni comunali in materia socio-assistenziale. Tale risultato non è di poco conto – oltre che per il fatto che avviene in soli due casi – anche perchè nella Fiorentina Nord Ovest non esiste alcuna esperienza di gestione associata (ai sensi della l.r. 40/2001) e quindi di delega ad un unico ente gestore²¹.

Il risultato ottenuto è da attribuire alla presenza in giunta di due figure in particolare. La prima è quella del Presidente, che gode di una spiccata autorevolezza nei confronti degli altri membri. Sicuramente su tale riconoscimento influiscono – oltre che doti personali – i suoi incarichi in sede ANCI Toscana quale coordinatore della commissione "Welfare e diritti di cittadinanza" e soprattutto di Presidente dell'esecutivo regionale di Federsanità, struttura di servizio e rappresentanza del settore di integrazione, federata all'ANCI stessa, e che raggruppa Direttori generali delle aziende e rappresentanti delle Conferenze dei sindaci. Il secondo componente della giunta che certamente contribuisce al percorso integrativo della SdS Fiorentina Nord Ovest, sostenendone la necessità e l'adequazione e comprendendone più approfonditamente le dinamiche tecniche, è l'Assessore alle Politiche Integrate di Salute del Comune di Campi Bisenzio. Quest'ultimo infatti – dopo essere stato in passato membro del Consiglio d'amministrazione dell'Agenzia Regionale di Sanità Toscana (ARS) – è attualmente Presidente nazionale di Federsanità/ANCI.

4.5 Dimensione attuativa

La successiva serie di domande riguardava l'attuazione e la gestione degli interventi stabiliti dal PIS o dal PSdZ. Se per le quattro SdS – come ovvio – la responsabilità di tale fase è affidata dall'Atto di indirizzo 155/2003 al Direttore (il quale poi solitamente nomina un referente responsabile per ogni progetto attivato), per quanto riguarda le Zone-distretto Pistoiese, Val di Chiana Aretina e Piana di

²¹ Ricordiamo infatti che nessuno dei Comuni componenti la SdS è inserito in alcun livello ottimale, in quanto tutti superano il massimo di popolazione ammessa.

Lucca la responsabilità dell'attuazione degli interventi rimane ai singoli Comuni o al Comune delegato per le aree funzionali ove è operante la gestione associata, mentre in quella Livornese viene assunta dall'Istituzione per i Servizi alla Persona. In tutte le Zd è dunque presente una qualche forma di gestione intercomunale degli interventi, tranne che nella Piana di Lucca. Ove presente, la gestione intercomunale avviene secondo un criterio di coordinamento settoriale: per ogni singola area di intervento (o progetto) e su tutto il territorio zonale.

Importante per tutte le unità amministrative, nella dimensione attuativa dei piani, è la collaborazione con i soggetti del Terzo settore. La forma giuridica privilegiata per istituzionalizzare tale collaborazione è la convenzione previo bando di concorso: in due SdS (Lunigiana e Fiorentina Nord Ovest) sono attive forme di accreditamento, principalmente di strutture residenziali.

Singolare la prassi della Zona Livornese, in cui uno dei requisiti per la partecipazione ai bandi di affidamento di servizi in convenzione è la partecipazione ai Tavoli settoriali istituiti per l'elaborazione del Piano Sociale di Zona. Possiamo leggere in tale scelta il tentativo di correggere l'opposta tendenza degli anni passati in cui, cercando realtà del Terzo settore che fornissero una maggiore garanzia sulla capacità di gestione dei servizi, erano state penalizzate realtà cooperative locali a favore di soggetti extra-regionali. I dirigenti attuali riconoscono in questa passata scelta la causa della debolezza dell'attuale tessuto cooperativo livornese. Il requisito della partecipazione ai tavoli può essere dunque interpretato come il tentativo di favorire il consolidamento dei piccoli soggetti locali. L'altra ragione che possiamo più che supporre, è quella di indirizzare e formare il Terzo settore lungo direttive di sviluppo stabilite dalla dirigenza della Zona.

Altra Zona dove viene lamentata una certa debolezza da parte dell'imprenditoria sociale, specialmente quella di tipo cooperativo, è la Val di Chiana Senese.

In tutte le altre i rapporti collaborativi con il Terzo settore erogatore di servizi è riconosciuto come un'importante e fondamentale risorsa, comunque da incrementare. Per quanto riguarda i soggetti di natura associazionistica, viene indicato come elemento critico il loro coordinamento; sono infatti frequenti le duplicazioni di attività svolte o la mancata pubblicità di determinate iniziative e rimane comunque da comprendere la modalità, e forse anche la legittimità, di intervento da parte dell'Ente pubblico in attività volontarie, nate dalla libera iniziativa ed associazione dei singoli.

4.6 Dimensione apprenditiva

L'ultima sezione dell'intervista ha interessato la dimensione apprenditiva, intendendo comprendere in essa le attività di formazione per il proprio personale (dedicate all'integrazione funzionale o istituzionale e alla costituzione di gestioni associate o Società della Salute); l'attivazione di consulenze esterne finalizzate ad intervenire sulla medesima dinamica integrativa; la capacità di individuare i problemi principali di coordinamento ed attuazione degli interventi; la riflessione, il monitoraggio e la valutazione dell'attività svolta.

Procedendo sinteticamente: solo le Zd della Val di Chiana Aretina e della Piana di Lucca e la SdS della Lunigiana hanno avuto corsi di formazione del tipo sopra descritto, mentre consulenze esterne sono state attivate da tre Società della Salute (Fiorentina Nord Ovest, Val di Chiana Senese e Lunigiana). Interessante notare come tali rapporti siano stati instaurati con soggetti che potremmo definire "istituzionali": l'Agenzia Regionale di Sanità Toscana (le prime due) e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, con la quale la Regione ha avviato da tempo un progetto per la valutazione in campo sanitario.

Il dato più interessante emerge in merito alla natura dei maggiori problemi riscontrati. A parte un'unica SdS che dichiara l'assenza problemi particolari, se non quelli usuali per una organizzazione complessa quale è la Società della Salute, le altre SdS riconoscono nei rapporti con la Direzione Generale della AUSL l'origine delle maggiori difficoltà nell'attività di coordinamento. Tale parere è condiviso anche dalla Zd Livornese, in cui – lo ricordiamo – è presente un'Istituzione strumento gestionale del Comune. Potremmo indicare come segue i motivi di questa difficile convivenza in

seno alla Società della Salute: 1) la diversa fonte di legittimazione: elezione dei Sindaci e nomina regionale del Direttore Generale AUSL, il che determina diversi interessi ed obiettivi; 2) differenti ordini gerarchici fra amministrativi e assistenti sociali nei Comuni e nell'Azienda; 3) diversità di strumenti gestionali dei due Enti, quali il bilancio economico per l'Azienda e quello finanziario per i Comuni; 4) la tensione provocata dal tentativo dei Sindaci di entrare in merito alle modalità di erogazione dei servizi socio-sanitari di cui è competente l'Ausl.

Nella Lunigiana ciò è causa anche della maggior difficoltà nella fase attuativa dei programmi, nelle altre SdS, invece, si individuano altri fattori: l'oggettiva complessità dei fenomeni e degli strumenti con cui si ha a che fare (Fiorentina Nord Ovest); un inadeguato funzionamento degli ESTAV²² (Val di Chiana Senese); l'insufficienza di risorse e strutture (Amiata Grossetana).

Nelle Zone il principale ostacolo all'attività di coordinamento è riconosciuto nella diversità delle culture organizzative insite nei diversi uffici comunali, da cui dipendono prassi lavorative e modalità operative difficili da integrare. A ciò si aggiungono nella fase attuativa: la mancanza di una formazione specifica o una scarsa qualità del personale (Pistoiese e Livornese); insufficienti risorse umane (Val di Chiana Aretina); la mancanza di procedure standardizzate (Piana di Lucca).

Quella del monitoraggio e valutazione è l'ultima attività trattata per la dimensione apprenditiva delle nostre unità amministrative. La Zona-distretto Livornese dedica la maggior parte dell'attività dell'Ufficio Unico di Piano alla valutazione e controllo dell'attuazione del Piano stesso. L'unica altra Zd ad avere un ufficio che si occupa stabilmente di monitoraggio è quella Pistoiese: la struttura dedicata alla programmazione svolge anche attività di valutazione, ma solo in maniera residuale. Tutte le SdS invece svolgono attività di valutazione e monitoraggio che risultano affidate ad una delle figure professionali dello staff di direzione, la quale produce documenti periodici di verifica (mensili o bimestrali). Nell'Amiata Grossetana ciò avviene solo in merito all'attività dei PUA e all'area Anziani. La Fiorentina Nord Ovest sta costituendo un ufficio apposito per il monitoraggio e la valutazione, con risorse del personale dedicate. Tutte le SdS dichiarano di avere a disposizione banche dati sugli impatti reali degli interventi attivati; mentre tra le Zd solo la Livornese risponde positivamente.

²² Enti per i Servizi Tecnico - amministrativi di Area Vasta, sono enti di supporto alle Aziende sanitarie istituiti dalla l.r. 40/2005. Il territorio toscano è suddiviso in 5 aree vaste. Agli ESTAV sono attribuite le seguenti funzioni: approvvigionamento di beni e servizi; gestione dei magazzini e della logistica; gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche; gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni; organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale; gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale; gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.

APPENDICE: Il questionario per l'investigazione delle capacità istituzionali

Ricostruzione introduttiva

0. Ci può fornire una ricostruzione sintetica della struttura organizzativa della vostra unità amministrativa? Quanti e quali uffici, con quali competenze? Qual è il vostro organigramma, nel dettaglio?

Capacità programmatiche

1. Chi è incaricato della stesura materiale del documento di programmazione e del suo aggiornamento?

1.1 Si tratta di una funzione stabile o viene attivata esclusivamente in occasione della redazione o dell'aggiornamento annuale del piano?

1.2 Tale funzione è svolta all'interno di una struttura dedicata appositamente alla programmazione degli interventi socio-sanitari?

2. Rimanendo nella fase di programmazione, qual è il ruolo effettivo del Terzo settore?

2.1 Qual è il ruolo della Consulta? Chi ne fa parte?

2.2 Qual è il ruolo del Comitato di Partecipazione? Chi ne fa parte?

2.3 Quali sono i criteri d'inclusione dei soggetti sociali ai processi di programmazione?

3. La programmazione si basa su documenti diagnostici, di ricognizione dei bisogni, ecc.? Quali? Esistono anche dati sulle caratteristiche sociali degli utenti? È stato redatto il "Profilo di Salute"? Se sì, è stato reso pubblico?

3.1. Chi ha curato la redazione di tali documenti?

3.2. Tale funzione è svolta all'interno di un ufficio appositamente costituito?

Stile decisionale

4. Come vengono prese le decisioni all'interno della Conferenza dei Sindaci?

4.1. Si privilegia la negoziazione e il raggiungimento del compromesso o è più frequente che si decida con maggioranze, anche variabili, a seconda dell'argomento in discussione?

4.2. Lo stile decisionale è inclusivo o conflittuale?

4.3. Sono emersi, in questo periodo di attività della SdS/Zd, degli attori prevalenti, a cui è riconosciuto dagli altri un ruolo di leadership? Quali?

4.4. [Se risponde "no" alla 4.3] Ci sono stati dei soggetti che hanno tentato di affermarsi come *leaders* all'interno della Giunta (o della Conferenza dei Sindaci), ma che sono stati ostacolati dagli altri membri?

4.5. Si sono verificati scontri politici all'interno della Giunta (o della Conferenza dei Sindaci)? quali sono gli argomenti in discussione che possono generare conflitti tra i Sindaci?

Capacità attuative

5. Chi sono i soggetti responsabili dell'attuazione del piano e dei relativi interventi?

5.1. C'è un ufficio preposto alla gestione degli interventi, tavoli o commissioni a livello intercomunale? Oppure la gestione resta di competenza dei singoli Servizi Sociali dei singoli comuni?

- 5.2. Il coordinamento dell'attuazione degli interventi avviene secondo un criterio funzionale o per competenza territoriale?
- 5.3. Esiste un Ufficio competente per la comunicazione ai cittadini dei servizi attivi? Quanto personale è dedicato all'attività informativa? Di quali risorse dispone? Viene redatto un Piano di Comunicazione?
6. Chi e come decide l'allocazione delle risorse tra i singoli interventi?
7. In passato o attualmente sono state attivate Gestioni Associate per funzione e servizi attinenti il settore sociale? Se sì, per quali aree d'intervento (famiglie, minori, disabili, salute mentale, etc.)?
- 7.1. [Nel caso in cui siano state attivate Gestioni Associate] Qual è la vostra valutazione di questa esperienza e sulla efficacia di questo strumento istituzionale? Quali sono i problemi o le difficoltà principali?
- 7.2. Esistono iniziative specifiche per l'integrazione (tra comuni; comuni + ASL; comuni + ASL + scuola; territorio + ospedale) dei servizi e degli interventi? Quali?
- 7.3. Tra i diversi membri della vostra Unità amministrativa, esiste una condivisione omogenea della definizione delle prestazioni, delle relative tariffe e denominazioni?
8. Vi avvalete di prestazioni da parte del Terzo settore? Con quali modalità avviene tale collaborazione? Quali tipi di accreditamento/convenzione vengono attuati con soggetti del Terzo settore? Qual è il loro numero? In quali aree di intervento sono attivati?
9. Qual è la vostra storia di collaborazione con soggetti del Terzo settore per l'erogazione di servizi e prestazioni? In particolare con quali soggetti (nomi/ sigle e aree d'intervento)? C'è un soggetto che sentite particolarmente rilevante per la vostra zona, o che svolge una funzione di "punto di riferimento" per una determinata area d'intervento?

Capacità apprenditive

10. Esistono corsi di formazione continua per gli operatori dei vostri Servizi Sociali?
11. Quali sono i principali problemi organizzativi riscontrati nell'attività di coordinamento tra i vari servizi dei diversi comuni?
- Diversità culture organizzative;
 - Resistenza all'innovazione;
 - Conflitti di competenza;
 - Difesa d'interessi;
 - Altro.
12. Quali sono i principali problemi organizzativi riscontrati nella fase d'attuazione dei programmi?
- Insufficienza risorse umane;
 - Scarsa qualità degli addetti;
 - Mancanza di formazione specifica;
 - Mancanza di risorse finanziarie;
 - Mancanza d'uffici, locali, tecnologie;
 - Altro.

13. Esistono uffici stabilmente dedicati al monitoraggio e alla valutazione? Se sì, da quanto tempo?
- 13.1. Quanto personale è dedicato a tali attività? Di quali e quante risorse dispone? Qual è il numero di rapporti di valutazione prodotti? Di quali settori di intervento si occupa?
- 13.2. Esistono banche dati o archivi sugli impatti reali degli interventi effettuati?
- 13.3. Quali e quante iniziative volte alla riflessione sull'attività svolta (convegni; seminari; incontri) sono state organizzate negli ultimi anni?
14. Nel caso in cui funzioni di monitoraggio o valutazione vengano svolte presso la vostra unità, ma non attraverso un ufficio stabilmente e/o specificatamente dedicato, quali altre attività svolge tale ufficio? Con quale frequenza si occupa di valutazione/monitoraggio?
15. Presso la vostra unità, vengono esternalizzate attività di monitoraggio e/o valutazione (studi, ricerche, ecc.) degli interventi effettuati? Se sì, in quali aree? E a chi sono commissionate?