



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI
DIREZIONE GENERALE PER
L'INCLUSIONE E LE POLITICHE SOCIALI



Quaderni
DELLA RICERCA SOCIALE 23

GOVERNANCE ED INCLUSIONE SOCIALE

LE REGIONI A CONFRONTO

CON IL COORDINAMENTO DELLA REGIONE VENETO
E LA PARTECIPAZIONE DI:
BASILICATA, CAMPANIA, EMILIA ROMAGNA,
FRIULI VENEZIA GIULIA, LIGURIA, MARCHE,
MOLISE, PUGLIA, SARDEGNA, TOSCANA, UMBRIA

Coordinatore scientifico:
Giovanni Bertin
Università Ca' Foscari Venezia

Indice

Premessa

Una classificazione dei sistemi regionali di welfare Giovanni Bertin, Marco Carradore	9
La governance dei servizi socio-sanitari in dodici regioni italiane Michele Marzulli, Maristella Zantedeschi	37
L'integrazione delle politiche con particolare riguardo all'integrazione socio-sanitaria Paola Di Nicola, Nicoletta Pavesi	79
Governance e processi valutativi Stefano Campostrini, Elena Menegazzi	137

Gli autori

Raffaele Tangorra
Direttore generale per l'inclusione e le politiche sociali,
Ministero del lavoro e delle politiche sociali

Giovanni Bertin
Dipartimento di Economia, Università Ca' Foscari, Venezia

Marco Carradore
Dipartimento di Economia, Università Ca' Foscari, Venezia

Maristella Zantedeschi
Sinodé s.r.l.

Michele Marzulli
Dipartimento di Sociologia, Università Cattolica del Sacro Cuore,
Milano

Paola Di Nicola
Dipartimento Tempo, Spazio, Immagine, Società, Università
degli studi di Verona

Nicoletta Pavesi
Dipartimento di Sociologia, Università Cattolica del Sacro Cuore,
Milano

Stefano Campostrini
Dipartimento di Economia, Università Ca' Foscari, Venezia

Elena Menegazzi
Dipartimento di Economia, Università Ca' Foscari, Venezia

Premessa

La ricerca che qui si presenta è frutto di un lavoro lungo, ambizioso e complesso, lanciato alla fine del 2007 dall'allora Ministero della solidarietà sociale, in collaborazione con circa metà delle Regioni italiane con capofila la Regione Veneto, all'epoca coordinatrice nazionale nell'ambito delle politiche sociali.

L'obiettivo era quello di provare a rilanciare, insieme alle Regioni e sulla base di una solida base di ricerca, la capacità del « sistema integrato di interventi e servizi sociali » - come lo definiva la legge quadro che ancora regola il settore, la 328 del 2000 - di programmare gli interventi, di governarli, di integrarli laddove necessario con le altre filiere amministrative - si pensi al socio-sanitario -, di valutarli.

La tanto attesa legge « quadro » sembrava infatti dare nuove prospettive di sistema ad un settore da sempre trascurato, salvo rare eccezioni, nell'ambito delle politiche pubbliche del nostro paese, privo fino ad allora di un riferimento nazionale e sviluppatosi in maniera affatto eterogenea a livello locale. Ma la riforma nasceva sostanzialmente « monca ». Di lì a pochi mesi, infatti, mutava radicalmente il quadro costituzionale - con la riforma del Titolo v della Costituzione, promulgata nel 2001 - che nello specifico attribuiva al livello regionale la competenza esclusiva in materia di politiche socio-assistenziali, privando il livello nazionale di strumenti ordinari di governo del sistema. In particolare, non rientrava più tra le competenze nazionali quella di indirizzo e coordinamento delle politiche, che la « 328 » aveva immaginato di esercitare mediante un Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, di natura triennale. L'unica competenza dello Stato rimaneva nel settore quella della « determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale » (art. 117, let. m, nella Costituzione novellata), in un quadro però povero, da un lato, di diritti esigibili già sanciti e, dall'altro, di risorse tali da permettere una stagione « espansiva » in termini di prestazioni.

In sostanza, l'impressione degli addetti ai lavori - ma anche dei comuni cittadini - era che un sistema dalle caratteristiche di partenza fortemente «localistiche», mancando di strumenti nazionali di governo, con la riforma costituzionale andava ancora più differenziandosi, mi si permetta di dire, in maniera forse inaccettabile: tra la regione in cui si spende di meno in termini pro-capite per le politiche sociali - la Calabria - e quelle in cui si spende di più - le province autonome del Trentino-Aldo Adige e la Valle d'Aosta - vi è oggi un rapporto di 1 a 10!

Nella breve legislatura in cui questo progetto è nato - quella del secondo governo Prodi - l'azione di governo si era orientata a ridefinire il campo delle politiche sociali nazionali, istituendo fondi specifici - in particolare, il Fondo per le non autosufficienze e il Fondo per il cd. Piano nidi - volti proprio a sostenere la definizione di livelli essenziali delle prestazioni, nella doppia accezione di diritti esigibili e di livelli di copertura del servizio. Appariva pertanto urgente dotarsi di nuovi strumenti di governance in grado di permettere a questo modello di definizione dei livelli essenziali - connesso alle risorse rese disponibili con fondi nazionali vincolati - di poter operare pienamente.

Oggi, nel volume che qui si presenta, vede la luce la ricerca che avrebbe dovuto accompagnare questo percorso, innanzitutto istituzionale. La ricchezza e profondità del lavoro è indiscutibile, come peraltro già emerso in occasione della presentazione pubblica dei risultati, nella scorsa primavera a Venezia alla presenza del sottosegretario professoressa Guerra e della nuova coordinatrice interregionale della Commissione politiche sociali, l'assessore Rambaudi. Ma è inutile negare che il percorso istituzionale atteso non vi è stato. In meno di un lustro infatti sono cambiati radicalmente gli attori e il contesto. Quanto agli attori, è cambiato (per due volte) il governo nazionale e nel cambiamento si è persa la novità storica di un ministero con portafoglio dedicato alle politiche sociali; con le elezioni del 2010 sono poi anche cambiati i governi regionali e non è stato facile dare continuità al lavoro precedentemente avviato.

Più rilevante però è il cambiamento intervenuto in termini di contesto; con la l. 42 del 2009 e l'attuazione del cd. federalismo fiscale, il paese sembra aver abbandonato la via del finanziamento dei livelli essenziali mediante fondi nazionali vincolati di settore, prevedendo piuttosto il finanziamento delle attività delle regioni mediante tributi propri e la compartecipazione al gettito dei tributi erariali. Poiché la compartecipazione è definita sulla base di costi e fabbisogni standard connessi ai livelli essenziali, la soluzione adottata non appare l'ideale per un settore - quello delle politiche sociali - che ad oltre dieci anni dalla riforma del Titolo v non è riuscito a definire i «suoi» livelli essenziali delle prestazioni sostanzialmente per carenza di risorse.

Il punto è che la crisi economica e finanziaria degli ultimi anni - e in particolare, la crisi dei debiti sovrani nell'area euro - ha reso asfissianti i vincoli di finanza pubblica, riducendo ulteriormente, fin quasi ad azzerarle nell'anno corrente, le non molte risorse disponibili per il finanziamento nazionale delle politiche sociali territoriali.

Viviamo pertanto un momento di grande incertezza, di disegno e di risorse. Ma è proprio in momenti come questi, che bisogna con forza riprendere a progettare il futuro. A tal fine un utile contributo viene senza dubbio dal lavoro che avete tra le mani.

Roma, novembre 2012

Raffaele Tangorra
Direttore generale per l'inclusione e le politiche sociali
Ministero del lavoro e delle politiche sociali

Una classificazione dei sistemi regionali di welfare

Giovanni Bertin, Marco Carradore

La letteratura sui sistemi di welfare è sicuramente ampia, ma non presenta uniformità sui criteri di classificazione e sui modelli che hanno caratterizzato la fase di costruzione dei sistemi di welfare. Il problema si è ulteriormente complicato con l'avvio dell'attuale fase di «ridefinizione», caratterizzata da un'ulteriore diversificazione delle realtà nazionali e sub-nazionali. La costruzione di un sistema di classificazione dei modelli di welfare risulta quindi un'operazione complessa: tale complessità è riconducibile a tre fattori, quali:

- la disomogeneità dei sistemi di classificazione presenti in letteratura;
- il carattere evolutivo dei sistemi, che li rende difficilmente classificabili in «modelli puri»;
- le caratteristiche dei sistemi informativi, fortemente differenziati e spesso carenti di informazioni correnti.

Il sistema di welfare italiano viene classificato dalla letteratura all'interno dei regimi mediterranei o familistici, ma i processi di cambiamento in atto hanno posto il problema della effettiva presenza di un modello nazionale italiano. In questo capitolo si cercherà di analizzare le omogeneità e le specificità dei sistemi di welfare delle regioni italiane.

1. La metodologia dell'indagine

Il problema della differenziazione dei sistemi di welfare delle regioni italiane è stato qui affrontato analizzando una batteria di indicatori che consentissero un confronto fra le regioni nel periodo di consolidamento dei sistemi di welfare e prima dell'inizio della fase di ridiscussione avviata negli ultimi anni. La scelta degli indicatori è partita da una rivisitazione dei principali lavori presenti in letteratura e dall'analisi delle dimensioni utilizzate nella costruzione delle tipologie di welfare.

1.1. La scelta delle dimensioni utili alla comparazione dei sistemi di welfare

In questa parte si cercherà di evidenziare brevemente le variabili utilizzate dai singoli studi, per tentare di individuare alcune dimensioni dei sistemi di welfare capaci di indirizzare il lavoro di ricerca sui processi di trasformazione in atto nelle singole realtà regionali. In tale prospettiva è possibile sintetizzare l'analisi osservando che:

i) il lavoro di Titmuss (1974) focalizza l'analisi su:

- ruolo dello stato nella regolazione;
- tipo d'intervento dello stato;
- criteri di definizione degli «aventi diritto»;

ii) Esping Andersen (1990; 2000), struttura la sua analisi sulle seguenti dimensioni:

- presenza dei diversi attori che erogano prestazioni di welfare (assicurazioni, stato, famiglia ecc.);
- rischi o bisogni su cui si struttura il sistema;
- criteri di definizione dei fruitori delle diverse prestazioni;
- ruolo dello stato nei processi di regolazione;
- de-mercificazione (dipendenza dal mercato);
- de-stratificazione (effetti sulle disuguaglianze e sulla mobilità sociale);
- de-famizzazione (dipendenza dalla rete familiare e, di conseguenza, dal lavoro di cura svolto prevalentemente dalle donne);

iii) da ultimo, Ferrera (1993) semplifica l'analisi concentrando l'attenzione su:

- il grado di copertura degli interventi;
- il tipo di prestazioni ed i criteri di godimento.

L'analisi sui modelli di welfare societario introduce altri elementi, riconducibili:

- alla dimensione umana della progettazione delle politiche sociali;
- alla ridiscussione dei processi d'integrazione fra economia e società;
- alla struttura delle responsabilità (dalla persona allo stato) nella produzione del benessere sociale.

Una lettura trasversale ci consente di scegliere alcune dimensioni che in parte sono presenti in più autori e in parte ci permettono di rappresentare la complessità dei processi di trasformazione in atto. In sintesi la struttura di analisi proposta si può basare su tre assi mediante i quali è possibile classificare i sistemi di welfare in trasformazione. Tali assi sono riconducibili a:

- la titolarità della gestione dei servizi;
- l'estensione del sistema di protezione;
- le caratteristiche del contesto.

Considerata la necessità di analizzare alcune specifiche dimensioni, dal punto di vista metodologico si è proceduto selezionando alcuni indicatori che hanno permesso di descrivere le tre dimensioni considerate.

1.2. Gli indicatori di specificazione delle dimensioni del welfare

La raccolta dei dati e la creazione del database si è basata sulle fonti statistiche ufficiali, (banche dati dell'Istat e dei ministeri) che fornivano informazioni coerenti con le dimensioni scelte e consentivano di comparare fra loro e le regioni italiane.

La scelta dei possibili indicatori è stata guidata da alcuni criteri ben precisi, dai quali si è cercato di discostarsi il meno possibile. Tali regole sono state:

- la coerenza con le dimensioni utili per comprendere il funzionamento dei sistemi di welfare;
- la disponibilità di dati per tutte le unità d'analisi (le ventuno regioni italiane);
- una discreta copertura temporale, quindi rilevazione per più anni;
- l'affidabilità delle stesse (la qualità del dato, con particolare riguardo alla comparabilità territoriale, riconducibile all'omogeneità dei processi di raccolta delle informazioni).

Per ognuna delle tre dimensioni di analisi adottate si è scelta una batteria d'indicatori compatibili con le regole sopra riportate.

Tab. 1. Elenco delle variabili scelte per la dimensione titolarità nella gestione dei servizi

Variabile	Rapporto	Anno
Cooperative sociali	Ogni 100.000 residenti	2005
Personale dipendente e collaboratore di cooperative	Ogni 1.000 residenti (all'1 gennaio 2006)	2005
Volontari, religiosi e volontari del servizio civile impegnati nelle cooperative sul totale dei lavoratori	Valore percentuale	2005
Volontari sul totale dei lavoratori delle cooperative sociali	Ogni 1.000 lavoratori	2003
Volontari e volontari del servizio civile su lavoratori delle cooperative sociali	Ogni 1.000 lavoratori	2003
Volontari, religiosi e volontari del servizio civile	Ogni 1.000 residenti (al 1 gennaio 2004)	2003
Volontari nel settore della sanità	Ogni 1.000 residenti (al 1 gennaio 2004)	2003

Volontariato nel settore dell'assistenza sociale	Ogni 1.000 residenti (al 1 gennaio 2004)	2003
Cooperative sociali per costi della produzione superiore a 500 mila euro	Percentuale sul totale delle cooperative	2005
Spesa media mensile familiare in sanità		2007
Numero di posti letto ordinari in istituti provati	Percentuale su numero di posti letto in istituti pubblici	2004
Associazioni di volontariato	Ogni 100.000 residenti	2003
Organizzazioni di volontariato che operano nel settore della sanità	Percentuale sul totale delle organizzazioni di volontariato	2003
Organizzazioni di volontariato che operano nel settore dell'assistenza sociale	Percentuale sul totale delle organizzazioni di volontariato	2003
Nidi d'infanzia a titolarità pubblica	Percentuale sul totale di nidi presenti in regione	2005 ¹
Nidi d'infanzia a titolarità privata	Percentuale sul totale di nidi presenti in regione	2005 ²
Servizio di asilo nido	Percentuale di comuni	2006
Quantità di ore settimanali di famiglie che si avvalgono di alcuni servizi a pagamento (quale persona che assiste un anziano o disabile).	Percentuale su famiglie residenti	2003
Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto un aiuto gratuito, quale l'assistenza a persone di adulti, da persone non coabitanti	Percentuale su famiglie residenti	2003
Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto un aiuto gratuito, quale l'assistenza di bambini, da persone non coabitanti	Percentuale su famiglie residenti	2003
Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto un aiuto gratuito, quali l'assistenza nell'attività domestica, da persone non coabitanti	Percentuale su famiglie residenti	2003
Numero di posti letto nei presidi socio-assistenziali pubblici	Percentuale sul totale dei posti letto	2004
Numero di posti letto nei presidi socio-assistenziali no-profit	Percentuale sul totale dei posti letto	2004
Numero di posti letto in presidi socio-assistenziali privati	Percentuale sul totale dei posti letto	2004

Per la prima dimensione sono state cercate, e quindi utilizzate, le variabili che indicano in modo chiaro l'istituzione responsabile dell'attuazione del servizio (chi eroga il servizio o la prestazione di cura), vale a dire se attivato dal pubblico, dal privato o dal terzo settore. Le variabili identificate sono riportate in tabella 1.

Sempre adottando il medesimo criterio, si è cercato di individuare un insieme di variabili in grado di rappresentare la responsabilità della protezione sociale e tale elenco è riportato nella tabella 2.

Tab. 2. Elenco delle variabili scelte per la dimensione della responsabilità della protezione sociale

Indice	Rapporto	Anno
Giornate in strutture semiresidenziali e residenziali per l'assistenza agli anziani	Per 1000 residenti di età uguale o maggiore a 65 anni	2006
Presenza in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)	Rispetto al valore percentuale del totale della popolazione con 65 anni o più	2008
Spesa pro-capite per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati	Rapporto tra spesa e popolazione residente	2006
Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza anziani	Rapporto tra spesa e popolazione residente di riferimento dell'area di utenza	2006
Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza disabili	Rapporto tra spesa e popolazione residente di riferimento dell'area di utenza	2006
Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza anziani	Valori percentuali	2006
Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza disabili	Valori percentuali	2006
Ricettività bambini accolti contemporaneamente nei nidi d'infanzia	Percentuale sull'utenza potenziale	2003
Comuni coperti dai servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia, micronidi e nidi di famiglia	Percentuale di comuni sul totale dei comuni in regione	2006

1. Per i dati non disponibili dell'ultimo anno si è ricorso al primo anno antecedente disponibile.

2. Si veda la nota precedente.

Bambini e ragazzi di 6-17 anni per partecipazione ad attività di associazioni ricreative, culturali, ambientali, boy-scout ecc.	Per 100 bambini e ragazzi di 6-17 anni della stessa zona.	2005
Donne di 65 anni e più che si sono sottoposte a mammografia senza la presenza di sintomi o disturbi	Tassi per 100 donne	2004-2005
Donne di 65 anni e più che si sono sottoposte a PAP-test senza la presenza di sintomi o disturbi	Tassi per 100 donne	2004-2005
Donne di 65 anni e più che si sono sottoposte a controlli di osteoporosi senza la presenza di sintomi o disturbi	Tassi per 100 donne	2004-2005
Anziani ospitati in presidi residenziali	Per 1000 abitanti di età uguale o superiore ai 65 anni	2004
Anziani ospiti in presidi residenziali pubblici	Per 1000 abitanti di età uguale o superiore ai 65 anni	2004
Pensioni di invalidità	Percentuale sul numero complessivo di pensioni in Italia	2007
Pensioni di vecchiaia	Percentuale sul numero complessivo di pensioni in Italia	2007
Pensioni sociali	Percentuale sul numero complessivo di pensioni in Italia	2007

Per quanto riguarda il contesto sono state individuate variabili in grado di descrivere le condizioni sociali delle singole regioni, considerando tutti gli aspetti che mettono in luce le caratteristiche sia positive che negative del contesto stesso (vedi tabella 3).

Tab. 3. Elenco delle variabili scelte per descrivere il contesto sociale

Indice	Rapporto	Anno
Associazioni di volontariato	Ogni 100.000 abitanti	2003
Organizzazioni di volontariato che operano nel settore della sanità	Percentuale sul totale delle organizzazioni di volontariato	2003
Organizzazioni di volontariato che operano nel settore dell'assistenza sociale	Percentuale sul totale delle organizzazioni di volontariato	2003
Volontari, religiosi e volontari del servizio civile	Ogni 1.000 abitanti della popolazione residente	2003
Indicatore di capitale sociale	Valori su base 100 Italia	2001
Fiducia istituzionale	Valori su base 100 Italia	2001
Persone dai 18 ai 49 anni per senso di fiducia verso la maggior parte della gente	Per 100 persone della stessa zona	2003

Persone di 14 anni e più che nelle ultime quattro settimane hanno dato almeno un aiuto gratuito a persone non coabitanti	Per 100 persone della stessa zona	2003
Persone di 14 anni e più che nelle ultime quattro settimane hanno dato almeno un aiuto gratuito a persone non coabitanti, come volontari	Per 100 persone della stessa zona	2003
Indice di Gini		2007
Indice povertà famiglie (incidenza)		2007
Indice povertà famiglie (intensità)		2007
Percentuale di persone povere		2007
Speranza di vita a 15 anni priva di disabilità	Valori percentuali	2006
Tasso di disoccupazione giovanile		2007
PIL pro-capite	Statistiche per il paese	2006
Indice criminalità diffusa	Per 1000 abitanti	2006
Indice di criminalità violenta	Per 1000 abitanti	2006
Famiglie che avvertono molto o abbastanza disagio al rischio di criminalità nella zona in cui vivono	Valori in percentuale rispetto al totale delle famiglie	2007
Condizione di legalità e coesione sociale	Crimini violenti per 10.000 abitanti	2006
Indice di povertà regionale: popolazione che vive in famiglie al di sotto della soglia di povertà	Percentuale sulla popolazione	2008
Popolazione 18-24 anni con al più la licenza media e che non frequenta altri corsi scolastici o svolge attività formative superiori ai 2 anni	In valori percentuali	2008
Indice di povertà regionale (famiglie)	Popolazione che vive in famiglie al di sotto della soglia di povertà (%)	2008
Persone dai 18 ai 24 anni obese	Valori percentuali	2007
Famiglie che dichiarano molta o abbastanza difficoltà nel raggiungere negozi alimentari e/o mercati	Valori percentuali sul numero di famiglie	2008

1.3. *L'analisi dei dati*

Una volta individuate le variabili per ogni specifica dimensione e valutato il numero d'indicatori a disposizione per ogni area, si è fatta un'analisi fattoriale. Tale procedura è stata applicata singolarmente per lo studio di ogni dimensione (titolarità della gestione, estensione del sistema di protezione e contesto). Il ricorso all'utilizzo dell'analisi

fattoriale è stato dettato dall'esigenza di sintetizzare l'informazione a disposizione. In sostanza, constatata la numerosità della batteria di variabili per la dimensione della titolarità, dell'estensione del sistema di protezione e del contesto, si è reso indispensabile ridurre il loro numero, senza perdere informazioni conoscitive e concentrare le analisi successive sulle variabili che più discriminavano le realtà regionali. Per questo, per ognuna delle tre dimensioni, si sono cercate e selezionate le variabili che più rappresentavano fattori emersi dall'analisi.

L'analisi della variabilità ha consentito di concentrare la ricerca sui primi due fattori per ogni dimensione. Sono, quindi, risultati complessivamente sei fattori latenti, due per la titolarità della gestione dei servizi, due per l'estensione del sistema di protezione e due per il contesto. La procedura seguita ha garantito, pertanto, una sintesi tra la molteplicità di dati e di conseguenza ha facilitato la rappresentazione grafica delle differenziazioni regionali e la costruzione di una prima classificazione delle regioni secondo i punteggi fattoriali emersi per ognuna delle tre dimensioni analizzate.

2. Le regioni a confronto: la titolarità nella gestione dei servizi

La prima dimensione analizzata è la titolarità della gestione dei servizi, si tratta di analizzare il modo in cui è strutturata l'erogazione delle prestazioni, e verificare quali sono i soggetti attuatori delle prestazioni. Si è cercato di capire se i servizi sono erogati da un solo soggetto o da una pluralità di «attori» e di coglierne la natura (pubblici o privati profit e non).

I primi due fattori emersi dall'analisi spiegano il 55,1%, della variazione del fenomeno. L'analisi degli indicatori correlati ai singoli fattori consente di identificare dei modelli di welfare sufficientemente definiti, rappresentati dalle variabili che saturano i singoli fattori. La natura di tali variabili consente di parlare di sistemi di welfare di tipo: mix strutturato e mix tendente al societario.

Tab. 4. Fattori, variabili e pesi della dimensione titolarità della gestione

Fattore	Variabili	Peso
Mix strutturato	Numero di cooperative con valore di produzione superiore a 500 mila euro sul totale delle cooperative	0,954
	Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito nell'accudire i bambini, da persone non coabitanti	0,865
Varianza spiegata: 28,8%	Spesa sanitaria media mensile familiare, in euro	0,762
	Percentuale di posti letto per anziani in servizi residenziali pubblici	0,591
	Percentuale di posti letto per anziani in servizi residenziali no profit	-0,616

	Numero di cooperative su popolazione residente	0,787
Mix tendente al societario	Nidi pubblici sul totale dei nidi	0,700
	Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito, nei lavori domestici, da persone non coabitanti	0,699
Varianza spiegata: 26,2%	Associazioni di volontariato su popolazione residente	0,632
	Personale dipendente e collaboratore di cooperative su popolazione residente	0,612
	Posti letto in ospedali civili privati sul totale dei posti letto	-0,815

Il mix strutturato raffigura un sistema caratterizzato dalla presenza di servizi che sono erogati da una molteplicità di soggetti, siano essi pubblici, privati e di terzo settore (ecco per l'appunto il termine mix); inoltre si tratta di un sistema consolidato nel senso che presenta una «pianificazione» ben strutturata e impostata da molto tempo, ne è prova la presenza, in questo fattore, di soggetti di terzo settore con dimensioni considerevoli.³ La dimensione mix tendente al societario fa riferimento, invece, alla consistente presenza del volontariato, nel senso che le relazioni primarie e secondarie sono ritenute fondamentali ed essenziali per i processi di cura. In questo «semi-asse» è presente anche la «risorsa» pubblica,⁴ tuttavia il fattore fa principalmente sintesi dei servizi erogati dal terzo settore. La dimensione privata,⁵ invece, ha un legame negativo, a conferma dell'assenza di dinamiche di mercato.

Nella tabella 4 sono riportati, nella prima colonna a sinistra, i nomi attribuiti alle dimensioni latenti emerse e la relativa percentuale di variazione del fenomeno che i fattori sono in grado di spiegare, le variabili che concorrono a «creare» i due fattori (colonna al centro) e il «peso» che la variabile ha sul singolo fattore. L'effetto che le variabili esercitano sui fattori individuati è differente e ciò è dimostrato, per l'appunto, dal valore dei diversi pesi.

Considerata la diversa importanza che le variabili hanno sui singoli fattori è bene prestare attenzione anche alle differenze che si possono individuare a livello territoriale: per questo motivo è utile esaminare come si caratterizzano, a livello amministrativo regionale, le variabili considerate.⁶

3. Si veda, ad esempio, la variabile: numero di cooperative con valore di produzione superiore a 500.000 euro sul totale delle cooperative.

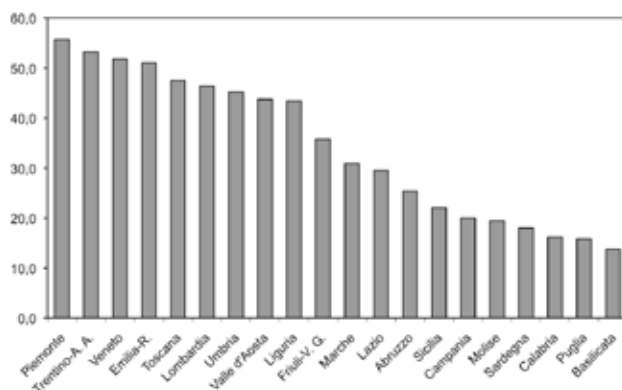
4. Si veda, ad esempio, la variabile che rileva la disponibilità di nidi pubblici.

5. Rappresentata dalla disponibilità di posti letto in ospedali civili privati.

6. In questa sede, si ritiene opportuno esporre solo la distribuzione delle prime due variabili che determinano maggiormente ogni singolo fattore.

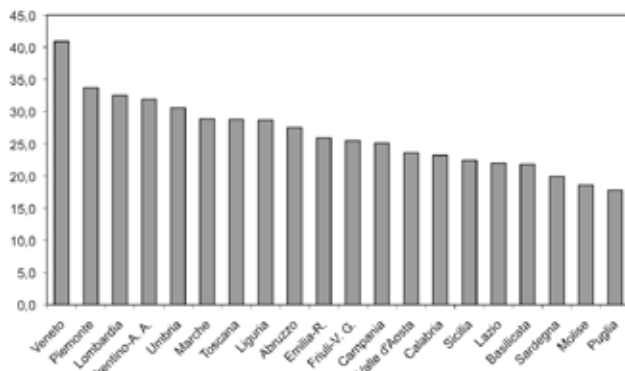
La prima variabile che pesa maggiormente sul fattore mix strutturato si riferisce al numero di cooperative con valore di produzione superiore a 500mila euro, sparse sul territorio regionale italiano. Prendendo in esame la distribuzione della variabile (grafico 1), si evince una forte disparità nella penisola italiana, in quanto, la maggior parte delle cooperative si trova nell'area Nord del paese e in alcune zone del Centro. Il Sud, comprese le Isole, non sembra essere un terreno fertile per questo tipo di strutture organizzative. Le tre regioni che primeggiano nella graduatoria sono il Piemonte, il Trentino Alto Adige e il Veneto, mentre ai livelli inferiori della classificazione, si collocano la Basilicata, la Puglia e la Calabria.

Graf. 1. Numero di cooperative con valore di produzione superiore a 500.000 euro sul totale delle cooperative (anno 2005)



Per quanto concerne le relazioni di supporto, vale a dire le reti di mutuo aiuto tra le famiglie, ossia i servizi forniti dalla sfera privata del volontariato (seconda variabile che pesa sul fattore, riprodotta nel grafico 2), si nota una presenza maggiore di sostegno «gratuito» in Veneto, Piemonte e Lombardia mentre, in regioni come la Sardegna, il Molise e la Puglia, questo tipo di aiuti è meno diffuso. Osservando il grafico 2 si evidenzia che sebbene si possa individuare una distinzione tra le macroaree della penisola (da un lato le regioni del Nord e dall'altro quelle del Sud), in questo caso è più difficile riscontrare una demarcazione netta. Alcune regioni del Centro (come ad esempio l'Umbria e le Marche) presentano valori che in percentuale si avvicinano ad alcune regioni del Nord, mentre altre regioni di quest'ultima area, (si veda ad esempio la Valle d'Aosta), si «affiancano» maggiormente alle regioni del Mezzogiorno.

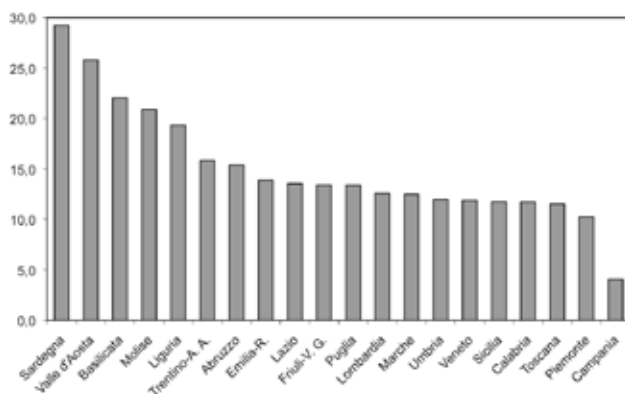
Graf. 2. Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito nell'accudire i bambini, da persone non coabitanti (anno 2003)



Le due variabili che contribuiscono in positivo e in modo maggiore alla definizione del fattore che rappresenta la dimensione mix tendente al societario sono la presenza del numero di cooperative (sulla popolazione residente) e l'esistenza di servizi pubblici, quali gli asili nido diffusi nel territorio. Per quanto attiene queste due variabili, si nota come già individuato in precedenza, una disomogeneità del fenomeno, tanto da rendere difficile l'individuazione di macro-aree con simili caratteristiche.

Le regioni in cui il numero di cooperative (grafico 3), su popolazione residente, è elevato sono la Sardegna, la Valle d'Aosta e la Basilicata, mentre quelle in cui è poco diffusa la forma associativa di tipo cooperativistico sono la Campania, che non arriva neanche al 5%, il Piemonte e la Toscana.

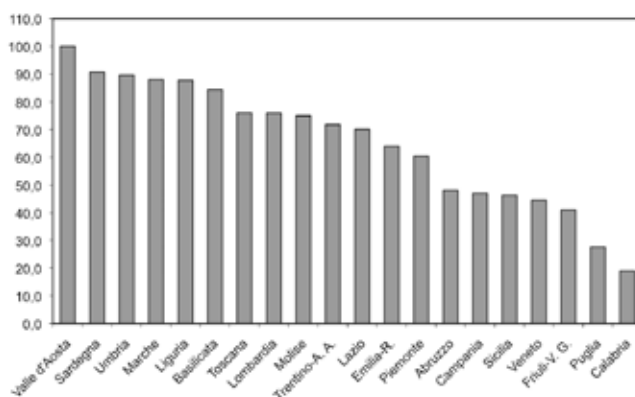
Graf. 3. Numero di cooperative su popolazione residente (anno 2005)



Per quanto attiene, invece, i servizi offerti alle famiglie (grafico 4), quali le strutture per bambini di età pre-scolare, si segnala che, in alcune regioni, la presenza del mercato è irrilevante, è il caso, ad esempio, della Valle d'Aosta, nella quale ci sono solo servizi di asilo nido erogati dal settore pubblico. Questo dato si riscontra, seppur in misura inferiore, anche in Sardegna, Umbria, Marche e Basilicata. La Calabria è la regione che presenta il minor numero di asili nido pubblici, seguita poi dalla Puglia e dal Friuli Venezia Giulia.

Alla luce della distribuzione di frequenza delle variabili riportate sopra è utile evidenziare il posizionamento delle singole regioni su un piano cartesiano costruito partendo dalle due dimensioni latenti emerse dall'analisi fattoriale.

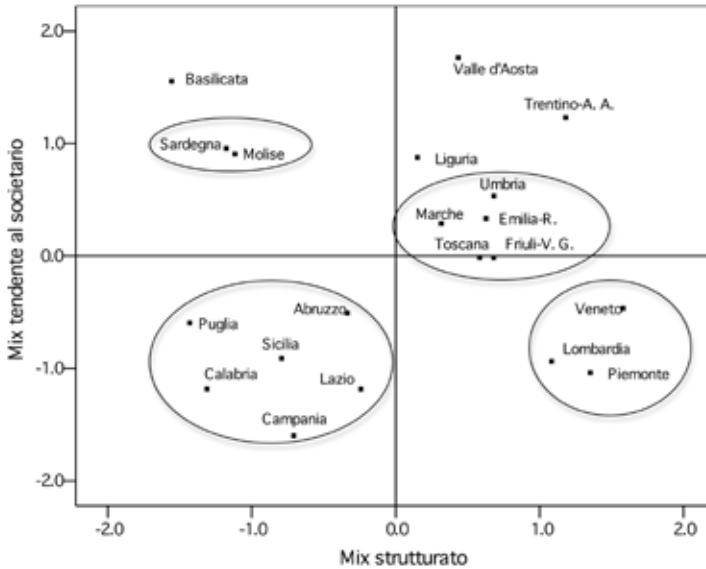
Graf. 4. Nidi pubblici sul totale dei nidi (anno 2005)



In questo modo non solo si riesce a individuare in quali regioni il modello di welfare mix tendente al societario è più, o meno sviluppato, ma è pure possibile confrontare contemporaneamente il «comportamento» delle regioni rispetto le due dimensioni qui considerate. Queste informazioni possono essere ricavate dal grafico seguente, dal quale è altresì possibile individuare dei «raggruppamenti» di regioni che manifestano caratteristiche simili.

Prendendo in esame l'asse orizzontale, denominato mix strutturato, si nota che le regioni Veneto, Piemonte, Lombardia e Trentino Alto Adige si collocano all'estremo positivo (del fattore), quindi con una marcata caratterizzazione di welfare mix strutturato. Sul versante opposto (quindi assenza di welfare mix strutturato) si posizionano la Basilicata, la Puglia, la Calabria, la Sardegna e il Molise.

Graf. 5. La dislocazione delle regioni sugli assi della titolarità



Ai vertici del secondo fattore, rappresentativo del welfare mix tendente al societario, si hanno la Valle d'Aosta, la Basilicata e il Trentino Alto Adige, mentre sul versante opposto, si notano la Campania, la Calabria, il Lazio e il Piemonte. Tra gli estremi di entrambe le dimensioni descritte sopra, si collocano tutte le altre regioni d'Italia. Interessanti sono i casi del Piemonte e della Basilicata i quali presentano dei valori elevati su una dimensione e bassi sull'altra: il Piemonte ha un valore alto di welfare mix strutturato ma basso di welfare tendente al societario; la Basilicata, invece, ha un valore basso sul welfare mix strutturato e valore elevato sul welfare societario.

Un altro elemento interessante è rappresentato dai raggruppamenti, riprodotti nel grafico con figure ovali o a forma di cerchio che racchiudono al loro interno i nomi di alcune regioni. Tali figure hanno il compito di delimitare le regioni che sono maggiormente omogenee tra di loro, vale a dire che presentano caratteristiche simili per quanto riguarda le dimensioni analizzate.⁷

7. Bisogna fare attenzione perché gli accorpamenti rappresentati nel grafico non corrispondono con la classificazione riportata nella tabella numero due, nella quale è elencata la distribuzione delle regioni a seconda del singolo asse.

Tab. 5. Dimensione: titolarità della gestione dei servizi

Mix strutturato				Mix tendente al societario			
Alto	Medio Alto	Medio Basso	Basso	Alto	Medio Alto	Medio Basso	Basso
Veneto	Umbria	Lazio	Basilicata	Valle d'Aosta	Sardegna	Toscana	Campania
Piemonte	Friuli Venezia Giulia	Abruzzo	Puglia	Basilicata	Molise	Friuli Venezia Giulia	Calabria
Lombardia	Emilia Romagna	Campania	Calabria	Trentino Alto Adige	Liguria	Veneto	Lazio
Trentino Alto Adige	Toscana	Sicilia	Sardegna		Umbria	Abruzzo	Piemonte
	Valle d'Aosta		Molise		Emilia Romagna	Puglia	
	Marche				Marche	Sicilia	
	Liguria					Lombardia	

Nel primo quadrante, s'individuano delle regioni, alcune delle quali confinanti tra di loro (fa eccezione il Friuli Venezia Giulia) che mostrano dei livelli «medi» sia di welfare mix strutturato che di welfare diffuso societario. Nel secondo quadrante, che indica elevata presenza di welfare diffuso societario e scarsa presenza di welfare mix societario, si nota un gruppo composto di due regioni: Molise e Sardegna. Nel terzo quadrante, caratterizzato dalla scarsa organizzazione dei sistemi che possono dare risposte ai cittadini e dall'assenza della sussidiarietà, si accorpano assieme alcune regioni appartenenti all'area del Centro-Sud. Il quarto quadrante comprende tre regioni del Nord ed evidenzia una zona della penisola dove si ha un sistema consolidato di servizi pubblici, privati e di terzo settore ma una carente capacità di fare affidamento sui rapporti primari e secondari di solidarietà.

L'analisi contemporanea delle sottodimensioni della titolarità della gestione dei servizi, ha portato alla luce alcuni «raggruppamenti» di regioni che esprimono un'area amministrativa caratterizzata da medesime condizioni, per i componenti del gruppo ma diverse, ovviamente, rispetto gli altri insiemi. Dal punto di vista di questa dimensione dell'analisi emerge la difficoltà di rappresentare i sistemi di welfare regionali come appartenenti ad uno stesso modello.

3. Le regioni a confronto: l'estensione del sistema di protezione sociale

La seconda dimensione analizzata empiricamente è l'estensione del sistema di protezione, vale a dire il grado di copertura degli interventi rispetto alla popolazione. I due fattori emersi dall'analisi fattoriale spiegano, nel complesso, l'80% della variazione del fenomeno. Sulla base della saturazione delle variabili, i due fattori latenti sono stati definiti: estensione dei servizi tradizionali ed estensione dei servizi innovativi.

Tab. 6. Fattori, variabili e pesi della dimensione estensione del sistema di protezione

Fattore	Variabili	Peso
Estensione dei servizi tradizionali	Anziani ospitati in presidi residenziali su popolazione con 65 anni e più	0,917
	Anziani ospiti in presidi residenziali pubblici su popolazione con 65 anni e oltre	0,915
	Spesa sociale pro-capite dei comuni	0,913
Varianza spiegata: 48,6%	Donne di 65 anni e più che si sono sottoposte a mammografia senza la presenza di sintomi o disturbi	0,707
	Pensioni di vecchiaia sul totale delle pensioni	0,700
	Diffusione dei servizi per l'infanzia: percentuale di comuni che hanno attivato servizi per l'infanzia (asilo nido, micronidi o servizi integrativi e innovativi) sul totale dei comuni della regione	0,598
	Giornate di assistenza residenziale e semiresidenziale per 1000 residenti di età superiore uguale a 65 anni	0,590
	Pensioni di invalidità sul totale delle pensioni	-0,607
Estensione dei servizi innovativi	Presenza in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata	0,835
Varianza spiegata: 30,5%	Ricettività, utenza potenziale e percentuale di accoglienza con riferimento ai nidi d'infanzia, a titolarità pubblica e privata	0,724

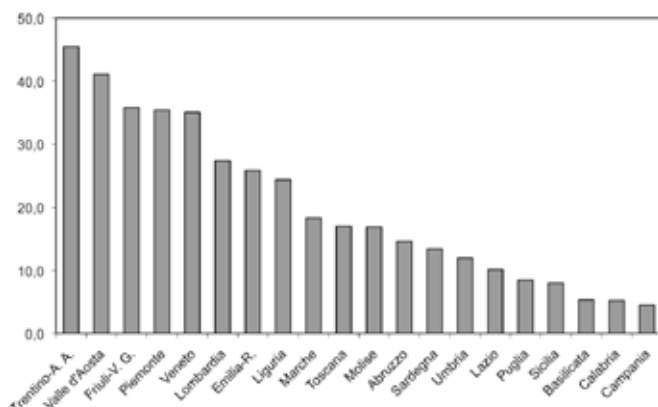
Il primo fattore, come si evince dalla tabella 4, è composto da variabili che rimandano alla diffusione di alcuni servizi che hanno costituito il cuore delle politiche sociali sviluppatesi nella fase espansiva dei sistemi di welfare. Questa forte relazione con la storia dei servizi di welfare spiega la definizione di servizi tradizionali assegnata al primo fattore. La seconda dimensione emersa è definita da variabili che richiamano servizi diffusi più recentemente come evoluzione del dibattito tecnico scientifico, o come risposta alla riduzione delle risorse disponibili. Que-

sti elementi hanno indotto a definire il secondo fattore latente come «estensione dei servizi innovativi». Le due variabili più significative riguardano: l'assistenza domiciliare integrata e gli asilo nido.

Anche in questo caso, è bene procedere esaminando la distribuzione delle variabili che pesano maggiormente sui fattori latenti emersi, al fine di verificare come si «ripartiscono» le singole regioni.

L'analisi degli anziani ospitati in presidi residenziali (su popolazione con 65 anni e più) mostra una «netta» divisione dell'Italia in due parti: da un lato le regioni del Nord, con valori elevati, mentre dall'altro quelle del Sud con percentuali decisamente inferiori. Le unità d'analisi che hanno una maggiore capacità di ospitare gli anziani nei presidi residenziali sono tutte regioni a statuto speciale quali: il Trentino Alto Adige, la Valle d'Aosta e il Friuli Venezia Giulia, mentre la minor capacità si riscontra in Campania, Calabria e Basilicata.

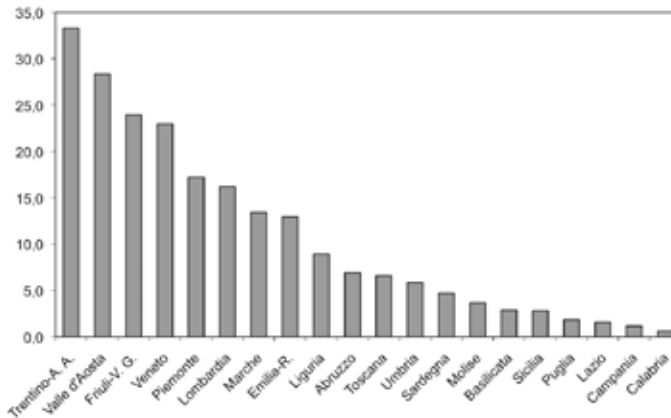
Graf. 6. Anziani ospitati in presidi residenziali su popolazione con 65 anni e più (anno 2004)



La seconda variabile che pesa sul fattore può essere intesa come una «specificazione» della precedente poiché fa riferimento agli anziani ospitati in presidi residenziali pubblici (sempre sulla popolazione con 65 anni e oltre). In questo caso non si riscontrano considerevoli cambiamenti, rispetto la distribuzione precedente, se non per qualche singola regione, riconfermando la differenza dei servizi fra le regioni del Centro-Nord (con buona o per lo meno discreta diffusione di servizi), mentre, altre regioni del Centro, assieme alle regioni del Sud sembrano garantire bassi livelli di diffusione dei servizi.

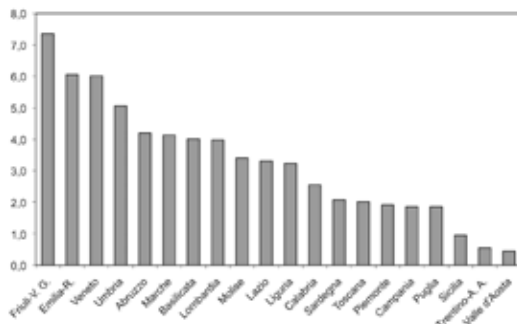
È necessario comunque soffermarsi sui casi specifici che mostrano una variazione fra le distribuzioni di frequenza di queste due variabili, qui considerate, che sono: le Marche, l'Abruzzo, il Molise e il Lazio. Nelle prime due regioni i servizi erogati nelle strutture residenziali pubbliche si mostrano più diffusi rispetto al dato generale e questo significa che i servizi pubblici, con riferimento specifico alla variabile analizzata, sembrano funzionare meglio. Una situazione peggiore, rispetto a quella descritta è presente in Molise e nel Lazio, regioni che, per quanto riguarda la residenzialità nelle strutture pubbliche, offrono servizi poco diffusi fra i potenziali fruitori (non superano il 5%).

Graf. 7. Anziani ospiti in presidi residenziali pubblici su popolazione con 65 anni e oltre (anno 2004)



Per quanto attiene la seconda dimensione latente, ossia la diffusione dei servizi innovativi, si tratta di un fattore creato solo da due variabili: la presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata; e la ricettività, utenza potenziale e percentuale di accoglienza nei nidi d'infanzia, a titolarità pubblica e privata.

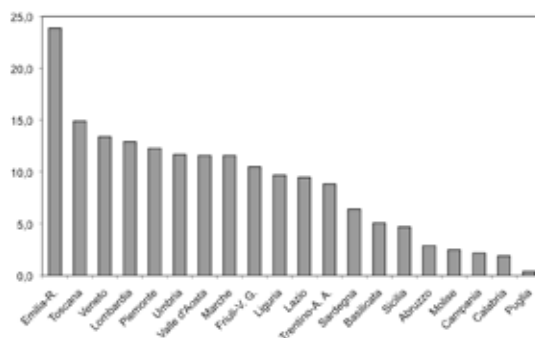
Graf. 8. Presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata (anno 2008)



L'attività di assistenza domiciliare integrata, come si coglie dal grafico 8 è maggiormente diffusa in tre regioni del Nord tra cui una a statuto speciale (Friuli Venezia Giulia), mentre nel Trentino Alto Adige e nella Valle d'Aosta, regioni che in altre distribuzioni di frequenza qui analizzate hanno valori elevati, ora si collocano a livelli bassi. Di fatto sia il Trentino sia la Valle d'Aosta non arrivano all'1% di assistenza domiciliare integrata.

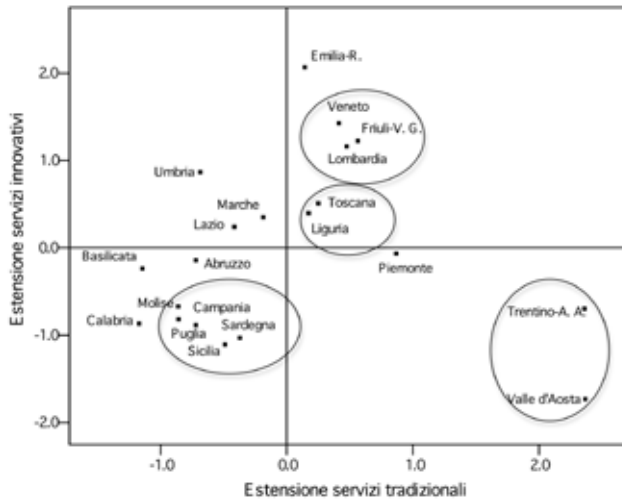
Circa la seconda variabile (ricettività, utenza potenziale e percentuale di accoglienza con riferimento ai nidi d'infanzia, a titolarità pubblica e privata, rappresentata nel grafico numero 9) che pesa notevolmente sul fattore, si possono individuare due «aree»: da un lato le regioni del Centro-Nord (ad eccezione del Trentino Alto Adige) con valori discreti. La regione in cui il servizio di ricettività, in riferimento ai nidi, è maggiormente diffuso è l'Emilia Romagna. Le regioni del Sud presentano valori in percentuale che non toccano il 5% di copertura dei potenziali utenti. Anche in Trentino Alto Adige, come accennato, il servizio non è molto esteso.

Graf. 9. Ricettività, utenza potenziale e percentuale di accoglienza con riferimento ai nidi d'infanzia, a titolarità pubblica e privata (anno 2003)



È interessante, anche per quanto concerne la dimensione dell'estensione della protezione, vedere come si ordinano le regioni rispetto i due «assi» latenti qui analizzati. Le amministrazioni regionali che hanno una maggior diffusione, con riferimento ai servizi tradizionali, sono la Valle d'Aosta e il Trentino Alto Adige, mentre sul versante opposto, si pongono la Basilicata e la Calabria.

Graf. 10. La dislocazione delle regioni sugli assi dell'estensione del sistema di protezione



Sull'asse dei servizi innovativi si segnala la relativamente maggior diffusione dei servizi in Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Lombardia. Sicuramente minore è la diffusione in Valle d'Aosta, Sicilia e Sardegna.

In sintesi, per quanto riguarda la diffusione dei servizi e la loro capacità di rispondere ai bisogni della popolazione, è possibile individuare quattro diverse situazioni, così rappresentabili:

- regioni con un sistema di welfare relativamente diffuso ed esteso. Possiamo raggruppare in questo gruppo le regioni che evidenziano la presenza di servizi diffusi sia per quanto riguarda le prestazioni tradizionali che hanno caratterizzato la fase evolutiva dei sistemi di welfare, sia per quanto riguarda i servizi più innovativi diffusisi più recentemente. In questo gruppo possiamo includere le regioni: Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lombardia. In modo relativamente minore, anche la Toscana e la Liguria;
- regioni che presentano un'offerta di servizi tradizionali relativamente consolidata ed estesa, ma che non sembrano aver sviluppato con

- altrettanta intensità servizi di tipo innovativo. In questo gruppo vanno incluse le regioni: Piemonte, Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige;
- regioni che hanno un sistema di servizi tradizionali relativamente meno consolidato e diffuso, ma che sembrano aver spinto particolarmente verso l'innovazione. In questo gruppo possiamo comprendere le regioni: Umbria, Marche, Lazio;
 - l'ultimo gruppo comprende le regioni che presentano un sistema di welfare relativamente meno esteso, caratterizzato da una diffusione relativamente minore di servizi innovativi e di servizi di tipo tradizionale. Questa situazione è tipica delle regioni: Basilicata, Abruzzo, Calabria, Molise, Campania, Sardegna, Puglia, Sicilia.

Tab. 7. Dimensione: estensione del sistema di protezione

Estensione servizi tradizionali				Estensione servizi innovativi			
Alto	Medio Alto	Medio Basso	Basso	Alto	Medio Alto	Medio Basso	Basso
Valle d'Aosta	Piemonte	Marche	Basilicata	Emilia Romagna	Umbria	Piemonte	Sardegna
Trentino Alto Adige	Friuli Venezia Giulia	Sardegna	Calabria	Veneto	Toscana	Abruzzo	Sicilia
	Lombardia	Sicilia		Friuli Venezia Giulia	Liguria	Basilicata	Valle d'Aosta
	Veneto	Lazio		Lombardia	Marche	Trentino Alto Adige	
	Toscana	Puglia			Lazio	Molise	
	Liguria	Abruzzo				Campania	
	Emilia Romagna	Umbria				Puglia	
		Campania				Calabria	
		Molise					

4. Le regioni a confronto: il contesto del sistema

La terza dimensione che si è scelto di utilizzare nell'analisi dei sistemi di welfare riguarda il contesto entro il quale si sviluppano le politiche di welfare. Tali politiche sono contemporaneamente una risposta ad alcune caratteristiche critiche dei singoli contesti, ma, contemporaneamente sono una delle variabili che possono influenzare la riduzione o il rafforzamento di tali criticità. Si pensi, per esempio, alla povertà o all'abbandono scolastico o anche al capitale sociale di un territorio. È possibile affermare che i valori assunti dagli indicatori utilizzati per rappresentare questi fenomeni sono determinati da un insieme di aspetti

(relativi al sistema economico, quello scolastico e quello culturale, per esempio). Costituiscono l'oggetto d'intervento (la riduzione della povertà o dell'abbandono scolastico) ma sicuramente rappresentano anche gli effetti prodotti dalle politiche di welfare. La difficoltà di isolare tali effetti, in assenza di disegni valutativi e di serie storiche, e la contemporanea rilevanza che hanno nell'analisi dei sistemi di welfare ci porta a raggruppare questi indicatori nella dimensione del contesto entro il quale si devono sviluppare le politiche.

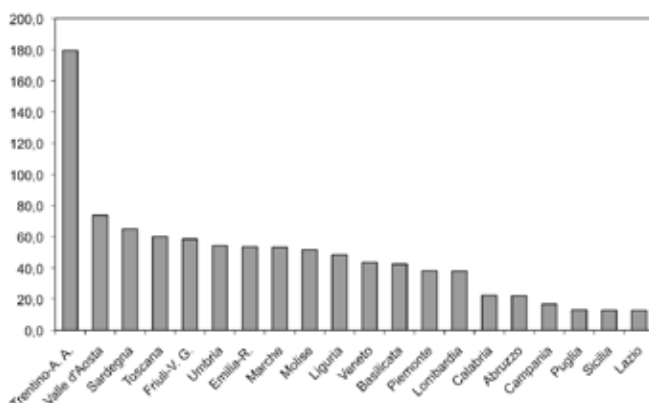
I due fattori latenti, ricavati dall'analisi, arrivano a rappresentare il 67,2% della varianza, e sono riconducibili: alla coesione sociale ed ai rischi sociali. Nella tabella otto, sono specificate le singole variabili che costituiscono le sottodimensioni latenti e i relativi pesi, oltre alla varianza riprodotta da ogni dimensione. Entrambi i fattori hanno una buona capacità esplicativa poiché il primo spiega il 35,6% di variazione del fenomeno, mentre il secondo il 31,6%.

Tab. 8. Fattori, variabili e pesi della dimensione contesto

Fattore	Variabili	Peso
Coesione sociale	Associazioni di volontariato su numero di abitanti	0,923
	Persone di 14 anni e più che hanno svolto, negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista, almeno un'attività sociale (attività gratuita per associazioni di volontariato)	0,919
	Indicatore sintetico di capitale sociale	0,845
Varianza spiegata: 35,6%	Persone di 14 anni e più che nelle ultime quattro settimane, hanno dato almeno un aiuto gratuito a persone non coabitanti, come volontari	0,702
	Fiducia istituzionale	0,65
	Valutazione, relativa agli ultimi 12 mesi, delle risorse economiche della famiglia come insufficienti	-0,606
Rischi sociali	Indice povertà famiglie (incidenza)	0,781
	Giovani che abbandonano prematuramente gli studi	0,775
	Indice povertà famiglie (intensità)	0,738
Varianza spiegata: 31,6%	Tasso di disoccupazione giovanile	0,717
	Indice di Gini	0,696
	Speranza di vita a 15 anni priva di disabilità (maschi)	-0,692

La variabile che contribuisce in maniera più incisiva a determinare l'asse della coesione sociale è la presenza di associazioni di volontariato nel territorio. Il dato maggiormente evidente è quello del Trentino Alto Adige che mostra una consistente presenza di associazioni di volontariato, seguita poi dalla Valle d'Aosta, Sardegna e Toscana, mentre in altre regioni, come ad esempio il Lazio, la Sicilia, la Puglia e la Campagna, la numerosità di associazioni non arriva al 20%. Questa variabile, del resto, è stata, usata spesso nell'analisi del capitale sociale generalizzato dei singoli territori.

Graf. 11. Associazioni di volontariato su numero di abitanti (anno 2003)



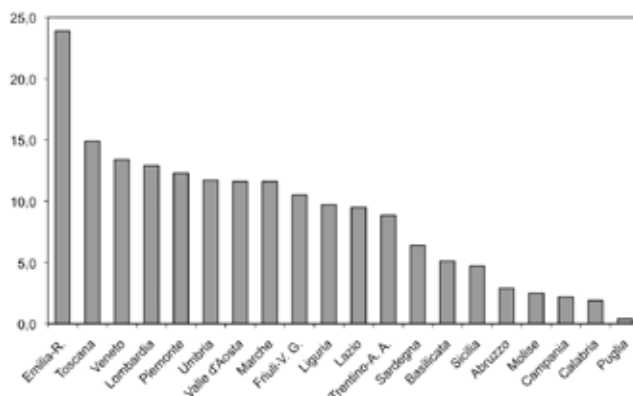
Se si considera ora la seconda variabile che pesa sul fattore in esame, la presenza di persone di 14 anni e più che hanno svolto (negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista) almeno un'attività sociale (attività gratuita per associazioni di volontariato, grafico dodici), si evince che è ancora il Trentino Alto Adige a presentare valori percentuali elevati, seguito poi dal Veneto e dalla Lombardia. Queste ultime due regioni non collocandosi, rispetto alla variabile precedente, ai primi posti, sono caratterizzate da una non consistente numerosità di associazioni ma da un'elevata partecipazione alla vita associativa da parte dei cittadini. Le regioni in cui le persone sono poco partecipi al mondo dell'associazionismo, invece, corrispondono a quelle in cui è poco diffuso l'associazionismo stesso, come ad esempio in Campania, nel Lazio e in Sicilia.

Procedendo ora a esaminare le variabili che hanno contribuito a creare la dimensione dei rischi sociali, la situazione si «capovolge» rispetto alle variabili che abbiamo esaminato fino a questo momento.

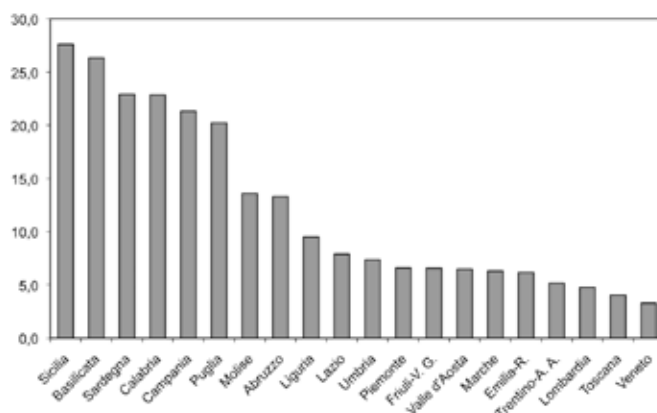
Dal grafico numero tredici si evince che a presentare una situazione di maggior criticità rispetto all'incidenza dell'indice di povertà, sono le famiglie che abitano nelle regioni del Sud, in particolare in Sicilia, Ba-

silicata e Sardegna, mentre la situazione migliore si osserva in Veneto, Toscana e Lombardia.

Graf. 12 - Persone di 14 anni e più che hanno svolto, negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista, almeno un'attività sociale gratuita per associazioni di volontariato (Anno 2003)



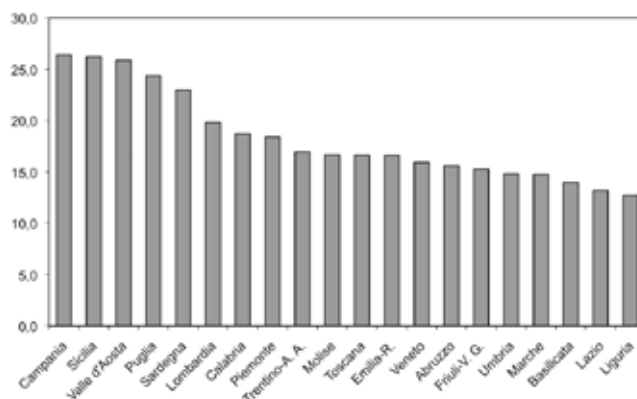
Graf. 13. Indice povertà famiglie (incidenza) (anno 2007)



Per quanto riguarda i giovani che abbandonano prematuramente gli studi, il contesto è molto disomogeneo: in quanto l'abbandono è intenso sia in regioni del Sud, come ad esempio in Campania e in Sicilia, ma anche in regioni del Nord come in Valle d'Aosta e in Lombardia. Il tasso di abbandono scolastico è inferiore in Liguria e nel Lazio. Il dato qui

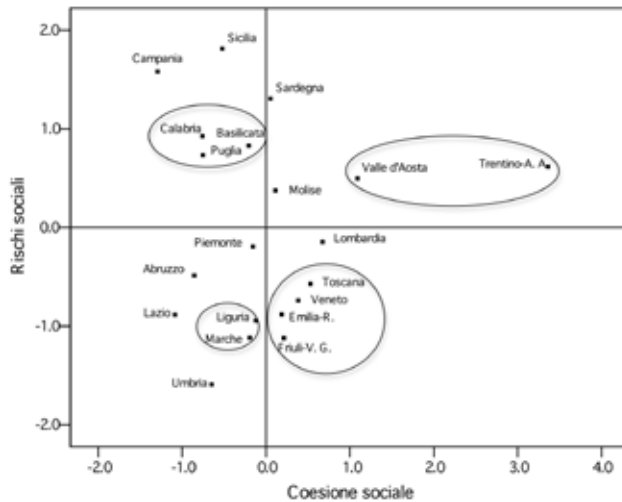
presentato deve far riflettere, poiché le regioni in cui l'allontanamento dalla scuola è maggiore, non sono quelle in cui il tasso di occupazione è elevato, quindi è difficile giustificare l'uscita dal mondo della scuola per l'accesso al mondo del lavoro.

Graf. 14. Giovani che abbandonano prematuramente gli studi (anno 2008)



L'analisi complessiva del modo in cui i sistemi di welfare regionali si strutturano in base alle due dimensioni del contesto fanno emergere quattro gruppi, relativamente omogenei al loro interno. Il primo insieme, comprende le regioni che presentano una coesione sociale relativamente alta, ma anche una consistente presenza di rischi sociali. Troviamo in questo gruppo le regioni: Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta (come visto in precedenza le due regioni sono state raggruppate poiché mostrano omogeneità per quanto concerne una dimensione), ma, pur con una coesione sociale decisamente meno elevata, anche la Sardegna e il Molise.

Graf. 15. Distribuzione delle regioni sugli assi del contesto



La situazione più critica riguarda sicuramente le regioni che sviluppano i loro sistemi di welfare in contesti caratterizzati da una bassa coesione sociale e una contemporanea elevata presenza di rischi sociali. Operano in un simile contesto le regioni: Sicilia, Calabria, Campania, Basilicata e Puglia.

Relativamente più semplice è la situazione delle regioni che si caratterizzano per una coesione sociale relativamente più bassa ma anche da una contemporanea scarsa presenza di rischi sociali. Hanno queste caratteristiche le regioni: Piemonte, Abruzzo, Lazio, Liguria, Marche e Umbria.

Infine la situazione sicuramente più positiva riguarda il contesto in cui operano le regioni Lombardia, Toscana, Veneto, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia. Questi contesti sono caratterizzati da una coesione sociale relativamente alta e da una relativamente bassa presenza di rischi sociali.

Tab. 9. Dimensione: contesto

Coesione sociale				Rischi sociali			
Alto	Medio Alto	Medio Basso	Basso	Alto	Medio Alto	Medio Basso	Basso
Trentino-Alto Adige	Lombardia	Emilia-R.	Lazio	Sicilia	Calabria	Lombardia	Friuli Venezia Giulia
Valle d'Aosta	Toscana	Marche	Campania	Campania	Puglia	Piemonte	Marche
	Veneto	Piemonte		Sardegna	Basilicata	Abruzzo	Umbria
	Friuli Venezia Giulia	Basilicata			Trentino Alto Adige	Toscana	
	Liguria	Umbria			Valle d'Aosta	Veneto	
	Molise	Sicilia			Molise	Emilia-R.	
	Sardegna	Calabria				Lazio	
		Puglia				Liguria	
		Abruzzo					

Bibliografia e fonti dati

- AA.VV., *I nidi e gli altri servizi educativi e integrativi per la prima infanzia, Rassegna coordinata dei dati e delle normative nazionali e regionali al 31/12/2005*, «Quaderni del Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza», 36, 2006. Testo disponibile al sito: http://www.minori.it/files/Quaderni_Centro_Nazionale_36.pdf
- E. Ciccotti e L.L. Sabbadini (a cura di), *Come cambia la vita dei Bambini. Indagine statistica multiscopo sulle famiglie*, «Quaderni del Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza», n. 42, 2007. Testo disponibile al sito: http://www.minori.it/files/Quaderni_Centro_Nazionale_42.pdf
- I. COLOZZI, *Le nuove politiche sociali*, Roma, Carocci, 2002.
- P. DONATI (a cura di), *Famiglie e bisogni sociali: la frontiera delle buone prassi*, Osservatorio Nazionale sulla Famiglia, Milano, , Franco Angeli, 2007.
- G. ESPING ANDERSEN, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press, 1990.
- G. ESPING ANDERSEN, *Foundations of Post-Industrial Economies*, Oxford, Oxford

- University Press, 1990, trad. it., *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, Il Mulino, Bologna, 2000.
- M. FERRERA, *Modelli di solidarietà*, Bologna, Il Mulino, 1993.
- G. NUZZO, *Un secolo di statistiche sociali: persistenza o convergenza tra le regioni italiane?*, «Quaderni dell'Ufficio Ricerche Storiche», n. 11, 2006. Testo disponibile al sito: <http://www.bancaditalia.it/pubblicazioni>
- ISTAT, *Health for All- Italia. Un sistema informativo territoriale su sanità e salute*, 2006. Testo disponibile al sito: <http://www.istat.it/sanita/Health/>
- ISTAT, *Le organizzazioni di volontariato in Italia*, periodo di riferimento: anno 2003, «Informazioni», n. 27, Roma, 2006. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/catalogo/20061127_02/
- ISTAT, *Parentela e reti di solidarietà, Indagine multiscopo sulle famiglie*, «Famiglia e soggetti sociali», 2003, periodo di riferimento: anno 2003, «Informazioni», n. 26, Roma, 2006. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/catalogo/20061010_00/
- ISTAT, *Strutture familiari e opinioni su famiglia e figli, Indagine multiscopo sulle famiglie*, periodo dati: anno 2003, «Famiglia e soggetti sociali», Roma, 2006. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/catalogo/20061127_02/
- ISTAT, *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia*, periodo dati: anno 2004, 2007. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/dataset/20070504_00/
- ISTAT, *Le cooperative sociali in Italia Settori: Pubblica amministrazione*, periodo dati: anno 2005, «Informazioni», 4, Roma, 2008. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/catalogo/20061211_00/
- ISTAT, *Struttura e attività degli istituti di cura*, periodo dati: anno 2004. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/dataset/20080206_00/
- ISTAT, *I beneficiari delle prestazioni pensionistiche*, periodo dati: anno 2007. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/dataset/20090813_00/
- ISTAT, *I consumi delle famiglie. anno 2007*, «Annuari», 14, Roma, 2009. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/catalogo/20090721_01/
- ISTAT, *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati*, periodo dati: anno 2006. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/dataset/20090817_00/
- ISTAT, *Indicatori socio-sanitari regionali*, periodo dati: anno 2004-2005, 2009. Testo disponibile al sito: <http://www.istat.it/sita/sociosan/>
- ISTAT, *Indicatori di contesto chiave e variabili di rottura*, 2010. Testo disponibile al sito: <http://www.istat.it/ambiente/contexto/infoterr/azioneB.html>
- Ministero della Salute, Servizio Sanitario Nazionale, Dati statistici. Testo disponibile al sito: <http://www.salute.gov.it/>
- Ministero dello Sviluppo Economico, La banca dati obiettivi di servizio. Testo disponibile al sito: http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/servizi_infanzia.asp
- J. RODGER, *From a welfare state to a welfare society: The changing context of social policy in a postmodern era*, Macmillan Press ltd., 2000, trad. it., *Il nuovo welfare societario. I fondamenti delle politiche sociali nell'età postmoderna*, Trento, Erickson, 2004.
- R. TITMUS, *Social Policy. An Introduction*, London, Allen&Unwin, 1974.

La governance dei servizi socio-sanitari in dodici regioni italiane

Michele Marzulli, Maristella Zantedeschi*

1. La governance dei sistemi regionali di welfare

Lo studio della governance di un sistema complesso come quello del welfare regionale rappresenta lo strumento per comprendere quali siano, nei processi di governo, gli attori del sistema, e quali le relazioni esistenti tra di essi. Inoltre, il modello interpretativo della governance permette di evidenziare quali attori svolgano un ruolo di decisori chiave, in quale contesto le deliberazioni vengano assunte e quali siano le forme di coinvolgimento degli stakeholder (BERTIN 2009; 2010).

Questa analisi si rende necessaria soprattutto in considerazione delle innovazioni normative che, assegnando una certa autonomia nelle politiche socio-sanitarie, hanno facilitato la configurazione di modelli differenziati di organizzazione. In ognuna delle regioni analizzate, dunque, sono state individuate le forme della collaborazione tra gli attori del pubblico e del privato, ma anche il coinvolgimento del terzo settore e, più in generale, dei cittadini.

Lo studio è stato effettuato analizzando due dimensioni: quella normativa, attraverso l'analisi dei provvedimenti legislativi locali; quella fenomenica in base a quanto riferito dai protagonisti.

Quello di governance è un concetto complesso emerso, per quanto attiene alle scienze sociali, soprattutto nel contesto di un dibattito internazionale volto a comprendere il funzionamento dei processi decisionali nel governo della cosa pubblica in generale (RHODES 1997; 2007), non solo delle politiche sociali, e rimane tuttora oggetto di riflessione e confronto. In questo senso, governance indica le forme di «gestione degli affari comuni», cioè rilevanti per la comunità e per tutti i suoi attori

* Il lavoro è frutto della collaborazione di entrambi gli autori; tuttavia le diverse parti del contributo possono essere così attribuite: i paragrafi 1, 2.1 e 2.4 a Marzulli; i paragrafi 2.2, 2.3, 3 a Zantedeschi, le conclusioni sono frutto di un lavoro integrato degli autori.

(BERTIN 2009), secondo un modello diverso da quello del government che non si limita all'esercizio del principio di autorità e all'uso di sanzioni (STOKER 1998), ma che fa riferimento a processi di governo basati sull'interazione e la negoziazione fra gli attori sociali.

L'analisi della governance permette di far emergere un'immagine del governo poco unitaria, ma piuttosto come insieme di relazioni tra diversi livelli in relazione tra loro (RHODES, MARSCH 1992).

In questo senso, la governance deve essere intesa come l'integrazione fra meccanismi diversi di regolazione, considerando in primo luogo i diversi attori delle politiche. In un sistema in cui sono presenti differenti livelli di governo (nazionale, locale e regionale) si parla, infatti, di governance multilivello (HOOGHE ET AL. 2010), per sottolineare l'importanza dell'integrazione fra processi che non possono essere pensati su una scala gerarchica. Il potere posizionale, relativo alla collocazione nello spazio dell'organizzazione, perde in parte la propria capacità di condizionamento, a favore di una legittimazione basata sui processi identitari, di costruzione di senso e sui processi comunicativi.

In questo senso, si può comprendere per quale ragione la riflessione sulla governance abbia reso esplicito quali siano le diverse forme di regolazione: esse possono essere sintetizzate nei tre modelli teorici della gerarchia, del mercato e della rete (BERTIN 2009). Infatti, accanto alle relazioni «gerarchiche», che tradizionalmente sono state adottate nelle politiche pubbliche, e che fanno capo in genere allo stato, e accanto al mercato, inteso come forma organizzativa capace di autoregolamentazione, emerge il concetto di «rete», come metafora della complessità e dell'interdipendenza tra gli attori dei processi decisionali.

Rete, gerarchia e mercato indicano tre strategie di regolazione dotate di logiche e dinamiche distinte. In considerazione del fatto che nella regolazione gerarchica emergono soprattutto i concetti di potere e autorità come forme di legittimazione delle decisioni, è evidente che si tratta di un modello in crisi sia per la tendenza a irrigidirsi attraverso meccanismi burocratici, che per l'incapacità di coinvolgere attori non istituzionali in processi tendenzialmente partecipativi. Ma storicamente non è risultata una valida alternativa neanche il mercato, fondato sì sul concetto di fiducia (come è esemplificabile da ogni sistema monetario) ma soprattutto sulla presunta capacità autoregolatoria della concorrenza. Infatti, le politiche di New Public Management nella Pubblica amministrazione e di quasi mercato nell'erogazione delle prestazioni hanno generato un ripensamento e una richiesta di cambiamento, basato sulla necessità di un maggiore coinvolgimento di tutti gli attori del sistema e non solo di quelli del privato for profit, in considerazione del rischio sempre presente di comportamenti opportunistici.

La logica della rete, invece, spinge a promuovere come meccanismi di regolazione i legami fiduciari tra gli attori e tende a valorizzare risorse diverse da quelle economiche e autoritative, cioè il capitale sociale, le relazioni e lo scambio di beni relazionali, diversi per definizione da quelli economici o di potere (DONATI 2005; ROSSI, BOCCACCIN 2007).

È, infine, necessario precisare che la ricerca e l'esperienza hanno mostrato come rete, gerarchia e mercato non siano modelli necessariamente alternativi (BERTIN, FAZZI 2010, p. 20), quanto piuttosto logiche capaci di convivere le une alle altre. Per ragioni storiche e culturali, ma anche di sostenibilità dei sistemi, nessuno di questi modelli si presenta in forma pura ma, in quanto processi di regolazione, coesistono normalmente all'interno delle organizzazioni complesse. Tenere conto di essi e comprendere quali logiche prevalgono è, dunque, lo sforzo concettuale richiesto dall'assunzione del punto di vista della governance.

2. Le dimensioni della governance

Il lavoro di analisi sulla governance si è centrato su quattro macro-dimensioni: la concettualizzazione della governance; i decisori chiave; le relazioni tra gli attori e i processi di governance.

2.1. Il concetto di governance

La prima dimensione di analisi riguarda il modello concettuale della governance, cioè la forma che essa assume nella normativa e nelle parole degli attori. Non si tratta di un aspetto secondario ma strategico, in quanto indica l'orientamento culturale prevalente rispetto a cui confrontare le prassi.

Il luogo privilegiato per analizzare questa dimensione dal punto di vista normativo è rappresentato dalle leggi quadro regionali relative ai servizi sociali o socio-sanitari integrati, con particolare riferimento agli articoli che presentano principi e finalità del sistema. Non mancano però analisi relative agli articoli in cui vengono definiti i soggetti sociali - sia in quanto attori del processo di governo delle politiche, sia in quanto destinatari degli interventi - e le forme di governo del sistema. Un'altra fonte documentale è rappresentata dalle parti introduttive dei Piani Regionali di Programmazione. Naturalmente nella normativa non è sempre presente in maniera esplicita una definizione di governance, è però possibile risalire all'area concettuale prevalente per come è espressa nei documenti analizzati basandosi sull'analisi semantica.

Per quanto riguarda gli osservatori privilegiati è stato relativamente

più semplice in quanto la rappresentazione del concetto di governance emerge dalle parole stesse degli interlocutori.

L'obiettivo è quello di capire a quali paradigmi si riferisca il linguaggio prevalente, tanto nella normativa quanto nella dialettica e nella pratica. A titolo d'esempio, si possono citare alcune aree semantiche omogenee:

- quella della rete, che fa riferimento alla condivisione, al coinvolgimento, all'integrazione tra le politiche; in cui gli attori sociali sono presentati come stakeholder, portatori di interesse; in cui, infine, si parla di cittadini;
- quella della gerarchia, in cui prevalgono le forme della pianificazione e della programmazione in capo al settore pubblico; in questa accezione, legata all'immagine tradizionale dei servizi, in genere i cittadini sono intesi come utenti;
- quella del mercato, in cui prevalgono le forme della concorrenza, della legge della domanda e dell'offerta; in essa normalmente i cittadini vengono intesi come clienti (ad esempio nel senso di analizzarne la soddisfazione, secondo il modello della «customer satisfaction») e lo scopo del sistema è quello di garantire la libera scelta dei servizi.

La tabella 1 presenta il risultato dell'analisi del concetto di governance nelle regioni oggetto di studio, discussa analiticamente nei paragrafi successivi.

La normativa analizzata presenta un quadro fortemente omogeneo. La totalità delle leggi analizzate (emanate dal 2000 al 2010) utilizza il linguaggio della condivisione e del coinvolgimento degli attori. Un'altra parola chiave è rappresentata da «partecipazione», solitamente in associazione alle forme di programmazione. In questo panorama fanno eccezione tre casi: il primo è quello del Veneto che, avendo un quadro normativo datato, solo nella normativa più recente fa riferimento ai concetti di programmazione partecipata e concertazione delle politiche. Ci sono poi i casi delle normative di Campania e Friuli Venezia Giulia nelle quali, in diversi passaggi, emergono elementi di governance che fanno riferimento alla cultura della programmazione nel senso dell'area semantica della gerarchia.

Tab. 1. Il concetto di governance nella normativa e nelle prassi: tavola sintetica

REGIONI	ANALISI NORMATIVA	ANALISI FENOMENICA
Basilicata	Coinvolgimento, condivisione, integrazione, cittadini	Coinvolgimento, condivisione
Campania	Coinvolgimento, condivisione; programmazione	Programmazione
Emilia Romagna	Partecipazione e comunità	Condivisione (centro-periferia)
Friuli Venezia Giulia	Partecipazione, condivisione, coinvolgimento / Programmazione	Partecipazione, condivisione, coinvolgimento / Programmazione
Liguria	Programmazione partecipata; co-progettazione	Coinvolgimento (prevalenza del pubblico)
Marche	Integrazione, partecipazione, coinvolgimento, rete	Integrazione, partecipazione, coinvolgimento, rete (prevalenza del territorio)
Molise	Condivisione, cittadini.	Condivisione, integrazione.
Puglia	Programmazione partecipata, concertazione, coordinamento, integrazione	Programmazione partecipata, concertazione, coordinamento, integrazione
Sardegna	Coinvolgimento, concertazione, integrazione, cittadini	Coinvolgimento, rete
Toscana	Coinvolgimento, condivisione, integrazione.	Coinvolgimento, condivisione, integrazione.
Umbria	Coinvolgimento, condivisione (co-progettazione), cittadinanza	Coinvolgimento, condivisione
Veneto	Concertazione, programmazione partecipata (normativa recente)	Confronto, programmazione partecipata

Anche l'analisi comparata della dimensione fenomenica presenta un quadro omogeneo rispetto al tema della concettualizzazione della governance. Sia i responsabili regionali sia gli attori delle politiche sul territorio fanno riferimento esplicitamente a un modello di relazioni reticolare. Tra i diversi attori delle politiche sociali e socio-sanitarie integrate, infatti, prevale il linguaggio della condivisione, della partecipazione, del coinvolgimento di tutti i livelli di responsabilità.

Sembra di poter dire dunque che esiste una cultura comune e condivisa tra i protagonisti delle politiche oggetto di analisi, sia a livello regionale sia locale.

2.2. I decisori chiave nei processi di governance

A partire da tale quadro concettuale, la seconda domanda riguarda quali sono gli attori che partecipano al sistema di welfare locale e in quale modo essi intervengano nel determinare le scelte strategiche. La risposta a tale interrogativo è molto complessa, poiché gli attori che intervengono nei sistemi regionali sono molteplici e ciascuno di essi ha proprie strategie di intervento, è portatore di specifici valori ed ha un peso diverso nel sistema territoriale, locale e regionale.

Per cercare di semplificare l'interpretazione, l'analisi degli attori ha tenuto conto di due dimensioni prevalenti: il ruolo degli attori centrali (livello regionale) rispetto a quelli del territorio (livello locale) e il ruolo degli attori pubblici rispetto a quelli privati.

Oggetto di osservazione particolare è stato il ruolo giocato dal livello regionale in relazione con gli attori del territorio: lo spostamento di competenze dallo stato alle regioni ha riportato entro i confini regionali la definizione degli equilibri di potere tra regione e territorio; il modo attraverso il quale la regione interagisce con i territori, gli spazi di autonomia che ad essi sono riconosciuti (o che gli stessi pretendono), il livello di condivisione tra i livelli nella formulazione delle scelte, sono solo alcuni degli esempi che permettono di comprendere quanto il soggetto regione sia determinante nell'orientare le scelte piuttosto che quanto i territori godano di spazi autonomi di autodeterminazione o siano in grado di orientare le politiche e gli atti istituzionali regionali. Quest'analisi può essere raffinata rendendo più analitica la lettura, sia sul fronte regionale, con particolare riguardo al rapporto tra il livello decisionale politico e quello della struttura tecnica, sia sul fronte territoriale, evidenziando quali siano gli attori istituzionali che hanno un maggiore peso (province? comuni? aziende sanitarie locali? distretti?) e che tipi di relazioni si stabiliscano tra loro. La configurazione degli attori territoriali è infatti un aspetto particolarmente interessante e storicamente differenziato nelle regioni italiane e proprio per questo si è cercato di compiere questa analisi evitando di scendere nel particolarismo locale e cercando invece di comprendere come si sviluppi il rapporto «centro-periferia».¹

La seconda dimensione analizzata si focalizza sul ruolo dei soggetti privati e su come essi intervengano nei processi decisionali, sia a livello regionale che a livello territoriale. Anche in questo caso vanno fatte alcune precisazioni sulle scelte compiute: ci si è riferiti quasi sempre al

1. Nelle monografie costruite per ciascuna regione è possibile ravvisare il ruolo dei diversi attori del territorio e comprendere, nel confronto tra regioni, quanto esso sia diversamente interpretato.

«privato organizzato», intendendo con ciò sia il fronte degli enti gestori dei servizi, sia quello della domanda organizzata, attraverso le diverse forme di associazionismo e rappresentanza. Raramente si sono riscontrati riferimenti al singolo cittadino, quale attore al quale è attribuito un peso significativo nella scelta. Questa considerazione è doverosa poiché il rapporto tra gli attori privati e il soggetto pubblico può cambiare molto a seconda dell'area di intervento cui ci si riferisce (si pensi ad esempio al ruolo dei soggetti privati nel settore dei servizi per anziani o in quello dei servizi per i minori a rischio). Inoltre, poiché a livello territoriale l'oggetto cui principalmente si è fatto riferimento è la programmazione sociale di zona, la partecipazione ai tavoli di zona è stata il focus principale di osservazione: nella maggioranza dei casi essa comprende quasi esclusivamente il privato no profit; in alcuni casi si estende anche al privato for profit, sebbene ciò avvenga solo marginalmente (per alcuni specifici target di intervento e per alcune realtà territoriali). Infine, poiché il rapporto tra soggetto pubblico e privato si gioca prevalentemente a livello locale, una certa variabilità è presente anche all'interno degli stessi confini regionali, tra territori diversi. Allo scopo di permettere una comparazione tra regioni, ci si è concentrati sull'analisi macro del rapporto tra pubblico e privato cercando di individuare se vi siano tendenze principali a prescindere da specificità locali o settoriali.

Ciò premesso, dall'analisi comparata tra regioni emerge che gli attori chiave nei processi di governance possono essere:

- il pubblico a livello regionale (pubblico regione);
- il pubblico, in una logica multilivello (pubblico multilivello);
- il pubblico in una logica multilivello insieme ai soggetti privati (pubblico multilivello e privato);
- il pubblico in una logica multilivello insieme ai soggetti privati, con un forte peso degli attori territoriali (pubblico livello territoriale e privato).

Tab. 2. Gli attori chiave della governance

ATTORE CHIAVE	ANALISI NORMATIVA	ANALISI FENOMENICA
Pubblico multilivello e privato	Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria	Emilia Romagna, Sardegna, Toscana
Pubblico multilivello	Liguria, Molise	Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Puglia, Umbria, Veneto
Pubblico regione	Veneto	
Pubblico livello territoriale e privato	Campania, Marche	Marche

In quasi tutte le regioni il quadro normativo delinea una dialettica importante tra il livello pubblico regionale e quello territoriale: le competenze nella definizione delle scelte strategiche del sistema di welfare sono in genere orientate al coinvolgimento dei diversi attori pubblici in una logica multi-livello. Vi sono tuttavia molte differenze tra regioni sulla distribuzione effettiva delle competenze tra i diversi attori, con particolare riguardo alla configurazione del territorio e alla presenza/assenza di livelli di governance intermedi tra la regione e i comuni. Alcune regioni (in particolare Campania e Marche) si spingono ad attribuire agli attori del territorio un ruolo predominante rispetto a quello regionale nella definizione delle scelte programmatiche che impattano sul sistema locale di welfare; nelle Marche il livello territoriale locale è il cuore della programmazione, mentre alla regione spetta la regia del sistema, con funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento degli indirizzi strategici (d.g.r. 1276/2009; Piano sociale Regione Marche, p. 29). Altre regioni nei propri atti normativi riconoscono centralità e autonomia al territorio, per esempio l'Umbria riconosce esplicitamente l'autonomia dei territori nel piano sociale regionale, nel quale si legge che la regione pone al centro «il sistema delle Autonomie locali, [...] riconoscendo una centralità e un ruolo al territorio come sistema di relazioni, costruendo una programmazione dal basso con proprie regole e strumenti» (Piano sociale regionale Regione Umbria, p. 24).

In sintesi, e in coerenza con quanto chiarito nel paragrafo precedente, in nove regioni su dodici nel quadro normativo il ruolo degli attori è orientato a una logica di rete, nel quale, a fianco del soggetto pubblico è prevista la presenza diffusa del privato quale attore che partecipa attivamente e interviene nei processi decisionali. Tale relazione tra pubblico e privato si gioca sia a livello regionale, attraverso la previsione nella normativa di luoghi formali di dialogo e confronto tra i diversi soggetti, sia a livello locale, con l'inclusione nei tavoli di zona del soggetto privato quale attore titolato ad intervenire nel processo di programmazione.

Soltanto tre regioni mantengono un impianto normativo nel quale il ruolo del soggetto privato è meno evidente e risulta più forte il ruolo protagonista del pubblico, quale attore chiave dei processi di governance. In particolare, ciò avviene per il Veneto, nel quale il ruolo di centralità attribuito al livello regionale a discapito di quello territoriale è in parte attribuibile all'assenza di un quadro normativo di riferimento recente che disciplini i ruoli dei diversi attori nel sistema di welfare (ad eccezione delle recenti «Linee guida per i PDZ»). Un discorso simile può essere fatto per la normativa sulle politiche sociali del Molise, che risale agli anni novanta: questa regione infatti è stata una di quelle che ha legiferato con una normativa specifica prima dell'approvazione della stessa

legge quadro nazionale, la l.r. n. 328/2000. Infine, la Liguria presenta una normativa che enfatizza il ruolo di regia dell'attore pubblico e la sua responsabilità rispetto a tutti gli altri attori del sistema; in questo modo il ruolo del privato sembra divenire per certi versi secondario.

L'analisi fenomenica ha permesso di avvicinare maggiormente i ruoli agiti dagli attori pubblici e privati nelle diverse regioni. Se, sul piano normativo, molte regioni hanno prefigurato nuovi ruoli ai diversi attori della governance, sul piano fenomenico tali processi di cambiamento stentano a decollare. L'analisi mette in luce, infatti, che soltanto in quattro regioni (Emilia Romagna, Marche, Sardegna, Toscana), rispetto alle nove evidenziate nell'analisi normativa, il ruolo del privato sembra avvicinarsi a quanto previsto dalla normativa, con la presenza dei diversi attori che intervengono, a livello regionale e locale, nei processi decisionali. Va detto tuttavia che, anche in questi contesti, la voce degli attori del territorio non è compatta nel riconoscere tale rappresentazione. La Sardegna, al momento dell'analisi si trovava in una fase di cambiamento che vede un nuovo protagonismo regionale nel ridisegnare funzioni e ruoli degli attori, con conseguente *impasse* a livello locale; la Regione Marche invece, attribuendo un forte peso al territorio nei processi decisionali, si deve confrontare con la richiesta da parte del territorio di maggiore presenza della regione nel definire gli assetti e gli orientamenti.

La presenza del soggetto privato nei processi decisionali è vissuta in modo ambivalente; sebbene la presenza ai tavoli della programmazione sia contemplata, spesso i soggetti privati lamentano di non avere tempi congrui per poter partecipare o di trovarsi a dover ratificare proposte già elaborate, sentendo svuotato di senso il proprio contributo. Il coinvolgimento del privato, soprattutto a livello locale, sembra essere legato alla sensibilità degli amministratori e dei dirigenti pubblici del territorio. Ciò produce di fatto l'esigenza di analizzare i processi di inclusione del privato a livello territoriale e giustifica in parte le voci discordanti raccolte durante i focus group, nei quali i diversi attori pubblici e privati di una stessa regione hanno portato esperienze diverse sul rapporto tra pubblico e privato su base locale.

Rispetto al rapporto centro-periferia, si può affermare che in tutte le regioni si osservano esperienze di condivisione del ruolo di governance del sistema di welfare tra attore regionale e attori pubblici del territorio, sebbene le differenziazioni locali siano rilevanti. Le esperienze sono molteplici: a fianco (e, in alcuni casi, al posto) dei processi formali nei quali i livelli della governance sperimentano la condivisione delle scelte, sono emerse le occasioni più informali (gruppi di lavoro su temi specifici) quali azioni che supportano lo scambio tra regione e territorio. Questa modalità di rapporto tra livelli diversi presenta alcune ambivalenze:

è spesso dichiarata funzionale da entrambi i livelli di governance, sia perché è compatibile con i tempi decisionali, sia perché permette di costruire una relazione basata sui contenuti e sul reciproco interesse a ricercare soluzioni; tuttavia tale modalità è talvolta criticata in quanto poco trasparente, con riferimento alla selezione dei soggetti territoriali convocati ai tavoli regionali o non in grado di dare adeguato peso al punto di vista del territorio (è vissuto come un momento puramente consulenziale).

Sul fronte degli attori territoriali, ogni regione ha una propria caratterizzazione, in quanto è possibile riscontrare come il ruolo di province, comuni, ASL e distretti sia differente e come la presenza di aziende speciali, diversamente costituite, rappresenti un ulteriore livello di governance imprescindibile per leggere i cambiamenti. Per fare alcuni esempi, Emilia Romagna e Sardegna hanno attribuito una significativa rilevanza alle province: la Toscana ha, invece, fatto la scelta di spingere verso la costituzione delle Società della Salute; mentre Liguria e Veneto identificano nell'articolazione dei distretti socio-sanitari, peraltro diversamente connotati, il luogo verso il quale promuovere l'integrazione istituzionale dei comuni per la gestione associata delle funzioni e la realizzazione di un livello di governance intermedio. Questi rappresentano solo alcuni esempi che mettono in luce la differenziazione territoriale sulla quale poggiano i diversi sistemi di governance delle regioni; altre regioni stanno percorrendo strade diverse, più o meno strutturate, quali la costituzione del servizio sociale territoriale come luogo organizzativo di integrazione tra i comuni (Friuli Venezia Giulia); il rafforzamento dell'ambito o della zona sociale (Marche, Molise, Umbria); l'incentivazione alla costituzione di forme associative dei comuni.

2.3. Le relazioni tra gli attori

Una volta individuati gli attori chiave, l'analisi si è concentrata sulle relazioni tra di essi. Per questo, si è scelto di osservare tre elementi. Innanzitutto, l'autonomia del territorio nella definizione degli obiettivi della programmazione, con particolare riguardo alla programmazione locale di zona: l'autonomia è messa in rapporto con le indicazioni regionali poiché, anche nel caso in cui gli obiettivi regionali siano concordati tra regione e territori, la presenza di indicazioni prescrittive (vincolanti) e tangibili (standard operativi) limita di fatto l'autonomia locale nella scelta, più di quanto non faccia la definizione su base regionale di obiettivi di tipo proscrittivo (indicazioni auspicabili) e di indirizzo (con un livello di astrazione maggiore).

Il secondo elemento di osservazione è rappresentato dalle modalità di trasferimento delle risorse economiche: questo aspetto è uno dei segnali di quanto il governo delle decisioni sia gestito a livello regionale e dei margini di autonomia di cui il territorio può godere; l'assunto di base è che tanto più i fondi trasferiti al territorio sono frammentati per provenienza e/o destinazione e vincolati rispetto alle finalità di impiego, tanto minore è il margine del territorio nella gestione delle risorse.

Infine, il terzo elemento riguarda il rapporto tra il soggetto pubblico e quello privato. Su questo fronte ci si è limitati a osservare quanto sia allargato il processo di inclusione dei privati nei luoghi di concertazione delle decisioni, osservando sul piano normativo e fenomenico se tale inclusione sia di tipo selettivo (finalizzata a selezionare a priori i privati da includere in alcuni specifici contesti), o allargato (finalizzata a convogliare nei luoghi della concertazione tutti gli attori privati interessati, a livello regionale e territoriale).

Autonomia del territorio nella definizione degli obiettivi

La tabella 3 sintetizza le modalità di definizione degli obiettivi che la regione indica ai territori, sia nella produzione normativa, sia nei processi concreti di governo del sistema.

La doverosa premessa alla presente analisi è l'impossibilità di rappresentare una sintesi di comparazione regionale che tenga conto delle molteplici specificità: quasi mai infatti si riscontra una coerenza completa, sia sul piano normativo che su quello fenomenico, nell'impostazione delle indicazioni regionali; ciò significa che per esempio, nella stessa regione, alcune normative contengono obiettivi puntuali e operativi e altre contengono invece indicazioni generiche. Nella sintesi si è tentato di evidenziare la tendenza principale nei processi di regolazione regionale, avendo come focus prevalente le indicazioni fornite ai territori nei piani socio(-sanitari) e nei documenti per la programmazione sociale di zona.

Tab. 3. Le tipologie di obiettivi della programmazione

OBIETTIVI	ANALISI NORMATIVA	ANALISI FENOMENICA
Proscrittivi e di indirizzo	Friuli Venezia Giulia, Marche, Molise, Toscana, Umbria	Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Sardegna, Toscana, Umbria
Proscrittivi e tangibili	Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Sardegna	Basilicata, Emilia Romagna, Molise
Prescrittivi e tangibili	Liguria, Puglia, Veneto	Puglia, Veneto (alcuni anche proscrittivi)

Sul piano normativo sembra prevalere la tendenza a proporre obiettivi di tipo proscrittivo, finalizzati a dare indicazioni rispetto a ciò che si vuole raggiungere senza necessariamente adottare una logica impositiva. Otto regioni su dodici si pongono in questo modo rispetto ai territori e cinque di esse tendono a fornire ai territori obiettivi di indirizzo generale piuttosto che indicazioni operative. Il perseguimento di uno stesso obiettivo può essere sostenuto con diverse modalità, per esempio indicando ai territori la priorità di aumentare la «diffusione di punti unici di accesso ai servizi socio sanitari» (Regione Friuli Venezia Giulia, d.g.r. 3236/2004 all. A *Linee guida per la predisposizione del Programma delle attività territoriali*, § 9.1, p. 33) oppure definendo che debbano essere previsti: uno sportello di segretariato sociale ogni 20.000 abitanti o una porta unica di accesso per ambito territoriale (Regione Puglia, Piano regionale delle politiche sociali 2009-2011). Pur fornendo indicazioni che muovono nella stessa direzione, nel primo caso la regione si limita a individuare una priorità di cui i territori dovranno tener conto nella propria programmazione locale, nel secondo caso invece è la regione a definire le soglie di risposta da prevedere, riducendo l'autonomia del territorio.

Va ribadito qui ciò che si è dichiarato in premessa, che spesso le normative prese in esame, pur appartenendo a periodi storici vicini, si propongono in modo diversificato ai territori, alternando indicazioni di tipo proscrittivo a indicazioni operative e di tipo prescrittivo.

Dal punto di vista fenomenico si può osservare come, anche nelle regioni che hanno una normativa basata su logiche prescrittive, di fatto le indicazioni regionali verso i territori siano in genere interpretate con logiche di indirizzo. Si afferma anche in questo contesto la compresenza di un livello formale e di uno sostanziale, nel quale le regole vengono di volta in volta negoziate tra gli attori rendendo i processi reali differenti dai dettami normativi e principalmente basati sulla capacità negoziale dei soggetti. In molti casi viene messo in evidenza il ruolo di supporto ed accompagnamento che la regione svolge nei confronti dei territori, anche quando la programmazione locale non si allinea con quella regionale: per esempio, in Campania un dirigente regionale spiega come la normativa preveda che: «a chi non si attiene alle indicazioni del piano sociale regionale non viene riconosciuta la validità del piano sociale di zona e quindi non vengono attribuite risorse; tuttavia ciò non avviene nella realtà in quanto determinerebbe una sospensione dei servizi; ciò che invece accade nel concreto è l'attivazione di forme di accompagnamento tecnico per la modifica della programmazione».

Sembrirebbe quindi che i territori abbiano margini di autonomia nella definizione degli obiettivi di intervento nelle politiche sociali, sebbene in modo diverso in base al livello di definizione degli stessi e di inter-

pretazione del vincolo regionale. Ciò avviene almeno per quanto attiene agli obiettivi indicati nei documenti di programmazione territoriale e va tenuto conto che tale teorico margine di autonomia deve poi confrontarsi con altri livelli di autonomia (come la gestione delle risorse economiche).

Autonomia del territorio nei trasferimenti economici

Le modalità di gestione delle risorse economiche rappresentano una delle dimensioni più rilevanti per interpretare le relazioni tra gli attori: chi decide in merito alla destinazione delle risorse, è la domanda alla quale si è tentato di dare una risposta in questo contesto.

In sintesi, si può dire che per quanto riguarda i processi di trasferimento delle risorse economiche dal livello regionale al livello territoriale ci si trova ancora in una fase di transizione e non mancano esperienze più consolidate (la delega delle funzioni all'ASL) o innovative (il rafforzamento degli Ambiti sociali o la costituzione delle aziende speciali) orientate prevalentemente a spingere il territorio (in particolar modo i comuni) ad aggregarsi nella gestione delle funzioni sociali. Alcune di queste esperienze (Campania, Marche, Puglia, Toscana ecc.), sebbene stiano attraversando momenti di difficoltà nell'implementazione, sono interessanti da analizzare sotto il profilo delle prassi e possono rappresentare un'utile lettura anche per quelle regioni che stanno pensando di modificare i processi di trasferimento. La tabella 4 presenta una sintesi di quanto emerge dall'analisi.

Tab. 4. Le modalità di trasferimento dei fondi regionali verso i territori

TRASFERIMENTI ECONOMICI	ANALISI NORMATIVA	ANALISI FENOMENICA
Trasferimenti con pochi vincoli e unitari	Basilicata, Campania, Molise, Toscana,	
Trasferimenti con pochi vincoli ma frammentati	Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Sardegna, Umbria,	Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Umbria
Trasferimenti vincolati e frammentati	Marche, Puglia, Veneto	Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Veneto

Una prima osservazione riguarda il fatto che in tutte le regioni almeno una parte (in genere piuttosto consistente) delle risorse economiche trasferite dalla regione al territorio è soggetta a vincoli di destinazione. Ciò significa che in nessuna delle regioni analizzate possiamo parlare di completa autonomia territoriale nella gestione delle risorse economiche

trasferite e che le regioni mantengono un ruolo di indirizzo sulla destinazione dei fondi e quindi sul finanziamento di almeno parte del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari.

Più in dettaglio però, il confronto sul piano normativo mette in luce un alto livello di eterogeneità. In relazione ai vincoli, si può osservare in tabella 3 come nove delle dodici regioni analizzate prevedano in normativa un trasferimento dei fondi ai territori poco vincolato (orientativamente con vincoli posti su meno del 40% dei fondi trasferiti); tuttavia, di queste nove, soltanto quattro (Basilicata, Campania, Molise e Toscana) prevedono un trasferimento unitario dei fondi, mentre in tutti gli altri casi il trasferimento avviene in modo frammentato (per tipologia di fondo o, più spesso, per settore o target di intervento). Bisogna precisare che anche il frazionamento rappresenta un vincolo perché in genere ogni trasferimento ha una destinazione specifica (si pensi, per esempio, al Fondo per la non autosufficienza). Marche e Veneto trasferiscono ai territori i fondi in modo prevalentemente vincolato e frammentato per settore d'intervento, sebbene la Regione Marche abbia recentemente avviato un percorso di rafforzamento degli ambiti sociali territoriali prevedendo un progressivo spostamento delle risorse trasferite verso i comuni in favore degli Ambiti, mediante l'adozione di un Fondo unico di ambito sociale senza vincoli di destinazione. Altre esperienze simili sono presenti in altre regioni, come Friuli Venezia Giulia e Puglia, sebbene in quest'ultima le risorse trasferite siano collegate a obiettivi specifici che ciascun territorio deve raggiungere. Andrebbe inoltre fatta una distinzione tra regioni sul livello di frammentazione dei fondi trasferiti: se in alcuni casi la frammentazione dei fondi corrisponde per esempio a due riparti (Fondo per la non autosufficienza e Fondo per le politiche sociali), in altri casi tale frammentazione è più accentuata e la normativa può prevedere molti riparti frazionati per area di intervento o anche per specifica tipologia di intervento (per esempio il finanziamento per l'assistenza domiciliare). Il grado di frammentazione, in rapporto con i vincoli associati al riparto, non è indifferente nel determinare il livello di autonomia lasciato al territorio.

Un aspetto molto interessante, rilevabile dalla normativa, riguarda il soggetto destinatario dei trasferimenti: si assiste anche in questo caso a una notevole differenziazione, che va dal trasferimento ai comuni, singoli e/o associati, alle province, agli ambiti, alle ASL, alle aziende speciali, fino a un mix di trasferimenti per ciascun soggetto del territorio. È interessante notare come la stessa normativa preveda la possibilità di trasferire i fondi a diversi enti, spesso in base all'esistenza o meno di una forma associata a livello locale. Proprio questo sembra essere il nodo principale della differenziazione: la titolarità del comune quale

ente di governo delle risorse sociali del territorio e la sua disponibilità, nonostante gli incentivi e le forme di vincolo poste nelle leggi regionali, a gestire in modo associato le funzioni sociali e quindi il relativo budget.

Se si assiste a una notevole differenziazione sul piano normativo, dal punto di vista fenomenico va osservato come la frammentazione dei fondi trasferiti dalla regione ai territori rappresenti l'elemento che accomuna tutte le regioni analizzate. In alcuni casi la frammentazione è minima (per esempio si trasferisce un Fondo unico per le politiche sociali e il Fondo per la non autosufficienza, oppure si trasferisce una prima quota complessiva e poi successivamente quote premiali), mentre in altre regioni è molto accentuata la suddivisione dei trasferimenti in quote molto numerose, legate alle aree di intervento o in alcuni casi al finanziamento di specifici servizi/progetti. Spesso la frammentazione dei fondi porta con sé anche la diluizione dei tempi di distribuzione delle risorse economiche, producendo la difficoltà a programmare la gestione delle risorse in tempi non coordinati e portando, in alcuni casi, a una sostanziale impossibilità, per il territorio, di programmare in modo unitario il sistema locale dei servizi socio-sanitari. Va pertanto sottolineato che il tentativo in corso in molte regioni di diminuire i vincoli di destinazione dei fondi si scontra con la loro eccessiva frammentazione. Dove ciò avviene, anche il PDZ, quale espressione del processo di programmazione locale, diventa uno strumento meno incisivo, poiché il territorio non è in grado di collegare a esso gli importi dei trasferimenti che dovrà ricevere ma di cui ancora non conosce l'entità.

Rispetto al vincolo posto sulla destinazione delle risorse trasferite, sette regioni lasciano al territorio la possibilità di definire con discreti margini di autonomia come impiegare tali fondi (circa il 60% dei fondi può essere allocato dal territorio o il territorio ha la possibilità di derogare dalle indicazioni regionali dandone motivazione, come accade per esempio in Liguria). In alcuni casi i vincoli di destinazione sono posti per target di intervento (politiche per la famiglia, giovanili, per la non autosufficienza ecc.), in altri casi invece i vincoli sono posti sul raggiungimento di standard riferibili a specifiche parti del sistema di offerta (centri diurni, servizi residenziali, numero di posti ecc.), vincolando fortemente la programmazione locale.

Alcune regioni inoltre, in virtù della necessità di sostenere gli investimenti comunali nelle politiche sociali, hanno definito una soglia minima di cofinanziamento comunale al fondo regionale delle politiche sociali, che deve essere finalizzata prioritariamente al raggiungimento degli obiettivi definiti su scala regionale. Ciò accade per esempio in Puglia, dove i comuni sono chiamati a cofinanziare il Fondo per le politiche sociali per una quota pari ad almeno il 30% di quanto trasferito dalla Regione.

Relativamente ai soggetti destinatari dei fondi, mentre i vincoli e le forme di trasferimento (unitario o frammentato) delle risorse regionali ai territori sono uguali per tutto il territorio regionale, proprio in virtù delle scelte locali, i soggetti destinatari dei fondi sono diversi anche all'interno degli stessi confini regionali (in un territorio è il comune capofila, in un altro sono i singoli comuni, in un altro ancora l'azienda speciale o l'ASL delegata ecc.). Questo aspetto produce una difficoltà al livello di governo regionale, e infatti emerge l'esigenza di trovare un adeguato bilanciamento al livello di autonomia lasciato al territorio rispetto all'esigenza di garantire servizi uniformi (o almeno simili) alla popolazione della regione. Per raggiungere tale obiettivo, alcune regioni hanno adottato strategie specifiche: la ricerca di meccanismi di coordinamento tra i livelli di governance regionale e locali sembra essere una delle strategie maggiormente adottate per cercare di raggiungere tale obiettivo, soprattutto nelle regioni che lasciano al territorio maggiore autonomia nella gestione delle risorse economiche; anche la riserva di una quota di fondi destinata a riequilibrare situazioni di maggiore fragilità o con risorse insufficienti è un'altra modalità con la quale la regione tenta di usare il riparto delle risorse in una logica di dialogo con il territorio: «stiamo cercando di intervenire riservandoci di destinare una quota intorno al 7-10% del Fondo complessivo per interventi mirati verso quelle zone dove si sa che quei criteri hanno determinato l'erogazione di risorse insufficienti, oppure dove c'è bisogno comunque di interventi su un determinato obiettivo» (dirigente regionale, Toscana). Non mancano anche alcune difficoltà sperimentate in alcune regioni che, tentando di sostenere la gestione associata, hanno iniziato a unificare il trasferimento dei fondi verso un unico soggetto su base locale (per esempio l'ambito in Regione Marche o il Servizio sociale in Regione Friuli): non tutto il territorio ha reagito allo stesso modo e in alcuni casi si è assistito a una redistribuzione dei fondi ai comuni, per la loro richiesta di gestire direttamente la propria quota di risorse regionali.

Forme di concertazione nel rapporto tra pubblico e privato

Le relazioni tra attori pubblici e privati sono state analizzate con riferimento alle forme di concertazione previste, sia sul piano normativo sia sul piano fenomenico. La concertazione è qui intesa in senso allargato: dalla ricerca di coinvolgimento e condivisione, alla partecipazione ai processi decisionali. La distinzione tra questi livelli è complessa e si è cercato di comprendere se il processo di concertazione sia pensato (livello normativo) e praticato (livello fenomenico) in modo *selettivo*, solo nei confronti di alcuni interlocutori in specifici contesti, o come modalità

inclusiva e allargata, con l'intento di coinvolgere nei luoghi di confronto gli attori privati interessati alla realizzazione del sistema socio-sanitario.

Tab. 5. Il rapporto tra attore pubblico e privato

FORMA DEL RAPPORTO	ANALISI NORMATIVA	ANALISI FENOMENICA
Concertazione selettiva	Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Molise, Veneto	Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Marche, Molise, Puglia, Umbria, Veneto
Concertazione allargata	Campania, Emilia Romagna, Liguria, Marche, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria	Campania, Emilia Romagna, Liguria, Sardegna, Toscana

Tutte le normative esaminate prevedono modalità di concertazione formalizzate a livello regionale tra soggetti pubblici e privati, includendo tra questi ultimi le rappresentanze del terzo settore (cooperazione sociale e volontariato in primis), dei sindacati e delle associazioni di tutela e rappresentanza degli utenti, in alcuni casi anche delle rappresentanze di soggetti gestori privati. Ogni regione definisce contesti specifici (commissioni, consulte ecc.) per la realizzazione di tali momenti e individua, in genere molto puntualmente, se la partecipazione prevede un parere vincolante o meno.

Diversa è la situazione normativa per il livello territoriale poiché di solito i processi di coinvolgimento dei soggetti privati nella programmazione locale sono demandati agli attori del territorio, come esplicita, per esempio, la normativa dell'Emilia Romagna, che prevede: «il sostegno alla partecipazione delle formazioni del terzo settore nelle articolazioni locali fin dalla fase di elaborazione degli atti di indirizzo e dei PDZ distrettuali per la salute e il benessere sociale», lasciando, «alle conferenze territoriali socio-sanitarie ed ai comitati di distretto il compito di disciplinare, nell'ambito dei propri regolamenti, le modalità di confronto e partecipazione dei soggetti del terzo settore» (l.r. n. 2/2003, art. 20). Anche le «Linee guida per i PdZ» del Veneto muovono nella stessa direzione, definendo come compito della conferenza dei sindaci dell'ambito territoriale di attivare i processi partecipativi di tutti gli attori privati che concorrono alla realizzazione del sistema di welfare locale.

Questi due casi chiariscono come sia definito il processo d'inclusione degli attori privati nella programmazione degli interventi socio-sanitari: in modo formale a livello regionale, attraverso l'inclusione delle loro rappresentanze, in particolar modo del terzo settore, nei luoghi di confronto e coordinamento; su base locale, lasciato all'iniziativa del territorio, in particolar modo ai comuni e delle loro forme di associazione, che sono

chiamate a definire le procedure attraverso cui favorire la partecipazione dei soggetti privati. In qualche caso queste forme sono definite in normativa nei termini di tavoli di concertazione locali.

Se ciò rappresenta la cornice generale, va detto che la spinta all'inclusione degli attori privati è più forte nei contesti dove la partecipazione dei privati, in particolar modo del privato sociale, è riconosciuta e promossa a tutti i livelli e in tutti i luoghi della concertazione: per esempio, il Piano socio-sanitario dell'Emilia Romagna parla esplicitamente di: diffusione della responsabilità sociale, intesa come partecipazione delle formazioni sociali, a fianco delle stesse istituzioni, all'esercizio della funzione sociale nei diversi momenti della programmazione, progettazione ed erogazione dei servizi del sistema locale, in un quadro chiaro e condiviso di regole, definite e controllate dall'ente pubblico.

Anche il quadro normativo delle Marche è permeato dal richiamo all'inclusione degli attori privati e giunge ad articolare la partecipazione in base alle diverse finalità che persegue (Linee guida ai Piani di Ambito 2005-2007, p. 23 e Piano sociale regionale, p. 43):

- consultazione: finalizzata a sviluppare nel territorio l'ascolto di tutti i soggetti, istituzionali e non, per rilevare domande, individuare bisogni e risorse, sviluppare e consolidare la rete sociale;
- concertazione: finalizzata alla definizione delle scelte, condivisione di obiettivi e strategie per allargare la partecipazione, sviluppare consenso e utilizzare maggiori risorse presenti sul territorio;
- co-progettazione: finalizzata a progettare interventi o servizi;
- co-gestione: finalizzata alla gestione, in forma integrata, di uno o più servizi progettati insieme.

La co-gestione introduce il tema, rilevato come critico in molte regioni, delle procedure giuridico-amministrative per l'affidamento dei servizi al privato, ovvero della compatibilità (sul piano relazionale e su quello giuridico) tra la programmazione partecipata, l'inclusione del privato nei processi decisionali e l'affidamento dei servizi tramite gara d'appalto.

L'analisi del rapporto tra soggetti pubblici e privati sul piano fenomenico rappresenta un nodo ancora aperto, rispetto al quale è oggi possibile dare soltanto alcune prime indicazioni, per almeno due diverse ragioni: la prima riguarda il tema della differenziazione territoriale nell'applicazione della normativa regionale; la seconda, collegata, si basa sui punti di vista raccolti con le interviste ed i focus group, che spesso hanno fatto emergere percezioni diverse non solo tra attori del pubblico e del privato, ma soprattutto, tra soggetti provenienti da diversi territori della stessa regione.

Questo aspetto è probabilmente frutto di più fattori che si è cercato di approfondire nell'analisi: in primo luogo, il quadro normativo regionale

attribuisce ai territori il compito di tradurre in processi concreti e regolamentati la partecipazione dei privati alla programmazione del sistema, stabilendo un quadro di riferimento generale; gli stessi rappresentanti del terzo settore hanno sottolineato come il loro coinvolgimento in sede di attuazione e di valutazione degli interventi sia a macchia di leopardo e, in alcuni casi, solo formale.

La rappresentanza dei soggetti coinvolti resta un nodo spesso irrisolto, perché risulta difficile individuare delle procedure che equilibrino il coinvolgimento diffuso e la loro sostenibilità; dal punto di vista delle regioni: «Noi abbiamo delle situazioni in cui a delle associazioni scarsamente rappresentative [...] riconosciamo un ruolo eccessivo rispetto a quello che poi effettivamente rappresentano» (dirigente regionale, Marche); ma anche dalla voce dei territori emerge l'esistenza di rapporti consolidati solo con alcuni attori del privato, dovuti a una consuetudine che consolida lo status dei soggetti già presenti, piuttosto che aprire il dialogo a tutti gli interlocutori potenziali.

La costanza della partecipazione in rapporto a tempi spesso definiti dal pubblico è un altro aspetto dibattuto poiché, da un lato si richiama il fatto che il privato non sempre è in grado di garantire una partecipazione continua nel tempo, dall'altro i privati si sentono talvolta stretti nei tempi definiti da altri. Il senso della partecipazione è infine uno dei nodi sui quali sono emersi maggiori richiami: da una parte gli attori istituzionali (soprattutto i comuni) lamentano come la partecipazione del terzo settore ai tavoli tematici rappresenti un'occasione per avanzare rivendicazioni particolari, nell'interesse della propria organizzazione più che in quello generale dei soggetti sociali; dall'altro lato, gli attori del terzo settore esplicitano la percezione di scarsa incisività sulle scelte. Per esempio, alcuni sottolineano come il contributo alle politiche si esaurisca nella fase progettuale, mentre è trascurata la partecipazione in fase di realizzazione dei progetti e, soprattutto, di valutazione.

Tali criticità sono riscontrabili trasversalmente nelle regioni, sebbene vi siano situazioni in cui il rapporto tra soggetti pubblici e privati è maggiormente consolidato rispetto ad altre. Anche in questo caso, se il quadro normativo recente spinge verso l'allargamento dei processi partecipativi nel rapporto tra pubblico e privato, le prassi operative non sempre riescono a rispecchiare questo spirito: l'elemento culturale da un lato, che porta con sé le consuetudini di lavoro, e quello personale dall'altro, cioè le modalità con cui gli attori del territorio interpretano e traducono le normative regionali, contribuiscono a rendere diversificato tale rapporto, anche a livello sub-regionale.

2.4. I processi di governance

L'ultima parte dell'analisi riguarda i processi di governance, espressione con cui si intende comprendere, in primo luogo, quali siano i meccanismi della regolazione; se siano attivati processi di riflessione e quindi di costruzione di senso e quale natura abbiano; infine, quali siano le forme del controllo e della verifica degli obiettivi (BERTIN, FAZZI 2010).

In merito alla prima questione, si rileva l'importanza di individuare i processi attraverso cui sono influenzati gli attori, in particolar modo, se la normativa e la prassi prevedono l'uso di incentivi oppure di sanzioni. Per quanto riguarda la dimensione della costruzione del senso si deve rilevare che in un sistema regolato secondo le forme della governance a rete, risulta imprescindibile la presenza di processi che facilitino la comunicazione tra gli attori. Infatti, le dinamiche relazionali costituiscono elemento decisivo per capire se gli attori individualmente e, quindi, il sistema nel suo insieme sono in grado di attivare processi di riflessione critica. Legata direttamente a questo aspetto è anche l'ultima dimensione dei processi di governance e cioè le forme del controllo e della valutazione. Infatti, in presenza di processi riflessivi e condivisi, la verifica sull'operato degli attori è costruita con processi, almeno parzialmente, negoziati.

Processi di influenzamento degli attori

Per determinare la presenza o meno di processi di regolazione tesi a influenzare gli attori delle politiche, sono stati messi sotto osservazione soprattutto la presenza d'incentivi e sanzioni. Nella misura in cui la politica regionale vuole influenzare il comportamento degli attori, la presenza d'incentivi, di natura economica o meno, può essere intesa come segno di un meccanismo attivo di influenzamento. Nello stesso tempo, anche regole di sanzione, in caso di inadempimento alle direttive regionali, possono essere intese come meccanismi di regolazione espliciti, finalizzati a colpire comportamenti di natura opportunistica. Il quadro più articolato è da ritenersi quello in cui sono previsti sia meccanismi di sanzione che di incentivazione. Questo caso, infatti, può essere interpretato come esempio di sostegno concreto alle politiche, specie a livello locale. Possono essere però presenti anche forme di sanzione mirate a ridurre il rischio di relazioni di natura clientelare, basate sul perseguimento d'interessi particolari.

Le forme possibili d'influenza degli attori, possono quindi essere sintetizzate in quattro combinazioni possibili, in base alla presenza o meno di incentivi e alla presenza o meno di sanzioni:

- assenza di strategie di influenzamento degli attori (né incentivi, né sanzioni);
- sanzione di comportamenti opportunistici (sono presenti solo sanzioni);
- incentivazione degli attori (sono presenti solo incentivi);
- incentivazione e sanzione di comportamenti opportunistici (sono presenti sia incentivi che sanzioni).

Tab. 6. I processi di influenzamento degli attori

	ANALISI NORMATIVA	ANALISI FENOMENICA
Assenza di strategie di influenzamento degli attori	Emilia Romagna	Basilicata, Emilia Romagna
Sanzione di comportamenti opportunistici (solo sanzioni)		Friuli Venezia Giulia
Incentivazione degli attori (solo incentivi)	Basilicata, Sardegna, Umbria, Veneto	Liguria, Marche, Sardegna, Toscana, Veneto
Incentivazione e sanzione	Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Toscana	Campania, Molise, Puglia, Umbria

Il panorama offerto da questa dimensione risulta molto omogeneo al livello della normativa. Quasi tutte le regioni, con l'eccezione della sola Emilia Romagna, prevedono forme d'incentivazione degli attori: in cinque casi questi sono combinati con le sanzioni.

Le forme di incentivazione fanno in genere riferimento alla possibilità che la regione sostenga le forme associate a livello locale, comunale, per facilitare la presenza di servizi su tutto il territorio.

Tra chi utilizza queste forme d'incentivazione, si può citare il caso della Basilicata che nella l.r. n. 4/2007, Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale, prevede: «una quota di cofinanziamento minimo che ogni comune è tenuto a impegnare, a partire dal proprio bilancio: questa quota è determinata sulla base della popolazione residente. Tutti i comuni che impegnano una quota superiore a quella minima, riceveranno dalla Regione delle risorse premiali, individuate in un apposito capitolo del bilancio regionale».

Uno degli esempi di presenza forte di regolazione normativa nella forma degli incentivi (premialità), ma anche delle sanzioni, è rappresentato dalla Campania: nella l.r. n. 11/2007 vengono indicate anche le due strategie della premialità, per le progettazioni innovative e per la

capacità di spesa dell'Ambito, e del blocco dei fondi e dell'eventuale commissariamento, per gli Ambiti che nella definizione del PDZ non si attengono alle indicazioni generali regionali.

Un caso simile è quello della Toscana che incentiva l'associazione, anche se con alcune precisazioni: la Regione incentiva le forme di gestione associata attraverso una quota del Fondo sociale regionale. L'art. 45 della l.r. n. 41/2005 sancisce, infatti, che parte del Fondo venga destinato agli Enti locali per «il sostegno delle gestioni associate di cui all'articolo 34 della l.r. n. 41/2005 come incentivo cumulabile alle risorse stanziare ai sensi della l.r. n. 40/2001 e della l.r. n. 39/2004».

È interessante precisare che la stessa Regione prevede anche forme di sanzione, ma risultano marginali rispetto alla normativa nel suo complesso: riguardano, infatti, il Fondo regionale per la non autosufficienza, che può essere ripartito in altro modo nel caso in cui le zone non adempiano ai loro doveri relativamente al debito informativo (l.r. n. 66/2008). Un discorso analogo può valere per il Veneto in cui le sanzioni sono da ritenersi molto deboli.

La regione che fa eccezione in questo panorama è l'Emilia Romagna, che non prevede forme di incentivazione e sanzione nella normativa: questo non significa che la Regione non eserciti alcuna funzione di controllo, ma che basa il rapporto con i territori sui processi di concertazione e sulle azioni di accompagnamento, lasciando ampi spazi di autonomia; si tratta di comprendere se questi due meccanismi di governance, in assenza di incentivi e soprattutto di sanzioni nel caso di comportamenti opportunistici, risultino efficaci per orientare il sistema di attori nel loro complesso verso obiettivi condivisi.

In generale, nel panorama delle regioni analizzate, si può dire che siano più rilevanti le forme di incentivazione, legate alla razionalizzazione dei servizi e alla loro equa distribuzione sul territorio, rispetto alle sanzioni.

Se si osserva il piano fenomenico il panorama perde la sua omogeneità ed emergono differenze notevoli, sia tra le regioni nel loro complesso che in riferimento alla coerenza tra le dimensioni normativa e fenomenica. In particolare le forme di influenzamento degli attori sembrano passare soprattutto attraverso la logica dell'incentivazione, molto più che attraverso la sanzione. Nei tre casi in cui infine sono assenti gli incentivi, le ragioni sono differenti e fanno riferimento a scelte programmatiche (Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia) piuttosto che al ritardo del processo della programmazione (Basilicata).

Processi di costruzione di senso

Per creare processi di partecipazione capaci di coinvolgere tutti i soggetti interessati, è indispensabile partire da alcune precondizioni comuni che fanno riferimento in senso lato alla condivisione. Si tratta cioè di costruire percorsi comunicativi tali da rafforzare la fiducia reciproca tra i soggetti coinvolti.

Un elevato grado di coinvolgimento è capace di produrre una cultura condivisa e quindi un clima organizzativo utile a instaurare proficui processi di riflessione critica. La capacità riflessiva, infatti, è da ritenersi condizione indispensabile per la costruzione di un senso comune in un sistema basato sulla relazione tra tutti gli attori.

Indagare questa dimensione risulta particolarmente complesso e si è deciso quindi di analizzare se vi siano processi di coinvolgimento e a quale livello:

- i assenza di processi di condivisione;
- ii condivisione multi-attore, solo a livello regionale (se per esempio sono attivati solo tavoli regionali, oppure solo leggi e obiettivi regionali sono costruiti con processi di condivisione fra tutti gli attori);
- iii condivisione multi-attore solo a livello territoriale (se solo il livello territoriale vede la costruzione di processi di condivisione);
- iv condivisione multi-attore multi-livello (se i processi di condivisione avvengono sia a livello regionale sia a livello territoriale).

Tra i due casi estremi, del grado massimo di condivisione (iv) e di assenza di condivisione (i), si pongono livelli diversi, distinti più sull'estensione che sull'intensità della condivisione (tabella 6).

Quanto detto in premessa di analisi rispetto ai processi di costruzione di senso può far capire quali siano gli esiti dell'analisi della dimensione normativa. È, infatti, patrimonio comune di tutti gli atti normativi regionali la sensibilità verso il tema del coinvolgimento nei processi di governance di tutti gli attori e l'importanza di farlo a tutti i livelli (condivisione multi-attore e multi-livello). Si tratta di una spinta fondamentale, dovuta sia ai mutamenti normativi nazionali, già citati, sia alla sedimentazione di prassi di condivisione a livello locale.

Tab. 7. I processi di costruzione di senso

PROCESSI DI COSTRUZIONE DI SENSO	ANALISI NORMATIVA	ANALISI FENOMENICA
Condivisione multi-attore livello regionale		Basilicata, Campania, Molise, Sardegna
Condivisione multi-attore multi-livello	Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto	Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto (soprattutto a livello territoriale)

Anche in questo caso l'analisi delle prassi disegna un quadro maggiormente differenziato. In primo luogo emerge che tutti gli attori sono in qualche misura coinvolti, sia quelli pubblici e istituzionali sia quelli del privato, in particolar modo del terzo settore. Si presenta però una differente distribuzione delle regioni, in particolare:

- cinque regioni presentano prassi di coinvolgimento di tutti gli attori a tutti i livelli;
- una regione attiva processi di coinvolgimento soprattutto a livello territoriale (Veneto);
- in due casi, infine, si registrano processi multilivello e multi-attore, che sono percepiti più come formali che sostanziali (Friuli Venezia Giulia e Puglia);
- quattro regioni coinvolgono tutti gli attori ma soprattutto a livello regionale.

Le regioni in cui gli attori sono coinvolti prevalentemente o esclusivamente a livello regionale presentano un quadro di protagonismo dell'ente di livello sovraordinato che, per esempio, può convocare gli attori del territorio presso di sé, magari allargando il tavolo al terzo settore, nei momenti della programmazione regionale. Il limite è rappresentato dal fatto che poi la condivisione a livello territoriale di queste pratiche non è sempre conseguente. La ragione di questo fenomeno può essere legata a diversi fattori:

- processi di programmazione locale interrotti o precari (Sardegna, Basilicata);
- processi di ridefinizione dell'organizzazione territoriale che rendono difficile individuare i referenti locali (Molise);
- il prevalere di alcuni ambiti e dei comuni maggiori rispetto a tutti gli altri (Campania) e la presenza di un modello gerarchico di rapporto tra attori.

Processi di controllo e verifica

L'ultimo aspetto dei processi di governance su cui porre l'attenzione riguarda le forme del controllo e della verifica. In questo caso, esse sono state distinte in base alla titolarità dell'azione di controllo:

- i. controlli centrali;
- ii. verifiche basate sulla negoziazione tra attori (a priori o con verifica a posteriori);
- iii. autovalutazione;
- iv. presenza di più forme di controllo non integrate;
- v. assenza di forme di controllo.

Il controllo centrale è legato all'autorità regionale che assume interamente su di sé l'azione regolatoria (i). Le verifiche negoziate invece costituiscono un modello di controllo in cui i diversi attori, in questo caso regione e territorio, condividono un percorso di definizione delle norme e dei processi che consentono la valutazione: in genere si tratta di processi che avvengono a priori (definizione delle regole) o a posteriori (verifica sugli esiti) (ii). L'autovalutazione è qui intesa come processo di autoregolazione tra pari, in cui ciascun attore definisce i propri processi di controllo e di valutazione rispetto a obiettivi che sono almeno in parte condivisi (iii): in questo caso, si tratta di un percorso scarsamente formalizzato, in cui tutti gli attori insistono sul processo di costruzione dell'identità.

Molto diffusa è la presenza di forme di controllo non coordinate e integrate tra di loro (iv): questa condizione si verifica quando il sistema presenta momenti di controllo e verifica ispirati a principi contraddittori (da quello centrale fino all'autoregolazione), oppure forme diverse in relazione al settore preso in esame o addirittura al singolo progetto analizzato. Spesso accade, infatti, che siano previsti momenti di verifica estemporanei, connessi a singoli progetti, per esempio finanziamenti nazionali o europei, ma che questa prassi non sia allargata a tutti i momenti della programmazione. L'ultima ipotesi presa in considerazione, legata a una logica a rigore mercatista, è rappresentata dall'assenza di ogni forma di controllo (v) che presuppone la capacità regolatoria delle forze degli attori in campo (tabella 8).

Tab. 8. I processi di controllo e verifica

FORMA DEL CONTROLLO	ANALISI NORMATIVA	ANALISI FENOMENICA
Controlli centrali	Sardegna	
Verifiche negoziate	Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Puglia, Toscana, Umbria	Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Puglia, Toscana, Umbria
Più forme di controllo non integrate	Marche, Molise, Veneto	Campania, Marche, Molise, Sardegna, Veneto
Assenza di forme di controllo		Basilicata

La forma di controllo prevalente nella normativa regionale analizzata è rappresentata dalle verifiche negoziate (otto regioni su dodici). Solo la Sardegna presenta una normativa in cui giocano un ruolo determinante i controlli centrali, regionali. Altre tre (Marche, Molise, Veneto) presentano un quadro molto differenziato in cui sono presenti forme di controllo e verifica di varia natura, sia legate alla titolarità regionale sia negoziate.

Il modello di verifica negoziata, a priori e a posteriori, può essere esemplificato dalla normativa della Liguria che prevede sia il ruolo di verifica e controllo della Regione, che quello dei territori, in particolare dei comuni. Luogo eminente per la negoziazione è rappresentato dalle Assemblee regionali e territoriali (la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale e il Comitato dei sindaci del distretto socio-sanitario). Un altro esempio è dato dal PDSS (Piano distrettuale socio-sanitario), il nome assunto dalla programmazione territoriale in Liguria, nel quale i comuni e le ASL costruiscono in maniera paritaria i processi di valutazione a priori (con la costruzione di indicatori di verifica) e a posteriori.

Per quanto riguarda le verifiche negoziate in alcune regioni vi sono specifici strumenti che rappresentano il momento eminente della valutazione condivisa a priori e a posteriori: si tratta del bilancio di missione per l'Emilia Romagna, della relazione valutativa e della cartella sociale per il Friuli Venezia Giulia e della relazione sociale annuale e del controllo finanziario per la Puglia. A proposito del bilancio di missione, è importante capire in che senso esso rappresenti uno strumento per la costruzione di processi di controllo condivisi, capaci di produrre forme di regolazione e quindi assunzione di responsabilità: «Il tema nuovo che deve caratterizzare i rapporti tra istituzioni pubbliche e soggetti privati del terzo settore è quello della diffusione della responsabilità

sociale, intesa come partecipazione delle formazioni sociali, a fianco delle stesse istituzioni, all'esercizio della funzione sociale nei diversi momenti della programmazione, progettazione ed erogazione dei servizi del sistema locale, in un quadro chiaro e condiviso di regole, definite e controllate dall'ente pubblico» (funzionario regionale, Emilia Romagna). In questo caso, dunque, il ruolo dell'ente pubblico è di garanzia e non solo di controllo.

Il Veneto rappresenta infine un caso diverso, in transizione verso un nuovo modello indicato nelle innovazioni legislative più recenti, ma in cui al momento della rilevazione sono previste forme di verifica negoziate relativamente alla programmazione territoriale e diverse forme di controllo in base al settore/progetto di riferimento, producendo come risultato un sistema con forme di controllo non integrate tra loro.

Dal punto di vista dell'analisi fenomenica, i processi di controllo e verifica sono maggiormente differenziati. Metà delle regioni oggetto di analisi applicano un modello di verifiche negoziate, cinque presentano invece forme non completamente integrate fra loro.

Nonostante una tendenza prevalente verso i processi negoziati, emergono alcuni casi nei quali la funzione di controllo centrale è utilizzata al fine di impedire comportamenti opportunistici, come quello della Campania. Infatti, qui figurano pratiche di controllo poco coerenti che spingono il territorio a richiedere una maggiore presenza della regione: dai focus è emerso che sono gli stessi attori del territorio a chiedere alla regione regole e maggiore controllo. Anche gli strumenti della Carta dei servizi e della Carta di cittadinanza, associati all'istituzione dell'Ufficio di tutela degli utenti (l.r. n. 11/2007, art. 48), diventano centrali in quanto sottraggono i territori dalla logica clientelare e rendono esigibili i diritti.

Anche in questa dimensione, comunque, emerge una forma di governance ispirata sostanzialmente al modello della rete, finalizzata alla responsabilizzazione degli attori. In generale i processi di verifica sono vissuti come momenti facenti parte della stessa attività di programmazione e non come forme di controllo esterno.

3. *Il ruolo dello strumento «Piano di zona» nei processi di governance regionale e territoriale*

3.1. *Analisi comparata degli strumenti per la programmazione locale: dimensione normativa e fenomenica*

A partire dall'approvazione della l. 328/2000 che ha dato impulso alla revisione dei sistemi di welfare regionali, quasi tutte le regioni italiane hanno rivisitato i processi di programmazione del welfare, dando valore al livello locale quale snodo importante per fornire risposta alla domanda dei cittadini. Si è cercato, quindi, di comprendere quali forme abbia assunto la programmazione locale nella normativa (i PDZ come definiti nelle diverse regioni) e se essa sia oggi percepita quale strumento di governance a livello regionale e locale.

Partendo dal piano normativo, si può avere l'idea dell'eterogeneità tra le regioni analizzate anche solo guardando al modo in cui sono chiamati i piani. Si trovano infatti dodici regioni e otto diverse denominazioni (tabella 8), che non possono essere lette come mere differenze di etichetta, bensì racchiudono diversità che fanno riferimento ad almeno tre aspetti: il settore della programmazione (il sociale, il socio-sanitario, il sanitario), il riferimento territoriale (la zona, l'ambito, il distretto) e l'oggetto, inteso come il riferimento principale cui il piano si riferisce (i servizi, la salute, il benessere). Culturalmente e operativamente dovrebbe essere un'impresa diversa realizzare a livello locale un piano dei servizi o un piano della salute, un piano operativo o strategico, un piano che integri tutti gli interventi sociali di un territorio o che includa anche gli interventi socio-sanitari e/o quelli sanitari territoriali. Le domande che affiorano riconducono l'analisi alle politiche che sono oggetto della pianificazione locale e, quindi, al sistema di attori e ai processi che tale pianificazione richiede.

Per cercare di dar conto di tali diversità si possono citare alcuni esempi. La Toscana prevede che il piano si fondi sulla costruzione, a livello locale, dell'immagine di salute della zona. L'immagine di salute viene definita, nelle Linee guida per la realizzazione dei PIS, come «quadro sintetico e connotato dei problemi e delle opportunità che caratterizzano le condizioni sociali, sanitarie e ambientali del territorio e della popolazione e che la comunità riconosce come pertinenti al proprio stato di salute» (Regione Toscana, d.g.r. 682/2004, p. 3, *Linee guida per la realizzazione dei PIS*). Sulla stessa linea si pone l'Emilia Romagna che allarga l'oggetto della programmazione comprendendo non solo gli interventi e le attività rivolte ai tradizionali target di utenza sociale e socio-sanitaria, ma anche azioni tematiche trasversali, connesse a obiettivi e azioni di promozione

del benessere e di stili di vita sani, e di prevenzione (con particolare riferimento alla sicurezza stradale e alla sicurezza del lavoro), oppure a particolari aree problematiche/tematiche.

Tab. 9. Gli strumenti per la programmazione locale

Regione	Denominazione
Friuli Venezia Giulia e Veneto	Piano di Zona
Campania, Molise, Puglia, Umbria	Piano Sociale di Zona
Marche	Piano di Ambito Sociale
Liguria	Piano Distrettuale Sociosanitario
Basilicata	Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Sociosanitari
Sardegna	Piano Locale Unitario dei Servizi
Emilia Romagna	Piano di Zona Distrettuale per la Salute ed il Benessere Sociale
Toscana	Piani Integrati della Salute

Il piano costituisce in Emilia Romagna lo snodo delle interazioni tra le problematiche evidenziate dal Profilo di comunità e le scelte d'intervento nell'ambito di altre politiche che impattano su salute e benessere sociale, nel senso sia di tenere conto di tali scelte, sia di essere orientato a condizionarle, in particolare nelle aree delle politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale (cfr. Piano socio-sanitario regionale 2008-2010). Un terzo esempio che muove in questa direzione è quello della Regione Basilicata, nella quale il piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari rappresenta lo «strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie» e della loro connessione con quelle che hanno influenza sullo stato di salute e di benessere della popolazione (Regione Basilicata, PRSSP, parte seconda, § 5, p. 157). Si tratta quindi di una visione strategica della programmazione locale quale strumento di governance complessivo delle politiche di un territorio, con attenzione all'ambito sociale e sanitario.

Diversa declinazione ne è data in altre regioni, in cui l'accento è posto soprattutto sul sistema di offerta, come in Friuli: «il piano di zona ha una funzione di indirizzo e di governo del sistema integrato di comunità, [...] deve configurarsi come un vero e proprio piano regolatore del sistema dei servizi alla persona» (Regione Friuli Venezia Giulia, d.g.r. 3236/2004, allegato A, *Linee guida per la predisposizione del piano di zona, Premessa*, pp. 2-3); o ancora nella Regione Campania, in cui si evince che il PDZ di ambito è strumento di programmazione e di realizzazione locale del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Questi esempi mettono in luce la complessità che si nasconde dietro la denominazione «Piano di zona», poiché sono diversi i confini della pianificazione sul fronte del loro significato (si programmano politiche e interventi in modo integrato?) e dell'oggetto (verso quali target è orientata la programmazione? Che tipo di interventi si includono nel PDZ?).

Tali scelte incidono anche sui ruoli attribuiti agli attori del territorio e quindi sulle relazioni che gli stessi sono chiamati a stabilire. È palese che laddove la pianificazione includa anche la sfera socio-sanitaria o sanitaria territoriale il ruolo delle aziende sanitarie diventi maggiormente significativo di quanto non accada nei casi in cui il piano sia essenzialmente sociale.

La figura 1 sintetizza gli attori cui è demandato, dal punto di vista normativo, il compito di coordinare e produrre la programmazione locale e gli ambiti di cui il piano si occupa.

L'integrazione tra sfera sociale e socio-sanitaria è prevista in tutti i piani, sebbene il ruolo dei comuni in rapporto alle aziende sanitarie sia differente tra le regioni; quattro regioni (Basilicata, Emilia Romagna, Sardegna e Toscana) prevedono che il piano programmi anche gli interventi sanitari territoriali, mentre altre affiancano al PDZ uno strumento specifico, ma separato, dedicato alla programmazione territoriale sanitaria.

La Regione Basilicata prevede invece che il PISS assolva alla duplice funzione politica e organizzativa dei servizi tanto dell'ambito socio-territoriale quanto del distretto della salute (ex distretto socio-sanitario). Esso è di durata triennale, ma è suddiviso in Piani attuativi di durata annuale, il PAD (Piano attuativo distrettuale) per la parte sanitaria e socio-sanitaria di competenza sanitaria e il PAA (Piano attuativo di ambito) per la parte sociale e socio-sanitaria di competenza sociale; ne consegue che il livello strategico/politico ha una programmazione integrata tra sociale e sanitario che si articola in due distinti documenti di programmazione sul piano operativo.

Fig. 1. Attori e ambiti della programmazione locale



Altrettanto interessante è il ruolo attribuito ai diversi attori del sistema locale: se i comuni sono ovunque i soggetti cui spetta la titolarità principale del piano, la forma che essa assume è molto diversa (Conferenza dei sindaci di zona, Unione dei comuni, organizzazione in ambito a livello distrettuale, costituzione di società miste comuni-ASL ecc.).

Le aziende sanitarie, sempre presenti come interlocutori per la stesura del piano, assumono ruoli differenti in base alle regioni: sono in alcuni casi i pivot della programmazione, come accade in molte aree della Regione Veneto, in altri sono partner (o meglio, socie) dei comuni all'interno delle aziende speciali, come accade in Toscana. Negli altri casi sono chiamate a partecipare alla realizzazione del piano, per la parte di competenza socio-sanitaria e sanitaria, e quindi in genere diventano il principale interlocutore istituzionale dei comuni, direttamente o attraverso l'articolazione distrettuale.

Una specifica riflessione va dedicata alle province: esse assumono un ruolo di particolare rilievo nella programmazione soltanto in tre regioni (Emilia Romagna, Puglia, Sardegna). In Emilia Romagna le province rappresentano il livello di governance intermedio tra regione e ambito sociale: sono chiamate a redigere, in una logica di rete con gli altri attori del territorio, un atto di indirizzo triennale che orienti la programmazione locale di zona in merito al fabbisogno del territorio e alle priorità di intervento. In Sardegna è la provincia chiamata a indire la conferenza di programmazione da cui scaturisce la programmazione locale di zona e ha quindi avuto, almeno fino alla fase di cambiamento in atto, un ruolo centrale nel governo di tutto il processo. In Puglia le province rappresentano nel quadro normativo un livello intermedio di governance, cui è demandato un compito di coordinamento istituzionale, con una funzione mediativa e conciliativa degli interessi, dei ruoli e delle competenze dei diversi attori (Piano regionale per le politiche sociali 2009-2011, parte quinta, *Premessa*). Nelle altre regioni, alle province sono attribuiti sul piano normativo molti ruoli, di cui si riportano alcune esemplificazioni tratte dalle normative regionali:

- realizzazione del sistema informativo territoriale sui fenomeni sociali e di monitoraggio degli stessi (Regione Friuli Venezia Giulia, l.r. n. 6/2006, art. 9, c. 2 e 3);
- concorso all'attuazione dei PDZ nelle materie di propria competenza (formazione professionale, integrazione lavorativa, mobilità in rapporto con i tempi di vita delle famiglie, determinanti ambientali di salute, gestione delle emergenze, interventi per minori e persone non vedenti) (Regione Veneto, l.r. n. 11/2001 e linee guida per i PDZ, 2006);

- supporto alla regione per le attività di aggiornamento e formazione degli operatori sociali (PISR, p. 64);
- concorso alla realizzazione di «progetti integrati nel settore sociale per problematiche riferite ad area vasta» (Piano sociale Regione Marche, p. 36).

Tuttavia, al di là delle funzioni attribuite sul piano normativo, in molte regioni il loro ruolo concreto nel processo di programmazione sembra essere piuttosto marginale e fungere più che altro da elemento aggiuntivo ad una centralità basata, sul piano istituzionale, sull'asse comune-ASL.

Un'ultima nota sugli attori infine va riservata al fronte privato, con particolare attenzione al terzo settore. Si è visto nei paragrafi precedenti come il loro coinvolgimento sia previsto ovunque ma si realizzi concretamente in modo disomogeneo tra regioni e tra territori afferenti alla stessa regione. Un elemento interessante, da questo punto di vista, riguarda la partecipazione degli attori privati alla sottoscrizione degli accordi di programma relativi alla formale approvazione del PDZ. In alcune regioni, per esempio Sardegna, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna, si prevede che l'accordo di programma sia sottoscritto dal presidente della provincia, dai comuni associati, dall'azienda sanitaria locale, dagli altri soggetti pubblici coinvolti e dai soggetti sociali solidali che partecipano alla Conferenza di programmazione e si impegnano a concorrere, anche con proprie risorse, alla realizzazione di quanto previsto nel PDZ. Più tipica è invece la situazione nella quale l'accordo di adozione del piano su base territoriale è sottoscritto solo dagli attori istituzionali, in particolare da comuni e ASL, mentre sono stipulati specifici accordi o convenzioni con gli attori privati che contribuiscono alla realizzazione delle azioni previste.

Relativamente agli strumenti di pianificazione, tutte le regioni prevedono indicazioni ai territori sulle modalità di stesura dei piani, generalmente attraverso la definizione di apposite linee guida, cui sono collegate schede o strumenti operativi di supporto. Appaiono interessanti da questo punto di vista le esperienze che richiedono ai territori di distinguere la pianificazione pluriennale sulle politiche e sulle strategie d'intervento dalla pianificazione operativa, costruita su base annuale. Muovono in tale direzione le Regioni Basilicata, Marche e Molise, che prevedono a fianco del piano di ambito sociale, centrato sul livello strategico, dei piani attuativi annuali che programmano invece operativamente interventi e risorse. Da questo punto di vista, anche le regioni che esplicitamente non propongono la distinzione tra due diversi strumenti operativi, di fatto richiedono ai territori delle revisioni annuali ai PDZ, sostenendo la ciclicità di un processo programmatorio che essendo pluriennale richiede sul livello dell'attuazione operativa delle rivisitazioni in itinere.

Tutte le regioni aderenti al progetto prevedono piani di durata triennale; fa eccezione la Regione Veneto che nelle recentissime linee guida per i PDZ (d.g.r. 157/2010) prevede una durata quinquennale con revisioni annuali.

3.2. Il ruolo della programmazione locale nei processi di governance

Il Piano di zona (o altrimenti detto) è uno strumento di programmazione che è stato pensato e modulato in modo diverso in base alle specificità regionali relativamente al sistema degli attori presenti ed ai processi che tra di essi si sono sviluppati. In alcune realtà stenta a essere uno strumento significativo nei processi di governance e lo dimostra innanzitutto il fatto che non viene utilizzato da diverso tempo: in Regione Basilicata vige la programmazione 2000/2002, in Sardegna la prima annualità è scaduta nel 2009 e l'avvio di un processo di riforma regionale ha interrotto di fatto la programmazione locale. In altre regioni il PDZ ha avuto fasi alterne di realizzazione, cambiando significato nel tempo.

Si è visto inoltre nel capitolo precedente come il PDZ si collochi in un diverso quadro di programmazione, tra regioni che lo connotano come uno strumento di pianificazione strategica del territorio, nel sistema di relazioni tra politiche sociali, sanitarie e altre politiche che impattano sul benessere della popolazione (ne sono esempi in particolare l'Emilia Romagna, la Toscana, la Basilicata - almeno nell'intento normativo - e, su alcuni fronti anche la Liguria). In altri casi esso ambisce ad essere il piano regolatore degli interventi sociali e socio-sanitari, strumento quindi ampiamente connotato all'interno di specifiche politiche e pensato soprattutto per programmare il sistema di offerta.

Altri due aspetti appaiono particolarmente significativi da osservare per comprendere se il PDZ, nelle diverse forme, assuma un ruolo significativo nei processi di governance: il legame tra piani e pianificazione regionale e il rapporto tra PDZ e la programmazione e il trasferimento delle risorse economiche.

Il primo punto in parte è stato affrontato nei paragrafi precedenti, dove si è messo in evidenza come gli obiettivi regionali influenzino la programmazione locale, ribadendo il forte legame che, in alcune regioni, si è costruito tra la programmazione regionale e quella territoriale. Ne sono esempio l'Emilia Romagna, che prevede una programmazione multilivello su base regionale, provinciale e distrettuale; la regione Marche che individua una temporalità dei processi territoriali collegata alle scelte regionali (sebbene con alcune criticità); la Toscana, che pone il PDZ all'interno di un processo di riordino molto ampio che coinvolge fortemente gli enti locali; la Puglia, che individua un legame molto forte

tra obiettivi definiti a livello regionale e obiettivi della programmazione locale di zona.

Le stesse modalità di raccordo tra programmazione regionale e territoriale possono essere diverse: oltre al raccordo temporale tra programmazione regionale e territoriale, in molte regioni è prevista una revisione del PDZ da parte della regione, quale momento in cui valutare la congruenza tra il Piano del territorio con la programmazione regionale ed eventualmente attivare le azioni necessarie a riallineare i due livelli. In alcuni casi questo passaggio è molto formalizzato: in Puglia se il territorio non produce il piano, la regione attiva prima una diffida, quindi nomina un commissario per l'ambito; di fatto alcuni territori sono stati diffidati e poi hanno presentato il piano. Vincoli di questo tipo sono previsti anche in altre regioni, come i visti di congruità previsti in Umbria e Veneto.

Tuttavia, oltre a tale aspetto, è utile comprendere come i PDZ siano collegati ai piani di riparto dei fondi, poiché ciò permette di comprendere se siano lo strumento attraverso cui il territorio definisce realmente le politiche su base locale, in raccordo con il quadro di riferimento fornito dalla regione.

Su questo fronte va tenuto conto in particolar modo del legame esistente tra i trasferimenti della regione verso il territorio ed il PDZ. Tale rapporto non è di semplice lettura poiché il frazionamento dei trasferimenti dalla regione verso i territori rende complessa l'analisi. Ciononostante è possibile affermare che mentre in alcune regioni il piano è saldamente ancorato alla programmazione delle risorse economiche non solo per la quota immessa dagli enti del territorio ma anche per la quota trasferita dalla regione, in altre tale legame risulta, almeno nell'impostazione generale, assente o piuttosto carente; ciò comporta una maggiore difficoltà per il PDZ a divenire uno strumento di supporto ai processi di governance. Alcuni esempi possono aiutare a comprendere le differenze tra le regioni su questo oggetto. In Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Marche, Molise, Toscana e Puglia è previsto un legame diretto tra la programmazione locale e il trasferimento delle risorse regionali, tanto che, almeno sul piano normativo, i trasferimenti sono vincolati alla realizzazione della programmazione. La Puglia differenzia tra piano sociale di zona e dal piano degli investimenti sociali (Regione Puglia, d.g.r. 168/2009, cap. 4) finanziato a ciascun ambito a valere sulle risorse di cui alla linea 3.2 del PO FESR. È previsto che una specifica procedura si concluda nella sottoscrizione di un accordo di programma tra regione e ambito territoriale per il finanziamento del PDZ e del piano degli investimenti. Quest'ultimo è uno strumento che serve per utilizzare i fondi che provengono dal PO FESR 2007-2013: mentre attraverso il Piano sociale si programmano interventi

prevalentemente di tipo immateriale, con il Piano degli investimenti si prevedono interventi di infrastrutturazione socio-sanitaria. In altri casi i piani sono comunque chiamati a programmare le risorse necessarie a realizzare il sistema integrato degli interventi e servizi, tuttavia i trasferimenti regionali non sono strettamente connessi alla loro approvazione o alla loro revisione annuale, sebbene ne sia valutata la coerenza sul piano economico.

Concludendo questa panoramica sulla programmazione locale quale strumento di governance si possono trarre alcune considerazioni utili a una rilettura delle esperienze in corso: il piano risente dello scenario politico-culturale nel quale si colloca, sia rispetto al significato che gli è attribuito (piano strategico o solo operativo), sia in rapporto alle politiche e agli attori che coinvolge (quale integrazione con le altre politiche). Ciascuna regione lo investe di significati differenti, sebbene si possano riscontrare alcune tendenze recenti che attribuiscono alla programmazione locale un ruolo maggiormente strategico nella definizione delle politiche. Ci si deve allora chiedere se lo strumento, così come è stato inizialmente pensato, svolga ancora una funzione efficace o se richieda invece di essere ripensato nelle forme (come programmare e con quali strumenti) e nei processi (come concertare la programmazione). Da questo punto di vista il superamento del concetto di PDZ quale mero strumento di programmazione sociale, al più integrato sul fronte socio-sanitario, potrebbe lasciare il passo a un vero e proprio Piano strategico territoriale, nel quale converga l'insieme delle politiche per il benessere della popolazione e rispetto al quale si possano declinare diversi piani operativi che esplicitino il contributo delle differenti politiche al raggiungimento degli obiettivi strategici. Questa prospettiva, presente in modo embrionale in alcune regioni, apre la strada a diversi processi di cambiamento che le regioni, per diversi motivi, stanno affrontando talvolta in modo segmentato:

- sul piano dell'integrazione organizzativa, attraverso le sperimentazioni che mirano a garantire l'esercizio delle funzioni sociali in un ambito territoriale unitario, coincidente con quello sanitario e possibilmente integrato;
- sul piano dei processi di programmazione, attraverso le sperimentazioni che iniziano a perseguire la logica dell'unificazione degli strumenti di livello strategico e dell'integrazione degli strumenti sul piano operativo che restano, comunque, separati;
- sul piano dell'autonomia dei territori rispetto al livello regionale, attraverso la concertazione degli indirizzi strategici e l'individuazione di margini di autonomia sulle declinazioni operative.

In questa prospettiva di cambiamento va ripensato il rapporto tra gli

attori superando la logica della negoziazione per muovere verso processi di condivisione della vision che richiede tuttavia una forte legittimazione degli attori pubblici.

Questa prospettiva, che può prefigurare il futuro dei PDZ, non può prescindere dal contesto culturale-politico-operativo presente in ciascuna regione e richiederà, a tutti gli attori, di rimodulare i sistemi di relazione e i processi.

4. Conclusioni: quali modelli di governance

Una cultura condivisa

Partendo dalla prima dimensione di analisi, l'immagine che si può ricostruire dal confronto tra dimensione normativa e fenomenica è la presenza di un linguaggio ampiamente condiviso, che associa al concetto di governance il significato di rete, con riferimenti espliciti alla condivisione, alla programmazione partecipata, all'integrazione delle politiche. Si può quindi parlare di una trasformazione avvenuta e di una cultura condivisa. Tuttavia, in alcuni contesti permane una cultura legata al ruolo gerarchico di alcune istituzioni e, in modo ancor più diffuso, della prevalenza del soggetto pubblico rispetto agli altri attori, in particolare al terzo settore. Nelle regioni oggetto di analisi è quasi totalmente assente la cultura del mercato come punto di riferimento per la regolazione delle politiche. Solo in alcuni tratti rimane il riferimento alla libertà di scelta da parte dei cittadini, ma si tratta in genere di indicazioni generiche. È come se al contrario della cultura della rete, quella del mercato (legata tradizionalmente alle innovazioni legate al new public management britannico), avesse lasciato poca traccia di sé.

Sottolineare questo aspetto culturale è particolarmente rilevante con riferimento all'analisi degli altri aspetti, in cui la vision su cui il sistema è costruito dovrebbe trovare attuazione concreta.

Approfondendo l'analisi si è cercato di individuare quali fossero, nelle regioni coinvolte, i decisori chiave, ovvero coloro che hanno un peso maggiore nella definizione delle scelte strategiche sulle politiche e gli interventi socio-sanitari. Sul piano normativo emerge una forte spinta avvenuta nell'ultimo decennio verso un disegno di sistemi di welfare regionali nei quali:

- si prefigura una nuova e diversa relazione tra i livelli di governance del sistema, delineando luoghi formali nei quali il rapporto tra i livelli centrali e periferici di governo sono destinati ad incon-

trarsi e discutere; vi sono inoltre alcune regioni nelle quali si sperimenta, dal punto di vista normativo, uno spiccato protagonismo territoriale;

- si delinea una nuova relazione tra attori pubblici e privati, ampliando anche sul piano normativo il ruolo attribuito ai privati, non più solo di gestione, ma anche di partecipazione formalizzata alle scelte della programmazione regionale e locale.

Confrontando tali orientamenti normativi con le azioni messe in atto, si nota come l'adozione di un processo di governance multilivello, almeno tra attori pubblici, sia relativamente diffuso anche in quelle regioni in cui la normativa non lo prevede (si pensi alla Regione Veneto dove, di fatto, le prassi hanno superato e anticipato il disegno normativo); esso si gioca in modi diversi sia sul fronte del ruolo degli attori territoriali, sia sul fronte delle modalità di contatto e scambio tra regione e territori.

Il rapporto tra pubblico e privato appare invece meno consolidato di quanto la normativa non rappresenti. Sembra essere diffusa una consapevolezza che il principio costituzionale di sussidiarietà porta con sé l'esigenza di includere gli attori privati nel panorama delle «risorse» del welfare societario; tale tendenza stenta tuttavia a individuare modalità concrete di realizzazione, poiché, anche laddove si realizzano azioni inclusive del soggetto privato, quest'ultimo non si sente protagonista delle scelte, ma spesso vive tali esperienze come spettatore di un processo: «al cui interno ci sia scarso margine di possibilità di apportare modifiche, tale per cui la partecipazione ai tavoli rischia di diventare un momento di informazione passiva non incisiva rispetto ai processi decisionali» (dirigente regionale, Emilia Romagna). Infine, rispetto al rapporto tra soggetti pubblici e privati, va ricordato che in molti casi di fronte ad un disegno regionale unitario si assiste a una implementazione territoriale differenziata, se non nelle procedure formali, almeno nei processi reali, per cui i vissuti degli attori del territorio spesso hanno messo in luce visioni non coincidenti.

Le relazioni tra gli attori, pubblici e pubblici-privati, nel sistema di welfare stanno certamente modificandosi. Alcune tendenze generali emergono e risultano evidenti soprattutto nell'analisi normativa, mentre sul fronte delle prassi sembra essere più difficile produrre dei cambiamenti concreti nei comportamenti.

Uno degli aspetti che ha subito un maggior cambiamento è il rapporto tra il livello di governance regionale e quello territoriale: laddove i luoghi formali di concertazione tra regione e territorio non funzionano, essi sono affiancati o sostituiti da occasioni di confronto informali, nelle quali si promuove di fatto la condivisione delle scelte: «lo scambio reale avviene, dunque, attraverso incontri e gruppi informali, costruiti

con una logica settoriale» (dirigente regionale, Veneto). Questo aspetto emerge in modo particolare analizzando le modalità di definizione degli obiettivi della programmazione, poiché anche nei casi in cui le normative regionali prevedano obiettivi molto operativi e di tipo prescrittivo, nelle prassi operative in genere la regione assume una funzione di accompagnamento, piuttosto che di prescrizione.

Un secondo elemento significativo per determinare la relazione tra gli attori riguarda il trasferimento dei fondi verso il territorio: se la definizione degli obiettivi lascia ai territori margini di autonomia e di interpretazione, la distribuzione dei fondi è nella maggior parte delle regioni un processo governato a livello centrale. Le esperienze su questo fronte sono molteplici e prefigurano tendenze che muovono in una duplice direzione: accorpare i fondi trasferiti (Fondo unico) e accorpare gli enti gestori dei fondi a livello territoriale. Su quest'ultimo versante la normativa sembra aprire la strada a prassi che faticano a decollare operativamente, anche in virtù delle sperimentazioni che si sono avviate nella revisione dell'assetto territoriale intra-regionale (la costruzione di zone, ambiti, società speciali ecc.), quasi tutte orientate a incentivare la costituzione di aggregati territoriali e organizzativi in grado di porsi come interlocutori unitari sia nei confronti della regione, sia verso gli attori del territorio. I tentavi che vanno in questa direzione sono molto diversi tra regioni e stanno avendo esiti differenziati.

Infine, un ultimo aspetto rilevante riguarda il rapporto tra pubblico e privato, in particolare nell'ambito dei processi di programmazione locale: su questo fronte si è visto come le normative abbiano acquisito lo spirito promosso da una concezione di welfare societario in cui il concetto di governance è legato ai concetti di condivisione, sussidiarietà, partecipazione. L'apertura al privato nei diversi momenti della programmazione è prevista da tutte le recenti normative ma il grado di inclusione e, soprattutto, la traduzione operativa di tali principi, differisce molto sia tra regioni ma, anche e soprattutto, tra territori sub-regionali.

In merito alle relazioni tra gli attori, sembra essere soprattutto il piano delle prassi operative il terreno su cui le diversità tra regioni sono più ampie e quello su cui, probabilmente, è opportuno ragionare per sostenere concretamente i processi di cambiamento: adottare nuove modalità di governance richiede di incidere sui comportamenti degli attori e sulle relazioni che si stabiliscono tra gli stessi.

Un ultimo focus di analisi riguarda i processi di governance. La costruzione di un linguaggio comune e la condivisione di senso tra livelli di governo e tra attori trovano piena espressione nella normativa. Tuttavia, il confronto con la parte fenomenica fa emergere come solo in metà delle regioni analizzate gli interlocutori interpellati si sentano realmente

parte di un percorso comune, cioè di partecipare effettivamente alla costruzione di un senso condiviso. Laddove ciò non avviene, sembra essere motivato da diversi fattori:

- il ritardo nella programmazione regionale o la mancata realizzazione delle azioni di programmazione territoriale;
- la ridefinizione dell'organizzazione territoriale, che porta con sé la necessità di relazione con soggetti nuovi, senza poter sedimentare pratiche comuni e condivise;
- la necessità di passare da pratiche formali a forme di condivisione sostanziale.

Relativamente alle modalità con cui il livello regionale tende a influenzare l'azione territoriale, la situazione delle regioni analizzate è piuttosto differenziata. Lo strumento usato maggiormente è l'incentivazione (spesso economica) mentre, in pochi casi, si assiste all'adozione di azioni sanzionatorie. La logica prevalente è quella negoziale poiché spesso, anche dove il quadro normativo prevede l'adozione di sanzioni in caso di inadempienze territoriali, di fatto il livello regionale adotta modalità di concertazione, di ri-negoziazione o di supporto e accompagnamento al territorio verso il raggiungimento degli obiettivi.

Coerentemente con quanto sopra, le forme di controllo e verifica sono basate in prevalenza sull'accompagnamento dei processi (verifiche negoziate tra livelli di governo) e sull'apprendimento organizzativo, piuttosto sul mero controllo fondato sul principio d'autorità. Una parte non irrilevante di regioni però presenta un panorama non completamente coerente: la normativa e le pratiche definiscono processi di verifica e controllo scarsamente integrati, legati a specifiche iniziative o comunque ad azioni non diffuse nella maggior parte degli atti di programmazione. Si tratta di una problematica che si intreccia con la parcellizzazione delle azioni di programmazione e del trasferimento dei fondi e che si collega al significato dei processi valutativi nelle politiche socio-sanitarie.

Un cambiamento incompiuto

La ricerca condotta ci permette di analizzare soprattutto la governance multi-livello, ovvero le relazioni ed i processi che si stabiliscono tra gli attori pubblici a livello regionale e territoriale. Secondo tale prospettiva, non si riscontrano modelli puri di governance, riferibili integralmente a una struttura gerarchica, reticolare o basata su logiche di mercato, quanto piuttosto si possono delineare delle tendenze principali verso cui le diverse regioni si stanno muovendo. Permangono infatti in tutti i territori elementi conflittuali che richiamano la presenza di un

processo di cambiamento che non si è ancora pienamente compiuto.

Nonostante ciò, è possibile identificare alcuni elementi caratteristici che consentono di distinguere la situazione delle diverse regioni:

- Emilia Romagna e Toscana hanno sviluppato un modello di governance a rete che prevede la presenza di un rapporto consolidato tra i diversi livelli di governo regionale e include sistematicamente gli attori privati nei processi di programmazione e realizzazione degli interventi; le relazioni tra i livelli di governance favoriscono l'autonomia del territorio, poiché le regioni definiscono obiettivi di tipo proscrittivo e lasciano margini di autonomia ai territori nell'allocazione delle risorse economiche; i processi di governance pongono l'accento sull'accompagnamento, la costruzione di senso, la presenza di verifiche negoziate e, per la Toscana, l'adozione di meccanismi incentivanti che orientano i territori verso obiettivi comuni a livello regionale;
- Friuli Venezia Giulia, Liguria e Umbria stanno adottando modelli molto simili a Emilia Romagna e Toscana, sebbene mantengano una forte impostazione connotata sulla centralità dell'attore pubblico e prevedano un ruolo più ridimensionato per i soggetti privati;
- Puglia e Veneto presentano un quadro in evoluzione, con spinte verso l'adozione di un modello a rete soprattutto nei processi di governance (presenza di verifiche negoziate, forte investimento su processi di costruzione di senso, presenza di incentivazioni) e la presenza di relazioni tra gli attori strutturate secondo una logica gerarchica, in cui sono previsti obiettivi di tipo prescrittivo e i fondi sono ancora vincolati. Anche la Regione Marche presenta un quadro in evoluzione verso un modello a rete ma con la permanenza di modelli di tipo gerarchico, soprattutto per quanto riguarda i trasferimenti economici e le forme di controllo.
- Campania, Molise e Sardegna sono un insieme ibrido di meccanismi gerarchici e spinte verso una governance a rete, sebbene in presenza di relazioni multi-livello piuttosto deboli e fortemente centrate sul soggetto pubblico. Mancano in queste regioni processi di governance che sostengano la fase di transizione in atto, sebbene vi siano delle innovazioni nelle relazioni tra i livelli di governance (minori vincoli nella definizione degli obiettivi e nel trasferimento dei fondi).
- In Basilicata, infine, si riscontra la difficoltà a definire un modello prevalente e una chiara tendenza poiché i processi disegnati sul piano normativo stentano a trovare corpo nelle prassi operative.

Si assiste certamente a una fase di cambiamento in cui alcune tendenze sono chiaramente riscontrabili e muovono nella direzione di diminuire

il peso delle relazioni di tipo gerarchico tra i diversi livelli, riconoscere autonomia e potere decisionale al territorio, pur cercando strade di condivisione sugli obiettivi strategici.

Bibliografia

- G. BERTIN, *Il cambiamento dei sistemi di welfare nella società post moderna*, «Salute e società», 2, 2009
- G. BERTIN, L. FAZZI, *La governance delle politiche sociali in Italia*, Roma, Carocci Faber, 2010.
- P. DONATI, *La sociologia relazionale: una prospettiva sulla distinzione umano/non umano nelle scienze sociali*, «Nuova Umanità», xxvii, 157, 2005, pp. 97-122.
- L. HOOGHE, G. MARKS, A.H. SCHAKEL, *The rise of regional authority: a comparative study of 42 democracies*, London-New York, Routledge, 2010.
- R.A.W. RHODES, *Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*, Buckingham, Open University Press, 1997.
- R.A.W. RHODES, *Understanding governance: Then Years on*, «Organization Studies», 28, 8, 2007, pp. 1243-1264.
- R.A.W. RHODES, D. MARSCH (a cura di), *Policy Networks in British Government*, Oxford, Clarendon Press, 1992.
- G. ROSSI, L. BOCCACIN (a cura di), *Capitale sociale e partnership tra pubblico, privato e terzo settore*, I, *Casi di buone pratiche nei servizi alla famiglia*, Milano, Franco Angeli, 2007.
- G. STOKER, *Governance as theory: five propositions*, «International Social Science Journal», 155, 1998, pp. 17-28.

L'integrazione delle politiche con particolare riguardo all'integrazione socio-sanitaria

Paola Di Nicola, Nicoletta Pavesi*

Modelli di welfare locali e integrazione socio-sanitaria

Oggetto del presente contributo è il tentativo di ricostruire, avvalendosi dell'apporto conoscitivo di alcune ricerche, il quadro dei modelli di welfare locale che le diverse regioni italiane hanno prodotto sul terreno dell'integrazione socio-sanitaria. Il lavoro di ricostruzione si giustifica per tre motivi di fondo:

1. nel momento in cui il tema del federalismo è entrato nell'agenda politica, il rendimento delle istituzioni regionali diventa una potente cartina di tornasole per comprendere e prevedere la capacità delle singole realtà territoriali di camminare da sole con una certa autonomia sul terreno dell'organizzazione di servizi sociali e sanitari, che costituiscono il cuore dell'azione redistributiva delle realtà locali. Sul rendimento istituzionale di alcune regioni italiane, prevalentemente meridionali, pesano come macigni i risultati delle ricerche di Putnam (1993) e Ricolfi (2010), che sottolineano, in riferimento a molte delle regioni meridionali, da una parte una sostanziale incapacità organizzativa, gestionale, legislativa e politica e dall'altra un assistenzialismo finanziato da molte regioni del Nord, che rischiano in prospettiva di perdere competitività, schiacciate come sono da una tassazione elevatissima. Fermare l'attenzione sui modelli d'implementazione dell'integrazione socio-sanitaria, può rappresentare un'occasione per sconfessare parzialmente o totalmente i forti giudizi negativi che pesano sul rendimento istituzionale di molte regioni italiane; ma anche

* Seppure il presente report sia frutto di un costante confronto, sono da attribuirsi a Paola Di Nicola il par. 1, a Nicoletta Pavesi il par. 2, ad entrambe le autrici il par. 3.

sondare se in tema di modelli le tracce già segnate sono ormai dei percorsi obbligati o se invece c'è ancora spazio per qualche innovazione;

2. l'integrazione socio-sanitaria è una modalità di erogazione delle prestazioni che l'istituzione del Servizio sanitario nazionale ha previsto sin dall'inizio come strumento per promuovere nei cittadini migliori condizioni di salute: una concezione della qualità della vita che contempla sia aspetti sanitari, che psicologici, relazionali e sociali (DONATI 1986). La spesa sanitaria è il capitolo che maggiormente pesa sui bilanci regionali, mentre la spesa sociale costituisce il cuore dei costi che i comuni sostengono per i servizi alle persone: l'integrazione socio-sanitaria, dunque, mettendo in un rapporto sinergico il comparto sanitario con quello sociale, rappresenta la sfida-opportunità che le amministrazioni locali devono raccogliere e sulla quale si gioca la valutazione di aspetti rilevanti del loro rendimento istituzionale;
3. l'integrazione socio-sanitaria intesa come strumento e non come fine a sé stessa, diventa tanto più necessaria quanto più la vita si allunga, la popolazione invecchia, crescono le cronicità e la non autosufficienza, aumentano le patologie da usura del vivere. Crescono, inoltre, le aspettative di elevate performance sociali all'interno di dinamiche sociali che tendono a frammentare e distinguere le sfere di appartenenza e le sfere funzionali: per cui promuovere e realizzare un maggiore benessere e una migliore qualità della vita dipendono dalla possibilità di ricomporre capacità funzionali e relazionali che le dinamiche sociali ed i saperi esperti tendono a frazionare e segmentare. Possibilità, tuttavia, intesa non solo come potenzialità individuale, ma come capacitazione: possibilità resa possibile anche dall'esistenza di una serie di servizi erogati al soggetto individuale dal suo sistema di welfare di appartenenza.

Per prestazioni socio-sanitarie s'intendono tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. L'integrazione tra servizi socio-sanitari non è una soluzione tecnica che favorisce rapidità di interventi ed economie gestionali: è una esigenza che rimanda a una precisa concezione della persona, in quanto alla base dell'integrazione vi sono principi e presupposti antropologici ed etici. Dimenticare tali principi significa confondere gli strumenti tecnici con i valori che gli strumenti tecnici dovrebbero realizzare (GUIDUCCI 1988). Se ogni persona si presenta

come un progetto di vita globale e unitario, integrare servizi non significa predisporre un organigramma a incastro, ma un indirizzo operativo che ha come riferimento la persona, la sua storia, il suo ambiente. Ribadire la centralità dell'integrazione significa ribadire la centralità della persona, della sua unicità e non frazionabilità (VILLA 1999).

Integrazione quindi deve essere vista come strumento e non come fine a sé stessa, tanto più necessaria quanto più salute e benessere, malattia e malessere si presentano, nella società contemporanea, come dimensioni di vita in cui gli aspetti sanitari e sociali sono fortemente correlati e interdipendenti.

1.1. Il quadro culturale e istituzionale

Il problema dell'integrazione socio-sanitaria è un problema che viene da lontano: ha preso corpo e spessore nel momento in cui la nostra società, che stava sperimentando un sostanziale miglioramento delle condizioni materiali di vita (boom economico), si è potuta permettere il lusso di rivedere, riformare, il nostro sistema assistenziale e di protezione sociale, nel tentativo di traghettarlo verso un welfare istituzionale di tipo universalistico. In un sistema di welfare prevalentemente occupazionale, si introduce, infatti, nel 1978 uno schema (Servizio sanitario nazionale) universalistico (FERRERA 1993). Il dibattito sull'integrazione socio-sanitaria è concomitante al primo grande mutamento istituzionale che si consuma nell'arco degli anni settanta del secolo scorso, segnato da leggi di riforma profondamente innovative sia sul piano istituzionale che culturale:

- l. n. 382/1975: trasferimento alle regioni delle funzioni assistenziali, con relativo decreto di attuazione 616/1977;
- l. n. 405/1975: legge quadro di istituzione dei consultori familiari;
- l. n. 685/1975: depenalizzazione del reato di uso personale di sostanze stupefacenti;
- l. n. 151/1975: nuovo diritto di famiglia;
- l. n. 180/1978: chiusura degli ospedali psichiatrici e istituzione della psichiatria territoriale;
- l. n. 194/1978: legge sull'interruzione volontaria della gravidanza;
- l. n. 833/1978: istituzione del Servizio sanitario nazionale, che individua nell'unità socio-sanitaria locale il fulcro della organizzazione operativa e funzionale dei servizi;
- l. n. 730/1983: prevede che gli enti locali possano avvalersi in tutto o in parte delle aziende sanitarie locali (ASL) per l'esercizio delle proprie competenze socio-assistenziali;
- l.n. 184/1983: legge su adozione e affidamento familiare.

Con tali leggi si ridefinisce il quadro istituzionale nel campo della ge-

stione ed erogazione dei servizi socio-sanitari in nome di un embrionale principio di sussidiarietà verticale, che conferisce uno spessore politico, giuridico e gestionale alle regioni e ai comuni. Nello stesso tempo si tenta di promuovere un concetto di qualità della vita e di salute ispirato alle dichiarazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità che intende la salute come completo stato di benessere fisico, mentale e sociale (e non solo assenza di malattia o infermità). Affiora inoltre, la centralità della tutela del benessere individuale (si pensi ai minori, ma anche alle donne), i cui diritti vengono riconosciuti, per la prima volta, come di ordine superiore rispetto ai diritti delle istituzioni intermedie, ai diritti collettivi, riferiti alle comunità e ai gruppi di appartenenza (in particolare alla famiglia fondata sul matrimonio e sulla patria potestas del pater familias).

In assenza della riforma del comparto assistenziale, che arriverà solo nel 2000 con la legge quadro n. 328, i contorni istituzionali e i contenuti professionali e gestionali dell'integrazione socio-sanitaria inizialmente sono scarsamente delineati, nonostante essi fossero costitutivi del nuovo modo di intendere salute e malattia. Rimanevano, sul tappeto, come problemi non irrilevanti il fatto di dovere mettere insieme, fare lavorare in maniera coordinata professionisti (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri ecc.) che dipendono da istituzioni diverse (ASL, comune, provincia ecc.), che hanno profili di carriera con inquadramenti non sovrapponibili e che, soprattutto, rispondono a dirigenti diversi; non secondari, inoltre, apparivano i nodi della definizione degli oneri economici (chi paga che cosa) e della struttura gestionale e amministrativa.

Nei periodi successivi all'istituzione del servizio sanitario nazionale, gli sforzi dei ricercatori si concentrano sui problemi definitivi e sul tentativo di individuare modelli possibili di gestione integrata tra sanitario e sociale di alcuni servizi, nel tentativo di promuovere quantomeno buone pratiche che facessero da battistrada per la sperimentazione di nuove culture gestionali e organizzative. Per alcuni autori (SUTTER 1985) l'integrazione può essere intesa come: 1. coordinamento: comunicazione per rafforzare gli effetti di interventi diversificati sullo stesso soggetto; 2. collaborazione: perseguimento degli stessi obiettivi da parte di strutture con funzioni diverse; 3. integrazione: unico progetto di intervento in un'ottica complessiva (non sommatoria di interventi complementari); aggiungendo che l'integrazione può avvenire a diversi livelli, come:

- politico-istituzionale: unificazione degli enti erogatori ed eventualmente della contabilità;
- programmazione e bilancio: stesura dei programmi e imputazione di spesa;
- erogazione dei servizi: istituzione del distretto, lavoro multidisciplinare, équipe, unico punto di accesso.

Appare un approccio molto descrittivo e poco tecnico, teso più a puntualizzare alcune possibili soluzioni, all'interno di un quadro poco definito e ancora embrionale.

Zurla (1986) definisce l'integrazione come il tentativo di riportare ad unità, armonizzata al suo interno, componenti precedentemente non armonizzate e coordinate: concentrazione sotto un unico vertice gestionale e possibilmente un unico regolamento organico e patrimoniale di personale, risorse materiali e relazioni sociali consolidate, per servizi di natura e provenienza diverse allocate per la stessa popolazione.

Temi centrali del dibattito sono: unitarietà e globalità dei servizi e degli interventi socio-sanitari, unificazione delle competenze sotto il profilo istituzionale, multidisciplinarietà, interdisciplinarietà (lavoro di gruppo), équipe di operatori di base. Si individua nei progetti-obiettivo lo strumento per conseguire l'integrazione (fase della progettazione) e nella Unità sanitaria locale (USL) l'istituzione che ingloba, dal punto di vista della gestione organizzativa, il settore socio-sanitario o parte di esso. Appare evidente, tuttavia, sin dall'inizio del dibattito che l'integrazione si può giocare su più livelli: a livello politico-gestionale, a livello funzionale, a livello professionale e che i tre livelli non debbano-possano essere necessariamente compresenti. Sin dai primi anni ottanta del secolo scorso si profila l'impossibilità, o quantomeno la difficoltà di creare una sorta di mega istituzione socio-integrata, difficilmente gestibile dal punto di vista politico, amministrativo e funzionale, con un impatto sulla qualità dei servizi difficilmente quantificabile, al di là delle resistenze categoriali, degli interessi costituiti e delle aree di influenza politica che indubbiamente non sempre hanno favorito il confronto, la comunicazione e l'integrazione tra le diverse istituzioni territoriali.

La centralità dell'integrazione socio-sanitaria, nonostante le difficoltà empiricamente rilevate per la sua attuazione, è confermata dal fatto che negli anni successivi all'istituzione del Servizio sanitario nazionale, il legislatore è ripetutamente intervenuto per meglio definire forme e contenuti dell'integrazione socio-sanitaria. Punti salienti di tale lavoro di precisazione, chiarimento e distinzione sono i seguenti dispositivi legislativi (CEPIKU, MENEGUZZO 2009):

- d.p.c.m. 8/8/1985: le attività di rilievo socio-sanitarie connesse a quelle di tipo socio-assistenziali sono quelle che richiedono personale e tipologie d'intervento proprie dei servizi socio-assistenziali [...] in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti. Categorie di persone interessate a questo tipo di intervento: malati di mente, portatori di handicap, tossicodipendenti e anziani non autosufficienti. Le attività di rilievo sanitario connesse con quelli socio-assistenziali sono a carico della sanità;

- d.lgs. n. 502/1992 e n. 517/1993: nel sancire la separazione delle risorse materiali, economiche e umane tra ambito sanitario e ambito socio-assistenziale, prevede la possibilità di gestione unitaria attraverso la delega. Si distinguono le funzioni politiche di governo e le funzioni tecniche di gestione.

Funzione di governo:

- stato: funzione programmatrice attraverso il piano sanitario nazionale. Definizione dei livelli uniformi di assistenza e attività socio-assistenziali di rilievo sanitario;
- regione: ridefinizione complessiva del sistema sanitario (aziende sanitarie);
- enti locali: diritto-dovere di farsi carico dei bisogni socio-sanitari della comunità locale.

I tre livelli sono tenuti a perseguire l'integrazione socio-sanitaria, anche se non sono definite le modalità;

- d.p.r. 23/7/1998: Piano sanitario nazionale 1998-2000: delinea i livelli di integrazione socio-sanitaria e individua il distretto come luogo deputato alla sua realizzazione;
- d.lgs. n. 229/1999: ribadisce che le prestazioni sociali di rilevanza sanitaria sono a carico degli enti locali e che l'integrazione deve essere affrontata dalla legislazione regionale con i PDZ dei servizi socio-sanitari, incentivando economicamente la gestione integrata dei servizi tramite delega gestionale o accordi di programma, predisponendo progetti e azioni finalizzate a tale obiettivo.

Sono definite aree d'integrazione: materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenze, patologia per infezione da HIV, patologie fase terminale, inabilità-disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Il decreto distingue tra prestazioni a bassa e prestazioni ad elevata integrazione e mette queste seconde a carico del Servizio sanitario, inserendole tra i LEA sanitari (livelli essenziali di assistenza).

Fasi e strumenti della programmazione (ex 229/1999):

- livello regionale: piano sanitario regionale;
- livello aziendale: (ASL): piano attuativo locale (PAL);
- livello distrettuale: programma delle attività territoriali (PAT).

La regione istituisce la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria alla quale partecipano sindaci, rappresentanti delle associazioni regionali degli enti locali e altri membri definiti dalle regioni. Il comune tramite il sindaco o il comitato dei sindaci collabora alla stesura del PAL e del PAT;

- l. n. 328/2000: legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali: ribadisce la centralità del territorio per la rea-

- lizzazione, tramite i PDZ, della rete dei servizi sociali ed il loro coordinamento e integrazione con quelli sanitari;
- d.p.c.m. 14/02/2001: con l'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie, si identificano le prestazioni relative all'area socio-sanitaria, i principi di programmazione e di organizzazione delle attività e i criteri di finanziamento;
 - d.p.c.m. 29/11/2001: definisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA) e, nella parte sulla integrazione socio-sanitaria, indica le percentuali di costo non imputabili al Servizio sanitario nazionale (SSN) per le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non sono distinguibili e stabilisce che rimangono a carico degli enti locali o degli utenti le percentuali di costo relative ad alcune prestazioni;
 - d.p.c.m. 21/04/2008: le cure primarie, in relazione ai bisogni dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, vengono suddivise in: cure domiciliari prestazionali; cure domiciliari integrate (ADI) di I e II livello; cure domiciliari integrate a elevata intensità (III livello).

In base alla corrente legislazione, è possibile distinguere tra:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale quelle in cui l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dalla capacità di integrazione con altri fattori e responsabilità sociali;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria quelle in cui l'intervento avviene in presenza di problemi collegati allo stato di salute, che possono trovare soluzione efficace con processi di inserimento e integrazione sociale;
- prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria (rientrano, come visto, nei LEA e sono a carico del SSN): inscindibilità degli apporti professionali sociali e sanitari.

L'ampia produzione legislativa, se da una parte conferma la centralità dell'integrazione socio-sanitaria come strumento principe per raggiungere e promuovere adeguati livelli di qualità della vita a favore, soprattutto, ma non esclusivamente, di soggetti particolarmente vulnerabili (malati mentali, soggetti non autosufficienti, soggetti affetti da dipendenza ecc.), per i quali le risposte devono essere complesse, d'altro canto assolve alla funzione di stimolare, accompagnare le diverse regioni a sperimentare e maturare un peculiare e specifico modello di integrazione. Se, indubbiamente, le leggi di indirizzo sono necessarie anche per dare linee guida e ricondurre le diverse realtà territoriali entro modelli diversi, ma confrontabili, è anche vero che spesso le linee di indirizzo possono supplire a deficit di progettualità e organizzativi a livello periferico.

Tuttavia, se si getta uno sguardo complessivo a tutta l'ampia produzione legislativa che ha accompagnato dal 1975 (trasferimento delle funzioni assistenziali dallo stato alle regioni) al 2000 (approvazione della legge quadro di riforma dell'assistenza), per arrivare alla riforma del Titolo v della Costituzione (l.cost. n. 3/2001), appare evidente come alle soglie del 2000, nonostante sforzi costanti in direzione della promozione dell'integrazione socio-sanitaria, si è completamente consumata la separazione del comparto sanitario da quello sociale, che, appunto, varcano la soglia del terzo millennio poggiando su due gambe molto diverse.

Da una parte abbiamo un Sistema sanitario che nel corso di un ventennio si è consolidato, è stato riformato introducendo elementi gestionali e organizzativi tipici delle imprese (istituzione delle Aziende sanitarie). La sanità in Italia è totalmente regionalizzata, gode di fonti di finanziamento provenienti dalla tassazione regionale (anche se esiste ancora un Fondo di compensazione tra regioni per sostenere i sistemi sanitari regionali in disavanzo); ha esternalizzato alcuni servizi non specificamente riferibili all'ambito medico (ad esempio servizi di pulizia, mensa, lavaggio ecc.); in un'ottica di sussidiarietà ha messo in atto le procedure per l'accreditamento di strutture private e di terzo settore; ha definito il concetto di costo medio delle prestazioni, che quindi sono state quantificate ai fini del rimborso alle strutture accreditate; ha un articolato sistema informativo; ha definito i LEA (Livelli essenziali di assistenza, che quindi diventano diritti esigibili dal cittadino); si regge su profili professionali i cui percorsi formativi sono chiaramente definiti. Con forte corrispondenza tra conoscenze e competenze possedute e livello lavorativo. Esiste inoltre, come riferimento non solo formale, ma anche sostanziale, il Piano sanitario nazionale. A ben guardare, molta della legislazione che ha accompagnato negli anni ottanta e successivi la riorganizzazione dei servizi anche a livello regionale, era ed è riferibile al Servizio sanitario nazionale.

Rispetto al comparto sanitario che si presenta come il Golia della situazione, quello assistenziale sembra un Davide, con poche possibilità non tanto di vincere la sfida, ma quantomeno potersi confrontare. La legge quadro di riforma dell'assistenza è del 2000 (l. n. 328): è una legge molto innovativa, in quanto in essa si parla esplicitamente, e per la prima volta, di politiche sociali e di diritti sociali, si abbandona quindi il vetusto linguaggio assistenziale, si parla di sistema integrato di servizi per la collettività e non più solo per poveri, emarginati, soggetti multiproblematici. Ma in realtà, essendo una legge quadro, gli indirizzi specifici sono rinviati alle regioni e ai comuni. Non c'è una fonte di finanziamento dedicata e ancora oggi molte delle prestazioni assistenziali, in assenza di una definizione dei LEAS (livelli essenziali di assistenza sociale), sono

a domanda e, soprattutto, non si configurano come diritti effettivamente esigibili dal cittadino (DI NICOLA 2011). Tutto dipende dalla capacità gestionale e dalle scelte politiche dell'ente (comune) che eroga la prestazione. Se nell'ambito sanitario si parla di prestazioni, i cui costi sono stati definiti e i cui confini anche temporali sono chiari (durata media di una visita, di un ricovero ospedaliero ecc.), nel comparto assistenziale si parla di presa in carico, i cui contenuti e la cui durata non sono definibili a priori, a tavolino. Nel sociale, inoltre, agisce una molteplicità di figure professionali, i cui training formativi e prestazioni possono variare da caso a caso. Sono presenti: assistenti sociali, educatori, operatori, assistenti domiciliari, mediatori ecc. le cui competenze professionali possono a volte anche sovrapporsi, ovvero, a parità di etichetta, possono essere diverse. L'accreditamento è una procedura pressoché impossibile, spesso l'affidamento a terzi (ad esempio soggetti di terzo settore) di servizi e prestazioni viene fatta secondo la logica della gara di appalto.

La sviluppo, in questi ultimi decenni, di modelli locali di welfare nell'ambito dell'assistenza, è stato più un effetto della l. n. 382/1975 e relativo d.att. 616/1977 (trasferimento delle competenze assistenziali a regioni e comuni) che il risultato di un progetto unitario, quantomeno sul versante delle linee guida e delle scelte politiche di fondo. Su tale sviluppo hanno inciso profondamente le capacità politiche, gestionali, amministrative, le competenze professionali, la cultura dei servizi e la tradizione civica che i singoli territori hanno saputo esprimere, una volta investiti della responsabilità di organizzare un sistema integrato di servizi. Alta dunque appare: 1. la variabilità dei modelli, anche all'interno di uno stesso territorio, e 2. la frammentarietà che la riforma del Titolo v della Costituzione asseconda. Infatti, in nome del principio di sussidiarietà verticale, la competenza esclusiva in ambito sociale è dell'ente periferico, che agisce senza avere come linea di guida un piano assistenziale nazionale.

Nell'analisi dei modelli di welfare empiricamente realizzati a livello regionale, utilizzando come prospettiva di studio l'integrazione socio-sanitaria, è dunque importante avere presente la situazione sopra descritta, per cercare di comprendere e meglio spiegare le caratteristiche dei singoli territori.

1.2. I modelli empiricamente rilevabili nel tempo

Sulla base del quadro legislativo che, come si è visto, si è modificato nel tempo, e alla luce dei problemi sopra enucleati, si vedrà di seguito come le singole regioni si sono attivate e organizzate per implementare i processi di integrazione socio-sanitaria, quali problemi hanno incontrato, quali soluzioni hanno adottato. Nella fase iniziale, a ridosso dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale, si possono individuare quattro modelli (ZURLA 1986):

- la forma associata: USL gestisce tutte le funzioni (sociali e sanitarie): Molise;
- la forma della delega: alla USL vengono assegnate alcune funzioni socio-assistenziali esplicitamente indicate: Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Sicilia, Provincia di Trento;
- la gestione associata dei servizi socio-assistenziali da parte dell'ASL solo per quelle che dimostrano una specifica attinenza con i servizi sanitari (Liguria) o contempla deroghe a favore della gestione di tali servizi da parte dei comuni singoli o in via provvisoria (Piemonte) o per valorizzare le circoscrizioni comunali (Toscana);
- la forma della separazione: i comuni singoli mantengono le competenze socio-assistenziali: Puglia.

Permangono una serie di nodi critici che ogni regione cerca di sciogliere sulla base della propria tradizione, cultura e prassi istituzionale. Nodi critici che possono riassumersi nei termini seguenti: definizione del quantum di sociale e del quantum di sanitario, del tipo di prevalenza per aree problematiche, bisogni e/o utenti; modalità gestionali: chi ha la responsabilità gestionale; chi fa i programmi; chi paga; a chi rispondono gli operatori delle équipes multidisciplinari (ente di appartenenza o ente che gestisce il servizio).

Dopo circa vent'anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, alla luce di un quadro normativo maggiormente precisato è possibile delineare quelli che sono i prerequisiti e gli strumenti per l'integrazione sanitaria e quindi valutare in che misura le singole regioni hanno recepito e dato consistenza ai requisiti. Su questa linea si sono mossi Cepiku e Meneguzzo (2009) che hanno individuato i seguenti requisiti:

- a) Interventi di coordinamento che si collocano a più livelli:
 - sovraordinato: organismi regolatori che definiscono: obiettivi, modalità di finanziamento degli attori, valutazione dell'operato degli attori;
 - istituzionale: collaborazione tra aziende sanitarie e amministrazioni locali che si organizzano per conseguire obiettivi di salute condivisi;

- gestionale, a livello di struttura operativa (distretto e singoli servizi);
- professionale: gruppi di lavoro. Aspetti dell'integrazione professionale: unità valutative integrate; gestione unitaria della documentazione; valutazione impatto economico delle decisioni; definizione delle responsabilità nel lavoro integrato; continuità terapeutica tra ospedale e distretto; collaborazione tra strutture domiciliari e servizi territoriali; predisposizione di percorsi assistenziali appropriati; utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

b) Strumenti giuridici per l'integrazione istituzionale: convenzioni, accordi di programma, protocolli d'intesa.

c) La dimensione territoriale e gli strumenti operativi: distretto e PDZ (costruito con l'ausilio dei vari strumenti giuridici).

Definiti i criteri, Cepiku e Meneguzzo (2009) hanno condotto una ricerca in cui hanno rilevato, regione per regione:

- l'integrazione strutturale: a livello di assessorati, di strutture tecnico-amministrative, territoriali (coerenza tra ambito sociale e distretto sanitario);
- i meccanismi di coordinamento: programmazione e pianificazione integrata (unico piano socio-sanitario), tavoli di concertazione, gruppi di lavoro interassessorili o interdirezionali; altri strumenti.

Le regioni sono state raggruppate in base a:

- unitarietà o meno degli assessorati e delle direzioni responsabili delle politiche sociali e sanitarie;
- diffusione degli strumenti d'integrazione e coordinamento (gruppi di lavoro infra-dipartimentali, fondi di finanziamento condivisi, piani socio-sanitari integrati, coincidenza tra distretti sanitari e ambiti sociali ecc.).

Sulla base dei criteri-indicatori sopra evidenziati, gli Autori hanno ipotizzato l'esistenza di quattro modelli ideal-tipici, collocabili nel punto di convergenza dei valori estremi della scale di integrazione e di quella del coordinamento:

- politiche integrate strutturalmente (alta integrazione-basso coordinamento);
- buona integrazione delle politiche (alta integrazione-alto coordinamento);
- politiche non integrate (bassa integrazione-basso coordinamento);
- politiche coordinate (bassa integrazione-alto coordinamento).

Sull'asse a-d si collocano le regioni che hanno ritenuto che la sola integrazione strutturale (unico assessorato) fosse sufficiente a conseguire l'integrazione e sul polo opposto le regioni che pur avendo conservato distinti i due assessorati hanno fatto ampio ricorso agli strumenti di co-

ordinamento; sull'asse c-b troviamo le regioni che hanno mantenuto nettamente separati il sociale dal sanitario sia dal punto di vista strutturale che del coordinamento e, all'opposto, le regioni che hanno cercato l'integrazione sia attraverso l'integrazione strutturale che il coordinamento.

Sia la dimensione dell'integrazione che quella del coordinamento sono state graduate al loro interno e dal loro gioco combinato emergono sette modelli di integrazione socio-sanitaria:

1. regioni ad alta integrazione strutturale e poco coordinamento: Basilicata, Calabria, Valle d'Aosta;
2. regioni ad alta integrazione strutturale e medio coordinamento: Provincia di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna;
3. regioni a media integrazione strutturale e poco coordinamento: Liguria, Puglia, Veneto;
4. regioni a media integrazione strutturale e medio coordinamento: Emilia Romagna;
5. regioni a media integrazione strutturale e alto coordinamento: Toscana, Umbria;
6. regioni a bassa integrazione strutturale e poco coordinamento: Abruzzo, Campania, Molise, Provincia di Trento;
7. regioni a bassa integrazione strutturale e medio coordinamento: Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Sicilia.

Come sottolineano i due Autori (CEPIKU, MENEGUZZO 1999) nessuna delle regioni ha raggiunto obiettivi ottimali in termini di integrazione, in quanto spesso elevati livelli di integrazione strutturale non sono stati accompagnati dall'introduzione di strumenti operativi; rimane tuttavia, come dato di fatto interessante, che la maggior parte delle regioni (soprattutto quelle che si collocano nei livelli intermedi delle due dimensioni esaminate: integrazione e coordinamento) hanno affrontato il tema e alla luce della normativa vigente che non impone un unico modello, hanno sviluppato strategie e fatto specifiche scelte politiche.

Infine, una ricerca più recente, ma condotta su un numero ridotto di regioni, ha comunque riconfermato che le singole realtà regionali hanno imboccato strade parzialmente diverse, se non divergenti in tema di integrazione socio-sanitaria. Avanzini e De Ambrogio (2008) individuano:

- modello partecipativo-controllante: ASL con funzione di partner e di controllo: Lombardia;
- modello partecipativo con rischio di delega: ASL con funzioni di gestione dei servizi e di effettiva regia dei PDZ: Veneto;
- modello partecipativo di nuova fondazione: nuovo luogo dell'integrazione sono le Società della salute, un ente autonomo al quale sono delegate tutte le funzioni sociali e sanitarie, dotato di suo

- personale e risorse che copre un territorio dalle dimensioni sovra-comunali: Toscana;
- modello partecipativo di partenariato: ASL come partner della programmazione per la materia socio-sanitaria: Emilia Romagna, Sardegna.

Tab. 1. Tipi di integrazione socio-sanitaria

	Regioni		
Integrazione delle strutture organizzative	Strumenti di coordinamento (*)		
	Poco diffusi	Mediamente diffusi	Ampiamente diffusi
Alta Unico assessorato e unica direzione per politiche sanitarie e sociali	Basilicata Calabria Valle d'Aosta	Bolzano Friuli-Venezia Giulia Sardegna	
Media Unico assessorato o unica direzione	Liguria Puglia Veneto	Emilia Romagna	Toscana Umbria
Bassa Due assessorati e due direzioni	Abruzzo Molise Campania Prov. Trento	Lazio Lombardia Marche Piemonte Sicilia	

(*) Sono state censite 11 tipologie di strumenti e le regioni sono state classificate in base alla numerosità di quelli adottati. Fonte: Cepiku e Meneguzzo (2009, p. 100)

Non è possibile, ovviamente, mettere a confronto, con l'obiettivo di individuare linee comuni o divergenti, ricerche molto diverse, quanto a impostazione e finalità. Tuttavia appare evidente come, chiusa la fase pionieristica dell'attivazione sul territorio della rete socio-assistenziale così come prevista dal Servizio sanitario nazionale, il tema-problema dell'integrazione socio-sanitaria è stato affrontato dalle singole regioni sperimentando modelli, strategie e pratiche: questa fase di sperimentazione ha fatto sì che si potessero individuare i prerequisiti (minimi e massimi) per un'integrazione sia a livello istituzionale, che gestionale e professionale (BEZZE, VECCHIATO 1997) e su questa base cominciare a verificare le scelte politiche e gestionali delle singole regioni.

La ricerca di Cepiku e Meneguzzo (2009), che ha interessato tutte le regioni, suggerisce interessanti considerazioni. Per facilità di lettura riportiamo i dati nella tabella 1.

Come si può notare, sul versante dell'integrazione, la riga più nutrita è l'ultima: otto regioni più la Provincia di Trento hanno sviluppato pochi strumenti di integrazione istituzionale e altrettanto scarsi strumenti di coordinamento. Sul livello medio dell'integrazione strutturale troviamo sei regioni, di cui tre hanno fatto ricorso a pochi strumenti di coordinamento, che sono diffusi in maniera più significativa nelle restanti tre regioni. Infine sul livello alto dell'integrazione strutturale, vi sono cinque regioni e la Provincia di Bolzano, al cui interno il ricorso agli strumenti di integrazione è poco o mediamente diffuso.

Per quanto attiene al coordinamento, tenendo comunque in considerazione che il livello alto è toccato da solo due regioni, si può dire che le restanti diciotto si dividono quasi equamente tra livello medio (dieci regioni e la Provincia di Bolzano) e basso (nove regioni e la Provincia di Trento). Si rileva, tuttavia, una maggiore difficoltà delle regioni meridionali anche sul tema del coordinamento: infatti, mentre tra le undici realtà territoriali che sperimentano livelli medi di coordinamento, otto sono del Centro-Nord, sui restanti nove ambiti territoriali (livello di coordinamento basso), ben sei sono collocati al Sud. Indubbiamente, sia al Nord che al Sud vi sono delle interessanti eccezioni, tuttavia destano preoccupazione le Regioni Abruzzo, Molise, Campania e la Provincia di Trento che non sono ancora riuscite a fare passi significativi nella direzione dell'integrazione istituzionale e del coordinamento. Così come l'esperienza di Basilicata, Calabria e Valle d'Aosta dimostra che la sola integrazione strutturale non garantisce di per sé l'esistenza di un livello medio di coordinamento. Emilia Romagna, Toscana e Umbria si collocano a livelli intermedi: media integrazione strutturale e medio-alto coordinamento.

In tema dunque di politiche di integrazione socio-sanitarie, si riconferma un dualismo Centro-Nord e Sud che sembra riconfermare le tesi di Putnam (1993) e Ricolfi (2010), anche se si rilevano inaspettate eccezioni, che, nel bene e nel male, sembrano suggerire che la situazione si sta modificando. Si ricorda a tale proposito che, a partire da dati molto diversi e riferiti al 2006, Ricolfi (2010) distingue (nel bilancio dare-avere, in termini di capacità produttiva e spesa per abitante) tra regioni deboli e regioni forti e all'interno delle due categorie, divide tra regioni assistite, aiutate, spogliate e privilegiate. Tra le regioni deboli, Ricolfi dicotomizza tra quelle assistite (in ordine decrescente: Umbria, Sardegna, Molise, Sicilia, Basilicata e Calabria) e quelle aiutate (in ordine decrescente: Abruzzo, Campania e Puglia); tra le forti abbiamo le regioni spogliate (in ordine decrescente: Marche, Veneto, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana) e regioni privilegiate (in ordine crescente: Liguria, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige, Lazio e Valle d'Aosta). La natura dei dati (originati da ricerche non comparabili) non consente di ricostruire i modelli d'integrazione

socio-sanitaria delle regioni e loro collocazione tra le regioni forti e deboli, assistite, aiutate, spogliate e privilegiate. Ma molto verosimilmente alcune situazioni polarizzate sull'asse dell'integrazione strutturale e del basso coordinamento potrebbero anche essere influenzate dai modelli d'impiego e gestione delle risorse pubbliche, che possono inibire o incentivare la sperimentazione di nuove strade o il disinteresse per l'introduzione di strumenti più efficienti ed efficaci di erogazione delle risorse.

Il lavoro di Ricolfi sulla giustizia territoriale, suggerisce che l'introduzione di criteri valutativi inerenti la qualità dei servizi socio-sanitari integrati, la loro efficacia ed efficienza, i costi, la soddisfazione degli utenti oltre che la qualità delle cure, la facilità di accesso, l'unitarietà dell'accesso e della presa in carico, la titolarità degli interventi (diretta da parte dell'ente pubblico, in convenzione o per accreditamento) consentirebbe di valutare in maniera puntuale e pertinente quale modello di welfare locale risponde meglio ai bisogni di cura del territorio che di fatto esso governa.

1.3. Per concludere: i modelli « possibili »

Nonostante un quadro legislativo che ha cercato, nel tempo, di dare alcune risposte ai molteplici interrogativi che le politiche d'integrazione socio-sanitaria sollevano, pur nel rispetto delle autonomie regionali, si può dire che ancora si è nella fase della messa a punto di strategie adeguate ed efficaci. Ha lavorato molto nella direzione dell'approfondimento di tutte le problematiche connesse all'integrazione socio-sanitaria la Fondazione Zancan (VECCHIATO 2000; VECCHIATO ET AL. 2008; BEZZE, VECCHIATO 2007) con un'attenzione sia agli aspetti teorici che empirici (di valutazione in specifiche aree territoriali dell'esistente).

Tab. 2. Livelli di integrazione socio-sanitaria

Livelli di Integrazione	Strumenti	Contenuti
Istituzionale	Accordo di programma; Programma delle attività territoriali (PAT), Piani di Zona (PDZ)	Responsabilità istituzionali: funzioni attribuite agli enti locali e alle AUSL; Finanziamenti; Programmazione
Gestionale	Deleghe, associazioni, accesso unitario ecc.	Modalità gestionali: associazioni, deleghe; Ambito gestionale: distretto; Aree di bisogno, livelli essenziali di assistenza, prestazioni
Professionale	Cartella unitaria, valutazione multidimensionale del bisogno, lavoro per progetti	Gruppi multiprofessionali; Professioni socio-sanitarie

Fonte: BEZZE, VECCHIATO 2007.

La specificazione sulla carta dei requisiti essenziali per la realizzazione di politiche integrate, quale si evidenzia nello specchietto riassuntivo sopra allegato, si scontra spesso con le difficoltà di verificare come dalla teoria si sia passati alla pratica, quando ci si deve confrontare contemporaneamente con temi che riguardano la salute mentale, l'handicap, la lunga degenza, le dipendenze ecc. Quando in altri termini, si deve tener conto dei modelli organizzativi e professionali che i diversi servizi sanitari e sociali hanno espresso (basti solo ricordare che sulla scacchiera dei servizi sanitari sono presenti tante pedine: medicina di base, specialistica, distretto, ospedale, dipartimenti ecc.).

La complessità del quadro aveva indotto alcuni studiosi (ZURLA 1986) ad assumere la prospettiva della strategia inter-organizzativa: formulare un joint program, senza necessariamente prevedere un livello unico di gestione, programmazione ed erogazione di interventi integrati. In tale prospettiva si proponeva il seguente piano di lavoro:

- stesura di un PDZ con funzione di programmazione;
- individuazione di progetti-obiettivi: riferimento obbligato per l'implementazione di politiche integrate in campo sociale e sanitario, alla cui realizzazione concorre un insieme coordinato di risorse appartenenti ad apparati organizzativi diversi;
- localizzazione delle prestazioni nel distretto: erogazione delle prestazioni;
- équipe di distretto: metodologia di lavoro.

L'esperienza delle società della salute maturata in Toscana dimostra che sono possibili altre e nuove strategie di gestione della complessità dell'integrazione socio-sanitaria.

La necessità di introdurre per molti aspetti alcuni elementi di semplificazione che rendano possibile non tanto la stesura di un piano socio-sanitario integrato, quanto la sua valutazione in termini di efficacia ed efficienza è sottolineata da Longo (2009), che tende a precisare che, in termini organizzativi, diventa prioritario definire, sia nella fase della progettazione che in quella dell'esecuzione, a quale livello di integrazione ci si colloca (istituzionale, gestionale, professionale o dal punto di vista dell'utente fruitore). In considerazione della centralità dell'interesse del consumatore finale (l'utente) che in definitiva è quello che giustifica uno sforzo in direzione della integrazione, Longo (2009) propone di assumere la prospettiva di una «rete interaziendale, definita come un insieme di istituti giuridicamente autonomi, con distinti soggetti economici, caratterizzati da interdipendenze organizzate, per generare valori di sistema distribuito tra i nodi».

Costituiscono tratti distintivi di una rete interaziendale:

- presenza di una pluralità di istituti autonomi, ognuno dotato di un proprio soggetto economico;

- interdipendenza dei nodi;
- le interdipendenze sono organizzate;
- capacità delle reti di distribuire equamente tra i nodi il valore aggiunto di sistema generato;
- disponibilità di tutti i nodi a cedere alla rete alcune prerogative di governo, rinunciando ad alcuni gradi di autonomia.

Per il settore socio-sanitario si possono individuare distinti livelli di analisi del concetto di integrazione, a cui abbinare successivamente precisi strumenti manageriali:

- integrazione delle strategie e delle politiche aziendali;
- integrazioni logistico-organizzative;
- unitarietà diagnostico-terapeutica;
- unitarietà del percorso di fruizione.

In tale prospettiva, l'enfasi sui modelli teorici o ottimali di welfare locali perderebbe molta della sua crucialità, a favore di una progettazione dinamica che costruisce il modello attraverso step alternati di progettazione - implementazione - valutazione - riprogettazione.

Nell'analisi dei modelli di welfare locali visti dalla prospettiva dell'integrazione socio-sanitaria le ricerche e gli studi condotti sul campo dimostrano quanto possa essere fallace la mera integrazione strutturale, che disegna sulla carta un modello privo dei reali strumenti di coordinamento e quanto, invece, la cultura organizzativa, le pratiche sedimentate nei servizi, la prospettiva olistica come modo di guardare alla qualità della vita degli utenti e della collettività, la conoscenza delle reali risorse delle comunità e dei territori possano favorire una reale e buona integrazione socio-sanitaria dal basso. La crescente complessità organizzativa dei sistemi sociali e sanitari non può essere dominata-controllata da una sorta di Panopticon che tutto vede e sorveglia, ma deve essere affrontata con progetti a termine, sperimentali e sperimentabili, valutati in tutte le loro fasi che rispondono ad alcuni dei problemi-fattori che spesso alimentano la complessità.

La ricerca, di cui si presentano i risultati nella parte successiva del presente capitolo, si è mossa nella direzione di individuare i modelli di welfare locale, in rapporto alle politiche d'integrazione, con l'obiettivo di verificare la corrispondenza fra il dato legislativo e le pratiche e le culture organizzative. Consapevoli dell'estrema difficoltà di ricondurre le diverse aree territoriali all'interno di una modellistica semplificata e tenendo conto che in tema di servizi sociali e sanitari le regioni sono chiamate ad attuare il dettato legislativo nazionale, producendo a loro volta uno specifico quadro istituzionale, nella presente ricerca ad un'analisi precisa e puntuale della normativa regionale in tema di integrazione socio sanitaria, ha fatto seguito una serie di colloqui in profondità con

dirigenti regionali e focus group con funzionari e operatori dei servizi con l'obiettivo di verificare il livello e il grado di attuazione della legge regionale, i nodi critici individuati nel processo di implementazione dei servizi, le difficoltà organizzative, le resistenze da parte di operatori che hanno alle spalle diverse culture professionali, a seconda dell'ente di appartenenza (sanitario o sociale), elementi e fattori che hanno facilitato o meno la transizione verso un modello integrato di servizi sociali e sanitari. Il quadro legislativo è stato analizzato per mettere in evidenza come l'integrazione socio-sanitaria fosse coniugata (definita) dal punto di vista istituzionale, organizzativo e professionale; la testimonianza di dirigenti, funzionari e operatori ha consentito di ricostruire tutto il dibattito interno ai servizi che ha accompagnato la tematica in oggetto che, per molti aspetti, ha rappresentato il valore-obiettivo organizzativo intorno al quale si sono costruite professionalità e competenze di una generazione che, forse, quando uscirà di scena, non avrà nessuno a cui passare il testimone.

La necessità di un confronto tra il piano formale (normativo) e quello concreto delle pratiche e delle scelte operative affonda le sue radici nella consapevolezza che il tema dell'integrazione dei servizi socio-sanitari è per molti versi una sorta di cantiere aperto da quasi quaranta anni, come l'ampia produzione legislativa nazionale e regionale conferma. Quindi nei diversi territori regionali si sono sedimentate pratiche, sperimentazioni, abitudini, tradizioni e modalità di organizzazione e gestione dei servizi che in un modo o nell'altro influenzano il modello di integrazione locale, che ha preso forma e che si può rilevare alla fine del 2010.

2. L'interazione delle politiche in pratica

Lo studio empirico dell'integrazione fra le politiche ha preso in considerazione tre dimensioni: la prima, strettamente culturale, riguarda l'idea di integrazione che emerge dall'analisi della normativa e dalle interviste ai testimoni privilegiati. In questo senso si è cercato di capire quale rappresentazione socialmente costruita¹ le diverse regioni intenda-

1. Con il termine rappresentazione sociale facciamo riferimento al concetto elaborato da Moscovici (1961), secondo il quale un gruppo o una comunità elaborano appunto delle rappresentazioni di un oggetto sociale in modo da permettere ai propri membri di comportarsi e di comunicare in modo comprensibile. Esse non sono «opinioni su...» o un «atteggiamenti verso...» ma «teorie» o «branche di conoscenza vere e proprie» utili per organizzare la realtà; non costruiscono il mondo, ma lo ricostruiscono (culturalmente) perché non partono da un dato grezzo, ma da un fenomeno rilevante (nel nostro caso l'integrazione socio-sanitaria) che viene ri-elaborato. Come sottolinea Jodelet (1991) esse sono elaborate dall'interazione

no offrire dell'integrazione stessa. Le altre due dimensioni sono invece pragmatiche e riguardano l'aspetto istituzionale e organizzativo, che sono stati studiati sia a livello regionale che a livello dei territori.

Per realizzare la ricerca sono state indagate alcune dimensioni che nella letteratura risultano essere riconducibili alla dimensione istituzionale, organizzativa e professionale, citate nella normativa stessa e riprese in diverse altre ricerche che hanno studiato questo stesso oggetto.

Nella nostra ricerca abbiamo però incrociato le dimensioni istituzionale e organizzativa con la variabile territoriale (dimensione regionale/dimensione locale), per cercare di comprendere se e come in mondi così diversi viene progettata e agita l'integrazione.

Una prima dimensione di quadro è data dalla vision dell'integrazione, ossia dalla prospettiva culturale attraverso la quale le regioni leggono l'integrazione delle politiche.

Successivamente, sulla dimensione regionale si è approfondita la struttura organizzativa politica e tecnica e si è analizzato lo strumento principe della programmazione dell'integrazione: il piano regionale (sanitario, socio-sanitario, sociale).

Sulla dimensione territoriale si è indagato anzitutto il disegno istituzionale, cercando di comprendere come la regione abbia disegnato la geografia dell'integrazione.

Si sono poi analizzati gli attori dell'integrazione locale: comuni, aziende sanitarie, province, terzo settore, altri eventuali attori, cercando di metterne in evidenza le competenze specifiche, ma soprattutto le relazioni. Ci si è poi dedicati all'analisi degli strumenti di cui si dotano i territori per agire l'integrazione, dedicando una particolare attenzione ai piani territoriali.

Infine, si è analizzata l'integrazione professionale, cercando di comprendere come essa venga disegnata dalla normativa e come invece sia concretamente agita, in quali luoghi e con quali strumenti.

e dai discorsi circolanti nello spazio pubblico, sono iscritte nel linguaggio e nelle pratiche e funzionano come un linguaggio in quanto svolgono una funzione simbolica e di cornice per l'interpretazione dell'«universo di vita». Potremmo dire che esse sono «teorie» che guidano il comportamento.

2.1. La dimensione di quadro culturale

L'analisi ermeneutica, a partire dalle monografie, ha consentito di evidenziare alcune categorie di contenuto ricorrenti sia nella normativa che nelle interviste e nei focus.

A livello normativo emerge la necessità di integrare le politiche in quanto esse devono rispondere ai bisogni delle persone, che non possono essere parcellizzate, ma vanno considerate nella loro integrità.

Mettere al centro delle politiche integrate la persona significa allora dare risposta a bisogni che sono per loro natura complessi.

Come si sottolinea nel Piano della Basilicata, dare risposte integrate ai bisogni dei cittadini che vengono posti al centro delle politiche, attraverso una rivoluzione copernicana che elimina la primazia dei servizi e dell'offerta, significa garantire il «godimento effettivo dei diritti di cittadinanza e quindi di un sistema realmente democratico» (l.r. n. 4/2007, Monografia Basilicata, report di ricerca).

Un modello di questo tipo porta a operare scelte - anzitutto culturali e poi strategiche ed operative - che privilegino la dimensione sussidiaria sia in senso verticale che orizzontale, valorizzando la comunità di vita delle persone come luogo prioritario della costruzione del benessere dei cittadini.

Il modello di riferimento è allora quello del welfare comunitario, come indicato dalle Marche e dalla Liguria: «l'ente pubblico ha il compito di valorizzare "il capitale sociale e realizzare la welfare community, ovvero una comunità solidale"» (PSIR, Monografia Liguria).

Appare ovvio che l'integrazione non deve avvenire solo a livello socio-sanitario, ma deve prevedere una integrazione fra tutte le politiche: solo così infatti viene garantita la presa in carico del benessere globale del cittadino.

«Un sistema che armonizza tutti gli interventi di politica sociale in senso lato: socio-sanitario, assistenza, educazione, lavoro, casa, trasporti, ambiente» (l.r. n. 4/2007, Monografia Basilicata).

Dall'analisi fenomenica sono emerse in particolare due dimensioni di grande interesse: anzitutto il fatto che l'integrazione delle politiche sembra essere implementata soprattutto in quei territori dove sia gli attori istituzionali che i cittadini hanno ben chiara l'idea della necessità di dare (ricevere) risposte articolate a bisogni complessi: «diciamo che in Toscana c'è già di fondo una grande cultura dell'integrazione che viene dalla storia. Questo sicuramente è un qualcosa che ha facilitato la Regione e chi lavora sul territorio. Però bisogna promuoverla, incentivarla, perché comunque non è facile mettere insieme professionalità, percorsi culturali diversi. Quindi anche legare qualsiasi tipo di azione a questo concetto di integrazione. Se si valutano dei progetti, valutare anche come indicatore il livello d'integrazione raggiunto; quando si richiede di raggiungere determinati obiettivi,

valorizzarlo sia a livello di programmazione che a livello di strumenti di valutazione. E poi mettere in campo delle azioni specifiche proprio che servono a fare cultura: sia a livello degli operatori - è fondamentale, sia a livello della cittadinanza, che poi è la domanda. In Toscana quello che si è sempre storicamente notato è che c'è una domanda anche piuttosto qualificata delle persone che si aspettano un certo livello di servizi, si aspettano dal sociale una certa traiettoria» (funzionario regionale, Monografia Toscana).

La seconda dimensione emersa riguarda le criticità che i testimoni, sia della Regione che dei territori, fanno emergere nell'implementazione concreta della integrazione come descritta sopra, criticità che vanno ricondotte soprattutto alle profonde differenze culturali che si sono sedimentati negli anni fra ambito sociale e ambito sanitario.

Ci sono inoltre regioni, come la Sardegna, che avevano in passato già raggiunto buoni livelli d'integrazione, ma che sono state interessate da nuovi cambiamenti che, anziché portare verso forme più evolute di integrazione, hanno di fatto rallentato il passo: «è avvenuta una rivoluzione copernicana, perché con la precedente amministrazione questo servizio si chiamava "servizio di integrazione socio-sanitaria" (oggi si chiama Servizio programmazione e integrazione sociale, ndr) [...] quindi i percorsi di integrazione che avevamo già raggiunto da tanto tempo... puff! E non c'è stato verso: le due cose [sociale e sanitario, ndr] sono state separate nettamente» (Monografia Sardegna).

L'esempio della Sardegna appare emblematico di come la dimensione politica possa influenzare processi virtuosi di integrazione in ambito territoriale, rappresentando in senso positivo lo stimolo per l'attivazione e implementazione dei processi, in senso negativo per l'interruzione di processi virtuosi in atto. Questo secondo caso si dimostra problematico su più aspetti: incide ovviamente sul sistema organizzativo, che si andava strutturando in modo integrato e improvvisamente viene scisso; incide sul sistema motivazionale dei soggetti interessati; incide sulla qualità dei servizi al cittadino; incide sul sistema sociale e sanitario che in alcune zone si auto-organizza indipendentemente dal dettato normativo, creando in questo modo pratiche di integrazione che nascono secondo una logica bottom-up, ma che non hanno riscontro a livello politico.

Nonostante le difficoltà, tuttavia, sembra che la dimensione territoriale locale, quella che nella vision dovrebbe essere l'ambito nel quale maggiormente l'integrazione si realizza, perché più vicina al cittadino, goda di un'abitudine al lavoro comune che favorisce l'integrazione:² «A livello ter-

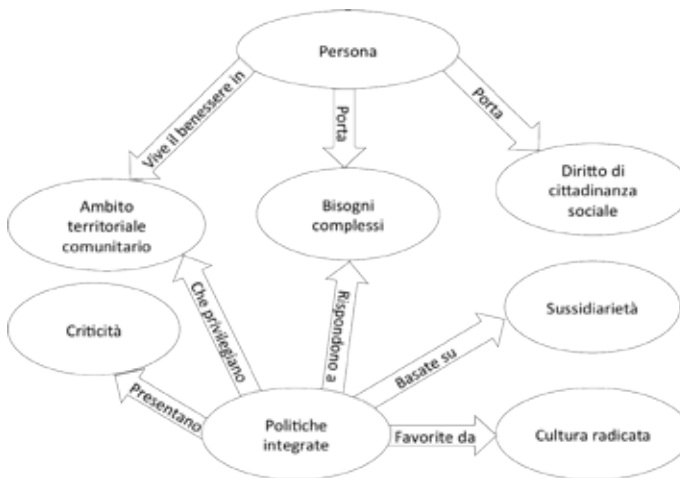
2. Sul tema dell'importanza della risorsa umana per costruire l'integrazione torneremo più avanti.

ritoriale, nonostante le già note difficoltà legate alla carenza di personale da dedicare al lavoro comune, e alle difficoltà legate al fatto di provenire da due ambiti completamente diversi come approccio, emerge una sorta di abitudine al lavoro comune, sviluppata in altri periodi e con altre amministrazioni, che oggi consente di superare, almeno in parte, i problemi maggiori» (Monografia Sardegna).

In sintesi (figura 1) emerge un quadro della «cultura» dell'integrazione in cui la persona, posta al centro delle politiche, è portatrice di un diritto di cittadinanza sociale e insieme di bisogni complessi e articolati, cui solo politiche integrate sono in grado di rispondere in modo organico e non parcellizzato e parcellizzante. Tali politiche sono basate sul principio di sussidiarietà sia verticale (fra i diversi livelli istituzionali) sia orizzontale (fra pubblico, privato sociale, soggetti sociali) e sono favorite dalla presenza di una cultura dell'integrazione e della cooperazione storicamente radicata. Il livello prioritario nel quale creare integrazione è il territorio, in quanto è nell'ambito comunitario che le persone vivono e cercano le risposte per il loro benessere.

La creazione di politiche integrate secondo questa logica si scontra con alcune criticità legate alle culture diverse (soprattutto fra sociale e sanitario) e ai cambiamenti politici.

Fig. 1. La mappa concettuale della vision dell'integrazione



Se dall'analisi della normativa è possibile rilevare due estremi, in merito alle logiche dell'integrazione, che sono rappresentati da una parte dalla logica della distinzione come «necessità di tenere distinto il sociale

dal sanitario ed arginare processi di medicalizzazione del sociale» (Monografia Campania), e dall'altra parte la logica dell'integrazione *ab initio* (Toscana con le Società della salute, Liguria con i distretti socio-sanitari, Basilicata, con la dichiarazione presente nella l. n. 4/2007 che i servizi devono nascere già in modo integrato), esistono poi tutta una serie di indicazioni normative che possono essere riassunte in tre concetti-chiave:

- coordinamento: questo significa che si parte da realtà esistenti separate che devono però lavorare per creare un accordo. Come sottolinea Ferrario (in BISSOLO, FAZZI 2004), possiamo avere coordinamento quando si sviluppano «connessioni tra diverse organizzazioni e professionalità, per rafforzare gli effetti degli interventi sulle persone che richiedono i servizi»;
- concertazione: partendo da posizioni differenti, da politiche/servizi già esistenti e separati, si collabora per trovare soluzioni condivise o armonizzate. È la situazione in cui i soggetti agiscono separatamente, in autonomia, attivando però flussi di comunicazione reciproca. È questa la situazione che potremmo definire di negoziazione classicamente intesa;
- cooperazione: partendo da soggetti diversi si cerca di lavorare in rete, costruendo servizi/progetti/interventi integrati. Questo richiede la messa in atto di comportamenti solidaristici fra attori diversi, accomunati però dalla condivisione di un obiettivo comune.

Dall'analisi della normativa e delle interviste emerge che le tre dimensioni sopra evidenziate non vanno considerate come alternative all'interno della stessa regione o territorio, ma tutte e tre trovano spazio nel dettato legislativo e nella prassi operativa. La discriminante per quanto riguarda il livello d'integrazione sembra essere da una parte la presenza o meno di una cultura cooperativa del territorio, e dall'altra l'ambito di intervento (ad esempio l'integrazione è molto presente nella non autosufficienza, ma meno nell'ambito dei minori, questo anche perché nel settore della non autosufficienza è apparentemente più immediato cogliere il nesso fra sociale e sanitario).

2.2. La dimensione regionale

L'analisi della dimensione regionale dell'integrazione socio-sanitaria è stata realizzata ricostruendo:

- l'organizzazione politica;
- l'organizzazione tecnica;
- gli Strumenti dell'integrazione;
- la Percezione dell'integrazione (ovviamente questa dimensione interessa solo la parte fenomenica).

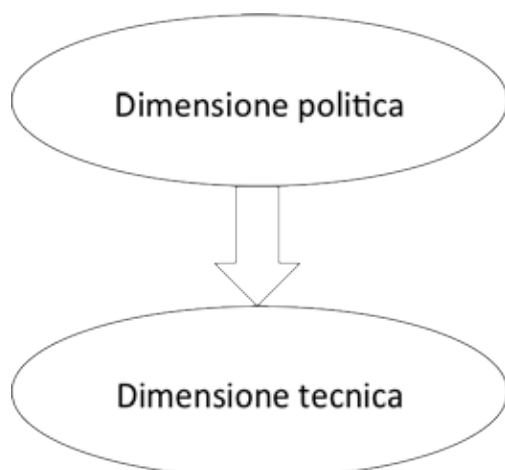
L'organizzazione politica è stata ricostruita attraverso l'analisi dell'organizzazione degli assessorati, verificando - attraverso lo studio dei siti istituzionali delle regioni - l'esistenza di un unico assessorato che accorpa le deleghe sul sociale e sul sanitario (unitarietà strategica) o, viceversa, l'esistenza di più assessorati (negoziato strategica) che incidono sul sociale e sul sanitario. Analogamente si è verificato se dal punto di vista tecnico esistesse una direzione/dipartimento unico che integrasse sociale e sanitario (unitarietà tecnica) o se viceversa fossero separati (negoziato tecnica). Al 31/12/2010 la situazione era la seguente:

Tab. 3. L'organizzazione tecnico- politica

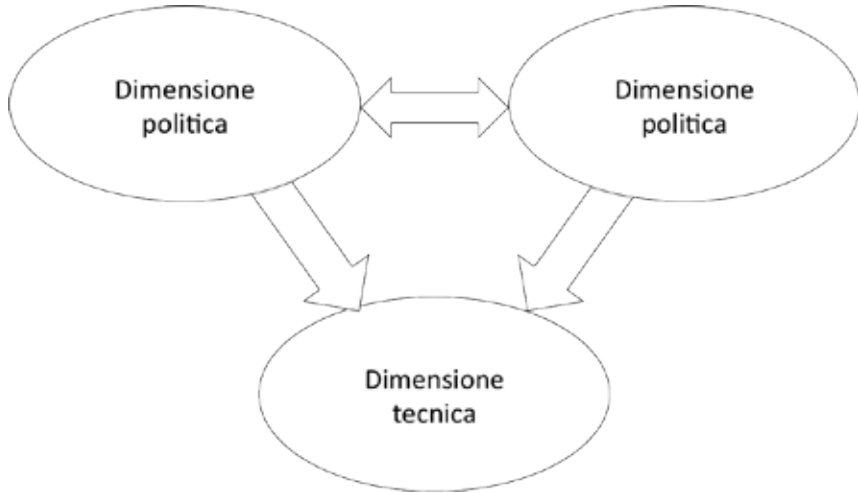
	Unico Dipartimento/Direzione Unitarietà tecnica	Più Dipartimenti/Direzioni Negoziato tecnica
Unico Assessorato Unitarietà strategica	Basilicata, Friuli Venezia Giulia	Sardegna
Più Assessorati Negoziato strategica	Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Umbria, Veneto	Campania, Marche, Molise, Puglia

Dalla tabella sopra riportata emergono di fatto quattro tipologie di situazioni strategico-operative.

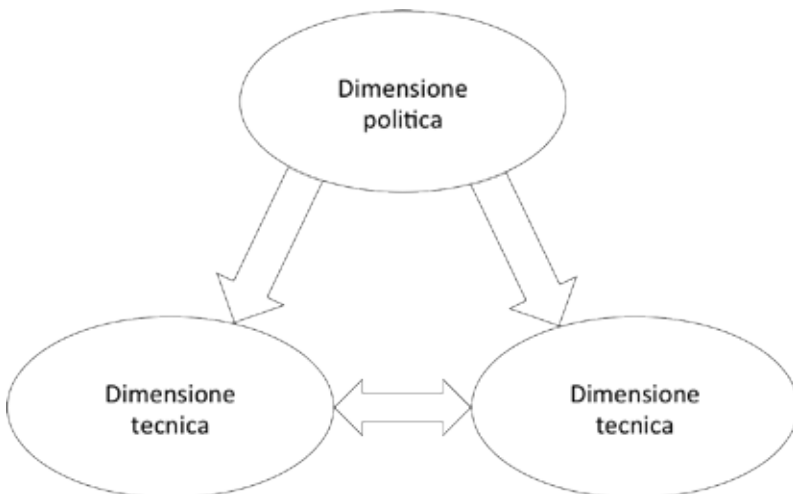
1. La situazione in cui c'è sia unitarietà strategica che tecnica: appare questa una situazione apparentemente di facile gestione in quanto la «filiera» politico-tecnica è lineare:



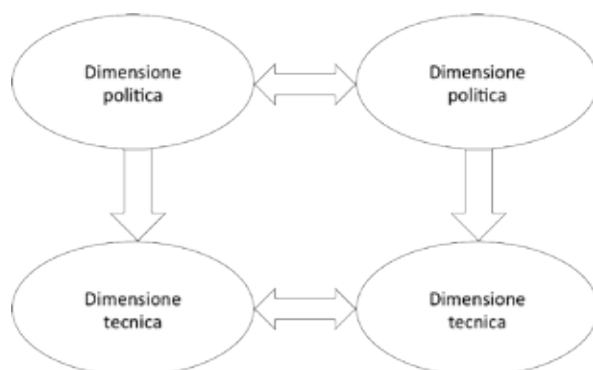
2. La situazione in cui vi sono più assessorati chiamati dunque a negoziare le strategie politiche di integrazione, a fronte di una sola struttura tecnica: il problema qui può essere quello dei processi comunicativi sia a livello orizzontale che verticale:



3. La situazione in cui vi è una unitarietà strategica, ma vi sono più strutture organizzative: apparentemente anche questa sembra essere una situazione non problematica, a patto che le strutture organizzative abbiano sviluppato un habitus di tipo collaborativo-negoziante:



4. La situazione della doppia negoziazione, in cui abbiamo più assessorati e più dipartimenti/direzioni: questo chiede dunque un doppio livello di integrazione, e sembra essere il modello più complesso da realizzare:



Alcune regioni in cui le competenze politiche in materia sociale e sanitaria sono suddivise in più assessorati hanno istituito degli organismi che hanno il compito di favorire l'integrazione attraverso funzioni di coordinamento:

- la cabina di regia regionale per l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie nelle Marche e in Emilia Romagna;
- il coordinamento regionale permanente per la programmazione socio-sanitaria in Campania;
- il centro per l'integrazione socio-sanitaria in Molise.

La Puglia ha creato un Servizio programmazione sociale e integrazione socio-sanitaria, che tuttavia sembra interfacciarsi solo con l'ambito sociale. Anche il Friuli Venezia Giulia, pur avendo una struttura unitaria sia a livello politico che tecnico, ha creato una struttura di coordinamento, il Comitato per l'integrazione delle politiche per la cittadinanza sociale.

Dall'analisi della normativa emerge chiaramente che lo strumento prioritario per la programmazione regionale è rappresentato dal piano regionale sociale, o sanitario, o socio-sanitario.

Abbiamo indagato dunque se la normativa prevede³ la stesura di un

3. Sottolineiamo che qui facciamo riferimento a quanto previsto dalla normativa, e non quanto in concreto esiste nelle diverse regioni: questa parte sarà oggetto di studio nella

unico piano o viceversa di piani distinti, assumendo che l'esistenza di un unico strumento programmatico fosse indicatore di una volontà concreta di costruire l'integrazione in un'ottica strategica. Nella tabella di seguito la situazione al 31/12/2010.

Tab. 4. I piani regionali

2 piani distinti	Unico piano con parti separate	Unico piano
Ma armonizzati (Marche, Campania, Emilia Romagna, Liguria)	Basilicata	Veneto (1996-1998)
Entrambi con una parte sull'integrazione ss (Umbria)		Toscana
Con parte dei LEA condivisa (Puglia)		Approvata solo la parte sanitaria (Sardegna)
Molise, Friuli Venezia Giulia		

Dall'analisi delle interviste ai dirigenti regionali si è ricavato un quadro in merito alla gestione concreta dell'integrazione a livello istituzionale.

Alcune regioni hanno evidenziato l'efficacia della struttura organizzativa così come è stata disegnata nella analisi normativa. È il caso della Liguria, dove la presenza di un'unica struttura di coordinamento può facilitare i processi, nonostante alcune difficoltà: «Diciamo che il fatto di essere un unico Dipartimento aiuta sicuramente, anche se poi in realtà noi ci sentiamo sempre un po' i parenti poveri della sanità [...]. C'è un po' di difficoltà a creare questa cultura [dell'integrazione], che in effetti non è così semplice, e poi comunque il fatto di avere un Dipartimento unico ma di avere due assessori, comunque, ci sono i pro e i contro [...] perché per esempio la stessa strategia che si discute a livello tecnico con il direttore e poi va discusso appunto con l'uno e poi con l'altro assessore» (dirigente regionale, Monografia Liguria).

Anche l'Umbria vede facilitata la sua attività di integrazione socio-sanitaria dall'esistenza di un'unica direzione: «avere una direzione sanità e servizi sociali in qualche modo facilita l'integrazione tra le politiche sociali e sanitarie [...] è un elemento che ci permette di lavorare con

parte di analisi fenomenica. È opportuno inoltre tenere presente che alcune regioni sono in fase di cambiamento per quanto riguarda l'applicazione della normativa e dunque il dettato normativo e la prassi non sempre corrispondono.

documenti di programmazione molto aggiornati» (dirigente regionale, Monografia Umbria).

In Emilia Romagna, invece, viene evidenziata l'efficacia della cabina di regia che aiuta a mantenere forti rapporti collaborativi tra l'Assessorato politiche per la salute e l'Assessorato alla promozione politiche sociali educative per infanzia e adolescenza, immigrazione, volontariato, associazionismo, terzo settore.

In alcune regioni, invece, le interviste ai dirigenti regionali hanno permesso di mettere in luce come, seppure previsti dalla normativa, gli strumenti d'integrazione non funzionino, come nel caso della cabina di regia delle Marche, la Consulta regionale in Basilicata o il Centro per l'integrazione socio-sanitaria in Molise (quest'ultimo trasferito dalla Regione all'Azienda sanitaria proprio per potenziarne l'efficacia).

Sono stati rilevati anche altri strumenti formali nei quali l'attività di cooperazione consente di costruire l'integrazione delle politiche, soprattutto fra sociale e sanitario, che non erano emersi dall'analisi della normativa. Tali strumenti possono essere distinti in due categorie: quelli generali, ossia trasversali rispetto agli ambiti nei quali si realizza l'integrazione, e quelli specifici, ossia quelli che riguardano particolari ambiti di intervento (minori, anziani, non autosufficienza ecc.).

Tra i primi è possibile ulteriormente distinguere tra i soggetti dell'integrazione e i processi dell'integrazione: tra i primi indichiamo il Comitato tecnico di revisione (Toscana), la Conferenza di direzione (Umbria), le conferenze di servizio per fornire pareri congiunti su atti; tra i secondi figurano tutta una serie di procedure formalizzate come la diramazione degli atti in Friuli Venezia Giulia, che impone al soggetto che predispone l'atto di diramarlo, ossia di renderlo noto alle altre direzioni e di cogliere il loro parere prima della sua approvazione definitiva, oppure lo scambio di documenti tra le Direzioni per l'integrazione e la condivisione dei contenuti, come accade in Veneto.

Anche gli strumenti d'integrazione settoriale possono essere suddivisi in due categorie: i luoghi e i documenti. Nel primo caso abbiamo i tavoli intersettoriali e i gruppi di lavoro in Toscana, i tavoli di coordinamento su tematiche di settore (Friuli Venezia Giulia), i tavoli integrati e il Co.Co. Asse (Campania), i gruppi tecnici misti e il gruppo tutela in Veneto, i tavoli in Liguria, i gruppi di lavoro in Puglia. I documenti riguardano ad esempio il piano d'azione regionale per la popolazione anziana in Emilia Romagna (nel 2010 è stato introdotto anche quello per le giovani generazioni).

Da molte interviste emerge l'importanza della dimensione informale dell'integrazione, che può essere di sostegno all'integrazione formalmente disegnata, oppure sostitutiva di un'integrazione formale inefficace.

I colloqui con i dirigenti hanno inoltre consentito di mettere in luce una serie di criticità che rendono problematico il processo di integrazione, riconducibili sotto l'etichetta generale di «cultura»: «a mio parere c'è anche un problema di crescita culturale, di contaminare le culture [...] ci deve essere un reciproco riconoscimento, se le culture non si riconoscono, ma c'è la gara alla supremazia l'integrazione non si farà mai. Siccome la sanità è un settore forte e il sociale è un settore debole si rischia questo» (dirigente regionale, Monografia Umbria).

«Resta sullo sfondo una percezione di scarsa valorizzazione dell'attività sociale rispetto ad altri servizi regionali (come notava un dirigente del Servizio politiche sociali: "Siamo [considerati] un peso, siamo una spesa"), accompagnata e in parte contrastata da una maggiore sensibilità da parte del livello politico verso il sociale» (Monografia Marche).

I cambiamenti politici uniti alla dimensione culturale sopra riportata hanno, nel caso della Sardegna, un peso rilevante nell'aver fatto passi indietro nel processo d'integrazione che stava vivendo una stagione di grande vivacità, come abbiamo già segnalato in precedenza.

Interessante è notare come sia presente anche una cultura dell'integrazione che legge l'integrazione esclusivamente in termini prestazionali, senza prevedere alcun disegno unitario a livello istituzionale: «il socio-sanitario non è una forma istituzionale di erogazione ma è una funzione e in quanto funzione si esplica attraverso un'offerta di servizi che, in qualche modo, in sede di intervento sul cittadino, sia unificata. Ma questo non significa che abbiamo bisogno di una équipe unitaria per fare questo. C'è bisogno che ci sia una integrazione della capacità di destinare la prestazione, non della forma erogativa della prestazione stessa» (dirigente regionale, Monografia Campania).

Dall'analisi delle monografie si è cercato di rilevare la percezione dell'integrazione a livello regionale (di istituzione Regione, dunque) a partire dalle parole dei dirigenti stessi.

Tab. 5. Percezione dell'integrazione a livello regionale

Bassa	Media Tendente al basso Tendente all'alto	Alta
Campania	Friuli Venezia Giulia Molise Basilicata Marche Sardegna Puglia Umbria	Emilia Romagna Toscana Veneto Liguria

La tabella sopra riportata dimostra come buona parte delle regioni analizzate siano percepite dai dirigenti stessi come collocate in una posizione alta o medio-alta dell'integrazione socio-sanitaria.

In particolare Basilicata, Puglia e Umbria, a detta dei dirigenti, stanno operando in modo molto determinato nella costruzione dell'integrazione, sia a livello formale che informale: questo colloca le suddette regioni in una posizione media di integrazione, tendente però verso la piena integrazione.

Le regioni collocate nella dimensione di interazione media tendente al basso risentono talvolta di cambiamenti istituzionali che hanno bloccato processi di integrazione che erano già ben avviati e hanno fatto retrocedere la regione a livelli medio-bassi di integrazione. È ad esempio il caso della Sardegna, del Molise e delle Marche.

La regione Friuli Venezia Giulia sta lavorando in un'ottica di integrazione, ma i risultati sembrano essere ancora lontani: «posto che gli odierni obiettivi tendono tuttora all'integrazione delle politiche non solo della salute e della protezione sociale ma anche di quelle per i trasporti, la casa, il lavoro, l'ambiente ecc., l'organizzazione regionale deve ancora lavorare molto per promuovere e facilitare la realizzazione di interventi multisettoriali. Le strutture e l'organizzazione dei diversi sistemi ed in particolare di quello sanitario e sociale, sono ancora molto diverse in quanto derivano da norme confezionate separatamente per ogni singolo sistema a cui ancora non sempre è facile vengano affidati obiettivi integrati» (Monografia Friuli Venezia Giulia).

Un caso particolare riguarda la Campania: come abbiamo già sottolineato sopra, vi è una visione dell'integrazione di tipo prestazionale, dunque sembra non essere necessario creare integrazione a livello istituzionale, demandando di fatto tutto alla dimensione operativa: «molto spesso rimangono mondi separati anche il sociale e la sanità. Fino a quando viene lasciato tutto sulla base della volontarietà dell'operatore che ci lavora, non può funzionare o può funzionare fino a un certo punto. Gli assessorati sanitari e del sociale si dovrebbero parlare e stabilire delle regole, perché ci sono delle sovrapposizioni, dello spreco di risorse, interventi che ancora oggi non si sa chi deve fare (focus group, Monografia Campania).

C'è da dire che spesso la programmazione sociale e quella sanitaria non vengono integrate, anche per quanto riguarda i tempi di realizzazione. Le linee guida non sono le stesse e, addirittura, fino a qualche anno fa, anche le schede di rilevazione non erano le stesse. Ci sono state queste difficoltà che stiamo cercando di superare» (referente ASL, Monografia Campania)

L'analisi dell'organizzazione (istituzionale e tecnica) e più ancora della prassi dell'integrazione a livello regionale ha messo in evidenza la centralità dei processi di negoziazione sia in termini strategici (dimensione politica) che in termini di coordinamento organizzativo. L'analisi ha consentito di

mettere in luce tutta una serie di strumenti e di prassi che hanno appunto la caratteristica di favorire la negoziazione. Ora, proprio su quest'ultimo concetto è opportuno operare qualche riflessione. Anzitutto emerge come la negoziazione sull'integrazione socio-sanitaria veda coinvolti quasi esclusivamente gli attori istituzionali, tralasciando il terzo settore, i cittadini, le famiglie. Questo appare in contrasto con la vision dell'integrazione dichiarata (e che abbiamo visto poco sopra): se al centro delle politiche c'è la persona, essa va considerata nelle sue relazioni, nel contesto ambientale in cui vive, che rappresenta non solo la cornice della sua esistenza, ma una trama di rapporti significativi (informali e formali) che possono concorrere a garantirne il benessere.

Una seconda osservazione riguarda in modo particolare l'analisi fenomenica: in essa emerge infatti il valore della dimensione informale quale luogo in cui attraverso relazioni fiduciarie legate alla pratica quotidiana vengono affrontati e risolti problemi in merito al tema dell'integrazione. Come ricorda Giddens, «fiducia significa confidare nell'affidabilità di una persona o di un sistema in relazione a una determinata serie di risultati o eventi, laddove questo confidare esprime una fede nella probità o nell'amore di un altro oppure nella correttezza di principi astratti» (GIDDENS 1994, p. 42). Appare allora evidente l'importanza del fattore umano, del clima organizzativo. Meglio, potremmo dire che diventa strategico il livello di capitale sociale emergente dalle relazioni fra gli attori (individuali e collettivi), intendendo per capitale sociale «quelle caratteristiche - di forma e contenuto - inerenti alla struttura delle relazioni sociali che facilitano l'azione cooperativa di individui, famiglie, gruppi sociali e organizzazioni in genere [...] un certo tipo di relazioni sociali, e precisamente quelle relazioni in cui le persone mostrano e praticano al fiducia reciproca e seguono norme di cooperazione, solidarietà, reciprocità» (DONATI 2003, p. 33).

Ma se quanto sopra affermato è vero, ne consegue che con il termine negoziazione non possiamo più considerare soltanto «un insieme di transazioni mediante cui i diversi attori pervengono ad una decisione congiunta inerente un problema la cui soluzione rappresenta un fine comune, ma rispetto alla quale essi posseggono obiettivi divergenti» (PALERMO 2011, p. 103). Sia che si tratti di una negoziazione distributiva, e dunque a somma zero, per cui qualcuno guadagna e qualcuno perde, sia che si tratta di una negoziazione integrativa, e dunque un gioco a somma variabile, in ogni caso ci troviamo davanti ad un processo che non mette in gioco la costruzione di un senso comune, e dunque non va ad incidere sulle rappresentazioni culturali, sul significato condiviso di cosa sia integrazione, del perché vada perseguita, del come vada costruita ecc.

Se invece intendiamo la negoziazione come processo di co-costruzione dei significati, allora appare evidente la portata culturale della negoziazione.

ne, che diventa peraltro intrinseca alla riflessività che deve accompagnare necessariamente le pratiche sociali del postmoderno.

In questo senso appare allora possibile creare una circolarità virtuosa tra rappresentazione culturale e prassi di progettazione negoziata e fenomenicamente ancorata dell'integrazione, perché le due dimensioni (cultura e prassi) non appaiono più sganciate l'una dall'altra, ma si compenetrano generandosi a vicenda.

2.3. La dimensione territoriale

La dimensione territoriale rappresenta, nella nostra ipotesi di lavoro, il vero luogo nel quale l'integrazione trova una sua collocazione strategica, e nella quale è effettivamente possibile valutare il livello di integrazione delle politiche, conoscerne i meccanismi concreti, rilevarne le strategie.

L'analisi della normativa

Un primo elemento di analisi riguarda l'organizzazione del territorio: ci si è chiesti, di fatto, attraverso quale struttura istituzionale deve essere costruita l'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale.

L'analisi della normativa ha consentito di rilevare tre idealtipi organizzativi:

- la collaborazione organizzativa, in cui ambiti sociali e distretti sanitari coincidono territorialmente, ma afferiscono a organizzazioni diverse;
- l'inclusione organizzativa, in cui ambito sociale e distretto sanitario coincidono territorialmente ma sono inclusi in una struttura organizzativa sovraordinata;
- l'integrazione organizzativa, in cui esiste un'unica struttura che ricopre le funzioni sociali e sanitarie in modo integrato.

Il primo caso è diffuso in dieci delle dodici regioni oggetto del nostro studio: Basilicata (dove il distretto sanitario prende il nome di distretto della salute), Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Umbria (dove gli ambiti sociali prendono il nome di zone sociali), Veneto (dove l'ambito sociale coincide con l'azienda socio-sanitaria).

Il caso dell'inclusione organizzativa è rappresentato dalla Liguria: «Il distretto socio-sanitario è la dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni [...] socio-sanitarie (l.r. n. 12/2006, art. 9, c. 1). Per questo motivo, il distretto socio-sanitario coincide con il distretto sanitario e con la zona sociale. Le sue funzioni riguardano, in particolare, la gestione delle funzioni sociali complesse, già affidate alle zone sociali; le funzioni connesse alla non autosufficienza, a partire dalla valutazione multidimensionale, al Piano di assistenza individualizzato (PAI), alla domiciliarità integrata e alla

residenzialità a ciclo continuativo e diurno; le prestazioni sociali a rilievo sanitario (d.lgs. 229/1999)» (Monografia Liguria).

Il caso dell'integrazione organizzativa è rappresentata invece dalla Regione Toscana, che ha avviato la sperimentazione delle Società della salute: «La l.r. n. 40/2005, all'art. 2, definisce la società della salute come la modalità organizzativa di un ambito territoriale di zona-distretto costituita in forma di consorzio tra l'azienda unità sanitaria locale e i comuni per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate» (Monografia Toscana).

La coincidenza delle zone sociali con i distretti fa sì che questi siano gli ambiti territoriali nei quali concretamente deve essere gestita in termini programmatori e concreti l'integrazione socio-sanitaria. Appare rilevante allora studiare il ruolo che gli attori del territorio (comuni, aziende sanitarie, province) giocano nella costruzione dell'integrazione.

In generale, è possibile ricondurre il ruolo delle province, laddove citato, in due categorie:

- funzione di supporto alla programmazione (Basilicata, Molise, Toscana, Liguria);
- funzione di partecipazione alla progettazione (dei PDZ o altrimenti denominati) (Sardegna, Puglia, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia).

Nel primo caso troviamo che le province, con gli osservatori, forniscono dati e informazioni elaborate; supportano la sperimentazione di servizi innovativi in aree vaste; progettano e gestiscono la formazione degli operatori; fungono da garanti per la correttezza delle carte di qualità dei servizi.

Altre regioni prevedono invece una partecipazione più attiva delle province nell'attività di progettazione/programmazione dell'integrazione: questo avviene in Puglia dove «le province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, concorrono alla definizione e attuazione dei PDZ ed esercitano le funzioni di coordinamento delle attività di programmazione e di realizzazione della rete delle attività socio-assistenziali art. 17, l.r. n. 19/2006» (Monografia Puglia).

In Friuli Venezia Giulia le province concorrono alla programmazione del sistema integrato, partecipando in particolare alla definizione e attuazione dei PDZ (l.r. n. 6/2006, art. 9, c. 1).

Più complicata è la situazione in Sardegna, dove «L'obiettivo finale è la realizzazione della gestione unitaria dei servizi a livello provinciale, in quanto ambito sovrapponibile con le aziende sanitarie» (Monografia Sardegna).

In realtà in Sardegna è ancora in vigore la l.r. n. 23/2005, che all'art. 7, pur attribuendo alle province una quantità di funzioni, non attribuisce loro un ruolo cardine nella programmazione locale come previsto dal piano sociale regionale, riconducendo la funzione della provincia a quella che sopra abbiamo definito di supporto.

Tab. 6. Il Comune come figura centrale nell'integrazione

SARDEGNA	La l.r. 23/2005 attribuisce ai comuni un ruolo centrale, stabilendo che essi sono, in attuazione del principio di sussidiarietà, titolari di tutte le funzioni amministrative concernenti la programmazione, realizzazione e valutazione del sistema integrato (Monografia Sardegna).
FRIULI VENEZIA GIULIA	I comuni sono titolari della funzione di programmazione locale del sistema integrato (Monografia Friuli Venezia Giulia).
LIGURIA	Il sistema integrato dei servizi si realizza grazie alla valorizzazione delle risorse del territorio, infatti è nella comunità locale che l'individuo gode dei suoi diritti di cittadinanza (PSIR, parte prima, cap. 4, p. 26). Per questo motivo le amministrazioni locali assumono un ruolo primario (PSIR, parte prima, cap. 3, p. 22) e i comuni diventano il luogo strategico delle politiche integrate (Monografia Liguria).
MARCHE	La d.g.r. 720/2007 affida il governo locale della programmazione socio-sanitaria al livello politico locale (il Comitato dei sindaci quale riferimento istituzionale), e ai tavoli territoriali. «Il Comitato dei sindaci governa a livello di ambito sociale la definizione e la regia del Piano di zona, del PSC [Piano comunitario di salute] e del PAD [Piano delle attività distrettuali] e si promuove quale sede in grado di connettere queste politiche con le strategie di sviluppo del territorio» (Piano sociale, p. 38; Monografia Marche).
BASILICATA	Il comune è titolare della programmazione ed essa viene gestita a livello di Ambito socio-territoriale. Esso quindi viene riconosciuto come «sede permanente di governo, concertazione e controllo» (l.r. 4/2007, art. 8, c. 1) della rete dei servizi integrati (Monografia Basilicata).
UMBRIA	«L'ATI garantisce, fermo restando la titolarità politica e la rappresentanza democratica del Comune, l'unitarietà degli interventi nel settore sociale, la territorializzazione di un sistema di servizi a rete, l'operatività degli Uffici della cittadinanza [...] organizzati nelle Zone sociali. L'ATI fornisce indicazioni al territorio per conferire omogeneità alla pianificazione sociale di zona, per l'equa distribuzione territoriale delle risorse e per l'integrazione con le altre politiche di welfare, attraverso un atto di indirizzo triennale» (PSOCR, p. 31). (Monografia Umbria).
CAMPANIA	A livello locale, invece, la l. n. 11/2007 prevede che i comuni associati in ambiti territoriali e ASL di riferimento, raccordino, attraverso opportuni tavoli di concertazione e la sottoscrizione di relativi protocolli d'intesa, i rispettivi atti programmatori (Monografia Campania)

Tab. 7. Strutture e funzioni dei comuni associati⁴

	Denominazione struttura	Linee di indirizzo per l'integrazione ss	Promozione del processo per la stesura dei PDZ	Stipula di accordi di programma	Delega alle ASL delle funzioni sociali dei comuni	Altro
Basilicata	Conferenza istituzionale d'ambito		Si (PISS)	Si		
Emilia Romagna	Conferenza territoriale sociale e sanitaria			Si (Accordi di integrazione sociosanitaria)	Si	Integrazione dei PDZ con i piani della salute
Friuli Venezia Giulia	Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale	Si	Si	Si	Si	Individua con ASL le attività per la programmazione congiunta PAT/PDZ; attiva tavoli tematici
Marche	Comitato dei sindaci di distretto	Si	Si		No	Tavoli territoriali di consultazione
Molise	Comitato dei sindaci					Approva il Programma delle attività territoriali di distretto per l'integrazione ss/ Stipula protocolli d'intesa tra ambiti e distretti
Sardegna	Conferenza di programmazione dei PLUS			Si		Convenzioni tra comuni associati e ASL
Umbria	Conferenza di zona sociale		Si	Si		Recependo le proposte del Distretto e della Zona adotta il PAT del Distretto come parte integrante del PDZ
Veneto	Conferenza dei sindaci	Si	Si	Si	Si	Fornisce indirizzi programmatici per il piano dell'Azienda USSL che recepisce il PDZ

4. Quando la casella è vuota significa che il dato non è disponibile nella monografia regionale. Se invece l'elemento è esplicitamente negato nella normativa, in casella si trova il «no».

Assai più rilevante in termini di significatività appare invece la dimensione comunale (per lo più nella forma dei comuni associati, ma non necessariamente): nella maggior parte delle regioni, infatti, la normativa prevede che sia questo il luogo privilegiato dove programmare e gestire l'integrazione, come si evince dalla tabella sotto riportata.

Tre regioni sembrano invece indicare nella normativa il distretto, e dunque l'articolazione dell'ambito sanitario, quale luogo privilegiato in cui programmare e gestire l'integrazione: si tratta dell'Emilia Romagna, del Veneto e del Molise.

Un caso particolare è rappresentato dalla Toscana, che vede nella nuova struttura delle società della salute il luogo nel quale viene progettata e gestita l'integrazione.

In otto regioni sulle dieci che, come abbiamo visto sopra, presentano un'analogia organizzazione territoriale, è stato possibile individuare modalità analoghe di gestione delle pratiche dell'integrazione. In generale, infatti, è possibile trovare - seppure con specificazioni regionali diverse - una struttura simile rappresentata dall'assemblea/conferenza dei sindaci di ambito/distretto che definisce le linee di indirizzo per l'integrazione socio-sanitaria sul territorio, attiva il processo programmatico per la stesura dei PDZ (o altrimenti detti) e promuove gli accordi di programma per l'attuazione di PDZ. Questa organizzazione è stata rinvenuta in Friuli Venezia Giulia, Molise, Marche, Basilicata, Veneto, Emilia Romagna, Sardegna, Umbria, come da tabella sotto riportata.

Campania e Puglia, pur condividendo l'organizzazione territoriale con il gruppo di regioni sopra riportato, presentano però un'organizzazione diversa: nelle monografie non sono state ritrovate infatti strutture organizzative come quelle sopra descritte per le altre regioni. In particolare, per la Puglia viene evidenziato come l'integrazione passi attraverso la coincidenza dei tempi di approvazione dei piani sociali di zona (PDZ) e dei PAT dei distretti, che seguono l'approvazione dei PAL delle ASL. Inoltre si sottolinea la necessità di un raccordo fra PDZ e PAT, ma non vi è la esplicitazione delle strutture organizzative che devono provvedere a garantire tale raccordo.

Tab. 8. Strumenti di integrazione locale

Unico piano locale	Piani locali separati ma armonizzati	Accordo di programma	Altri strumenti
Emilia Romagna (PDZ) Sardegna (PLUS - Piano Locale unitario dei servizi del distretto) Liguria (Piano di ambito; sperimentazione del Piano regolatore sociale) Toscana (PIS - piano integrato di salute) Basilicata (PISS)	Campania (PAT e PDZ) Friuli Venezia Giulia (PDZ e PAT devono coincidere per la parte delle attività socio-sanitarie) Puglia (PAT e PDZ - reciproca complementarità e coerenza) Umbria (PAL, PAT e PDZ - quest'ultimo adotta il PAT) Marche (PAD - Piano di ambito distrettuale, Piano di ambito sociale e Piano delle attività zonali devono essere armonizzati) Veneto (PDZ e PAT - piano generale dell'azienda ULSS che recepisce il PDZ) Molise (Piano sociale di zona coordinato con il PAT)	Emilia Romagna (per disciplinare interventi integrati relativi a specifiche aree) Friuli Venezia Giulia (Per approvazione dei PDZ - firma del sindaco e del direttore dell'azienda sanitaria) Liguria (per approvare il Piano di ambito) Toscana Umbria Basilicata	Emilia Romagna (delega) Friuli Venezia Giulia (tavoli tematici di lavoro tra distretti e SSC; delega) Liguria (convenzioni tra asl e comuni per la gestione di alcuni servizi) Toscana (il PAL quinquennale dell'azienda sanitaria recepisce il PIS triennale) Marche (i tre piani concorrono a costituire il piano comunitario della salute che ha valenza sovrazonale; prospettiva che Piani di ambito e PAD diventino un unico atto o due ma con parti unitarie) Veneto (Delega)

In Campania, invece, si indica la necessità di una coincidenza nella programmazione di ambito e distretto e della creazione di strutture/strumenti di raccordo quali i tavoli e i protocolli di intesa fra PAT, PAL e PDZ, senza però entrare nel dettaglio.

Toscana e Liguria, invece, evidenziano nelle strutture specifiche delle SDS e dei distretti socio-sanitari e nei loro organismi di governo e gestione i luoghi di integrazione.

Dall'analisi delle monografie risulta che a livello normativo lo strumento principe per la costruzione dell'integrazione a livello territoriale è rappresentato dai piani locali (PDZ, piani di ambito, piani attuativi ecc.).

Appare dunque interessante provare ad analizzare quali sono le scelte strategiche dei diversi territori regionali per quanto riguarda la stesura dei piani locali e l'utilizzo di eventuali altri strumenti di integrazione a integrazione dei piani.

Dalla tabella sopra riportata è dunque possibile identificare diverse modalità di gestione dell'integrazione a livello locale, riconducibili a quattro categorie (le prime due alternative fra di loro, ma non con le ultime due):

1. l'unitarietà del piano locale che contiene le indicazioni per i due ambiti, sociale e sanitario, garantendone l'integrazione;

2. il raccordo/compatibilità fra piani sociali sanitari distinti, ma armonizzati;
3. gli accordi di programma che possono interessare o l'adozione dell'intero piano, oppure parti di esso;
4. altri strumenti che vanno dall'attivazione di tavoli congiunti sociale-sanitario, all'attivazione di convenzioni fra comuni e ASL per la gestione di servizi ad alta integrazione, allo strumento della delega dai comuni alle ASL delle funzioni sociali.

L'analisi della normativa ha consentito di raccogliere un elenco completo degli strumenti di integrazione professionale previsti dalla legge nelle diverse regioni oggetto di studio. Tali strumenti sono stati raggruppati in tre categorie ideal-tipiche:

- gli strumenti di integrazione tra le professioni, ossia quegli strumenti che consentono di raccordare la dimensione professionale tout court, favorendo quindi un reciproco riconoscimento professionale basato sulla conoscenza ed il rispetto delle diverse professionalità coinvolte nel processo di integrazione, sulla comprensione e la condivisione dei linguaggi, su una formazione culturale orientata in modo omogeneo, sulla condivisione di linee guida in merito alle attività connesse all'integrazione socio-sanitaria;
- gli strumenti di front office, ossia quegli strumenti che consentono al cittadino di accedere direttamente al sistema integrato, evitando così la dispersione fra molteplici punti di accesso;
- gli strumenti di back office, legati alla gestione unitaria e integrata dei casi, attraverso strumenti inerenti la pratica professionale, piuttosto che a sistemi informativi.

Nella tabella sotto riportata sono indicati gli strumenti - suddivisi per categoria di analisi - reperiti nelle normative delle regioni oggetto della ricerca.

Tab. 9. Gli strumenti dell'integrazione professionale

Integrazione tra le professioni Formazione congiunta: Emilia Romagna Linee guida comuni: Molise Strumenti di lavoro multi professionali: Sardegna; Friuli Venezia Giulia	Accesso integrato Veneto; Marche (uffici di promozione sociale); Toscana; Emilia Romagna; Sardegna; Friuli Venezia Giulia; Marche; Molise; Campania; Basilicata; Liguria; Umbria; Puglia Punti informativi unitari: Toscana; Friuli Venezia Giulia	Gestione unitaria del caso Unità di valutazione multi professionali: Veneto; Basilicata; Marche; Molise; Toscana; Emilia Romagna; Campania; Sardegna; Friuli Venezia Giulia; Liguria; Umbria; Puglia Case manager/Referente di progetto: Molise; Campania; Friuli Venezia Giulia; Umbria Piano assistenziale individualizzato/Percorso assistenziale personalizzato: Marche; Toscana, Sardegna; Friuli Venezia Giulia; Liguria; Umbria Gestione unitaria della documentazione/Cartella sociale informatizzata: Marche; Molise
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

L'analisi fenomenica

L'analisi della dimensione fenomenica ha dovuto tenere conto del fatto che - soprattutto per quanto riguarda i focus group, e quindi la voce dei territori, ma in parte anche per quanto riguarda la voce dell'istituzione regione - i materiali a disposizione nelle monografie regionali sono meno ricchi di quanto lo sono per l'analisi della governance.

Dall'analisi delle monografie riguardante l'organizzazione sul territorio non emergono variabili riconducibili a raggruppamenti omogenei e quantitativamente rilevanti di regioni. È possibile tuttavia evidenziare tre categorie di contenuto utili per la comprensione dell'oggetto.

Anzitutto la disomogeneità endoregionale: in modo particolare emerge in Toscana, dove non solo la diffusione delle Società della salute non è omogeneamente diffusa sul territorio, ma dove la stessa forma assunta dalle SDS può variare da zona a zona.

Una seconda dimensione che accomuna tre regioni è il fatto che la fase di cambiamento dell'assetto istituzionale territoriale non è ancora conclusa: è il caso - come abbiamo visto sopra - della Toscana, ma anche della Basilicata, delle Marche e dell'Umbria, che stanno vivendo una intensa fase di trasformazione.

Interessante, infine, è notare come la dimensione del cambiamento (terza categoria di contenuto rilevata) che accomuna più regioni, abbia dato lo spunto a letture contrapposte del cambiamento stesso: da una parte è visto come un problema (caso Campania), dall'altra come una risorsa.

Due sembrano essere gli attori principali dell'integrazione sul territorio, le ASL (con le loro articolazioni territoriali) ed i comuni, rispetto ai quali sono emerse osservazioni positive e quelle problematiche.

Le prime sono sostanzialmente rappresentate dalle esperienze positive d'integrazione che si realizzano concretamente nei territori e dalla percezione che l'integrazione rappresenti una strada obbligata per i comuni, che dunque o si sono già mossi o hanno la consapevolezza che questa è la direzione da prendere.

In Sardegna, Umbria, Liguria e Marche sono testimoniate buone pratiche d'integrazione a livello locale, basate però sostanzialmente sulla buona volontà degli operatori e sull'abitudine di alcuni operatori a lavorare insieme, fattori questi che costruiscono nel quotidiano l'integrazione.

Da questo punto di vista sembra che sia più possibile realizzare l'integrazione nel concreto degli interventi operativi quotidiani, piuttosto che nei luoghi e nei momenti della programmazione strategica, perché il quotidiano mette in contatto con le richieste concrete, con le persone vive ed i loro bisogni, che - come abbiamo visto nell'analisi della vision - diventano sempre più complessi e articolati, e dunque richiedono risposte integrate.

Occorre tuttavia sottolineare come questo elemento di positività possa rappresentare anche un elemento di rischio: se infatti la concreta realizzazione è affidata alla buona volontà dei singoli operatori, alla loro personale motivazione, alle loro personali capacità, piuttosto che a prassi strategiche di sistema, il rischio che - cambiando gli operatori - l'integrazione venga abbandonata è forte.

Numerosi sono invece i nodi problematici ricavati dalle interviste e dai focus, che possiamo sintetizzare nelle seguenti categorie tematiche:

- difficoltà di rapporti tra ASL e comuni;
- differenze territoriali;
- problemi di ordine economico;
- scarsa incidenza sui territori delle indicazioni regionali;
- rischio di muoversi verso la distribuzione delle competenze anziché verso l'integrazione.

Il primo aspetto citato è quello indicato da quattro regioni (Molise, Toscana, Sardegna e Friuli Venezia Giulia). Esso di fatto rinvia a livelli di problemi diversi: anzitutto possiamo evidenziare un problema culturale di rapporto fra sociale e sanitario, che tradizionalmente fanno riferimento a mondi di significato diversi; vi è poi un problema di potere (reale o percepito socialmente) che colloca il sociale in posizione subalterna rispetto al sanitario; vi è infine un problema di definizione di competenze su chi ha la responsabilità di gestire l'integrazione fra sociale e sanitario, anche in termini economici.

Le differenze territoriali endoregionali ritornano anche nell'analisi di questo aspetto e paiono essere uno dei temi ricorrenti in tutte le dimensioni oggetto di studio.

Un'ulteriore nodo problematico riguarda quella che in maniera generica potremmo definire la dimensione economica, e che racchiude al suo interno sia il problema delle scarse risorse che i due attori (comuni e ASL) possono investire nell'integrazione, sia il problema dell'attribuzione della responsabilità dell'investimento di risorse (economiche ed umane) ai comuni piuttosto che alle ASL.

Uno dei nodi fondamentali del rapporto ASL-comuni, dicono gli attori del territorio, riguarda l'individuazione di chi debba pagare gli interventi: a parte alcune eccezioni, le ASL vengono accusate di non voler partecipare alla spesa del sistema integrato, intervenendo esclusivamente con dotazione di personale e delegando il finanziamento degli interventi, non appena possibile, all'ente locale.

Infine, dai focus realizzati nelle Marche emerge il rischio di scegliere una strada alternativa a quella dell'integrazione, che è quella della divisione delle competenze, anche a causa di una programmazione regionale che ha fornito solo delle linee generali, ma non gli strumenti per costruire concretamente l'integrazione.

Poiché l'analisi fenomenica contiene una minor quantità di informazioni rispetto all'analisi normativa, verranno trattati in modo unitario le dimensioni che nell'analisi della normativa erano state invece tenute separate: la gestione dell'integrazione e gli strumenti dell'integrazione, entrambe riconducibili alla categoria più generale della prassi dell'integrazione.

Anzitutto alcune regioni hanno evidenziato la centralità della Conferenza dei sindaci, quale luogo di programmazione strategica delle politiche di integrazione.

La centralità dei piani locali (siano essi unitari o separati ma armonizzati) è stata ribadita in diverse regioni. In particolare, tanto l'Emilia Romagna quanto la Toscana sottolineano come l'esperienza del piano unico integrato abbia di fatto favorito una maggiore partecipazione anche delle realtà di terzo settore e di società civile.

Le interviste hanno poi consentito di verificare la diffusione di protocolli d'intesa fra ASL e comuni in diverse regioni per la gestione di servizi in specifiche aree, come quello della famiglia in Liguria o dei minori in Basilicata, o come in Molise per anziani e disabili.

Alcune regioni richiamano la centralità dell'ufficio di piano quale luogo deputato a garantire l'integrazione. Proprio per la sua centralità se ne evidenziano però le dimensioni problematiche: anzitutto la mancanza di risorse sia economiche che umane da investire nella costruzione dell'in-

tegrazione, a partire dal personale che viene chiamato a fare parte degli uffici di piano, come segnalato nel caso della Sardegna.

Un altro elemento critico che già abbiamo incontrato in più punti è la subordinazione del sociale al sanitario e la completa autonomia che il sanitario ritiene di poter gestire nei confronti del sociale.

La percezione che i territori hanno della programmazione integrata, è infatti che il sociale sconta ancora una certa dipendenza dalla sanità: «Probabilmente le trattative, le programmazioni, vengono percepite quando devi programmare col sociale, però poi è la sanità che determina le reali condizioni. Perché se mette le risorse o non le mette, questo determina una serie di cose» (Focus anziani, rappresentante terzo settore, Monografia Marche).

Altro elemento che ricorre è la differenza territoriale: anche in questo caso all'interno della stessa regione sono testimoniate aree in cui la prassi dell'integrazione e dunque i rapporti fra comuni e ASL sono ben strutturati, altre dove invece sono presenti notevoli difficoltà: questo è testimoniato in particolare in Toscana, Veneto e Sardegna. Non deve stupire troppo se proprio le regioni che abbiamo visto avere livelli alti di integrazione socio-sanitaria, che più hanno sperimentato percorsi di integrazione, siano anche quelle che ne sottolineano gli elementi di criticità. Come bene sottolineano gli studi di Schön sull'intelligenza nell'azione, gli attori riflettono su ciò che fanno, talvolta mentre lo fanno. Dal punto di vista epistemologico occorre considerare la realtà sociale, fatta di attori, di culture, di azioni, di relazioni, come frutto di continue interazioni tra gli elementi che la compongono, non sempre prevedibili: di fatto le interazioni fra gli elementi della realtà assumono talvolta delle forme non del tutto note e prevedibili. In sistemi complessi che si strutturano per dare risposte a bisogni sempre più complessi (come è il caso dell'integrazione socio-sanitaria) ciò che viene prodotto attraverso interazioni sociali è l'elemento strategico e allo stesso tempo flessibile, riprogettabile, talvolta - appunto - imprevedibile delle forme organizzative, ma anche la forza che spinge costantemente i sistemi a interrogarsi su se stessi. All'interno di questi processi l'azione diviene densa d'investimenti (emotivi, cognitivi, strategici, valoriali) ed è in grado di creare i suoi significati e i suoi valori (SCHÖN 1987, MELUCCI 1998). Dunque, è evidente che la riflessività sia più ricca laddove vi è azione sociale ricca, sperimentazione, dibattito, piuttosto che laddove ci si concentra su risposte routinarie, caratterizzate da quella che Schön definirebbe una razionalità tecnica.

Esistono poi problemi più locali, quali quello dell'esistenza di tempi diversi di programmazione fra regione e territori, che creano problemi alla programmazione territoriale (Molise) e la mancanza di indicazioni chiare sulla gestione dell'integrazione a livello territoriale in Sardegna.

Infine, sono segnalate diverse buone pratiche d'integrazione, che riguardano ambiti specifici di intervento: gli interventi sociali per le famiglie nelle Marche, l'area della non autosufficienza in Toscana, l'area anziani e disabili in Molise, il settore adozioni in Liguria, eccetera.

L'analisi delle monografie non ha consentito di verificare in modo puntuale l'effettiva diffusione sul territorio degli strumenti d'integrazione professionali previsti dalla normativa: questo avrebbe, infatti, richiesto un approfondimento territoriale che non era previsto dal progetto di ricerca. È stato però possibile evidenziare alcuni elementi di criticità che possono rappresentare utili stimoli di riflessione per una sempre migliore implementazione dell'integrazione professionale, insieme alla messa in luce di buone pratiche e di strategie vincenti per l'integrazione professionale.

La dimensione che abbiamo ritrovato in diverse monografie riguarda l'ineguale diffusione sui territori all'interno della stessa regione degli strumenti di integrazione professionale: accanto a luoghi dove professionisti del sociale e del sanitario sperimentano pratiche positive, esistono infatti aree che presentano un forte ritardo, così come è emerso dalle interviste e dai focus in Friuli Venezia Giulia, Molise, Emilia Romagna, Veneto, Sardegna.

Il caso della Sardegna consente anche di mettere in luce che la variabile territoriale risenta sia della cultura dei servizi che si è radicata sul territorio, e che quindi può favorire o meno il processo di integrazione professionale, sia di caratteristiche orografiche, che dunque richiedono la messa in campo di strategie particolari.

La categoria della «variabile territoriale» contiene al suo interno due altre categorie, capaci di spiegare queste differenze endoregionali:

- dimensione culturale
- variabile umana.

Nel primo caso facciamo riferimento al rapporto fra mondo sanitario e mondo sociale, intendendo questo rapporto in termini di possibilità di comunicazione, di comprensione, di accettazione reciproca, di riconoscimento professionale reciproco. Sembra che in alcuni casi ci siano differenze insanabili fra i due mondi, che rendono ovviamente problematica la costruzione di équipes multi professionali, di servizi integrati: un intervistato ha sottolineato come sociale e sanitario abbiano di fatto due DNA differenti!

Uno specifico problema di comunicazione e collaborazione fra professioni sociali e sanitaria riguarda i rapporti con i medici di base, che rappresentano un nodo importante nella costruzione dell'integrazione: essi sono (potrebbero essere) un nodo fondamentale della rete di integrazione socio-sanitaria, ma non sempre sono disponibili a lavorare in modo collaborativo con i diversi servizi che nel territorio formano la rete.

Con la tipologia variabile umana intendiamo il fatto che alcuni testimoni affermano come l'integrazione professionale sia di fatto legata alla buona volontà e alla cultura professionale di alcuni operatori.

Ora, se è indubbia l'importanza del fattore umano in qualsiasi organizzazione e a maggior ragione nelle professioni in cui la relazione gioca un ruolo rilevante, è altrettanto indubbio che esso non può essere lasciato in balia della buona sorte, ma occorra lavorare affinché esso diventi un fattore significativo di integrazione in termini sistemici attraverso strumenti formativi, attività di supporto al lavoro in équipe, la creazione di linee guida per l'integrazione professionale.

Un ultimo elemento di criticità riguarda le differenze per area di intervento; di fatto l'integrazione professionale risulta più evidente in alcuni settori che in altri: in particolare, sia dalla monografia della Toscana che da quella dell'Emilia Romagna emergono criticità per il settore minori, mentre risulta ampiamente consolidata l'integrazione sull'area anziani e non autosufficienza.

Accanto agli elementi di criticità sono emerse anche diverse indicazioni in merito ad elementi di positività, che possono rappresentare anche dei suggerimenti per migliorare l'integrazione professionale.

In Toscana, Umbria e Marche è emerso con chiarezza come la prassi quotidiana del lavoro condiviso abbia favorito la comprensione reciproca fra professionisti del sociale e del sanitario, che ora hanno avviato forme di lavoro comune consolidate ed efficaci.

Sembra dunque che l'imparare facendo possa essere una strategia di implementazione dell'integrazione professionale che consente di scardinare stereotipi professionali, di scavalcare le barriere fra sociale e sanitario, di comunicare in modo condiviso.

Il caso della Toscana appare emblematico in quanto consente di sottolineare l'importanza di due elementi nella costruzione dell'integrazione professionale:

- la rilevanza dell'azione politico-amministrativa: «la carta vincente è stata l'insistenza con la quale il legislatore da una parte, e la macchina amministrativa e politica dall'altra, hanno pressato, insistito e hanno cercato di incentivare» (dirigente regionale, Monografia Toscana);
- la rilevanza degli investimenti: la Regione Toscana, al di là delle risorse derivanti dal fondo sanitario nazionale e dalla spesa sociale dei comuni, si è impegnata a garantire un fondo aggiuntivo per la non autosufficienza pari a 80 milioni di euro: «abbiamo anche un fondo aggiuntivo di 80 milioni di euro costituito in minima parte - attorno ai 15-20 milioni - dal fondo statale e il resto da risorse regionali. Il fondo statale di anno in anno viene rimodellato, ma

noi garantiamo la nostra cifra comunque, garantiamo 80 milioni di euro aggiuntivi come fondo per la non-autosufficienza, indipendentemente che vengano o no i soldi dallo stato. Questo fino al 2011, poi vedremo. Nel bilancio triennale 2009-2011 questa cifra è calata.» (dirigente regionale, Monografia Toscana).

Un ulteriore elemento ricorrente è quello della formazione, che in molte interviste e focus viene indicata come snodo necessario per l'integrazione professionale: l'azione integrata e multidisciplinare è possibile se si sviluppa un linguaggio comune, se si condividono le strategie d'azione, se si conoscono le diverse chiavi interpretative. Questa messa in comune di saperi e questa co-costruzione di alcune competenze condivise è resa possibile da percorsi formativi unitari.

3. Un quadro di sintesi

Come prima e rapida sintesi dell'analisi sin qui condotta, si può mettere in evidenza come la maggior parte delle regioni da noi considerate abbiano istituito per la gestione dei servizi socio-sanitari un unico Dipartimento, a cui afferiscono più assessorati. Fanno eccezione Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Toscana che hanno invece individuato un unico Dipartimento e un unico assessorato, e quindi hanno optato per un modello di fortissima integrazione istituzionale. La Campania e la Puglia invece hanno adottato un modello più segmentato, in quanto per la gestione dei servizi socio-sanitari prevedono più dipartimenti e più assessorati. La scelta di una integrazione istituzionale forte fa sì che venga stilato un unico piano socio-sanitario regionale, con l'unica eccezione del Friuli Venezia Giulia che presenta un suo profilo particolare. Infatti il Friuli Venezia Giulia, pur avendo scelto un modello fortemente integrato a livello istituzionale, in realtà a livello organizzativo e professionale ha attivato procedure differenziate a seconda del sociale e del sanitario, differenziazione e distinzione che viene recuperata soprattutto nei rapporti con il pubblico, in quanto in tale regione al dualismo organizzativo fa da contraltare l'esistenza di punti informativi unitari, di strumenti di lavoro multi professionali, esistenza di una unità di valutazione, per ogni procedimento è individuato il responsabile (case manager), così come in questa regione vengono individuati e stilati dei piani assistenziali individuali. Il Friuli Venezia Giulia sembra essere l'unica regione che nei rapporti con il cliente ha attivato tutte le procedure tese a favorire un'accoglienza integrata e completa nei suoi diversi aspetti. Nel panorama delle regioni analizzate dobbiamo fermare la nostra attenzione sul Veneto che pur prevedendo dal punto di vista istituzionale un dipartimento e più assessorati in realtà stila un unico piano socio sanitario, vede nel distretto l'ambito

ottimale di realizzazione dell'integrazione e pur prevedendo due PDZ integrati, in realtà dal punto di vista professionale, al di là dell'unità di valutazione, non prevede altri momenti di raccordo tra sociale e sanitario nel rapporto con il cliente. Da questo punto di vista il Veneto conferma la sua scelta iniziale, che è sempre stata quella della delega del sociale al sanitario in quanto il Veneto ha sempre gestito in maniera unitaria gli interventi socio-sanitari. Dal punto di vista organizzativo, ad eccezione delle regioni che stilano un unico piano, tutte le altre regioni prevedono due piani distinti anche se armonizzati tra ambito sociale e ambito sanitario; a livello locale vengono stilati due PDZ e nella maggior parte dei casi si fanno anche accordi di programma. La maggior parte delle regioni da noi prese in considerazione individuano nel comune l'ambito territoriale di realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria, ad eccezione dell'Emilia Romagna, del Molise e del Veneto che invece individuano nel distretto l'ambito ottimale di realizzazione dell'integrazione. Per quanto riguarda il rapporto con il cliente e quindi la gestione delle competenze professionali in riferimento ai bisogni degli utenti, tutte le regioni da noi analizzate hanno previsto l'istituzione di unità di valutazione, è piuttosto diffusa la pratica dei piani assistenziali individuali, meno diffusi sono invece i case manager e gli strumenti di lavoro multi professionale. La regione Emilia Romagna è l'unica che vede nella formazione e aggiornamento unitario fra sociale e sanitario un nuovo strumento d'integrazione, mentre la gestione unitaria delle cartelle in realtà è dichiarata utilizzata soltanto in Molise, in Sardegna e nelle Marche. Nel panorama generale, spiccano le regioni Campania e Puglia, che dal punto di vista istituzionale e organizzativo sembrano ancora distanti dalla pratica dell'integrazione, che a livello professionale recuperano con l'accesso integrato e l'unità di valutazione (che come si è visto sono le due modalità di gestione del rapporto con l'utente più diffuse).

Per quanto riguarda il disegno del territorio emergono con evidenza, rispetto al dettato normativo, due elementi: le forti differenze endoregionali, per cui i modelli trovano declinazioni ineguali nell'ambito della stessa regione, e il tema del cambiamento.

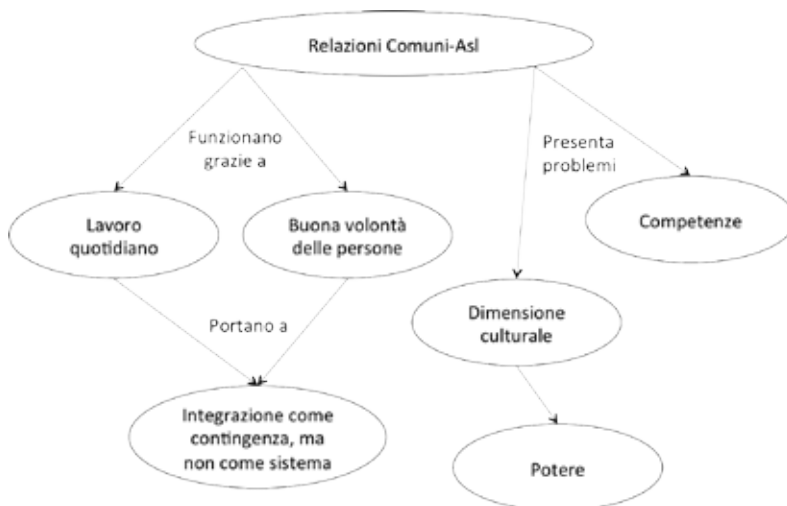
Questo secondo tema trova declinazioni diverse:

- anzitutto la dimensione di problematicità insita nel cambiamento. Laddove il dettato normativo ha introdotto elementi di modifica rispetto al passato è possibile trovare resistenze dei territori ad implementare tale cambiamento, perché richiede di abbandonare prassi consolidate. In altri territori si segnala come i cambiamenti normativi intervenuti abbiano di fatto prodotto un'inversione di marcia rispetto ad un processo di costruzione dell'interazione delle politiche che era già avviato;

- il cambiamento può essere letto anche come una risorsa di crescita e di apprendimento. È il caso evidenziato in particolare da Toscana e Liguria (Regioni che hanno introdotto innovazioni in termini di organizzazione istituzionale dei territori molto significative): in esse l'analisi fenomenica ha consentito di rilevare che, nonostante le difficoltà e la fatica, la fase di cambiamento ha costretto due mondi - quello sociale e quello sanitario - a dialogare, a incontrarsi, a trovare strategie di collaborazione. Da questo punto di vista sembra essere stato rilevante nel motivare i territori al cambiamento il ruolo deciso della Regione che ha accompagnato molto da vicino il processo;
- il cambiamento può anche essere letto come legittimazione di un modello di lavoro organizzativo e professionale che le regioni hanno messo in moto sin dai primi anni dell'istituzione del servizio sanitario (si pensi all'Emilia Romagna, alle Marche e al Veneto), per cui la realtà attuale è il risultato di un processo dinamico ed evolutivo che ha accompagnato in queste regioni l'istituzione del welfare locale.

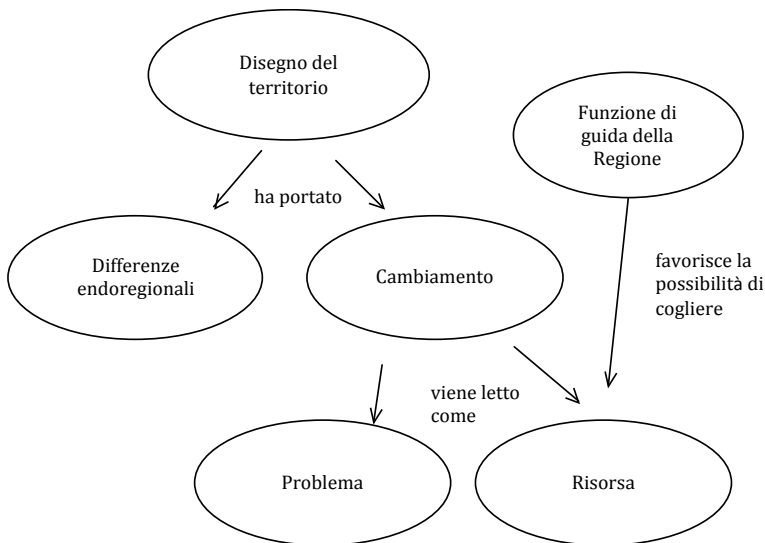
Tanto l'analisi della normativa quanto la ricerca sul campo hanno messo in evidenza come la partita dell'integrazione si giochi nella relazione fra Comuni (per lo più in forma associata) e aziende sanitarie, attraverso strumenti diversi e non necessariamente alternativi: accordi di programma, deleghe, piani integrati o armonizzati ecc.). Su questo aspetto vengono evidenziate tanto le criticità quanto gli elementi positivi;

Fig. 2. Un quadro di sintesi del disegno istituzionale del territorio



- le criticità sono riconducibili ad aspetti di tipo culturale (sociale e sanitario sono percepiti come mondi distanti, impossibilitati a comunicare fra di loro), di potere (il sanitario viene percepito in posizione dominante nei confronti del sanitario), di competenze (a chi spetta il coordinamento delle attività?), di investimento economico (a chi spetta mettere le risorse? Chi ha più risorse ha più voce in capitolo?);
- gli elementi positivi riguardano il fatto che l'abitudine a lavorare insieme da parte degli operatori consente di fatto di costruire sul territorio l'integrazione. Questo aspetto richiede però grande attenzione: ricondurre la possibilità dell'integrazione (che dovrebbe essere un'integrazione di tipo sistemico) alla sola capacità e buona volontà degli operatori significa basarla su elementi contingenti e non necessariamente riproducibili. La sfida, allora, sta nella creazione di luoghi, occasioni strutturalmente integrati all'interno dei quali operano professionisti per i quali la motivazione e le competenze in ottica di integrazione fanno parte del bagaglio professionale e non solo personale.

Fig. 3 - Le relazioni fra gli attori: un quadro di sintesi



Per quanto riguarda la prassi concreta dell'integrazione, emerge sia dalla normativa che dalle interviste e dai focus la centralità dei piani locali, siano essi integrati e unitari o distinti e armonizzati. Dalle in-

terviste emerge anche la centralità degli uffici di piano, quale luogo dove – attraverso un processo d'integrazione – si costruiscono, gestiscono e implementano politiche integrate. Tuttavia, anche in questo caso, emergono problematiche sostanzialmente legate alla variabile umana, oltre che alle risorse (spesso carenti, soprattutto in termini di personale competente) investite o da investire.

Risultati analoghi sono emersi dall'analisi della dimensione d'integrazione professionale: anche qui ritornano i temi della cultura, del potere, della variabile umana.

In estrema sintesi, dunque, si potrebbe affermare che il tema dell'integrazione chiama costantemente in gioco tre elementi: uno culturale, che riguarda la costruzione sociale dei mondi che si devono integrare, uno organizzativo, che riguarda la capacità di pensare strategie organizzative capaci di valorizzare le diverse provenienze e insieme di connetterle, e uno umano, che rappresenta una imprescindibile dimensione da mettere a sistema se si intende offrire effettivamente le gambe ad un sistema che – seppure con differenze territoriali – sembra essere chiaramente disegnato, almeno a livello normativo.

4. Alcuni spunti di riflessione

In conclusione di analisi, è possibile provare a evidenziare alcuni elementi di criticità generali che possono rappresentare lo stimolo per una progettazione strategica futura dell'integrazione delle politiche, in particolare delle politiche socio-sanitarie.

Emerge con chiarezza dalla ricerca come il tema dell'integrazione sia connesso con quello dell'emergere di bisogni complessi, che necessitano di risposte complesse e articolate. Sappiamo bene che la complessità porta con sé la segmentazione/differenziazione: «La complessità sociale cresce nel corso dello sviluppo umano, ossia crescono le quantità e le specie dell'agire e dell'esperire vivente possibile. Questa crescita della complessità non si trova in ogni sistema singolo, bensì nella società nel suo intero, e di qui parte una pressione di adattamento a tutti i sistemi parziali, i quali devono vivere in una società avente maggiore complessità e perciò anche in un mondo più complesso» (LUHMANN, HABERMAS 1973, p. 11). L'ambiente si complessifica, e dunque, per ridurre la complessità, si creano i sottosistemi, ossia la società si segmenta, aumentando però in questo modo la complessità, rischiando così di innescare una spirale viziosa di parcellizzazione estrema.

Riconducendo il discorso generale alle politiche e ai servizi socio-sanitari, è evidente che a fronte di bisogni sempre più numerosi, nuovi, emergenti, nascono sistemi di risposte a questi bisogni, creando in

questo modo un sistema complesso. Se però tali sottosistemi restano slegati gli uni dagli altri, le risposte saranno ai singoli bisogni, e non alle persone che ne sono portatrici: ecco la necessità di trovare strumenti che consentano di integrare i sistemi di risposta.

Dall'analisi della normativa emerge con grande evidenza la scelta personalistica di porre al centro delle politiche e dei servizi la persona nella sua interezza: tuttavia, il rischio che tale affermazione rimanga chiusa nella retorica è reale, soprattutto se si ipostatizza l'integrazione socio-sanitaria (e più in generale l'interazione delle politiche), rendendo essa un fine e non, invece, uno strumento per offrire risposte secondo una logica dell'azione condivisa (GIDDENS 1991; ARCHER 2000).

Dunque, una prima osservazione prospettica può riguardare la dimensione culturale: le politiche integrate non possono essere il fine dell'intervento istituzionale, ma devono invece essere considerate la strada maestra (e dunque un mezzo, uno strumento) che consenta di rispondere ai bisogni complessi delle persone.

Una seconda dimensione evidente nella ricerca riguarda gli attori dell'integrazione: le monografie regionali hanno nella maggior parte dei casi rilevato una netta predominanza di attori istituzionali (le regioni, i comuni, le ASL, talvolta le province). Se talune leggi rilevano come l'integrazione delle politiche debba tenere presenti tutti gli attori coinvolti nella costruzione del ben-essere comunitario (in un'ottica, quindi, di *community welfare*), nella prassi non compaiono quali attori significativi né il terzo settore, né le famiglie, né la società civile organizzata, né la cittadinanza. Si tratta allora di dare le gambe a leggi spesso innovative, ma che non sono supportate da adeguati investimenti affinché diventino prassi: si tratta, in sostanza, di prendere sul serio l'idea di una sussidiarietà che si colloca sulle due dimensioni, verticale ed orizzontale.

L'integrazione prevede poi complessi sistemi di coordinamento fra le tre dimensioni in cui essa si articola: quello istituzionale, quello gestionale e quello professionale. Occorre creare flussi comunicativi efficaci sia nella dimensione *infra* che in quella *intra*. È evidente ad esempio la necessità di coordinamento a livello istituzionale regionale quando le competenze socio sanitarie sono spalmate su più assessorati; ma è anche indispensabile trovare modalità di coordinamento efficaci ad esempio fra le scelte strategiche (politiche) e quelle tecniche (Direzioni generali). Dalla ricerca, peraltro, emerge come l'integrazione politica sia poco significativa, se non supportata da un'adeguata interazione organizzativo-gestionale.

Dall'analisi delle monografie è anche emerso come il luogo concreto nel quale si gioca veramente l'integrazione è rappresentato dai territori, all'interno dei quali abbiamo trovato interessanti sperimentazioni,

esperienze di integrazione diffuse a macchia di leopardo, forti criticità. Laddove si è verificata un'efficace integrazione territoriale, abbiamo rilevato l'importanza dell'esistenza di piani integrati, che, ad esempio, consentono di evitare i problemi legati ai diversi tempi della programmazione sociale e sanitaria.

A partire dalle criticità riscontrate, proviamo a proporre alcune riflessioni che partono dalla evidente differenza fra il mondo sociale e il mondo sanitario: le logiche istituzionali, professionali, organizzative sono diverse; fondi e bilanci di spesa sono separati e guidati da logiche differenti; ci sono diverse modalità di valutazione dei costi. Insomma, si tratta di fare convivere secondo la logica dell'azione condivisa che sopra abbiamo riportato due mondi di fatto lontani. Ma alcune esperienze efficaci hanno dimostrato che questo è possibile, a partire dall'individuazione degli strumenti più adeguati per far sì che le risposte siano integrate. Come abbiamo ricordato sopra, il fine dell'intervento non è l'integrazione in sé, ma il fornire risposte integrate a bisogni complessi. Ecco allora l'importanza di individuare gli strumenti che consentano questo.

Dall'analisi delle monografie ne sono emersi in particolare due, sui quali proponiamo qualche spunto di riflessione: l'accordo di programma e la delega. Con accordo di programma intendiamo uno strumento che «ha lo scopo di coordinare in modo consensuale l'attività di due o più soggetti di Pubblica amministrazione coinvolti, a seconda delle loro competenze istituzionali, nella realizzazione di azioni o di programmi di interventi che richiedano un'attività coordinata e integrata» (CORPOSANTO, FAZZI, SPLENDORE, in BISSOLO, FAZZI 2004, p. 94). In modo particolare la ricerca ha messo in luce l'utilizzo dell'accordo di programma quale strumento d'integrazione fra ASL e comuni (per lo più in forma associata) per l'adozione del PDZ (o altrimenti detto). Tale strumento, tuttavia, per poter essere efficace, e dunque indirizzare in modo adeguato l'integrazione socio-sanitaria, deve rispettare alcune condizioni riguardo ai contenuti:⁵

- le motivazioni e i presupposti giuridico-normativi: questa premessa consente di inserire lo specifico accordo di programma territoriale nel contesto della programmazione socio-sanitaria regionale, evidenziando in questo modo la coerenza fra i diversi livelli di governance. Si tratta, oltre che di un onere formale, di una scelta sostanziale, in quanto evidenzia la dimensione culturale (esplicitata dalla normativa) nella quale ci si colloca;

5. Mutuo queste indicazioni da Corposanto, Fazzi, Splendore, in Bissolo, Fazzi, 2004, pp. 93-102, scegliendo di evidenziare soltanto le indicazioni più pertinenti ai fini della ricerca, rinviano al testo per una disanima completa, e tentando di applicare le indicazioni alle situazioni studiate.

- le finalità e gli obiettivi generali della collaborazione, i sotto-obiettivi e i risultati attesi: da questo punto di vista si tratta di abbandonare la retorica talvolta presente nelle normative di carattere nazionale e regionale, per rendere l'integrazione qualcosa di concreto, incarnato in un territorio specifico, con determinate caratteristiche, bisogni ecc.;
- le risorse a disposizione distinte per centri di costo: è questo un elemento che la ricerca ha evidenziato come problematico. Si tratta allora di esplicitare con grande chiarezza le risorse che ogni attore istituzionale mette in gioco, distinguendo «i centri di costo incaricati di rendere esplicite le quote di compartecipazione alla spesa dei diversi soggetti istituzionali» (BISSOLO, FAZZI 2004, p. 96). È evidente che le risorse non sono solo monetarie, ma comprendono anche immobili, personale ecc.; tuttavia non si può non sottolineare che da diversi attori dei territori sia emerso come problematico il fatto che la compartecipazione dell'area sanitaria si traduca spesso esclusivamente in risorse umane;
- le condizioni organizzative che rappresentano i prerequisiti per l'implementazione delle azioni stabilite per raggiungere gli obiettivi: per garantire soprattutto l'integrazione organizzativo-gestionale può essere necessario introdurre correttivi o innovazioni, che vanno negoziati e specificati nell'accordo di programma a garanzia della loro effettiva realizzazione;
- il personale coinvolto: quella risorsa umana è una questione emersa con grande forza in tutta la parte di analisi dell'integrazione socio-sanitaria e che affronteremo più sotto. Qui occorre però sottolineare che l'integrazione non può essere realizzata con personale recuperato quasi a caso, ma richiede la scelta accurata delle figure professionali coinvolte, con ruoli e compiti specifici ed esplicitati.

Un altro strumento utilizzato nella realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria è rappresentato dalla delega con l'attribuzione di competenze da parte dei comuni alle ASL. Essa rappresenta senza dubbio uno strumento che può consentire l'integrazione, tuttavia potrebbe presentare il rischio di sostituire «la volontà decisoria del delegato a quella del delegante» (PERINO, in BISSOLO, FAZZI 2005, p. 123). Questo problema può essere superato attraverso un processo di delega partecipata in cui viene sì conferita la delega da parte dei comuni all'ASL, ma attraverso un processo di costante collaborazione fra gli attori istituzionali nella valutazione dei bisogni, nella definizione delle azioni, nel monitoraggio. Viene mantenuta, di fatto, una condizione di partecipazione e di corresponsabilità degli attori istituzionali coinvolti.

Sul versante dell'integrazione professionale sono emersi due ordini di problemi: la variabile umana e la dimensione culturale. Analiticamente le due dimensioni sono state trattate in modo separato, tuttavia sono a nostro avviso strettamente correlate.

La variabile umana sta a indicare che l'integrazione professionale si realizza laddove ci sono persone di buona volontà che investono risorse proprie in termini di motivazione, competenze ecc. per costruire luoghi e interventi integrati. La variabile culturale ci dice che esiste una differenza percezione della «cura» fra sociale e sanitario: semplificando, potremmo affermare che il sociale ha già metabolizzato la necessità di un approccio olistico (forse anche per l'abitudine a relazionarsi con altri saperi), mentre il sanitario risente ancora di una visione parcellizzata della cura. Peraltro quest'ultimo gode di un prestigio sociale ben superiore al primo, che rende talvolta difficile la collaborazione paritaria fra professionisti provenienti dai due settori.

I risultati della ricerca e l'approfondimento condotto nelle singole realtà territoriali, con l'obiettivo di mettere a confronto il dettato formale-legislativo e le prassi realmente attuate nel campo dell'integrazione socio-sanitaria, mostrano un quadro molto complesso. Sul versante legislativo-formale tutte le regioni hanno ben delineato obiettivi, finalità e strumenti dell'integrazione, mostrando un notevole approfondimento degli aspetti istituzionali e tecnici, ma dal colloquio con i dirigenti regionali e i focus group condotti con gli operatori, il piano della prassi si fa più complesso. Emerge la centralità degli orientamenti politici che possono, a volte, dare impulso o bloccare i percorsi e l'attuazione di alcune strategie (si pensi al caso della Sardegna); emerge ancora la forte dicotomia (almeno della percezione degli operatori) di potere e di reputazione delle figure professionali mediche rispetto a quelle sociali, che rende difficile non tanto e non solo la collaborazione, quanto anche la messa in comune di linguaggi e saperi, con l'esito che spesso sul sociale prendono decisioni medici e personale sanitario. È una percezione che in alcuni casi (si veda l'Emilia Romagna) è assurda a livello politico e istituzionale, dal momento che in tale regione si prevede di affrontare e superare la dicotomia con percorsi di formazione unificati. In altri termini, dalla ricerca emerge, in maniera chiara, che il tema dell'integrazione socio-sanitaria più che indicatore di un modello specifico di welfare locale, è e rimane (come dal momento dell'istituzione del servizio sanitario nazionale) un banco di prova per il funzionamento e il rendimento delle istituzioni regionali. Su questo piano ogni regione sta giocando la sua parte, mettendo in campo professionalità, capacità politico-progettuali, cultura organizzativa e gestionale, cultura dei servizi e patrimonio professionale che è riuscita a sedimentare in questi

ultimi trenta anni. Sedimentazione che si è confrontata regolarmente e sistematicamente con la quantità di risorse economiche disponibili: quantità di risorse che per alcune regioni virtuose sono state un'opportunità di crescita e di sviluppo, per altre (spesso iper-finanziate) sono state un alibi per non introdurre innovazione e cambiamento, per altre infine, più deboli sul versante del rendimento istituzionale, un'occasione perduta per imboccare la strada di un rinnovamento istituzionale.

Ripercorrendo i risultati della ricerca e prendendo in considerazione due sole variabili (integrazione politica alta e bassa: uno o due assessorati; integrazione gestionale alta e bassa: uno o due dipartimenti), le regioni da noi esaminate si posso inserire in quattro gruppi:

- a) alta integrazione politica (un assessorato) e gestionale (un dipartimento): Basilicata, Friuli Venezia Giulia;
- b) alta integrazione politica (un assessorato) e bassa integrazione gestionale (due dipartimenti): Sardegna;
- c) bassa integrazione politica (due assessorati) e alta integrazione gestionale (un dipartimento): Emilia Romagna, Liguria, Umbria, Toscana Veneto;
- d) bassa integrazione politica (due assessorati) e bassa integrazione gestionale (due dipartimenti): Campania, Marche, Molise, Puglia.

La ricerca conferma quanto emerso da altre indagini, vale a dire la centralità dell'integrazione gestionale, più che quella dell'integrazione politica. Al di là dell'esistenza di uno o due assessorati, ciò che sembra fare la differenza in termini di performance organizzativa è l'esistenza di una integrazione gestionale (un solo dipartimento) che è spesso il risultato e la conferma (si pensi al Veneto e per molti aspetti alla Toscana) di scelte organizzative che le diverse realtà regionali hanno maturato nel corso del loro processo di costituzionalizzazione.

La stesura di un unico piano socio-sanitario ovvero di due piani distinti ma armonizzati, coordinati e condivisi (risultato del lavoro di coordinamento politico-organizzativo fatto a livello di PDZ) e la tendenza a fare coincidere ambiti e distretti, come livello di erogazione delle prestazioni, costituiscono strumenti di lavoro tesi a realizzare un'integrazione socio-sanitaria come risultato più di un lavoro di coordinamento dal basso, su piani e obiettivi specifici, che non come adozione di un modello astratto calato dall'alto. Ma su questa capacità di coordinamento di strutture, saperi e persone dal basso si misura il rendimento istituzionale delle singole regioni.

Bibliografia

- M.S. ARCHER, *Being human: the problem of agency*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008.
- K. AVANZINI, U. DE AMBROGIO, *La programmazione territoriale oggi: analisi ed evoluzione dei piani di zona*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, XXXVIII, 15, 2000, pp. 5-10.
- A.D. BARRETTA (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2009.
- A.D. BARRETTA, *Fattori che possono impattare sulle relazioni interorganizzative in ambito socio-sanitario*, in A.D. BARRETTA (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2009.
- A.D. BARRETTA, C. BUSCO, *Competizione e cooperazione nel sistema sanitario: il ruolo della programmazione e del controllo nella creazione di una «cultura d'area vasta»*, «Azienda Pubblica», 17, 4, 2004, pp. 565-586.
- M. BEZZE, T. VECCHIATO (a cura di), *Tipologie di prestazioni e servizi sociosanitari e valutazione dei relativi costi*, Provincia Autonoma di Trento, Trento, 2007.
- G. BISSOLO, L. FAZZI (a cura di), *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Roma, Carocci, 2005.
- S. BORJA ET AL., *Un protocollo d'intesa per l'integrazione socio-sanitaria in area infanzia e adolescenza: il percorso della Regione Marche*, «Autonomie locali e servizi sociali», 1, 2008, pp. 69-77.
- D. CEPIKU, M. MENEGUZZO, *Le scelte delle regioni nel processo di governance del sistema sociosanitario*, in Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto*, Roma, 2005.
- D. CEPIKU, M. MENEGUZZO, *Le scelte delle regioni nel processo di governance del sistema socio-sanitario*, in AA.VV., *Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto*, Roma, Formez, 2006.
- D. CEPIKU, M. MENEGUZZO, *Politiche e strategie regionali di integrazione socio-sanitaria: un'indagine empirica*, in A.D. BARRETTA (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2009.
- S. CEDOLINA, *I servizi sociosanitari. L'integrazione parte dall'analisi della domanda*, «Mecosan», 11, 42, 2002, pp. 55-68.
- P. DI NICOLA, *Welfare societario e diritti di cittadinanza*, «Autonomie locali e servizi», 2, 2011, pp. 199-211.
- M. DEL VECCHIO, *Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, reintegrazione e relazioni di rete pubblica*, in E. ANESSI PESSINA, E. CANTÙ (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI*, Milano, Egea, 2003.
- P. DEMURU, *I processi di programmazione sociale di zona in alcune Regioni italiane*, «Studi Zancan», 6, 2006, pp. 161-178.
- P. DONATI (a cura di), *Salute e complessità sociale*, Milano, Franco Angeli, 1986.
- P. DONATI (a cura di), *Famiglia e capitale sociale nella società italiana*, Ottavo Rapporto CISF, Milano, San Paolo, 2003.
- M. FERRERA, *Modelli di solidarietà*, Bologna, Il Mulino, 1993.
- F. FOGLIETTA, G. RICCI (a cura di), *Modelli di distretto e integrazione sociosanitaria. Soluzioni di un percorso di ricerca*, Fondazione Emanuela Zancan, Padova, 2002.
- FORUM P.A., *Integrazione sociosanitaria. Decennale di Ferdersanità*, ANCI, 11 maggio, 2006.
-

- A. GIDDENS, *The consequences of modernity*, Polity Press, Cambridge, 1990, trad. it., *Le conseguenze della modernità*, Bologna, Il Mulino, 1994.
- A. GIDDENS, *Modernity and self identity*, Polity Press, Cambridge, 1991, trad. it., *Identità e società moderna*, Napoli, Ipermedium Libri, 1999.
- G. GIORNI, *Programmazione regionale e sistemi di governance*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», xxxviii, 15, 2008, pp. 2-5.
- K. GRIFO, *Nuove forme di gestione dei servizi sociali dei comuni: la sperimentazione delle Società della Salute in Toscana*, «Mecosan», 13, 51, 2004, pp. 79-91.
- P.L. GUIDUCCI, *Persona e relazionalità tra desiderio e incontro*, Milano, Franco Angeli, 1988.
- D. JODELET, *Madness and Social Representations*, London, Harvester/Wheatsheaf, 1991.
- F. LONGO, *Servizi sociali: assetti istituzionali e forme di gestione*, Milano, Egea, 2000.
- F. LONGO, *Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settore socio-assistenziale, socio-sanitario e sanitario*, «Mecosan», 10, 37, 2001, pp. 59-68.
- F. LONGO, *Governance dei network di pubblico interesse*, Milano, Egea, 2005.
- F. LONGO, *Logiche e strumenti aziendali per l'integrazione socio-sanitaria*, in A.D. BARRETTA, *L'integrazione socio-sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2009.
- G. MARCO, D. ZOLA, *Le politiche sociali partecipative in Italia. Quattro casi e un decalogo di buone pratiche*, «Autonomie locali e servizi sociali», 1, 2008, pp. 531-548.
- A. MELUCCI, *Verso una sociologia riflessiva*, Bologna, Il Mulino, 1998.
- MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali. Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale*, Roma, settembre, 2005.
- S. MOSCOVICI, *La psychanalyse, son image et son public*, P.U.F., Paris, 1961.
- A. PALERMO, *Il territorio fra «strutture» e «strategie»*, Milano, Franco Angeli, 2011.
- N. PAVESI, *L'integrazione sociosanitaria con particolare attenzione alla dimensione di integrazione professionale. Una ricerca su 12 regioni italiane*, «Salute e società», 2, 2012, pp. 237-247.
- R. PUTNAM, *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Milano, Mondadori, 1993.
- L. RICOLFI, *Il sacco del Nord. Saggio sulla giustizia territoriale*, Milano, Guerini Associati, 2010.
- M.L. SANTOLAMAZZA, M. BISIO, *Integrazione socio-sanitaria e Lea*, «Prospettive sociali e sanitarie», 7, 2003, pp. 8-12.
- D. SCHÖN, *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*, New York, Basic Books, 1983.
- D. SCHÖN, *Educating the Reflective Practitioner*, Jossey-Bass, San Francisco, 1987.
- R. SUTTER, *Integrazione tra servizi sociali e sanitari*, in V. Ghetti (a cura di), *La regolazione sociale del sistema socio-sanitario*, Milano, Franco Angeli, 1985.
- F. TESTA, C. BUCCIONE, *Il distretto sanitario: funzioni e potenzialità di governo della domanda sanitaria*, «Mecosan», 11, 44, 2002, pp. 27-59.
- T. VECCHIATO, *L'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria*, «Studi Zancan», 4, 2000, pp. 7-28.
- T. VECCHIATO, L.L. MAZZINI (a cura di), *L'integrazione sociosanitaria: risultati di*

sperimentazioni e condizioni di efficacia, Padova, Fondazione Emanuela Zancan, 2008.

F. VILLA, *Le politiche per l'integrazione tra sociale e sanitario: a che punto siamo?*, in F. VILLA (a cura di), *Percorsi di integrazione tra sociale e sanitario. Una esperienza di assistenza domiciliare agli anziani*, Milano, Vita e Pensiero, 1999.

P. ZURLA, *L'integrazione dei servizi come sistema di comunicazione*, in P. Donati (a cura di), *Salute e complessità sociale*, Milano, Franco Angeli, 1986.

Governance e processi valutativi

Stefano Campostrini, Elena Menegazzi

Come già riportato nell'introduzione al presente volume, nell'esaminare i processi di governance in atto oggi nelle regioni italiane si è voluto prendere in considerazione come tema di particolare interesse quello della valutazione. I motivi sono abbastanza chiari: la valutazione, cenerentola in Italia fino a qualche decennio fa, si trova a vivere un momento di particolare sviluppo. D'altra parte, anche dal punto di vista teorico, la valutazione è uno dei processi fondanti la governance e, per tanto, tipologie e approcci valutativi influenzano le forme della governance. Il come, quanto e chi valuta necessariamente influenza e definisce il modello di regolazione adottato.

Per questo, si sono messe sotto esame le procedure valutative normative e praticate dalle regioni partecipanti nello studio. L'interesse principale era quello di indagare quale fosse, specificatamente, il ruolo della valutazione nelle diverse regioni, se fosse possibile riscontrare modelli caratteristici e quanto, infine, fosse avanzato il processo di affermazione del ruolo stesso della valutazione.

In queste pagine vedremo che il panorama italiano si presenta alquanto variegato, tant'è che non siamo riusciti a individuare e proporre tipologie nelle quali far ricadere ora una regione ora l'altra. La sensazione, che argonteremo alla luce delle informazioni raccolte, è che si sia in un certo senso alla metà del guado verso l'affermazione di un ruolo preciso e importante della valutazione nei processi regolativi delle regioni italiane verso i propri territori. Certamente alcune regioni presentano esperienze più avanzate di altre, ma nessuna in grado di offrire un quadro organico per tutti i territori e per tutti i settori del sociale.

Per presentare e discutere, guardando soprattutto al futuro, questo quadro certamente in rapida evoluzione (alcune regioni hanno adottato normative e prassi valutative diverse proprio durante lo svolgimento di questo studio o nel periodo intercorso tra la rilevazione e l'elaborazione dei materiali/scrittura dei report) siamo partiti dal riportare brevemente

un quadro teorico per fare da cornice allo studio svolto e spiegarne alcune chiavi di lettura. Presenteremo quindi i risultati, analizzando ciascuno degli aspetti relativi alla valutazione indagati nelle diverse regioni, per poi tentare alcune riflessioni conclusive, più per aprire un dibattito che per offrire una qualche considerazione definitiva o esaustiva.

1. Valutazione e prassi valutative: il dibattito teorico

Abbiamo voluto iniziare questo capitolo sugli aspetti legati alla valutazione nello studio compiuto in diverse regioni italiane sulla governance nazionale, regionale e territoriale delle politiche di inclusione sociale con un breve excursus sul dibattito teorico oggi presente in Italia e internazionalmente sulle tematiche relative alla valutazione. Questo intervento ha finalità evidentemente introduttive e non pretende pertanto di essere né esaustivo, né di fornire nuovi dettagli o particolari letture critiche. Chiarire il quadro di riferimento si ritiene possa invece essere utile ad interpretare quanto riportato dalle analisi compiute sulle regioni, nonché a chiarire meglio i confini e gli oggetti di ciò che si è affrontato nello studio.

1.1. La valutazione come ambito applicativo/disciplinare e i confini della valutazione

Sin dalla nascita della valutazione come specifico ambito applicativo, più che disciplinare (non si ritiene possibile vederla come disciplina a sé), si è discusso in merito ai confini della valutazione e quale sia la metodologia corretta di riferimento. Già una cinquantina di anni fa, quando la ricerca valutativa muoveva i primi passi, si è assistito ad un dibattito tra chi ribadiva per la valutazione un paradigma scientifico (posizione che ha avuto tra i più importanti riferimenti internazionali la scuola di Campbell, si veda ad esempio CAMPBELL 1969, argomentazioni riprese nel recente SHADISH, COOK, CAMPBELL 2002) e chi invece sosteneva un approccio più pragmatico, legato agli ambiti applicativi e a problemi specifici (in riferimento alla scuola più significativa, vanno citati i lavori di Cronbach - si veda per esempio CRONBACH ET AL. 1980). Oggi, tra le diverse discipline che si occupano di valutazione, c'è abbastanza convergenza sulla necessità di combinare aspetti tecnici con aspetti sostanziali per concretizzare una ricerca valutativa qualitativamente rilevante, accettando il fatto che non sia possibile presentare la valutazione come un qualcosa di monolitico, di definitivo, né nei suoi confini teorici, né in quelli applicativi (ROSSI, FREEMAN 1993).

Tentativi di definire una teoria della valutazione sono presenti in letteratura, ma anche chi si è cimentato con questi li riporta come ideali,

utopici (SHADISH, COOK, LEVINGTON 1991), utili più come riferimento che come dichiarazione di confine. Le cause della labilità dei confini della valutazione non possono essere attribuite tanto alla scarsa crescita delle discipline interessate alla valutazione, quanto alla loro natura: la valutazione resta, ed è ipotizzabile che resterà sempre, un ambito multiforme. L'interesse che suscita in consolidate discipline scientifiche profondamente diverse tra loro (sociologia, economia, statistica, psicologia ecc.) porterà necessariamente nella pratica valutativa ad enfatizzare ora un aspetto ora un altro. Questa demarcazione sfuocata della ricerca valutativa non dovrebbe però indurre a pensare che si possa affrontare questo ambito, che si potrebbe definire come luogo d'incontro tra settori scientifici e approcci diversi, senza preoccuparsi di coniugare le sue due anime: il metodo e la teoria, gli aspetti tecnici e gli aspetti sostanziali. Guardando in modo particolare alla valutazione in Italia, si evidenzia come il nostro Paese stia vivendo un evidente ed innegabile processo di crescita di attenzione e di esperienze valutative del tutto nuovo, con proporzioni che solo dieci-venti anni fa sarebbero state inimmaginabili. La congiunzione di novità e crescita crea situazioni di particolare delicatezza. L'improvvisazione ora dei metodologi (carenti di teoria sostanziale), ora dei teorici (carenti di metodologia), ora dei praticanti (carenti di entrambe) potrebbe consolidare prassi valutative scadenti che anni di isolate buone pratiche non riuscirebbero poi a mutare.

Se la molteplicità di approcci e scuole può creare difficoltà nel sintetizzare la teoria della valutazione, apparentemente sembrerebbe facile definire la metodologia e le tecniche di valutazione, affermandone semplicemente lo stretto legame con la statistica e la ricerca sociale. Gli stessi Rossi e Freeman, nelle prime pagine del testo che è da annoverarsi come una delle bibbie dei valutatori, (ROSSI, FREEMAN 1993) danno, come prima definizione della ricerca valutativa, «l'applicazione sistematica di procedure di ricerca sociale per giudicare [...] programmi di intervento sociale». In realtà, la ricerca valutativa vive in un rapporto di interscambio con la statistica, la sociologia e la ricerca sociale, cogliendo ora stimoli da queste discipline, ora stimolandone la crescita per risolvere problemi tipicamente valutativi.

Un termine molti aspetti e accezioni

Una corrente linguistica riteneva che il maggior numero di vocaboli che possiede una lingua per definire un insieme di concetti sia in qualche modo legato all'attenzione posta dalla società verso i concetti stessi. Ora, senza addentrarsi dentro a quella che è diventata una querelle per i linguisti, certamente i primi studi, riviste scientifiche dedicate ecc.

alla valutazione appartengono al mondo anglosassone, nella cui lingua un'attenzione particolare è posta all'utilizzo di diversi termini che noi potremmo tradurre indistintamente con valutazione:

- evaluation, è l'attività di ricerca valutativa con finalità di giudizio o controllo a cui si faceva riferimento poc'anzi citando Rossi e Freeman, in ogni caso applicata ad interventi/programmi/politiche sociali;
- assessment, è la valutazione, spesso applicata a singoli casi, come controllo o verifica, frequentemente ottenuta da un confronto con standard (la valutazione degli allievi di un corso o di singoli casi per decidere il tipo di intervento adeguato);
- monitoring, audit, è la valutazione intesa come attività di controllo, generalmente non interagente con i processi controllati (monitoring) e/o riferita alla corrispondenza a standard/test ben precisi (audit);
- accounting, utilizzato soprattutto in ambito finanziario, ma poi tipicamente usato nella valutazione dei progetti, è un resoconto dettagliato, che nella denominazione originale vorrebbe anche render conto delle cause che hanno portato alla situazione osservata. Spesso quando utilizzato solo per aspetti finanziari in italiano lo si traduce con rendicontazione (solitamente mai intesa come render conto).

Cosa tener dentro e cosa lasciar fuori dalla valutazione? Ogni definizione potrebbe risultare limitata se si volessero dei confini precisi e non si vuole certamente qui proporre o riproporre discussioni accademico-terminologiche. Tuttavia una riflessione va fatta per dichiarare i confini entro i quali ci si è mossi nello studio delle realtà regionali.

Date le finalità della ricerca, certamente quando qui si fa riferimento alla valutazione, si fa riferimento completamente a ciò che viene descritto dall'evaluation e dalla letteratura a questa riferita. Non si fa, altrettanto certamente, riferimento all'assessment, in quanto è il territorio l'oggetto di studio e non singoli cittadini, utenti ecc. Sugli altri aspetti non ci siamo operativamente sentiti di escludere alcunché, pur riconoscendo dal punto di vista teorico la differenza tra monitoring, audit, accounting e evaluation, abbiamo preferito lasciare i confini non stretti comprendendo in valutazione (e d'ora in avanti utilizzeremo solo questo termine) anche attività di controllo o di rendicontazione che abbiano però finalità di espressione di giudizio utile a processi di regolazione e governance dei territori (escludendo dunque audit e rendicontazioni con finalità prettamente amministrativo-contabili).

Non ci soffermeremo qui sugli aspetti metodologici della valutazione, se non per un veloce richiamo utile per meglio comprendere le scelte di indagine compiute e la sintesi qui proposta. Cercheremo invece di

riassumere, sempre con finalità introduttive, il dibattito sorto attorno la valutazione sia a livello internazionale che nazionale.

1.2. Molteplicità di approcci e metodi di valutazione

Non esiste una valutazione scollegata dall'ambito applicativo. Essa deve necessariamente rifarsi alle diverse esigenze valutative espresse dai molteplici stakeholder, da quanti interessati, a qualsiasi titolo, dagli interventi (progetti ecc.) che si vogliono valutare. In modo particolare nel mondo italiano dei servizi, come noto, stiamo assistendo a profondi cambiamenti nella programmazione e gestione, che vanno riconoscendo sempre più all'ente pubblico il ruolo di regolatore del sistema, lasciando la gestione diretta degli interventi a soggetti di natura diversa (privati, del privato sociale, ma anche pubblici) con una complessità che in altre parti del presente studio è stata analizzata. Senza addentrarci nei diversi mix, già le due tipologie (regolatore e gestore), le due funzioni, comportano obiettivi valutativi sostanzialmente diversi. Chi regola, deve preoccuparsi di valutare per selezionare i migliori progetti (e i migliori fornitori) per assicurare qualità al sistema, deve valutare per monitorare che il sistema non si discosti dalla qualità prevista, deve infine valutare per verificare il raggiungimento degli obiettivi posti, per giudicare chi e come produce migliore qualità, per riprogettare il sistema. Chi gestisce ha anch'esso finalità di controllo (anche se non sempre queste si esplicano con modalità valutative in senso stretto) e di valutazione dei risultati, per gestire meglio i propri interventi, ma anche per poter dimostrare, ai propri utenti e ai propri finanziatori, di essere in grado di raggiungere risultati qualitativamente apprezzabili.

La prospettiva valutativa (e pertanto anche modelli, tecniche e strumenti) è quindi certamente diversa se si valuta per gestire o se si valuta per regolare. Per utilizzare una terminologia comune nella letteratura valutativa anglosassone, si passa da una formative evaluation, ovvero una valutazione formativa, tesa a far capire se il progetto che stiamo gestendo sta funzionando nei termini desiderati di efficienza/efficacia ad una summative evaluation, una valutazione complessiva, ovvero, parafrasando il sintetico e intraducibile termine inglese, ottenuta come somma di diversi elementi e che si pone come esterna al processo di programmazione e gestione dell'intervento stesso.¹ Chen (1996), riprenden-

1. Scriven (1991) per spiegare la differenza tra questi due approcci esemplificava dicendo che la formative evaluation è l'operazione del cuoco che assaggia la minestra per capire se è buona, mentre la summative evaluation è quella del cliente del ristorante che giudica la minestra una volta che gli viene portata a tavola.

do la suddetta dicotomia, enfatizza la diversa prospettiva dei differenti stakeholder, proponendo però una classificazione che tenga conto anche dei diversi momenti valutativi. Il risultato di questa combinazione può essere sintetizzato nello schema seguente, che riporta nel senso delle righe i momenti valutativi (del programma) e in quello delle colonne le finalità (funzioni valutative).

Tab. 1. Le diverse tipologie di valutazione, seguendone i momenti e i diversi interessi degli stakeholders (CHEN 1996)

	Miglioramento	Giudizio
Processo	Process-improvement Evaluation	Process-assessment Evaluation
Outcome	Outcome improvement Evaluation	Outcome- assessment Evaluation

Condivisibile è la posizione di Chen nell'affermare che, al di là delle storiche dispute sugli approcci valutativi, non sia possibile riportare affermazioni assolute ma necessariamente approcci e modelli rivestono importanze relative rispetto al punto di vista dei diversi stakeholder. Tant'è che lo stesso Chen riconosce, partendo dai quattro tipi base di valutazione, la presenza di tipi misti, giustificata dalla presenza di diversi stakeholder all'interno del singolo progetto.

Il quadro proposto da Chen, sicuramente aiuta nella semplificazione. Ma se si volesse tener conto della complessità dei processi valutativi e si volesse, ad esempio, introdurre un'ulteriore funzione, quella del valutatore (terzo o meno che sia rispetto alle altre due funzioni, stiamo parlando di funzioni e non di ruoli), il quadro si complicherebbe.

La tabella che segue sintetizza, con un maggior livello di approfondimento, le funzioni ed i diversi oggetti valutativi. Si noti che si è introdotto un terzo punto di vista, oltre a quello del gestore (interessato nello schema di Chen al miglioramento) e del regolatore (interessato al giudizio). Quello del valutatore. Non si fraintenda qui il ruolo esercitato nei processi (che è ciò che qui interessa) con quello della professione. Si è voluto, infatti, qui esplicitare quando è esercitato il ruolo di valutatore come terzo rispetto agli altri due. Terzietà che può essere giocata rivolgendosi, appunto a valutatori professionisti (università ecc.) o a uffici/soggetti a questo deputati (in alcune organizzazioni sono attivi nuclei di valutazione).

Tab. 2. Le diverse tipologie di valutazione seguendone i momenti, gli oggetti e le diverse funzioni dei possibili stakeholders

	GESTORE	VALUTATORE	REGOLATORE
risorse	Verifica	Capacità attivazione	Capacità
processo-audit	Audit interno	Audit esterno	Definizione regole
processo accountability	Accountability	Verifica	Verifica
processo-prime risul- tanze	Evaluation formative	Evaluation summative	Evaluation summative
output	Evaluation formative	Evaluation summative	Evaluation summative
outcome	Evaluation	Evaluation	Evaluation
risultanze complessive	-	Sorveglianza	Sorveglianza

Si noti come lo schema si complichì rispetto a quanto proposto da Chen, riconoscendo un ruolo più complesso alla valutazione a seconda di come, su che cosa e da chi viene esercitata ed agita. Importante sottolineare che questi non sono modelli valutativi in alternativa o concorrenti. Anzi, nella realtà c'è spesso da attendersi la presenza di più tipi di valutazione applicate allo stesso oggetto (servizio/progetto/territorio), proprio per la presenza di diversi stakeholder. L'impianto valutativo così dovrà tener conto di questa complessità, accogliendo le diverse esigenze espresse (esplicitamente o meno) dai diversi stakeholders.

1.3. La valutazione ex ante ed in itinere: selezione, monitoraggio, controllo

Nel processo di regolazione del mercato dei servizi il decisore (sia esso tecnico o politico) è spesso chiamato a compiere delle scelte relative al finanziamento o meno (o sull'entità dello stesso) di alcuni interventi e sulla scelta di fornitori di servizi² tra loro concorrenti. A prescindere da possibili indicazioni provenienti dalla normativa o da altre fonti, il decisore è chiamato ad attenersi a criteri di trasparenza e, genericamente, a criteri di efficacia ed efficienza, o, in sostanza, a criteri che possano assicurare la qualità dei risultati finali, così come definita nei diversi ambiti applicativi. Da qui la necessità di una forma di valutazione dei progetti che supporti, o meglio, sostanzi la scelta finale. Generalmente si definisce questo momento valutativo come valutazione ex ante.

2. Si farà qui riferimento a «servizi», «progetti» o «proposte» «interventi» come sinonimi; ciò è dato dalle finalità generali del presente lavoro, non dalla mancata volontà di riconoscere le specificità (anche valutative) che questi termini evocano.

Se accettiamo la logica della razionalità limitata, il decisore, per quanto serio e competente, introdurrà elementi di soggettività nel giudizio delle diverse proposte e dunque nella scelta. Alla soggettività dei giudizi si aggiungono, o spesso, inevitabilmente, si intersecano le scelte di carattere politico (di indirizzo) che necessariamente devono ispirare anche la selezione delle diverse proposte. Il decisore si trova a dover compiere la scelta non solo nel rispetto di alcuni criteri tecnici di qualità, ma anche di linee di orientamento (più o meno codificate) che legittimamente sono state esplicitate dai competenti organi politici.

Allora il modello valutativo dovrà essere in grado di tenere in conto di tutto, adottando uno specifico metodo. Apriamo qui una brevissima parentesi relativa al significato e al valore del metodo nella prassi valutativa.

Ciò che differenzia la valutazione come scienza e prassi da altre attività legate a generiche espressioni di giudizio è, in particolare, l'applicazione di un metodo. È il metodo, infatti, inteso come applicazione specifica di una definita e determinata metodologia, che, pur non essendo di per sé garanzia di correttezza o di qualità (queste dipendono dal come questo viene utilizzato), consente la non arbitrarietà e la trasparenza del processo di giudizio e, conseguentemente, dell'espressione valutativa che alla fine viene formulata. Potremmo pertanto affermare che una valutazione è tale solo se prevede, definisce e applica un particolare metodo; una valutazione senza metodo può aver certo valore (come giudizio) ma non sarà una valutazione, ovvero non si ritiene sia corretto definirla, tecnicamente, tale.

La metodologia forse più utilizzata per risolvere i citati problemi (sia metodologici che sostanziali) tipici della fase di valutazione *ex ante* è la valutazione multicriteri, una specificazione di una più ampia famiglia di tecniche a supporto dei processi decisionali che va sotto il nome di Multi Criteria Decision Analysis (MCDA), (si veda, ad esempio, BOUYSSOU ET AL. 1993; CABE, STEWART, VANSNICK 1997; ALSHEMMERI, ALKLOUB, PEARMAN 1997).

L'applicazione di tecniche multicriteri (per una buona presentazione introduttiva si veda EDWARDS, NEWMAN 1982) consente di gestire questi processi valutativi risolvendo due fondamentali problemi metodologici:

- considerare contemporaneamente diversi criteri, che possono fondarsi su misure oggettive e soggettive, utilizzando anche differenti scale di misura;
- risolvere la complessità delle scelte (per arrivare ad un giudizio sintetico finale) rispettando i diversi livelli di importanza che possono essere assegnati dai decisori ai diversi criteri.

Queste tecniche, pur nella diversità di approcci, nel tentativo di dare risposta ai problemi ora citati, seguono un percorso comune che si potrebbe così sintetizzare (BERTIN 1995):

- individuazione della natura della decisione da prendere;
- individuazione dei criteri;
- revisione e scelta dei criteri;
- definizione della struttura formale del modello.

L'aspetto rilevante di questi approcci è il fondarsi su misure in qualche modo affidabili. È questo un tema classico (ma non per questo scontato) della ricerca sociale: la costruzione di indicatori e la valutazione della loro validità, affidabilità, sensibilità.

Su questo fronte va sottolineata l'importanza dell'organizzazione dei dati e delle elaborazioni necessarie per la costruzione di indicatori in Sistemi Informativi in grado di dare ulteriore efficacia ed efficienza ai processi valutativi.

Quella dei Sistemi informativi (SI) ed in particolare dei Sistemi informativi statistici (BELLINI, CAMPOSTRINI 1994; CAMPOSTRINI 1995) è una delle tematiche che emerge sempre con maggior forza, sia per supportare processi di selezione (valutazione ex ante) che di monitoraggio (valutazione in itinere). È infatti impensabile che enti regolatori governino sistemi di valutazione di dimensioni e complessità sempre crescenti, coinvolgendo migliaia di progetti e centinaia di organismi gestori, senza una logica di sistema che interconnetta i diversi soggetti produttori e utilizzatori di dati e informazioni utili ai processi decisionali. Siano esse interne, ovvero prodotte ruotinariamente dal gestore del servizio o siano esse esterne, raccolte da osservatori, da ispettori o attraverso indagini, puntare sulla loro organizzazione significa recuperare certamente in efficienza, ma talvolta anche in efficacia. Flussi informativi ben definiti e organizzati spesso consentono anche una maggior qualità dei dati scambiati. Scambio che avviene anche tra i diversi momenti valutativi: frequentemente i dati relativi al monitoraggio fanno riferimento al controllo di auto-dichiarazioni rese dai soggetti proponenti in fase di selezione dei progetti o ad altri dati relativi alla valutazione ex ante. D'altro canto spesso sono i dati raccolti in fase di monitoraggio a essere utili per la valutazione ex post, per la valutazione finale dei risultati. Recuperare in efficacia ed efficienza significa organizzare i flussi informativi relativi a questi diversi momenti in un sistema unico, che colleghi le diverse valutazioni. Dal punto di vista del decisore (regolatore) avere un sistema informativo per la valutazione dei progetti significa operare efficacemente ed efficientemente il proprio ruolo di controllore del sistema di produzione dei servizi. Per tener fede alle osservazioni relative alla necessità di una valutazione cucita addosso alle esigenze espresse

dalle singole realtà, si dovrà però prestare particolare attenzione nella costruzione di SI centrali alle esigenze di controllo e di valutazione espresse ed esprimibili dai diversi soggetti a cui il SI fa riferimento. Per questo si dovrebbe ricercare SI integrati o nidificati, con ampi zoccoli comuni e ramificazioni sempre più particolari e diverse tra loro via via che ci si avvicina a riferimenti e soggetti più locali.

1.4. La valutazione dei risultati: una sfida per gestori e regolatori

Richiamando lo schema ripreso da Chen e sopra presentato, appare evidente come l'attenzione agli outcome, ai risultati degli interventi, sia comune ad entrambe le categorie di soggetti, gestori e regolatori, anche se i primi avranno prioritariamente finalità di miglioramento (dei propri interventi) e i secondi di giudizio (sui singoli interventi e sul sistema nel suo complesso). Se alcuni obiettivi valutativi sono condivisi e se alcune attenzioni e problemi metodologici sono comuni a quelli che Chen chiama outcome improvement evaluation e outcome assessment evaluation, consistenti sono gli elementi di diversificazione.

La sfida certamente comune è quella della definizione di che cos'è risultato. Parlare di sfida significa riconoscere la difficoltà sostanziale che spesso si trova nel riconoscere e isolare alcune misure che bene possano rappresentare i risultati di un intervento sociale. Nell'auspicio che l'intervento sia formulato bene dal punto di vista programmatico, ovvero che siano chiari gli obiettivi, le fasi di sviluppo, ma anche i risultati attesi; resta spesso, comunque, il problema di come misurare questi risultati, raramente affrontato in fase di costruzione del programma. Non sarà da meravigliarsi se nelle prossime pagine troveremo che la valutazione degli outcome è spesso negletta nelle nostre regioni. A problemi di metodo (e conseguentemente di competenze di chi è chiamato ad utilizzarlo) si associano problemi di cultura, nel lavorare non per prodotti, ma per obiettivi e obiettivi costruiti in modo da esprimere chiaramente i risultati attesi. Nonostante le spinte che vengono dall'Europa (nei finanziamenti comunitari si è obbligati ad una programmazione per obiettivi) il mondo di quanti operano nel sociale oggi in Italia sembra essere ancora abbastanza refrattario a definire obiettivi circoscritti, ed è ancora difficile scrollarsi di dosso un'eredità culturale ancora troppo presente negli operatori del sociale che pensano che «meaning good is doing good», ovvero che voler far del bene fa del bene. Purtroppo sappiamo che questo non è sempre vero, ma questa mentalità ovviamente lascia poco spazio a una cultura valutativa che, soprattutto in tempi di crisi economica, obbliga a dimostrare l'efficacia di quanto si sta realizzando per dimostrare non solo che si fa del bene, ma lo si fa bene.

Tornando ad aspetti più di metodo, sempre più limitata sembra la prospettiva di valutazioni che considerano un'unica variabile per verificare il raggiungimento o meno di risultati (anche se si utilizzano modelli di analisi piuttosto sofisticati), come d'altra parte appare sempre più necessario inserire in quella che viene denominata valutazione *ex post* elementi di processo, che consentano di capire non solo se si è raggiunto un risultato, ma come e perché, a quali condizioni (MCGRAW ET AL. 1996). In questa logica va il processo di scomposizione dell'intervento nelle sue fasi (idea forse non nuova e proposta anche da qualche precursore della valutazione in Italia, cfr. BERNARDI, TRIPODI 1981), che sta alla base dello sviluppo della cosiddetta *theory-based evaluation* (si veda ad esempio, CHEN 1990; FITZ-GIBBON 1996; WEISS 1997). Questa vede la valutazione legata alla teoria del programma, ovvero alla rilevazione del se e come si sia rispettata una determinata sequenza di cause ed effetti prevista, che il programma voleva produrre. Nell'evidenziare potenzialità e limiti di questo approccio, è interessante notare come punti critici nella sua applicazione siano individuabili sia nella difficoltà di esplicitare in diversi programmi la loro teoria, sia anche la necessità di sviluppare (meglio sarebbe dire adattare) opportuni strumenti di analisi alle necessità evocate da questa metodologia (BIRCKMAYER, WEISS 2000).

Se la ricerca di una definizione di risultato è qualcosa che accomuna le diverse prospettive e i diversi interessi, la misura dell'effetto netto che il programma ha avuto nel produrre i risultati osservati (impatto), al di là di possibili altre concause ed effetti di disturbo, è un problema certamente di interesse anche per il gestore, ma, verrebbe da dire, istituzionale per il soggetto regolatore. Non si può infatti né orientare, né controllare né, ovviamente valutare (sono queste tre le funzioni che contraddistinguono i soggetti regolatori dei servizi) se non si ha qualche informazione sull'impatto, magari non di tutti i singoli progetti (spesso troppo costoso da misurare), ma almeno di quelli pilota e in ogni caso almeno del complesso dei servizi/interventi sui quali si estende la propria responsabilità di regolazione. I costi spesso associati a questo tipo di valutazioni non possono essere l'unica causa che fa sì che si possano contare, in Italia, il numero di valutazioni di questo tipo sulle dita di qualche mano (e non ne servono molte!). Certamente gioca pesantemente il ritardo nello sviluppo di quella cultura di orientamento ai risultati a cui si faceva accenno poc'anzi, ma l'instabilità del governo di molti ambiti di servizi socio-sanitari contribuisce pesantemente come con-causa. Un fattore necessario per una buona valutazione di impatto è infatti il tempo, ovvero la possibilità di raccogliere informazioni prima della realizzazione dell'intervento, durante e dopo; spesso è stata proprio la mancanza di una stabilità di responsabilità di governo e gestionale a decretare l'impossibilità di applicazione di buoni disegni valutativi di impatto.

Per completare il quadro, va evidenziato come da più parti si deleghi ogni valutazione di risultato a qualche sorta di indagine di customer satisfaction, di rilevazione della soddisfazione dei clienti o degli utenti di un servizio. Va da subito chiarito che anche se queste possono fornire elementi utilissimi anche per una valutazione di risultato, non possono, normalmente, essere considerate di per sé una valutazione di risultato. A seconda infatti del contesto, del tipo di intervento e dei soggetti interessati alla valutazione, la customer satisfaction può rappresentare una valutazione di processo, una valutazione in itinere, o, tutt'al più una valutazione sugli output. Questo per numerosi e diversi motivi, come molta letteratura sulla customer satisfaction ha sempre segnalato (si veda ad esempio TEAS 1994). Non si nega con ciò il valore valutativo dell'applicazione, dove e quando possibile, di una customer satisfaction, né, come si accennava, nel suo valore di offrire spunti per una valutazione di risultato.

1.5. La (difficile) chiusura del cerchio: l'utilizzo della valutazione

Nella pratica valutativa si è giustamente spesso molto attenti nel curare aspetti metodologici e sostanziali relativi al disegno e alla realizzazione della valutazione. In un'epoca matura per la valutazione risulta fondamentale anche verificare che cosa la valutazione stessa ha portato, qual è stato il suo impatto sulla/e organizzazione/i che la hanno promossa e sul sistema complessivo (WEISS 1972; PATTON 1997; JOHNSON 1998). Questa necessità è ancor più evidente in servizi nei quali la valutazione è attività ricorrente: un'opera meta-valutativa si rende necessaria sia per assegnare il giusto ruolo alla valutazione, sia per verificare necessità per una sua taratura, sia, infine, per individuare quali possono essere le condizioni per favorire la realizzazione dei cambiamenti suggeriti dai risultati valutativi e dunque assegnare una miglior efficacia complessiva al processo valutazione - (ri)progettazione.

Dunque un ciclo completo è segno di una valutazione compiuta, che non si limita a proporre processi valutativi dettati solo da esigenze di rispetto di aspetti formali o di facciata, ma che entra nei reali processi di programmazione e ri-programmazione. Quando i processi decisionali sono guidati (anche) dalle risultanze della valutazione, allora si potrà dire che la valutazione ha raggiunto il suo scopo, che si è chiuso il cerchio.

Per molti versi, per capire il grado di maturazione della valutazione in un sistema, non è tanto importante domandare come la fai, quanto che utilizzo ne fai.

2. La valutazione nelle regioni italiane

Il quadro introduttivo ha quindi disegnato le basi teoriche e metodologiche entro le quali si muovono i processi valutativi. In questa seconda parte s'intende dare spazio ai risultati delle rilevazioni condotte presso le regioni che hanno aderito al progetto. I risultati delle analisi condotte verranno presentati dando spazio a ciascuno degli aspetti relativi alla valutazione che sono stati indagati.

2.1. Le dimensioni di analisi dello studio sulla valutazione nelle regioni

La lettura e l'analisi dei processi valutativi nelle regioni aderenti al progetto è stata condotta mediante l'analisi di contenuto di tipo qualitativo. Sono state identificate delle categorie di contenuto che hanno guidato la lettura e l'analisi dei materiali raccolti. Tali categorie concernono:

- ruolo attribuito alla valutazione;
- oggetti della valutazione;
- contenuti della valutazione;
- criteri adottati;
- in quale momento vengono attivati i processi valutativi;
- quali sono gli attori coinvolti nella valutazione e con quale ruolo;
- in che modo vengono utilizzati i risultati emergenti dai processi di valutazione.

Queste categorie sono state impiegate per la ricostruzione delle logiche valutative emergenti dalla dimensione normativa e quelle affiorate nella fase di intervista dei testimoni privilegiati, consentendo il raffronto tra le due dimensioni.

Nei paragrafi a seguire, verrà presentato un confronto tra le regioni indagate alla luce delle categorie concettuali suesposte, con l'obiettivo di favorire una comparazione trasversale sulle diverse dimensioni che articolano i processi valutativi, presentando i punti di scostamento tra la dimensione di contenuto normativo e documentale, e quella invece segnalata dagli attori regionali e territoriali intervistati e che meglio dovrebbe riflettere le prassi valutative attualmente concretamente operanti nelle regioni.

Il raffronto è pertanto, a livello di ciascuna categoria di contenuto, duplice:

- tra le diverse regioni, identificando gli elementi emersi dalla documentazione e dalle interviste condotte;
- per la singola regione, comparando il piano normativo e quello della prassi, onde mettere in luce eventuali incoerenze.

2.2. Perché si valuta? I ruoli attribuiti alla valutazione

Richiamando il quadro storico sopra descritto, pur riconoscendo le diverse tipologie di valutazione (formative, summative ecc.) si può affermare che un ruolo complessivamente più maturo e istituzionalizzato si individua quando le diverse dimensioni coesistono: la valutazione assume le connotazioni di processo circolare, in cui al momento del giudizio segue e si accompagna quello della riflessività orientata alla riprogrammazione e alla revisione dei processi. La valutazione diviene a tutti gli effetti elemento integrante del processo di programmazione e controllo dell'implementazione di politiche, progetti, interventi, e non più un momento esterno di riflessione obbligata. Questo costituisce il ruolo ottimale (maturo) della valutazione, quello cui dovrebbero tendere disegni normativi e prassi.

Gli atti normativi esaminati per le diverse regioni evidenziano come, in linea generale, non sia sempre chiaramente esplicitato l'obiettivo per il quale viene prevista l'attività di valutazione, il ruolo che a questa viene attribuito. Una chiara identificazione del ruolo che la valutazione assume all'interno dei processi di governo delle politiche sociali e nella governance dei rapporti tra regione e territori, può infatti essere condotta solo in presenza di un'altrettanto chiara declinazione delle diverse fasi del processo valutativo e degli utilizzi della valutazione.

La valutazione, negli atti normativi regionali e nella documentazione esaminata, ha prettamente un obiettivo di giudizio laddove si segnalano richiami a processi di verifica dell'impatto degli interventi, monitoraggio degli effetti della programmazione sui bisogni dei territori, verifica del raggiungimento degli obiettivi, controllo di coerenza con la normativa regionale, verifica di appropriatezza degli interventi e delle prestazioni erogate (elementi ad esempio fortemente presenti nella normativa delle Regioni Toscana e Sardegna). Tali elementi evidenziano un richiamo ad una concezione di valutazione riconducibile al controllo esterno, al monitoraggio di parte regionale sulle attività dei territori. La valutazione di giudizio emerge anche con riferimento a processi di controllo e riprogrammazione dei PDZ e con riferimento alla valutazione del sistema dei servizi attivati a livello territoriale rispetto a quanto programmato nei piani stessi (Regione Basilicata; la Regione Molise parla esplicitamente di un giudizio di validità); per regolare i trasferimenti di risorse dalla regione agli enti territoriali e le modalità di impiego delle risorse (Regione Umbria, Regione Marche), nonché relativamente a specifici processi di valutazione, come ad esempio la valutazione sui risultati ottenuti da parte dei territori; la valutazione di esito e d'impatto degli interventi sulla popolazione; la valutazione della domanda socio-sanitaria e la verifica

del suo grado di soddisfacimento. La normativa della regione Campania mette in evidenza un ruolo di giudizio e controllo esterno da parte della regione con riferimento alla valutazione di congruità tra la programmazione regionale e quella locale, nonché una successiva valutazione dello stato di attuazione degli interventi individuati dai PDZ, avvalendosi di strumenti di monitoraggio e controllo di gestione.

Un ruolo a valenza formativa per i processi di valutazione viene invece individuato dagli atti legislativi e documentali con riferimento all'analisi dei bisogni socio-sanitari e della domanda sociale da parte degli organi territoriali (il distretto piuttosto che aziende sanitarie locali e comuni congiuntamente) e da parte delle unità valutative multiprofessionali. È il caso delle Regioni Liguria, Veneto, Marche, Puglia. Stesso ruolo (formativo) concerne anche la valutazione di specifiche sperimentazioni, al fine di definirne in via più puntuale le modalità attuative (ad esempio Regione Marche rispetto alla sperimentazione dei primi piani di ambito sociale; Regione Toscana per la quale la valutazione di specifici progetti/interventi è strumentale al riorientamento dei successivi interventi). L'aspetto formativo emerge altresì con riferimento al controllo sulle attività e le strutture, volto al miglioramento della qualità dei servizi; il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi. Anche per quanto concerne la programmazione regionale e locale si rintracciano riferimenti a processi valutativi di natura formativa, prevedendo in taluni casi procedure di tipo sistematico nonché partecipate, secondo quella che viene definita come una vera e propria clausola valutativa (Regione Basilicata). Una concettualizzazione più esplicita del ruolo formativo assegnato alla valutazione viene suggerita nella normativa della Regione Emilia Romagna, ove si esplicita che «[...] la valutazione sia interpretata come processo di apprendimento collettivo dei soggetti che insieme concorrono alla realizzazione delle politiche sociali e socio-sanitarie pubbliche che, anche grazie alla valutazione, imparano a governare insieme un sistema locale di servizi» (Regione Emilia Romagna, Piano sociale e sanitario 2008-2010).

Una valutazione più complessa, sia formativa che di giudizio, è inserita nell'ottica del ciclo della programmazione si riscontra negli atti normativi regionali solo in riferimento ai PDZ della Regione Friuli Venezia-Giulia e della Regione Veneto, che prevedono, nelle linee guida ai PDZ, una valutazione sia finalizzata al controllo sia alla riprogrammazione. Simili orientamenti emergono dagli atti documentali delle Regioni Liguria, Sardegna (ove le linee guida per i PLUS identificano nella valutazione lo strumento per orientare la programmazione successiva), Molise e Puglia, dove quest'ultima stabilisce che «In una logica di ciclo di programmazione, il processo proseguirà con le azioni di coordinamento e

di monitoraggio delle programmazioni sociali di ambito territoriale e con le azioni di affiancamento per l'attuazione dei Piani Sociali di Zona» (Puglia, Piano regionale delle politiche sociali).

La normativa presa in esame esprime un ruolo di simile complessità anche per quanto concerne l'Emilia Romagna, dove l'obiettivo emergente è quello di favorire un'ottica progettuale efficace mediante «la progettazione, osservazione, valutazione e riprogettazione che tenga conto delle valutazioni realizzate, degli esiti dei propri interventi e dei processi che conducono a determinati esiti. Il fine ultimo della valutazione quindi è quello di rafforzare l'azione. Esso pertanto mira a mostrare quanto un intervento funziona, migliorare il modo in cui funziona, ridurre i disservizi e le diseconomie, ridurre gli interventi che mostrano scarsa efficacia, sviluppare quelli che viceversa esprimono migliore capacità di risposta, prevedere nuove modalità di intervento.» (Regione Emilia Romagna, Linee guida PDZ). Anche la normativa della Regione Umbria suggerisce l'attribuzione di un ruolo forte ai processi di valutazione, esplicitando che «L'attività di monitoraggio costituisce una funzione propria dell'Amministrazione regionale e rappresenta la fase finale della programmazione propedeutica al riavvio del ciclo. Essa è diretta alla verifica di avanzamento e attuazione del piano sociale mediante il Sistema informativo sociale.» (Regione Umbria, Piano sociale regionale 2010-2012).

Se questo è quanto emerge dagli atti normativi e dalla documentazione delle regioni, sul piano delle prassi portate in luce durante le fasi dell'intervista e i focus group, sembra che il processo sia solo iniziato e il ruolo della valutazione definito solo sulla carta. Ne è un esempio il fatto che venga quasi unanimemente riconosciuta l'esigenza di individuare e costruire dei set di indicatori utili alla formulazione di giudizi sull'intero sistema sociale e socio-sanitario. Difficile che un ruolo sia definito se non sono ancora definiti gli strumenti per esercitarlo... Parallelamente però si rileva l'esistenza di diverse esperienze locali di valutazione (agita, non solo sulla carta), circoscritte però o sul livello territoriale, o su quello degli oggetti considerati. Tra le esperienze citate, si riporta:

- monitoraggio della spesa e dell'utilizzo delle risorse (ad esempio Emilia Romagna dove, a livello teorico, è riconosciuta la possibilità di sanzioni nell'erogazione dei finanziamenti ai territori inadempienti; Puglia; Molise, che lega l'erogazione di parte dei fondi solo a seguito di una rendicontazione sui servizi attivati; Sardegna, dove il controllo è relativo alla conformità della spesa con le indicazioni e le priorità regionali; Basilicata);
- esperienze di attivazione di processi valutativi su specifiche aree d'intervento. Ad esempio nella Regione Emilia Romagna sono stati

prodotti dei report ad hoc per il settore demenze, l'area povertà, esclusione sociale, immigrazione, famiglie e minori, con l'obiettivo di discutere i risultati ed analizzare il processo di erogazione di questi servizi.

La regione effettua anche delle verifiche sull'operato dei territori, in particolare sulla coerente realizzazione degli interventi rispetto quanto concordato a livello di programmazione regionale, e, a monte, nei termini di controlli ex ante di congruenza sugli atti della programmazione locale con gli indirizzi e le direttive regionali (Regioni Liguria, Campania, Umbria, Molise). I giudizi di coerenza sui PDZ non sono però solamente formali, ma possono avere anche un risvolto sostanziale, come esplicitato da un funzionario della Regione Campania: «L'obiettivo della valutazione dei piani non è semplicemente la qualità formale dell'atto, ma la qualità sostanziale della programmazione. La finalità è quella di garantire sostanzialmente che i servizi siano gli stessi su tutti gli ambiti, perché, da un lato, lasci l'opportunità agli ambiti di fare i servizi che ritengono opportuni, dall'altra, però, l'obiettivo è quello di assicurare che vi sia un livello uniforme di servizi, che non ci sia una differenza tale tra ambito e ambito, sia tra risorse dedicate che per tipologia di servizi che si attivano» (Regione Campania, intervista funzionario regionale). Anche per quanto concerne la valutazione delle politiche regionali emerge un ruolo di giudizio sugli esiti e gli impatti (Regione Toscana), che si esprime in alcuni casi nella forma di vere e proprie clausole valutative con riferimento all'attività complessivamente svolta da parte dei diversi servizi (Regione Friuli Venezia Giulia). Infine, processi di tipo summative vengono evidenziati per specifiche leggi settoriali, dove la valutazione tocca gli aspetti finanziari (spesa sostenuta) nonché le modalità di realizzazione del progetto ed risultati raggiunti (Regione Friuli Venezia Giulia). Valutazione complessiva allora, ma limitata ad alcuni aspetti (quello del controllo finanziario è il più frequente, d'altra parte non sorprendentemente, frutto di un'eredità legata all'amministrare, più che al governare).

Tra le esperienze segnalate in fase d'intervista, si possono ricondurre a una valutazione di tipo formative quelle che concernono i servizi e gli interventi attivati dai territori e la loro qualità, volumi di attività e spesa sostenuta per l'erogazione (Regioni Liguria, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Campania). La valutazione dei servizi può avvenire sia a opera della regione, sia internamente ai territori, come nel caso del Friuli Venezia Giulia con esperienze di confronto sistematico con i servizi sociali dei comuni e il Comitato dei sindaci di ambito distrettuale relativamente ai singoli casi in carico, l'impatto dei servizi, l'andamento della spesa. Similmente, anche per specifiche progettualità (per esempio

il Fondo per l'autonomia possibile nel Friuli Venezia Giulia; progetto Cittadinanza solidale in Basilicata) la regione procede con attività di monitoraggio sulle modalità di utilizzo dei fondi e sulle attività svolte con l'obiettivo di riorientare parte del programma.

Un ruolo di natura formativa viene conferito anche alla valutazione dei documenti di programmazione locale (PDZ) (Regioni Veneto, Toscana e Liguria, dove per quest'ultima è prevista l'adozione di un set di indicatori - obiettivo statuiti dal Piano sociale regionale). Anche nella Regione Marche è stata svolta nel 2003 un'importante attività di monitoraggio sulla prima annualità di sperimentazione dei piani di ambito, tesa a identificare elementi di forza e di debolezza della prima programmazione sociale regionale e il recepimento di questa a livello territoriale. Da qui è poi derivato il nuovo Piano sociale regionale 2008-2010 e le nuove linee guida per i Piani di ambito. Un simile percorso è stato intrapreso dalla Regione Toscana con la valutazione della sperimentazione delle Società della salute e dei Piani integrati di salute (PIS).

Un ruolo formativo è, per natura stessa dell'oggetto, assegnato alla valutazione dei bisogni, sia rispetto al bisogno individuale del singolo utente ed alla valutazione multidimensionale, che con riferimento ai bisogni complessivi del territorio, finalizzata quest'ultima alla costruzione dei profili di salute e/o di comunità alla base della programmazione locale (per esempio: Regioni Toscana e Marche).

La valutazione è altresì utile al riorientamento della programmazione di specifici progetti o sperimentazioni nonché a riorientare le politiche (Toscana, Sardegna, Campania).

In estrema sintesi, si può affermare che a livello di analisi normativa vi sia una generale tendenza ad attribuire più funzioni alla valutazione, ed in diverse regioni si riscontra anche l'assegnazione di un ruolo complesso ai processi di valutazione, ciò però si scontra con quanto rilevato a livello di prassi da interviste e focus group che invece portano in rilievo esperienze più limitate, che tendono ad assegnare alla valutazione un ruolo talora formativo, con momenti di riflessione sulle esperienze condotte, mentre in altri casi si tratta di una valutazione di tipo complessivo da parte della regione sull'azione del livello locale, ma spesso limitata ad aspetti finanziari.

Adottare la valutazione come strumento di controllo, in senso stretto (e spesso limitato ad aspetti finanziari), sull'azione dei territori, viene sentita dagli attori intervistati come elemento di criticità, da superare, in favore di un maggior accompagnamento e sostegno all'azione dei livelli di governo locali. A titolo esemplificativo, si riporta quanto affermato in un'intervista «In regione abitualmente, per quanto mi riguarda, non si fa una vera valutazione, se con processo di valutazione intendiamo quel

processo di analisi ex ante, in itinere e finale con output e outcome [...] Ecco quello non c'è. La valutazione, diciamo così, passa attraverso la verifica sulla spesa [...] e questo, però, diventa controllo.» (funzionario regionale, Regione Basilicata).

Già a partire da questo primo esame sul ruolo giocato dalla valutazione, soprattutto nel confronto tra norma e prassi, emergono numerosi elementi di debolezza che mostrano come il cammino verso una maturità dei sistemi valutativi sia ancora da percorrere in tutte le regioni analizzate, pur con differenze, che spesso però sono riconducibili ad esperienze virtuose limitate o territorialmente o settorialmente.

2.3. Quali oggetti vengono valutati?

Nell'analizzare i processi valutativi previsti e concretamente messi in campo dalle regioni, una seconda fondamentale domanda che ci si pone concerne il che cosa venga valutato. Per rispondere a tale interrogativo, due sono i livelli da esaminare: ad un primo livello si indaga l'oggetto della valutazione, mentre il secondo livello, che verrà ripreso nel paragrafo seguente, esplora i contenuti della valutazione.

Gli oggetti della valutazione si possono ricondurre a quattro macro-categorie:

- politiche;
- piani (atti della programmazione territoriale e piani settoriali di intervento);
- servizi ed interventi;
- singoli progetti sull'utente.

Una prima considerazione di carattere generale concerne il grado di copertura di questo ventaglio riscontrata nella normativa regionale. Tutte le regioni richiamano almeno tre di questi oggetti all'interno dei propri atti legislativi o negli atti di regolazione del sistema. L'attenzione è dedicata in particolare ai documenti della programmazione locale, ai servizi ed agli interventi. Sul piano delle prassi invece si registra un generale restringimento di campo, sottolineando il carattere talora localistico delle esperienze attivate (ad esempio la valutazione concerne solo determinati servizi).

Entrando più nel dettaglio, l'analisi degli atti di documentazione regionale ha messo in luce come la valutazione delle politiche venga citata da larga parte delle regioni indagate. La valutazione delle politiche rientra nel novero delle competenze della regione, anche nella forma di verifica e controllo dell'attuazione degli indirizzi sul territorio. Ad esempio, nella Regione Basilicata è prevista una valutazione delle politiche regionali, sancita dalla presenza di una clausola valutativa che impegna la giunta

regionale a produrre relazioni periodiche sull'impatto delle politiche attivate.

La valutazione delle politiche sociali e socio-sanitarie, si può estendere anche al livello locale: è quanto si rintraccia nelle linee guida ai PDZ della Regione Veneto, nonché, per la Regione Toscana, con riferimento alla partecipazione dei comuni alla Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria. Nella Regione Umbria la valutazione dell'impatto delle politiche è demandata ai tavoli territoriali: «L'integrazione passa per il livello dei tavoli territoriali coincidenti con i territori degli ATI/Zone sociali, dove [...] è possibile [...] valutare il possibile impatto delle politiche» (Umbria, Piano sociale regionale, p. 48).

La valutazione dei documenti di piano va vista con riferimento agli atti di programmazione territoriale (PDZ, nelle diverse denominazioni che questi assumono a seconda del contesto³) nonché con riferimento ai piani settoriali di intervento. I PDZ sono citati quale oggetto di processi valutativi in pressoché tutte le regioni indagate, con riferimento a:

- valutazione di impatto della programmazione: Regioni Toscana, Umbria, Molise, Sardegna;
- valutazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati: Regioni Puglia, Campania (per quest'ultima, il Piano sociale regionale prevede, per ciascuna area di intervento un set di indicatori atti a monitorare il raggiungimento delle priorità individuate);
- valutazione di congruenza con i piani regionali e le linee programmatiche dettate dalla regione: Regioni Toscana, Sardegna, Basilicata, Marche, Campania;
- come momento di rendicontazione formale da parte dei territori alla regione: Regioni Veneto, Sardegna, Marche, Campania;
- valutazione per riorientare la programmazione: Regioni Emilia Romagna, Umbria;
- valutazione per riallocare le risorse: Regione Umbria.

Per quanto concerne la valutazione dei piani settoriali, questa è richiamata dalla normativa della regione Veneto, anche se è sarebbe più corretto descriverla come verifica, dato quanto previsto nelle norme.

Uno degli oggetti sottoposti a processi di valutazione maggiormente richiamati negli atti legislativi regionali sono i servizi e gli interventi attivati e la qualità delle prestazioni (Regioni Veneto e Sardegna). Particolare è il riferimento, nella Regione Toscana, a una valutazione dei ri-

3. Per omogeneizzare il vocabolario adottato, si è deciso di chiamare «piani di zona» tutti i riferimenti alla valutazione riguardanti gli atti della programmazione territoriale, senza riportare la denominazione originale («piano di ambito sociale», «piano integrato», e così via).

sultati conseguiti dai servizi e dagli interventi con riferimento agli obiettivi individuati nel piano attuativo delle aziende sanitarie, valutazione attuata con finalità di riprogrammazione. Una maggior formalizzazione della valutazione dei servizi si rintraccia nel piano sociale della Regione Molise (con criteri e parametri impiegati, strumenti da adottare per la valutazione, indicatori) e anche nel piano sociale della Regione Campania, che identifica, per ciascuna area d'intervento, degli indicatori con cui analizzare il cambiamento. Gli ambiti sociali campani sarebbero quindi chiamati ad inviare delle schede di monitoraggio periodiche sui servizi attivati, in modo da consentire alla regione la verifica dello stato di attuazione rispetto ai parametri indicati.

Si rintracciano nella documentazione analizzata anche riferimenti alla valutazione di specifici progetti, come ad esempio, nella Regione Basilicata il progetto cittadinanza solidale.

Rispetto infine ai progetti individuali sull'utenza, viene a più riprese richiamata l'attività svolta dalle Unità di valutazione multi professionale (Regioni Liguria, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche, Puglia).

Tra gli altri oggetti della valutazione che gli atti normativi e documentali regionali identificano, si possono citare le sperimentazioni (Friuli Venezia Giulia), il bisogno sociale e socio-sanitario a livello globale (Veneto, Marche, Basilicata), la situazione economica, le condizioni di accesso prioritario, la gestione tecnica amministrativa (Emilia Romagna), la verifica dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento (Liguria, Marche, Molise).

Sul piano delle pratiche concretamente adottate, gli elementi della valutazione delle politiche che gli interlocutori intervistati hanno portato in luce concernono la valutazione a livello regionale o una valutazione delle politiche attuate dai territori. La valutazione a livello regionale è rintracciabile in Friuli Venezia Giulia, Toscana, Liguria (con lo strumento dei tavoli di lavoro) e Puglia (valutazione dell'impatto delle politiche attuate).

Viene però sottolineato da alcune regioni come non si possa parlare di veri e propri processi di valutazione delle politiche (Veneto, Marche, Umbria, Molise, Basilicata, Sardegna), imputando tale lacuna ora ad una mancanza di sedimenti culturali a ciò orientati (Regioni Veneto, Umbria) ora ad una carenza di risorse da destinare specificamente a questa attività (Sardegna, Umbria).

Con riferimento alla seconda categoria di oggetti della valutazione, i PDZ e gli atti della programmazione locale, il confronto con la prassi ha messo l'accento sul peso predominante che questi rivestono all'interno del più vasto sistema dei processi valutativi attivati. Per alcune regioni, infatti, la ricostruzione operata dagli attori intervistati permette di affer-

mare che la valutazione dei PDZ rappresenta forse l'unico oggetto della valutazione rispetto al quale si possano ricostruire con un certo grado di dettaglio e di completezza i diversi elementi del processo. Ciò è quanto rilevato all'interno delle Regioni Veneto, Emilia Romagna, Campania.

La valutazione degli atti della programmazione locale riguarda diversi profili:

- valutazione della coerenza - congruità dell'atto di programmazione locale con gli indirizzi regionali: Regioni Liguria, Toscana, Umbria, Campania;
- valutazione di servizi ed azioni attivate dai territori rispetto a quanto programmato, e quindi della capacità di rispondere agli obiettivi individuati: Veneto, (che dispone di un sistema molto strutturato in via di implementazione), Friuli Venezia Giulia, Umbria, Emilia Romagna, Toscana, Basilicata, Campania (con compilazione periodica di schede di monitoraggio), Puglia (le Conferenze dei servizi di approvazione dei PDZ sono occasione per una valutazione partecipata del precedente ciclo di programmazione). Una valutazione sui Piani sociali di zona è stata introdotta dalla Regione Molise con l'obiettivo di favorire processi di rendicontazione sulle modalità di impiego delle risorse e di attivazione dei servizi.

Alcune difficoltà vengono individuate rispetto alla valutazione dei PIS (Piani integrati di salute) della Toscana, dove i processi sono in fase di definizione, con l'individuazione congiunta, tra regione e territori, di un set di indicatori a tal scopo. Anche da parte della Sardegna viene esplicitata una difficoltà nella definizione di processi formalizzati di valutazione della programmazione dei territori. Tuttavia, con l'annuale verifica dello stato di attuazione dei PLUS la regione attua un controllo sui piani stessi, in particolare sotto il profilo dell'attuazione dell'integrazione.

Valutazione della programmazione locale e revisione delle politiche regionali dovrebbero procedere lungo binari paralleli, cosicché l'output della prima divenga input per le seconde. Questo passaggio non necessariamente si realizza in maniera compiuta, o quantomeno l'attore regionale non attribuisce un peso determinante al quadro ricostruito con l'analisi dei PDZ ai fini del ripensamento degli obiettivi del sistema regionale nel suo complesso (Liguria, Veneto). Altre realtà territoriali invece sembrano evidenziare in maniera più netta e riconoscere un ruolo di supporto ed indirizzo alla valutazione dei documenti di programmazione locale (regione Marche dove tale valutazione sistematica si è avviata nel 2010).

La valutazione dei PDZ. Alcune esperienze a confronto.

Uno degli oggetti della valutazione rispetto al quale le regioni hanno dettagliato maggiormente le esperienze effettuate, concerne la programmazione locale ed i PDZ nella fattispecie. Data la centralità di questo strumento per il governo delle politiche sociali sul territorio, si intende riportare brevemente alcune note relative a esperienze particolarmente significative nella valutazione dei PDZ da parte delle regioni.

Regione Liguria

Vengono realizzati dei tavoli di confronto composti da rappresentanti della Regione, dai Direttori sociali, rappresentanti del Terzo settore e del territorio (tavoli che sono coordinati a livello regionale). L'obiettivo è quello di verificare i Piani di distretto socio-sanitario (PDSS) elaborati da tutti i territori, al fine di comprendere la capacità dei territori stessi di rispettare gli indicatori di offerta dei servizi per le diverse reti integrate (ad esempio: rete non autosufficienza) contenuti nel Piano sociale regionale, pur senza trascurare che gli indicatori contenuti nei Piani sono per la maggior parte indicatori relativi alla disponibilità dei servizi. È stata pertanto valutata la rispondenza dei PDSS con gli indicatori presenti nel Piano sociale integrato regionale.

Tali incontri rappresentano momenti di confronto e valutazione a scopo formativo, per valutare lo stato di avanzamento dei progetti e le difficoltà attuative, e non occasioni per esprimere un vero e proprio giudizio di efficacia sui risultati conseguiti.

Regione Veneto

I PDZ sono soggetti, in fase di presentazione, ad una doppia approvazione: a livello territoriale da parte delle conferenze dei sindaci afferenti all'ambito territoriale corrispondente a quello delle aziende locali socio-sanitarie, per le quali interviene nella fase di approvazione il direttore generale; a livello regionale attraverso la valutazione da parte della Regione che è tenuta a rilasciare il visto di congruità del PDZ rispetto a quanto previsto dalla programmazione regionale, sia in termini di indirizzi, sia in relazione al piano di riparto dei fondi.

I PDZ sono inoltre soggetti ad un processo di monitoraggio annuale, che riguarda sia l'avanzamento delle attività ed il grado di realizzazione degli obiettivi, sia il controllo delle risorse economico-finanziarie. Tale valutazione è effettuata in relazione alle attività incluse nel PDZ, ovvero l'insieme dei servizi e degli interventi per ciascuna area (anziani, disabili, famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizione di disagio, salute mentale, dipendenze, immigrazione, marginalità sociale) gestiti dai diversi attori del territorio (comuni, aziende Socio-Sanitarie, aziende

pubbliche, privato sociale, privato profit). Si tratta di un'azione di auto-valutazione territoriale, che avviene attraverso due principali strumenti: una raccolta dati strutturata e formalizzata attraverso un web regionale dedicato ai PDZ, nel quale vengono raccolti i dati relativi ai soggetti gestori degli interventi, all'utenza servita (numero utenti, posti, giorni di presenza), ai finanziamenti impiegati per le diverse attività in relazione alle diverse fonti (regione, comune, utenza, altro), nonché alla spesa sostenuta (per i Comuni) o ai costi sostenuti (per Aziende Socio-Sanitarie e Enti privati) in riferimento all'anno solare per ciascuna attività.

Tali dati sono quindi utilizzati dai territori per produrre una relazione valutativo-previsionale nella quale dare conto dell'andamento del PDZ rispetto alle previsioni, destinata sia agli stakeholder territoriali, sia alla Regione.

L'analisi dei dati aggregati e delle relazioni valutative previsionali permettono alla Regione di monitorare l'andamento dei Piani e sono utilizzate come stimoli per promuovere il confronto tra i territori facendo emergere elementi di criticità e pratiche utili da diffondere.

Tale lavoro, iniziato nel 2006 con logica sperimentale, si è sedimentato nel tempo divenendo prassi ormai consolidata in quasi tutto il territorio regionale. Resta tuttavia un unico elemento di criticità riguardante l'uso del processo valutativo a fini decisionali, poiché ad oggi la valutazione dei PDZ non ha prodotto un vero e proprio impatto sul processo di programmazione, ma, essendo svincolata dal trasferimento dei fondi, è stata vissuta più come occasione di confronto che di governo reale dei processi di programmazione.

Regione Emilia Romagna

La valutazione dei PDZ coinvolge due livelli: a un primo livello viene operata, da parte della Regione, una valutazione in merito ai contenuti della programmazione e alla capacità dello strumento di rispondere agli obiettivi prefissati. A un secondo livello invece, la Regione opera una rilettura comparata dei PDZ, tenendo conto della relativa distribuzione delle risorse. Le informazioni sui PdZ sono inviate dai distretti alla Regione attraverso la compilazione di una scheda di monitoraggio.

Vengono altresì valutati i singoli Piani attuativi annuali, attraverso la compilazione da parte dei territori di schede di intervento. La Regione opera poi una rilettura complessiva e trasversale delle attività per ciascuna area di intervento.

Regione Campania

I PDZ presentati dai territori sono sottoposti ad una istruttoria preliminare da parte dei funzionari regionali referenti, e poi sottoposti all'esa-

me di un nucleo di valutazione che richiede integrazioni e/o modifiche e infine li approva. Non si tratta di un controllo di mera regolarità formale dell'atto, ma teso a valutare anche la congruenza dei servizi previsti con quanto riportato a livello normativo, e la coerenza tra interventi previsti e risorse a questi destinate. L'obiettivo che la Regione si pone è quello di garantire in maniera sostanziale un livello uniforme dei servizi su tutti gli ambiti, anche in termini di risorse dedicate per tipologia di servizio attivato.

Inoltre gli ambiti debbono periodicamente compilare delle schede di monitoraggio sullo stato di realizzazione delle attività previste dal piano.

Dalla fase di intervista con gli interlocutori regionali e del territorio, servizi ed interventi erogati risultano essere l'oggetto maggiormente valutato per le Regioni Liguria, Friuli Venezia Giulia, Molise. La valutazione di specifici servizi (ad esempio: adozione e affido nelle Regioni Liguria e Marche; settore della non autosufficienza in Toscana) è funzionale alla revisione o alla definizione di linee guida. La valutazione dei servizi e degli interventi si presenta con diversi gradi di maturità e analiticità a seconda della specifica area di intervento, con punti di eccellenza solo in alcune aree (ad esempio nella Regione Umbria la valutazione dei servizi dell'area infanzia è più strutturata rispetto alla valutazione nell'area disabili ed anziani). Quindi la valutazione di area può assumere modalità diversificate di conduzione, senza che necessariamente si adottino rilevazioni uniformi e trasversali.

Interessante rilevare quanto riportato dalla Regione Molise rispetto alla valutazione dei servizi e degli interventi: il complesso sistema disegnato nella normativa regionale, che per ogni azione individua criteri, strumenti e indicatori, si è rivelato non pienamente efficace poiché nella precedente triennalità di programmazione locale si è assistito alla mancata attivazione dei servizi in alcuni ambiti, nonostante l'erogazione dei finanziamenti ai territori. Per ovviare a ciò, è stata introdotta una forma di controllo che prevede l'obbligo di rendicontare i servizi attivati per accedere al saldo dei trasferimenti.

La valutazione di servizi ed interventi può essere avviata in modo autonomo dai singoli territori. Alcuni esempi sono stati proposti durante i focus group con alcuni interlocutori privilegiati del territorio, sottolineando come i territori talvolta si muovano in maniera autonoma, in assenza di precisi indirizzi regionali, avviando processi di monitoraggio e valutazione dei servizi attivati sul territorio di competenza (ad esempio: valutazione dei servizi SAD e ADI attuata da uno degli ambiti sociali delle Marche).

È stato evidenziato a più riprese dalle diverse regioni, il positivo operato di organi come le unità valutative multidimensionali, per la loro valutazione del bisogno dell'utente e la loro capacità di indirizzare i soggetti in modo appropriato alla rete integrata dei servizi. Si tratta di esperienze che oramai assumono contorni generalmente definiti e consolidati, che costituiscono uno dei pilastri dei processi valutativi.

Rispetto quindi agli oggetti della valutazione, il confronto tra elementi emersi dall'analisi normativa e documentale denota una accentuata discrepanza nel ventaglio degli oggetti valutati. Se dalla normativa si registra una tendenza ad indicare come oggetto di valutazione un ampio spettro di elementi da valutare, ciò che poi viene concretamente valutato, come affermato dai soggetti intervistati, sono in larga prevalenza gli atti della programmazione locale (pur con modalità e finalità anche molto diverse tra le regioni) e alcuni specifici servizi od interventi.

È rilevante evidenziare come delle difficoltà più marcate siano emerse con riferimento alla valutazione delle politiche, riconosciuto essere uno degli oggetti rispetto ai quali si rintracciano maggiori criticità nella definizione di procedure sistematiche di valutazione.

Tuttavia anche con riferimento ad uno degli oggetti più consolidati nelle pratiche di valutazione, i PDZ, non sempre i processi sono uniformi. Si rilevano infatti delle disomogeneità a livello sub-regionale in merito alle forme di valutazione e alle effettive modalità di utilizzo dei risultati, anche nel caso in cui siano presenti linee guida per la valutazione. Inoltre, anche su questo oggetto la normativa, le pratiche e le procedure delle regioni risultano fortemente differenziate, pur con qualche caso avanzato degno di nota.

2.4. Quali sono i contenuti della valutazione?

Per rispondere alla domanda che cosa si valuta, esplorato il primo livello, quello degli oggetti valutati, si deve approfondire il secondo livello, relativo ai contenuti valutati. Anche in questo caso sono state individuate le principali categorie in cui si possono riassumere i contenuti della valutazione:

- le risorse;
- i processi;
- le prestazioni;
- gli esiti ed i risultati;
- le percezioni dell'utenza.

Rispetto alla valutazione delle risorse, questa viene richiamata negli atti documentali con riferimenti generali, o rispetto a specifici interventi (ad esempio: interventi socio-sanitari nella Regione Veneto). Le risorse

sono valutate per le politiche, i PDZ, gli interventi (Friuli Venezia Giulia, Puglia), per i servizi (Emilia Romagna, Campania). Innovazioni recenti si registrano nella normativa della Regione Marche che prevede per i Piani di ambito sociale, a partire con il triennio di pianificazione 2010-2012, l'analisi della spesa sociale.

Altri richiami ad una valutazione del corretto utilizzo delle risorse si rintracciano nella normativa delle regioni Toscana (coerenza tra le risorse programmate e gli obiettivi individuati), Umbria («[...] aspetto assai significativo sul piano della valutazione è quello della valutazione di efficienza dei servizi e delle prestazioni [...] occorre garantire modalità realizzative che riducano il più possibile sprechi ed impieghi non ottimali delle risorse pubbliche» (Piano sociale regionale, p. 114), Puglia, Sardegna (valutazione dell'andamento della spesa nell'ambito della più ampia valutazione sullo stato di attuazione dei PLUS).

La valutazione dei processi è richiamata nella normativa regionale in tema di accreditamento (Liguria, Marche, Sardegna), dei processi di presa in carico e risposta all'utente (Marche), ma anche con riferimenti più ampi a: PDZ, ed alla loro costruzione (Marche e Molise); servizi (Friuli Venezia Giulia); politiche sociali e socio-sanitarie (Emilia Romagna); processi di lavoro, pratiche cliniche e professionali (Toscana, Umbria, Sardegna).

La valutazione delle prestazioni concerne i servizi attivati e le prestazioni effettivamente erogate rispetto quanto previsto dalla programmazione dei PDZ. Pressoché tutte le regioni prevedono nei propri atti normativi e documentali la valutazione delle prestazioni effettivamente erogate.

Rispetto ai risultati ed agli esiti, i riferimenti rintracciati riguardano una pluralità di oggetti:

- valutazione di risultato con riferimento agli obiettivi programmati nei PDZ e/o dalle politiche regionali;
- valutazione degli interventi in termini di appropriatezza ed efficacia;
- valutazione degli esiti della gestione integrata tra sociale e sanità;
- valutazione dei risultati conseguiti dalle Aziende sanitarie e dalle Società della Salute nella Regione Toscana.

Una valutazione di esito emerge nei richiami normativi al bilancio sociale di ambito della Regione Marche, e con riferimento ad una valutazione sul livello di salute della popolazione (Toscana; Sardegna). La Regione Campania prevede nei propri atti una forma di valutazione degli esiti degli interventi promossi, poiché la rendicontazione di questi dovrà rientrare nel successivo PDZ. Inoltre triennialmente si riunisce la Consulta del welfare al fine della valutazione degli esiti del triennio di programmazione, finalizzata alla definizione dei nuovi obiettivi.

Tra i contenuti della valutazione figurano infine le percezioni dell'utenza. Si tratta di un elemento presente in molti degli atti normativi delle regioni indagate, che sottolineano l'importanza di misurare il gradimento dei servizi da parte dei cittadini-utenti.

Dalle interviste e dai focus group condotti, viene messo in luce come la valutazione delle risorse abbia confini più circoscritti rispetto alle generiche previsioni normative, e la concettualizzazione che se ne trae andrebbe più correttamente fatta rientrare in forme di monitoraggio e controllo in merito alle modalità di impiego delle risorse, anziché in una valutazione vera e propria (Veneto, Emilia Romagna in particolare).

È valutato l'impiego delle risorse per le politiche (Friuli Venezia Giulia), per l'azione dei territori e l'utilizzo di fondi settoriali (Friuli Venezia Giulia ad esempio con il fondo per l'autonomia possibile), nonché rispetto a specifiche progettualità o settori di intervento (es. monitoraggio sul trasferimento dei fondi per l'area infanzia e per le strutture residenziali per anziani in Umbria). La valutazione relativa alle risorse assume anche la veste di controlli di conformità nell'utilizzo di queste rispetto alle indicazioni regionali (Umbria, Sardegna). Monitoraggi sulla spesa sociale sono previsti per le regioni Molise,⁴ Campania, Basilicata (nella valutazione dei PISS), Puglia, Toscana ed Emilia Romagna, dove un sistema informativo radicato sul territorio permette uno scambio di informazioni tra regione - comuni - soggetti erogatori, consentendo così alla regione un controllo del rapporto tra bilanci preventivi e consuntivi.

Da segnalare come best practice, nella Regione Veneto, uno sforzo è stato compiuto nella creazione di un sistema web che consente ai territori di quantificare tutte le risorse effettivamente impiegate nella realizzazione dei PDZ, rendendo così (forse per la prima volta in Italia) esplicito l'investimento complessivo e le risorse complessivamente attivate nei PDZ (oltre ai meri flussi relativi ai finanziamenti regionali).

Dalle interviste condotte emerge una valutazione dei processi attivati dai territori nell'erogazione dei servizi (Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Campania in particolare) e dei processi di costruzione della programmazione locale. La valutazione di processo viene attivata però

4. Qui la valutazione relativa all'impiego delle risorse stanziare ai territori ha condotto ad un ripensamento delle modalità di erogazione dei fondi: «Ci siamo trovati con Ambiti a cui abbiamo dato un sacco di soldi [...], ma ancora non hanno speso oggi le risorse. Per ovviare a questo problema nel nuovo Piano abbiamo previsto delle assegnazioni delle risorse che sono a rendicontazione: nel senso che abbiamo deciso che diamo il 40% del finanziamento all'inizio dei Piani Sociali di Zona, il resto solo a rendicontazione. Quindi anche questo è un sistema di valutazione e monitoraggio [...]. E questo è il primo sistema di controllo che è immediato. (...) Poi dopo, certo, mi dici anche come li hai spesi i soldi, ma prima dimostri che li hai spesi» (Regione Molise, intervista funzionario regionale).

con modalità disomogenee: in mancanza di quadri unitari, possono sorgere processi valutativi connotati da diverso grado di profondità e con una non sempre chiara finalizzazione.

Sul piano delle prassi, in buona parte delle regioni indagate la valutazione delle prestazioni si riflette in una valutazione della capacità di offerta del sistema, nella verifica di disponibilità dei diversi servizi sul territorio regionale. Vengono inoltre messe in evidenza esperienze locali di valutazione delle prestazioni erogate (ad esempio, a livello di ambito, per i servizi ADI delle Marche; su specifiche progettualità, ad esempio la Basilicata).

A livello di prassi adottate, la valutazione di risultati ed esiti si manifesta rispetto agli obiettivi definiti a livello regionale (ad esempio per gli obiettivi e/o indicatori presenti nei documenti di Piano regionale: è quanto realizzato da Liguria e Friuli Venezia Giulia), o con riferimento agli obiettivi definiti a livello territoriale (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, Molise, Campania). Ma quanto emerge dal quadro complessivo, al di là delle singole esperienze circoscritte per area o per ambito valutato, è la sostanziale difficoltà nella valutazione di esiti e risultati, come viene messo in luce da parte di più regioni.

La valutazione della qualità percepita dall'utente costituisce invece uno degli elementi rispetto ai quali si sono registrate diverse esperienze durante le fasi dell'intervista. Esso rappresenta un elemento che, a differenza degli altri contenuti, mostra un maggior grado di consolidamento delle procedure attivate, nonché una diffusione superiore.

Emerge pertanto in modo abbastanza chiaro come la valutazione riguardi prevalentemente le prestazioni del sistema, mentre la verifica dei risultati e degli esiti rappresenti per lo più ancora un traguardo cui le regioni sembrano tendere. È in particolare il livello territoriale a prestare la maggior attenzione alla valutazione delle prestazioni. Vale la pena notare che forse una delle cause di queste carenze risiede nella mancanza (sia nella prassi, sia negli atti normativi e di regolamentazione regionale) di una chiara definizione dell'utilizzo che poi si farà delle risultanze valutative, come meglio si vedrà nel dettaglio in seguito.

2.5. Quali criteri sono adottati?

Un ulteriore aspetto da esplorare per ricostruire il quadro dei processi valutativi delle politiche sociali e socio - sanitarie concerne i criteri impiegati nella valutazione degli oggetti e dei contenuti. I principali criteri sono:

- efficienza: intesa come rapporto tra gli input impiegati e gli output prodotti;

- efficacia: intesa come rapporto tra gli output prodotti e gli outcome di salute generati;
- qualità: intesa come insieme delle proprietà del servizio.

Rispetto a questi criteri, particolare attenzione è stata riservata loro per tentare di scindere i riferimenti simbolici ad una valutazione di efficienza ed efficacia del servizio quale terminologia oramai entrata a pieno diritto nel vocabolario delle politiche pubbliche, ed i riferimenti invece ad una valutazione specifica che tenga conto di tali criteri, e le declinazioni che ne vengono date, anche rispetto alla previsione di specifici strumenti (ad esempio: set di indicatori, schede di monitoraggio, e così via).

Accanto a questi si possono rintracciare altri criteri di valutazione, come l'omogeneità, la congruità, l'appropriatezza, e così via, criteri dei quali si è deciso di tener conto in sede di analisi dei riferimenti alla valutazione al fine di completare il quadro della rappresentazione dei criteri che guidano i processi di valutazione delle politiche e dei servizi socio - assistenziali.

I documenti normativi esaminati per le diverse regioni richiamano in maniera prevalente l'efficienza, l'efficacia e la qualità quali criteri da adottare nei processi di valutazione, criteri pressoché unanimemente presenti nella normativa di tutte le regioni esaminate. Va sottolineato che in diversi casi, le normative regionali richiamano questi tre criteri nella medesima perifrasi, dando quindi la percezione di un alto livello di astrazione.

I criteri di efficienza ed efficacia sono indicati per la valutazione dell'intero spettro degli oggetti della valutazione: prestazioni sociali, politiche, piani, servizi ed interventi. In particolare, la valutazione dell'efficacia delle prestazioni è presente come criterio adottato per:

- l'affidamento dei servizi (Regioni Liguria, Basilicata);
- nella valutazione di impatto degli interventi rispetto alle priorità dichiarate, richiamata da 10 delle 12 regioni indagate;
- a livello tecnico, come compito delle Unità multiprofessionali (Regioni Liguria, Marche);
- nella valutazione delle politiche (Friuli Venezia Giulia, Marche);
- nell'utilizzo delle risorse impiegate per l'erogazione dei servizi (Friuli Venezia Giulia, Puglia);
- nella programmazione (Sardegna).

Richiami a una valutazione di efficacia delle azioni sono previsti anche dalla Regione Basilicata (il cui Piano sociale regionale stabilisce che si prevedano standard quantitativi e di efficacia, che non vengono però definiti), Marche (in tema di politiche per la non autosufficienza), e dalla regione Veneto nelle Linee guida ai PDZ.

L'adozione del criterio di efficienza è previsto nella valutazione delle prestazioni e degli interventi (criterio richiamato da metà delle regioni indagate), dei PDZ (Friuli Venezia Giulia, Sardegna), dei processi (Toscana), nella valutazione della spesa e del corretto utilizzo delle risorse (Marche, Puglia, Sardegna, Campania) e nella programmazione (Sardegna).

La qualità è il criterio maggiormente presente nella normativa di Liguria e Marche. Una valutazione che adotta come criterio la qualità viene prevista con riferimento a:

- processi di autorizzazione ed accreditamento delle strutture (rispetto di standard ISO nelle Regioni Liguria; Marche, Basilicata);
- adozione di indicatori di qualità percepita dall'utente (Toscana, Umbria, Marche);
- per giudicare l'attuazione del Piano sociale regionale (Molise) e gli accordi di programma tra Comuni ed azienda sanitaria (Molise); i PDZ (Friuli Venezia Giulia);
- per i servizi e gli interventi realizzati (Friuli Venezia Giulia), la valutazione delle prestazioni (Toscana), della domanda sociale, delle attività e dei risultati (Puglia).

Anche la valutazione del raggiungimento delle priorità individuate nel piano sociale dalla regione Campania avviene secondo criteri di qualità: al raggiungimento degli obiettivi previsti sono poi legati meccanismi di premialità in favore dei territori virtuosi.

Accanto a questi criteri, viene richiamata l'adozione di criteri di appropriatezza (Liguria, Marche, Toscana, Umbria); di quantità (Veneto); correttezza, adeguatezza, congruità e conformità degli atti, in particolare con riferimento alla congruità tra atti di pianificazione regionale e documenti della programmazione locale;⁵ omogeneità (Friuli Venezia Giulia); razionale distribuzione sul territorio dei servizi (Marche); economicità e sostenibilità nella gestione (Toscana); trasferibilità dei servizi attivati, innovatività e coerenza interna dei progetti (Molise, Campania).

Va sottolineato che, in linea generale, non sempre la normativa regionale esplicita per tutti gli oggetti contemplati quali criteri specifici guidino la valutazione, segno di una non completa definizione dei processi valutativi a livello documentale e normativo. Inoltre, anche ove siano esplicitati i criteri generali adottati, la normativa sovente rinvia ad altri atti l'individuazione di indicatori, senza dare una più puntuale indicazione.

5. Particolarmente chiara è su questo punto la normativa della regione Sardegna, che nella l.r. n. 10/2006, art. 29, distingue tra il controllo di legittimità, ovvero di conformità dell'atto a disposizioni legislative, ed il controllo di merito, relativo alla valutazione della coerenza dell'atto rispetto agli indirizzi della programmazione regionale.

Per quanto concerne la definizione degli strumenti di valutazione, si sottolinea il caso della regione Toscana, la cui normativa definisce un set di relazioni e rapporti utili alla valutazione della programmazione sanitaria e sociale integrata (tra cui la relazione sociale regionale, la relazione sullo stato di salute, il rapporto sull'effettiva attuazione del PIS).

Sul piano delle pratiche che concretamente vengono attivate, si denota un generale restringimento del campo di applicazione della valutazione rispetto ai criteri adottati nei processi valutativi. Probabilmente la complessità delle valutazioni concentrate su efficienza ed efficacia spesso lascia spazio all'adozione di altri criteri più facilmente verificabili, come ad esempio la copertura dei servizi, il monitoraggio fisico, la congruenza tra atti.

I criteri impiegati, così come messi in evidenza durante le interviste ed i focus group con gli attori regionali e territoriali, risultano essere:

- efficacia: monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi per progetti specifici o su alcune aree di intervento (Veneto, Emilia Romagna, Campania), auto-valutazione effettuata dai territori (Friuli Venezia Giulia); capacità dei PDZ di rispondere agli obiettivi prefissati (Emilia Romagna); efficacia degli interventi realizzati (Marche);
- efficienza: valutazione sull'azione dei territori (Friuli Venezia Giulia, Campania); monitoraggio e verifica sull'utilizzo delle risorse (Emilia Romagna, Molise); efficienza dei servizi attivati con la prima sperimentazione dei piani di ambito sociale (Marche); efficienza dell'intervento (Basilicata);
- qualità: sperimentazioni nell'utilizzo di indicatori di qualità per il controllo sull'attuazione dei servizi (ad esempio Liguria con gli asili nido comunali; Marche con il SAD-ADI), valutazione delle politiche (Friuli Venezia Giulia); qualità percepita dall'utenza (Toscana per la non autosufficienza);
- altri criteri, come: disponibilità - copertura dei servizi (Liguria, Veneto); adeguatezza delle politiche (Friuli Venezia Giulia); omogeneità dell'azione dei territori rispetto alle indicazioni regionali (Friuli Venezia Giulia); monitoraggio fisico rispetto agli indicatori di attività (Puglia).

Alcune regioni evidenziano una difficoltà nel mettere in campo una valutazione di efficacia dell'azione, a causa della mancanza di batterie di indicatori atti a misurare gli output e gli outcome prodotti. È quanto sostengono gli attori intervistati presso la Regione Emilia Romagna, specificando però che tale situazione vale solo per alcune aree d'intervento (ad esempio minori), e che si sta comunque lavorando per colmare il gap.

Confrontando quindi le prescrizioni del legislatore regionale nelle

realtà indagate con le prassi poi operanti sui territori, si segnala una generale tendenza verso una valutazione che concerne prevalentemente aspetti quali la copertura, il monitoraggio sulle quantità di servizio erogato, spesso svincolata da un raffronto con i bisogni previsti, nonché raffronti di natura formale sulla correttezza degli atti e sulle modalità di impiego delle risorse.

I fattori che ostacolano la realizzazione di studi valutativi capaci di adottare effettivamente criteri di efficienza ed efficacia, si possono ricondurre alla mancanza di strumenti condivisi, di indicatori, in particolare, comparabili e formalizzati. Una mancanza riconosciuta da più regioni e rispetto alla quale gruppi e tavoli di lavoro stanno cercando di sopperire attraverso l'avvio di percorsi formativi o di sperimentazioni.

2.6. Quando si valuta?

L'identificazione del momento durante il quale avvengono i processi valutativi è in stretta continuità con i ruoli che a questi sono attribuiti: tipicamente, una valutazione che avviene solo ex post, come momento finale, identifica forme di controllo esterno sul processo; una valutazione che avviene ex ante invece individua momenti formativi e votati alla costruzione di spazi di riflessività interna propedeutici alla formulazione di obiettivi, priorità, programmi, interventi. Infine, se la valutazione coniuga entrambi gli aspetti e si colloca lungo diversi momenti del processo, si può ravvedere in questa un ruolo più complesso: la valutazione è un momento di riflessione, di apprendimento funzionale alla riprogrammazione, alla revisione e anche all'adozione di meccanismi premianti o sanzionatori. Si è quindi deciso con quest'ottica di indagare in quali momenti si collocassero i processi valutativi all'interno dei più ampi processi produttivi di prestazioni e policy delle politiche sociali regionali, adottando tre categorie basilari: valutazione ex ante, in itinere, ed ex post.

Emerge dalla normativa regionale una valutazione di tipo ex ante per quanto concerne l'analisi dei bisogni e la costruzione dei profili di comunità ad opera dei diversi attori a ciò deputati⁶ in nove delle regioni indagate (Liguria, Veneto, Marche, Toscana, Umbria, Campania, Basilicata, Puglia, Sardegna); la valutazione dei PDZ in termini di risorse necessarie, bisogni del territorio, interventi e politiche previste (Friuli Venezia Giulia, Molise); la valutazione di coerenza tra i PDZ e gli atti della programmazione regionale (Toscana, Umbria, Sardegna); la valutazione tecnica della presenza dei requisiti per accedere alle prestazioni (Basilicata).

6. Si tratta di ambiti, distretti, Aziende sanitarie regionali.

Una valutazione in itinere emerge nei casi di monitoraggio di servizi (Liguria, Campania, Puglia, Sardegna), dei PDZ e di altri documenti della programmazione territoriale, le sperimentazioni e l'avanzamento dei progetti (Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Basilicata con il progetto cittadinanza solidale); valutazione sull'attuazione delle politiche (Sardegna); i progetti di presa in carico personalizzata dell'utente (Marche).

Particolarmente articolato è il processo di valutazione dei PLUS (Piani unitari locali dei servizi) disegnato dalla normativa della regione Sardegna. Viene prevista la redazione annuale di un rapporto sullo stato di attuazione dei PLUS, nel quale sono riportati lo stato di realizzazione degli interventi programmati, l'andamento della spesa, i risultati delle azioni promosse, dei progetti e delle sperimentazioni eventualmente attivate e la ricognizione delle eventuali buone pratiche.

È invece ex post la valutazione intesa nel senso di verifica finale relativa all'aderenza tra operato dei territori e politiche ed obiettivi definiti a livello regionale (Liguria, Basilicata); di servizi ed interventi (Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Puglia); dei risultati dei progetti e delle sperimentazioni (Toscana); delle modalità di impiego delle risorse (Marche, Umbria); dei risultati delle politiche e realizzazione di macro - obiettivi (Toscana, Sardegna). Per i PDZ viene prevista una valutazione anche ex post (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Molise, Campania, Puglia).

La logica della valutazione inserita in un ciclo di programmazione emerge nella normativa delle Regioni Emilia Romagna (con riferimento ai PDZ), Friuli Venezia Giulia, Liguria e Puglia. Il Piano regionale delle politiche sociali di quest'ultima afferma: «In una logica di ciclo di programmazione, il processo proseguirà con le azioni di coordinamento e di monitoraggio delle programmazioni sociali di ambito territoriale e con le azioni di affiancamento per l'attuazione dei Piani sociali di zona».

Per dare continuità al processo valutativo, un importante supporto strumentale viene individuato nei sistemi informativi regionali dei servizi sociali e socio-sanitari (Liguria, Emilia Romagna).

Al contrario di quanto definito negli atti di documentazione formale delle regioni indagate, una delle note più rilevanti generalmente emerse durante la fase di ascolto degli interlocutori regionali e territoriali, riguarda la mancata formalizzazione dei momenti della valutazione. A seconda dell'oggetto specifico di valutazione (progettualità, piani ecc.) o dell'area di intervento di politica (minori, dipendenze ecc.), si rintracciano gradi diversi di formalizzazione dei processi e di specificazione di momenti dedicati alla valutazione. Molto viene spesso demandato all'informalità delle comunicazioni, e anche occasioni non strettamente ed esplicitamente dedicate alla valutazione, divengono momento di riflessione. Gli attori ed i testimoni privilegiati intervistati non esitano poi

ad attribuire una valenza valutativa anche a tali occasioni di confronto informale e non istituzionalizzate: vengono citati esempi di seminari (ad es. nella Regione Liguria per il seminario sul punto unico di accesso), dove il confronto tra gli attori sulle criticità riscontrate viene considerato un elemento di valutazione sul servizio.

L'utilizzo dell'espressione *tastare il polso* sull'attività dei territori, utilizzata da parte di più dirigenti regionali intervistati, ben rende il basso grado di formalizzazione che talora hanno i processi valutativi nelle regioni. Si prenda ad esempio quanto riportato in fase di intervista con un funzionario della Regione Friuli Venezia Giulia: «Non abbiamo un disegno di valutazione complessiva, però da un punto di vista informale [...] ci sono gli elementi relativi al ritorno dell'utilizzo del fondo sociale [...] e poi, siccome siamo una realtà piccola, siamo quasi giornalmente in contatto con le responsabili di ambito [...] il polso del territorio in maniera informale[...] senz'altro non all'interno di un disegno valutativo [...] però il polso in qualche modo lo sentiamo».

Sono esplicitate però anche indicazioni più puntuali, di momenti di valutazione maggiormente formalizzati. Per quanto attiene alla valutazione *ex ante*, viene confermato il ruolo di questi processi ai fini della costruzione dei profili di comunità utili alla programmazione distrettuale e all'individuazione degli obiettivi di salute (Liguria, Toscana, Molise, Basilicata). Vi sono inoltre forme di validazione *ex ante* dei documenti di programmazione territoriale, con giudizi di congruità da parte della regione (Umbria, Campania ad opera del Nucleo di valutazione che ha il compito di approvare e richiedere eventuali integrazioni sul documento).

La valutazione è invece in itinere per i PDZ (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Sardegna mediante la redazione della relazione annuale sullo stato di attuazione dei PLUS) e per le forme di monitoraggio economico sulle modalità di impiego delle risorse (Emilia Romagna). Attività di monitoraggio sono previste per quanto concerne lo stato di avanzamento di progetti (Toscana, Basilicata), l'implementazione delle attività da parte dei territori (Umbria, Campania), l'implementazione delle politiche (Toscana), l'implementazione della programmazione regionale (Toscana).

Infine, vengono confermati esempi di valutazione *ex post* rispetto ai servizi effettivamente attivati in buona parte delle regioni indagate: la valutazione dei PDZ (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Molise, Campania, Puglia), e delle politiche (Friuli Venezia Giulia); la valutazione delle modalità di impiego delle risorse erogate ai territori (Umbria, Molise); del raggiungimento degli obiettivi (Toscana, dove i processi sono costruiti di volta in volta dalle singole strutture e per i diversi settori; Umbria). Durante la fase di intervista presso la regione Emilia Romagna, emerge esplicitamente come tuttavia sia proprio in occasione della rifor-

mulazione degli atti della programmazione locale (PDZ e piani attuativi territoriali) che ci si interroga sui risultati prodotti durante il triennio di programmazione in chiusura.

Quindi, rispetto ai tempi della valutazione, gli atti normativi regionali definiscono, seppur non sempre in maniera chiara, quelli che sono i momenti della valutazione, oppure attribuiscono a tali processi un ruolo costantemente attivo nei percorsi di programmazione ed erogazione degli interventi. Al contrario, ciò che i soggetti intervistati sembrano affermare, con una visione fortemente coerente tra le dirigenze regionali e altri attori attivi sui territori, è che non sempre esistono momenti formalizzati per la valutazione, e questa viene talora lasciata al momento di chiusura del periodo di programmazione, come momento di mera riflessione, spesso qualitativa, sul processo passato, o come forma di scambio e confronto informale con l'attore regione.

Come meglio si vedrà in seguito, la chiara definizione dei momenti dedicati all'attivazione dei percorsi di valutazione si lega indissolubilmente con la definizione degli obiettivi che questa si pone, con il modo in cui i risultati prodotti dal processo di valutazione andranno impiegati.

2.7. Chi valuta?

Capire tra quali attori istituzionali e non viene distribuito il compito della valutazione consente di ricostruire il quadro di responsabilità e le relazioni di accountability che si instaurano all'interno del sistema regionale delle politiche sociali, un sistema che si connota sempre più per essere multi - livello sul piano istituzionale, e multi - stakeholder per quanto concerne l'insieme di attori che partecipano alla creazione e distribuzione dei servizi. L'identificazione degli attori coinvolti nei processi valutativi contribuisce quindi a chiarire il quadro della governance e aggiungere un tassello ulteriore alla comprensione del modello che questa assume nelle diverse regioni.

Negli atti normativi esaminati, il legislatore regionale in genere afferma che la valutazione è un compito condiviso tra i diversi soggetti che concertano le politiche regionali, ma pur sempre a regia pubblica (Liguria), oppure identificando una precisa responsabilità dei soggetti pubblici a tutti i livelli (Basilicata).

Dall'analisi documentale emergono poi un insieme di attori strategici coinvolti a vario titolo nei processi di valutazione:

- regioni: ruolo di regia nella definizione di metodi, criteri, strumenti della valutazione (Emilia Romagna, Marche, Toscana, Umbria, Campania, Basilicata); controllo sull'attivazione dei servizi e degli interventi da parte del territorio (Liguria, Umbria, Molise,

- Campania, Puglia, Sardegna); valutazione dei PDZ (Friuli Venezia Giulia, Marche, Umbria, Campania, Sardegna);
- province: monitoraggio e valutazione dei PDZ (Toscana); coinvolgimento nel processo di valutazione (Molise); valutazione sullo stato di attuazione dei PLUS (Sardegna);
 - comuni: valutazione di servizi, interventi e delle prestazioni sociali erogate sul territorio di competenza (Liguria, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Molise, Sardegna); valutazione delle strutture accreditate ed autorizzate (Liguria, Marche, Molise);
 - ambiti territoriali sociali (e uffici di piano) e socio-sanitari: valutazione dei PDZ, dei risultati e dei servizi in quasi tutte le regioni indagate; individuazione di strumenti e monitoraggio dell'offerta, predisposizione di sistemi di valutazione del PDZ (Campania);
 - distretti: valutazione dei bisogni socio-sanitari (Liguria, Basilicata); valutazione dell'impatto sulla domanda sociale (Liguria);
 - supporto di bracci operativi della regione: agenzie sanitarie regionali (ARS), osservatori, centri di documentazione regionale, commissioni tecniche, nuclei di valutazione/monitoraggio (Liguria, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Marche, Toscana, Molise, Campania, Basilicata, Puglia);
 - unità di valutazione multiprofessionale: richiamate da tutte le regioni.

Un coinvolgimento di attori non istituzionali viene altresì previsto con riferimento a:

- terzo settore: partecipazione alla valutazione delle prestazioni (Liguria, Friuli Venezia Giulia; Campania); partecipazione allo scambio di dati e conoscenze per la valutazione della programmazione zonale e regionale (Toscana); consultazione alla verifica dell'attuazione delle politiche regionali (Umbria);
- famiglie e cittadini in forma singola: partecipazione alla valutazione delle prestazioni attraverso la predisposizione della carta dei servizi (Liguria), l'espressione spontanea di richiami, indagini di gradimento, forme innovative di cittadinanza attiva (Emilia Romagna, Umbria);
- istituzioni esterne: enti di certificazione (Liguria).

Emilia Romagna e Umbria dedicano particolare attenzione nei propri atti documentali al coinvolgimento dei cittadini nei processi di valutazione, andando anche al di là del loro ruolo di utenti - fruitori dei servizi (e quindi della rilevazione di qualità percepita).

Tuttavia, se gli atti legislativi dimostrano un elevato grado di completezza su questi aspetti, non sempre viene esplicitato a chi e come spettino specificatamente i diversi processi valutativi, lasciando spesso

la definizione delle responsabilità ad un livello sostanzialmente vago (si parla, ad esempio, di generici coinvolgimenti di tutti gli attori della programmazione).

Sul fronte delle prassi messe in luce in fase di intervista, è stato sottolineato il ruolo ricoperto da:

- regione: ruolo prevalentemente di regia ed indirizzo dei processi (Regioni Liguria, Marche, Umbria, Molise, Campania), ruolo attivo nella valutazione (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Basilicata, Sardegna)
- comuni: coinvolgimento marginale in fase di restituzione dei risultati (Emilia Romagna); valutazione servizi attivati (Puglia, Sardegna);
- ambiti territoriali sociali (e uffici di piano) e socio-sanitari: valutazione dei servizi attivati (Marche, Molise); rendicontazione del raggiungimento degli obiettivi e sullo stato di attuazione dei PIS (Toscana); valutazione dei PDZ (Veneto);
- supporto di bracci operativi della regione e di altri soggetti terzi: osservatori regionali, agenzia sanitaria regionale, istituti di ricerca (Emilia Romagna, Marche, Molise, Puglia).

Il coinvolgimento di altri attori viene sovente ricondotto, nelle affermazioni raccolte, alla partecipazione ai tavoli di lavoro, in cui possono inserirsi momenti dedicati a processi di valutazione.

Le prassi mettono in evidenza orientamenti talora contrapposti nella valutazione allargata, con regioni nelle quali si segnala un coinvolgimento più frequente dei soggetti del Terzo settore (ad esempio: Liguria), e regioni nelle quali ciò non si verifica in fase di valutazione in senso stretto, quanto piuttosto come il coinvolgimento nella produzione di dati e rendicontazioni (Sardegna) o della mera restituzione e presentazione dei risultati finali della valutazione (Emilia Romagna). Emergono tuttavia anche esperienze positive nel coinvolgimento degli attori locali da parte della regione: nella Regione Umbria si afferma: «noi abbiamo condiviso gli strumenti, anche, la formazione di strumenti è stata condivisa [...] abbiamo condiviso tutto» (intervista dirigente regionale, Regione Umbria).

Si segnalano quindi delle differenze nelle modalità di coinvolgimento stessi degli attori deputati a intervenire nei processi valutativi. Il ruolo della regione quale soggetto valutatore dell'azione dei territori viene messo in discussione in più occasioni da parte degli attori territoriali intervenuti ai focus group. Questi hanno sottolineato infatti come non sempre la regione riesca a mettere in campo i processi di valutazione previsti dalla normativa, per problemi relativi alle risorse effettivamente a disposizione o anche per mancanza delle necessarie competenze.

Un secondo elemento enfatizzato è la tendenza all'informalità nella valutazione da parte della regione: i rapporti ed i contatti con gli attori sul territorio sono frequenti ma non sempre formalizzati, e così anche la valutazione sulle azioni del territorio. «Oggi come oggi [...] facciamo un bilancio finale sulla scorta delle lamentele o meno che ci sono» (intervista dirigente regionale, Regione Marche).

Va inoltre sottolineato che esistono ampi margini di differenza nelle pratiche di coinvolgimento degli attori, a seconda dell'oggetto valutato, nonché della specifica area di intervento. Si assiste pertanto ad esperienze fortemente condivise, con momenti di coinvolgimento di attori territoriali istituzionali e non, e ad esperienze in cui il coinvolgimento è estremamente marginale e limitato alla mera restituzione pubblica dei risultati dei processi valutativi. Attori locali e attori istituzionali in particolare, finiscono così col rivestire un ruolo debole nei processi valutativi, come semplici fornitori di informazioni e destinatari finali dei risultati, senza essere coinvolti nel processo di valutazione in senso stretto.

La valutazione sembra quindi essere un elemento di condivisione solo tra i policy maker, lasciando il coinvolgimento degli altri attori solo in fase di restituzione e comunicazione dei risultati, segnale di una valutazione che risulta partecipata più negli intendimenti che nelle prassi e, anche quando lo è, prevale un'assegnazione molto sfumata dei ruoli valutativi e un'informalità che, di fatto, nasconde un'incapacità di assegnare funzioni, responsabilità e compiti precisi rispetto alla valutazione.

2.8. Come vengono utilizzati i risultati della valutazione?

Un ulteriore cruciale aspetto nell'analisi dei processi di valutazione concerne le finalità assegnate alla valutazione stessa. Al di là quindi del ruolo o dei ruoli entro i quali questa viene inquadrata (formative, summative ecc.), in che modo i risultati prodotti durante la valutazione vengono impiegati? Sono semplicemente un output prodotto a scopi di mero adempimento a prescrizioni ora nazionali, ora regionali, con valenza pertanto strettamente simbolica, o i risultati della valutazione vengono destinati a precise finalità, completando in tal modo il quadro entro il quale la valutazione si colloca? Con l'obiettivo di rispondere a questi interrogativi, sono stati identificati alcuni obiettivi di massima rispetto ai quali i risultati prodotti durante i processi valutativi possono essere impiegati:

- per selezionare soggetti, strutture, attori del sistema;
- per attribuire risorse ai territori, agli attori;
- per prendere decisioni sulla programmazione;

- per approvare i documenti di programmazione, con funzione quindi di visto ex ante.

Alla luce di tali categorie, si è cercato di rivedere in che modo la valutazione venisse disegnata negli atti normativi e effettivamente adottata nelle pratiche. Va sottolineato in modo preliminare come non sempre le finalità di utilizzo siano chiaramente identificate nella documentazione e negli atti legislativi regionali, segnale quindi, anche in questo caso, di una non sempre chiara esplicitazione completa di ciò che la valutazione rappresenta per i processi programmatori e decisionali regionali e territoriali.

La finalità che maggiormente emerge a livello di analisi normativa e documentale concerne il rapporto con la programmazione. Ciò è quanto si afferma con riferimento alla programmazione e pianificazione degli interventi da parte regionale (Liguria, Toscana, Umbria, Campania, Sardegna); il controllo sui PDZ a scopi di riprogrammazione territoriale richiamato da quasi tutte le regioni; la valutazione dei servizi e degli interventi (Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche, Toscana, Molise, Puglia).

Sul piano dell'analisi della documentazione e normativa regionale, è emersa una funzione di selezione con riferimento alla valutazione dei requisiti e dei servizi erogati da parte di soggetti privati con scopi di autorizzazione ed accreditamento.

La valutazione è definita dalla normativa regionale come funzionale all'attribuzione delle risorse con riferimento ai processi di accreditamento delle strutture e affidamento dei servizi (Liguria, Molise), alla valutazione dei PDZ (Friuli Venezia Giulia, Marche a partire dal 2010, Molise, Puglia). Ad esempio, la valutazione dei PLUS nella regione Sardegna costituisce lo strumento ordinario e adempimento necessario per accedere ai fondi dell'annualità successiva. Anche l'erogazione del fondo regionale può essere vincolata a processi di valutazione tesi a mettere in luce il raggiungimento di determinati obiettivi: è quanto sancisce la normativa delle Regioni Molise e Umbria; forme di incentivazione, nella forma di premialità nei finanziamenti in favore degli ambiti che dimostrino di aver raggiunto gli obiettivi qualitativi statuiti dal Piano sociale regionale sono previsti dalla Regione Campania. Inoltre per quegli ambiti che presentano un PDZ non congruente con le indicazioni regionali, nel caso di mancata modifica entro trenta giorni, l'ambito incorre nel rischio di non ottenere i trasferimenti di risorse da parte della regione, che può anche decidere di commissariare l'ambito stesso.

La normativa prevede altresì che i processi di valutazione siano adottati con finalità di approvazione di specifici documenti, PDZ in particolare, con forme di validazione della coerenza dell'atto con le indicazioni regionali (Toscana, Umbria, Campania, Basilicata, Sardegna).

Altri utilizzi previsti dagli atti documentali riguardano processi va-

lutativi specifici, come ad esempio per quanto concerne le sperimentazioni (Friuli Venezia Giulia) dove i risultati della valutazione sono utili alla predisposizione di modalità definitive di attuazione delle stesse; la definizione del progetto personalizzato di presa in carico dell'utente (Marche); favorire la comunicazione dei risultati alla popolazione (Basilicata), la stesura di documenti di indirizzo, come ad esempio le linee guida ai PDZ (Marche).

Secondo quanto invece emerso durante i focus group, l'utilizzo dei risultati della valutazione a scopi di riprogrammazione emerge, sebbene talora con riferimenti più circoscritti rispetto ai dettati normativi, tanto come input della programmazione, come nel caso della costruzione dei profili di comunità e dell'analisi dei bisogni di salute (Liguria, Marche), quanto in fase di revisione e riprogrammazione (Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Campania, Sardegna) e per la definizione delle azioni correttive da porre in atto con normativa e regolamenti (Friuli Venezia Giulia, Umbria). La valutazione viene usata anche a scopo di riorganizzazione dei servizi (Liguria, Friuli Venezia Giulia) o di specifiche progettualità (Basilicata). In altri casi invece, la valutazione da parte della regione, degli atti di programmazione non ha un effettivo impatto sui processi programmatori, ed i territori evidenziano come la richiesta di dati da parte della regione sia talora strumentale ad un fabbisogno informativo e non utile alla riprogrammazione, in quanto i dati richiesti sono ritenuti poco significativi della realtà territoriale. Questo comporta una definizione autonoma da parte dei territori di strumenti e indicatori più funzionali alla riprogrammazione territoriale.

Rispetto all'attribuzione delle risorse conseguente ai processi valutativi, questa viene segnalata dagli attori intervistati con riferimento al riparto del fondo sociale regionale ai territori (Liguria, Molise, Sardegna) o per rivedere i meccanismi di finanziamento. In alcuni casi, la valutazione è utilizzata anche come criterio per allocare incentivi: è quanto messo in luce dalla regione Toscana con riferimento ad alcuni fondi destinati alle società della salute: «Abbiamo una serie di indicatori [...] per esempio, sulle società della salute la legge prevedeva che venissero erogati i contributi di primo avvio 2008-2009 e 2010. Dal 2009 questi contributi sono stati legati a una serie di indicatori tra cui la diminuzione del tasso di ospedalizzazione, ad esempio. Ci sono dei sistemi incentivanti [...]» (Regione Toscana, intervista funzionario regionale)

I territori esprimono quindi forti perplessità nei confronti di forme di monitoraggio e controllo (processi che i territori non riconoscono come una vera e propria valutazione) attuati dalla Regione, in mancanza di una chiara definizione degli obiettivi da raggiungere e delle modalità con le quali si vogliono impiegare i risultati prodotti. A titolo di esempio

si riporta quanto espresso da un rappresentante dei comuni durante uno dei focus group organizzati presso la regione Sardegna: «Il sistema di valutazione e monitoraggio? Ma queste attività di raccolta che abbiamo fatto nel triennio precedente: a che servono? Io prima stabilisco gli indici a monte, perché se non lo stabilisco a monte, io che ho fatto 11 mila utenti lascia il tempo che trova... sono risultati che non sono raggiungimento di obiettivi. [...] Insomma, noi facciamo monitoraggio, non valutazione. A cosa serve, per la programmazione successiva?».

3. Una sintesi complessiva e le criticità emergenti

3.1 Alcune riflessioni sul confronto interregionale

Abbiamo voluto riportare le analisi svolte nelle diverse regioni per render conto della complessità della situazione. Come accennato in introduzione, la definizione di tipologie di approcci alla valutazione tra le diverse regioni, inizialmente pianificata nel progetto di ricerca, si è resa di fatto impossibile e poco sensata data la presenza a macchie di leopardo della valutazione all'interno delle regioni in quanto a territori, settori, ambiti. Ruoli e funzioni, soprattutto nelle prassi (la normativa in questo appare più chiara), sono spesso sfumate e non indicano (e questo a nostro avviso è già di per sé un risultato rilevante della ricerca) regioni con prassi valutative avanzate, altre meno ecc., ma si riporta un quadro molto variegato sia tra regioni che all'interno della medesima regione, con movimenti a volte bottom up con i territori che fanno da precursori sulle tematiche valutative e a volte top down con la regione che sviluppa (spesso nuovamente in maniera circoscritta ad alcuni ambiti/oggetti) e promuove pratiche valutative.

Ciononostante, riteniamo opportuno offrire una lettura complessiva e, nell'impossibilità di offrire un quadro sinottico, cercheremo di evidenziare alcune problematiche trasversali, prima di tentare un'analisi sintetica regione per regione.

Alla luce del percorso di analisi dei diversi elementi della valutazione, si possono, a nostro avviso, evidenziare tre macro - problemi che affliggono i processi valutativi oggi in atto:

- mancanza di una chiara definizione del processo di valutazione: sul piano normativo spesso mancano riferimenti puntuali ai ruoli ed agli utilizzi della valutazione, e a tutti gli elementi che vengono in gioco durante la valutazione stessa (soggetti coinvolti e loro ruoli, criteri impiegati, strumentazione da adottare, tempi della valutazione);

-
- non vi è una uniforme condivisione con i territori dei percorsi di valutazione, il che si concretizza, nelle prassi, in una serie di esperienze locali rispetto alle quali tipicamente la regione non ha un completo governo e, in assenza di un suo coinvolgimento, si dà vita ad una diffusione disomogenea delle pratiche sul territorio regionale. Inoltre, in assenza di un governo da parte regionale, si assiste alla coesistenza di percorsi di valutazione anche sui medesimi oggetti o contenuti (es. valutazione delle risorse per l'attivazione dei servizi ADI nell'ambito territoriale) che adottano strumenti, criteri, indicatori differenti, impedendo di fatto di effettuare confronti tra i territori;
 - scostamenti tra il dettato normativo ed il reale utilizzo della valutazione: anche dove normativa è più chiara e completa nell'identificare processi di valutazione specifici (si pensi al caso della valutazione dei documenti della programmazione locale), le prassi possono discostarsi in maniera tanto più forte dalle indicazioni regionali, quanto più debole è il ruolo che i processi di valutazione effettivamente rivestono nel governo delle risorse, della programmazione, della gestione dei servizi locali.

Il prossimo paragrafo prenderà quale spunto di riflessione queste prime osservazioni di carattere generale, cercando di evidenziare nel loro insieme i punti di criticità che sono stati rilevati nell'analisi condotta sulle regioni oggetto di ricerca. Lungi però dal voler esprimere un giudizio sull'operato delle diverse regioni, questo lavoro va letto come un tentativo di esplicitazione dei nodi critici di cui gli interlocutori intervistati si sono fatti portavoce consapevoli. Non si tratta pertanto di un nostro giudizio, quanto piuttosto uno stimolo all'avvio/proseguimento di percorsi di innovazione e ripensamento, spesso già attivati.

3.2. La valutazione nelle regioni: un confronto di sintesi

La tabella tre riassume brevemente, per ciascuna regione, gli aspetti peculiari e maggiormente significativi (con le loro criticità) caratterizzanti il sistema della valutazione. Il quadro non ha pretese di esaustività, quanto piuttosto di sintesi rispetto ad alcuni elementi individuati e precedentemente articolati nel confronto puntuale per contenuti.

Tab. 3. La valutazione nelle regioni: quadro riassuntivo

REGIONE	ASPETTI CARATTERISTICI
Basilicata	<p>La normativa si presenta coerente, con un chiaro orientamento nel definire la valutazione parte del processo di programmazione sociale a tutti i livelli della governance. Particolare spazio viene dedicato alla valutazione della qualità degli interventi e dei risultati. Si sottolinea però il livello di astrazione dei riferimenti, poiché non si rintracciano evidenze relative all'individuazione di indicatori e standard di valutazione. La valutazione assume nella normativa un ruolo mediamente complesso per le politiche, anche se i contenuti valutati sono meramente citati. Indicazioni sommarie si rintracciano sugli strumenti impiegati per la valutazione di esito/risultato nel caso dei piani di zona e per servizi e interventi.</p> <p>A livello delle prassi emergenti, la Regione ha da tempo sistematizzato la verifica relativa alle progettualità attivate. Sui territori, in particolare quelli di dimensioni minori, la pratica della valutazione non costituisce sempre una prassi e spesso si riduce al monitoraggio della spesa. Nella prassi la valutazione è prevalentemente formativa per progetti e interventi. Alcune indicazioni sul ruolo e gli utilizzi della valutazione vengono fornite rispetto alla valutazione delle prestazioni e degli esiti/risultati.</p>
Campania	<p>La normativa si presenta coerente, evidenziando un percorso di crescita di interesse riconosciuto alla valutazione. I processi disegnati si orientano verso una valutazione di efficacia, efficienza e qualità, con indicatori previsti all'interno del PSR per ogni area di intervento. Ampio spazio è dedicato alla valutazione di coerenza tra gli atti della programmazione territoriale e regionale. Alla valutazione di politiche e piani la normativa riconosce un ruolo pesante di indirizzo dei processi, definendo in maniera puntuale gli utilizzi nel caso della valutazione delle risorse e dei risultati/esiti. Per processi e prestazioni invece, le indicazioni normative risultano sommarie. Nella valutazione di giudizio dei servizi risultano precise le indicazioni di strumenti e utilizzi della valutazione.</p> <p>Sul piano delle prassi emerge una forte volontà regionale all'attivazione di processi valutativi, condivisa da parte dei territori sul piano ideale, ma che si scontra poi con l'effettiva capacità da parte di questi di attenersi alle numerose richieste regionali. L'attivazione di processi valutativi si rivela disomogenea sul territorio per quanto concerne la valutazione degli interventi attivati. Passi in avanti maggiori sono stati compiuti rispetto alla valutazione dell'utilizzo delle risorse e della percezione dell'utenza. Sul piano delle prassi viene confermato il ruolo complesso nella valutazione dei Piani. Indicazioni precise sugli strumenti da adottare sono presenti per i diversi contenuti contemplati, fatta eccezione per i processi.</p>

Emilia Romagna	<p>La normativa in materia di valutazione presenta un alto livello di coerenza, con un orientamento culturale forte alla valutazione quale elemento del processo di programmazione, e promuove una diffusa partecipazione alla valutazione dei diversi livelli di governo, ed il coinvolgimento di soggetti non istituzionali. La normativa riconosce un ruolo formativo e di giudizio alla valutazione, seppur mantenendosi ad un livello di astrazione medio-alto: i contenuti della valutazione sono meramente citati.</p> <p>Sul piano delle prassi si evidenzia la difficoltà di creare un sistema valutativo omogeneo tra i diversi territori. Buoni risultati si sono raggiunti sul fronte del monitoraggio economico della spesa, mentre maggiori difficoltà permangono per la valutazione di risultato. La Regione si sta muovendo per la costruzione di batterie di indicatori omogenei, condivisi con gli attori del territorio. La partecipazione degli attori locali è ancora debole e non formalizzata, mentre la Regione assume un ruolo abbastanza forte nel governo della valutazione. Solo per i piani di zona è possibile ricostruire il quadro delle prassi adottate, ed indicazioni sommarie sono fornite in merito agli strumenti impiegati per la valutazione di risorse e processi.</p>
Friuli Venezia Giulia	<p>Il processo valutativo che la normativa identifica con particolare chiarezza è quello riguardante i piani di zona, mentre i restanti riferimenti alla valutazione manifestano per lo più degli intendimenti, senza una chiara declinazione di responsabilità e modalità. La valutazione è prevalentemente formativa per progetti e servizi, mentre un ruolo complesso di indirizzo è riscontrabile nella valutazione dei piani. È per questi ultimi che vengono declinati strumenti ed utilizzi delle risultanze della valutazione. Nella valutazione dei progetti, l'elemento cardine è la valutazione di risultato.</p> <p>A livello di prassi si sottolinea la mancanza di processi di valutazione unitari: elevata è la disomogeneità nelle pratiche adottate dai territori, anche con riferimento ai processi di valutazione dei piani di zona. A fronte di ciò, si registrano però esperienze specifiche di valutazione. La valutazione sembra assumere ruolo prevalentemente di giudizio nel caso delle politiche, mentre più formativa per i documenti di Piano ed i servizi. Dalle prassi emergono, seppur sommariamente, gli strumenti da adottare nella valutazione dei Piani con riferimento a risorse, processi e prestazioni.</p>
Liguria	<p>Sul piano normativo si rintraccia un buon livello di coerenza tra le disposizioni concernenti la valutazione. Queste coinvolgono pressoché ogni aspetto delle politiche socio - sanitarie, prevedendo il coinvolgimento degli attori principali nei processi, ferma restando la regia pubblica del sistema. La valutazione è parte integrante del processo programmatico quando si tratta di politiche. Indicazioni sommarie relative agli utilizzi sono fornite nel caso si valutino le risorse, le prestazioni e gli esiti, mentre nel caso dei Piani si individuano gli strumenti da adottare per la valutazione delle risorse e delle percezioni dell'utenza.</p> <p>A livello di prassi viene però evidenziato come la valutazione non sia un processo ancora a pieno regime, ferma restando però la positiva percezione, da parte dei territori, di un'attività condivisa e concertata con la Regione. Difficoltà vengono segnalate sul piano della valutazione dei risultati. La valutazione emerge essere prevalentemente di giudizio nel caso delle politiche, formativa invece per i Piani, servizi e interventi. Rispetto alla valutazione dei Piani, vengono individuati gli utilizzi per processi e prestazioni.</p>

Marche	<p>La normativa si rivela coerente al proprio interno, ma manca un sistema organico di processi valutativi regolati a livello regionale. Importanti innovazioni sono state introdotte a livello normativo per la valutazione dei Piani di ambito. Ruolo prevalentemente di valutazione finale sembra emergere per i Piani, mentre meno chiaramente identificabile è il ruolo nel caso dei servizi. Forte attenzione è dedicata alla valutazione del bisogno dell'utente. I contenuti sono citati nella normativa, senza più precise declinazioni.</p> <p>Il quadro viene confermato sul piano delle prassi, dove i soggetti intervistati sembrano unanimemente sostenere la necessità di diffondere processi valutativi omogenei e standardizzati su tutto il territorio, in particolare per servizi ed interventi. Emergono esperienze locali di valutazione su specifici oggetti. La Regione si sta muovendo per rendere la valutazione un processo sistematico e coerente, soprattutto per i Piani di ambito. È per questi ultimi che emerge un ruolo di aiuto ai processi, così come si registra per i servizi. Alcune indicazioni sugli strumenti adottati per la valutazione dei processi e delle percezioni dell'utenza sono fornite con riferimento alle esperienze di valutazione dei servizi.</p>
Molise	<p>La normativa esaminata si presenta coerente al proprio interno. Il PSR fornisce chiara indicazione concettuale della valutazione (nonché dei processi di monitoraggio e validazione), presentando criteri, strumenti, indicatori da impiegare. Un ruolo di supporto ai processi viene previsto per la valutazione dei Piani e dei progetti, mentre nel caso di servizi e interventi essa ha un ruolo centrale nel processo programmatico. Viene data indicazione, seppur non dettagliata, degli strumenti adottati nel caso della valutazione dei contenuti dei servizi.</p> <p>Sul fronte delle prassi, i territori sembrano invece sottolineare la mancanza dello sviluppo di una cultura della valutazione, vedendo una frattura tra le decisioni di politica generale intraprese a livello regionale e la pratica di valutazione sui territori. Il sistema non si può ancora considerare pienamente a regime, e molte delle procedure previste non sono ancora state pienamente formalizzate. Vi sono delle difficoltà nell'individuazione di strumenti uniformi. La prassi evidenzia un ruolo prevalentemente di valutazione finale tanto per le politiche quanto per Piani e servizi. Alcune indicazioni sugli strumenti adottati emergono per la valutazione dei Piani e dei servizi (risorse, prestazioni, percezioni dell'utenza).</p>
Puglia	<p>La valutazione nella normativa regionale viene citata prevalentemente come obiettivo verso il quale tendere, senza dare più puntuale declinazione di significati, responsabilità, modalità e strumenti. Fa parziale eccezione la disciplina della valutazione dei piani di zona. Il livello con il quale la normativa declina i ruoli assegnati alla valutazione si rivela mediamente astratto, assegnando a tali processi un ruolo soft nei processi programmatici. Anche l'esplicitazione di strumenti e modalità di impiego dei risultati prodotti si caratterizza per lo stesso livello di astrazione: i contenuti valutati sono meramente citati.</p> <p>Rispetto alle pratiche realmente operanti, emerge a livello concettuale una rappresentazione confusa e poco chiara rispetto alla valutazione dei Piani. La valutazione oggi concerne prevalentemente forme di monitoraggio fisico e finanziario. Vi è una diffusa e condivisa esigenza di migliorare la valutazione, rendendola un processo omogeneo sul territorio. La valutazione delle politiche è nelle prassi di supporto ai processi, mentre la valutazione dei documenti di Piano è di tipo <i>summative</i>. Alcune indicazioni sulle modalità di impiego dei risultati vengono messe in luce per la valutazione dei contenuti dei Piani.</p>

Sardegna	<p>La normativa in tema di valutazione si presenta coerente, con un quadro abbastanza completo rispetto agli oggetti e contenuti da valutare. Particolare attenzione viene riservata alle modalità di controllo di coerenza tra gli atti di programmazione locale e la programmazione regionale. La normativa presenta la valutazione come momento centrale nel processo programmatico, pur non definendo in maniera sempre dettagliata le modalità di conduzione della valutazione (strumenti da adottare) e di utilizzo delle risultanze prodotte.</p> <p>Le pratiche concretamente operanti vedono una prevalenza di forme di monitoraggio e rendicontazione sui progetti e le attività realizzate. Forme di controllo sono previste per la programmazione locale. Molto viene lasciato all'informalità dei contatti tra gli attori regionali e del territorio. Emerge un ruolo prevalentemente di valutazione finale rispetto ai Piani, progetti, servizi e interventi. Alcune indicazioni sono fornite rispetto agli strumenti da impiegare per la valutazione delle risorse e dei risultati.</p>
Toscana	<p>La normativa sottolinea e riconosce l'importanza dei processi valutativi, assegnandole un ruolo centrale nei processi programmatici. La normativa identifica chiaramente gli strumenti da impiegare per la valutazione di risultato con riferimento ai Piani, e altre indicazioni, seppur a minor livello di dettaglio, sono fornite per le prestazioni (interventi), i processi (nel caso delle politiche), i progetti. L'attenzione viene riservata maggiormente alla valutazione di esito e risultato, minori sono le indicazioni per quanto concerne le risorse. Il PISR individua indicatori ed obiettivi per la valutazione della programmazione.</p> <p>Sul piano delle prassi sembra emergere una carenza nelle procedure di valutazione nel settore sociale (i processi sul versante socio-sanitario sembrano poter godere dell'esperienza di valutazione accumulata dal settore sanitario). Gli attori del territorio sottolineano la mancanza di una struttura preposta alla valutazione di Piani e interventi, e ogni settore si organizza in maniera autonoma. Vi è prevalentemente un monitoraggio sugli interventi, ma non una vera e propria valutazione. Un grosso lavoro viene svolto nella valutazione di bisogni e risorse per la costruzione dei profili di salute. Si riscontra quindi l'attribuzione di un ruolo forte alla valutazione, salvo poi non individuare sempre precisi strumenti ed utilizzi delle risultanze, salvo particolari eccezioni (es. per la valutazione dei piani con riferimento alle risorse, prestazioni e risultati; nella valutazione dei servizi).</p>
Umbria	<p>La normativa si rivela coerente, anche se ancora non viene definito un set di indicatori per la valutazione della qualità dei servizi. Alla valutazione si riconosce un ruolo incisivo nei processi programmatici, sebbene non vi siano indicazioni precise in merito alle modalità di conduzione della valutazione e sue finalità ultime. I contenuti valutati sono quindi prevalentemente citati nella documentazione regionale.</p> <p>Il sistema, sotto il profilo delle prassi operanti, è in fase di implementazione e progressiva strutturazione. Attualmente prevale l'attività del monitoraggio, adottato con diversi gradi di profondità a seconda della specifica area di intervento. Difficoltà vengono sottolineate rispetto alla possibilità di esercitare un monitoraggio sistematico sull'operato dei territori. Viene riconosciuto alla valutazione un ruolo prevalente di giudizio finale nel caso delle politiche, dei servizi e dei progetti. I contenuti valutati sono stati oggetto di mera citazione, senza ulteriore declinazione di strumenti e modalità attuative.</p>

Veneto	<p>Pur riscontrando una generale coerenza tra le indicazioni normative, si può affermare che l'unico processo valutativo pienamente disciplinato sia quello relativo ai piani di zona, mentre i restanti riferimenti sono più astratti e poco puntuali. Il ruolo della valutazione risulta essere più di indirizzo per i Piani, mentre questo non è chiaramente individuabile per quanto concerne le politiche ed i servizi. Anche rispetto ai contenuti valutati, non sono precisamente identificabili strumenti e utilizzo della valutazione.</p> <p>Ciò si riflette sul piano delle prassi: regione e attori locali evidenziano la necessità di strumenti di valutazione, in particolare per la valutazione degli esiti. Viene confermato il buon livello di valutazione dei piani di zona. Delle difficoltà emergono sotto il profilo della condivisione culturale, tra Regione e territori, di cosa si intenda per valutazione. Un ruolo di supporto ai processi viene riconosciuto per la valutazione dei Piani, con identificazione delle modalità di utilizzo dei risultati della valutazione delle prestazioni.</p>
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.3. Trasversalità emergenti

L'indagine condotta sulle regioni che hanno partecipato alla ricerca ha permesso di mettere in luce alcune tendenze comuni rispetto ai profili della valutazione. Spinte riformatrici, avvio di momenti di riflessione e miglioramento, riconoscimento dell'importanza della valutazione, esperienze specifiche di valutazione: sono questi alcuni degli elementi riscontrati. Segnali di un comune interesse verso l'istituzionalizzazione e rafforzamento delle pratiche della valutazione nel contesto del governo regionale e locale delle politiche sociali.

Accanto a questi però si sono rilevate anche un insieme di debolezze e nodi critici che le stesse regioni e gli interlocutori locali hanno esplicitato. Il confronto poi tra dettati normativi e risultanze delle fasi di intervista, ha permesso di approfondire ulteriormente la natura di questi aspetti di fragilità del sistema della valutazione. Tali aspetti concernono:

- dimensione culturale: la valutazione non è elemento ancora pienamente condiviso tra regione e territori che poi concretamente operano nell'applicazione delle pratiche. L'origine di questo divario si può rintracciare, a monte, nella definizione che viene formalmente data della valutazione, nel modo in cui la regione disciplina e regola tali pratiche. Stili di governo diversi (che si pongono lungo il continuum tra gerarchia e condivisione) conducono a una maggiore o minore adesione alle definizioni concettuali assegnate, che si riverberano poi sulle modalità di adozione degli strumenti (concetti, tecnologie, metodi) da parte degli attori territoriali e della loro percezione della valutazione;
- grado di astrazione della normativa: le indicazioni regionali sovente si fermano alla mera citazione della necessità di adottare processi di valutazione, con una forte consapevolezza dell'esi-

genza di avviare tali pratiche, ma resta poco chiara la definizione esplicita degli elementi della valutazione.

- valutazione dei PDZ: sebbene su questo oggetto sembri esservi maggior chiarezza a livello di dettaglio normativo, la valutazione della programmazione locale ha talora i connotati più del controllo di coerenza con gli atti sovraordinati (piano regionale, indirizzi della programmazione definiti dalla regione) che non della valutazione sulla programmazione locale;
- ruolo della valutazione all'interno dei processi di governo del welfare: la valutazione si scinde nella sua dimensione formale e informale. Sotto il profilo informale si assiste ad un alquanto diffuso orientamento al confronto tra regione e territori, svincolato dall'individuazione di momenti specifici e strumenti standardizzati a ciò deputati. Al contempo si registrano pratiche formalizzate con un prevalente carattere di controllo esterno. Si registrano così degli scollamenti tra aspettative e processi reali: si mira verso processi complessi e completi, ma ci si scontra poi con i territori, dove, in particolar modo per gli ambiti e gli aggregati di minor dimensioni e che dispongono di minori risorse, i processi formali si limitano in larga parte ad un controllo ed una verifica sulla spesa;
- disomogeneità nell'applicazione dei processi valutativi sia rispetto al territorio di riferimento, che per quanto concerne gli ambiti applicativi. In assenza di una guida forte da parte della regione, e pertanto anche di indicazioni chiare sul tema della valutazione, i territori tendono ad attivare procedure di valutazione in piena autonomia, a scapito della possibilità di confronto, condivisione e integrazione;
- basso grado di istituzionalizzazione e sistematicità: rilevazioni ed processi di valutazione sono talora legati a specifiche esperienze condotte, che non si trasformano poi in una rilevazione sistematica utile al monitoraggio dell'evoluzione temporale delle politiche sociali.

Un'ulteriore criticità si rinviene nella coerenza che intercorre tra la dimensione culturale, ovvero quelli che sono gli obiettivi che con la normativa la regione pone a sé stessa ed ai territori, e quelle che sono le pratiche attualmente in adozione. In particolare emergono delle evidenze d'incoerenza dove:

- si afferma di attribuire alla valutazione un ruolo pesante di indirizzo dei percorsi della programmazione, salvo poi non definire strumenti da impiegare, modalità di utilizzo delle risultanze emergenti dalla valutazione;

- si afferma di attribuire alla valutazione un ruolo di indirizzo delle politiche, anche se di fatto poi si operano prevalentemente forme di monitoraggio sui servizi attivati o di rendicontazione delle risorse;
- si definisce centrale la valutazione dei servizi e degli interventi, ma si valutano, a livello di contenuti, prevalentemente le prestazioni erogate e non gli esiti ed i risultati prodotti, oppure non si definisce a monte la modalità di impiego delle risultanze di una valutazione della percezione dell'utente rispetto a tali servizi;
- si attribuisce centralità alla valutazione dei piani, ma tra i contenuti principalmente valutati risultano esservi le prestazioni;
- si identifica un ruolo complesso per la valutazione di diversi oggetti (politiche, piani, servizi, progettualità), ma tra i contenuti valutati i processi risultano essere marginali.

Riassumendo, il quadro generale della valutazione nelle regioni indagate vede il disegno dei processi valutativi ancora all'inizio: non si tratta di prassi abituali e omogeneamente diffuse sul territorio. In molti casi si dovrebbe più correttamente parlare, se si esamina l'attuale stato dell'arte, di forme di monitoraggio, di controllo, anziché di vera e propria valutazione.

Le regioni definiscono quindi i propri sistemi di valutazione in fase di implementazione, di definizione e di progressiva strutturazione, riconoscendo e identificando un insieme di obiettivi verso i quali tendere.

3.4. Spunti per lo sviluppo della valutazione

I paragrafi precedenti hanno messo in luce un insieme di problematiche e nodi critici emersi in sede di analisi del materiale documentale ed empirico relativo alle dodici regioni esaminate. Pur con la consapevolezza della limitatezza temporale dell'indagine, tali elementi di trasversalità riscontrati permettono di avviare un insieme di proposte di riflessione sul tema della valutazione, così come questa viene concepita e disciplinata a livello delle politiche sociali regionali.

La valutazione nel panorama delle politiche pubbliche italiane costituisce ancora un elemento di relativa novità, che ha visto momenti di sperimentazione vera e propria di ambiti applicativi, modalità di attuazione, obiettivi preliminarmente definiti. Il sistema però è a questo punto maturo per iniziare ad avviare una fase di verifica di questi momenti di sperimentazione, per capire come la valutazione ha impattato sull'organizzazione che l'ha promossa. Il traguardo verso il quale le regioni debbono ora orientarsi riguarda il superamento della valutazione come

adempimento a una prescrizione formale o strettamente simbolica, e muoversi così verso l'individuazione delle condizioni per promuovere la realizzazione dei cambiamenti nei reali processi programmatici e decisionali messi in campo. Costituisce un presupposto a ciò il superamento degli elementi di debolezza individuati.

Le criticità rintracciate non costituiscono pertanto un elemento di giudizio negativo sull'operato regionale, quanto piuttosto la base di partenza per l'avvio di una nuova fase di ripensamento dei processi di governo. Infatti sono già molte le esperienze evidenziate da parte delle regioni relative all'avvio di momenti di revisione, normativa e di prassi, sul tema della valutazione. Talora queste revisioni concernono progettualità limitate, in altri casi sono invece segno di un ripensamento più radicale e di ampio respiro. Elemento comune è la volontà delle regioni di sperimentarsi e attivarsi per il miglioramento delle pratiche di valutazione.

Le regioni inoltre hanno un terreno fertile sul quale innestare tali riflessioni, poiché numerose sono le esperienze riportate relative alla concreta applicazione, seppur disomogenea sul territorio regionale, di processi di valutazione di specifici oggetti, progettualità, contenuti.

Con l'ottica quindi di favorire una più proficua valorizzazione delle esperienze esistenti, e per superare le criticità a più riprese ribadite, sono state individuate alcune aree strategiche relative agli assetti della valutazione delle politiche sociali:

- la regolazione normativa della valutazione: superamento della mera dichiarazione di intendimenti, in favore di una completa declinazione concettuale ed operativa dei processi da attivare;
- la definizione del ruolo della valutazione nei processi di governo, per il superamento degli orientamenti di controllo esterno, in favore di una condivisione, culturale prima e sostanziale poi, della valutazione come input del processo programmatico;
- l'avvio di una valutazione di risultati ed impatti prodotti, con l'obiettivo di migliorare la riprogrammazione e la valutazione di efficienza ed efficacia del sistema;
- l'istituzionalizzazione della valutazione, sia sotto il profilo della sistematicità temporale, sia per quanto riguarda l'estensione ai contenuti valutati;
- la promozione di una uniforme ed omogenea diffusione dei processi di valutazione su tutto il territorio regionale e di superamento delle barriere tra le diverse aree di intervento.

Il quadro complessivo che viene definito dalla ricerca svolta su più della metà delle regioni italiane è certamente complesso. Riprendendo l'immagine proposta all'inizio del capitolo, la sensazione (speriamo so-

stanziata in queste pagine) è che ci si trovi a metà di un guado: lasciata la sponda del passato che relegava la valutazione a processo sporadico effettuato in poche e selezionate realtà sperimentali, ci si è avviati in un forte processo di affermazione della valutazione, soprattutto (e necessariamente) nella normativa. L'esame delle prassi, tuttavia, mostra che il cammino fatto non ha ancora condotto (pur con notevoli differenze) in nessuna delle regioni esaminate ad una fase matura della valutazione, intendendo con questa un'istituzionalizzazione della stessa con ruoli, funzioni e strumenti chiaramente definiti. In particolare, finché i risultati valutativi non saranno formalmente e sostanzialmente utilizzati, il cammino verso una valutazione matura non potrà dirsi compiuto.

Bibliografia

- T. ALSHEMMERI, B. ALKLOUB, A. PEARMAN, *Model Choice in Multicriteria Decision Aid*, «Journal of Operational Research Society», 97 (3), 1997, pp. 550-560.
- P. BELLINI, S. CAMPOSTRIN, *Sistemi Informativi Statistici: un quadro concettuale*, «Lo statistico», 4, 6, 1994, pp. 6-13.
- L. BERNARDI, T. TRIPODI, *Metodi di valutazione di programmi sociali*, Fondazione Zancan, Padova, 1981.
- G. BERTIN, *Il governo della multidimensionalità del processo di valutazione*, in: G. Bertin (a cura di), *Valutazione e sapere sociologico*, Milano, Franco Angeli, 1995.
- J.B. BIRCKMAIER, C.H. WEISS, *Theory-based evaluation in practice*, «Evaluation Review», 24, 4, 2000, pp. 407-431.
- D. BOUYSSOU, P. PERNY, M. PIRLOT, A. TSOUKIÀS, P. VINCKE, *A Manifesto for the New MCDA Era*, «Journal of Multi-Criteria Decision Analysis», 2/3, 1993, pp. 125-127.
- C. CABE, T.J. STEWART, J.C. VANSNICK, *Multicriteria, Decision Analysis. Some thoughts based on the tutorial and discussion session of the ESIGMA meeting*, «Journal of Operational Research Society», 99 (1), 1997, pp. 28-37.
- D.T. CAMPBELL, *Reform as experiments*, «American Psychologist», 24, 1969, pp. 409-429.
- S. CAMPOSTRINI, *Disegni sperimentali, quasi-sperimentali, non sperimentali per la valutazione nelle politiche sociali*, in G. BERTIN (a cura di), *Valutazione e sapere sociologico*, Milano, Franco Angeli, 1995, pp. 279-299.
- C.T. CHEN, *Theory-driven Evaluation. A comprehensive perspective*, Newbury Park, Sage, 1990.
- H.T. CHEN, *A Comprehensive Typology for Program Evaluation*, «Evaluation Practice», 17, 2, 1996, pp. 121-130.
- L.J. CRONBACH ET AL., *Toward reform of program evaluation*, San Francisco, Jossey-Bass, 1980.
- W. EDWARD, J.R. NEWMAN, *Multiattribute Evaluation*, «Beverly Hills and London: Sage University Paper series on Quantitative Application in the Social sciences», Sage, 1982.
- C.T. FITZ-GIBBON, L.L. MORRIS, *Theory-based evaluation*, «Evaluation Practice», 17, 2, 1996, pp. 177-184.

-
- R.B. JOHNSON, *Toward a theoretical model of evaluation utilization*, «Evaluation and Program Planning», 21, 1998, pp. 93-110.
- S.A. MCGRAW ET AL., *Using process data to explain outcomes*, «Evaluation Review», 20, 3, 1996, pp. 291-312.
- M.Q. Patton, *Utilization Focused Evaluation. The new century text*, Thousand Oaks, Sage, 1997.
- P.H. ROSSI, H.E. FREEMAN, *Evaluation, A Systematic Approach*, Newbury Park, Sage, 1993.
- M. SCRIVEN, *Beyond formative and summative evaluation*, in G.W. McLAUGHLIN, D.C. PHILLIPS (a cura di), *Evaluation and education: a quarter century*, University of Chicago Press, 1991, pp. 19-64.
- W.R. SHADISH, T.D. COOK, D.T. CAMPBELL, *Experimental and Quasi-experimental Designs for Generalized Causal Inference*, Boston, Houghton-Mifflin, 2002.
- W.S. SHADISH, T.D. COOK, L. LEVITON, *Foundation of program evaluation*, Newbury Park, Sage, 1991.
- R.K. TEAS, *Expectations as a comparison standard in measuring service quality*, «Journal of Marketing», 58, 1994, pp. 132-139.
- C.H. WEISS, *How can theory-based evaluation make greater headway?*, «Evaluation Review», 21, 4, 1997, pp. 501-524.
- C.H. WEISS, *Evaluating action programs*, Boston, Allyn & Bacon, 1972.

Abbreviazioni e sigle

ADI	Assistenza domiciliare integrata
ASL	Azienda sanitaria locale
ATI	Associazione temporanea d'impresa
AUSL	Azienda unità sanitaria locale
CPWG	Community planning working group
ICT	Information communication technology
LEA	Livelli essenziali di assistenza
LEAS	Livelli essenziali di assistenza sociale
LSP	Local strategy partnership
MCA	Metodo di coordinamento aperto
NGC	Network community government
PAA	Piano attuativo di ambito
PAD	Piano attuativo distrettuale
PAI	Piano assistenza individualizzato
PAL	Piano attuativo locale
PCS	Piano comunitario salute
PDSS	Piano distrettuale socio-sanitario
PIL	Prodotto interno lordo
PIS	Piano integrato salute
PISR/PSIR	Piano integrato sociale regionale
PO FESR	Programma operativo fondi europei sviluppo regionale
PRSSP	Piano regionale della salute e dei servizi alla persona
PSC	Piano strategico comunità
PSOCR	Piano sociale regionale
SDS	Società della salute
USL	Unità sanitaria locale