il trasporto sociale in Toscana

anno 2014

Osservatorio Sociale Regionale

Regione Toscana

Il trasporto sociale in Toscana Anno 2014

Regione Toscana

Osservatorio Sociale Regionale

Il trasporto sociale in Toscana. Anno 2014

Regione Toscana
Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale
Area di Coordinamento Politiche di solidarietà sociale e integrazione socio-sanitaria
Osservatorio Sociale Regionale

Note sugli autori:
Filippo Tosi, ricercatore e professore di scuola secondaria superiore, per conto di FIL Srl collabora con l'Osservatorio Sociale Regionale. Ha svolto attività di ricerca sociale ed economica con IRPET e altri enti, occupandosi prevalentemente di temi sociosanitari ed attinenti ai servizi pubblici.

Luca Caterino, ricercatore presso reteSviluppo S.c., collabora con FIL Srl nell'ambito delle attività dell'Osservatorio Sociale Provinciale di Prato e dell'Osservatorio Sociale Regionale, per i quali ha svolto attività di ricerca sui temi dei servizi sociali, immigrazione, violenza di genere e condizione abitativa.

Paolo Sambo, per conto di FIL Srl collabora con l'Osservatorio Sociale Regionale ed il sistema degli osservatori della Provincia di Prato.

Pur nell'ambito di un lavoro comune, Filippo Tosi ha curato la redazione del capitolo 2 e dei paragrafi 3.1, 3.2, 3.3, 4.1 e 4.3, mentre Luca Caterino ha curato la redazione del capitolo 1 e dei paragrafi 3.4, 3.5, 3.6, 4.2 e 4.4; l'Introduzione e le Conclusioni sono redatte congiuntamente dai due autori. Paolo Sambo ha seguito la rilevazione per i soggetti titolari, o gestori, del servizio di Trasporto sociale. Silvia Baldi ha realizzato le infografiche.

In collaborazione con gli Osservatori Sociali Provinciali

Provincia di Arezzo · Provincia di Firenze · Provincia di Grosseto · Provincia di Livorno · Provincia di Lucca · Provincia di Massa Carrara · Provincia di Pisa · Provincia di Pistoia · Provincia di Prato · Provincia di Siena

Per il download della pubblicazione e per approfondimenti e maggiori dettagli consultare il sito:
http://servizi.regione.toscana.it/osservatoriosociale

Catalogazione nella pubblicazione (CIP) a cura
della Biblioteca della Giunta regionale toscana:

Il trasporto sociale in Toscana : anno 2014

I. Toscana <Regione>. Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale.
Area di coordinamento politiche di solidarietà sociale e integrazione socio-sanitaria
II. Toscana <Regione>. Osservatorio sociale regionale
III. Tosi, Filippo IV. Caterino, Luca V. Sambo, Paolo
1. Trasporti locali – Toscana – 2014
388.409455

Immagine di copertina:
Silvia Baldi, graphic designer.

Elaborazione copertina a cura della Direzione Generale della Presidenza - Giunta Regione Toscana

Ottobre 2014

Distribuzione gratuita

Indice

Presentazione **2**

Introduzione **4**

1. Prospettive di *welfare* tra modificazione dei bisogni e revisione della spesa **6**

1.1. Il *welfare* state italiano tra riforma e conservazione 6

1.2. I cambiamenti demografici in Toscana e l'impatto sulla spesa sociale 9

1.3. La spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali 17

1.3.1. L'esercizio associato delle funzioni sociali tra i Comuni in Toscana 19

2. Cosa è (e cosa non è) il Trasporto sociale **21**

3. L'indagine: caratteristiche, costi e modelli di gestione del servizio offerto **35**

3.1 La metodologia 35

3.2 L'ente gestore del servizio e le modalità di gestione 39

3.3 Le caratteristiche gestionali 48

3.4. Le risorse economiche e strumentali 64

3.5. Le fonti di finanziamento del servizio 70

3.6. Le principali criticità rilevate nella gestione del servizio 72

4. Modelli di gestione del Trasporto sociale in Toscana: casi studio **75**

4.1. Società della Salute Fiorentina Nord Ovest 75

4.2. Azienda USL 4 Area Pratese 79

4.3. Società della Salute Pisana 84

4.4. Comune di Cortona 88

Riflessioni conclusive **96**

Sintesi del Rapporto e infografiche **99**

Bibliografia **107**

ALLEGATO: QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE IN TOSCANA **109**

Presentazione

In Italia, ma potremmo dire più in generale in Europa, l'acuirsi della crisi economica globale ha reso ancora più evidente la crisi del *welfare*, che da anni sopravvive faticosamente alla scarsità di risorse, alla crescita della diseguaglianza delle condizioni economiche, all'indebolirsi di molte reti sociali. Purtroppo neanche le previsioni sono rosee, dato che molte indagini sostengono che nel medio-lungo periodo si verificherà un ulteriore accrescimento della domanda di prestazioni socio-sanitarie accompagnato da una dinamica delle principali grandezze economiche che consentiranno al settore pubblico di farvi fronte solo con difficoltà.

In questa situazione, il conseguimento di due fondamentali obiettivi quali il miglioramento degli attuali *standard* di benessere e la tutela delle fasce della popolazione più fragili, rappresenta una sfida che il settore pubblico può vincere solo se sarà in grado di rinnovarsi nell'organizzazione interna e nelle politiche attuate, in particolare valorizzando gli elementi positivi già oggi presenti e rimuovendo i fattori che bloccano il sistema.

Questa indagine sul Trasporto sociale toscano fornisce un'accurata analisi del fenomeno, mettendone in rilievo i punti di forza e gli aspetti critici. Tra i primi, due sono gli elementi che meritano di essere segnalati. Il primo riguarda la rilevanza del Trasporto sociale nella nostra regione, dato che esso, senza troppa rilevanza mediatica, dà una risposta forte a persone in situazione di grande difficoltà fisica, economica e sociale. In altri termini, un fenomeno silente ma decisamente presente. Il secondo elemento riguarda il "come" vengono fornite le prestazioni, vista l'assoluta rilevanza del volontariato. Infatti, il Trasporto sociale regionale garantisce ai cittadini un servizio essenziale e insostituibile proprio a partire dalla forte presenza di personale volontario al suo interno, che ne costituisce il vero e proprio "motore". Qui il volontariato costituisce un valore in sé, non soltanto perché rende possibile l'operatività del servizio, ma anche in quanto fonte di altruismo e solidarietà, nonché produttore di quelle reti sociali locali che rappresentano un efficace argine contro l'emarginazione. Ma il presente Rapporto non deve essere solo l'occasione per decantare le virtù del Trasporto sociale, ma anche per prendere finalmente coscienza delle rilevanti criticità che lo caratterizzano. L'assenza di un *corpus* normativo chiaro e completo, la valorizzazione del volontariato, il rispetto dei vincoli europei in tema di affidamento, le disomogeneità territoriali nell'accesso e nelle caratteristiche del servizio, sono solo alcune delle grandi questioni attualmente sul tavolo che aspettano di essere affrontate. È mia convinzione che tali problematiche debbano essere discusse e risolte in maniera celere ed esaustiva, affinché il Trasporto sociale toscano possa continuare a fornire prestazioni sempre più efficaci e appropriate a tutti coloro che ne

necessitano. È una sfida che ha una posta in gioco molto alta: il grado di altruismo e solidarietà della nostra gente e, soprattutto, la tutela dei bisogni dei più fragili. Non è superfluo dire che non possiamo permetterci di perderla.

Stefania Saccardi
Vicepresidente ed Assessore al Welfare, Politiche per la casa,
Integrazione socio-sanitaria della Regione Toscana

Introduzione

Il Trasporto sociale costituisce un fondamentale servizio di facilitazione della mobilità di persone prive di un'idonea rete familiare di supporto e/o non in grado di muoversi in modo autonomo. Il servizio presenta in Toscana, e non solo, un elevato grado di eterogeneità dei modelli di offerta delle prestazioni, eterogeneità che va ricondotta sostanzialmente ai modelli gestionali ed operativi, alle fattispecie di servizio offerte, alle modalità di accesso degli utenti e a quelle di compartecipazione ai costi del servizio, ecc. Uno dei primi obiettivi dell'indagine è stato, quindi, quello di definire operativamente il servizio di Trasporto sociale presente sul territorio regionale, dimensionando il fenomeno sulla base di una mappatura delle sue caratteristiche, dei punti di forza ma anche delle criticità. La portata conoscitiva del presente lavoro ha consentito di restituire un quadro completo relativo alla situazione presente in Toscana, rispetto alla quale – nelle note conclusive – vengono lanciati degli utili spunti di riflessione in considerazione dell'esigenza di rendere l'intero sistema più efficace ed appropriato, oltre che caratterizzato da una maggiore omogeneità sul territorio regionale.

Il Rapporto è strutturato in quattro sezioni:

- Il primo capitolo fornisce l'inquadramento relativo alle principali caratteristiche del modello di *welfare* italiano, individuando alcuni punti di debolezza resi particolarmente evidenti nella situazione odierna caratterizzata sia da un processo di revisione/razionalizzazione della spesa pubblica che dalla modificazione dei bisogni relativi alle prestazioni sociali. Tale sezione del lavoro offre inoltre un quadro prospettico del possibile scenario evolutivo della domanda sociale in Toscana, basato sia sulle tendenze di tipo demografico (saldo naturale e processi migratori) che epidemiologico (p.e. il crescere dell'incidenza di alcune patologie legate alla non autosufficienza) e sociale (lo sfilacciamento delle reti di aiuto legate a rapporti parentali, amicali e/o di vicinato).

- Il secondo capitolo definisce i contorni del servizio di Trasporto sociale. Tale sezione affronta un complesso procedimento di ricomposizione delle fattispecie di servizio, differenziandole concettualmente da quelle legate, invece, al trasporto sanitario e al trasporto scolastico. Il principale valore aggiunto derivante da tale capitolo proviene dal fatto di aver elaborato una definizione del servizio completa ed esaustiva rispetto ai diversi modelli presenti in regione. Tale lavoro di definizione del Trasporto sociale rappresenta, di per sé, già un importante e per nulla scontato frutto del lavoro di indagine svolto.

- Il terzo capitolo presenta i risultati dell'indagine condotta nei confronti degli enti pubblici titolari, o delegati, del servizio di Trasporto sociale, individuati attraverso una preventiva mappatura di quei soggetti che gestiscono, in forma singola o associata, il servizio.

L'indagine, effettuata attraverso un questionario semi-strutturato, ha consentito di rilevare le seguenti informazioni: organizzazione amministrativa del servizio; rapporti con i soggetti dell'associazionismo/privato sociale erogatori del servizio; modalità di accesso al servizio ed utenza; risorse economiche e strumentali; aspetti critici. L'elevato tasso di copertura dell'indagine (oltre l'85% dei comuni toscani) garantisce l'estrema significatività delle risultanze emerse.

- Nel quarto capitolo sono contenuti gli approfondimenti condotti su alcuni casi studio, individuati tenendo conto dei principali modelli organizzativi e gestionali rilevati e delle diverse macro aree regionali. Gli approfondimenti hanno riguardato la Società della Salute Pisana per la parte Area Vasta nord-ovest-Zona costiera, il Comune di Cortona per l'area vasta sud-est e infine, per l'area vasta centro, l'SdS Fiorentina Nord Ovest e l'Azienda USL 4 Area Pratese. I casi studio si sono concentrati, in particolare, sull'organizzazione generale del servizio, sulla sua gestione operativa, sulle risorse economiche e su eventuali nodi critici.

1. Prospettive di *welfare* tra modificazione dei bisogni e revisione della spesa

Il presente capitolo intende fornire un quadro più ampio e completo possibile degli scenari futuri che nei prossimi anni attendono il sistema di *welfare* italiano, e quello toscano in particolare. Molti elementi sembrerebbero indicare come, nel medio e lungo termine, i sistemi di protezione sociale potranno subire un significativo innalzamento della domanda, a causa soprattutto del progressivo processo di invecchiamento della popolazione e dell'allentarsi di quelle tradizionali reti di aiuto familiari, amicali e di vicinato che da sempre hanno contribuito a smussare quei punti di debolezza intrinseci al sistema di *welfare* del nostro Paese. Agli elementi richiamati, di natura socio-demografica, se ne aggiungono poi altri legati più specificatamente al contesto economico odierno e al processo di revisione della spesa pubblica in atto, non solo in Italia, da qualche anno.

Tali cambiamenti hanno già portato, dal punto di vista dell'offerta di prestazioni di natura sociale, a processi di revisione/riorganizzazione dei sistemi di *welfare* orientati ad una maggiore efficacia ed efficienza. Pare quindi opportuno delineare un quadro conoscitivo, anche prospettico, in grado di decifrare ed interpretare i fenomeni in atto, 'traducendoli' nel potenziale aumento di pressione sui sistemi pubblici di protezione sociale.

1.1. Il *welfare* state italiano tra riforma e conservazione

Il sistema italiano di protezione sociale appartiene alla famiglia dei cd. sistemi di *welfare* mediterraneo[1], caratterizzata dalla forte dicotomia presente – in termini di accesso e generosità delle prestazioni – tra *insiders* ed *outsiders* e una struttura peculiare del *welfare* mix, ovvero del ruolo rivestito dai tre attori principali nella fornitura dei servizi di protezione sociale: Stato, mercato e famiglia. Per quanto concerne il primo aspetto, il modello italiano di *welfare* ha negli anni rafforzato e sedimentato le differenze tra categorie protette e non protette, provocando un profondo squilibrio nella composizione della spesa sociale e nella sua distribuzione: maggiore enfasi è stata posta sulla tutela della fascia anziana della popolazione, mentre la definizione dei rischi ha generato segmentazioni (anzianità *vs.* vecchiaia, disoccupazione *vs*. occupazione parziale o a zero ore, ecc.) e assenza di coperture per i rischi associati alla mancanza di reddito (Ferrera *et al*. 2012). Con riferimento al *welfare* mix, il sistema italiano – utilizzando le categorie di Titmuss (1974) – può essere definito per ampie fasce della popolazione di tipo *residuale*, in cui cioè l'attore pubblico interviene soltanto quando gli altri attori (mercato e famiglia) non riescono a soddisfare la domanda. Parafrasando Esping-Andersen (1990), il sistema italiano di protezione sociale presenta quindi un basso livello di *Defamilizazione*, la quale indica la capacità del sistema di attenuare la dipendenza dell'individuo dalla famiglia, con

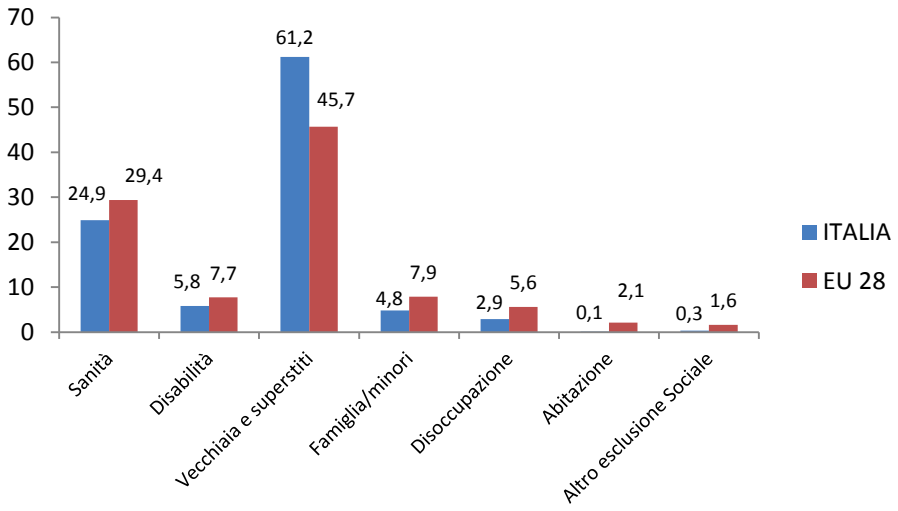
[1] Categoria introdotta da M. Ferrera, rappresenta una variante del modello conservatore-corporativo proposto da Esping-Andersen (1990): ne fanno parte, oltre all'Italia, la Spagna, il Portogallo e la Grecia.

la possibilità di disporre di risorse e opportunità anche a prescindere dalla solidarietà e dagli obblighi familiari e parentali.

A partire dagli anni '90 si è assistito ad una serie di riforme volte a modificare il quadro di quegli strumenti di protezione sociale che apparivano insufficienti ed inadeguati già nella fase precedente: dal 1992 (riforma Amato) al 2011 (riforma Fornero) si sono succedute ben otto riforme del sistema pensionistico, volte a razionalizzare un sistema considerato insostenibile nel medio e nel lungo periodo; è stato infatti stimato che in assenza di tali riforme la spesa pensionistica avrebbe raggiunto nel 2040 quasi un quarto del PIL (Ferrera *et al*., *cit.*).Guardando alla composizione della spesa sostenuta in Italia per la Protezione sociale[2], emergono chiaramente quegli squilibri che hanno allargato la forbice tra garantiti e non garantiti: la voce 'vecchiaia e superstiti' rappresenta oltre il 60% dell'intero aggregato di spesa, con un differenziale rispetto alla media europea di oltre 15 punti percentuali. Tale sbilanciamento ha perciò provocato livelli di spesa inferiori per il sostegno alla famiglia, alla disabilità, alla disoccupazione e all'emergenza abitativa, con quote percentuali di spesa che bene restituiscono l'eccezionalità italiana all'interno del quadro europeo (cfr. Grafico 1.1) e che confermano il carattere di residualità dell'intervento pubblico negli ambiti dell'assistenza e dei servizi sociali. Del resto l'Italia rimane l'unico tra i grandi Paesi europei a non aver realizzato una riforma complessiva dell'impianto della *Long term care*, con riferimento alla non autosufficienza, lasciata all'assistenza informale delle famiglie (Network Non Autosufficienza, 2013), nonostante i trend demografici mostrino già da qualche anno l'indebolimento delle tradizionali reti di aiuto familiari.

[2] Con 'Protezione sociale' ci si riferisce ad una particolare area delle attività socio-economiche volte ad erogare ai singoli individui e alle loro famiglie prestazioni sotto forma di denaro, di beni o di servizi, che consentano loro di fare fronte all'esistenza o all'insorgenza di determinati rischi o bisogni, senza una contropartita equivalente e simultanea da parte del beneficiario. I dati rappresentano l'aggregato della spesa sostenuta da Amministrazioni centrali, Amministrazioni locali ed Enti previdenziali.

Grafico 1.1 – Spesa sociale per funzione (% spesa sociale totale). Italia e EU28. Anno 2011

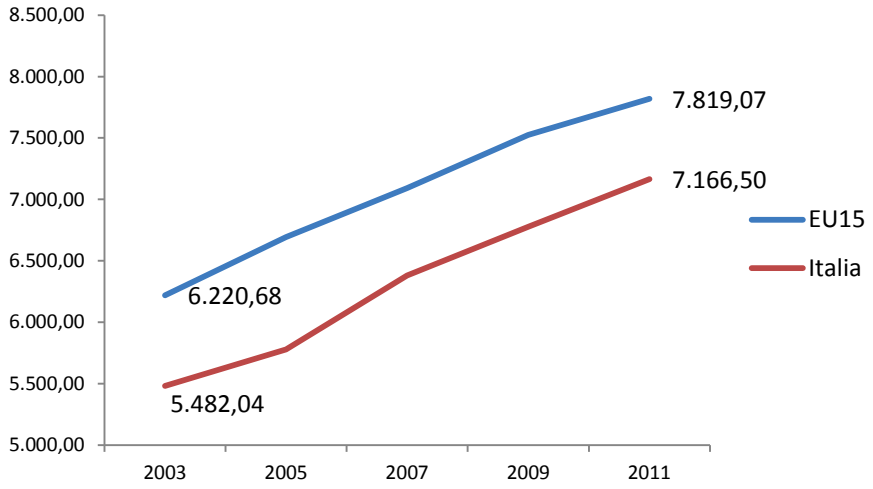


Fonte: Eurostat, Esspros

A partire da quanto detto si arriva facilmente a definire la 'predilezione' del *welfare* state italiano per gli interventi *in cash* (trasferimenti monetari) piuttosto che per quelli *in kind* (servizi). Le voci di spesa più importanti sono quelle relative alle prestazioni (454,9 milioni di euro, di cui il 74% erogate in denaro).Gli interventi *in kind* potrebbero del resto introdurre effetti maggiormente distributivi a favore delle famiglie più povere – attraverso soglie di accesso definite dall'indicatore ISEE –, come dimostrato da un recente studio Irpet (2013a) sugli interventi *in kind* nei settori istruzione e sanità.

Oltre alle differenze relative alla composizione della spesa per il *welfare*, l'Italia evidenzia inoltre dei volumi di spesa per abitante inferiori alla media dei Paesi della vecchia Europa (EU15), anche se la quota di spesa in rapporto al PIL (29,7%) si presenta in linea con i valori continentali.

Grafico 1.2 – Evoluzione spesa per Protezione sociale. Italia e EU15. Anni vari (euro PPA per abitante)

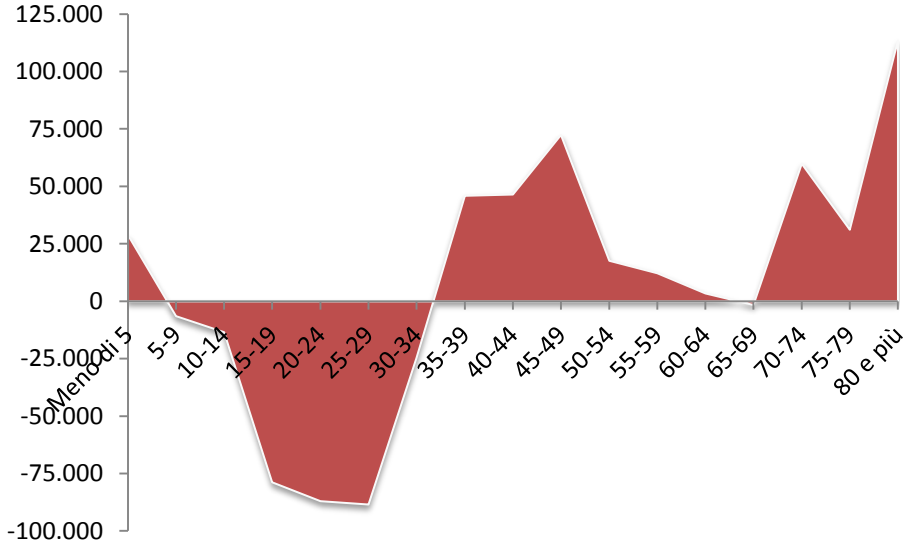


Fonte: Eurostat, Esspros

1.2. I cambiamenti demografici in Toscana e l'impatto sulla spesa sociale

Nel corso degli ultimi 20 anni in Toscana si è assistito ad un profondo mutamento della struttura per età della popolazione, così come risulta ben visibile dal Grafico 1.3, dove si evidenziano – nel periodo 1991-2013 – i segni di una transizione demografica tendente al progressivo invecchiamento della popolazione. I saldi negativi inter periodali più evidenti sono associati alle classi d'età tra i 15 ed i 29 anni mentre, rispetto al 1991, nella fase odierna è notevolmente aumentato sia il numero di individui adulti (35-64 anni) che anziani. Se idealmente lasciassimo scorrere il grafico verso destra, proiettandoci in avanti di 20 anni, ci accorgeremmo di come nei prossimi decenni il sistema di *welfare* toscano si troverà di fronte ad una forte pressione proveniente proprio dalle coorti d'età più anziane, a fronte di un minor numero di soggetti in età da lavoro, e quindi finanziatori del sistema di protezione sociale.

Grafico 1.3 – Popolazione residente in Toscana per classi d'età.
Differenze in valori assoluti 1991-2013



Fonte: Istat

Proiettando lo sguardo nel futuro prossimo, lo scenario di medio e lungo periodo potrebbe conoscere una crescita, seppur contenuta, della popolazione residente in Toscana (+5,3% tra il 2014 ed il 2030), il cui contributo proverrebbe totalmente dai movimenti migratori, che al contempo potrebbero favorire il rallentamento (ma non l'arresto) del processo di invecchiamento della popolazione, considerato il fatto che i movimenti migratori – specie quelli provenienti dall'estero – riguardano soprattutto individui giovani e in età lavorativa. Di converso, la natalità e il tasso di crescita naturale potrebbero continuare verosimilmente a diminuire, portando all'aumento dell'età media della popolazione di oltre due anni nel periodo considerato, a causa della progressiva diminuzione dell'incidenza della fasce d'età giovani a favore delle coorti più anziane: gli ultra ottantacinquenni, che nel 2011 rappresentavano il 3,5% della popolazione, nel 2030 potrebbero sfiorare il 5%. Gli indici legati alla struttura della popolazione evidenziano maggiormente le possibilità di tale scenario: l'indice di vecchiaia ci dice che, tra appena 10 anni, per ogni 100 giovani sotto i 15 anni potrebbero corrispondere oltre 200 anziani *over*65. Vien da sé che all'aumento dell'aspettativa di vita possa corrispondere anche la possibilità che una parte di questa possa essere trascorsa in condizioni di non autosufficienza.

Gli indici di dipendenza restituiscono in maniera ancora più significativa i rischi di insostenibilità della spesa pubblica legata a sanità e protezione sociale: il rapporto tra popolazione in età attiva (ovvero coloro che finanziano il *welfare*) e popolazione in età non

attiva (giovani *under*15 e anziani *over*65, principali beneficiari dei servizi) è destinato ad evolversi progressivamente in maniera sbilanciata a favore dei non attivi. Non è altresì da sottovalutare l'impatto sul nostro sistema di *welfare* – come visto, fortemente sbilanciato sulla previdenza a scapito della spesa in politiche attive del lavoro e di sostegno alla famiglia – dell'avvicinarsi all'età da pensione della generazione dei cd. *baby boomers*, ovvero coloro che sono nati dal secondo dopoguerra fino ai primi anni Sessanta.

Allo stesso tempo anche la disabilità ha conosciuto negli ultimi anni un aumento del numero di soggetti rilevati dai Servizi: in Toscana il numero di disabili in età compresa tra gli 0 e i 64 anni è passato da 11 ogni mille abitanti nel 2008 a 24,6 ogni mille abitanti nel 2012. Tra i fattori che hanno contribuito all'aumento del numero di richieste di accertamento dell'handicap vi è probabilmente anche la maggiore informazione relativamente ai benefici previsti dalla L. 104/92 (permessi lavorativi orari o giornalieri, agevolazioni lavorative per i genitori, congedi, assegnazione della sede di lavoro più vicina al domicilio, contributi per l'acquisto di ausili, contributi per l'acquisto e/o l'adattamento dell'autovettura, etc.).Al 2012 il numero di disabili nella classe d'età 0-64 presenti in regione viene stimato in circa 69 mila unità secondo i dati degli indicatori per la costruzione del Profilo di salute in Toscana (PIS)[3], coerenti con il dato fornito dalla banca dati disabili dell'Inail[4].
Altra categoria di utenza che può incidere sul quadro strutturale della domanda di assistenza è quella dei minori stranieri non accompagnati: la serie storica disponibile in tale ambito dagli indicatori PIS (2008-2011) rileva una diminuzione progressiva del dato, è tuttavia altamente probabile che le crisi internazionali degli ultimi tre anni, con il conseguente aumento del numero di esodi e arrivo in Italia di richiedenti asilo da quelle aree del mondo caratterizzate da alti livelli di povertà, da instabilità economica e politica e conflitti, abbiano nuovamente riportato verso l'alto anche il dato relativo a tale categoria di utenza.

In altre parole, le principali sfide che attendono il sistema di *welfare* italiano e toscano, nei prossimi anni, risiedono 1) nell'aumento di richieste di servizi e prestazioni legate a patologie croniche associate alla vecchiaia e all'impoverimento e 2) nelle minori risorse disponibili, stanti le condizioni attuali, per il finanziamento dei sistemi di protezione sociale.

---

[3]L'intero set di indicatori è consultabile all'indirizzo web http://servizi2.regione.toscana.it/osservatoriosociale/index.php?idDocumento=19157

[4]Trattasi di dati che stimano il numero di individui con disabilità, mancando ad oggi rilevazioni specifiche in grado di restituire l'entità precisa del fenomeno.

Tab. 1.4 – Previsioni della popolazione residente in Toscana (scenario centrale), principali indicatori demografici. Anni vari*

Anno	**2011**	**2014**	**2020**	**2025**	**2030**
Popolazione	3.749.813	3.815.666	3.911.274	3.970.488	4.019.149
Saldo naturale	-9.464	-11.458	-13.908	-14.479	-14.656
Tasso di natalità (per 1.000 ab.)	8.6	8.2	7.7	7.7	7.8
Tasso di crescita naturale (per 1.000 ab.)	-2.5	-3.0	-3.6	-3.6	-3.6
Tasso di crescita totale (per 1.000 ab.)	6.4	4.9	3.3	2.6	2.2
Età media della popolazione	45.6	45.9	46.5	47.1	47.7
Popolazione 0-14 anni (%)	12.7	12.9	12.8	12.3	12.0
Popolazione 15-64 anni (%)	64.0	63.0	62.6	62.3	60.9
Popolazione 65 anni e più (%)	23.3	24.1	24.6	25.4	27.2
Popolazione 85 anni e più (%)	3.5	3.9	4.3	4.7	4.9
Indice di vecchiaia (%)	182.9	186.0	191.9	206.3	226.8
Indice di dipendenza degli anziani (%)	36.4	38.2	39.3	40.8	44.6
Indice di dipendenza strutturale (%)	56.3	58.8	59.7	60.6	64.3
Età media della madre al parto	31.7	31.9	32.1	32.2	32.3
Speranza di vita alla nascita (maschi)	80.2	80.7	81.7	82.4	83.0
Speranza di vita alla nascita (femmine)	85.0	85.5	86.4	87.0	87.6

Fonte: Istat

** Lo scenario centrale costruisce le previsioni sulla base delle condizioni odierne, in assenza di shock non prevedibili allo stato attuale. I dati riferiti al 2011 e al 2014 sono effettivi*

Se, come detto in precedenza, in tema di protezione sociale la famiglia continua a rivestire nel nostro Paese il ruolo di principale fornitore di servizi di cura per minori e anziani, è pure vero che la famiglia tradizionale sta da tempo ridefinendo i propri contorni e la propria struttura, ormai lontana dall'archetipo classico dei due coniugi con figli, più eventuali nonni. La pluralizzazione delle forme familiari vive del processo di trasformazione in corso nella società, con – da un lato – la tendenza a ritardare decisioni come matrimonio e convivenza (in particolare per le difficoltà incontrate dai giovani sul mercato del lavoro e nella ricerca di un'abitazione) e – dall'altro – l'aumento di separazioni e divorzi. Quest'ultimo aspetto, in particolare, ha portato in molti casi alla scomposizione del nucleo originario, con l'eventuale ricomposizione di forme familiari 'alternative'. Dal punto di vista dei numeri, tutto ciò si è tradotto in una riduzione significativa del numero medio di componenti per famiglia: in Toscana, tra il 2001 ed il 2011, si è passati da 2,50 a

2,24 componenti. Nello stesso periodo, la percentuale di famiglie toscane con almeno 5 componenti è diminuita dal 5,9% al 4,9%; aumenta in misura esponenziale, di converso, il numero di famiglie uni personali (501.550), condizione che riguarda un toscano su 3 (+36% rispetto al 2001). Una quota rilevante delle famiglie uni personali è costituita da anziani, in maggioranza donne (più longeve degli uomini), tanto che si parla sempre più del fenomeno della 'femminilizzazione della vecchiaia' (Cittalia, 2012: 7). Tale processo di polverizzazione della struttura familiare incide negativamente proprio su quelle reti di aiuto informali – *in primis* familiari ma anche amicali – che vanno perdendo densità. Se nel 1983 il 23,3% delle famiglie poteva contare su aiuti informali[5], nel 2009 (ultimo dato Istat disponibile) tale percentuale scende al 16,9%; l'indebolimento delle reti di aiuto informali è ancora più evidente per quelle famiglie in cui vi è la presenza di almeno una persona con 80 anni e più: dal 1983 al 2009 la quota di famiglie inserite in una rete di aiuto passa dal 35,5% al 26,3%.

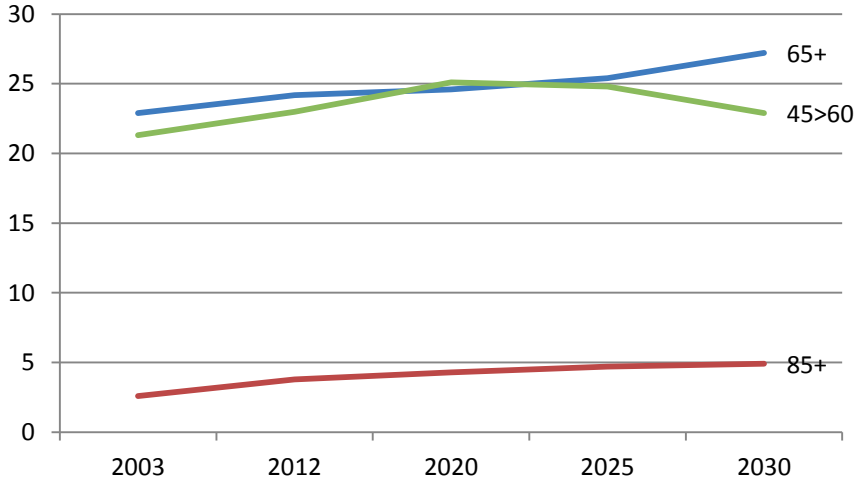
Come detto in precedenza, l'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione può comportare un aumento di quelle patologie croniche, della fragilità e della non autosufficienza presenti soprattutto nelle fasce d'età più avanzata (Ministero della Salute, 2012: 68). Il maggiore fabbisogno di assistenza presenta quindi una duplice strozzatura, dal lato del suo finanziamento (stante la crescita della quota di popolazione in età non attiva) e da quello delle reti informali, sempre più sfilacciate in conseguenza della perdita di ruolo della cd. famiglia tradizionale. In Toscana è nel frattempo aumentato anche il rapporto tra i cd. 'grandi anziani' (ultra 84enni) e la popolazione che potrebbe occuparsi della loro assistenza (residenti tra i 50 ed i 74 anni), passando da 8,31 del 2004 a 11,94 del 2012. Tale rapporto è destinato a subire un ulteriore squilibrio nel corso del prossimo decennio, tale da far prevedere un ulteriore sviluppo, sul mercato privato, di quei servizi alla persona legati all'assistenza (leggasi badantato)[6].

---

[5]Gli aiuti informali includono gli aiuti prestati, a titolo gratuito, dalle persone di 14 anni e più (*caregiver*) nelle quattro settimane precedenti l'intervista e rivolti a persone non coabitanti (parenti e non). Dal 1983 vengono rilevati gli aiuti di tipo economico, per prestazioni sanitarie, assistenza di adulti o di bambini, attività domestiche, compagnia accompagnamento e ospitalità, espletamento di pratiche burocratiche e lavoro extradomestico. Inoltre dal 1998 si rilevano anche gli aiuti per studio e dal 2003 anche quelli per cibo, vestiario e di altro tipo.

[6]Tra il 2009 ed il 2011 l'INPS ha certificato una frenata del mercato dei lavoratori domestici, che potrebbe essere verosimilmente ricondotta alle peggiorate condizioni economiche delle famiglie e all'aumento della disoccupazione, con il conseguente aumento di disponibilità a svolgere il lavoro di cura in famiglia; non è tuttavia escluso che una parte più o meno rilevante del fenomeno sia passato nell'ambito dell'economia sommersa (Network non autosufficienza, *cit.*: 93-96).

Grafico 1.5 – Proporzione degli anziani (65+), grandi anziani (85+) e potenziali Caregiver (45>60) sul totale della popolazione. Val. %. Anni vari



Fonte: elaborazione su dati ARS e stime ISTAT

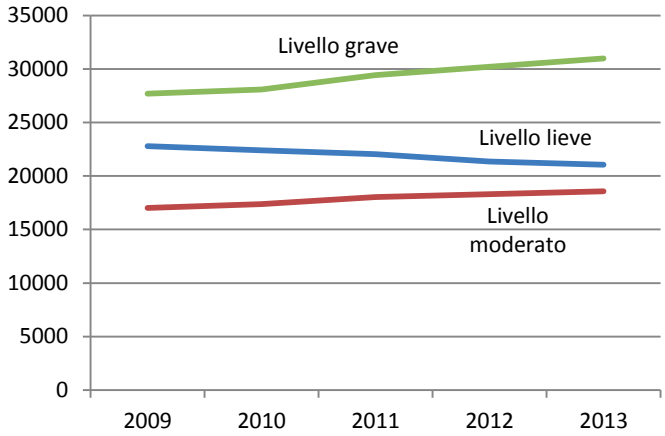
La non autosufficienza[7], intesa come compromissione funzionale nell'attività di base della vita quotidiana, è una delle condizioni dell'anziano che, a prescindere dal quadro clinico che l'ha determinata, genera un bisogno di assistenza maggiore. Tale condizione può presentarsi in maniera improvvisa o in via graduale con il peggioramento, ad esempio, delle condizioni di salute legate a patologie cronico degenerative. I dati mostrano l'aumento costante del numero di anziani non autosufficienti - anche in correlazione con il dato relativo al prolungarsi dell'aspettativa di vita - arrivando nel 2013 a 70.632 unità (il 7,9% della popolazione anziana), ovvero il 4,6% in più rispetto al 2009. Tale crescita si è però verificata soltanto nelle fasce di isogravità del bisogno moderata (+9,2%) e grave (+11,9%)[8]. Nel 2013, gli anziani toscani in condizione di non autosufficienza moderata e grave sono, rispettivamente, 18.586 e 30.997, che insieme rappresentano oltre il 70% della condizione di non autosufficienza presente in regione tra la popolazione *over*65.

[7]In Toscana l'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) utilizza la scala ADL dell'MDS-HC (Minimum Data Set – Home Care), che valuta, su un intervallo da 0 a 4 (indipendente – supervisione/assistenza leggera – assistenza pesante - assistenza totale) la necessità di assistenza dell'anziano rispetto a 7 attività di base della vita quotidiana: vestirsi, igiene personale, uso del WC, spostamenti in casa, trasferimenti, mobilità nel letto, alimentazione.

[8]L'anziano è classificato non autosufficiente lieve se necessita di assistenza totale in almeno 2 BADL (attività di base della vita quotidiana) o di assistenza lieve in più di due BADL. Vengono classificati invece come non autosufficienti moderati anziani che necessitano di assistenza totale in almeno tre BADL o di assistenza lieve in un numero maggiore di BADL. Il non autosufficiente grave è invece una persona che ha mediamente un elevato bisogno di assistenza in tutte le attività considerate.

Proiettando questi dati sulle stime della popolazione toscana al 2030 (cfr. tab. 1.4.), in tre lustri gli anziani in condizione di non autosufficienza potrebbero arrivare a circa 108 mila unità, pari ad una persona *over*65 su 10[9], delineando un aggravamento dello scenario relativo alle prospettive di sostenibilità del *welfare*[10].

Grafico1.6 - Stima degli anziani non autosufficienti nelle attività di base della vita quotidiana per livello di gravità



Fonte: ARS

Il quadro delineato mostra quindi un processo dinamico ed in forte evoluzione dei bisogni e della domanda di *welfare* legata ai servizi di *long term care*.

I servizi legati alla mobilità delle persone in condizioni di fragilità o non autosufficienza (Trasporto sociale), oggetto specifico del presente rapporto, rappresentano indubbiamente una delle fattispecie in cui meglio si evidenziano le dinamiche in atto all'interno del *welfare* locale: come si vedrà nel prosieguo del lavoro, sempre più spesso questo tipo di servizio offerto non si limita più ad attività di supporto logistico per centri diurni, RSA (Residenze Sanitario Assistenziali per anziani) e RSD (Residenze Sanitarie per disabili), o per l'accompagnamento a visite mediche specialistiche, ma assume sempre più la forma di un '*welfare* di prossimità', a sostegno – o addirittura sostituzione – delle tradizionali forme di aiuto familiari, amicali o di vicinato: accompagnamento per attività di

[9]Tale proiezione è stata ottenuta tenendo conto delle stime Istat sulla popolazione toscana al 2030 (scenario centrale) e del tasso di crescita reale della non autosufficienza in regione registrato tra il 2009 ed il 2013.

[10]Oltre alla popolazione anziana lo scenario di rischio futuro deve prendere in considerazione anche altre categorie - come i disabili e i minori a rischio – rispetto alle quali tuttavia risulta più problematico effettuare delle stime rispetto allo scenario futuro.

socializzazione, ritiro medicinali, spesa[11]. La rottura – o il progressivo diradarsi – dei legami forti insiti nelle strutture basilari della società, *in primis* la famiglia, può finire per rafforzare quei legami deboli che stanno fuori dalle cerchie ristrette degli individui: è proprio questo l'obiettivo dei servizi legati al *welfare* di prossimità, i quali rispondono oltre che alle esigenze fondamentali della persona - attraverso una rete organizzata territorialmente anche grazie all'importante ruolo svolto dal Terzo Settore -pure al rischio di crescente marginalizzazione e solitudine di alcune fasce della popolazione, in particolare quella anziana.

Stanti le richiamate caratteristiche del Trasporto sociale e del quadro strutturale della popolazione, è verosimile aspettarsi un'importante crescita della domanda di questi servizi, rispetto alla quale, *rebus sic stantibus*, appare opportuno riflettere in termini di *a*) sostenibilità[12] e *b*) garanzia di livelli essenziali di servizio assicurati all'utenza sull'intero territorio regionale.

Con riferimento al primo aspetto, si vuole sottolineare il potenziale pericolo di *trade-off* in atto tra gli obiettivi di riduzione della spesa pubblica nel breve e nel medio-lungo periodo: si consideri ad esempio che nella sanità toscana l'introduzione del ticket aggiuntivo (calcolato sulla base del criterio della progressione del reddito familiare, con l'esenzione della fascia di reddito ISEE fino a 36.151,98 euro), avvenuta nell'agosto 2011 […] *tra il primo semestre 2011 e il primo semestre 2012 mostra una riduzione del 3,98% (da 34,5 a 33,2 milioni di prestazioni erogate). Senza considerare l'attività specialistica erogata in Pronto Soccorso la riduzione passa al 5,39%, mentre considerando solo le prestazioni erogate a residenti non esenti si ha un decremento dell'11,68%* (Ars Toscana, 2013: 143-149). L'aumento dei costi associati alle prestazioni sanitarie ha quindi comportato un minore ricorso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, con effetti immediatamente visibili dal punto di vista della contabilità economica[13], ma che ad oggi non sono invece facilmente prevedibili rispetto allo stato di salute futuro della popolazione. Risparmi economici ottenuti nella fase odierna dal sistema sanitario regionale potrebbero

---

[11]Molti sono gli interventi nati in Toscana per rispondere a questo tipo di esigenze. Tra gli altri, si segnala il progetto '*Non più soli*' del Co&So di Grosseto, che ha messo in piedi un pacchetto di servizi rivolti alla popolazione anziana – gestito in collaborazione tra volontari, privato sociale e Società della Salute - riguardanti l'assistenza e sorveglianza telefonica, la consegna a domicilio di beni di consumo, trasporto agevolato e recapito di medicinali e pasti, attività di socializzazione, compagnia, accompagnamento a visite mediche e trasporto, per qualche ora al giorno, in luoghi climatizzati come i Centri sociali.

[12]Si può definire sostenibile un sistema che "*garantisce coesione sociale e alta accessibilità ai functionings senza necessitare, a regime, di aggiustamenti fiscali strutturali*" (Irpet, 2013b: 7).

[13]Alla riduzione del numero di prestazioni non ha peraltro corrisposto la diminuzione della spesa sanitaria (cresciuta dell'1,45% tra il 2011 ed il 2012) a causa 1) dell'aumento dei valori tariffari dell'agosto 2011 e 2) dello spostamento delle prestazioni a bassa tariffa verso il privato non accreditato, con una concentrazione delle prestazioni a tariffa alta nel settore pubblico e privato accreditato (*Ibidem*).

significare costi maggiori da sostenere sulla non autosufficienza negli anni a seguire, sia per il sistema sanitario che per quello di protezione sociale.
Con riferimento, invece, ai livelli di servizio garantiti per tutti i cittadini della regione, quest'ultimo aspetto si lega all'estrema frammentazione del quadro pubblico oggi esistente a livello di forme organizzative e gestionali, la quale si traduce anche in risposte diverse – e in termini quantitativi e in termini qualitativi – ad esigenze simili dell'utenza in condizioni di non autosufficienza.

1.3. La spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali

Le risorse destinate al *welfare* municipale si basano sostanzialmente su un mix di risorse comunali e regionali e sul sostegno dei fondi statali destinati al settore. Gli anni della *spending review* nella Pubblica Amministrazione hanno comportato un forte ridimensionamento del Fondo nazionale per le politiche sociali, le cui risorse rappresentavano – per i Comuni – il 12,1% delle entrate destinate alla spesa sociale. Nel 2012 si era arrivati all'azzeramento del Fondo per la non autosufficienza, introdotto nel 2007. Dal 2013 sono stati in parte ripristinati i suddetti fondi, che però restano a livelli inferiori rispetto a quelli conosciuti fino al 2008[14].

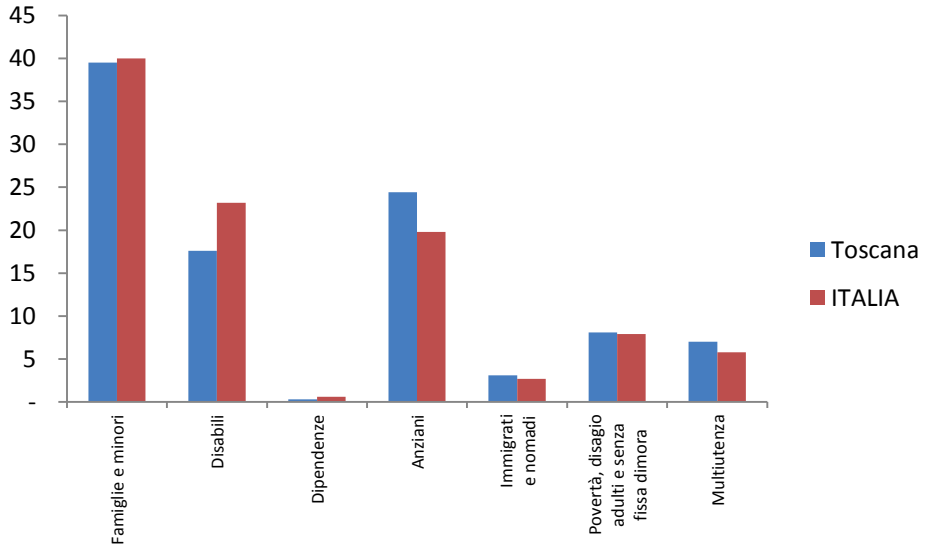
Nel 2010 i Comuni italiani hanno destinato agli interventi e ai servizi sociali lo 0,46% del PIL Nazionale, una percentuale in leggera crescita rispetto all'anno precedente (+0,7%) ma che segna una battuta d'arresto rispetto al periodo 2003-2009, quando l'incremento medio era stato del 6% annuo; se tuttavia si tiene conto dell'inflazione, tra il 2009 ed il 2010 la spesa per il *welfare* dei Comuni è calata in termini reali dell'1,5% (Istat, 2013). Le risorse destinate al *welfare* municipale provengono per il 62,5% da risorse proprie dei Comuni, per il 12,4% dal Fondo indistinto per le Politiche sociali, per il 17,1% da fondi regionali vincolanti e il restante 8% da altre fonti. Le aree di utenza destinatarie delle prestazioni di *welfare* locale su cui si concentrano le maggiori risorse impegnate sono Famiglia e minori (40%), persone con disabilità (23,2%) e anziani (19,8%).
In Toscana, nel 2011, la spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali[15] è stata di 132 euro procapite, valore superiore a quello dell'Italia (116 euro) ma inferiore rispetto alla

[14]Nel 2013 e nel 2014 il Fondo nazionale per le non autosufficienze è stato rifinanziato con risorse regionali, rispettivamente, per 275 e 350 milioni di euro. In Toscana, nel 2013, il Fondo per le non autosufficienze (ex L.R. 66/2008) ha stanziato risorse per 85 milioni di euro, che nel 2014 dovrebbero salire a 88,8 milioni.

[15]La rilevazione Istat sulla spesa sociale dei Comuni subisce, lungo la serie storica, un andamento altalenante da ritenersi imputabile a diversi fattori, quali possibili errori di rilevazione che ne indeboliscono l'attendibilità. In questa sede si è scelto di fornire comunque tali dati in quanto rappresentano l'unica fonte ad oggi presente sulla spesa per le prestazioni di welfare sostenute dai Comuni in forma singola e associata.

media del Centro Italia (136 euro); rispetto al dato nazionale, una quota relativa più elevata di risorse viene destinata agli anziani (24,4%); più bassa, di converso, la percentuale relativa di risorse destinata alla disabilità (17,6%).

Grafico 1.7 – Spesa per interventi e servizi sociali. Quota % per area di utenza. Anno 2011. Toscana e Italia



Fonte: Istat

L'assistenza domiciliare socio assistenziale raccoglie una parte degli interventi di *welfare* locale, destinati ad offrire assistenza – anche temporanea – agli utenti in situazioni di disagio e bisogno presso la propria abitazione, favorendo l'integrazione familiare e sociale. Tali tipi di interventi sono rivolti all'utenza non inserita all'interno di strutture residenziali e si esplicano anche attraverso il sostegno alla mobilità personale dell'utente, per l'accompagnamento presso strutture semi-residenziali, luoghi di aggregazione socio-culturale, disbrigo pratiche, accompagnamento per visite e/o commissioni e altre fattispecie previste all'interno dei Regolamenti dei singoli Enti che gestiscono il Servizio sociale territoriale. I servizi richiamati rientrano all'interno di quello che viene definito come 'Trasporto sociale'.

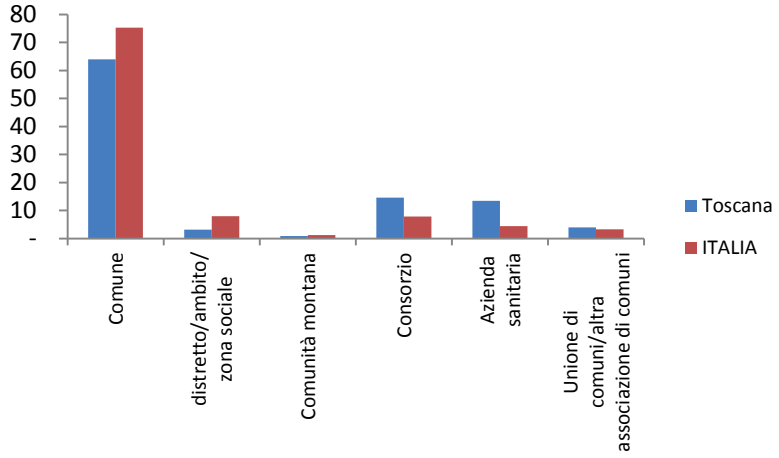
Come visto in precedenza (cfr. § 1.1.), una buona parte delle prestazioni sociali viene erogata sotto forma di trasferimenti monetari per l'acquisto di servizi sul mercato, i quali rivestono tuttavia un minore impatto redistributivo rispetto alla fornitura di servizi il cui accesso può essere regolato da soglie di reddito ISEE: pur all'interno di un quadro di servizi esigibili comunque da garantire ai cittadini, i processi in corso di revisione della spesa pubblica rendono al contempo meno sostenibili, o comunque meno prevedibili, quegli

investimenti volti ad una programmazione dei servizi che abbia un orizzonte di medio-lungo periodo.
In assenza di un cambio di rotta, davanti ad un panorama istituzionale frammentato in cui le risposte degli enti locali alle domande di *welfare* rischiano di diventare sempre più inadeguate, il quadro demografico atteso per i prossimi anni (cfr. § 1.2.) potrebbe aggravare ulteriormente la struttura dei servizi rivolta alle fragilità e alla non autosufficienza con, di conseguenza, un compromesso al ribasso rispetto al quadro dei diritti di cittadinanza relativi all'inclusione sociale.

1.3.1. L'esercizio associato delle funzioni sociali tra i Comuni in Toscana

Rispetto al contesto medio nazionale la Toscana mostra una maggiore propensione allo svolgimento di funzioni sociali in forma associata, sia attraverso la forma dei consorzi che con delega alle Aziende USL (cfr. Graf. 1.8). Le forme associative di gestione dei servizi dovrebbero consentire il raggiungimento di quelle economie di scala funzionali ad un recupero di efficienza delle Pubbliche Amministrazioni assolutamente necessario all'interno di uno scenario costituito da risorse scarse.

Grafico 1.8 – Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati, per tipologia di ente gestore, Toscana e Italia. Anno 2011. Val.%



Fonte: Istat

La Toscana è stata inoltre tra le prime regioni italiane a mettere a regime un sistema sociosanitario integrato attraverso le Società della Salute (SdS), previste dalla L.R. 40/2005 e la cui regolamentazione è stata recentemente aggiornata con la L.R. 44/2014. Le SdS sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell'Azienda USL territorialmente competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate.

L'integrazione tra i servizi e le attività di Comuni e Aziende sanitarie rappresenta al contempo una grossa opportunità ma anche una sfida difficile per i sistemi di *welfare*. La missione delle Società della Salute è quella di […] *collegare l'organizzazione unitaria dei servizi territoriali con le azioni sui determinanti di salute non sociosanitari, forte attenzione viene assegnata agli stili di vita e alla promozione della salute* (Regione Toscana, 2011:4).Offrire risposte unitarie ai bisogni sociosanitari e assistenziali vuol dire però anche 'scontrarsi' con la frammentazione istituzionale a livello territoriale e di competenze. Anche per questo motivo l'esperienza toscana ha trovato difforme applicazione nei diversi territori della regione, con esperienze definite come buone pratiche di integrazione socio-sanitaria ed altre, invece, in cui l'organicità di funzioni e compiti di Comuni e Aziende USL ha trovato estrema difficoltà d'applicazione.

Il nuovo testo coordinato della L.R.41/2005 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), approvato durante l'ultima fase di stesura del presente rapporto[16], ha mantenuto le competenze in tema di integrazione socio-sanitaria per le Società della Salute già costituite, mentre nei territori dove tale esperienza non è decollata sono direttamente i Comuni, nell'ambito della zona-distretto (individuata all'art.33 come l'ambito territoriale per l'integrazione socio-sanitaria) e attraverso la Conferenza zonale dei sindaci, a definire attraverso il Piano di inclusione zonale (PIZ) *le attività da perseguire tramite le reti di servizi e di welfare territoriale e gli obiettivi di servizio, ai fini di migliorare e consolidare le politiche sociali* (art. 29 co. 1). Vengono quindi mantenute quelle positive esperienze di SdS, modelli di integrazione socio-sanitaria nati per offrire una migliore risposta alla domanda socio-assistenziale e sanitaria dei cittadini e per raggiungere migliori assetti organizzativi in ottica di efficienza della spesa pubblica.

Nella situazione odierna, nei fatti, la gestione dei Servizi da parte dell'SdS o la delega di funzioni sociali alle Aziende Usl da parte dei Comuni ha convissuto con l'esercizio diretto di alcune funzioni da parte degli stessi enti municipali, in forma singola o associata (in quest'ultimo caso attraverso Unione dei Comuni o convenzione[17]). Il presente rapporto, che ha come focus specifico il tema del Trasporto sociale, ha in parte tentato di ricostruire questa mappa, discriminando anzitutto le forme singole o associate di gestione di detto servizio (cfr. §3.).

[16] L.R. 45/2014

[17] La Legge 122/2010 prescrive l'obbligo, alle amministrazioni comunali con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti, la gestione in forma associata di alcune funzioni, tra le quali rientra anche quella relativa al settore sociale.

2. Cosa è (e cosa non è) il Trasporto sociale

Stilare la definizione del concetto di Trasporto sociale (TS) non è certamente una operazione agevole. Le peculiarità intrinseche dell'oggetto, le sue sovrapposizioni con l'ambito sanitario, la complessa ripartizione delle competenze tra diversi livelli di governo, il rilevante ma variegato ricorso al volontariato, la moltitudine di fonti di finanziamento e, non ultimo, l'approccio disomogeneo riscontrato nelle varie realtà territoriali, sono fattori che impediscono di trovare un criterio univoco per indicare con precisione quali attività vanno intese con la locuzione "Trasporto sociale" e quali invece devono essere escluse.

Volgendo lo sguardo al panorama nazionale, si rileva una certa scarsità di indagini, ricerche e studi inerenti al Trasporto sociale[18]. Ancora minori sono i lavori che tentano di fornire una definizione del Trasporto sociale che sia sufficientemente generale, astratta ed accurata da ricomprendere la disomogenea moltitudine di realtà territoriali che si riscontrano nel Paese. Tale evidenza a prima vista stupisce in quanto, come accennato nel capitolo precedente, il Trasporto sociale è e sarà sempre più un fenomeno di primaria rilevanza sia economica che sociale. In realtà, ci sono una pluralità di ragioni che spiegano questa sorta di disinteresse scientifico per il tema. *In primis* è necessario osservare come tutte le questioni con un taglio spiccatamente sociale risultino – purtroppo - più trascurate rispetto ad altre, probabilmente in quanto tematiche meno rilevanti da un punto di vista strettamente economico e più difficili da valutare da un punto di vista squisitamente quantitativo. In secondo luogo, il Trasporto sociale è un fenomeno che tipicamente viene gestito dal livello di governo più prossimo ai cittadini, o da una aggregazione di essi, essendo più facile per quest'ultimo - in base al noto principio della sussidiarietà verticale - organizzare il servizio nella maniera più appropriata rispetto alle specificità locali. E' naturale dunque che il Trasporto sociale differisca in maniera significativa nei vari contesti territoriali non solo per le sue modalità organizzative ma anche per le sue caratteristiche. Per tali motivi e per le altre peculiarità elencate poc'anzi risulta assai difficoltoso delimitare i confini del Trasporto sociale e individuarne gli univoci fattori caratterizzanti. Tutto ciò premesso, è utile segnalare la seguente definizione di Trasporto sociale elaborata dal Settore Controllo Strategico e di Gestione della Regione Emilia Romagna (Felice G., 2010), che risulta utile per avviare le nostre riflessioni.

"Il Trasporto sociale è un servizio di trasporto di persone in condizioni di disagio (permanente o temporaneo), prevalentemente anziane o disabili o minori, prive di idonea rete familiare di supporto e/o non in grado di utilizzare i mezzi pubblici, finalizzato a garantire l'accesso a diverse tipologie di strutture (es. socio assistenziali, socio-sanitarie e

[18] Tra i rari lavori si rimanda al seguente: Auser Emilia Romagna (2008).

sanitarie, centri diurni, istituzioni scolastiche, centri estivi, uffici) nonché alla rete di servizi socio-ricreativi ed aggregativi."

La definizione qui riportata si caratterizza in primo luogo per essere riferita a persone in condizione di disagio, prive di una rete familiare di supporto e/o impossibilitate ad utilizzare mezzi pubblici. In seconda battuta, è utile notare che l'obiettivo del servizio in questione è quello di garantire l'accesso a strutture e servizi. La definizione appena analizzata è interessante in quanto pare corrispondere al concetto di Trasporto sociale comunemente e generalmente inteso dalla maggioranza della popolazione. Ciò non significa tuttavia che essa sia anche quella più calzante per sintetizzare le caratteristiche del fenomeno oggetto di studio all'interno del campo di indagine del presente lavoro: il territorio toscano.

Nel presente capitolo si cercherà di chiarire cos'è e cosa invece non è il Trasporto sociale nella regione Toscana. Il percorso logico che seguiremo sarà articolato in due fasi. Nella prima si giungerà ad una definizione approssimativa scorporando dalla generale attività di trasporto di persone tutte quelle fattispecie che non rientrano nell'ambito del Trasporto sociale sulla base dell'opportuno utilizzo dei criteri della tipologia del trasportato, della destinazione e, infine, del finanziamento e della competenza della prestazione. In altri termini si procederà per differenza, togliendo progressivamente ciò che Trasporto sociale non è. E' chiaro che così procedendo la definizione di Trasporto sociale cui si giungerà risulterà approssimativa, in quanto risulteranno ancora opache le caratteristiche dell'oggetto di indagine. Nella seconda fase, pertanto, per colmare tale lacuna ci avvarremo delle risposte al questionario recapitato a tutti gli enti gestori di Trasporto sociale in Toscana analizzate nel capitolo successivo. In questo modo potremo "costruire" una definizione del servizio sulla base di dati ed evidenze non presunte ed ipotizzate bensì realmente constatate e registrate, operazione che ci consentirà dunque di esprimere con sufficiente chiarezza cos'è effettivamente il Trasporto sociale in Toscana.
Procedendo con ordine, per quanto riguarda la prima delle due fasi accennate poc'anzi, si può affermare che il criterio del soggetto trasportato può essere utilmente sfruttato per separare questo tipo di servizio dal generale trasporto pubblico locale (TPL), sia esso gestito o meno, e finanziato completamente o solo parzialmente, dal settore pubblico. Infatti il TPL, quale sia il ruolo svolto dall'operatore pubblico, prevede in genere la libertà di accesso a tutti i membri della collettività dietro un cofinanziamento (biglietto/abbonamento) variabile in base alla distanza del viaggio e, più raramente, anche ad alcune caratteristiche individuali di colui che richiede la prestazione, quali età e condizione economica[19]. Dunque, mentre il TPL è un servizio destinato indistintamente

[19] Per un approfondimento sul TPL, con particolare riferimento al contesto toscano, si veda Lattarulo (2008).

alla collettività, il Trasporto sociale è dedicato ad un ristretto insieme di persone, generalmente individuabili nei soggetti in difficoltà psico-fisica, sociale ed economica. Se tali astratte considerazioni possono essere considerate pacifiche, assai più controverso è delimitare concretamente e con precisione chi sono i beneficiari del servizio in questione. Un aiuto in tal senso giunge dalla legislazione regionale, dato che la L.R. 41/2005, chiamata a definire il "sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", individua tre macrocategorie alle quali far riferimento: minori, disabili e anziani in situazione di disagio. In questi ambiti, sebbene spesso il Trasporto sociale non sia citato esplicitamente, esso risulta implicitamente presente, in particolare quale servizio strettamente funzionale alla messa in pratica delle attività previste e al conseguimento degli obiettivi contenuti nella normativa[20]. La norma citata serve tuttavia come riferimento generale e non come prescrizione specifica, in quanto essa stessa non pone vincoli alle amministrazioni locali nel delineare i confini dei beneficiari del Trasporto sociale, né da un punto di vista giuridico né da uno finanziario[21]. Pertanto, l'individuazione puntuale di cosa si debba intendere per disagio, di quali strumenti devono essere utilizzati per appurarlo, del se e come la condizione economica incide sulla possibilità di essere un beneficiario, sono tutte questioni demandate alle singole amministrazioni locali che gestiscono il servizio.

Per circoscrivere ulteriormente l'ambito oggetto di studio è opportuno a questo punto utilizzare il criterio della destinazione del viaggio. Alcune destinazioni hanno carattere prettamente sociale, sociosanitario o socio assistenziale, quali centri diurni e di socializzazione oppure strutture riabilitative, e dunque sono facilmente associabili all'idea di Trasporto sociale. Altre mete, invece, hanno carattere esclusivamente o prevalentemente "sanitario", dunque pare logico escluderle dal nostro ambito d'indagine in quanto per esse è più appropriato parlare di trasporto sanitario piuttosto che di Trasporto sociale. Purtroppo, anche tale modo di procedere presenta dei vistosi problemi operativi, tra i quali in particolare la difficoltà/impossibilità ad individuare una linea di demarcazione ben definita tra le destinazioni sanitarie e quelle sociali. Come noto, infatti,

---

[20] Nella norma regionale citata si parla genericamente di forme di agevolazione per l'accesso ai trasporti con riferimento esplicito o implicito a minori (art. 53), anziani (art. 54) e disabili (art. 55). La L.R. 41/2005 è stata recentemente modificata con la L.R. 45/2014 ma i cambiamenti non incidono sulle parti qui commentate.

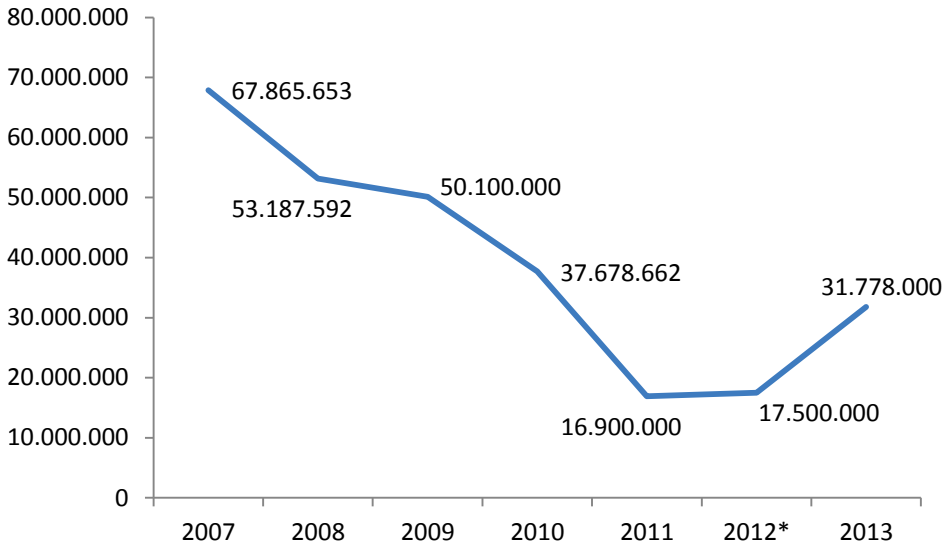
[21] Per quanto riguarda gli aspetti giuridici vale la pena osservare che il c.1 dell'art. 11 della L.R. 41/2005, così come riformulato dalla L.R. 45/2014, attribuisce ai Comuni la titolarità della "[...] funzione fondamentale concernente la progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini [...]". Per quanto riguarda invece gli aspetti finanziari, come ribadito anche più avanti, il Fondo Sociale Regionale disciplinato dall'art. 45 della stessa legge regionale non pone vincoli né espliciti né impliciti all'uso delle risorse ripartite agli enti locali ad eccezione di quello, generico, relativo al mantenimento delle risorse ricevute all'interno della macroarea sociale.

l'ambito sociale e quello sanitario tendono frequentemente a integrarsi ed intersecarsi secondo modalità e rilevanza differenti da caso a caso, rendendo di fatto impossibile una classificazione univoca. L'uso del criterio della destinazione ci aiuta dunque solo marginalmente nel delineare le caratteristiche del servizio sociale, essendo applicabile solo nel ristretto numero di casi nei quali la destinazione sia in maniera manifesta attribuibile all'uno o all'altro ambito. In realtà, come vedremo tra breve, nel contesto toscano la situazione risulta ancora più complessa, in quanto può di fatto accadere che la presenza o meno di una apposita certificazione, o l'utilizzo di appositi mezzi di trasporto anziché di altri, possa caratterizzare la medesima destinazione talvolta in un senso e talora in un altro.

Per andare ancor più nel dettaglio è utile adesso far riferimento ai criteri del finanziamento e della competenza della prestazione. La situazione, che di seguito proviamo a riassumere, è piuttosto complessa, articolata e in divenire. Secondo quanto disposto dal D.lgs. 112/1998 e dalla legge 328/2000 le funzioni relative ai "servizi sociali" sono di competenza delle amministrazioni comunali. Per "servizi sociali" l'art. 128 del D.lgs. 112/98 intende "tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita". In tale locuzione possiamo dunque ricomprendere anche il Trasporto sociale, essendo quest'ultimo sia un servizio volto a rimuovere lo specifico bisogno di mobilità del beneficiario, che una prestazione in grado di rispondere indirettamente anche ad altre esigenze dell'utente, ad esempio consentendogli il raggiungimento di appositi luoghi nei quali potrà socializzare. I Comuni sono pertanto chiamati a svolgere tali compiti, tenendo presente il quadro programmatico che la Regione deve predisporre ai sensi dell'art. 8 della legge 328/2000. Nel contesto toscano i principali atti di programmazione sono la già citata L.R. 41/2005, così come recentemente modificata dalla L.R. 45/2014, e il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR). Per quanto riguarda la norma regionale, essa dispone le modalità di erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali individuati dallo Stato ai sensi della legge 328/2000 e dettagliati, sia quantitativamente che qualitativamente, dal PSSIR. Tali atti programmatori disciplinano anche la ripartizione del Fondo Sociale Regionale (FSR), ossia dello strumento che, raccogliendo anche le risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS), stanzia finanziamenti alle amministrazioni chiamate a gestire concretamente i fenomeni sociali[22]. Come mostrato nel seguente grafico, nell'arco di sei anni il fondo in questione ha subito una rilevante decurtazione. Solo nel 2013 si registra una inversione di tendenza.

[22] Il Fondo Sociale Regionale (FSR) è dato dalla somma tra il Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS), costituito da erogazioni statali, e il Fondo Regionale Assistenza Sociale (FRAS), che contiene le risorse proprie regionali.

Grafico 2.1 - Risorse trasferite alle Zone Socio-Sanitarie. Anni 2007-2013. Valori in euro.



** dato comprensivo del solo Fondo Sociale Regionale.*
Fonte: Regione Toscana

Come già affermato, le risorse del FSR integrano quelle messe in campo dalle amministrazioni comunali ma non vincolano l'ente ricevente ad utilizzarle in uno specifico ambito di attività. L'unico obbligo previsto è di mantenerle all'interno degli interventi presenti nella macrocategoria "sociale" secondo quanto disposto dalla normativa regionale[23]. L'analisi della spesa di tali risorse avrebbe potuto comunque rappresentare un interessante strumento di conoscenza dei servizi di Trasporto sociale: purtroppo le modalità di rendicontazione utilizzate non permettono alcuna indagine in proposito. Si può dunque già qui segnalare la necessità della messa a regime di una procedura di rendicontazione che consenta non di vincolare bensì di conoscere e programmare opportunamente l'utilizzo dei fondi destinati in maniera da rendere le prestazioni attivate sempre più efficaci, efficienti ed appropriate. Purtroppo la modellistica che il competente ministero richiederà di adottare nel prossimo futuro non va nella direzione indicata.

Tornando ad utilizzare il criterio della competenza e del finanziamento della prestazione, è utile osservare che nonostante la prescrizione normativa chiami in causa in primo luogo i Comuni, parte dei servizi di trasporto risultano a carico di altre amministrazioni pubbliche. I casi, che dunque dovranno essere esclusi dalla nozione di Trasporto sociale, sono quelli

[23] Il riferimento principale è alla L.R. 41/2005, così come recentemente modificata dalla L.R. 45/2014, e al Piano Integrato Sociale Regionale (PISR) 2007-2010.

del trasporto scolastico verso istituti secondari di secondo grado o di formazione professionale e del trasporto sanitario. Chiariamo entrambe le fattispecie procedendo con ordine. I servizi di trasporto scolastico di alunni disabili verso istituti secondari di secondo grado o di formazione professionale sono stati oggetto di lunghe ed aspre diatribe, in merito alla ripartizione delle competenze tra i diversi livelli di governo, a proposito del riconoscimento del diritto degli alunni disabili a vedersi erogate le prestazioni, in relazione, infine, alle condizioni di fruizione del servizio. Un breve *excursus* storico favorisce la comprensione della situazione attuale dell'intera tematica trattata e degli aspetti specifici di nostro interesse. La Costituzione italiana sancisce che "la scuola è aperta a tutti" e che "l'istruzione inferiore, impartita per almeno otto anni, è obbligatoria e gratuita" (art. 34 c. 1 e 2)[24]. Nello stesso documento si rileva inoltre che "è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e la uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese" (art. 3 c. 2). Leggendo congiuntamente i passi qui riprodotti si deduce che il trasporto delle persone in situazione di disagio verso le istituzioni scolastiche inferiori è considerabile come un servizio che la pubblica amministrazione deve offrire. Non solo, dal testo della Costituzione emerge che la gratuità, o comunque l'assenza di oneri rilevanti per gli utenti, è caratteristica fondamentale in quanto garanzia per la fruizione dei servizi scolastici anche per i soggetti meno abbienti. Nonostante la chiarezza di tali previsioni sono trascorsi oltre vent'anni prima che il legislatore con la legge 118/1971 prendesse una iniziativa in merito all'effettiva attuazione del servizio di trasporto dalla propria abitazione alla sede della scuola o del corso, e viceversa, per favorire la frequenza alle scuole dell'obbligo. Iniziativa tuttavia limitata nella sua portata, dato che mentre l'art. 28 assicura il trasporto gratuito dalla sede della scuola o del corso e viceversa per gli alunni delle scuole dell'obbligo, il terzo comma del medesimo articolo afferma che sarà soltanto "facilitata" la frequenza a istituti di grado superiore. Il tema dovrà attendere ancora oltre un quindicennio prima di essere chiarito con precisione. Ciò accade con la sentenza 215/1987 della Corte Costituzionale, la quale impone che la frequenza scolastica non deve essere solo "facilitata" bensì "assicurata" nelle scuole di ogni ordine e grado. Tale indicazione viene successivamente ribadita dalla legge 104/1992, nelle parti in cui si dispone i diritti all'educazione, all'istruzione e all'integrazione delle persone con handicap (artt. 12 e 13). Il trasporto verso gli istituti scolastici diventa

[24] Il comma 622 dell'art. 1 della legge 296/2006 afferma che: "L'istruzione impartita per almeno dieci anni e' obbligatoria ed e' finalizzata a consentire il conseguimento di un titolo di studio di scuola secondaria superiore o di una qualifica professionale di durata almeno triennale entro il diciottesimo anno di età [...]". La Circolare Ministeriale 101/2010 precisa all'art. 1 che "[...] nell'attuale ordinamento l'obbligo di istruzione riguarda la fascia di età compresa tra i 6 e i 16 anni [...]".

pertanto un servizio che l'amministrazione pubblica deve garantire per tutti i soggetti disabili frequentanti scuole di ogni ordine e grado, siano esse dell'obbligo o meno[25]. L'allocazione delle competenze tra i vari livelli di governo viene effettuata dal D.lgs. 112/1998 che attribuisce ai Comuni quelle inerenti alle scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado, e alle Province quelle riferite agli istituti superiori di secondo grado e di formazione professionale. Infatti, l'art. 139 della norma citata sancisce che spettano alle Province i compiti concernenti "i servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per gli alunni con handicap o in situazione di svantaggio" - e dunque anche quelli inerenti al trasporto scolastico - relativi all'istruzione secondaria superiore[26]. Anche in sede giurisprudenziale è stata più volte ribadita la responsabilità delle amministrazioni provinciali, sia dai tribunali amministrativi regionali che dal Consiglio di Stato[27]. Nonostante il quadro descritto sembri attribuire i compiti in oggetto alle Province, la questione risulta assai controversa, tanto da suscitare negli anni una accesa diatriba tra l'associazione dei Comuni (ANCI) e quella della delle amministrazioni provinciali (UPI). Quest'ultima ha infatti più volte contestato l'interpretazione corrente della questione, sostenendo in sintesi che in seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione spetta alle Regioni legiferare in materia e dunque anche determinare l'attribuzione delle competenze ai vari livelli di governo. Il Consiglio di Stato, chiamato a dirimere la questione, ha affermato con il parere 213/2008 che "la disciplina della materia è di competenza delle regioni alle quali spetta anche di determinare l'ente locale al quale attribuire l'incombenza del trasporto per studenti diversamente abili nella scuola secondaria superiore e che, in attesa che le regioni provvedano, conformemente agli orientamenti giurisprudenziali determinatisi, siano le province, per tali tipi di scuole, a provvedere". Poichè la Regione

---

[25] Ancora non del tutto sciolto è invece il nodo relativo ai costi delle prestazioni per gli utenti: mentre è acclarata la gratuità per le scuole di grado inferiore (materna, elementare, superiore di primo grado), non vi è altrettanta certezza su quelle di grado superiore.

[26] Per completezza è necessario aggiungere che l'art. 6 comma 2 lett. a) e b) della l. 328/2000 individua nel Comune il soggetto erogatore dei servizi "[...] nonché delle attività assistenziali già di competenza delle province [...]" secondo le modalità stabilite da una legge regionale che, secondo quanto disposto dall'art. 8 comma 5, disciplina il trasferimento agli enti locali anche delle risorse umane, finanziarie e patrimoniali necessarie per lo svolgimento delle funzioni trasferite. La Regione Toscana ha ripartito delle risorse per il trasporto scolastico per alunni con diversa abilità tra le Province toscane con Decreto Dirigenziale n. 6190 del 18 dicembre 2012 ai sensi della L.R. 32/2002 e del Piano di Indirizzo Generale Integrato (PIGI) 2012-2015. Secondo alcuni le previsioni della l. 328/2000 citate in questa nota supererebbero quelle del D.lgs. 112/98 rendendo competente in materia l'amministrazione comunale di residenza dell'alunno beneficiario del Trasporto sociale.

[27] In merito ai provvedimenti dei Tribunali Amministrativi Regionali si vedano in particolare i seguenti atti: TAR Lombardia, Brescia n. 1414/2006; TAR Campania, Salerno, Sez. I, 22 febbraio 2006, n. 167; Tribunale di Bergamo, ord. n. 8472/2007 R.G. In proposito ai pronunciamenti del Consiglio di Stato si veda la n. 2361/2008.

Toscana non ha stabilito una diversa attribuzione delle competenze, in questo contesto territoriale i servizi in questione sono rimasti di competenza provinciale[28]. Negli anni scorsi, tuttavia, in alcuni contesti territoriali il trasporto scolastico è stato di fatto aggregato completamente al Trasporto sociale, essendo non solo gestito dai Comuni ma anche, almeno in parte, finanziato dalle stesse amministrazioni[29]. Il quadro così descritto è stato recentemente interessato da due provvedimenti normativi, uno definitivo e l'altro ancora in gestazione, che nel prossimo futuro dovrebbero radicalmente modificarne i connotati. Il primo dei due atti citati è la legge 56/2014 inerente a Città metropolitane, Province, unioni e fusioni di Comuni. Tale norma, in particolare, ridisegna sia il ruolo delle Province, che diventano enti di secondo livello non elettivi, e sia le loro funzioni, che diventano sintetizzabili in (art. 1 c. 85 e 86): pianificazione territoriale, tutela e valorizzazione dell'ambiente; pianificazione dei servizi di trasporto; programmazione rete scolastica; gestione dell'edilizia scolastica; controllo dei fenomeni discriminatori in ambito occupazionale e promozione delle pari opportunità. L'assenza di indicazioni specifiche sulle funzioni che dovranno esercitare le Province impedisce di sbilanciarsi sulla possibilità di mantenimento a loro carico delle competenze relative ai servizi di trasporto di studenti disabili da/verso istituti scolastici secondari di secondo grado e di formazione professionale così come in pratica avvenuto sinora. Indicazioni più precise in proposito potranno forse giungere quando la Conferenza Stato Regioni si esprimerà puntualmente, ai sensi dell'art. 1 c. 91 della legge citata, in merito al riordino delle competenze tra i vari livelli di governo[30]. Il secondo dei due provvedimenti normativi è il disegno di legge costituzionale 1429/2014 approvato in prima lettura dal Senato della Repubblica l'8

[28]Altre Regioni si sono invece espresse adottando soluzioni tra loro difformi. Ad esempio la Regione Emilia Romagna ha attribuito tale competenza ai Comuni mentre la Regione Lombardia alle Province.

[29] Il quadro dei finanziamenti provinciali agli enti erogatori è tuttavia assai diversificato da un contesto territoriale all'altro, sia per l'entità dei trasferimenti che per le modalità di calcolo degli stessi. Data la controversa attribuzione della competenza e la necessità di assicurare agli utenti dei servizi di fondamentale importanza, nei diversi contesti provinciali si è sovente verificata la stipula di accordi di programma e di protocolli di intesa volti a trovare la massima integrazione tra i diversi soggetti coinvolti e riguardanti non solo il Trasporto sociale ma una vasta gamma di prestazioni socio-educative. Ad esempio, la Provincia di Prato ha stipulato con i Comuni due protocolli d'intesa: il primo datato 23 aprile 2008 e il secondo contenuto nella deliberazione n. 14 del 30 gennaio 2012. La Provincia di Firenze, con Determinazione Dirigenziale n. 1152 del 25 luglio 2013, ha invece ripartito le risorse ricevute dalla Regione Toscana (Decreto Dirigenziale n. 6190 del 18 dicembre 2012) sulla base di alcuni indicatori, tra i quali: numero di studenti serviti, minor costo pro-capite, spesa totale dichiarata.

[30]La Conferenza Unificata, nella seduta del 5 agosto 2014, ha approvato un "accordo cornice" tra Governo ed autonomie locali che definisce gli impegni reciproci delle parti in causa nell'opera di riordino della competenze alla luce della nuova normativa. Secondo quanto previsto dallo stesso accordo l'atto di riorganizzazione dovrebbe essere approvato entro settembre 2014.

agosto 2014[31]. Tale atto, pur essendo ancora all'inizio del suo *iter* di approvazione e dunque ancora non definitivo, se verrà alla luce nella versione attuale provocherà sicuramente delle modifiche anche a proposito della competenza del trasporto scolastico di alunni disabili verso istituti secondari di secondo grado o di formazione professionale[32]. Infatti, esso modifica anche l'art. 117 della Costituzione rafforzando, ad una prima impressione, il ruolo delle Regioni nell'allocazione delle competenze in merito[33]. Inoltre esso, sopprimendo le Province impedirà ovviamente che possa essere loro affidata la competenza in questione[34].

Una volta chiarita la questione del trasporto scolastico è opportuno passare a trattare il secondo dei due casi da analizzare, ossia il trasporto sanitario. Anche questo tema è decisamente complesso da trattare a causa del susseguirsi di interventi normativi e del carattere precario degli stessi. Ciò consiglia di utilizzare nuovamente l'approccio storico per spiegare al meglio la situazione attuale ed ipotizzare i possibili sviluppi futuri. Nel 2004 la disciplina del trasporto sanitario nel territorio toscano è stata sancita con la stipula dell'Accordo Quadro Regionale tra Regione, associazioni di volontariato e Croce Rossa Italiana, sottoscritto in data 26 aprile. Tale documento, approvato con DGR 379/2004, precisa innanzitutto il campo di applicazione del concetto di trasporto sanitario, chiarendo

---

[31] Il riferimento è al disegno di legge costituzionale n. 1429/2014 da titolo: "Disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, la riduzione del numero dei parlamentari, il contenimento dei costi di funzionamento delle istituzioni, la soppressione del CNEL e la revisione del titolo V della parte II della Costituzione".

[32] E' utile ricordare che l'approvazione di un disegno di legge costituzionale segue un procedimento più complesso e articolato. L'art. 138 Cost. infatti afferma che: "Le leggi di revisione della Costituzione e le altre leggi costituzionali sono adottate da ciascuna Camera con due successive deliberazioni ad intervallo non minore di tre mesi, e sono approvate a maggioranza assoluta dei componenti di ciascuna Camera nella seconda votazione. Le leggi stesse sono sottoposte a referendum popolare quando, entro tre mesi dalla loro pubblicazione, ne facciano domanda un quinto dei membri di una Camera o cinquecentomila elettori o cinque Consigli regionali [...]". La volontà di tenere il referendum è stata pubblicamente affermata dal Governo, soggetto promotore del provvedimento normativo.

[33] Nell'attuale versione del terzo comma dell'art. 117 Cost. vengono elencate una serie di materie a competenza concorrente tra Regioni e Stato, ossia ambiti nei quali la potestà legislativa è affidata alle Regioni salvo la determinazione dei principi fondamentali che deve essere effettuata con legge dello Stato. Il comma qui commentato è quello che il Consiglio di Stato ha richiamato per formulare il parere 213/2008, nel quale si invitano le Regioni ad effettuare l'allocazione della competenza inerente al trasporto scolastico di disabili verso scuole superiori tra i vari livelli di governo, e si mantiene tali compiti in capo alle amministrazioni provinciali fino a quel momento. Una prima lettura della parte corrispondente del disegno di legge costituzionale (art. 30 del ddl costituzionale 1429/2014) in corso di approvazione sembra rafforzare il ruolo delle Regioni, in quanto non viene più citata la concorrenza tra Stato e Regioni.

[34] Il riferimento è agli artt. 28 e seguenti del disegno di legge costituzionale 1429/2014 in corso di approvazione.

che esso è sinteticamente riconducibile a tre fattispecie: quello di emergenza urgenza, quello ordinario e, infine, quello inerente a dispositivi medici, salme, plasma, sangue, organi e campioni da analizzare. Quest'ultima categoria è facilmente individuabile, se non altro per il fatto che non vengono trasportate persone in vita, e dunque agevolmente distinguibile dal Trasporto sociale. Anche il concetto di trasporto sanitario di emergenza urgenza è interpretabile chiaramente, dato che l'Accordo Quadro Regionale stesso lo riconduce ai servizi di trasporto "[…] effettuati in favore di soggetti che siano stati coinvolti in incidenti di qualsiasi natura (stradali, domestici, sul lavoro, etc) o che presentino, comunque, condizione di particolare gravità, tali da far ritenere opportuno un intervento sanitario di primo soccorso sul luogo dell'evento e l'assistenza [...] verso il Presidio Ospedaliero […]", nonché ai trasferimenti assistiti di pazienti che, per le loro condizioni, necessitano di un accompagnamento con ambulanza e personale sanitario. Anche questa categoria di trasporti è pertanto facilmente distinguibile dal Trasporto sociale. Più complessa è invece l'analisi dei trasporti ordinari, che si prestano ad essere confusi con i trasporti sociali, tanto per i soggetti trasportati che per le destinazioni raggiunte e le condizioni di trasporto. L'Accordo Quadro Regionale disciplina con precisione i trasporti sanitari ordinari specificando che essi devono essere effettuati con mezzi (ambulanza tipo A/B, pulmino o autovettura attrezzati o meno) e modalità (ad esempio trasporto singolo o collettivo, presenza più o meno numerosa e più o meno qualificata di personale sanitario) confacenti alla patologia e alla capacità motoria del trasportato. Inoltre, il documento dettaglia le tipologie di trasporto (ad esempio ricoveri in struttura pubblica o privata convenzionata da domicilio, trasporti da domicilio a struttura pubblica o privata convenzionata per visite specialistiche, esami diagnostici e/o trattamenti terapeutici singoli, etc…) e, soprattutto, la certificazione della figura medica (medico medicina generale, medico specialista o altro a seconda delle circostanze) necessaria per poter parlare di trasporto sanitario ordinario e, per le associazioni eroganti il servizio, poter accedere ai relativi rimborsi previsti. Secondo quanto disciplinato dall'Accordo Quadro Regionale del 2004 il tratto distintivo del trasporto sanitario ordinario, essendo in presenza di una delle fattispecie elencate, è la presenza di una certificazione medica redatta dal professionista sanitario competente. Solo in presenza di tali condizioni il servizio di trasporto non è riconducibile a quello sociale ma risulta a tutti gli effetti classificabile come sanitario. Stesse destinazioni e stessi soggetti trasportati in assenza dell'apposita documentazione sono invece riconducibili al Trasporto sociale. Il quadro così descritto sarebbe sufficientemente chiaro se, a seguito di un ricorso pervenutole, la Commissione europea non avesse promosso un ricorso contro la Repubblica Italiana in relazione all'Accordo Quadro all'epoca in vigore nella Regione Toscana, contestando una violazione della direttiva comunitaria in materia di appalti pubblici (direttiva 92/50/CEE, oggi direttiva 2008/18/CE). In estrema sintesi e senza scendere nei dettagli normativi, il motivo della contestazione dell'Unione Europea si basa sull'assunto che il servizio di

trasporto sia una attività a rilevanza economica per la quale valgono le regole specificate per gli appalti pubblici[35]. La Corte di Giustizia Europea, con la sentenza del 29/11/2007 alla causa C-119/06, pur respingendo per motivi meramente procedurali il ricorso avanzato ha comunque messo in evidenza il contrasto del modello toscano con la normativa comunitaria citata poc'anzi, di fatto obbligando la Regione Toscana ad una complessa opera di ristrutturazione dell'intero sistema di trasporto in modo da coniugare le prescrizioni europee con la valorizzazione del volontariato. Infatti, se da un lato è innegabile la rilevanza economica dei servizi in oggetto, è tuttavia altrettanto evidente

[35]In realtà la questione è ben più complessa di quanto sintetizzato nel testo, soprattutto da un punto di vista tecnico-giuridico. Seguendo Papi (2014) e De Angelis (2012), e rimandando ad essi per una analisi approfondita delle questioni inerenti agli affidamenti in convenzione alla luce della sentenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea qui commentata e al tema generale dell'affidamento dei servizi socio-sanitari, è possibile in questa sede svolgere alcune considerazioni riassuntive che non hanno l'ambizione di essere esaustive ma che presentano il solo intento di introdurre il lettore alla complessa tematica trattata. Come noto l'affidamento di servizi ed opere da parte della pubblica amministrazione deve seguire le disposizioni contenute nel Codice degli Appalti (D.lgs. 163/2006). I servizi socio-sanitari, tuttavia, essendo inseriti nell'Allegato IIB della stessa norma sono soggetti ad una disciplina particolare, ma pur sempre orientata al rispetto dei principi di economicità, imparzialità, efficacia, parità di trattamento, trasparenza e proporzionalità. Numerose norme – legge quadro sul volontariato (l. 266/1991), D.P.C.M. del 20 marzo 2001, legge istitutiva del servizio sanitario nazionale (833/1978), legge quadro sui servizi sociali (l. 328/2000) – individuano nella convenzione lo strumento privilegiato di relazione tra la pubblica amministrazione e le associazioni di volontariato. Diversamente da quanto previsto per le cooperative sociali di "tipo b", la normativa nazionale non prevede alcuna disposizione di coordinamento con la disciplina europea in materia di appalti. Le amministrazioni regionali, nel dettare le disposizioni attuative, hanno sovente consentito agli enti locali di stipulare in via prioritaria con le associazioni di volontariato convenzioni per l'espletamento di servizi, spesso in assenza di procedure competitive. Con la sentenza citata, la Corte di Giustizia ha confutato l'argomentazione che l'amministrazione pubblica ha utilizzato per sottrarre gli accordi in questione alla regola dell'evidenza pubblica, basata sulla natura non onerosa di tutti gli accordi implicanti solo il rimborso delle spese sostenute, ventilando la possibilità che il corrispettivo dato alle associazioni di volontariato non sia limitato alle spese vive. Sul tema si è pronunciata anche l'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture con la deliberazione n. 35 del 9 marzo 2011, nella quale si afferma che l'affidamento diretto dei servizi di trasporto sanitario non risulta conforme con il Codice dei Contratti, precisando tuttavia che tale considerazione potrebbe venir meno qualora la convenzione di affidamento avesse natura non onerosa. Tutto ciò sembra indicare che il canale preferenziale di collaborazione tra associazioni di volontariato e pubblica amministrazione – che è quello della convenzione – possa continuare a essere utilizzato con il limite del corrispettivo percepito, il quale non deve eccedere il mero rimborso delle spese sostenute. La questione trattata è tuttora oggetto di accesa discussione, come dimostrano il rinvio pregiudiziale del Consiglio di Stato e le conclusioni dell'avvocato generale nella causa C-113/13. Altrettanto intricata è anche la fattispecie riguardante la possibilità per le associazioni di volontariato di partecipare a gare d'appalto in competizione con imprese. In proposito, la normativa e la giurisprudenza sembrano sostenere la possibilità per le associazioni di volontariato di partecipare alle gare di appalto. Quale chiusura è utile osservare che il disegno di legge delega presentato dal Governo il 22 agosto 2014 (Atto Camera 2617) presenta tra gli ambiziosi propositi anche quello dell'introduzione di criteri più trasparenti nell'affidamento dei servizi in convenzione.

come nel contesto toscano l'apporto del volontariato e dell'associazionismo in generale sia una caratteristica fondamentale dell'intero sistema. *In primis*, infatti, tali fattori hanno un alto valore in sé, in quanto esperienza di partecipazione attiva capace di accrescere la coesione sociale sul territorio. In secondo luogo, grazie anche alla capillare diffusione, essi hanno consentito nel tempo di erogare un maggior volume di prestazioni e di far raggiungere all'intero sistema dei rilevanti livelli di efficacia, efficienza ed appropriatezza. La riorganizzazione del sistema toscano ha avuto una gestazione piuttosto lunga, essendo stata varata con la L.R. 70/2010[36]. Questa norma interviene da un lato sulla disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza delle attività di trasporto sanitario (L.R. 25/2001) e, dall'altro, sulla disciplina del servizio sanitario regionale (L.R. 40/2005). Le modifiche apportate dalla L.R. 70/2010 e dal conseguente DPRG 1/R del 4/1/2012 sul sistema sanitario regionale sono senz'altro le più rilevanti ai nostri fini[37]. Esse riguardano tuttavia esclusivamente il trasporto di emergenza-urgenza, ribadendone la collocazione all'interno dell'ambito sanitario e dettagliandolo in tre distinte fattispecie. In primo luogo, quella caratterizzata da emergenza-urgenza sia di natura primaria, cioè dal luogo dell'evento al presidio ospedaliero, che secondaria, ossia i trasporti inter ed intra-ospedalieri che siano effettuati mediante autoambulanze munite di personale sanitario. In secondo luogo, tutti i servizi di trasporto nei quali è presente sia la certificazione medica relativa alla necessità di utilizzo di autoambulanza, che quella inerente all'imprescindibilità di fornire al paziente l'assistenza sanitaria da parte di personale competente in maniera tale da non interrompere il percorso assistenziale-terapeutico già stabilito ed avviato durante il tragitto. Infine, tutti gli spostamenti tra presidi ospedalieri o dimissione dagli stessi, purché il medico della struttura abbia certificato la necessità di utilizzare l'autoambulanza per garantire l'assistenza sanitaria durante il tragitto. Per quanto riguarda la distinzione tra attività di trasporto sanitario e sociale la nuova normativa non modifica dunque la sostanza di quanto già visto in precedenza. L'unica innovazione in merito riguarda la sottoscrizione di uno schema di collaborazione tra associazioni di volontariato, Croce Rossa Italiana e Regione Toscana per la "tenuta del sistema di convivenza sociale e civile nei territori della Toscana attraverso la valorizzazione delle associazioni di volontariato/CRI" (DGR 1133/2013). Tale accordo elenca una serie di principi ed azioni - che saranno successivamente oggetto di opportuni interventi- in merito al trasporto sanitario, a quello sociale, alla sanità territoriale, ai servizi di prossimità e altro. Sebbene

[36] Negli anni intercorrenti tra la sentenza della Corte di Giustizia Europea e l'approvazione della norma citata, la Regione Toscana ha prorogato di anno in anno il previgente sistema con i seguenti atti: DGR 1140/2008, DGR 1209/2009, DGR 1129/2010.

[37] Il sistema di emergenza-urgenza territoriale è stato razionalizzato anche con la L.R. 81/2012. La Regione Toscana ha inoltre attivato mediante Estav Sud Est le procedure per l'espletamento di una gara pubblica regionale concernente le attività di trasporto terrestre (ad esempio di dispositivi medici, salme, plasma, sangue, organi e campioni da analizzare).

tale documento non fornisca ulteriori elementi per discriminare il trasporto sanitario da quello sociale, esso consente quantomeno di osservare la logica che guiderà il governo di questi fenomeni nel prossimo futuro. Emerge infatti l'opportunità/necessità di valorizzare ed instaurare reti di solidarietà in un'ottica di sussidiarietà solidale che consentano, valorizzando l'apporto del volontariato e dell'associazionismo, di realizzare iniziative e progetti che sviluppino relazioni positive con le persone in difficoltà erogando loro non un semplice servizio ma realizzando una tutela dei bisogni più vasta. Ad esempio, in merito alla questione specifica del Trasporto sociale l'accordo ipotizza la sottoscrizione di opportuni "patti territoriali" che consentano, grazie soprattutto all'apporto delle associazioni di volontariato e della Croce Rossa Italiana, di attivare il cosiddetto "*welfare* di prossimità", consistente in una pluralità di servizi -non riconducibili solo al trasporto- aventi l'obiettivo di instaurare relazioni di assistenza personale e familiare.
E' a questo punto possibile tirare le fila di questa prima parte del capitolo, nella quale si è cercato di definire il Trasporto sociale per differenza, ossia scorporando dalla generica attività di trasporto di persone tutto ciò che, in base ad uno o più dei criteri utilizzati, non è riconducibile all'oggetto di indagine. Le informazioni e le riflessioni sin qui riportate consentono di stendere la rozza definizione riportata di seguito.

Il Trasporto sociale è un servizio di competenza comunale di accompagnamento di persone in difficoltà di varia natura, prevalentemente anziani e disabili, verso destinazioni socio-sanitarie. Esso ingloba anche il trasporto di studenti disabili verso tutti gli istituti scolastici ad eccezione di quelli secondari di secondo grado e di formazione professionale. Esso non comprende tutti quei trasporti che, oltre ad essere tra quelli previsti dalla normativa, sono accompagnati da una opportuna certificazione medica.

Come accennato in apertura di capitolo, la presente indagine ha realizzato la mappatura degli enti gestori del servizio nella regione Toscana ed ha somministrato loro un apposito questionario volto principalmente ad individuare le caratteristiche del servizio di Trasporto sociale svolto nel territorio di riferimento. Nel rinviare ai successivi capitoli per l'analisi dettagliata delle informazioni emerse, è utile in questa sede utilizzarne alcune per formulare una nuova definizione del concetto di Trasporto sociale toscano, stavolta basata su dati reali.

Il Trasporto sociale in Toscana è un servizio di accompagnamento rivolto a persone in condizioni di disagio psichico, fisico o economico; prevalentemente anziani, disabili o minori, privi di idonea rete familiare di supporto e/o non in grado di muoversi in modo autonomo. È un servizio di competenza comunale che può essere effettuato in proprio attraverso i servizi sociali competenti, oppure – come accade più frequentemente – in funzione associata, delegandone la gestione all'unione dei Comuni di appartenenza, alle SdS, all'Azienda USL di riferimento o ad altre forme associative. È finalizzato a garantire

l'accesso a strutture prevalentemente socio-sanitarie (RSA, strutture riabilitazione), socio-assistenziali (centri socializzazione, comunità minori), scolastiche (infanzia, primaria e secondarie di primo grado) e solo in via eccezionale anche lavorative o sanitarie. È in larghissima misura erogato da associazioni di volontariato. Il costo del servizio può essere interamente a carico degli enti competenti secondo modalità definite da regolamenti o altri atti, oppure in minima parte a carico dell'utenza, attraverso una quota di compartecipazione.

La definizione del servizio sopra fornita rappresenta la fotografia di situazioni di fatto presenti nel contesto toscano: ogni territorio e ogni soggetto titolare o gestore del servizio rientra all'interno del campo delineato in misura più o meno estensiva per quanto concerne la tipologia di utenza e le diverse fattispecie di servizio fornite. Per completezza, è utile precisare che talvolta il Trasporto sociale è associato a prestazioni di *welfare* leggero, quali consegna pasti a domicilio, ritiro e consegna di farmaci, etc. Inoltre, nella pratica, il servizio in questione è talora svolto congiuntamente con l'erogazione dei servizi di trasporto per studenti disabili frequentanti scuole secondarie superiori di secondo grado o istituti di formazione professionale.

3. L'indagine: caratteristiche, costi e modelli di gestione del servizio offerto

3.1 La metodologia

L'indagine sul servizio di Trasporto sociale (TS) offerto dai Comuni toscani in forma singola e associata rappresenta, a livello nazionale, una delle prime mappature regionali del fenomeno[38]. L'obiettivo prioritario dell'indagine è stato quello di realizzare una analisi accurata del servizio di Trasporto sociale nella regione Toscana, rivolgendo l'attenzione agli enti pubblici titolari o delegati della gestione del servizio.

La definizione dell'oggetto della rilevazione, operata insieme all'Osservatorio Sociale Regionale ed alla Rete degli Osservatori Sociali Provinciali, è avvenuta innanzitutto delimitando il campo di indagine, ossia cercando di individuare con una certa precisione, sulla base delle informazioni disponibili, quali attività sono riconducibili al TS e quali caratteristiche hanno. In particolare si è cercato di separare concettualmente le attività di Trasporto sociale da quelle simili ed affini, quali i trasporti sanitari e scolastici. Tale attività ha posto le basi per la stesura del capitolo 2, al quale si rimanda per l'approfondimento.
Una volta definito il campo di indagine, si è proceduto alla costruzione di un database contenente i riferimenti di tutti gli enti gestori del Trasporto sociale in Toscana. Questa prima fase -che ha occupato di mesi di dicembre 2013, gennaio e febbraio 2014- ha preso avvio con l'invio di una lettera da parte dell'Osservatorio Sociale Regionale a tutti i direttori delle Società della Salute/Zone Distretto della Regione Toscana. Con tale missiva era richiesto di indicare se nell'ambito territoriale il Trasporto sociale venisse svolto in maniera associata o individualmente da una o più amministrazioni comunali, nonché i riferimenti dei responsabili del servizio in oggetto. Grazie anche alla preziosa collaborazione della rete degli Osservatori Provinciali sono stati realizzati la mappatura completa delle amministrazioni comunali toscane e un indirizzario contenente i nominativi e i riferimenti di tutti i responsabili. Il buon esito di questa prima fase dell'indagine ha consentito di passare alla seconda - che si è svolta nell'arco temporale da marzo a metà maggio 2014 - consistente nell'invio mediante il sistema LimeSurvey[39] di un questionario appositamente realizzato (cfr. Allegato). La struttura di questo documento è stata articolata nelle seguenti sei sezioni, ognuna riguardante uno specifico aspetto di indagine:

---

[38] La Regione Emilia Romagna ha effettuato in precedenza una mappatura del fenomeno, distinguendosi da quella presente in questo Rapporto per essere rivolta esclusivamente a cooperative e organizzazioni di volontariato gestori del servizio, e non agli enti locali titolari dello stesso.

[39] LimeSurvey è un applicativo distribuito con licenza GNU GPL versione 2, che permette la realizzazione di questionari e sondaggi *on line*. I sondaggi creati possono essere sia pubblici sia con accesso riservato (come in questo caso) tramite l'utilizzo di *password "one-time"* (*token*), diverse per ogni partecipante.

1) Informazioni anagrafiche;
2) Organizzazione amministrativa del servizio;
3) Rapporti con i soggetti dell'associazionismo/privato sociale erogatori del servizio;
4) Accesso al servizio ed utenza;
5) Risorse economiche e strumentali;
6) Aspetti critici.

La partecipazione all'indagine è risultata decisamente elevata e ben superiore alla soglia del 60% inizialmente posta dal gruppo di lavoro quale discrimine tra un risultato accettabile o meno. Ciò si è verificato sia analizzando la numerosità dei questionari compilati sul totale dei questionari inviati che, come vedremo tra breve, osservando la quantità di Comuni censiti sul complesso delle amministrazioni comunali toscane[40]. La tabella seguente mostra la partecipazione all'indagine che si è registrata. Si nota che circa tre questionari su quattro inviati sono stati compilati. Il dato risulta ancora più elevato -ben 84%- se a tale valore viene aggiunto quello relativo alle dichiarazioni di non svolgimento del servizio di Trasporto sociale che comunque rappresenta una informazione preziosa non disponibile prima della realizzazione dell'indagine.

Tabella 3.1 - Partecipazione all'indagine. Valori assoluti e percentuali.

	Valore assoluto	Valore percentuale
Questionari compilati	90	74
Dichiarazioni di non svolgimento del servizio di Trasporto sociale	12	10
Questionari non compilati	19	16
Questionari inviati	121	100

In merito alle dichiarazioni di non svolgimento del servizio di Trasporto sociale è opportuno aprire una breve parentesi. Nella fase di mappatura sono emersi casi nei quali il Trasporto sociale è gestito in parte da un ente (in genere l'amministrazione comunale) e in parte da un altro (spesso una gestione associata o delegata) oppure situazioni nelle quali il servizio è in fase di riorganizzazione e nuova riassegnazione agli enti gestori. Ciò ha obbligato ad inviare un numero leggermente maggiore di questionari sia per analizzare in tutti i contesti territoriali il Trasporto sociale nella sua complessità sia, in un'ottica prudenziale, per poter ottenere la quantità maggiore possibile di informazioni su un numero massimo possibile di amministrazioni comunali. Per tale ragione -alla quale va

[40]Analizzando la popolazione residente nei Comuni facenti parte di un ente che ha risposto al questionario, si osserva che essa è pari al 91% del totale regionale. Anche questo indicatore mostra pertanto come l'indagine abbia coperto quasi completamente il panorama toscano.

certamente associato un margine di errore insito alle informazioni raccolte nella fase della mappatura, nonché una certa dose di incertezza dovuta ad una *governance* del Trasporto sociale in continua evoluzione- si sono riscontrati i dodici casi di dichiarazione di non svolgimento del servizio. Di questi, tuttavia, sei sono riferiti a singole amministrazioni comunali che effettivamente non svolgono il servizio individualmente ma lo hanno completamente devoluto ad un ente sovracomunale che ha peraltro compilato il questionario. Gli altri sei sono riferiti a quattro amministrazioni comunali (San Vincenzo, Sassetta, Suvereto, Castiglion Fibocchi) e a due Società della Salute (Colline Metallifere e Lunigiana) in merito alle quali non si hanno invece informazioni ulteriori. Per tale ragione non abbiamo elementi per poter confutare l'evidenza che in questi ambiti territoriali il Trasporto sociale non venga erogato o, perlomeno, che non risulti sufficientemente strutturato.

Il successo dell'indagine è testimoniato anche dai Comuni che hanno partecipato direttamente compilando il questionario, o indirettamente facendo parte di un ente sovracomunale che gestisce per loro il Trasporto sociale e che ha fornito le informazioni richieste[41]. La tabella seguente mostra i valori assoluti e relativi per ambito provinciale delle amministrazioni comunali che hanno partecipato all'indagine.

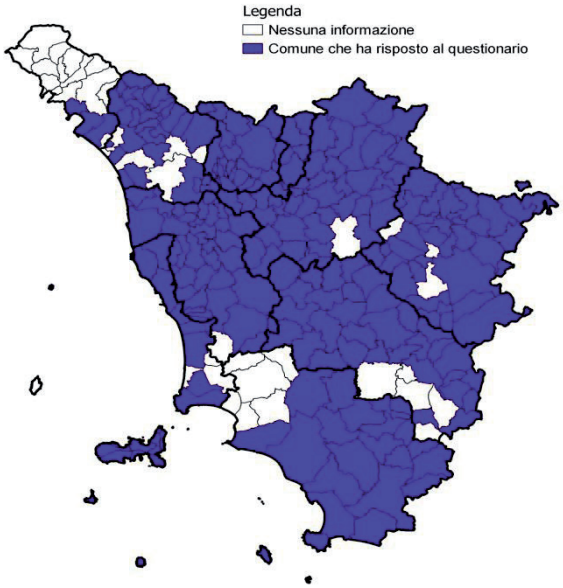
[41] Per i motivi elencati poc'anzi nel testo ci sono 22 amministrazioni comunali che risultano presenti in due distinti questionari. Più precisamente: Manciano, Monte Argentario, Capoliveri, Marciana Marina, Porto Azzurro, Rio Marina, Rio nell'Elba, Portoferraio, Cetona, Trequanda, Sinalunga, Torrita di Siena, Siena, Monteroni d'Arbia, Monteriggioni risultano nel questionario compilato individualmente e in quello della gestione ASL della quale fanno parte; Castagneto Carducci, Piombino, Cecina, Santa Luce risultano nel questionario compilato individualmente e in quello della gestione SDS della quale fanno parte; Orbetello, Magliano in Toscana, Capalbio risultano in due questionari, uno relativo alla gestione associata tra loro e l'altro inerente alla gestione ASL della quale fanno parte.

Tabella 3.2 - Comuni che hanno partecipato all'indagine direttamente o indirettamente mediante l'ente sovracomunale che gestisce per loro il servizio di Trasporto sociale. Dati totali e dettaglio provinciale. Valori assoluti e percentuali.

	Comuni nel territorio provinciale (A)	Comuni partecipanti (B)	Comuni rimasti esclusi (C)	Comuni partecipanti sul totale (B/A in %)
Arezzo	37	34	3	92
Firenze	42	41	1	98
Massa Carrara	17	3	14	18
Pistoia	22	22	0	100
Prato	7	7	0	100
Siena	36	31	5	86
Grosseto	28	22	6	79
Livorno	20	16	4	80
Pisa	37	36	1	97
Lucca	34	28	6	82
Regione Toscana	280	240	40	86

La tabella mostra anche i tassi di partecipazione a livello provinciale, mettendo in rilievo valori decisamente elevati nella totalità degli ambiti territoriali ad eccezione del contesto di Massa e Carrara. Le informazioni riportate in tabella sono state successivamente georeferenziate in maniera tale da rendere ancor più evidente la vasta porzione di regione che ha collaborato all'indagine.

Grafico 3.3 - Distribuzione geografica dei Comuni che hanno partecipato all'indagine.



Le considerazioni che è possibile svolgere su tale grafico ricalcano ovviamente quanto desumibile dalla tabella, ossia che la Toscana è stata quasi completamente coperta dall'indagine. Risultano mancanti solo poche realtà comunali, localizzate prevalentemente nel grossetano, senese e, soprattutto nella Provincia di Massa Carrara.

3.2 L'ente gestore del servizio e le modalità di gestione

Grazie alle risposte del questionario è stato possibile analizzare il tipo di gestione - associata o individuale- delle varie amministrazioni comunali e metterne in rilevo la distribuzione provinciale. La seguente tabella contiene tali informazioni. Per una migliore comprensione dei dati che seguono è importante segnalare che in tutti i diciannove casi[42] nei quali una amministrazione comunale è presente in due distinti questionari - uno a gestione individuale e uno associata - tale Comune viene segnalato a gestione associata. Per tale ragione il dato sulla gestione associata del Trasporto sociale deve essere inteso

[42]Si veda la nota 41 per l'elenco.

come comprendente tutti quei Comuni che svolgono almeno una parte del servizio in maniera associata[43].

Tabella 3.4 - Analisi per tipo di gestione dei Comuni che hanno risposto al questionario. Dati totali e dettaglio provinciale. Valori assoluti e percentuali.

	Gestione individuale	Gestione associata	Totale Comuni rispondenti	Gestione individuale sul totale (in %)	Gestione associata sul totale (in %)
Arezzo	15	19	34	44	56
Firenze	7	34	41	17	83
Massa Carrara	3	0	3	100	0
Pistoia	4	18	22	18	82
Prato	1	6	7	14	86
Siena	0	31	31	0	100
Grosseto	0	22	22	0	100
Livorno	0	16	16	0	100
Pisa	2	34	36	6	94
Lucca	10	18	28	36	64
Regione Toscana	42	198	240	17	83

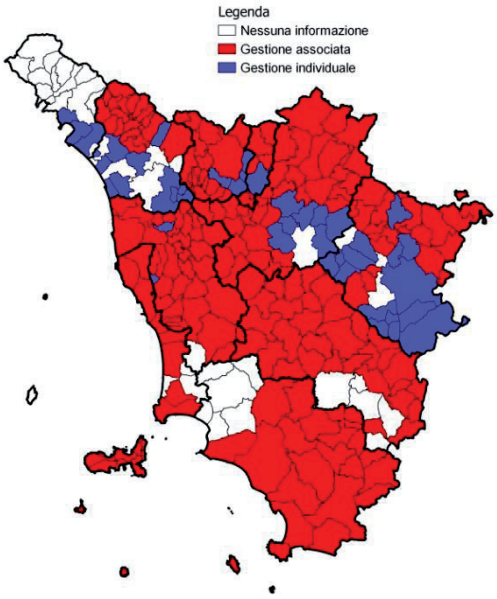
La gestione associata risulta essere la modalità largamente prevalente nel territorio regionale, essendo presente in oltre otto casi su dieci[44]. Si nota inoltre che

[43]E' utile precisare comunque che anche se questi Comuni fossero scorporati dal dato complessivo, la gestione associata rimarrebbe comunque la tipologia di svolgimento del servizio largamente prevalente (81%).

[44]Per favorire una corretta interpretazione dei dati sulle gestioni associate è utile precisare che il comma 28 dell'art. 14 del d.l. 78/2010 convertito con modifiche nella legge 122/2010 obbliga le amministrazioni comunali con popolazione inferiore ai 5000 abitanti a svolgere in maniera associata le funzioni descritte dal terzo comma dell'art. 21 della legge delega sul federalismo fiscale (l. 42/2009), tra le quali sono presenti anche quelle genericamente inerenti al "settore sociale". Nel contesto toscano l'art. 55 della L.R. 68/2011 ha specificato, così come richiesto dalla normativa statale, il limite dimensionale dei Comuni che hanno fatto parte di una Comunità montana, ponendolo a 3000 residenti. L'art. 56 della legge regionale citata afferma che l'esercizio delle funzioni fondamentali dei Comuni in tema di servizi sociali è disciplinato dalla normativa regionale di settore. Vi è dunque un rinvio alla L.R. 41/2005, ossia al provvedimento che disciplina il sistema integrato dei servizi sociali, che – come già osservato nel primo capitolo – chiama in causa solo implicitamente il Trasporto sociale. Nella stessa norma il tema delle gestioni associate è presente all'art. 36 bis, che rinvia al secondo comma dell'art. 11 per l'elenco delle funzioni da svolgere in

l'associazionismo nello svolgimento del servizio è particolarmente presente nei territori livornese, pisano, senese, grossetano, pratese, pistoiese e fiorentino. La gestione individuale è invece presente in quasi la metà dei casi negli ambiti aretino e lucchese. Il territorio della Provincia di Massa e Carrara è invece dominato dalla gestione individuale, ma è necessario osservare che il ristretto numero dei Comuni partecipanti all'indagine in questo ambito può condizionare fortemente il risultato. Le evidenze descritte sono riscontrabili anche dalla distribuzione geografica per tipologia di gestione del servizio contenuto nella seguente mappa.

Grafico 3.5 - Distribuzione geografica dei Comuni che hanno partecipato all'indagine per tipo di gestione.



L'ultima variabile considerata in questa prima analisi dei risultati dell'indagine è il tipo di ente che gestisce il servizio di Trasporto sociale tra le amministrazioni associate. I dati, contenuti nella tabella seguente, mostrano una prevalenza delle gestioni mediante Società

---

modalità associata nel quale, tuttavia, non vi è menzione esplicita del Trasporto sociale. Il complesso normativo citato, al quale è necessario aggiungere il sistema di incentivi regionali e statali all'associazionismo comunale, è certamente una delle principali ragioni che spiegano la rilevanza della gestione associata del Trasporto sociale.

della Salute (SdS), che superano i quattro casi su dieci. Seguono, in un terzo dei casi totali, le associazioni gestite dall'Azienda Sanitaria Locale (Asl). Ultime in ordine di numerosità - ma con una percentuale di assoluto rilievo (25%) - le altre modalità di associazione, tra le quali sono state annoverate le unioni di Comuni, i servizi sociali associati, le convenzioni tra amministrazioni comunali, le fondazioni.

Tabella 3.6 - Analisi per ente gestore dei Comuni aderenti a gestioni associate. Dati totali e dettaglio provinciale. Valori assoluti e percentuali.

	SdS	Asl	Altra modalità	Totale	% SdS	% Asl	% Altra modalità
Arezzo	0	0	19	19	0	0	100
Firenze	16	0	18	34	47	0	53
Massa Carrara	0	0	0	0	0	0	0
Pistoia	11	0	7	18	61	0	39
Prato	0	6	0	6	0	100	0
Siena	0	26	5	31	0	84	16
Grosseto	14	8	0	22	64	36	0
Livorno	6	8	2	16	38	50	13
Pisa	34	0	0	34	100	0	0
Lucca	0	18	0	18	0	100	0
Regione Toscana	81	66	51	198	41	33	26

Le informazioni contenute nella precedente tabella mostrano anche una rilevante variabilità della tipologia dell'ente gestore tra i vari ambiti territoriali. Per favorire la comprensione di questo fenomeno si presenta la distribuzione territoriale di tale caratteristica mettendo in rilievo prima i confini amministrativi provinciali e, nella mappa successiva, i limiti delle Società della Salute/Zone Distretto.

Grafico 3.7 - Distribuzione geografica dei Comuni facenti parte di gestioni associate per tipo di ente gestore. In rilievo i confini delle amministrazioni provinciali.

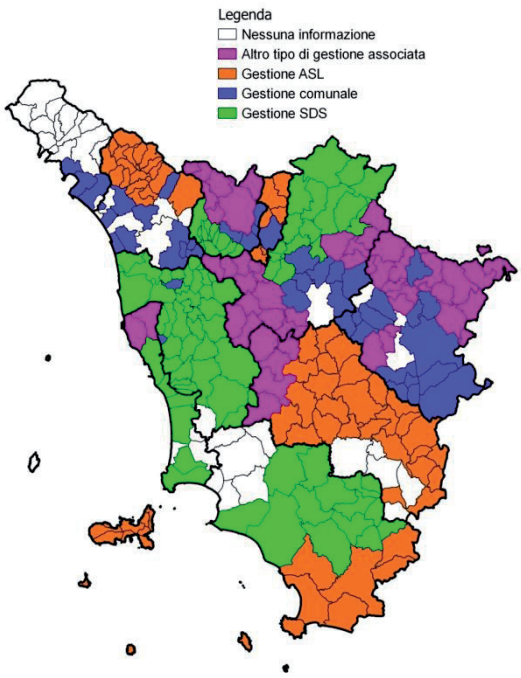
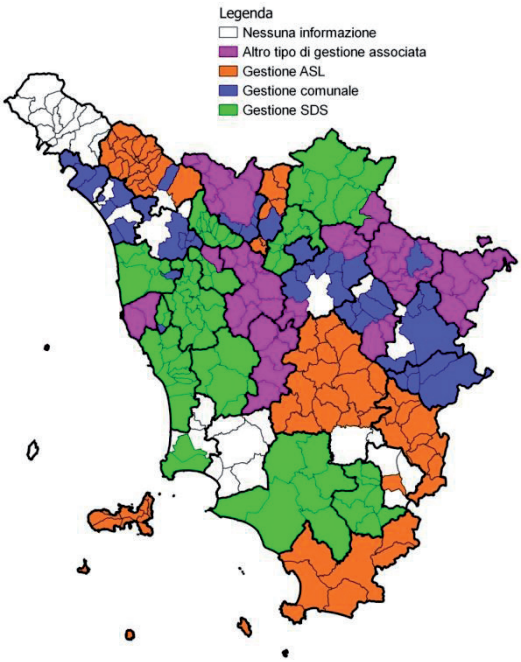


Grafico 3.8 - Distribuzione geografica dei Comuni facenti parte di gestioni associate per tipo di ente gestore. In rilievo i confini delle Società della Salute/Zone Distretto.



Le due cartine mostrano una certa eterogeneità in quasi tutti i contesti territoriali, ad eccezione della provincia di Pisa che è quasi completamente a gestione delegata alle SdS. Tale modalità di gestione è riscontrabile in grande prevalenza anche nel contesto livornese. La titolarità Asl è invece rilevata con particolare incidenza nel pratese, lucchese e senese. La Provincia di Grosseto è invece suddivisa tra gestione SdS e gestione Asl. Assai composite sono le Province fiorentina e pistoiese, che vedono sul loro territorio la presenza di gestioni individuali, a titolarità SdS e di altro tipo. Piuttosto articolata appare infine la realtà del territorio aretino, nel quale sono presenti numerose gestioni comunali e di altra tipologia.

Un approfondimento riguarda la ripartizione degli enti rispondenti al questionario tra gestione individuale o associata del servizio di Trasporto sociale e, in quest'ultimo caso, a quale ente è delegato lo svolgimento congiunto del servizio. In altri termini, se spostiamo per un momento l'attenzione dalla numerosità di Comuni al numero di gestioni, associate o individuali, si ottengono informazioni che saranno utili anche nel prosieguo del lavoro.

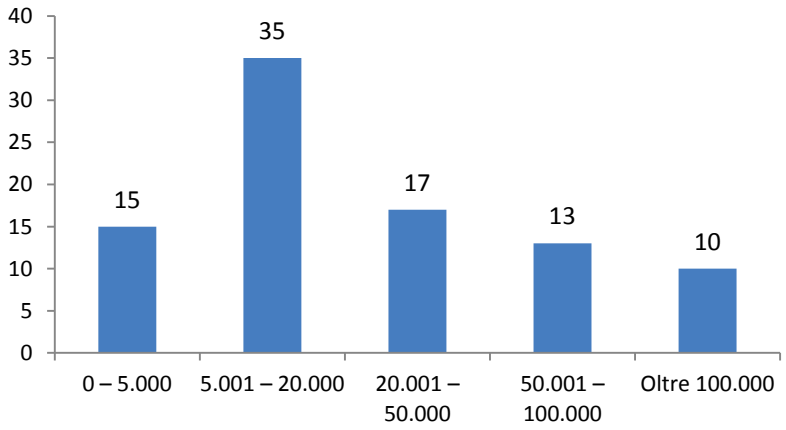
Tabella 3.9 - Analisi regionale su dati rilevati con questionario. Numero di gestioni del servizio di Trasporto sociale individuale o in modalità associata (SdS, Asl o altro tipo di gestione associata). Valori assoluti e percentuali.

Modalità di gestione	**Numero gestioni**	
	Valori assoluti	**Valori percentuali**
Gestione singola	62	68,9
Gestione associata	28	31,1
di cui:		
Gestione SdS	*11*	*12,2*
Gestione Asl	*6*	*6,7*
*Altro tipo di gestione associata**	*11*	*12,2*
Totale	**90**	**100,0**

** Unioni di Comuni, Servizi sociali associati, Fondazioni, Consorzi, etc...*

La tabella mostra la presenza maggioritaria delle gestioni singole rispetto a quelle associate tra le 90 che hanno compilato il questionario. Tra le gestioni associate troviamo una maggiore numerosità relativa di quelle affidate alla SdS o ad un "altro tipo". Meno presenti risultano le gestioni associate affidate all'Asl. É possibile effettuare anche una analisi della popolazione presente nei vari enti gestori. Il seguente grafico mostra la ripartizione per classi di popolazione degli enti gestori che hanno risposto al questionario.

Grafico 3.10 – Enti rispondenti al questionario per classe di popolazione. Valori assoluti



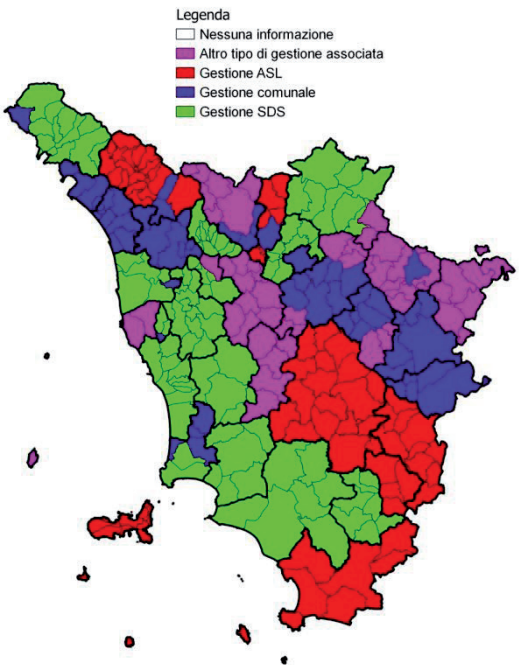
Si nota una maggior presenza di enti gestori con popolazione tra i 5.000 ed i 20.000 soggetti residenti, seguiti da quelli rientranti nella classe 20.001 – 50.000. Emerge pertanto una dimensione generale non piccola degli enti gestori il servizio di Trasporto

sociale. Ad ulteriore conferma di ciò è utile osservare che la popolazione media in un ente gestore associato è di 75.333 persone, mentre quella di una amministrazione a gestione individuale è di 25.110 soggetti. Quest'ultimo valore è, come atteso, ben più contenuto del precedente ma tutt'altro che contenuto in valore assoluto. Per rendersi conto di ciò si consideri che tra i 280 Comuni toscani solo 28 hanno una popolazione superiore a tale soglia. É importante tuttavia sottolineare come sia grande la variabilità dei dati che formano quel valore medio, che infatti ricomprendono sia svariati Comuni con una popolazione di poche migliaia di abitanti che alcuni capoluoghi di provincia che presentano una numerosità di soggetti residenti assai più consistente[45].

É adesso opportuno chiudere la parentesi relativa all'analisi degli enti gestori e tornare ad utilizzare l'approccio seguito in precedenza che prende come punto di riferimento le singole amministrazioni comunali. Sebbene le informazioni desunte dall'analisi dei questionari pervenuti siano sufficientemente estese e diffuse sul territorio regionale, e dunque consentano di trarre delle conclusioni dalla valenza generale, è comunque possibile colmare le lacune presenti attingendo i dati mancanti da quanto emerso nella fase di mappatura e creazione dell'indirizzario da utilizzare nell'indagine. In altri termini, attribuendo ad ogni Comune che non ha partecipato né direttamente né indirettamente all'indagine l'informazione sull'ente gestore emersa in fase di mappatura iniziale, si può giungere al completamento della cartina presentata poc'anzi. Lo svolgimento di tale operazione ha consentito di realizzare la mappa seguente.

[45]Il valore del coefficiente di correlazione è infatti decisamente elevato (2,15) a proposito del campione di enti a gestione individuale, mentre è più contenuto (0,78) tra quelli a gestione associata.

Grafico 3.11 - Distribuzione geografica dei Comuni partecipanti e non, per ente gestore del servizio di Trasporto sociale. In rilievo i confini delle Società della Salute/Zone Distretto.



Il completamento della cartina conferisce al quadro toscano un certo ordine, soprattutto se valutato utilizzando i confini delle Società della Salute/Zone distretto. Si nota in proposito una diffusa corrispondenza tra i limiti amministrativi e le gestioni del Trasporto sociale, a conferma tanto della diffusione della gestione da parte delle SdS che del coinvolgimento di tutte le amministrazioni comunali che ne fanno parte. Si nota ancora una volta la rilevante diffusione della gestione Asl nella parte meridionale della regione e l'assenza di gestioni comunali nel medesimo contesto. Le gestioni individuali, oltre ad essere talvolta sparpagliate sul territorio, tendono prevalentemente a concentrarsi in "blocchi" che talvolta ricalcano il territorio della SdS: esse sono probabilmente realtà nelle quali l'accordo sulla gestione associata del servizio non è ancora stato ricercato, trovato o formalizzato. Interessante è anche osservare che gli "altri tipi" di gestione associata (unioni di Comuni, servizi sociali associati, accordi tra amministrazioni comunali, fondazioni, consorzi), che sono peculiari delle parti centrale e orientale della regione, coinvolgono spesso un numero cospicuo di amministrazioni comunali e occupano una parte significativa del territorio.

L'operazione di completamento della mappa non ha una valenza esclusivamente grafica, ma consente anche di realizzare una analisi quantitativa sulle modalità di gestione del Trasporto sociale nell'intero ambito regionale. I dati sono contenuti nella seguente tabella.

Tabella 3.12 - Analisi regionale su dati rilevati con questionario o mappatura per modalità di gestione del Trasporto sociale. Numero di Comuni nei quali il servizio di Trasporto sociale è gestito singolarmente o in modalità associata (SdS, Asl o altro tipo di gestione associata). Valori assoluti e percentuali.

Modalità di gestione	**Comuni**	
	Valori assoluti	**Valori percentuali**
Gestione singola	58	20,7
Gestione associata	222	79,3
di cui:		
Gestione SdS	*99*	*35,4*
Gestione Asl	*71*	*25,3*
*Altro tipo di gestione associata**	*52*	*18,6*
Totale	**280**	**100,0**

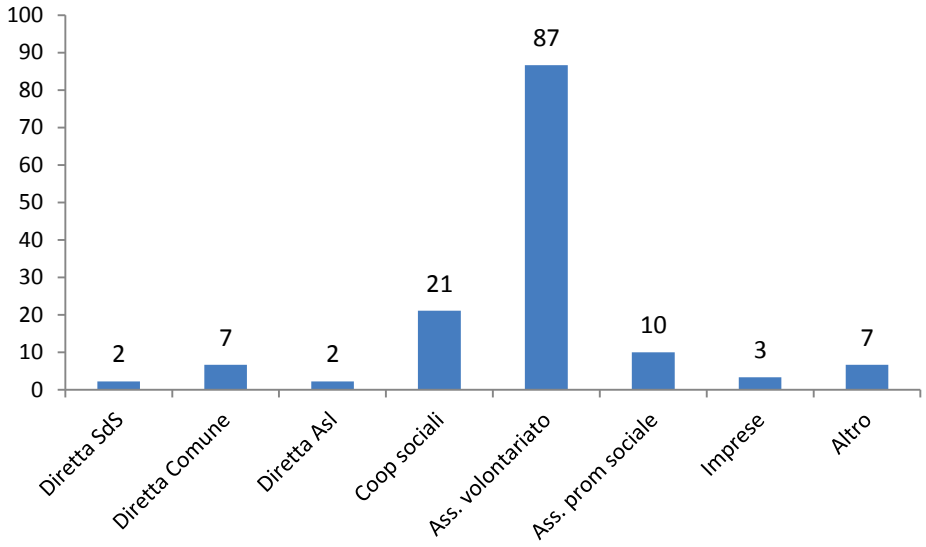
* Unioni di Comuni, Servizi sociali associati, Fondazioni, Consorzi, etc...

Le informazioni contenute nella tabella mettono in evidenza ancora una volta la rilevante diffusione della gestione associata sul territorio toscano e la prevalenza delle SdS quali enti titolari dei servizi. La comparazione di questi dati con quelli contenuti nelle tabelle 3.4 e 3.6, ossia quelli relativi solo ai Comuni partecipanti all'indagine, mostra che il completamento non ha sostanzialmente inciso sulla rilevanza percentuale delle amministrazioni coinvolte in gestioni associate, che continuano ad essere presenti in circa otto casi su dieci.

3.3 Le caratteristiche gestionali

Il primo tema affrontato dal questionario è stato quello relativo alle modalità gestionali attuate nei diversi contesti individuati. Abbiamo già osservato nei paragrafi precedenti la rilevanza e la distribuzione geografica dei tipi di gestione (individuale *vs* associata) e delle caratteristiche dell'ente gestore dei servizi di Trasporto sociale a livello regionale. Adesso è possibile approfondire il tema soffermandoci sulle modalità con le quali i servizi in questione sono stati concretamente espletati. Il grafico seguente mostra le modalità, che possono essere più di una per ciascun soggetto, attraverso le quali il Trasporto sociale è stato reso disponibile alla popolazione. Ogni valore riportato è da considerare in percentuale rispetto al numero dei questionari compilati. Ogni dato segnala dunque in quanti casi si rileva l'opzione considerata. Per tale motivo la somma dei valori del grafico supera cento.

Grafico 3.13 - Modalità di espletamento dei servizi di Trasporto sociale. Valori percentuali.



Si nota facilmente che il ricorso ad associazioni di volontariato è una modalità di espletamento del servizio presente nella quasi totalità dei casi censiti. E' possibile dunque affermare che l'espletamento dei servizi di Trasporto sociale si basa sul volontariato. Considerando la rilevanza del volontariato in Toscana, il dato non è sorprendente[46]. Su valori decisamente più contenuti troviamo il ricorso a cooperative sociali -presenti nel 21% dei casi- e ad associazioni di promozione sociale, riscontrate nel 10% delle circostanze. Lo svolgimento diretto del servizio da parte dell'ente gestore è invece rilevato in un numero ristretto di casi. E' interessante notare che in tutte le circostanze nelle quali è l'amministrazione comunale a svolgere in prima persona i servizi di trasporto non siamo in presenza di gestione associata tra più Comuni. Decisamente marginale è il ricorso ad imprese private, rilevate solo nel 3% dei casi. Non trascurabile è inoltre la voce altro, che tuttavia solo in un caso indica una modalità non presente tra le alternative proposte, ossia

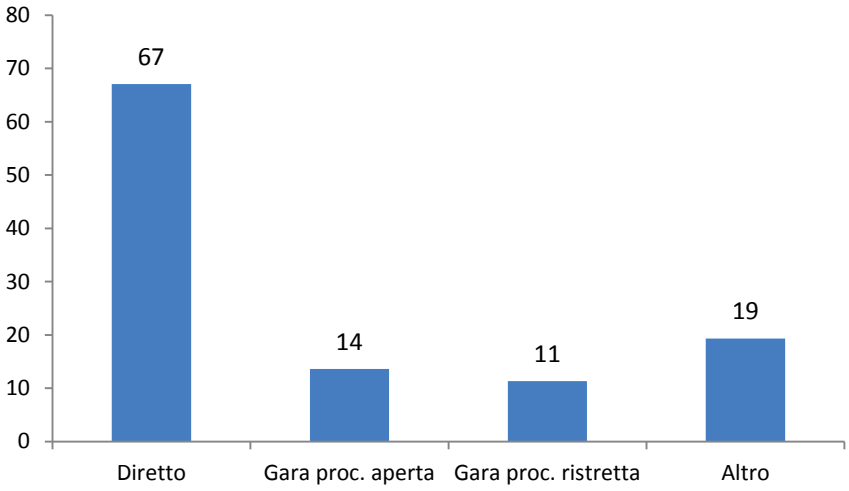
[46]Per un approfondimento sulla rilevanza del volontariato in Toscana e Italia si veda Antoni e Mele (2009). Per meglio comprendere quanto riportato nel presente paragrafo è utile ricordare che la legge quadro sul volontariato (l. 266/1991) individua come organizzazioni di volontariato tutte quegli organismi che "si avvalgono in modo determinante e prevalente delle prestazioni personali, volontarie e gratuite dei propri aderenti", mentre per attività di volontariato si intende "quella prestata in modo personale, spontaneo e gratuito". Gli organismi di volontariato possono scegliere la natura giuridica che ritengono più opportuna salva la compatibilità con lo scopo solidaristico. É infine importante precisare che il Governo ha presentato un disegno di legge delega (Atto Camera 2617, depositato il 22 agosto 2014) che intende riformare il Terzo Settore e l'impresa sociale.

l'utilizzo per il Trasporto sociale di una azienda pubblica di trasporti. Nelle altre circostanze si ha una specifica delle modalità di espletamento del servizio, che viene eseguito anche grazie a lavoratori socialmente utili e a persone che svolgono il servizio civile. Interessante è poi indagare sul numero di modalità che un ente gestore utilizza per svolgere i servizi di trasporto. Nel 70% dei casi l'ente gestore si affida ad una sola delle opzioni, rendendo di fatto largamente minoritaria la scelta di più modalità di svolgimento concreto del servizio. Associando questo dato con la rilevanza del ricorso alle associazioni di volontariato è possibile affermare che il volontariato, oltre ad essere il principale "motore" del Trasporto sociale, spesso è anche l'unico.

L'analisi condotta ha indagato anche la numerosità degli affidamenti del servizio. Le associazioni - con ciò intendendo sia quelle di volontariato che quelle di promozione sociale - in concessione o convenzione risultano essere 314, per una media di 3,6 per ogni ente gestore che ha dichiarato di avvalersene. Le cooperative sociali sono complessivamente 29, valore che restituisce una media di 1,5 per ente gestore. Per quanto riguarda le imprese, il loro numero è assai contenuto anche in valore assoluto: sei. Il quadro che emerge è dunque caratterizzato innanzitutto dall'alto numero di affidamenti. In secondo luogo si nota la prassi di affidarsi sempre ad una pluralità di soggetti: nel caso del volontariato in particolare questo modo di procedere è presente in oltre il 60% delle circostanze.

L'indagine si è soffermata anche sulle modalità di selezione dei soggetti eroganti il servizio di Trasporto sociale, sugli atti utilizzati per stabilirne compiti e funzioni, sulla durata della concessione, sulla eventuale sottoscrizione di una Carta di Servizi. Procedendo con ordine, il seguente grafico mostra le modalità di selezione del soggetto erogante riscontrate nei casi analizzati. Anche in questo caso, dato che alcuni soggetti hanno indicato più opzioni, ogni singolo valore è da intendersi in percentuale sul numero degli enti che hanno compilato il questionario.

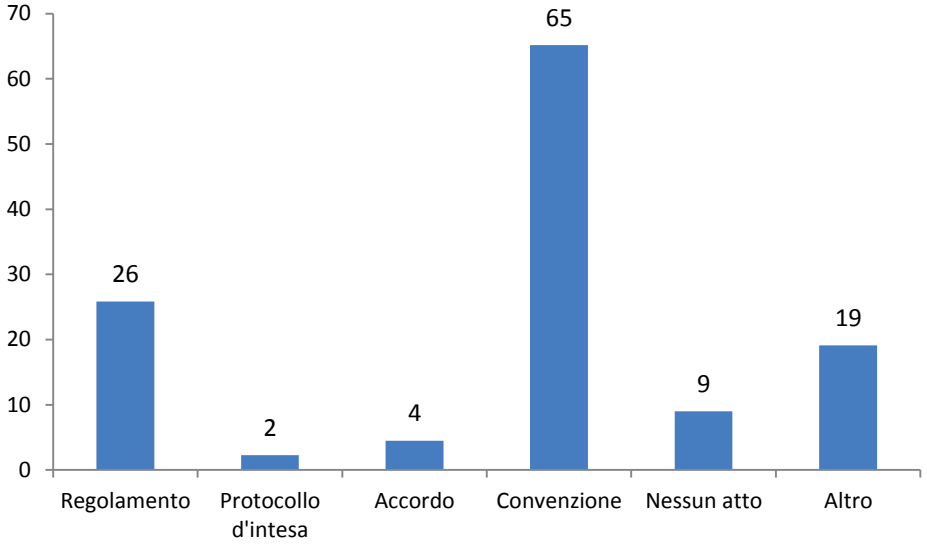
Grafico 3.14 - Modalità di selezione e affidamento dei servizi di Trasporto sociale. Valori percentuali.



E' del tutto evidente che l'affidamento diretto è la modalità più utilizzata, dato che viene riscontrata in quasi sette casi su dieci. Le procedure che contemplano la gara sono riscontrabili in un ristretto numero di circostanze: nel 14% dei casi quelle a procedura aperta e nell'11% quelle ristrette[47]. Piuttosto rilevante è la voce "altro", nella quale confluiscono modalità molto differenti tra loro, tra cui: richiesta di disponibilità alle associazioni di volontariato operanti sul territorio, avviso pubblico, manifestazione di interesse, convenzione, proroga di accordo preesistente. Interessante è poi osservare in quante circostanze sono state utilizzate più di una modalità di selezione e affidamento del servizio. Ciò si riscontra in un numero esiguo di casi: appena l'11% degli enti titolari ne ha fatto ricorso. Passando adesso all'analisi degli atti utilizzati per stabilire compiti e funzioni del soggetto erogante i servizi è possibile osservare il seguente grafico, che mostra gli strumenti utilizzati. Anche stavolta ogni valore è da considerare in percentuale sul numero degli enti che hanno risposto alla domanda.

[47]In sintesi, secondo il Codice dei Contratti Pubblici (D.lgs. 163/2006 e ss.mm.ii.), per procedura "aperta" si intende la procedura nella quale ogni operatore economico interessato può presentare un'offerta. Con la locuzione procedura "ristretta" ci si riferisce invece a tutte quelle fattispecie nelle quali ogni operatore economico può chiedere partecipare, ma solo coloro che sono invitati dell'ente appaltante possono presentare un'offerta. Le procedure di affidamento dei servizi socio-sanitari e, in particolare, la possibilità di utilizzare in questi settori forme che non prevedono procedure competitive è una questione assai complessa e controversa. Per una illustrazione generale si veda quanto riportato nel secondo capitolo.

Grafico 3.15 - Atti utilizzati per stabilire compiti e funzioni del soggetto erogante i servizi. Valori percentuali.

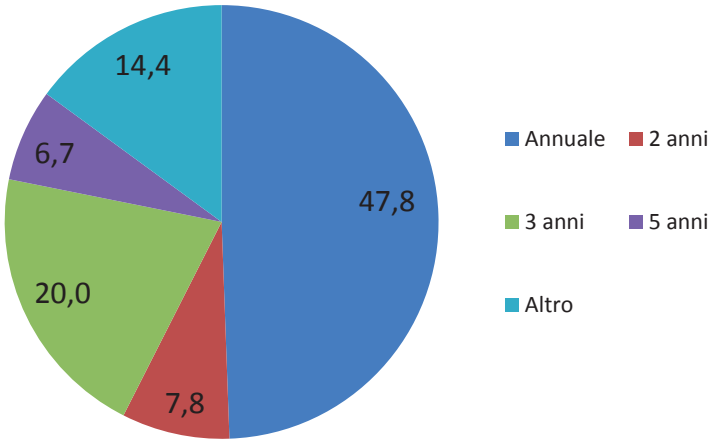


La convenzione risulta essere lo strumento di gran lunga più utilizzato (presente nel 65% degli enti gestori studiati) seguito dal regolamento con un valore significativo (documento riscontrato in oltre un quarto delle circostanze)[48]. Le altre due tipologie di atto presentano invece una diffusione estremamente contenuta. Non trascurabile è la percentuale di enti che non utilizza alcun atto per normare le attività del soggetto erogante, dato che si tratta di quasi un caso su dieci. Anche in questo caso la voce "altro" raggiunge dimensioni consistenti, raggruppando voci formalmente diverse: contratto di servizio/appalto, patto territoriale, determina del responsabile del servizio o di un funzionario, progetto di area, deliberazione della Giunta comunale, disciplinare di servizio, atti di indirizzo. Utile è anche in questo caso indagare sugli enti che hanno indicato più di una opzione. Questi ammontano a circa un quarto del totale, dunque non sono un fenomeno di entità trascurabile. Interessante in proposito è osservare che, fatto cento il numero di enti che utilizzano la convenzione, 21 di essi adottano anche un regolamento. Questi due strumenti pertanto si trovano non raramente ad essere sfruttati congiuntamente. Passando adesso alla questione della durata della concessione, nel seguente grafico è rappresentata la

[48]L'elevato valore registrato per l'opzione "convenzione" si spiega ricordando la larghissima diffusione del ricorso alle associazioni di volontariato. Numerose norme – legge quadro sul volontariato (l. 266/1991), D.P.C.M. del 20 marzo 2001, legge istitutiva del servizio sanitario nazionale (l. 833/1978), legge quadro sui servizi sociali (l. 328/2000) - individuano infatti nella convenzione lo strumento privilegiato di relazione tra la pubblica amministrazione e le associazioni di volontariato.

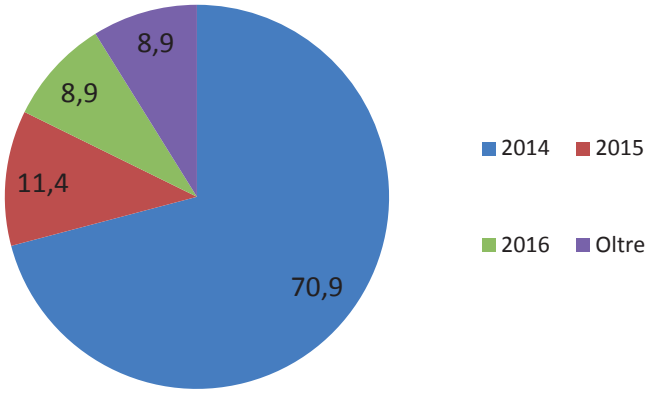
ripartizione percentuale per durata della concessione per ente gestore. E' utile precisare che a questa domanda non è stata concessa la possibilità di indicare più risposte: qualora un ente gestore abbia stipulato più concessioni è stato infatti richiesto di indicare esclusivamente quella con maggiore durata.

Grafico 3.16 - Durata della concessione in anni. Valori percentuali.



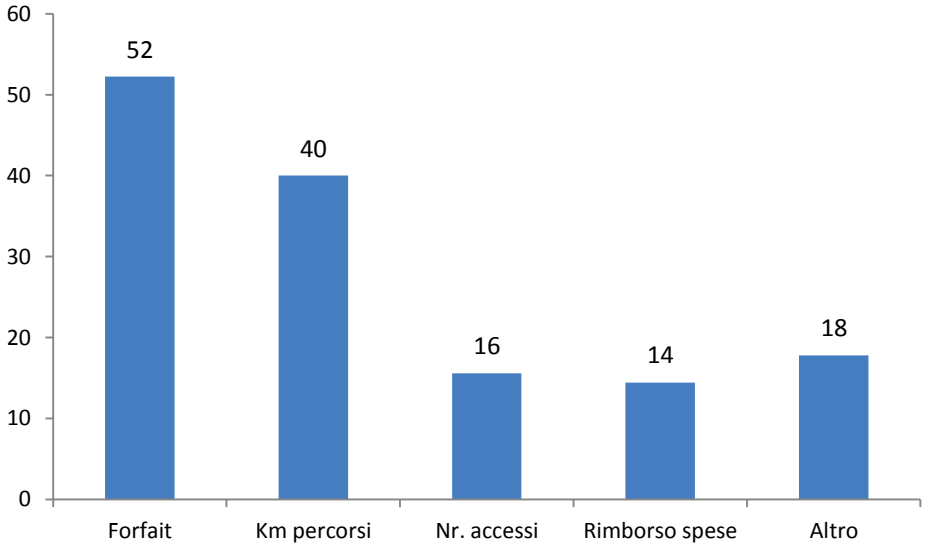
Emerge la generale breve durata della concessione, dato che in circa la metà dei casi essa ha valenza annuale. In circa un terzo degli enti si rileva una durata di 2-3 annualità, mentre un lasso temporale maggiore è previsto solo in un ristretto numero di circostanze. Anche in questo caso l'opzione “altro” raggiunge percentuali significative. In esse confluiscono varie casistiche: scadenze varie con rinnovo tacito, proroghe brevi in attesa di stipula di nuovo affidamento, durata semestrale, termine con esaurimento dell'importo finanziato. Nel complesso l'analisi mette in rilievo una certa precarietà dei rapporti di concessione, a causa in particolare della breve durata media e della prassi non rara di proroghe tacite. Tale evidenza si rileva anche osservando la data di scadenza della concessione, mostrata nel grafico seguente.

Grafico 3.17 - Anno di scadenza della concessione. Valori percentuali.



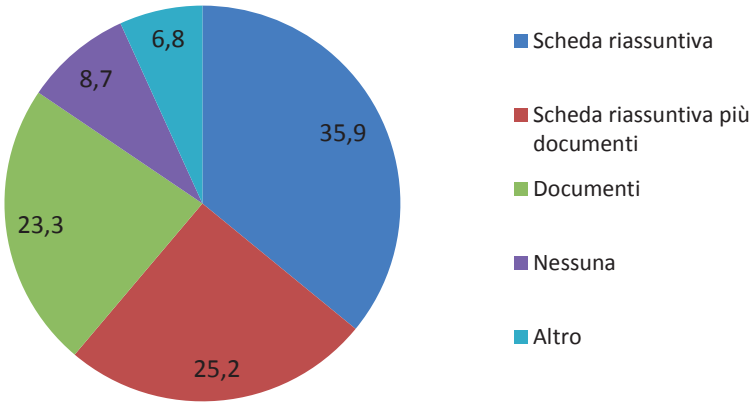
La figura mostra che in oltre sette enti gestori su dieci la concessione scadrà entro la fine del 2014. Complessivamente, inoltre, nell'81% dei casi entro il termine dell'anno 2015 si esaurirà il rapporto di concessione con il soggetto erogatore del servizio. Solo nel 18% dei casi il contratto di concessione ha ancora un arco di tempo di validità più ampio. Questi dati ribadiscono con forza la precarietà dei rapporti nell'ambito del Trasporto sociale. Il contesto così descritto rende inoltre difficoltosa l'opera di programmazione a medio-lungo termine, con possibili ripercussioni negative su efficienza ed economicità dei servizi offerti.
Il questionario ha inoltre indagato sulla presenza o meno di una Carta dei Servizi che fissa obiettivi e standard di servizio. I risultati in proposito sono nettissimi, dato che essa è presente solo nel 4% degli enti gestori.
Molto interessanti sono i risultati emersi a proposito delle modalità di trasferimento delle risorse economiche dagli enti gestori ai soggetti che concretamente erogano il servizio, rappresentati nel seguente grafico. Data la possibilità di risposta multipla, ogni singolo valore deve essere inteso come percentuale di enti che utilizzano quella modalità sul totale dei partecipanti all'indagine.

Grafico 3.18 - Modalità di trasferimento delle risorse economiche ai soggetti erogatori. Valori percentuali.



La tipologia maggiormente diffusa, presente in oltre la metà degli enti censiti, è la corresponsione di un forfait onnicomprensivo. Piuttosto diffusa è anche la compensazione sulla base dei chilometri percorsi dagli automezzi utilizzati, riscontrata in quattro casi su dieci. Decisamente meno frequenti sono invece le modalità centrate sulla numerosità di accessi e sul rimborso delle spese documentate, dato che si rilevano entrambe in circa il 15% delle circostanze analizzate. Come nelle precedenti domande, la voce "altro" raccoglie numerose adesioni. In essa vengono specificate modalità eterogenee di compensazione del soggetto erogatore dei servizi che possono essere sintetizzate nell'uso dei seguenti indicatori: costo orario, numero viaggi svolti, arco temporale che va dalla partenza dalla sede al rientro nella stessa, costo del personale e numero mezzi utilizzati, media mensile degli utenti trasportati, tipo di vettura utilizzata. Interessante è anche osservare che l'uso di una pluralità di tipi di compensazione è adottata in oltre il 40% dei casi studiati. Soffermando adesso l'attenzione su coloro che utilizzano una modalità che presuppone un documento attestante la cifra spesa dal soggetto erogante, l'indagine mostra una propensione ad utilizzare una scheda riassuntiva dei costi sostenuti come unica certificazione (36% circa dei casi). La presentazione dei documenti è una prassi presente invece in quasi un quarto delle circostanze, mentre leggermente più numerosa è la modalità che utilizza sia la scheda riassuntiva che i documenti. Il grafico seguente sintetizza quanto sinora esposto.

Grafico 3.19 - Prove documentali che il soggetto erogatore è tenuto a presentare. Valori percentuali.



Interessante è osservare che restringendo l'analisi alle modalità di compensazione che teoricamente presuppongono una qualche forma di base documentale, nel 9% delle circostanze non viene prevista alcuna forma di rendicontazione[49]. Come al solito non trascurabile è infine la voce "altro", nella quale troviamo l'uso di strumenti quali la relazione, le schede di viaggio, le fatture.

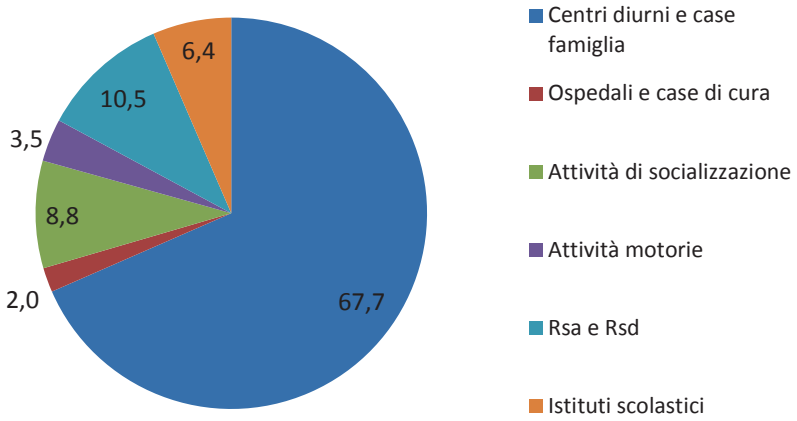
L'analisi condotta ha investigato anche sugli aspetti quantitativi del Trasporto sociale, soffermandosi in particolare sulla numerosità delle prestazioni erogate e dei soggetti beneficiari, sulle condizioni di accesso ai servizi, nonché sulle caratteristiche degli stessi. Procedendo con ordine, l'indagine evidenzia che nei settori 'tradizionali' del Trasporto sociale le prestazioni fornite dagli soggetti erogatori sono 476.539[50]. Il dato è ancor più interessante se si considera che 83 dei 90 enti partecipanti all'indagine hanno risposto all'apposita domanda, cosa che ci consente di affermare che ogni ente ha svolto in media

[49]Tale risultato stride con la normativa in vigore, dato che il secondo comma dell'art. 7 della legge 266/1991 specifica esplicitamente la presenza "di forme di verifica delle prestazioni e di controllo della loro qualità nonché le modalità di rimborso delle spese.

[50]Per prestazione erogata si intende un viaggio di andata/ritorno per singolo utente. E' utile precisare che i dati relativi a numero di prestazioni ed utenti presentati nel testo rappresentano certamente una stima per difetto del volume di servizi erogati nella regione Toscana in quanto riferita solo agli enti gestori che hanno risposto all'apposita domanda. Il valore non comprende pertanto tutti coloro che non hanno compilato il questionario o, pur avendolo fatto, non hanno indicato queste informazioni.

5.741 prestazioni. Esiste tuttavia una grande variabilità tra i vari enti gestori, dato che alcuni svolgono solo un pochissime prestazioni mentre altri ne erogano migliaia[51]. Il seguente grafico illustra la ripartizione percentuale delle prestazioni totali erogate per settore.

Grafico 3.20 - Ripartizione percentuale per settore delle prestazioni erogate. Ambiti "tradizionali" del Trasporto sociale.

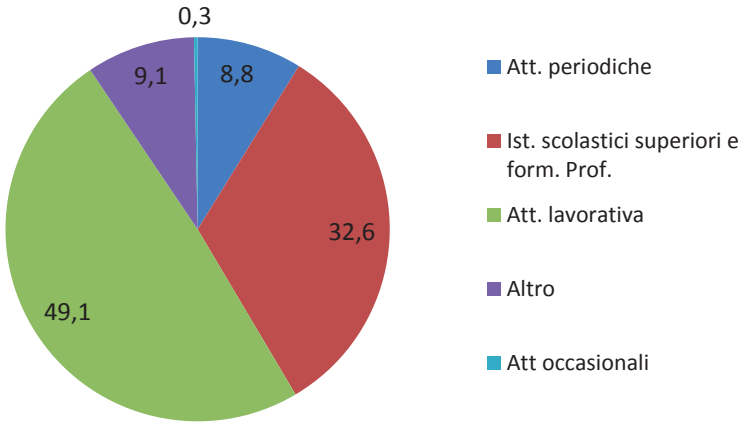


Si nota che la grande maggioranza delle prestazioni ha per oggetto centri diurni e case famiglia. A seguire, con percentuali notevolmente inferiori troviamo le attività di socializzazione e le Rsa/Rsd. Questi tre settori assommano a circa il 90% delle prestazioni erogate, dunque rappresentano la quasi totalità dell'oggetto dei servizi di Trasporto sociale. Di scarso rilievo quantitativo i settori concernenti istituzioni scolastiche[52], attività motorie, ospedali e case di cura. Stavolta trascurabile la voce "altro" da un punto di vista quantitativo, ma certo non da quello qualitativo, in quanto riguardante prevalentemente attività di "*welfare* leggero" quali: fornitura pasti a domicilio, assistenza per acquisto di farmaci e generi alimentari, accompagnamento presso istituzioni. Per approfondire anche quest'ultimo aspetto l'indagine ha studiato in maniera specifica anche i servizi che vengono svolti fuori dai settori ritenuti tradizionali per il Trasporto sociale. In particolare, è stata focalizzata l'attenzione sul trasporto avente per oggetto attività periodiche (es. pagamento bollette, ritiro pensione, spesa di generi alimentari, acquisto di medicinali), su quello destinato all'accompagnamento di studenti disabili presso scuole secondarie di

[51] A conferma di ciò tutti gli indici di variabilità - e in particolare il coefficiente di variazione che si attesta al 208% - confermano la rilevante dispersione dei dati intorno alla media.
[52] Il riferimento è alle seguenti istituzioni scolastiche: infanzia, primaria e secondaria di primo grado.

secondo grado e/o istituti di formazione professionale, su quello inerente ad attività lavorative del trasportato e, infine, su tutti quei servizi aventi natura occasionale (es. accompagnamento per elezioni, festività, ricorrenze, etc...). Il numero di enti che ha risposto alla domanda è stavolta nettamente più basso: 50 su 90 partecipanti. Le prestazioni erogate ammontano a 43.009, per una media per ente gestore pari a 860. E' facile notare che il volume di tali servizi è decisamente più contenuto, essendo meno di un decimo di quelle analizzate in precedenza. Ciò avvalora l'ipotesi che tali servizi non rappresentino l'oggetto principale del Trasporto sociale, ma ne siano in qualche modo un complemento comunque non trascurabile né da un punto di vista quantitativo, né tantomeno da quello qualitativo. Ciò in quanto tali servizi, ampliando la natura dell'offerta, prendono sovente in carico la persona con difficoltà dando risposta se non a tutti, quantomeno a molti dei suoi bisogni inerenti alla mobilità. Il seguente grafico mostra la ripartizione per fattispecie considerata.

Grafico 3.21 - Ripartizione percentuale per settore non "tradizionale" delle prestazioni considerate.

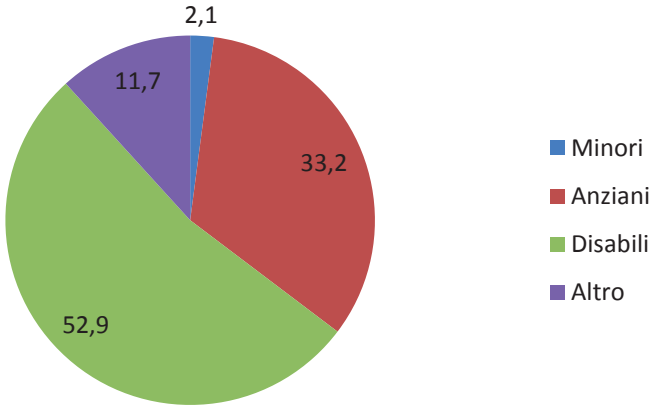


La suddivisione percentuale mette in rilievo che la metà delle prestazioni sono riferite ad esigenze lavorative dell'accompagnato, mentre un terzo sono inerenti al trasporto verso scuole secondarie di secondo grado e istituti di formazione professionale. Le attività periodiche hanno una rilevanza assai più modesta, mentre quelle occasionali un peso sul totale praticamente nullo.

Una ulteriore analisi quantitativa interessante riguarda la numerosità dei soggetti trasportati, che ammontano complessivamente a 5.362. Anche in questo caso è necessario considerare che gli enti che hanno risposto alla domanda sono 84 dei 90 partecipanti all'indagine, per una media di 64 soggetti per caso analizzato. Rapportando la

numerosità totale delle prestazioni ai soggetti trasportati si deduce che ogni beneficiario ha ottenuto circa 97 prestazioni in un anno. Sebbene il dato debba essere valutato con una certa prudenza, esso rende l'idea dell'elevatezza delle prestazioni procapite. La ripartizione percentuale per tipologia di utenza mostrata nel seguente grafico indica la prevalenza dei soggetti disabili, seguita a distanza da quelli anziani[53].

Grafico 3.22 - Ripartizione percentuale per tipologia di soggetto trasportato.



I soggetti disabili sono oltre la metà del totale mentre gli anziani ne costituiscono un terzo. Assai contenuta è invece la quota dei minori, mentre è rilevante quella denominata "altro". Quest'ultima categoria raggruppa prevalentemente le prestazioni di trasporto di adulti - e comunque tutte quelle non rientranti nelle categorie precedenti - in situazione di difficoltà, sia essa di natura fisica, mentale o socio-economica. La rilevanza di questa categoria mette ancor più in rilevo che il Trasporto sociale non rimane rigidamente confinato in schemi formalizzati e in classificazioni precostituite, ma è un servizio flessibile e duttile che si adatta alle necessità dell'utenza presente sul territorio.

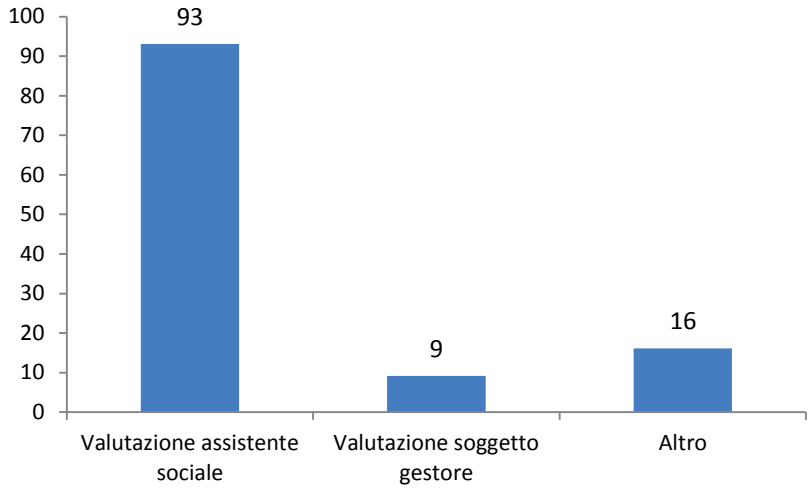
Prima di procedere oltre è utile estendere all'intero panorama toscano alcuni dati qui presentati relativi agli enti rispondenti all'apposita domanda sul questionario. Se ipotizziamo che rimanga costante l'incidenza delle prestazioni e degli utenti sulla numerosità totale della popolazione, si ottiene che i beneficiari delle prestazioni sono 6.287, i servizi nei settori "tradizionali" 521.825 e quelli nei "non tradizionali" 47.096. Se adesso rapportiamo la totalità delle prestazioni stimate nell'intera regione (568.921) con gli utenti ipotizzati nel medesimo contesto territoriale, troviamo che ognuno di essi ha

[53]Per soggetto anziano si è inteso un soggetto *over* 65.

ricevuto in media 90 servizi. Pur dovendo prendere con prudenza tali informazioni, esse sembrano indicare un insieme non troppo esteso di soggetti beneficiari, ma che ottengono generalmente un servizio ad alta frequenza.

Per quanto riguarda l'accesso alle prestazioni -pur premettendo la non rara prassi di utilizzo di più modalità, presente nel 18% dei casi- l'analisi mette in rilievo che la quasi totalità degli enti gestori utilizza la valutazione professionale da parte dell'assistente sociale. Il seguente grafico mostra la diffusione percentuale tra gli enti analizzati della modalità riportata. Dato che alcuni soggetti hanno indicato più opzioni, ogni singolo valore è da intendersi in percentuale sul numero degli enti che hanno compilato il questionario.

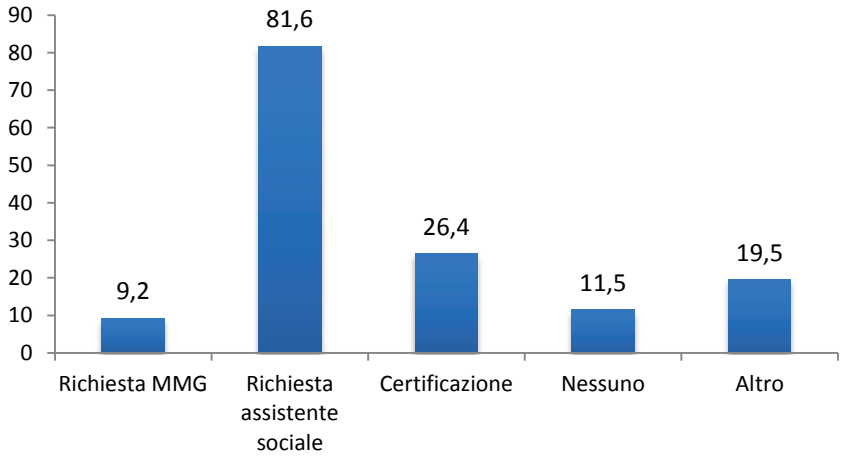
Grafico 3.23 - Modalità di accesso al servizio. Valori percentuali.



Poco diffusa risulta invece la valutazione da parte del soggetto gestore. Interessante, soprattutto da un punto di vista qualitativo è l'insieme delle modalità presenti nella voce “altro”. In questa si rilevano infatti, in sintesi: la disponibilità economica, le certificazioni mediche (es. legge 104/1992), la valutazione di un apposito gruppo multidisciplinare, la semplice richiesta, la presenza di graduatorie formate in seguito all'emanazione di un bando annuale.

Per quanto riguarda la documentazione necessaria per accedere ai servizi, lo studio mette in rilievo dei risultati che ben si legano con quanto emerso poc'anzi a proposito delle modalità di accesso al servizio. Infatti, come mostra il seguente grafico la richiesta dell'assistente sociale è un documento necessario in oltre otto casi studiati su dieci. Anche in questo caso ogni singolo valore deve essere interpretato come percentuale di enti che utilizzano quella opzione sul totale degli stessi.

Grafico 3.24 - Documenti necessari per l'accesso al servizio. Valori percentuali.



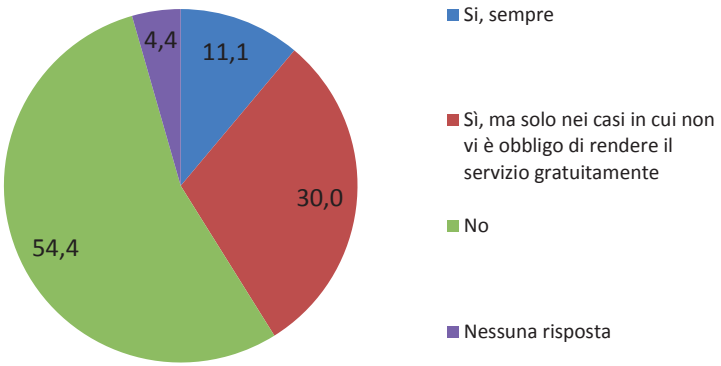
Gli altri valori, assai più contenuti, mostrano in primo luogo la scarsa diffusione della richiesta del medico di medicina generale[54] e la presenza di una qualche certificazione in oltre un quarto della circostanze[55]. In secondo luogo, risulta di non trascurabile entità la prassi di non richiedere alcun documento per utilizzare i servizi di trasporto. Infine, l'opzione "altro" che rileviamo in un quinto dei casi, raggruppa in sintesi: la certificazione ISEE, la domanda dell'interessato, la richiesta di una apposita unità di valutazione multidisciplinare.

L'assenza di compartecipazione al servizio da parte dei beneficiari delle prestazioni è una modalità presente in oltre la metà degli enti partecipanti all'indagine. Il seguente grafico mostra la ripartizione percentuale degli enti analizzati per presenza o meno di compartecipazione ai costi del servizio.

[54] In proposito è utile precisare che, in base alla complessa e lacunosa normativa, la sola presenza di tale certificato non trasforma necessariamente il servizio di trasporto da sociale a sanitario. Infatti, anche il vecchio Accordo Quadro Regionale del 2004 definiva come trasporto sanitario solo i servizi autorizzati dal medico competente e comunque presenti tra le fattispecie previste. Ciò spiega la presenza di tale certificazione tra i possibili requisiti per poter accedere al servizio di Trasporto sociale.

[55] Le certificazioni richieste sono in genere quelle di disabilità (legge 104/1992) o quella di invalidità civile. Sono comunque presenti casi nei quali viene richiesta la certificazione di uno specialista.

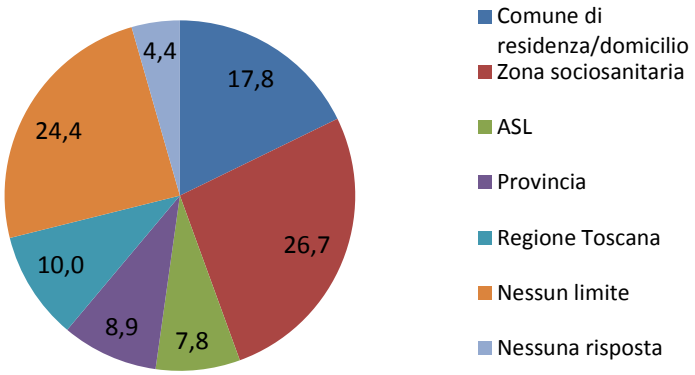
Grafico 3.25 - Compartecipazione al costo dei servizi da parte dei beneficiari delle prestazioni. Ripartizione percentuale.



Come evidente, la prassi di non prevedere alcuna compartecipazione è largamente prevalente, mentre quella basata su un pagamento dell'utenza a prescindere dal tipo di servizio ottenuto è rilevata solo in un numero minoritario di enti. Queste evidenze rafforzano l'ipotesi che vede il Trasporto sociale centrato sulla sostanziale gratuità dei servizi. Lo studio ha approfondito questi aspetti indagando sui criteri utilizzati per determinare la compartecipazione al costo dell'utenza ove previsto. Nel 55% dei casi è la condizione economica dell'assistito, stimata mediante ISEE, ad essere presa in considerazione, mentre nel 31% il documento di riferimento è la valutazione dell'assistente sociale. Il complemento a cento è dato dalla voce “altro” (14%) che raggruppa altre modalità: il pagamento forfettario, le tariffe differenziate in base alla tipologia di utenza, la combinazione tra condizione economica (ISEE) e quella psico-fisica (certificazioni disabilità/invalidità). Negli enti che prevedono una compartecipazione si rileva che nel 23% dei casi è presente l'esenzione dal pagamento per una o più categorie di soggetti. In un ristretto numero di circostanze è il semplice *status* di disabile ad esonerare dal contributo. Nella maggioranza dei casi gli utenti esentati sono invece selezionati su base economica, prendendo in genere come spartiacque una soglia ISEE. Tale soglia è fissata da un apposito regolamento solo nel 30% delle circostanze.

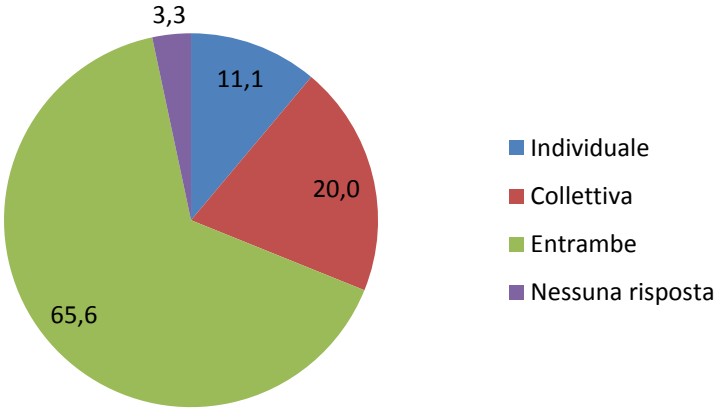
L'indagine ha analizzato anche due ulteriori caratteristiche dei servizi offerti: i limiti geografici e la forma individuale o collettiva. Il grafico seguente mostra la ripartizione percentuale dei limiti geografici imposti dagli enti gestori.

Grafico 3.26 - Limiti geografici dei servizi di Trasporto sociale. Ripartizione percentuale.



Si nota che le opzioni più gettonate risultano essere quelle che fissano limiti piuttosto stringenti (Comune di residenza/domicilio e zona sociosanitaria) e, all'opposto, quella che non fissa alcuna barriera. Le altre modalità tendono ad eguagliarsi da un punto di vista quantitativo. Nel complesso il quadro pare piuttosto eterogeneo e variegato. Per quanto riguarda le modalità di trasporto, il seguente grafico mostra le soluzioni adottate dai vari enti.

Grafico 3.27 - Modalità di utilizzo dei servizi di Trasporto sociale. Ripartizione percentuale.



La figura mostra chiaramente che nella larga maggioranza dei casi vengono utilizzate entrambe le modalità di trasporto. Minoritari sono invece gli enti che usano solo una delle due soluzioni, con una prevalenza di quella collettiva sulla individuale.

Quale conclusione a questo paragrafo, in relazione a quanto sinora rilevato è utile osservare che il Trasporto sociale in Toscana si caratterizza per una certa disomogeneità in alcuni aspetti - in particolare: gestione singola *vs*. associata, tipo di ente gestore, criteri di accesso, limiti geografici del servizio – e viceversa per una rilevante omogeneità in altri elementi, quali l'esteso ricorso al volontariato, la tipologia di prestazioni erogate, le condizioni dei soggetti trasportati. Ulteriori caratteristiche emerse sono la presenza di relazioni non codificate, non standardizzate e, talvolta, non completamente formalizzate (scarsa attitudine alla rendicontazione, presenza di contesti nei quali non sono individuate le funzioni dei soggetti erogatori, raro ricorso alla redazione di una Carta di Servizio), nonché duttilità e precarietà (breve durata delle concessioni, presenza di proroghe tacite, trasferimenti di risorse forfettari, affidamenti diretti) del quadro complessivo che rappresenta lo stato del Trasporto sociale[56]. Le caratteristiche presentate mettono certamente in luce aspetti che possono essere migliorati per favorire una gestione del servizio più efficiente, efficace ed appropriata. Ma esse non devono essere lette esclusivamente in un'ottica negativa, dato che sono numerosi e rilevanti i fattori che spiegano, e in parte giustificano, quanto osservato. Infatti, il non chiaro quadro normativo che regola i servizi, il contesto istituzionale oggetto di profonda revisione ormai da svariati anni, i mutevoli bisogni della popolazione locale, l'esteso ricorso al volontariato e, infine, l'impossibilità a classificare come mera attività di trasporto le prestazioni erogate – visto che soddisfano anche l'esigenza di socializzare degli utenti e ne contrastano l'esclusione sociale – sono tutti elementi che in qualche modo richiedono flessibilità e duttilità tra le caratteristiche gestionali, e che nei fatti spesso sottintendono informalità e assenza di standardizzazione.

3.4. Le risorse economiche e strumentali

Tra gli obiettivi dell'indagine sul Trasporto sociale in Toscana rientra sicuramente quello di rilevare la presenza o meno di omogeneità sul territorio regionale nei livelli di spesa del

[56]Posto questo quadro generale, è interessante chiedersi se il tipo di gestione (individuale *vs.* associata) incida sulle caratteristiche presentate. Ricordando quanto osservato nel par. 3.2, ossia che gli enti gestori individuali sono il 69% di coloro che hanno risposto al questionario, è possibile analizzare nel dettaglio le risposte ad alcuni quesiti per rispondere alla domanda che ci siamo posti. Infatti, se rileviamo una presenza più rilevante del 69% degli enti a gestione individuale tra le risposte ad un quesito, allora si avrà l'evidenza che quel modello gestionale ha una maggiore attitudine negli aspetti considerati. Le gestioni individuali mostrano una maggiore propensione all'affidamento diretto (80%) e alla mancata stipula di qualsiasi atto che regolamenta le funzioni dei soggetti erogatori (87%), mentre mostrano una attitudine a trasferimenti di risorse forfettari (70%) e alla predisposizione di concessioni di durata inferiore ai due anni (72%) sostanzialmente in linea con la loro presenza all'interno del campione analizzato. I dati osservati, pur indicando una maggiore tendenza delle gestioni individuali a rapporti più "precari" e "non standardizzati" in alcuni aspetti, non consentono tuttavia di formulare una analoga conclusione dalla valenza generale.

servizio. I dati presentati di seguito non hanno potuto far riferimento all'intero universo d'indagine, ma soltanto ad un sottogruppo, dopo che l'analisi delle risposte relative a questa sezione aveva richiesto una fase di 'pulitura' dei dati, escludendo mancate risposte, valori anomali ed *outlier*. Il dato relativo al costo del servizio è stato ottenuto dividendo le risorse stanziate per il servizio nell'anno 2013 per il numero di prestazioni erogate nell'anno.

Nel 2013 le risorse destinate al Trasporto sociale in Toscana sono state pari a 8,4 milioni di euro[57].Il grafico3.28 mostra il costo medio del servizio di TS per tipologia di ente e modalità di gestione. A livello regionale il costo medio della singola prestazione[58] risulta essere pari a 14,80 euro, con una leggera forbice tra il costo medio del servizio sopportato dalla gestione singola (13 €) e da quella associata (16,60 €)[59].La spiegazione di tale dato, che ad una lettura superficiale sembrerebbe far prevalere in termini di efficienza la gestione singola dei Comuni, va ricercata invece proprio nella scomposizione del dato medio, che del resto (lo vedremo poco più avanti) si caratterizza per un'estrema varianza[60] all'interno dei gruppi omogenei. Una lettura comparativa meramente economica del servizio Trasporto sociale rischierebbe infatti di sottostimare variabili indipendenti (come ad esempio l'estensione territoriale, la conformazione geofisica di uno o più comuni, la presenza più o meno capillare dei soggetti gestori sul territorio, etc) in grado di incidere in maniera anche significativa sui costi da sostenere per assicurare il servizio in maniera efficace.

È altresì opportuno sottolineare come la prevalenza di modalità di rimborso forfettarie (cfr. § 3.3), riconosciute ai soggetti del privato sociale gestori del servizio, renda nei fatti difficile collegare la spesa sostenuta per il servizio (budget comunale più compartecipazione degli utenti) con i reali costi sostenuti da associazioni e cooperative.

Come anticipato, i valori medi nascondono una discreta variabilità. Le SdS mostrano una varianza più elevata (374,5) rispetto al costo medio del servizio, soprattutto se paragonata a quella dei Comuni (208,4) e delle Aziende Usl (45,1): ciò significa che i costi medi del servizio sostenuti dalle Società della Salute variano anche in maniera significativa all'interno di questo sottogruppo; tuttavia il ridotto numero di casi (7) implica un'incidenza maggiore sul dato totale di quelle Società della Salute con un costo medio della prestazione più elevato, del resto riconducibile proprio alla variabile 'territorio',

[57] Il dato è stato ottenuto moltiplicando il numero totale di prestazioni per il costo medio.

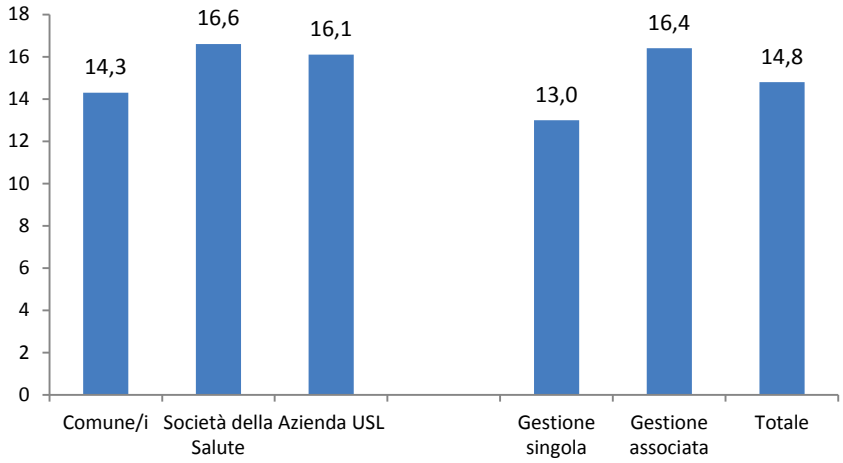
[58] L'indicatore è stato ottenuto attraverso la seguente formula: Budget totale per il servizio/numero prestazioni. Una prestazione corrisponde ad un viaggio a/r.

[59] Tra le gestioni associate, non sembrano emergere differenze sostanziali tra il costo medio sostenuto da Aziende USL (16,1 €), Società della Salute (16,6 €) e Unioni dei Comuni/ servizi sociali associati (16,7 €).

[60] La varianza misura la variabilità di una distribuzione. Minore è il valore ad essa associato, tanto più i diversi valori saranno vicini al dato medio.

ovvero aree mediamente più estese e caratterizzate dal carattere montano di una parte più o meno rilevante del territorio.

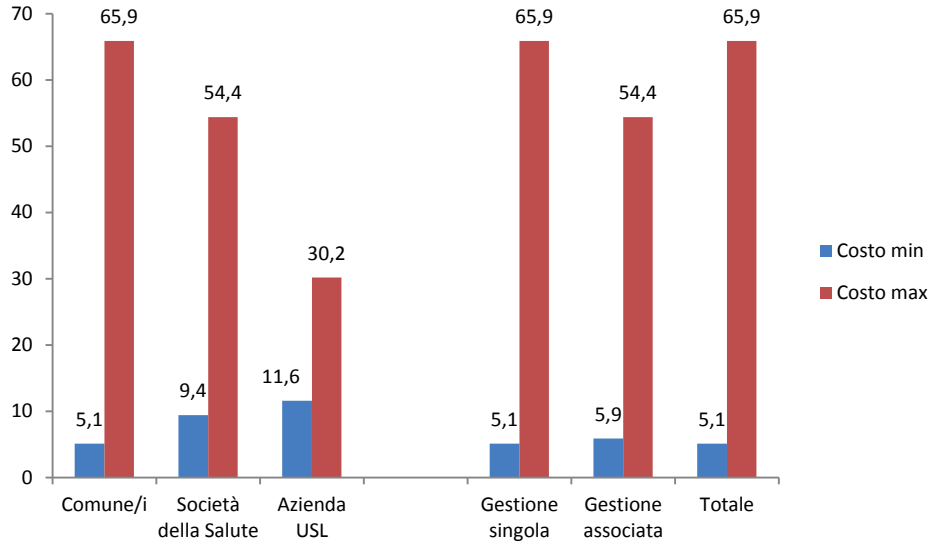
Grafico 3.28 – Costo medio (€) delle prestazioni di TS per ente di riferimento e modalità di gestione



Numerosità del campione: Comune/i (67); Società della Salute (7); Aziende USL (5); Gestione singola (33); Gestione associata (19); Totale (52)

L'analisi della varianza interna ai gruppi ci porta inoltre a considerare i valori estremi delle distribuzioni, ovvero i costi minimi e massimi del servizio sostenuti dai diversi enti nelle due modalità di gestione del servizio. È possibile osservare come la forbice dei valori sia estremamente ampia, partendo dai 5,1€ fino ai 65,9€ per prestazione. Anche in questo caso il maggiore equilibrio interno ai diversi sottogruppi si riscontra per le Aziende USL (la cui casistica è però limitata a soli 5 casi), in cui la forbice tra i valori minimo e massimo resta nettamente al di sotto della media.

Grafico 3.29 – Costo minimo e massimo (€) delle prestazioni di TS per ente di riferimento e modalità di gestione

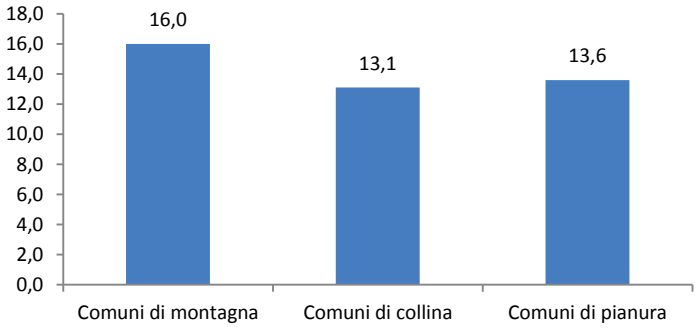


Numerosità del campione: Comune/i (67); Società della Salute (7); Aziende USL (5); Gestione singola (33); Gestione associata (19); Totale (52)

La variabile 'territorio' sembra essere il fattore che più di altri influenza i costi medi sostenuti: se si considera infatti un'ulteriore suddivisione degli enti rispondenti sulla base delle zone altimetriche[61] dei comuni interessati, la morfologia del territorio segnala differenze tra comuni collinari e pianeggianti, da un lato, e comuni montani, dall'altro (cfr. Grafico. 3.30).

[61]Zone omogenee definite dall'Istat derivanti dall'aggregazione comuni contigui costruite di norma sulla base di valori soglia altimetrici. Si distinguono zone altimetriche di montagna, di collina e di pianura. In Toscana il territorio è caratterizzato dal 25,1% di superfici montuose, dal 66,5% di superfici collinari e dall'8,4% di superfici pianeggianti.

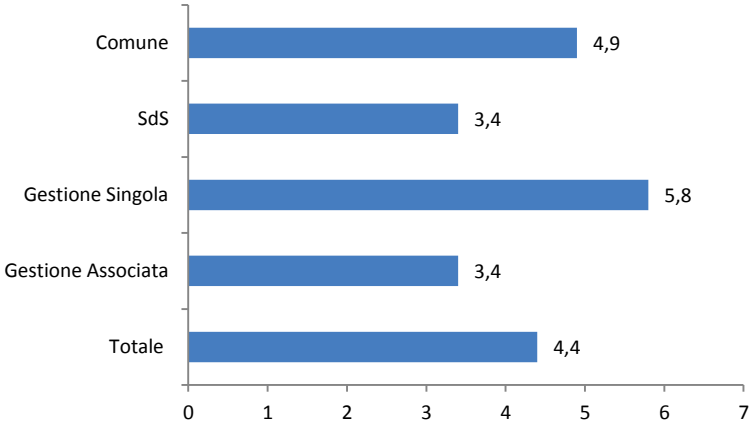
Grafico 3.30 – Costo medio (€) delle prestazioni di TS sulla base della divisione per zone altimetriche dei comuni



Numerosità del campione: Comuni di montagna (30); comuni di collina (89); comuni di pianura (15)

L'incidenza della quota di compartecipazione in capo agli utenti per il servizio di Trasporto sociale – nei casi in cui viene richiesta – è pari al 4,4% del totale delle risorse complessivamente impiegate. La variabilità tra i diversi modelli di gestione non assume valori rilevanti: il peso delle somme derivanti dalla compartecipazione degli utenti sul totale delle risorse è infatti pari al 5,8% per la modalità di gestione singola ed al 3,4% per la gestione associata. In tutti i casi si confermano quindi, per il Trasporto sociale, modalità di finanziamento del servizio basate prevalentemente su risorse pubbliche.

*Grafico 3.31 – Incidenza % della compartecipazione economica ai costi del servizio da parte dell'utenza sul totale delle risorse a disposizione per il servizio di TS**



Numerosità del campione: Comune/i (32); Società della Salute (7); Gestione singola (29); Gestione associata (14)

* Il calcolo è stato effettuato solo per gli Enti che richiedono la compartecipazione all'utenza

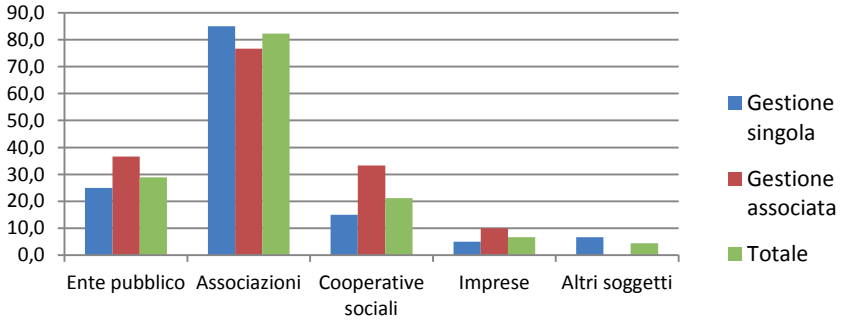
Passando ad analizzare la dotazione di beni strumentali, per la natura del servizio di TS - finalizzato ad agevolare la mobilità sul territorio di soggetti in condizione di fragilità e/o disabilità - chiaramente i mezzi di trasporto rivestono in ogni caso un ruolo assolutamente imprescindibile nello svolgimento del servizio stesso; ciò che può tuttavia variare sono le dimensioni e gli equipaggiamenti dei mezzi utilizzati, 'personalizzati' in base alle caratteristiche dell'utenza di riferimento: il trasporto disabili richiederà, ad esempio, pulmini attrezzati con pedana di sollevamento per le sedie a rotelle, mentre il trasporto anziani con discreta autonomia motoria potrà essere svolto attraverso semplici autovetture.
La tabella seguente mostra la percentuale di enti che utilizza le diverse tipologie di mezzi di trasporto: prevalente risulta essere il pulmino attrezzato, che come detto viene utilizzato soprattutto per l'utenza con condizioni di disabilità motoria grave; anche le automobili risultano essere un mezzo ampiamente utilizzato (3 enti su 4), mentre quote più basse si riscontrano per i pulmini (35,6%) e per le autoambulanze (18,3%).Questi ultimi mezzi sono adibiti soprattutto al trasporto di tipo sanitario, ma in alcuni casi vengono utilizzati anche per il TS di fronte a particolari esigenze legate a eventuali patologie dell'utenza di riferimento.

Tabella 3.32 – Percentuale di enti che utilizza mezzi di trasporto vari, per gestione singola e associata e dato totale

	Gestione singola	Gestione associata	Totale
Auto	70,0	80,0	75,6
Pulmini	28,3	50,0	35,6
Pulmini attrezzati	78,3	83,3	82,2
Autoambulanze	18,3	6,7	15,6

Per quanto concerne la proprietà dei mezzi di trasporto utilizzati, soltanto il 29% degli enti rispondenti all'indagine dichiara di utilizzare mezzi propri per l'espletamento del servizio, mentre è nettamente più diffuso l'utilizzo di mezzi di proprietà di associazioni (82,2%). Gli enti che utilizzano mezzi di proprietà di cooperative rappresentano il 21,1%, mentre numeri residuali caratterizzano le altre fattispecie.
La modalità di gestione associata mostra una maggiore frequenza di utilizzo di mezzi di proprietà dell'ente pubblico o, in questo caso, degli enti che compongono la gestione associata: in tal senso l'aggregazione tra enti mostrerebbe il raggiungimento di un'economia di scala proveniente dalla messa in comune di mezzi che, altrimenti, avrebbero servito un singolo territorio comunale.

Tabella 3.33 – Proprietà dei mezzi di trasporto utilizzati per il servizio di TS, per gestione singola e associata



3.5. Le fonti di finanziamento del servizio

Per quanto concerne le fonti di finanziamento del servizio di TS nel corso dell'anno 2013, il questionario inviato agli enti pubblici titolari, o delegati, della funzione Trasporto sociale ha inteso rilevare la presenza di fonti finanziarie diverse (Provincia, Regione, Unione Europea, privati, altro) rispetto alle risorse proprie[62] dei Comuni con cui viene finanziata larga parte della spesa sociale. Tra gli obiettivi di tale sezione vi è inoltre quello di discriminare le maggiori o minori possibilità di accesso a fonti finanziarie alternative per ognuna delle due modalità di gestione considerate, singola e associata.

Appare corretto chiarire che le fonti di finanziamento di tipo provinciale, regionale e diverse (p.e. Unione Europea) per la spesa sociale dei Comuni non fanno riferimento ad obblighi specifici da parte di tali Enti, rilevando piuttosto quelle risorse straordinarie derivanti, ad esempio, da specifici progetti. Per quanto riguarda la Regione, quest'ultima opera dei trasferimenti verso i Comuni per la spesa sociale senza vincolo di destinazione tra le diverse tipologie di servizi (Fondo regionale assistenza sociale), risorse che sono messe a bilancio dai Comuni aggiungendosi a quelle proprie dell'Ente.

Come visto in precedenza (cfr. § 1.3.), la spesa sociale dei Comuni viene finanziata in misura preponderante attraverso risorse proprie, dato confermato dalle evidenze che emergono dall'indagine. Per buona parte delle tipologie di servizio, e per entrambe le modalità di gestione, le risorse municipali rappresentano il principale bacino di finanziamento, dato che vale particolarmente per quelle fattispecie di servizio funzionali alla fruizione di altre prestazioni sociali - trasporto verso RSA (Residenze Sanitario

[62] Rientrano tra le risorse proprie dei Comuni *a)* imposte proprie, *b)* addizionali e compartecipazioni ad imposte erariali e regionali; *c)* tasse e diritti per servizi pubblici; *d)* altre entrate proprie, anche di natura patrimoniale. Tutto quanto non rientra all'interno di tali categorie va a costituire le risorse derivanti da trasferimenti.

Assistenziali per anziani)/RSD(Residenze Sanitarie per Disabili), centri diurni e case famiglia, trasporto scolastico – e per l'accompagnamento di disabili presso il luogo di lavoro.

La fonte di finanziamento provinciale è presente in misura rilevante per il trasporto scolastico disabili verso gli istituti superiori e per la formazione professionale, in virtù delle competenze previste dalla Legge: il D.lgs. 31 marzo 1998, n. 112, incarica le Province di provvedere al trasporto scolastico relativo alle scuole superiori, mentre spetta ai Comuni garantire il trasporto per tutti i gradi inferiori di istruzione, scuola materna inclusa (art. 139). Nei fatti, la tematica risulta complessa e ad oggi non chiara in quanto finora regolata in maniera diversa tra le Regioni (la Regione Emilia Romagna attribuisce tale competenza ai Comuni, la Regione Lombardia alle Province), anche per la mancanza di un'adeguata definizione di principio in sede di Conferenza Stato-Regioni, che pure ha trattato il tema in passato. La Regione Toscana ha comunque trasferito alle Province, per le annualità 2012 e 2013, 1 milione di euro complessivo da destinare al trasporto scolastico di allievi con disabilità[63].

La fonte di finanziamento regionale[64] viene utilizzata in maniera residuale per la gestione singola, mentre la modalità di gestione associata mostra una capacità ben maggiore di intercettare tali fondi, verosimilmente quelli destinati allo svolgimento di servizi in forma associata tra più corpi municipali.

La compartecipazione economica dell'utente al finanziamento del servizio è una fattispecie che, come visto nel corso dei precedenti paragrafi, viene utilizzata in maniera residuale dagli enti pubblici titolari del TS. Tale datosi può ricondurre alla natura obbligatoriamente gratuita che caratterizza il servizio verso alcune fasce di utenti, come i disabili e gli anziani posizionati nelle fasce di reddito basse, le quali rappresentano una quota largamente prevalente dei fruitori del servizio. Il questionario non ha consentito di rilevare tale evidenza, ma è altresì verosimile affermare che la compartecipazione sia prevista soprattutto per quei servizi legati a prestazioni di '*welfare* leggero'.

La gestione del servizio in forma associata mostra in genere una maggiore capacità di attivare fonti di finanziamento del servizio diverse rispetto a quelle facenti capo ai diversi livelli istituzionali considerati; pur non potendo discriminare nello specifico le voci che compongono la modalità di risposta 'altre fonti di finanziamento', queste sono sostanzialmente riconducibili a fondi *una tantum*per specifici progetti intercettati dall'Unione Europea e/o dall'ambito privato e del Terzo Settore.

---

[63]Per una trattazione più approfondita del tema si rimanda al capitolo 2.

[64]È verosimile affermare che gli enti rispondenti all'indagine abbiano ricompreso le risorse regionali trasferite dal Fondo indistinto FRAS (Fondo regionale assistenza sociale) tra le risorse proprie dell'Ente, in quanto iscritte direttamente a bilancio dalle stesse Istituzioni.

I dati sopra presentati relativi alle fonti di finanziamento del servizio di TS confermano alcuni trend evidenti anche a livello macro nella spesa dei Comuni e forniscono allo stesso tempo degli interessanti spunti di riflessione relativamente alla capacità, in base alla modalità di gestione del servizio, di intercettare ed utilizzare più fonti finanziarie, anche allargando lo spettro oltre il panorama istituzionale tradizionale costituito da *a)* Comune, *b)* Provincia, *c)* Regione.
Come visto, le diverse tipologie di servizio di TS vengono finanziate in larghissima parte attraverso risorse proprie dei Comuni, e ciò è vero soprattutto per la modalità di gestione singola, mentre i Comuni organizzati in forma associata riescono a raggiungere una maggiore diversificazione delle fonti.

3.6. Le principali criticità rilevate nella gestione del servizio

La parte conclusiva del questionario rivolto agli enti pubblici titolari, o delegati, del servizio di TS ha approfondito l'aspetto legato ai punti di debolezza del servizio così come è organizzato nella fase attuale all'interno dei diversi territori. Chiaramente le difficoltà riscontrate dagli enti sono, in molti casi, sovrapponibili all'interno delle due gestioni (singola o associata), cercheremo quindi in queste pagine di mettere in risalto quei *minus* più specificamente legati alle scelte operative degli enti, suddividendoli in due categorie:

1) Rapporto con gli enti cui viene affidato il servizio
2) Normativa di riferimento

Criticità nel rapporto con gli enti cui viene affidato il servizio in gestione

Un primo dato che emerge dalla lettura dei dati dell'indagine relativa a questa sezione è che le criticità risultano essere segnalate in misura nettamente più marcata da quegli enti che svolgono il servizio in modalità associata. Prima di poter affermare che tale modalità di gestione comporti maggiori criticità rispetto alla gestione singola del Comune – in questo caso relativamente al rapporto con cooperative, associazioni ed altri soggetti affidatari del servizio – può apparire verosimile affermare che, all'interno della gestione associata, vi è anzitutto una maggiore percezione di situazioni critiche derivanti dal fatto che non risulta sempre facile il coordinamento di soggetti legati al privato sociale – così come rilevato nel corso di altre indagini condotte dall'Osservatorio Sociale Regionale (Bracci, 2011; Tomei, Caterino, 2013) –, tanto più quanto questi risultano essere anche appartenenti a territori diversi. Questo maggiore grado di criticità, tuttavia, comporta allo stesso tempo anche il bisogno di un maggiore raccordo e condivisione delle scelte tra gli enti pubblici che costituiscono la gestione associata: in tal senso, lo scambio di idee all'interno di tavoli allargati può aver portato anche ad una maggiore riflessione, e consapevolezza, sui problemi presenti all'interno del servizio.

Entrando nello specifico delle difficoltà segnalate, emergono delle questioni rispetto alla capacità di rendicontare correttamente i costi sostenuti per la gestione del servizio, elemento gravoso tanto per il privato sociale che gestisce il servizio, quanto per le Amministrazioni chiamate a validare tale attività. In particolare, risulta ancora difficile il passaggio da una logica di rimborso forfettario ad una logica di rimborso basato su una rendicontazione puntuale delle attività svolte attraverso le ore di lavoro, i km percorsi, personale e mezzi impiegati ed i costi sostenuti.
La percezione di maggiore difficoltà nel gestire il rapporto con le associazioni risulta altresì amplificata laddove l'ente si avvale di più soggetti, i quali si trovano quindi ad operare all'interno dello stesso territorio – in alcuni casi con la medesima utenza – e per i quali occorrerebbe approntare delle azioni di raccordo delle attività svolte da ognuno. In casi sporadici (cfr. §4.1.) tale coordinamento viene svolto - anche a rotazione - da una delle organizzazioni del privato sociale, la quale cura anche la parte di rendicontazione delle attività; tale modalità organizzativa risulta essere tutt'altro che banale, tanto che molti sono gli enti a segnalare difficoltà, da parte di associazioni e cooperative, nel riconoscere un ruolo di coordinamento ad un altro soggetto di pari livello.
Criticità vengono altresì segnalate rispetto al difficile equilibrio da assicurare tra risorse e mezzi a disposizione dei soggetti che svolgono il servizio e la domanda di TS da parte degli utenti. Di fronte a particolari esigenze possono infatti essere non infrequenti ritardi nella gestione di alcune prestazioni o addirittura impossibilità ad assicurare le stesse in virtù dell'insufficienza di mezzi e personale a disposizione dei soggetti che svolgono il servizio. I rispondenti all'indagine rilevano inoltre alcune problematiche presenti nell'aspetto relazionale e di interfaccia con l'utenza, elementi da curare maggiormente da parte dei soggetti del privato sociale gestori del servizio, considerando le caratteristiche dei principali fruitori del servizio: anziani e disabili.

Criticità nella normativa di riferimento

L'indagine sul servizio di Trasporto sociale, sia attraverso il questionario *on line* che con i casi studio qualitativi, ha fatto emergere con forza una domanda di normativa puntuale di riferimento da parte degli enti pubblici titolari del servizio: viene segnalata, in particolare, l'assenza di un quadro univoco rispetto ad alcuni elementi fondamentali, quali le modalità di accesso al servizio, la compartecipazione economica da parte degli utenti, le fattispecie di servizio fornite. Il quadro estremamente variegato del servizio di TS offerto in Toscana, descritto nelle pagine precedenti, viene avvertito come forte criticità da parte dei soggetti rispondenti all'indagine: al contrario del trasporto sanitario, in Toscana regolato dalla L.R. n. 40/2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale) e dalla L.R. n. 25/2001 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario)[65], il TS viene

[65]Entrambe le norme hanno subito modifiche attraverso la riorganizzazione del sistema di trasporto sanitario toscano operato con la L.R. 70/2010 (cfr. § 2.)

richiamato nella L.R. 41/2005(Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) soltanto quando si parla genericamente di "[…]*forme di agevolazione per l'accesso a trasporti*" per minori (art. 53), anziani (art. 54) e disabili (art. 55).

La presenza di forme organizzative e gestionali molto diverse tra loro, emerse da questa indagine, conferma l'eterogeneità dovuta alla mancanza di una normativa quadro in materia, mentre tra gli enti pubblici titolari del servizio cresce la preoccupazione rispetto alla legittimità delle proprie scelte con riferimento, soprattutto, alle modalità di affidamento del servizio.

Altra criticità esposta rispetto all'ambito normativo concerne la mancanza di definizione di livelli minimi di assistenza, il che ha comportato sul territorio toscano un'estrema varietà e variabilità di offerta di servizi, in cui la compartecipazione al finanziamento del servizio da parte dell'utenza non sempre viene richiesta, provocando di fatto delle situazioni di disparità in merito a tipologie di servizi sociali che si caratterizzano come fondamentali per le caratteristiche dell'utenza e le finalità che perseguono (p.e. trasporto scolastico disabili).

Emerge infine la problematica relativa a quella che possiamo definire un'*area grigia* a metà strada tra il sanitario ed il sociale, ovvero la mancanza di servizi di mobilità a sostegno di terapie verso cronicità stabilizzate non classificate nelle acuzie.

4. Modelli di gestione del Trasporto sociale in Toscana: casi studio

L'indagine sul servizio di Trasporto sociale ha rivelato, come visto nel precedente capitolo, una varietà di modelli organizzativi e gestionali del tutto peculiari, con punti di sovrapposizione ma anche notevoli differenze su aspetti quali le modalità di affidamento ai soggetti del privato sociale, le modalità di accesso e compartecipazione ai costi del servizio. I risultati dell'indagine hanno quindi fatto emergere l'esigenza di un approfondimento qualitativo in grado di restituire un quadro più approfondito della situazione toscana. I quattro casi studio, analizzati attraverso interviste in profondità ai soggetti responsabili del servizio, sono stati individuati tenendo conto delle diverse modalità organizzative ed operative e dei differenti enti titolari o delegati della gestione del TS; l'individuazione degli approfondimenti ha tenuto altresì conto delle macro aree regionali: la Società della Salute Pisana per la parte Area Vasta nord-ovest-Zona costiera, il Comune di Cortona per l'area vasta sud-est e infine, per l'area vasta centro, l'SdS Fiorentina Nord Ovest e l'Azienda USL 4 Area Pratese.

4.1. Società della Salute Fiorentina Nord Ovest

La Società della Salute Fiorentina Nord Ovest comprende la fascia territoriale a nord-ovest di Firenze, riguardante otto amministrazioni comunali (Calenzano, Campi Bisenzio, Fiesole, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino, Signa, Vaglia). Essa è attiva, inizialmente in forma sperimentale, a partire dal 2003. La popolazione residente nel territorio di riferimento era, nel 2013, composta da 214.399 persone di cui 48.116 (22,4%) di età superiore ai 65 anni.

Organizzazione generale

Il Trasporto sociale viene gestito in forma associata per le amministrazioni comunali di Calenzano, Campi Bisenzio, Fiesole, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino, Signa, Vaglia, ossia tutti i Comuni facenti parte della Società della Salute. Quest'ultima ha avuto la delega allo svolgimento del Trasporto sociale "istituzionale" da parte dei Comuni a metà dell'anno 2008.

Il servizio di Trasporto sociale svolto dalla Società della Salute riguarda delle specifiche categorie di persone, ossia: disabili gravi e anziani *over* 65 non autosufficienti. Il servizio non è a chiamata: per accedervi è necessario essere presi in carico da un assistente sociale del Servizio Sociale Professionale che rediga un piano assistenziale nel quale è prevista anche l'attività di trasporto. In particolare, l'assistente sociale valuta sia le condizioni del soggetto che quelle del nucleo familiare in cui è inserito e, se ne ricorrono i presupposti,

presenta domanda di accesso ai servizi di Trasporto sociale per raggiungere destinazioni aventi comunque natura sociale. L'art. 34 del Regolamento della gestione associata sintetizza i destinatari e le finalità del servizio: "possono usufruire del servizio i soggetti portatori di handicap certificati e anziani non autosufficienti che si recano a centri diurni, centri di socializzazione, scuole e – in casi particolari – a luoghi di lavoro e/o formazione e che siano impossibilitati (anche in modo temporaneo) ad utilizzare i servizi di trasporto pubblico locale". Qualora invece un disabile o un anziano necessiti di recarsi presso un ospedale per esami o visite, la prestazione non viene codificata nel Trasporto sociale sinora descritto - definito "istituzionale" - ma in quello cosiddetto "non istituzionale". Quest'ultimo tipo di Trasporto sociale, pur essendo erogato dai medesimi soggetti, si distingue dal precedente in quanto attività sporadica, richiesta per motivi personali, comunque slegata dal percorso assistenziale definito per il soggetto beneficiario. Esso non è gestito dalla Società della Salute ma è in carico ai singoli Comuni, che vi fanno fronte con specifici progetti locali (ad esempio a Sesto Fiorentino è attivo "Sesto Solidale"). Il trasporto di alunni disabili verso istituzioni scolastiche, pur essendo concettualmente distinto dal Trasporto sociale, è nella pratica gestito insieme al Trasporto sociale "istituzionale". Ciò vale sia per gli istituti primari e secondari di primo grado, che per quelli secondari di secondo grado e di formazione professionale, nonostante per questi ultimi la complessa e non chiarissima normativa sembri attribuire alle amministrazioni provinciali la competenza e il finanziamento[66].

Secondo quanto descritto dal "Patto Territoriale" (All. A alla delibera assemblea dei soci della Società della Salute del 7/9/2012) i servizi offerti non si limitano all'accompagnamento sociale, ma si articolano in una rete di attività collegate tra loro. I servizi sono riassumibili nella locuzione "*welfare* leggero" e comprendono: consegna pasti a domicilio, ritiro e consegna a domicilio di presidi sanitari e farmaci, sorveglianza attiva all'anziano fragile, supporto all'attività del *Chronic Care Model*[67].

L'analisi quantitativa sui servizi offerti nel 2013 mostra che sono risultati beneficiari 290 soggetti. In larga maggioranza (268 pari al 92%) si tratta di disabili, mentre il residuo si ripartisce equamente tra anziani e ragazzi. Questi ultimi sono facenti parte di famiglie in situazione di disagio per vario genere e dunque classificati come "a rischio". Essi beneficiano del servizio di trasporto da/verso il Centro di socializzazione di S. Andrea in

[66]A conferma di ciò, l'art. 1 della Convenzione che regola i rapporti tra la Società della Salute, l'Associazione erogatrice del servizio e la Centrale Operativa Unica (Associazione Esculapio) contempla nell'oggetto della stessa l'accompagnamento volto a garantire, tra le altre fattispecie, anche la "frequenza scolastica di ogni ordine e grado".

[67]Il Chronic Care Model è un modello concettuale che ribalta il tradizionale approccio del sistema sanitario, limitando le cure *ex-post* e valorizzando gli interventi proattivi e preventivi. In proposito si veda Mele S. e Tosi F. (2009).

Percussina nei pressi di San Giovanni Valdarno. La Società della Salute si occupa anche del trasporto di 25 alunni di scuole secondarie superiori o di istituti di formazione. Nel complesso la Società della Salute ha fornito 580 prestazioni, prevalentemente riferite a trasporti (individuali o collettivi) verso centri diurni, case famiglia, e istituti scolastici di infanzia, primaria e secondaria di primo grado. Sporadiche sono le attività riferite a trasporti per motivi lavorativi, mentre consistenti sono quelle collegate a centri sociali, ferie estive, centri Alzheimer o di altra specializzazione. Negli anni recenti si è osservata una crescita della richiesta di prestazioni, soprattutto per quanto concerne la categoria dei disabili. Tutte le domande pervenute sono state soddisfatte.

Gestione operativa

La Società della Salute, al momento in cui è stata chiamata a gestire il Trasporto sociale, ha ereditato le modalità adottate dalle singole amministrazioni comunali che erano assai eterogenee sia per quanto attiene all'individuazione delle associazioni erogatrici che per quanto riguarda i rimborsi alle stesse. A complicare ulteriormente la situazione è giunta l'Unione Europea che, mediante sentenza della Corte di Giustizia, è intervenuta sulle possibili forme di affidamento dei servizi socio-sanitari[68]. La soluzione escogitata dalla Società della Salute si basa innanzitutto, come visto, nell'ampliare i servizi forniti dalle associazioni ai beneficiari, che dunque non comprendono solo il trasporto ma anche tutte quelle attività, riassumibili nella locuzione "*welfare* leggero". Ciò è stato fatto mediante la sottoscrizione di un "Patto territoriale" tra la Società della Salute e la rete delle associazioni di volontariato presenti sul territorio. Tale atto dettaglia anche il modello organizzativo, basato su una Centrale Operativa Unica per tutta l'area che organizza le migliori condizioni di trasporto, riceve le richieste dalla popolazione, smista i servizi tra le associazioni erogatrici[69], verifica la qualità delle prestazioni, valida le rendicontazioni dei soggetti erogatori, monitora l'andamento complessivo del sistema e trova le soluzioni che migliorano l'efficacia e l'efficienza complessiva. La Centrale Operativa Unica è rappresentata dall'Associazione Esculapio, con la quale tutte le associazioni di volontariato intenzionate ad erogare i servizi devono necessariamente essere convenzionati. La possibilità di sottoscrivere la convenzione è concessa a tutte le realtà associative regolarmente iscritte nel registro provinciale e in possesso dei mezzi strumentali idonei a svolgere il servizio, rendendo pertanto aperto il mercato a chiunque voglia parteciparvi. La convenzione - che regola i rapporti tra Società della Salute, associazioni di volontariato e Associazione Esculapio - stabilisce anche le modalità di svolgimento dei servizi e le regole di rimborso. Le spese rimborsabili alle associazioni erogatrici sono esclusivamente quelle "vive" realmente sostenute, quali ad esempio: assicurazioni, carburante, utenze. Il

[68] In proposito cfr. il capitolo 1.

[69] I servizi vengono assegnati alle associazioni erogatrici sulla base di criteri storici, geografici e di valutazione dell'operato.

vantaggio di questo modello organizzativo è plurimo: esso consente da un lato di avere una omogeneità nelle caratteristiche dei servizi offerti su tutto il territorio, mentre dall'altro permette un monitoraggio centralizzato degli standard quali-quantitativi offerti. Inoltre esso, rimborsando solo le spese "vive" ma non quelle per il personale, implicitamente valorizza il ruolo del volontariato. Infine, la gestione unitaria può contribuire a introdurre miglioramenti di efficienza, efficacia, appropriatezza. La Società della Salute ha anche stilato una Carta dei servizi che indica i tempi da rispettare e le procedure da espletare da parte di tutti i soggetti chiamati in causa nell'erogazione dei servizi in questione.

L'analisi quantitativa mette in rilievo che i servizi sono erogati utilizzando i 150 mezzi di proprietà delle 24 associazioni di volontariato convenzionate, che consistono in auto, pulmini e veicoli opportunamente attrezzati. Anche le risorse umane necessarie per espletare i servizi sono interamente fornite dalle associazioni di volontariato. E' prevista una compartecipazione al servizio, ma solo nelle circostanze in cui non vi è l'obbligo di effettuare gratuitamente il servizio. La compartecipazione – che ha natura forfettaria ed è indipendente dalla lunghezza del tragitto – è definita sulla base di soglie ISEE precisate da un apposito atto: per il 2014 la Deliberazione della Giunta Esecutiva n. 1 del 19/02/2014 ha quantificato in 23 euro mensili, ossia in un importo pari al prezzo dell'abbonamento ATAF per studenti. Gli utenti possono chiedere l'esenzione dalla compartecipazione se aventi un ISEE inferiore al valore individuato annualmente e pari, per il 2014, a 6.440,59 euro. Esistono altri soggetti esentati dalla compartecipazione quali, in particolare, gli alunni in possesso di invalidità civile (art. 28 l. 118/1971).

Risorse economiche

Il volume di risorse utilizzato nel 2013 è stato pari a 1.039.345,29 euro, di cui 51.300 euro (4,9%) derivanti da compartecipazione dei beneficiari delle prestazioni. Pertanto ben 988.045,29 euro derivano da stanziamenti pubblici. Le risorse utilizzate comprendono i fondi provinciali per il trasporto di alunni verso istituti secondari di secondo grado o di formazione professionale. Infatti, la Provincia di Firenze con la Determinazione Dirigenziale 1152 del 25/07/2013 ha stanziato per l'anno scolastico 2012/2013 a favore della Società della Salute Fiorentina Nord Ovest 42.386,86 euro. Tale importo, che copre solo il 63% circa dei costi dichiarati dall'ente, è stato calcolato tenendo in considerazione gli utenti serviti, il costo complessivo sostenuto, il minor costo per beneficiario[70].

[70]Secondo quanto riportato nella Determinazione Dirigenziale della Provincia di Firenze n. 1152 del 25/07/2013, nell'anno scolastico 2013/2014 gli alunni trasportati nella SdS Fiorentina Nord Ovest sono stati 24 (76 nell'intera Provincia) per una spesa totale dichiarata pari a 66.900,96 euro (397.366,83 euro nel territorio provinciale). Il costo del servizio per studente nel'area oggetto di studio è stato pari a 2.787,54 euro, mentre nell'intera area provinciale si è attestato a 5.228,51 euro.

Nodi critici

Le criticità che vengono rilevate sono molteplici. *In primis* vi è sicuramente l'assenza di un *corpus* normativo che consenta, anche alla luce delle prescrizioni europee, di coniugare la rilevanza economica dei servizi in questione con l'uso e la valorizzazione del ruolo del volontariato. L'articolata, complessa e incompleta normativa attuale andrebbe inoltre rivista in maniera tale da rendere chiare le caratteristiche del servizio offerto ed espliciti i requisiti dei soggetti che possono erogarlo. In secondo luogo, viene avvertita la mancanza di criteri regionali che consentano una certa uniformità nelle caratteristiche dei servizi offerti nei vari ambiti territoriali. In terzo luogo, si sono riscontrati problemi con le associazioni di volontariato che, passando al nuovo modello organizzativo, temevano una perdita di autonomia, dei tempi più lunghi per i pagamenti, minori risorse a disposizione. L'ultima criticità riguarda il Servizio Sociale Professionale che lamenta un eccessivo carico di lavoro.

4.2. Azienda USL 4 Area Pratese

L'Azienda USL 4 Area Pratese gestisce, con delega, il servizio di Trasporto sociale di 6 Comuni della Provincia di Prato (Montemurlo, Carmignano, Poggio a Caiano, Cantagallo, Vaiano e Vernio), con la sola eccezione del Capoluogo. La popolazione residente nel territorio di riferimento corrisponde ad oltre 61 mila unità, dispersa su un'area piuttosto vasta e con caratteristiche eterogenee sia dal punto di vista geomorfologico che socio-demografico. La popolazione *over*65 rappresenta il 21,3% dei residenti.

Organizzazione generale

Il TS gestito dall'Azienda USL 4 è un servizio rivolto principalmente ad utenti disabili e anziani, con carattere continuativo e programmato legato ad un progetto sulla persona. Il Trasporto sociale può essere inteso come un'attività strumentale per altri servizi, consentendo agli utenti la frequenza di *a)* centri diurni presso le residenze sanitarie assistenziali; *b)* scuole secondarie di 2° grado e/o sedi di formazione professionale per gli alunni disabili; *c)* centri sanitari e di socializzazione presenti nel territorio della provincia di Prato; *d)* sedi per l'attuazione dei progetti socio-terapeutici. Oltre a tali fattispecie, su valutazione e proposta del Servizio sociale è possibile attivare trasporti occasionali ed eccezionali per persone prive di assistenza familiare ed in condizioni economiche disagiate.

L'accesso al servizio avviene attraverso la domanda dell'utente (o di un suo familiare) che si rivolge all'assistente sociale della sede distrettuale di residenza, il quale valuta la pertinenza della richiesta rispetto alla condizione personale, familiare ed economica dell'utente. Il servizio richiede normalmente il pagamento di un ticket (€ 2,50 giornaliero o € 35 mensile), per il quale sono previste alcune categorie esenti: *1)* anziani non

autosufficienti frequentanti centri diurni convenzionati; *2)*utenti il cui indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) sia inferiore all'importo annuo del trattamento minimo erogato dall'INPS, che per l'anno 2014 è pari a Euro 6.517,94. I residenti nel Comune di Montemurlo sono in ogni caso esenti dalla compartecipazione economica al servizio, avendo scelto l'Amministrazione Comunale di accollarsi per intero l'onere economico del servizio.
Nel corso del 2013 l'Asl 4 ha erogato 10.670 prestazioni per 51 utenti, di cui l'82,4% costituito da disabili. Nove prestazioni su 10 hanno riguardato i trasporti verso i centri diurni del territorio, mentre la quota restante è costituita da trasporti dei disabili per percorsi lavorativi più inclusivi, come l'inserimento socio-terapeutico; non vi sono state invece domande relative al trasporto disabili presso istituti superiori o centri di formazione professionale.

Gestione operativa
Il servizio di TS per i 6 Comuni più piccoli della provincia di Prato è gestito dall'Azienda USL 4 attraverso un rapporto regolato da convenzione e disciplinare di servizio (Deliberazione n.555 del 21 giugno 2006) con 5 associazioni del territorio.
L'accesso al servizio, come detto, avviene attraverso il filtro del soggetto pubblico, che comunica alle associazioni i servizi autorizzati e, nella fattispecie, l'elenco dei beneficiari del servizio nel quale è indicata la residenza, la destinazione e gli orari da rispettare per ciascuno di essi. La convenzione del 2006 prevedeva la presenza di un'associazione capofila che avrebbe dovuto curare il coordinamento e la ripartizione delle prestazioni tra i 5 soggetti; nei fatti tale ruolo - assunto poi dall'Azienda USL - si è andato progressivamente perdendo a causa dell'impegno molto gravoso a carico del soggetto capofila, cui non venivano riconosciute risorse economiche aggiuntive per il ruolo svolto.
Il budget totale disponibile su base annuale per il servizio è di 195 mila euro annui[71],ripartiti alle associazioni in misura forfettaria e proporzionale ai servizi svolti e alle spese sostenute, a titolo di rimborso per lo svolgimento dei servizi in regime convenzionale; da tale cifra vengono eventualmente decurtate le somme derivanti dai ticket pagati dagli utenti trasportati.

Al di fuori dei servizi previsti dalla convenzione e dal disciplinare ex Delibera n.555, tutti i 6 Comuni che hanno delegato il servizio alla Asl mantengono progetti locali di collaborazione più o meno strutturati con alcune associazioni, le quali provvedono al potenziale fabbisogno di trasporti occasionali all'interno del proprio territorio.

[71]Il budget totale è così composto: a) costi a carico del bilancio sociale dei Comuni, circa € 175.000; b) costi a carico del bilancio sanitario Asl per centri diurni sanitari ex art. 26 della legge 833/1978, circa € 9.400; c) stima compartecipazione utenti, circa € 10.600

Alcune criticità cristallizzate nel tempo nella gestione del servizio hanno recentemente portato l'Azienda USL 4, congiuntamente al Comune di Prato, a riconsiderare l'organizzazione del servizio, in parte ispirandosi al modello dell'SdS Fiorentina Nord Ovest (cfr. § 4.1.)in virtù dell'esigenza di rispondere alle norme europee in tema di affidamento di servizi e salvaguardare il ricco patrimonio associativo del territorio.

Il Patto territoriale per il Welfare di prossimità

Nel corso del mese di febbraio 2014 la Società della Salute Area Pratese ha approvato il testo del 'Patto territoriale per il *Welfare* di prossimità o 'leggero'[72], che muove da un percorso di revisione condiviso tra Consulta del Terzo Settore e Società della Salute Pratese al fine di riformulare in termini di efficacia ed efficienza l'attuale organizzazione dei servizi di *welfare* di prossimità, con particolare riferimento ai servizi di base alla persona ed all'accompagnamento sociale. L'obiettivo dichiarato è quello di far evolvere i metodi di lavoro sedimentati e condivisi tra i diversi soggetti coinvolti […] *in una vera e propria rete territoriale, governata dal soggetto pubblico (Comune di Prato/Asl 4), capillarmente diffusa e capace di intervenire su un'ampia rosa di servizi di welfare "leggero"*[73].

I punti qualificanti del Patto territoriale investono principalmente 1) la costruzione di un modello organizzativo a rete, con l'individuazione di un unico soggetto coordinatore (ruolo tecnico-amministrativo) – pubblico o del privato sociale – e di un gruppo di monitoraggio e valutazione (ruolo politico); 2) una modalità di rendicontazione dei soli costi vivi realmente sostenuti.

L'individuazione di una Centrale operativa unica (pubblica o del privato sociale) risponde ad un'esigenza fortemente avvertita dall'Azienda USL, in precedenza chiamata a svolgere tale ruolo senza tuttavia avere un'organizzazione o un protocollo cui rispondessero tutti i soggetti della rete. I vantaggi attesi da questa riorganizzazione dovrebbero toccare i diversi *stakeholders*:

1) Azienda USL e Comune di Prato:
    - coordinamento trasparente ed efficace;
    - unico interlocutore operativo per smistamento servizi, avvio nuove convenzioni, rendicontazione.
2) Associazioni:

[72]Il documento, approvato con Delibera di Assemblea n.9 del 21/02/2014,tiene conto del DGRT n. 1133 del 16/12/2013 che prevede l'approvazione dello schema di collaborazione fra Regione Toscana e le Associazioni di Volontariato per la tenuta del sistema di convivenza sociale e civile nei territori della Toscana, con particolare riferimento alle seguenti aree di intervento: trasporto sanitario; Trasporto sociale; sanità territoriale; mobilità e servizi di prossimità; protezione civile.

[73]Allegato alla Delibera di Assemblea dei Soci SDS Area Pratese n.9 del 21/02/2014

- definizione di criteri omogenei di qualità ed efficienza del servizio, adottati da tutte le associazioni erogatrici;
- maggiore flessibilità tra le associazioni erogatrici;
- possibilità di operare sinergie e contrazione dei tempi e dei costi operativi;
- erogazione di servizi ulteriori.

3) Cittadini:
   - maggiore qualità ed efficienza;
   - flessibilità operativa e migliore personalizzazione;
   - richiesta di ulteriori servizi non convenzionati.

La Centrale operativa unica gestita dal soggetto coordinatore dovrà in particolare provvedere a:

- Ricevere le richieste di servizio dai servizi territoriali;
- Recepire e attuare tutte le indicazioni operative in merito alle esigenze specifiche degli utenti;
- Organizzare con utente e familiari le migliori condizioni di servizio;
- Contattare l'Associazione erogatrice sulla base di criteri e modalità condivise e assegnare i servizi all'interno di un coordinamento generale;
- Verificare l'erogazione del servizio;
- Provvedere tempestivamente ad eventuali mancate erogazioni dovute a cause non prevedibili;
- Ricevere e validare le rendicontazioni delle Associazioni erogatrici, trasmettendo tale documentazione all'Azienda USL 4 o al Comune di Prato, in base alle specifiche competenze;
- Ottimizzare i tempi e i costi dei servizi al fine di generare economie;
- Misurare la qualità e l'omogeneità del servizio con la periodica verifica del grado di soddisfazione degli utenti, anche attraverso la realizzazione di un tavolo permanente di verifica e miglioramento con le famiglie;
- Segnalare al tavolo di monitoraggio del progetto le principali criticità operative suggerendo migliorie e razionalizzazioni.

Il Patto territoriale prevede altresì l'istituzione di un gruppo di monitoraggio e valutazione, composto da quattro membri individuati dalle e tra le associazioni aderenti che, oltre alle funzioni tecniche di monitoraggio e valutazione, avrà le funzioni di *1)*interlocuzione con l'Assemblea SdS relativa al Progetto nel suo insieme e partecipando pertanto, per parte associativa, al tavolo paritetico con SdS/Asl/Comune di Prato; *2)*verifica e controllo verso le Associazioni e verso il soggetto coordinatore.

Previa sottoscrizione degli accordi specifici e delle convenzioni, il nuovo modello di *welfare* leggero per il territorio pratese dovrebbe divenire operativo a partire da gennaio 2015: molte sono le novità introdotte, alcune delle quali in risposta ad alcune criticità presenti nella strutturazione dei servizi sociali, non solo quindi del TS. Non da ultimo, il Patto territoriale offre una risposta al problema posto dalla sentenza della Corte di Giustizia Europea (la già richiamata Causa C-113/13) che rileva incongruenze sulle modalità di assegnazione delle attività di trasporto protetto attuate in Toscana: i contributi alle associazioni di volontariato sono infatti riconosciuti soltanto a fronte di una rendicontazione puntuale – e corredata da documentazione – delle spese sostenute, abbandonando quindi il principio forfettario, altro nodo critico del precedente *modus operandi*.
Il Patto prevede altresì la possibilità di allargare la platea dei soggetti impegnati nella gestione operativa del servizio, previa sottoscrizione del Patto, a quelle associazioni con sede nella provincia di Prato, iscritte alla Consulta del Terzo Settore SdS Pratese e accreditate ai sensi della LR 82/2009.

Punti di forza e criticità
L'Azienda USL 4 Area Pratese ha visto progressivamente indebolirsi l'organizzazione del servizio impostata con le associazioni attraverso la convenzione del 2006, a causa soprattutto di mutate esigenze rispetto al quadro dei bisogni che aveva ispirato la strutturazione del servizio svolto in collaborazione con i soggetti del Terzo Settore. A fronte di un dato 'storico' di circa 48-53casi presi in carico, nel corso degli ultimi anni l'attore pubblico si è trovato a dover gestire, in alcuni periodi, liste di attesa che arrivavano finanche a 8/10 utenti. Altro aspetto che ha conosciuto il progressivo degradarsi delle condizioni previste dalla convenzione del 2006 è stato poi il ruolo di coordinamento operativo che doveva essere assunto da uno dei 5 soggetti associativi, ruolo sperimentato soltanto in una fase iniziale, per poi ritornare di fatto in mano al personale Asl.
Ulteriore nodo critico dell'odierna organizzazione del servizio riguarda una sperequata copertura territoriale delle associazioni rispetto alle esigenze: da un lato si ha una buona presenza fisica degli enti convenzionati nel comune di Montemurlo e nei comuni medicei (Carmignano e Poggio a Caiano), mentre, dall'altro, risulta insufficiente la copertura per i territori dell'alta Valbisenzio (Vaiano, Vernio e Cantagallo), i cui comuni presentano altresì caratteristiche geomorfologiche e di servizi a supporto (aree montane e parzialmente montane, minore accessibilità dei mezzi di trasporto pubblici) che rendono più complicata la mobilità della popolazione residente.
Come visto nel corso del paragrafo precedente, alcuni dei nodi critici richiamati sono stati affrontati all'interno del Patto territoriale siglato nel febbraio 2014, nato per rispondere alle esigenze di razionalizzazione e miglioramento degli standard di servizio e, non da

ultimo, alla questione relativa all'affidamento di servizi di rilevanza economica. La nuova organizzazione, a regime a partire dal 2015, ha puntato sulla valorizzazione del ruolo della rete territoriale, chiamata a collaborare non su singoli servizi ma su un 'pacchetto' di servizi di *welfare* leggero. La rendicontazione documentale delle spese sostenute dalle associazioni, già presente nella fase odierna, viene ulteriormente affinata abbandonando il principio del rimborso forfettario, a favore del rimborso delle sole spese documentate; a ciò si aggiunga che il Patto richiede ai soggetti sottoscrittori dell'Accordo una quota di cofinanziamento pari al 30%, presumibilmente da riconoscere nei mezzi propri messi a disposizione e dal lavoro prestato dai volontari dalle associazioni. Il Patto territoriale resta inoltre aperto all'adesione di ulteriori soggetti del territorio (p.e. la Croce Rossa presenterebbe tutti i requisiti richiesti) per rispondere alla domanda di servizio delle diverse aree omogenee della provincia pratese.
Tra i principali punti di forza rivendicati dall'Azienda USL 4 vi è la capacità di conseguire economie di scala su servizi – tra cui anche il TS – che difficilmente avrebbero raggiunto soglie critiche ottimali considerata la dimensione di alcuni Comuni che hanno delegato la gestione.
Un ultimo aspetto che si vuole sottolineare riguarda l'utenza e la compartecipazione ai costi del servizio: buona parte dei fruitori del TS è esente dal pagamento del ticket di compartecipazione ai sensi dei criteri previsti dal Disciplinare del 2006; ciò finisce per dirottare buona parte delle risorse sui cd. *insiders* – ovvero coloro che sono già presi in carico dai Servizi -, riducendo sia il numero di potenziali beneficiari sia la possibilità di prevedere altre fattispecie di servizio per il TS. Come considerazione generale, non valida quindi soltanto per l'Azienda USL pratese, molti dei criteri di esenzione oggi previsti trascendono la condizione economica dell'individuo e della sua famiglia: è verosimile pensare che, se si vorrà ampliare la platea dei potenziali beneficiari dei servizi, si dovrà passare per una valutazione multi criterio in cui la condizione economica sarà sempre oggetto di valutazione, eventualmente 'pesata' sullo stato di salute e/o altre caratteristiche dell'utente.

4.3. Società della Salute Pisana

La Società della Salute Pisana è un consorzio pubblico che comprende una vasta area territoriale della Provincia di Pisa a corona del capoluogo, riguardante otto amministrazioni comunali (Calci, Cascina, Fauglia, Lorenzana, Orciano Pisano, San Giuliano Terme, Vecchiano, Vicopisano) oltre al Comune di Pisa. La popolazione residente nel territorio di riferimento era, nel 2013, composta da 194.130 persone di cui 44.218 (22,8%) di età superiore ai 65 anni. Da Gennaio 2014, in seguito alla fusione del Comune di Lorenzana con il Comune di Crespina, si è registrato un aumento della popolazione residente.

Organizzazione generale

Il Trasporto sociale viene gestito in forma associata per le amministrazioni comunali di Calci, Cascina, Fauglia, Lorenzana, Pisa, San Giuliano Terme, Vecchiano.

La definizione di Trasporto sociale è dettata dall'apposito Regolamento approvato con Deliberazione della Giunta SdS n. 38 del 1 dicembre 2009 e successivamente aggiornato dalla Delibera dell'Assemblea dei soci della SdS n. 18 del 14 maggio 2013. L'art. 1 dell'ultima versione del documento citato dispone che per Trasporto sociale è da intendersi "il servizio pubblico rivolto alla mobilità delle persone con disabilità specifiche e limitanti l'autonomia negli spostamenti [...], attivato in via sussidiaria e alternativa ai comuni mezzi di trasporto pubblico nei limiti delle risorse disponibili e della gravità socio sanitaria dei richiedenti". Il servizio in questione è collettivo, svolto mediante automezzi attrezzati e solo eccezionalmente tramite auto. Esso non è "a chiamata" ma basato su percorrenze routinarie richieste annualmente, ed ha come limite geografico di partenza/arrivo il territorio di uno dei Comuni consorziati con la Società della Salute Pisana. In caso di gravi necessità è comunque prevista la possibilità di effettuare trasporti "extra-zonali" o "temporanei" su autorizzazione dell'Ufficio Trasporti Sociali e previo stanziamento delle risorse necessarie da parte del Comune di residenza del beneficiario. Tali servizi sono eccezionali e hanno comunque una validità non superiore ai sei mesi. I trasporti sociali vengono erogati solo per le seguenti percorrenze, in andata e ritorno: sede di lavoro, inserimenti lavorativi, scuola, scuole superiori, centri diurni per anziani o disabili pubblici o convenzionati. E' opportuno precisare che è esplicitamente previsto che i trasporti verso istituti scolastici superiori verranno effettuati solo se l'amministrazione competente assegna annualmente le risorse necessarie[74].

Non rientrano nella definizione di Trasporto sociale della Società della Salute pisana tutti quei servizi di trasporto "ordinariamente effettuati tramite auto o mezzo non attrezzato rivolto a persone non gravemente disabili o anziani ultra settantacinquenni per viaggi ordinariamente realizzati all'interno dei confini dei singoli Comuni di residenza del richiedente" (art. 9 del regolamento). Tali fattispecie, codificate come "trasporto d'ausilio" o "buono taxi", possono essere gestite direttamente dal singolo Comune oppure da SdS su delega dello stesso Comune (come ha fatto il Comune di Pisa) che oltre a demandare i denari necessari può richiedere la stesura di un apposito regolamento di funzionamento là dove il Comune delegante non l'abbia precedentemente previsto. I soggetti che hanno diritto a beneficiare dei servizi devono essere residenti in uno dei Comuni consorziati e certificati come disabili "in situazione di gravità" ex L. 104/1992 oppure ex L. 118/1971

[74] Il budget messo a disposizione dai Comuni del Consorzio SdS per questo servizio non è ricompreso nella quota capitaria indistinta ma delegato dalle singole Amministrazioni come fondo ulteriore vincolato. La non chiara responsabilità finanziaria relativa alle spese per i trasporti verso scuole superiori comporta un'annua contrattazione della SdS Pisana con la Provincia per un contributo basato su indicatori demografici, numero di alunni trasportati, distanze chilometriche.

con grado di invalidità, pari o superiore al 74%, sia “semplice” che “complessa”, con apposito progetto (cd. Piano Assistenziale) redatto da Servizio Sociale Professionale. Tuttavia, coloro che hanno una disabilità conclamata in base alle norme citate poc'anzi ma inferiori agli standard previsti possono risultare beneficiari se hanno un valore ISEE familiare inferiore a 7.445,6 euro e/o abitano da soli, o con disabili, senza la possibilità di fruire dei servizi pubblici o dell'aiuto dei parenti[75]. L'accesso al servizio avviene mediante apposita domanda da presentare in seguito all'emanazione dell'avviso pubblico annuale. Una commissione provvede a stilare una graduatoria dei richiedenti, dopo aver determinato il numero di posti disponibili in base al budget assegnato. Nel modulo di domanda il soggetto richiedente è tenuto a specificare una delle cinque seguenti fattispecie di percorrenza richiesta: lavoro, centri diurni per persone disabili, centri diurni per anziani, scuola dell'obbligo, scuole superiori/inserimenti lavorativi. La graduatoria ha validità annuale, pertanto ogni soggetto è tenuto a ripresentare periodicamente la domanda di accesso ai servizi.
L'analisi quantitativa mostra che nel 2013 la Società della Salute ha effettuato 48.992 prestazioni, che sono andate a beneficio di 199 persone. Il numero di prestazioni medio annuo per soggetto è di 246, mostrando con evidenza il carattere routinario e la cadenza sostanzialmente quotidiana del servizio.
Negli ultimi anni si è registrato un aumento della domanda che ha determinato la difficoltà a soddisfare tutte le persone iscritte in graduatoria. In genere tali soggetti, numericamente inferiori alla decina, vengono progressivamente inseriti a seguito di rinunce o riorganizzazione dei tragitti o altrimenti inseriti in progetti specifici là dove possibile.

Gestione operativa
Il modello organizzativo adottato affonda le proprie radici nell'esperienza del Comune di Pisa e nel Distretto Integrato di zona, ossia ad un periodo precedente all'istituzione della Società della Salute. Oggi il servizio viene concretamente erogato da associazioni di volontariato e di promozione sociale selezionate mediante “manifestazione di interesse”. La Società della Salute, in base ad un apposito Patto territoriale che dettaglia la tipologia ed i volumi dei servizi da attivare, invita le realtà associative presenti sul territorio a manifestare la disponibilità ad essere soggetti erogatori. Successivamente, la Società della Salute vaglia le candidature e accetta solo quelle che possiedono gli standard richiesti (ad esempio: esperienza pregressa nel settore, possesso di mezzi attrezzati e personale preparato, etc...). Tali associazioni stipulano una convenzione con la Società della Salute e scelgono tra loro un coordinatore, definito “responsabile della centrale operativa”. Tale figura riveste un ruolo cruciale nel modello organizzativo adottato, in quanto si occupa in

[75]Quest'ultima condizione deve essere accertata dal Servizio Sociale Professionale.

sintesi di: ripartire i servizi tra le associazioni convenzionate, vigilare sull'efficienza e sulla qualità dei servizi, ottimizzare le prestazioni in relazione alle risorse date, presentare la fatturazione delle attività svolte e tutta la documentazione occorrente, svolgere la manutenzione dei mezzi. Il "responsabile della centrale operativa" fa parte anche della cd. "cabina di regia", che rappresenta la sede istituzionale nella quale avviene il dibattito con i responsabili dei trasporti della Società della Salute pisana, il monitoraggio sull'andamento e la ricerca delle soluzioni gestionali più adeguate. Il modello organizzativo così strutturato consente la valorizzazione del volontariato e il rispetto di standard qualitativi prefissati. Esso consente inoltre il contenimento dei costi all'interno del budget.
L'analisi quantitativa mostra che le associazioni convenzionate sono un numero piuttosto limitato: solo sei[76]. I mezzi utilizzati sono stati 17, di cui 10 appartenenti alle associazioni e i restanti all'Ente Pubblico. Si tratta prevalentemente di pulmini attrezzati con piattaforma semovente per salita per il trasporto collettivo di disabili, sui quali è previsto il posto per l'accompagnatore e dove è possibile montare soggetti in carrozzina.

Risorse economiche
Le associazioni erogatrici del servizio vengono pagate sulla base dei chilometri percorsi, del numero di mezzi e persone utilizzate, nonché di altre voci di costo. Il rimborso avviene dietro presentazione sia di una scheda riassuntiva che indica i costi per macrovoce (ad esempio: personale, km percorsi, riparazioni), che dei documenti comprovanti le spese sostenute.
Le risorse investite nel 2013 sono state 1.043.000 euro, oltre a 15.970 provenienti da compartecipazione dell'utenza. La compartecipazione viene definita sulla base dell'ISEE familiare ed è sempre rapportata al costo dell'abbonamento al servizio di trasporto pubblico e non al costo reale del servizio. E' inoltre prevista l'esenzione per i soggetti con ISEE familiare inferiore a una soglia predefinita. L'importo proveniente da compartecipazione è, rispetto al totale delle risorse, assai modesto: appena l'1,5%. Il quadro sulle risorse economiche si chiude ricordando che il finanziamento dei trasporti verso istituti scolastici secondari superiori e di formazione professionale proviene solo in parte dalla Provincia.

Nodi critici
Le questioni critiche segnalate sono di duplice natura: quelle inerenti al modello organizzativo adottato e quelle riferite al contesto regionale e nazionale nel quale i servizi devono essere approntati. Procedendo con ordine, vi sono innanzitutto problemi nel far riconoscere alle altre associazioni convenzionate il coordinamento gestito da una di esse ed i poteri derivanti da tale ruolo. Inoltre viene rilevata una generale difficoltà

[76] La convenzione in vigore ha scadenza aprile 2015.

nell'ottenere una formazione professionale agli operatori del servizio. Non agevoli sono poi i rapporti con i familiari, che talvolta pretenderebbero una personalizzazione delle attività non possibile data la natura collettiva del servizio erogato. Infine, risulta ancora insufficiente la collaborazione di Enti e/o scuole nell'inevitabile flessibilità degli orari di arrivo o partenza. Venendo adesso ai secondi fattori, essi sono *in primis* riconducibili alla mancanza di una normativa regionale *ad hoc* sul Trasporto sociale che chiarisca definitivamente , in particolare, la questione del trasporto di studenti di scuole secondarie superiori e di istituti di formazione professionale. In secondo luogo si nota l'allargamento di un "area grigia", ad oggi priva di interventi di mobilità, che risulta a metà strada tra il sanitario e il sociale. Tali fattispecie sono prevalentemente determinate dall'aumento di terapie riferite a cronicità stabilizzate, dunque non classificabili tra gli interventi sanitari per acuzie ma nemmeno tra quelli sociali data la presenza di attività medica.
I funzionari della Società della Salute avanzano alcune idee specifiche che potrebbero migliorare sensibilmente il servizio offerto. Innanzitutto sarebbe necessario un maggiore coordinamento tra i servizi sociali e quelli educativi. In specifico sarebbe opportuna una revisione dei parchi auto degli “scuolabus” in modo da stabilire un piano di rinnovo (ogni qual volta venga dismesso un mezzo obsoleto) che preveda mezzi attrezzati anche per bambini disabili, per la necessità formativa ed educativa prima ancora che economica di considerare un minore prima di tutto un bambino che deve raggiungere la scuola tra i suoi pari. Tali operazioni sarebbero facilitate da una ridefinizione da parte della Regione dei confini delle zone dei servizi socio educativi che siano in linea con quelli delle zone sociosanitarie. In secondo luogo, risulta necessario avere risorse *ad hoc* per il mantenimento in efficienza e, soprattutto, la sostituzione periodica dei mezzi utilizzati. A tal proposito potrebbero essere studiate delle opportune agevolazioni fiscali nell’acquisto di mezzi vocati a servizi assistenziali. Infine, è auspicabile la redazione di criteri uniformi sul territorio regionale, con particolare riferimento alla questione della compartecipazione ai costi da parte degli utenti, che garantiscano alle realtà locali di avere le sufficienti libertà e flessibilità per sagomare il servizio in base alle specificità territoriali nel rispetto di una generale omogeneità tra i vari contesti.

4.4. Comune di Cortona

Cortona è il principale centro della zona socio-sanitaria Valdichiana aretina, con i suoi circa 22.600 abitanti ed un territorio molto vasto, a livello comunale uno dei più estesi dell’intera Toscana (342 Km^2), che comporta una densità abitativa di soli 0,07 abitanti per km^2. Decine le frazioni del Comune di Cortona, molte delle quali distanti fisicamente dal centro città e dai principali servizi: Mercatale, uno dei maggiori centri per numero di residenti, registra una distanza dal Municipio di circa 20 km. Le richiamate caratteristiche

del territorio inquadrano immediatamente le difficoltà presenti in relazione agli spostamenti, interni al Comune e verso i principali centri limitrofi fornitori di servizi, soprattutto per quelle fasce di popolazione a ridotta mobilità – anziani e disabili – e residenti in aree del comune poco servite dal trasporto pubblico locale. All'interno di tale contesto territoriale il servizio di TS riveste quindi un'importante funzione di supporto alla fruizione di servizi e centri di socializzazione del comune.

Organizzazione generale

I servizi offerti dal Comune di Cortona per il TS si muovono all'interno di due ambiti di regolamentazione:

1) Regolamento dei servizi sociali zona Valdichiana aretina
2) Convenzioni con le associazioni di volontariato del territorio

Il **Regolamento di zona** (2009) - che definisce i destinatari, gli interventi e la compartecipazione economica da parte degli utenti ai servizi sociali – inquadra il Trasporto sociale come il […] *trasporto e accompagnamento entro la Zona Valdichiana, nella provincia ed eccezionalmente fuori provincia, di :*

a. trasporto scolastico presso le scuole superiori;
b. trasporto presso Centri di socializzazione o Centri diurni nel territorio della Valdichiana (o eccezionalmente esterni alla zona);
c. *trasporto per trattamenti riabilitativi presso altri centri della Provincia in mancanza di servizi nella zona (solo per casi in gravi difficoltà socio-economiche e familiari contingenti) segnalati dai Servizi Sociali e specialistici della Asl;*
d. trasporto presso Centri Diurni ;
e. trasporto per trattamenti riabilitativi nella zona (eccezionalmente fuori Zona) su segnalazione dei Servizi Sociali e specialistici della Asl per casi in grave difficoltà socio-economica e familiare contingente
f. eventuali viaggi segnalati dai Servizi Sociali dei Comuni della Valdichiana.

Le fattispecie di servizio indicate ai punti *a.*, *b.* e *c.* sono rivolte agli adulti con handicap fisico, psichico e sensoriale ed adulti con disagio socio-sanitario, mentre le tipologie *d.*, *e.* ed *f.* verso gli anziani autosufficienti e i portatori di handicap.

Al fine di agevolare la frequenza scolastica degli alunni portatori di handicap è altresì presente il servizio di trasporto, sia con mezzi comunali addetti al trasporto scolastico o con altri mezzi idonei alla disabilità, eventualmente anche con la presenza di un accompagnatore. Per quanto concerne i trasporti scolastici di studenti disabili presso gli istituti superiori, per gli anni scolastici 2013/2014 e 2014/2015 la Provincia ha trasferito risorse regionali stanziate per tale tipologia di servizio. Per i minori disabili possono essere effettuati anche trasporti presso centri riabilitativi, per casi segnalati dai Servizi Sociali e

specialistici della Asl che evidenzino gravi difficoltà socio-economiche e familiari contingenti. Per questa categoria di utenza l'accesso al servizio avviene su segnalazione del Gruppo Operativo Multidisciplinare (GOM) della Asl, il quale elabora e concorda con il Comune e la famiglia un progetto individualizzato per il servizio di trasporto.
Per quanto riguarda invece le altre categorie sopra segnalate, l'accesso al servizio avviene su richiesta dell'interessato, del familiare o su segnalazione dei Servizi Sociali dei Comuni e della Asl.
Per ciò che concerne la compartecipazione ai costi del servizio, il Regolamento stabilisce che annualmente ogni Comune, in sede di approvazione del bilancio e su proposta della conferenza di Zona, definisca:

- la retta intera a parziale copertura dei costi del servizio
- le fasce ISEE che danno diritto ad ulteriori agevolazioni tariffarie
- le rette agevolate in base a percentuali di riduzione della retta intera

Il Regolamento definisce quindi le fattispecie previste per il servizio di TS soprattutto come un supporto alla fruizione di altri servizi – di tipo sociale e/o sanitario – organizzati a livello di Zona: centri diurni, centri riabilitativi, scuole. Restano fuori dalle previsioni del Regolamento, invece, quei servizi di mobilità a carattere di maggiore occasionalità. Quest'ultima tipologia di trasporti viene gestita da alcune associazioni del territorio (Misericordia), attraverso un rapporto regolato da **Convenzione**, comprendendo:

a. *Visite di invalidità;*
b. *Visite specialistiche;*
c. *Analisi di laboratorio e strumentali;*
d. *Casistica varia valutata caso per caso.*

Nei fatti, come si vede, pur definendo i confini del servizio il Comune di Cortona ha lasciato aperta la porta a situazioni contingenti che dovessero richiedere l'intervento dell'Ente, situazione che si è presentata sempre più di frequente negli ultimi anni per i residenti in situazione di disagio economico, privi dei mezzi di trasporto e di una rete familiare in grado di rispondere alle esigenze di mobilità sul territorio.
Tra le tipologie di servizio di TS non sono annoverate invece tutte quelle attività legate al *welfare* di vicinato – accompagnamento per ritiro pensione, acquisto medicinali, spesa e commissioni, ecc. – assorbite invece proprio da quelle reti tradizionali, familiari, amicali e di vicinato, che all'interno di realtà non urbane continuano a rivestire un importante ruolo di presidio solidaristico all'interno della comunità locale.

La gestione operativa del servizio

Sebbene la zona socio-sanitaria della Valdichiana aretina, che oltre a Cortona comprende i Comuni di Castiglion Fiorentino, Foiano della Chiana, Lucignano e Marciano della Chiana,

abbia previsto la regolamentazione del Trasporto sociale a livello di zona, le gestione del servizio non avviene all'interno dell'ambito sovra comunale: la concertazione tra i cinque Comuni dell'area insiste all'interno della Conferenza dei sindaci, mancando ad oggi organismi – quali l'Unione dei Comuni e/o la Società della Salute – in grado di dare una maggiore spinta verso l'integrazione sovra comunale dei servizi sociali. La scelta della gestione singola del TS proviene quindi dall'assenza delle richiamate unità funzionali ed organizzative, oltre che dalla conformazione fisica del territorio che vede la popolazione (oltre 52 mila residenti per l'intera zona socio-sanitaria Valdichiana aretina) dispersa su un territorio collinare molto vasto.
A tale impostazione generale fa tuttavia eccezione il Trasporto sociale per il centro diurno Alzheimer: nel 2001 la Asl, i Comuni della Zona e AIMA (Associazione Italiana Malattia di Alzheimer) hanno elaborato un progetto finanziato dalla Regione Toscana per l'apertura di un centro diurno Alzheimer con sede a Cortona, a valenza Zonale. Considerata la vastità del territorio, per agevolare l'accesso agli utenti di tutti i cinque comuni è stato elaborato un progetto finanziato attraverso un bando europeo con il quale è stato acquistato un pulmino. Il servizio di accompagnamento fu affidato ad una associazione che ha utilizzato il pulmino per tutto il territorio della Valdichiana. Nel 2008 il servizio di accompagnamento con pulmino in comodato è stato affidato alla Cooperativa che gestisce il centro diurno Alzheimer che, oltre l'autista, impiega (come cooperativa di tipo B) una volontaria con svantaggio segnalata dai Servizi Sociali dei Comuni.

Nel 2013 il Comune di Cortona ha erogato 6.264 prestazioni di TS (la singola prestazione corrisponde ad un viaggio di a/r) per 222 utenti. Il 96,8% delle prestazioni ha riguardato l'accompagnamento presso i centri diurni del territorio, mentre la quota restante è costituita dai servizi 'occasionali' gestiti dalle associazioni di accompagnamento presso ospedali, case di cura e centri diagnostici. Gli anziani rappresentano la principale categoria di utenza del servizio, con 218 utenti (pari al 3,9% della popolazione ultrasessantacinquenne del comune), mentre sono 4 i disabili che hanno usufruito del servizio nel corso dell'anno.
Come visto, il TS gestito dal Comune di Cortona vede, da un lato, numeri prevalenti per i trasporti legati ai centri diurni e, dall'altro, evidenze minori per quei trasporti volti a rispondere ad esigenze occasionali della popolazione residente. Questo 'dualismo' è evidenziato anche dalla gestione operativa del servizio, che, nel primo caso, è in mano a due cooperative sociali mentre, nel secondo, ad appannaggio di 4 associazioni.

La gestione del servizio da parte delle due cooperative rientra all'interno di un 'pacchetto' di servizi più strutturato, affidato mediante gara con procedura aperta, che vede nella gestione dei due centri diurni del territorio – anziani e disabili – l'oggetto principale dell'appalto: il TS si caratterizza, così, come servizio complementare per l'utenza dei centri

diurni del territorio, chiamata alla compartecipazione al costo del servizio sulla base di soglie ISEE determinate dal Comune. In questo caso l'accesso al servizio di TS non è oggetto di specifica valutazione, rientrando all'interno di quella fatta sulla necessità di inserire la persona all'interno del centro diurno.
Dalla compartecipazione sono esentati gli utenti disabili e i cittadini che rientrano al di sotto di una determinata soglia ISEE. Le due società cooperative sono tenute a redigere un registro con le presenze giornaliere presso il centro diurno anziani: sulla base di questa attività di rendicontazione è poi il Comune ad inviare alle famiglie la richiesta di compartecipazione economica che, nel corso del 2013, ha inciso per il 3,5% sul totale dei costi del TS in carico al Comune di Cortona.

Tabella 4.1 – Tabella di compartecipazione ai costi del servizio di TS del Comune di Cortona

Fasce di ISEE Annuale Euro	**Trasporto sociale (compartecipazione utente in percentuale)**
0-3.750	Esente
3.750,01- 5.270	16%
5.270,01-6.820	20%
6.820,01-8.370	25%
8.370,01-9.280	32%
9.280,01- 10.220	40%
10.220,01-11.140,00	60%
11.140,01-12050,00	80%
> 12050,01	100%*

* il 100% corrisponde a 7 € (andata) + 7 € (ritorno) per i trasporti presso il Centro diurno Alzheimer

I trasporti a carattere di occasionalità sono invece gestiti da 4 associazioni presenti in diverse frazioni del territorio comunale; in questo caso il servizio è stato affidato in via diretta ed è regolato da Convenzione stipulata tra il Comune e le associazioni. La scelta di procedere con questa modalità è stata ritenuta dall'Amministrazione come la più adeguata, in considerazione della necessità di coniugare la flessibilità della risposta con una domanda di servizio non quantificabile a priori. Le caratteristiche morfologiche del Comune rendono questa scelta anche come la più efficiente dal punto di vista di gestione delle risorse: ognuna delle 4 associazioni viene attivata sulla base della prossimità geografica all'utente da prendere in carico.
Nell'accordo iniziale con le associazioni le categorie destinatarie del TS 'occasionale' erano i disabili e gli anziani ultrasettantenni, che potevano attivare il servizio con una richiesta del medico di medicina generale (MMG) con la specifica della motivazione; una buona

parte di questi viaggi riguarda infatti visite specialistiche presso l'ospedale di zona Santa Margherita di Fratta. Negli ultimi anni l'utenza, generalmente in calo, si è allargata ai cittadini in condizioni di disagio economico e privi di mezzi di trasporto, che al contrario hanno registrato una crescita nel numero di accessi.
Il costo del servizio è di 15 euro per prestazione, di cui i 2/3 sono pagati dal Comune mentre la quota restante rimane in carico all'utente. Per quanto riguarda l'accesso al servizio, questo può avvenire attraverso una valutazione professionale dell'assistente sociale o direttamente presso le associazioni, previa esibizione del certificato del MMG; se invece le persone devono seguire dei cicli di terapie, oltre alla richiesta del medico curante l'utente esibisce l'attestazione dell'ISEE e viene stabilita la compartecipazione in base al Regolamento (cfr. Tabella 4.1).
La quota di 15 euro è forfettaria ed è valida all'interno dei confini comunali, per viaggi più lunghi l'utente paga una quota onnicomprensiva differenziata in base alla destinazione:

- 0,52 € a Km per trasporti sociali verso Arezzo
- 55,00 € al giorno per trasporti sociali a Perugia
- 70,00 € al giorno per trasporti sociali a Siena

Le associazioni ricevono un contributo per l'attività svolta sulla base di una rendicontazione con cadenza bimestrale in cui viene indicato il numero di utenti trasportati. Nel 2013 il Comune ha speso 2 mila euro per questo tipo di attività, a conferma del carattere di occasionalità e residualità di questi viaggi rispetto a quelli svolti dalle cooperative selezionate sulla base di bando di gara per la gestione dei centri diurni del territorio.

Punti di forza e criticità

Come visto, le scelte organizzative del Comune di Cortona relative al servizio di TS sono state fortemente condizionate da due fattori: *1)* la mancanza di enti sovra comunali per la gestione associata di servizi (Unione dei Comuni ed SDS) e *2)* la conformazione fisica del territorio, che vede la popolazione dispersa su un'area molto vasta.
Il bisogno di assicurare adeguati servizi di mobilità per gli utenti dei centri diurni di Cortona – per disabili ed anziani – e rispondere allo stesso tempo ad esigenze non prevedibili, a carattere quindi occasionale, ha portato il Comune ad adottare una gestione del servizio che si muovesse lungo due binari: il primo vede coinvolte le due cooperative sociali selezionate con un bando pubblico per la gestione dei centri diurni, mentre il secondo opera attraverso un affidamento diretto alle associazioni del territorio.
Sovente il Trasporto sociale è stato considerato dalle Amministrazioni Comunali come un servizio a ridotta 'contendibilità economica', soprattutto per alcuni territori in cui risulta difficile fare aprioristicamente una stima realistica dei costi potenziali che il soggetto affidatario andrebbe ad affrontare. Anche Cortona conferma la presenza di questo rischio

per procedure d'appalto in cui il TS diviene l'oggetto esclusivo della gara: è stato ritenuto più opportuno, in tal senso, mettere a gara un pacchetto più ampio in cui i servizi di mobilità per l'utenza risultano essere da supporto all'attività principale oggetto del bando: ciò consente ai Comuni di rispettare le direttive in tema di affidamento dei servizi pubblici, assicurandosi allo stesso tempo una effettiva contendibilità del servizio, quindi con un maggior numero di soggetti economici concorrenti e, conseguentemente, possibilità di ottenere adeguati ribassi rispetto alla cifra economica di partenza definita dal bando di gara.
Al di là dell'aspetto economico, l'esperienza del Comune di Cortona rileva che quando il TS è strettamente legato ad un altro servizio,[…]*come la gestione del centro diurno, anche il Trasporto sociale migliora, perché c'è una stretta collaborazione tra il personale e l'autista, maggiore conoscenza delle esigenze degli utenti. Nel centro diurno per disabili, gli stessi operatori vanno nel pulmino, parlano con le famiglie, quindi il viaggio diventa anche un momento educativo*[77].

L'affidamento diretto alle associazioni del territorio per i trasporti di tipo occasionale rappresenta al contempo una scelta in grado di assicurare al Comune quella flessibilità di risposta ad una domanda di servizio non prevedibile e più variegata, coniugando al contempo il contenimento dei costi, grazie all'attivazione delle associazioni sulla base del criterio geografico, soluzione ottimale considerando l'estrema dispersione della popolazione sul territorio comunale.
I costi sostenuti dal Comune per questi trasporti nel corso dell'anno 2013 – 2.000 euro – del resto rendono chiare le difficoltà di procedere ad una selezione degli operatori mediante gara: è più che probabile che, in questo caso, l'Amministrazione avrebbe dovuto sostenere una spesa più elevata per rendere il servizio realmente contendibile sul mercato. In molti casi, di converso, le associazioni effettuano trasporti in maniera gratuita in virtù di un rapporto di collaborazione ormai sedimentato con i Servizi sociali del Comune: […] *c'è la conoscenza, la fiducia, il costruire insieme un percorso, così come ci ha insegnato la Regione dal 1998 con il Piano Sociale di zona, con percorsi di qualità di progettazione con cooperative, associazioni di volontariato, per costruire la rete. Negli anni ho fatto tantissime riunioni, e questo è stato un bene perché ha portato alla qualità, alla conoscenza, alla stima. Se per un'emergenza chiamo la Misericordia, lo posso fare perché alle spalle c'è tutto un lavoro fatto precedentemente.*
Allo stesso tempo il Comune di Cortona conferma un dato già noto per gli addetti ai lavori del Terzo Settore, ovvero la grossa difficoltà a coordinare e a far dialogare le diverse esperienze associative del territorio, ognuna 'gelosa' della propria organizzazione, del proprio modo di operare e del rapporto con l'Amministrazione Comunale.

[77]Intervista alla Dott.ssa Giuseppina Stellitano, responsabile Ufficio Servizi Sociali del Comune di Cortona

Maggiori difficoltà incontra il Comune di Cortona nel rapporto con altri enti responsabili di alcune fattispecie di Trasporto sociale e sanitario: la Provincia e l'Azienda USL. Nel primo caso il trasporto scolastico disabili verso gli istituti superiori viene da sempre coperto attraverso risorse proprie del Comune, con la significativa eccezione rappresentata dall'ultimo biennio, quando le Province toscane hanno ripartito tra i Comuni le risorse destinate dalla Regione attraverso il DGR n. 6190/2012[78]. Nel caso dell'Asl, il Comune lamenta il fatto che l'azienda sanitaria 'scarichi' sull'ente locale una parte della propria utenza a causa delle risorse limitate. Se il trasporto sanitario risulta ben definito dalla normativa regionale, non altrettanto vale per il Trasporto sociale: ciò comporta una situazione di incertezza nei Servizi Sociali del Comune, che in alcuni casi si sono quindi fatti carico di una parte di utenza con una domanda di natura sanitaria.

Un ultimo aspetto di potenziale criticità riguarda l'accessibilità al servizio per quelle fasce di utenti interessate dalla compartecipazione: le tabelle in uso dal Comune prevedono una quota in capo ai cittadini abbastanza elevata per fasce ISEE che tutto sommato segnalano situazioni economiche familiari modeste: la quota di compartecipazione, ad esempio, è del 60% a fronte di un'ISEE di 10.220 euro; la quota sale al 100%, quindi a totale carico dell'utente, per la soglia ISEE superiore ai 12.050 euro. Non a caso la compartecipazione degli utenti incide, allo stato attuale, soltanto per il 3,5% sul totale della spesa sostenuta dal Comune per il TS: il servizio copre soprattutto le categorie esenti dal pagamento, mentre il meccanismo della compartecipazione attualmente in uso probabilmente scoraggia l'accesso al servizio da parte di cittadini con livello reddituale medio-basso.

[78]Sulla controversa questione relativa alla competenza del trasporto scolastico disabili verso istituti superiori e centri di formazione professionale si rimanda al capitolo 2 di questo lavoro.

Riflessioni conclusive

La presente indagine sul Trasporto sociale rappresenta uno dei primi studi sul fenomeno a livello non solo regionale ma addirittura nazionale. Il carattere pionieristico dell'indagine spiega alcune delle difficoltà incontrate nelle varie fasi del lavoro, quali in particolare la complessa opera di mappatura degli enti gestori del servizio nell'intera Regione Toscana; l'articolato tentativo di delimitazione del fenomeno di interesse; le incertezze nella codificazione di alcune prassi gestionali. Le altre difficoltà incontrate sono attribuibili alla natura intrinseca dell'oggetto di studio, quali soprattutto l'articolata ripartizione delle competenze tra i livelli di governo, le diversificate fonti di finanziamento e l'approccio non omogeneo riscontrato nelle varie realtà territoriali. Tutto ciò per dire che è necessario dotarsi della usuale prudenza per valutare opportunamente i risultati emersi dall'indagine e comprendere appieno il potenziale informativo dell'intero rapporto. Nel rinviare alla sintesi per il riassunto dei risultati emersi e ai singoli capitoli per le analisi dettagliate, in questo contesto vale la pena svolgere alcune considerazioni generali sull'intero quadro del Trasporto sociale toscano dipinto nelle pagine precedenti. Tale operazione consentirà anche di avanzare alcune indicazioni di *policy*.

In primo luogo è utile osservare che il Trasporto sociale toscano presenta alcuni elementi di omogeneità, in particolare per quanto riguarda l'esteso ricorso al volontariato, la tipologia di prestazioni erogate, le condizioni dei soggetti trasportati. Accanto a tali fattori ve ne sono tuttavia altri che presentano delle significative disomogeneità tra le varie aree della regione, quali il tipo di gestione, la tipologia di ente gestore, le modalità gestionali, i criteri di accesso al servizio. I motivi che spiegano tali discrepanze territoriali sono, in sintesi, di duplice natura. Da un lato il *corpus* normativo che regolamenta i servizi risulta piuttosto farraginoso e lacunoso, tanto da rendere difficoltosa l'univoca individuazione delle caratteristiche del servizio, delle linee di demarcazione con altre prestazioni, dei soggetti competenti alla gestione. Ciò rende chiaramente variabili i contorni e i contenuti del Trasporto sociale tra i vari territori toscani. Dall'altro lato, i servizi in questione rispondono ad esigenze e bisogni specifici locali, i quali hanno caratteristiche difformi e mutevoli da un contesto territoriale all'altro. Considerando quest'ultimo fattore, pare logico che si registrino delle diversità nei modelli gestionali e nell'approccio adottato per la tutela di tali bisogni. **L'esigenza che si avverte in proposito è quella di un quadro normativo completo e chiaro, che sia capace di tutelare le differenti esigenze organizzative locali all'interno di indicazioni che definiscono le caratteristiche generali delle prestazioni e i principali criteri gestionali**. Se ciò risulta opportuno per quanto riguarda gli aspetti generali del Trasporto sociale, un passo ulteriore nel conferire

maggiore omogeneità nell'intero panorama regionale andrebbe fatto su alcuni elementi specifici, quali in particolare i criteri di accesso alle prestazioni e le regole sulla compartecipazione al costo dei beneficiari. Senza tale intervento, infatti, uno stesso soggetto con le medesime difficoltà può trovarsi ad avere un trattamento differente a seconda del contesto nel quale vive, violando così il principio di equità inteso come uguaglianza nell'accesso ai servizi a parità di bisogno.

In secondo luogo, **è importante richiamare l'attenzione sul ruolo svolto dal volontariato nel Trasporto sociale**. Data la sua rilevanza, emersa in maniera evidente dall'indagine svolta, non appare esagerato affermare che il volontariato è il "motore" del Trasporto sociale toscano. Esso ne rappresenta infatti un fattore fondamentale ed imprescindibile, per almeno tre ragioni. *In primis*, esso è testimonianza della presenza di persone che con il loro tempo e le loro capacità, spesso in assenza di controprestazioni monetarie, contribuiscono con spirito di solidarietà e altruismo a tutelare i bisogni dei soggetti in maggiore difficoltà e a rafforzare quel "senso di comunità" che rappresenta uno dei fattori principali del benessere della collettività. In questa accezione il volontariato rappresenta pertanto un valore in sé. Inoltre non pare errato sostenere che lo svolgimento dei servizi di trasporto mediante persone volontarie, spesso conterranee degli utenti, tutela questi ultimi anche rispetto ad altri bisogni, come quelli della sorveglianza e della socializzazione. In altri termini **l'uso del volontariato crea e rafforza quelle reti sociali locali che rappresentano un argine contro l'emarginazione sociale delle persone in difficoltà e forniscono delle risposte a delle esigenze non riconducibili al mero servizio di trasporto**. Infine, la natura stessa delle prestazioni volontarie, caratterizzate dalla sostanziale assenza di una cospicua controprestazione economica, consente di veder erogati una mole assolutamente rilevante di servizi. Non pare infatti azzardato ipotizzare che, in un periodo caratterizzato da una significativa contrazione delle risorse economiche disponibili per la spesa pubblica, le modalità e l'erogazione stessa di tali servizi potrebbero subire un marcato ridimensionamento. Per tutte queste ragioni il volontariato rappresenta un fattore da tutelare e valorizzare. Esso tuttavia necessita di una opportuna regolamentazione affinché siano superati alcuni elementi critici. Il riferimento è in particolare all'**esigenza di garantire standard qualitativi minimi e a quella di procedere ad una più accurata programmazione delle prestazioni, in maniera tale da rendere l'intero sistema ancor più efficace ed appropriato, oltre che caratterizzato da una maggiore omogeneità sull'intero territorio toscano**, pur nella salvaguardia delle caratteristiche territoriali e delle particolari esigenze locali.

In terzo luogo, l'indagine ha messo in rilievo due caratteristiche significative del Trasporto sociale toscano. Da un lato è emersa la presenza di relazioni non codificate, non standardizzate e, talvolta, non completamente formalizzate (scarsa attitudine alla

rendicontazione, presenza di contesti nei quali non sono individuate le funzioni dei soggetti erogatori, raro ricorso alla redazione di una Carta di Servizio). Dall'altro lato, si è rilevato un quadro generale piuttosto duttile e precario (breve durata delle concessioni, presenza di proroghe tacite, trasferimenti di risorse forfettari, affidamenti diretti). Le caratteristiche presentate mettono certamente in luce aspetti che possono essere migliorati per favorire una gestione del servizio più efficiente, efficace ed appropriata. Ma esse non devono essere lette esclusivamente in un'ottica negativa, dato che sono numerosi e rilevanti i fattori che spiegano, e in parte giustificano, quanto osservato. Infatti, il non chiaro quadro normativo che regola i servizi, il contesto istituzionale oggetto di profonda revisione ormai da svariati anni, i mutevoli bisogni della popolazione locale, l'esteso ricorso al volontariato e, infine, l'impossibilità a classificare come mera attività di trasporto le prestazioni erogate – visto che soddisfano anche l'esigenza di socializzare degli utenti e ne contrastano l'esclusione sociale – sono tutti elementi che in qualche modo richiedono flessibilità e duttilità tra le caratteristiche gestionali, e che nei fatti spesso sottintendono informalità e assenza di standardizzazione. Ciò detto, quanto osservato mette in luce aspetti che possono essere migliorati per favorire una gestione del servizio più efficiente, efficace ed appropriata. In particolare **sarebbe opportuna una revisione normativa che consenta di coniugare le peculiarità del settore – in *primis* l'esteso ricorso al volontariato – con le prescrizioni della giurisprudenza europea**. Si tratta chiaramente di una operazione tecnica estremamente delicata dal cui risultato dipenderanno, almeno in parte, la natura e le caratteristiche dei futuri servizi di Trasporto sociale.

Sintesi del Rapporto e infografiche

Gli obiettivi della presente indagine sul Trasporto sociale toscano sono essenzialmente riconducibili alla definizione del fenomeno e all'analisi delle principali caratteristiche gestionali presenti nel panorama regionale. Procedendo con ordine, è possibile affermare che redigere una definizione di Trasporto sociale non è certamente una operazione agevole. Le peculiarità intrinseche dell'oggetto, le sue sovrapposizioni con l'ambito sanitario, la complessa ripartizione delle competenze tra diversi livelli di governo, il rilevante ma variegato ricorso al volontariato, la moltitudine di fonti di finanziamento e, non ultimo, l'approccio disomogeneo riscontrato nelle varie realtà territoriali, sono fattori che rendono ardua l'individuazione di un criterio univoco che selezioni con precisione quali attività vanno intese con la locuzione "Trasporto sociale" e quali invece devono essere escluse. Nonostante tali difficoltà, il primo obiettivo del presente rapporto è quello di definire cosa si intende per Trasporto sociale nella regione Toscana. Le informazioni raccolte e le analisi condotte consentono di redigere la definizione che segue.

> *Il Trasporto sociale in Toscana è un servizio di accompagnamento rivolto a persone in condizioni di disagio psichico, fisico o economico; prevalentemente anziani, disabili o minori, privi di idonea rete familiare di supporto e/o non in grado di muoversi in modo autonomo. È un servizio di competenza comunale che può essere effettuato in proprio attraverso i servizi sociali competenti, oppure – come accade più frequentemente – in funzione associata, delegandone la gestione all'unione dei Comuni di appartenenza, alle SdS, all'Azienda USL di riferimento o ad altre forme associative. È finalizzato a garantire l'accesso a strutture prevalentemente socio-sanitarie (RSA, strutture riabilitazione), socio-assistenziali (centri socializzazione, comunità minori), scolastiche (infanzia, primaria e secondarie di primo grado) e solo in via eccezionale anche lavorative o sanitarie. È in larghissima misura erogato da associazioni di volontariato. Il costo del servizio può essere interamente a carico degli enti competenti secondo modalità definite da regolamenti o altri atti, oppure in minima parte a carico dell'utenza, attraverso una quota di compartecipazione.*

La definizione del servizio sopra fornita rappresenta la fotografia di situazioni di fatto presenti nel contesto toscano: ogni territorio e ogni soggetto titolare o gestore del servizio rientra all'interno del campo delineato in misura più o meno estensiva per quanto concerne la tipologia di utenza e le diverse fattispecie di servizio fornite. E' utile precisare che talvolta il Trasporto sociale è associato a prestazioni di *welfare* leggero, quali consegna pasti a domicilio, ritiro e consegna di farmaci, etc. Inoltre, nella pratica, il servizio in questione è talora svolto congiuntamente con l'erogazione dei servizi di trasporto per studenti disabili frequentanti scuole secondarie superiori di secondo grado o istituti di formazione professionale.

L'indagine sul servizio di Trasporto sociale offerto dai Comuni toscani in forma singola e associata rappresenta una delle prime pubblicazioni relative alla mappatura regionale del fenomeno. Il lavoro è stato condotto attraverso tre distinte modalità:
1) mappatura degli enti gestori del servizio;
2) invio di un questionario *on line* a tutti i responsabili del servizio;
3) approfondimento qualitativo di casi opportunamente selezionati.

Di seguito la sintesi delle principali evidenze emerse dal lavoro di indagine.
Organizzazione amministrativa del servizio. L'analisi ha consentito anzitutto la ricostruzione di un quadro completo delle modalità di gestione del servizio per i 280 Comuni toscani. Esso è mostrato nella tabella seguente.

Analisi regionale su dati rilevati con questionario o mappatura per modalità di gestione del Trasporto sociale. Numero di Comuni nei quali il servizio di Trasporto sociale è gestito singolarmente o in modalità associata (SdS, Asl o altro tipo di gestione associata). Valori assoluti e percentuali.

Modalità di gestione	**Comuni**	
	Valori assoluti	**Valori percentuali**
Gestione singola	58	20,7
Gestione associata	222	79,3
di cui:		
Gestione SdS	*99*	*35,4*
Gestione Asl	*71*	*25,3*
*Altro tipo di gestione associata**	*52*	*18,6*
Totale	**280**	**100,0**

** Unioni di Comuni, Servizi sociali associati, Fondazioni, Consorzi, etc*

La gestione associata risulta essere la modalità largamente prevalente nel territorio regionale, essendo presente in circa otto casi su dieci (222 Comuni su 280). La tabella evidenzia il tipo di ente che gestisce il servizio di Trasporto sociale tra le amministrazioni associate, mostrando una prevalenza di Comuni (99 su 222) con gestione mediante Società della Salute. Seguono le associazioni gestite dall'Azienda Sanitaria Locale (in 71 Comuni su 222)e le altre modalità di associazione (in 52 Comuni), tra le quali sono state annoverate le unioni di Comuni, i servizi sociali associati, le convenzioni tra amministrazioni comunali, le fondazioni, i consorzi.

La gestione operativa. **Il ricorso ad associazioni di volontariato è una modalità di espletamento del servizio presente nella quasi totalità dei casi censiti (87%)**. Su valori più contenuti troviamo il ricorso a cooperative sociali - presenti nel 21% dei casi - e ad associazioni di promozione sociale, riscontrate nel 10% delle circostanze. Lo svolgimento

diretto del servizio da parte dell'ente gestore è invece rilevato in un numero ristretto di casi. Decisamente marginale è il ricorso ad imprese private, rilevate solo nel 3% dei casi.
Sulle modalità di affidamento del servizio, quello diretto risulta essere la modalità largamente più utilizzata, dato che viene riscontrata in quasi sette casi su dieci. Le procedure che contemplano la gara sono riscontrabili in un limitato numero di circostanze: nel 14% dei casi quelle a procedura aperta e nell'11% quelle ristrette. I rapporti tra l'ente gestore ed il soggetto erogatore sono regolati soprattutto attraverso convenzione, lo strumento di gran lunga più utilizzato (presente nel 65% degli enti gestori studiati), seguito dal regolamento con un valore significativo (documento riscontrato in oltre un quarto delle circostanze). Non trascurabile è la percentuale di enti che non utilizza alcun atto per normare le attività del soggetto erogante, dato che si tratta di quasi un caso su dieci.
Per quanto riguarda le modalità con cui gli enti riconoscono il contributo economico ai soggetti gestori del servizio, la tipologia maggiormente diffusa, presente in oltre la metà degli enti censiti, è la corresponsione di un forfait onnicomprensivo. Piuttosto diffusa è anche la compensazione sulla base dei chilometri percorsi dagli automezzi utilizzati, riscontrata in circa quattro casi su dieci. Decisamente meno frequente è invece il ricorso a modalità che contemplano la numerosità di accessi e il rimborso delle spese documentate, dato che si rilevano entrambe in circa il 15% delle circostanze analizzate.

Accesso al servizio ed utenza. **L'indagine evidenzia che la grande maggioranza delle prestazioni ha per oggetto trasporti verso centri diurni e case famiglia. A seguire, con percentuali notevolmente inferiori troviamo le attività di socializzazione e le Rsa/Rsd. Questi tre settori assommano a circa il 90% delle prestazioni erogate,** dunque rappresentano la quasi totalità dell'oggetto dei servizi di Trasporto sociale. Sono al contempo presenti anche servizi che vengono svolti fuori dai settori ritenuti “tradizionali” per il Trasporto sociale: trasporto avente per oggetto attività periodiche (es. pagamento bollette, ritiro pensione, spesa di generi alimentari, acquisto di medicinali), accompagnamento di studenti disabili presso scuole secondarie di secondo grado e/o istituti di formazione professionale, attività lavorative del trasportato e, infine, tutti quei servizi aventi natura occasionale (es. accompagnamento per elezioni, festività, ricorrenze, etc...). Tali servizi non rappresentano l'oggetto principale del Trasporto sociale, ma ne rappresentano in qualche modo un complemento non trascurabile né da un punto di vista quantitativo, né tantomeno da quello qualitativo.
Nel 2013 si stima che le prestazioni fornite dai soggetti erogatori nell'intera regione siano state 521.825. Se ad esse vengono sommate le 47.096 riferite agli ambiti che poc'anzi abbiamo definito come non “tradizionali” per il Trasporto sociale, si giunge alla cifra totale di 568.921. **Nel medesimo arco temporale i soggetti trasportati ammontano complessivamente a 6.287**. Rapportando la numerosità totale delle prestazioni ai soggetti

trasportati si deduce che ogni beneficiario ha ottenuto, in media, circa 90 prestazioni in un anno.

I soggetti disabili sono oltre la metà del totale degli utenti, mentre gli anziani ne costituiscono un terzo. Assai contenuta è invece la quota dei minori in struttura, mentre è rilevante la categoria "altro", che raggruppa prevalentemente le prestazioni di trasporto di adulti in situazione di difficoltà, sia essa di natura fisica, mentale o socio-economica. La rilevanza di questa categoria mette ancor più in rilevo che il Trasporto sociale non rimane rigidamente confinato in schemi formalizzati e in classificazioni precostituite, ma è un servizio flessibile e duttile che si adatta alle necessità dell'utenza presente sul territorio.

La prassi di non prevedere alcuna compartecipazione economica al servizio da parte dell'utente è largamente prevalente, mentre quella basata su una contribuzione dei beneficiari a prescindere dal tipo di servizio ottenuto è rilevata solo in un numero minoritario di enti. Queste evidenze rafforzano l'ipotesi che vede il Trasporto sociale centrato sulla sostanziale gratuità per gli utenti delle prestazioni fornite. Lo studio ha approfondito questi aspetti indagando i criteri utilizzati per determinare la compartecipazione al costo dell'utenza, ove prevista. Nel 55% dei casi è la condizione economica dell'assistito, stimata mediante ISEE, ad essere presa in considerazione, mentre in circa un terzo delle circostanze è la valutazione dell'assistente sociale il documento di riferimento. Negli enti che prevedono una compartecipazione si rileva che nel 23% dei casi è presente l'esenzione dal pagamento per una o più categorie di soggetti. In un ristretto numero di circostanze è il semplice *status* di disabile ad esonerare dal contributo. Nella maggioranza dei casi gli utenti esentati sono invece selezionati su base economica, prendendo in genere come spartiacque una soglia ISEE.

L'incidenza della quota di compartecipazione in capo agli utenti per il servizio di Trasporto sociale è pari al 4,4% del totale delle risorse complessivamente impiegate. La variabilità tra i diversi modelli di gestione non assume valori rilevanti: il peso delle somme derivanti dalla compartecipazione degli utenti sul totale delle risorse è infatti pari al 5,8% per la modalità di gestione singola ed al 3,4% per la gestione associata. In tutti i casi si confermano quindi, per il Trasporto sociale, modalità di finanziamento del servizio basate prevalentemente su risorse pubbliche.

Risorse economiche. **Nel 2013 le risorse destinate al Trasporto sociale in Toscana sono state pari a 8,4 milioni di euro. Il costo medio della singola prestazione[79] risulta essere pari a 14,80 euro**, con una leggera forbice tra il costo medio del servizio sopportato dalla gestione singola (13 €) e da quella associata (16,60 €).

La spiegazione a tale dato, che ad una lettura superficiale sembrerebbe far prevalere in termini di efficienza la gestione singola dei Comuni, va ricercata invece proprio nella

[79]Budget totale per il servizio/numero prestazioni. Una prestazione corrisponde ad un viaggio andata/ritorno.

scomposizione del dato medio, che si caratterizza per un'elevata varianza all'interno dei gruppi omogenei. La gestione singola opera in molti casi all'interno di territori geograficamente meno estesi, contando quindi su costi minori di spostamento, mentre quella associata agisce – per definizione – all'interno di un'area sovra comunale, sopportando verosimilmente un maggiore chilometraggio per lo spostamento dell'utenza e, di conseguenza, maggiori costi legati alle spese vive (benzina, manutenzione mezzi, ecc.). È altresì opportuno sottolineare come la prevalenza di modalità di rimborso forfettarie, riconosciute ai soggetti del privato sociale gestori del servizio, renda nei fatti difficile collegare la spesa sostenuta per il servizio (budget comunale più compartecipazione degli utenti) con i reali costi sostenuti da associazioni e cooperative. A ciò si aggiunga che una lettura comparativa meramente economica del servizio Trasporto sociale rischierebbe di sottostimare variabili indipendenti (come l'estensione territoriale e la conformazione geofisica di uno o più comuni) in grado di incidere in maniera anche significativa sui costi da sostenere per assicurare il servizio in maniera efficace.

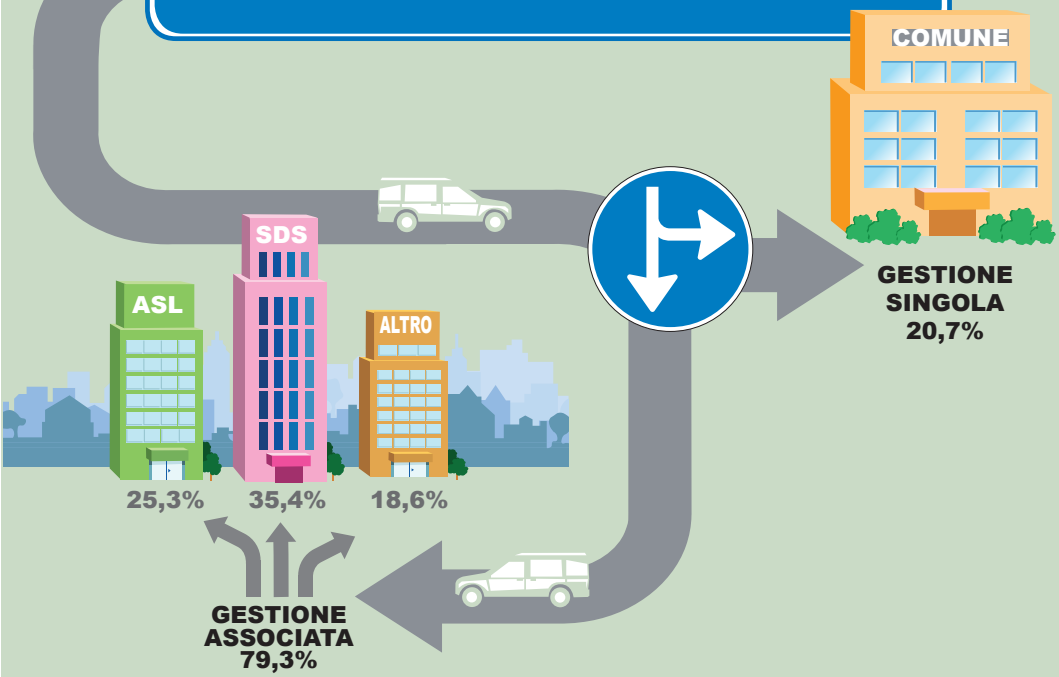
Criticità. Entrando nello specifico delle criticità evidenziate dall'indagine, **emerge una scarsa diffusione di sistemi puntuali di rendicontazione**: ampio risulta infatti il ricorso a logiche di rimborso forfettario, piuttosto che a sistemi di rimborso basati su una rendicontazione delle attività svolte attraverso le ore di lavoro, i chilometri percorsi, il personale impiegato, i mezzi utilizzati e i costi sostenuti. Criticità vengono altresì segnalate rispetto al difficile equilibrio da assicurare tra risorse e mezzi a disposizione dei soggetti che svolgono il servizio e la domanda di Trasporto sociale da parte degli utenti. Di fronte a particolari esigenze possono infatti essere non infrequenti dei ritardi nell'espletamento di alcune prestazioni o addirittura l'impossibilità ad assicurare le stesse in virtù dell'insufficienza di mezzi e personale a disposizione dei soggetti che svolgono il servizio.
L'indagine sul servizio di Trasporto sociale ha fatto emergere con forza una **domanda di normativa puntuale di riferimento** da parte degli enti pubblici titolari del servizio. A differenza del trasporto sanitario, in Toscana regolato dalla L.R. n. 40/2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale) e dalla L.R. n. 25/2001 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario) e ss.mm.ii., il Trasporto sociale viene richiamato nella L.R. 41/2005 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) soltanto quando si parla genericamente di "[…] *forme di agevolazione per l'accesso a trasporti*" per minori (art. 53), anziani (art. 54) e disabili (art. 55).
La presenza di forme organizzative e gestionali molto diverse tra loro, emerse da questa indagine, è del resto la conferma della mancanza di una normativa quadro in materia, mentre **tra gli enti pubblici titolari del servizio cresce la preoccupazione rispetto alla legittimità delle proprie scelte con riferimento, soprattutto, alle modalità di affidamento del servizio**. La normativa comunitaria ha da tempo solcato un percorso che vede nelle

procedure di gara la via preferenziale per l'affidamento di servizi pubblici, anche quando riguardano soggetti associativi cui viene riconosciuto il solo rimborso per le spese sostenute.
Altra criticità esposta rispetto all'ambito normativo concerne la necessità di prevedere criteri omogenei su tutto il territorio regionale per quanto riguarda contenuti e caratteristiche del servizio. La mancanza di tale cornice ha comportato sul territorio toscano un'estrema varietà e variabilità di offerta di servizi, provocando di fatto delle situazioni di disparità in merito a tipologie di servizi sociali che si caratterizzano come fondamentali per le caratteristiche dell'utenza e le finalità che perseguono.
Emerge infine la problematica relativa a quella che possiamo definire un'**area grigia** a metà strada tra il sanitario ed il sociale, ovvero **la mancanza di servizi di mobilità a sostegno di terapie verso cronicità stabilizzate non classificate nelle acuzie.**

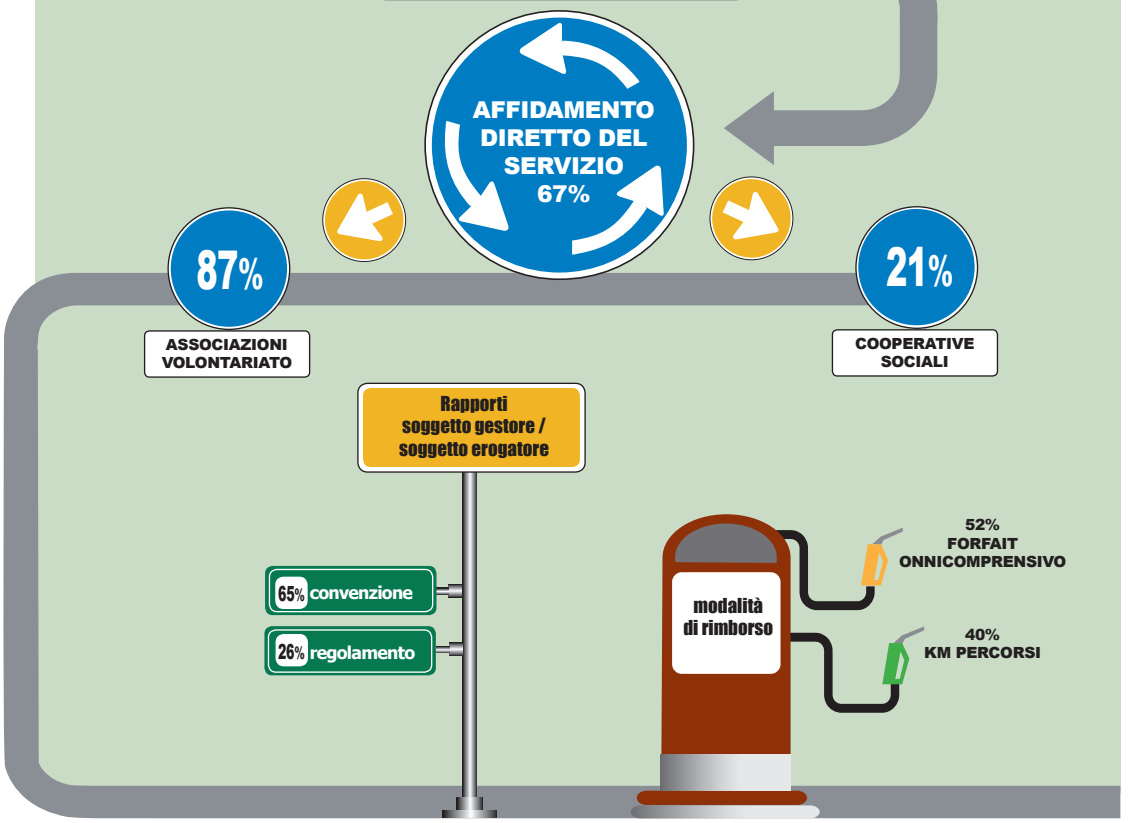
L'indagine ha consentito di ricostruire la cornice all'interno della quale si muove il servizio di Trasporto sociale offerto in Toscana. La ricerca di una definizione dell'oggetto del lavoro ha immediatamente fatto emergere **l'assenza di un quadro univoco rispetto ad alcuni elementi fondamentali, quali le modalità di accesso al servizio, la compartecipazione economica da parte degli utenti, le fattispecie di servizio fornite**. Tale situazione variegata – fortemente avvertita come criticità da parte dei soggetti rispondenti all'indagine – può essere ascritta in larga parte alla mancanza di un quadro normativo, anche regionale, chiaro e definito. A differenza di quanto avviene per il trasporto sanitario, quello sociale manca ad oggi di norme volte a definire un quadro omogeneo di servizio valido sull'intero territorio della Toscana.
Una recente sentenza della Corte di Giustizia europea ha altresì riportato al centro del dibattito il tema dell'affidamento di tale tipologia di servizi ai soggetti dell'associazionismo e del privato sociale. **Il timore**, espresso da larga parte dei rispondenti all'indagine, **è che le procedure di gara possano finire per far perdere il ricco patrimonio legato alla collaborazione tra Amministrazioni pubbliche e Terzo Settore**, che non si limita ad una gestione 'impersonale' dei servizi ma che si esplica, invece, in un ruolo più sociale svolto dall'associazionismo come sentinella dei bisogni latenti presenti sul territorio.

Il Trasporto sociale risponde, in definitiva, a una domanda di servizi da parte di fasce della popolazione in condizione di fragilità, per il proprio *status* di salute, economico e/o per l'assenza di reti familiari e amicali. In alcuni casi il servizio risulta strumentale ad altre attività di **'*welfare* di prossimità'**. Le proiezioni future rivelano che la domanda di questa tipologia di servizi potrà crescere in misura anche rilevante: l'organizzazione odierna lascia peraltro l'impressione che una parte della domanda del servizio resti già oggi sottotraccia.

il trasporto sociale in Toscana



Procedure di affidamento



Utenza

91,7%

AMBITI TRADIZIONALI

- CENTRI DIURNI E CASE FAMIGLIA
- OSPEDALI
- ATTIVITA' DI SOCIALIZZAZIONE
- ATTIVITA' MOTORIE
- RSA e RSD
- ISTITUTI SCOLASTICI

8,3%

AMBITI NON TRADIZIONALI

- ATTIVITA' PERIODICHE E OCCASIONALI
- ISTITUTI SUPERIORI E FORMAZIONE PROFESSIONALE
- ATTIVITA' LAVORATIVE
- ALTRO

6.287 persone

568.921 prestazioni =

circa 90 / anno per utente

i costi *

COSTO MEDIO SINGOLA PRESTAZIONE : 14,80 EURO

IN TOSCANA : 8,4 MILIONI DI EURO L'ANNO

* COMPARTECIPAZIONE AI COSTI DEL SERVIZIO DA PARTE DELL'UTENZA: NON PREVISTE DAL 55% DEGLI ENTI

Bibliografia

- Ars Toscana (2013), *Rapporto crisi economica, stato di salute e ricorso ai servizi in Toscana*, Collana dei Documenti Ars, Firenze
- Auser Emilia Romagna (2008), *Risultati analisi accompagnamento trasporti sociali 2006*, mimeo
- Bracci F. (a cura di) (2011), *Esclusione sociale e disagio grave in Toscana. Rapporto 2011. Indagine sulle strutture e sui servizi per la povertà*, Regione Toscana – Osservatorio Sociale Regionale, Firenze
- Burgalassi M.M. (2008), *Il welfare dei servizi alla persona in Italia*, Franco Angeli
- Cittalia, Fondazione Anci Ricerche (2012), *Ripensare allo sviluppo del welfare locale, scaricabile al link http://www.anci.it/index.cfm?layout=dettaglio&IdSez=813048&IdDett=37341*
- DeAngelis P. (2012), *L'affidamento dei servizi sanitari e socio-sanitari: tra specifiche esigenze di un particolare servizio pubblico e vincoli comunitari*, reperibile su www.nonautosufficienza.it
- Esping-Andersen G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge
- Felice G. (2010), *Rilevazioni Trasporto sociale*, 3° Conferenza Regionale PAR, Servizio controllo strategico e di gestione, Regione Emilia Romagna
- Granovetter M.S. (1973), *The strength of weak ties*, American Journal of Sociology, University of Chicago Press
- Irpet, AA.VV. (2013a), *Federalismo fiscale e redistribuzione: l'effetto distributivo dei benefici in-kind a livello regionale. Un'applicazione a due regioni italiane,* Studi e approfondimenti, Firenze
- Irpet (2013b), *Sostenibilità e vulnerabilità del sistema del welfare toscano, una analisi strutturale,*Studi e approfondimenti, Firenze
- Istat (2013), *Gli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati*, Statistiche Report, Roma
- Ferrera M., V.Fargion, M.Jessoula (2012), *Alle radici del welfare all'italiana. Origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, Collana storica della Banca d'Italia, Marsilio, Venezia
- Lattarulo P. (2008) (a cura di) *Integrazione, accessibilità, equità. Il trasporto pubblico locale per la Toscana*, in Studi per il programma regionale, IRPET
- Mele S.,Tosi F. (2009) *Servizi per la non autosufficienza e la salute. La prevenzione delle malattie croniche: il Chronic Care Model (CCM)*, in Lattarulo P. (2009) (a cura

di) *Buone pratiche nelle imprese, nei servizi pubblici, nella società. Casi di studio per la Toscana*, IRPET – Regione Toscana.

- Ministero della Salute, *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese. 2011*, scaricabile al link http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2059_allegato.pdf
- Network Non Autosufficienza (2013), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto. Tra crisi e ripartenza*,Maggioli Editore
- Papi C. (2014), *Diritto europeo ed affidamenti di servizi in convenzione ad associazioni di volontariato*, reperibile su www.lineeavcp.it
- Pavolini E. (2012), *Il cambiamento possibile,* Fondazione Res, Donzelli Editore
- Regione Emilia Romagna (2012), *Trasporto sociale*, Materiali IV Conferenza PAR
- Regione Toscana (2011), *Società della Salute. L'evoluzione dei servizi territoriali in Toscana*, Centro stampa Giunta Regione Toscana
- Titmuss R.M. (1974), *Social Policy*, Allen & Unwin
- Tomei G., Caterino L. (2013), *Secondo rapporto sull'esclusione sociale in Toscana. Un'indagine sulla povertà alimentare. Anno 2013*. Regione Toscana – Osservatorio Sociale Regionale, Pisa University Press, Pisa

ALLEGATO: QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE IN TOSCANA

Sezione 1 - DATI ANAGRAFICI ENTE GESTORE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE

D1_Denominazione:_____

D2_Ragione sociale:

1. ☐Società della Salute
2. ☐Azienda USL
3. ☐Comune
4. ☐Servizio sociale associato
5. ☐Altro (specificare) _____

D3_Sede (indirizzo): _____

Comune:_____

Provincia:_____

E-mail:_____

Telefono:_____

Responsabile Servizio Trasporto sociale_____

Sezione 2–ORGANIZZAZIONE AMMINISTRATIVA

D4_Per quali Comuni l'Organizzazione gestisce il servizio di Trasporto sociale?

_____

_____

D5 Attraverso quale/i atto/i ufficiale/i avete normato e stabilito compiti e funzioni del vostro Trasporto sociale? *(sono possibili più risposte)*

1. ☐ Regolamento
2. ☐Delibera
3. ☐ Protocollo d'Intesa
4. ☐ Altro (specificare)_____
5. ☐ Nessun atto

D6_Attraverso quali forme l'Organizzazione ha gestito il servizio di Trasporto sociale nel 2013? (*sono possibili più risposte*)

1. ☐ Attività diretta con strutture/personale della Società della Salute
2. ☐Attività diretta con strutture/personale del/i Comune/i
3. ☐ Attività diretta con strutture/personale della Azienda USL
4. ☐ Attraverso Organizzazioni di volontariato
5. ☐ Attraverso Associazione di promozione sociale
6. ☐ Attraverso Cooperative sociali (e/o loro consorzi)
7. ☐ Attraverso Associazioni non iscritte alRegistro regionale
8. ☐ Attraverso Imprese private
9. ☐ Altro (specificare)_____

Sezione 3–RAPPORTI CON GLI ENTI DELL'ASSOCIAZIONISMO/PRIVATO SOCIALE GESTORI DEL SERVIZIO (*solo per coloro che alla D6 hanno indicato almeno una delle modalità di risposta dalla 4 alla 9*)

D7_Attraverso quali modalità sono stati individuati i soggetti dell'associazionismo/privato sociale?

1. ☐ Convenzione in seguito a Manifestazione di Interesse
2. ☐Bando di gara
3. ☐ Altro (*specificare*)_____

D8_Numero soggetti in convenzione/concessione

1. Cooperative sociali _____
2. Associazioni/Org. Volontariato _____
3. Imprese private _____

D9_Durata della convenzione/concessione

1. ☐ Annuale
2. ☐2 Anni
3. ☐ 3 Anni
4. ☐ 4 Anni
5. ☐ 5 Anni
6. ☐ Altro (*specificare*)_____

D10_Data di scadenza della convenzione/concessione(*nel caso di più convenzioni/concessioni, considerare la data di scadenza più lontana*)

_____

D11_È stata sottoscritta una Carta dei Servizi per l'individuazione di obiettivi e standard del servizio di Trasporto sociale?

1. ☐ Sì
2. ☐No

D12_Attraverso quale principio viene determinato il rimborso a favore del soggetto gestore del servizio?

1. ☐ Cifra forfettaria onnicomprensiva
2. ☐Km percorsi
3. ☐ Numero accessi
4. ☐ Rimborso spese volontariato
5. ☐ Altro (*specificare*)_____

D13_Il soggetto gestore del servizio è tenuto a produrre prove documentali per la rendicontazione dei costi sostenuti?

1. ☐ Sì (*specificare quali*)_____
2. ☐No

Sezione 4–ACCESSO AL SERVIZIO ED UTENZA

D14_Indicare in quali settori si è svolta l'attività di Trasporto sociale nel 2013 e il relativo numero diprestazioni erogate (*Per prestazione si intende un viaggio a/r per singolo utente*)

Tipologia Servizio	**N. prestazioni**
1. ☐ Trasporto verso centri diurni, case famiglia	
2. ☐ Servizi sanitari (*specificare quali*)	
3. ☐ Attività di socializzazione, divertimento, ludiche (es. centri sociali, ferie estive)	
4. ☐ Attività motorie diverse da terapie fisiche sanitarie/riabilitazione (es. palestra, piscina)	
5. ☐ Trasporto verso RSA, RSD	
6.☐Trasporto scolastico disabili (escluso Istituti superiori/formazione professionale)	
7. ☐ Altro (*specificare*)	
8. ☐TOTALE	

D15_Indicare se, e in che misura, il servizio di Trasporto sociale è – anche occasionalmente – esteso alle seguenti fattispecie

Tipologia Servizio	N. prestazioni
1. ☐ Attività periodiche (pag. bollette, ritiro pensione, spesa, acq. medicinali)	
2. ☐Trasporto scolastico disabili Istituti superiori/formazione professionale	
3. ☐ Attività lavorativa	
4. ☐ Attività occasionali come elezioni, festività e ricorrenze	
5.☐ Altro (*specificare*)	
6. ☐TOTALE	

D16_Indicare il numero totale di utenti per ciascuna tipologia di utenza servita dal Trasporto sociale nel 2013

Tipologia utenza	N. utenti
1. ☐Anziani (over 65 anni)	
2. ☐Disabili adulti	
3. ☐Disabili minori	
4. ☐Altro (*specificare*)	
5. ☐Altro (*specificare*)	
6. ☐TOTALE	

D17_Come si accede al servizio?

1. ☐Su invio del MMG oppure dell'assistente sociale oppure di altro professionista
2. ☐Su richiesta diretta dell'utente supportata da documenti ufficiali attestanti riconoscimento di invalidità/disabilità oppure di essere assistito ed inserito in Piani Personalizzati
3. ☐Su richiesta diretta dell'utente senza valutazioni professionali
4. ☐Altro (*specificare*)_____

D18_Come si è presi in carico al servizio di Trasporto sociale?

1. ☐Per inserimento progressivo seguendo un ordine cronologico delle domande fino ad esaurimento risorse
2. ☐ A seguito di valutazione professionale che seleziona i casi più gravi durante l'anno
3. ☐Altro (*specificare*)_____

D19_L'accesso prevede una compartecipazione economica dell'utente?

1. ☐ Sì, sempre
2. ☐ Sì, ma solo nei casi in cui non vi è obbligo di rendere il servizio gratuitamente
3. ☐No**>andare a D23**

D20_Secondo quali criteri?

1. ☐Valutazione dell'assistente sociale rispetto alla condizione familiare
2. ☐Condizione economica (ISEE)
3. ☐ Altro (*specificare*)_____

D21_Tariffe compartecipazione. Indicare la cifra richiesta all'utenza, scegliendo una o più forme utilizzate

	Tariffa tratta urbana (o 1^ fascia km)	**Tariffa tratta extraurbana (o 2^ fascia km)**
Per tratta (a/r)	€	€
Giornaliero	€	€
Mensile	€	€
Annuale	€	€

D22_Ci sono categorie di utenti esentate dalla compartecipazione economica al servizio?

1. ☐Sì (*specificare*)_____
2. ☐No

D23_Quali sono i limiti geografici regolamentati alle DESTINAZIONI per il servizio di Trasporto sociale?

3. ☐Comune di residenza/domicilio
4. ☐Zona sociosanitaria di appartenenza
5. ☐Azienda USL di appartenenza
6. ☐Provincia
7. ☐Regione Toscana
8. ☐ Nessun limite geografico

D24_In quale forma viene effettuato il servizio di Trasporto sociale?

1. ☐Individuale
2. ☐Collettiva
3. ☐Entrambe le modalità

Sezione 5 – RISORSE ECONOMICHE E STRUMENTALI

D25_Con quali automezzi viene espletato il servizio di Trasporto sociale? (*sono possibili più risposte*)

1. ☐Auto
2. ☐Pulmini
3. ☐Pulmini attrezzati
4. ☐Autoambulanze
5. ☐Altro (*specificare*)

D26_Chi è proprietario dei mezzi messi a disposizione per il servizio?

	N. mezzi
1. Ente pubblico titolare del servizio	
2. Associazioni	
3. Privato sociale	
4. Altri enti	

D27_ Indicare l'ammontare delle risorse finanziarie destinate complessivamente alle attività di Trasporto sociale nel 2013

Attività svolte direttamente dall'Ente pubblico	€
Convenzioni org. non profit iscritte ad Albo e Registri	€
Convenzioni con Associazioni non iscritte	€
Tramite contributi ad org. non profit	€
Attività svolte attraverso imprese private	€
Altro	€
TOTALE	€

D28_Indicare le fonti di finanziamento utilizzate, nel 2013, per le attività di Trasporto sociale

	Fondi comunali	**Fondi provinciali**	**Fondi regionali**	**Compartecipazione utenti**	**Altro**
Trasporto verso centri diurni, case famiglia	☐	☐	☐	☐	☐
Servizi sanitari	☐	☐	☐	☐	☐
Attività di socializzazione, divertimento, ludiche (es. centri sociali, ferie estive)	☐	☐	☐	☐	☐
Attività motorie diverse da terapie fisiche sanitarie/riabilitazione (es. palestra, piscina	☐	☐	☐	☐	☐
Trasporto verso RSA, RSD	☐	☐	☐	☐	☐
Trasporto scolastico disabili (escluso Istituti superiori/formazione professionale)	☐	☐	☐	☐	☐
Trasporto scolastico disabili Istituti superiori/formazione professionale	☐	☐	☐	☐	☐
Attività periodiche (pag. bollette, ritiro pensione, spesa, acq. medicinali)	☐	☐	☐	☐	☐
Attività lavorativa	☐	☐	☐	☐	☐
Attività occasionali come elezioni, festività e ricorrenze	☐	☐	☐	☐	☐
Altro	☐	☐	☐	☐	☐

Sezione 6 – ASPETTI CRITICI

D29_Nel 2013 sono state soddisfatte tutte le richieste di accesso al servizio di Trasporto sociale?

1. ☐ Sì**>andare a D31**
2. ☐No

D30_Quali sono state le principali motivazioni che hanno lasciato inevasa una parte della domanda di accesso al servizio? (*sono possibili più risposte*)

1. ☐Risorse economiche insufficienti
2. ☐Dotazione di automezzi insufficiente
3. ☐Valutazione professionale con esito negativo da parte dei Servizi sociali
4. ☐Aumento esponenziale della domanda di accesso al servizio
5. ☐ Altro (*specificare*)_____

D31_Quali sono le principali criticità incontrate relative alla GESTIONE DEL RAPPORTO con i soggetti del Terzo Settore e/o del privato sociale che gestiscono il servizio?

_____
_____
_____

D32_Quali sono le principali criticità di tipo NORMATIVO che riscontrate nell'organizzazione del servizio di Trasporto sociale?

_____
_____
_____

D33_Altre criticità rilevate

_____
_____
_____

Stampa: Stabilimento Grafico RINDI - Prato