

In APPUNTI sulle politiche sociali n. 3-2006

Franco Pesaresi

Dirigente servizi sociali educativi e sanità comune di Ancona

La gestione associata dei servizi sociali

Per gestione associata dei servizi sociali si deve intendere l'utilizzo di una forma organizzativa per la gestione unitaria dei servizi sociali di più comuni. La sua dimensione ottimale di riferimento comprende tutti i comuni dell'ambito sociale e il suo obiettivo strategico è quello di garantire in modo efficiente ed omogeneo i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) in tutto il territorio. La gestione associata non è dunque un obiettivo in sé ma è lo strumento per disporre di una dimensione demografica ed economica adeguata atta a sostenere la pianificazione sociale ed una organizzazione che garantisca, senza sprechi, tutti i servizi previsti nei Livelli essenziali delle prestazioni.

In moltissime realtà la gestione associata è necessaria proprio per garantire i servizi. Pensiamo solo al fatto che la maggioranza dei comuni non ha neanche un'assistente sociale per garantire il Servizio sociale professionale o per partecipare ai nuclei di valutazione integrata con la ASL. Se manca anche questo non è possibile né corretto neanche parlare di servizi sociali.

La gestione associata, inoltre, è l'unica strada per garantire una gestione unitaria del Piano di zona, per garantire una distribuzione uniforme dei servizi in tutto il territorio (anche nei comuni più piccoli che da soli non ne avrebbero mai la forza), per sviluppare economie di scala e per sviluppare e qualificare i servizi sociali del territorio.

La situazione in Italia

La maggior parte delle regioni prevede la gestione associata intercomunale dei servizi sociali come la modalità ordinaria di gestione dei servizi sociali. Questo orientamento è stato espresso quasi sempre con legge proprio per dare maggiore autorevolezza alla volontà regionale di promuovere la gestione associata ed unitaria dei Piani sociali di zona. Ai comuni capoluogo di regione o di grandi dimensioni, in diversi casi, si permette una gestione non associata con altri comuni.

La forma per la gestione associata dei servizi sociali viene lasciata, da tutte le regioni (Cfr. Tab.1), alla autonoma determinazione dei comuni che possono sceglierla fra quelle previste dal Testo unico degli enti locali (D. Lgs 267/00 - TUEL). In alcuni casi, semmai, la regione esprime delle preferenze che in quanto tali non sono vincolanti per i comuni associati (Cfr. Tab.1).

Le preferenze della regione Campania e dell'Abruzzo vanno verso la forma giuridica dell'azienda consortile mentre la regione Lazio afferma che andrebbe invece preferita la società per azioni a prevalente capitale pubblico locale, con la partecipazione minoritaria delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle cooperative sociali, delle istituzioni pubbliche di beneficenza ed assistenza, delle fondazioni bancarie ecc..

Secondo la Puglia, in ogni ambito, i comuni di minore dimensione demografica attribuiscono preferibilmente l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali ad una delle aziende pubbliche di servizi alla persona di cui al D. Lgs 4/5/2001, n. 207 presenti nel territorio o, in mancanza, a una istituzione dotata di autonomia gestionale ai sensi dell'art. 114 del D. Lgs 267/00. Gli altri comuni più grandi invece determinano autonomamente le forme di gestione tenendo conto prioritariamente delle aziende pubbliche di servizi alla persona presenti. La legge regionale della Puglia, inoltre, prevede anche la possibilità, seppur straordinaria, di forme di gestione associata fra comuni appartenenti ad ambiti diversi. In questo modo per ogni ambito territoriale potremmo avere più soggetti gestionali per l'attuazione dello stesso Piano sociale di zona con prevedibili problemi sul fronte dell'unitarietà, dell'integrazione e delle modalità di accesso ai servizi sociali di uno stesso ambito.

Tab. 1 – Le forma gestionali associate dei servizi sociali secondo le regioni italiane

| Regioni che lasciano ai comuni la facoltà di scegliere la forma gestionale nel rispetto del TUEL | Regioni che esprimono delle preferenze circa le forme gestionali associate dei comuni |
|---|--|
|---|--|

| | |
|---|--|
| Abruzzo | Azienda consortile |
| Basilicata | |
| Calabria | |
| Campania | Azienda consortile |
| Emilia Romagna | |
| Friuli-Venezia Giulia | |
| Lazio | SPA a prevalente capitale pubblico |
| Liguria | |
| Lombardia | |
| Marche | Convenzione, comunità montane |
| Piemonte | Consorzio intercomunale |
| Puglia | Aziende pubbliche di servizi alla persona (APSP) |
| Sardegna | |
| Toscana | Società della salute (sperimentazione) |
| Umbria | |
| <i>Le altre regioni non si sono ancora espresse</i> | |

Fonte: normativa regionale di riferimento.

Alcune regioni hanno ampliato le possibilità offerte dal Testo unico degli enti locali (TUEL) per la scelta delle forme gestionali individuando ulteriori strumenti. E' il caso, per esempio, della Provincia autonoma di Bolzano che ha previsto con legge una Azienda dei Servizi sociali per la gestione dei servizi sociali della città di Bolzano o della regione Friuli-Venezia Giulia che ha previsto che i comuni possano costituire, anche in forma associata con altri enti locali e con soggetti privati, nuove Aziende pubbliche di servizi alla persona (APSP) per gestire servizi socio-assistenziali e socio-sanitari. Per cui non solo APSP che derivano dalla trasformazione delle ex IPAB ma un percorso originale rispetto alle altre regioni con la previsione di APSP ex novo per la gestione associata dei servizi sociali e sociosanitari comunali. Le nuove APSP dovranno avere un patrimonio di almeno un milione di euro che non può essere versato per più di un terzo da soggetti privati che di conseguenza non possono avere una rappresentanza superiore ad un terzo all'interno del consiglio di amministrazione. Sempre per allargare le possibilità gestionali dei servizi sociali e sociosanitari la regione Friuli-Venezia Giulia ha recentemente autorizzato le ASL e le APSP a partecipare a società a capitale misto pubblico e privato o interamente pubblico.

Se passiamo dalle previsioni legislative regionali alla realtà storicamente determinata scopriamo che la gestione associata dei servizi sociali si è sviluppata in modo significativo solo nelle regioni del nord e del centro. Queste regioni, in diversi casi, hanno puntato prevalentemente su una sola modalità così che talune esperienze siano facilmente identificabili e collocabili in precise regioni.

Il Friuli-Venezia Giulia è la realtà regionale dove di più si è sviluppata da circa un quindicennio la modalità della convenzione (Guglielmi, 2005) con cui si delega alla gestione il comune capofila (ben 15 esperienze). La legge regionale di riordino dei servizi sociali del 2006 ha confermato tale possibilità disponendo che è una convenzione fra i comuni ad individuare la forma di collaborazione tra gli enti locali per la realizzazione di quella organizzazione che in questa regione si chiama "Servizio sociale dei comuni" scegliendola fra:

- la delega al comune capofila;
- la delega alla ASL;
- la delega ad una azienda pubblica di servizi alla persona;
- altra forma associativa prevista dalla legge.

Nel caso della delega al comune capofila la norma prevede una contabilità separata per l'ente gestore ed anche una pianta organica aggiuntiva nella quale è inserito il personale dei comuni associati e quello eventualmente assunto ad hoc.

Il Piemonte ha invece puntato sui consorzi intercomunali realizzandone ben 40 insieme ad altre modalità associate di gestione (soprattutto comunità montane). Una variante interessante del consorzio intercomunale viene attualmente sperimentato dalla Toscana ed in parte dall'Emilia Romagna. Si tratta di consorzi a cui partecipano i comuni e l'azienda ASL. Ne sono già stati realizzati 18 in Toscana e 3 in Emilia Romagna e la loro finalità principale è evidentemente quella di perseguire l'integrazione sociosanitaria attraverso un unico ente di gestione delle prestazioni sociali e sociosanitarie.

Nel Veneto, invece, è prevalente l'uso della delega alle ASL che è anche questa una forma di gestione associata del sociale. Questa scelta è fortemente sostenuta dalla regione che, per diverse prestazioni, eroga direttamente alla ASL le risorse per le prestazioni sociali (formalmente di competenza comunale).

Tra i modelli regionali si segnala infine la Lombardia, dove la gestione associata non è ancora prevalente tra i comuni ma all'interno della quale prevalgono le scelte aziendalistiche (pubbliche e private) dato che in questa regione troviamo almeno 5 aziende speciali e 2 società di capitali per la gestione associata dei servizi sociali.

La gestione associata dei servizi sociali coinvolgeva, nel 2003, il 25,2% della spesa sociale dei comuni. Si tratta di una quota significativa pari a 1.324 milioni di euro soprattutto se si tiene conto che il dibattito nazionale attorno a questo tema si è sviluppato da pochissimi anni. Le forme associative intercomunali gestivano il 17,7% della spesa sociale comunale complessiva mentre la delega alla ASL assorbiva il 7,5% della spesa sociale (Cfr. Tab. 2). In tre regioni la gestione associata della spesa comunale prevale su quella dei singoli comuni; si tratta del Trentino-Alto Adige, della Liguria e della Valle d'Aosta che hanno puntato su forme associative intercomunali. La gestione delegata alla ASL, invece, raggiunge quote significative in Veneto, Toscana e Umbria. Tale ultima modalità appare, però, in diminuzione. Le regioni del sud gestiscono la spesa sociale comunale quasi totalmente a livello di singolo comune, con esclusione della sola Campania (Istat, 2005).

Tab. 2 – Gestione singola o associata della spesa sociale comunale

| Gestione dei singoli comuni | | Gestione di forme associative intercomunali | | Gestione delegata alla ASL | | Totale |
|-----------------------------|-------------|---|-------------|----------------------------|------------|------------|
| Regioni | % | Regioni | % | Regioni | % | % |
| Puglia | 100 | Trentino A.Adige | 92 | Veneto | 34 | 100 |
| Sardegna | 99 | Liguria | 85 | Toscana | 21 | 100 |
| Calabria | 99 | Valle d'Aosta | 58 | Umbria | 14 | 100 |
| Lazio | 98 | Abruzzo | 32 | Friuli-V. Giulia | 11 | 100 |
| Sicilia | 97 | Piemonte | 32 | Emilia Romagna | 9 | 100 |
| Molise | 97 | Campania | 23 | Lombardia | 7 | 100 |
| Basilicata | 96 | Friuli-V. Giulia | 22 | Piemonte | 1 | 100 |
| Marche | 95 | Lombardia | 10,2 | Sicilia | 1 | 100 |
| ITALIA | 74,8 | ITALIA | 17,7 | ITALIA | 7,5 | 100 |
| € 3.938 milioni | | € 932 milioni | | € 392 milioni | | |

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2005.

Quali forme di gestione?

Come abbiamo visto ci sono indicazioni ed esperienze assai diverse che provengono dalle regioni e dai comuni. La scelta può essere fatta fra tre grandi gruppi di possibilità:

1. **I patti di collaborazione amministrativi**, come le convenzioni tra comuni oppure la delega dei comuni alla ASL;
2. La **società o l'ente di diritto pubblico**, come l'azienda speciale anche consortile, il consorzio, la comunità montana, l'unione di comuni;
3. la **società di diritto privato** come la società per azioni, la società a responsabilità limitata e la fondazione (Longo, 2004).

Si sono già sviluppate numerose esperienze di consorzi intercomunali per la gestione dei servizi sociali, di convenzioni fra comuni e di deleghe alla ASL ed in qualche più raro caso anche altre forme come le aziende speciali, le società di capitale e le fondazioni di partecipazione.

La situazione è tale che permangono ampie possibilità di scelta per gli enti locali ma quali sono le caratteristiche delle varie modalità gestionali? Per quale motivo scegliere l'una o l'altra?

Per una scelta ragionata e non casuale bisogna porsi almeno le seguenti tre domande legate agli obiettivi che si intendono perseguire:

1. Con quali soci si vogliono gestire in modo associato i servizi sociali? (solo i comuni? anche la ASL? anche i privati?);

2. Che cosa gestire (tutti i servizi sociali? solo le strutture residenziali?) e con quale dimensione economica?
3. Quale ruolo si vuole affidare alla politica nella gestione associata dei servizi sociali?

Le risposte a queste tre domande sono in grado di determinare in modo abbastanza automatico la forma di gestione più adatta, con le normative vigenti. La tab.3 evidenzia come le singole forme gestionali si adattano agli obiettivi politici che localmente vengono stabiliti per la gestione associata.

Tab. 3 – Ragioni per la scelta della forma gestionale associata dei servizi sociali

| | Convenzione con delega al comune capofila | Delega alla ASL | Consorzio | Comunità montana/ unione comuni | Azienda speciale consortile | SPA o SRL | Fondazione |
|---|--|------------------------|------------------|--|------------------------------------|------------------|-------------------|
| Partecipazione di più comuni | Si | No | Si | Si | Si | Si | Si |
| Partecipazione della ASL | No | Si | Si | No | Si | Si | Si |
| Partecipazione dei privati | No | No | No | No | No | Si | Si |
| Idoneità per la gestione di tutti i servizi sociali di zona | Forte | Medio | Forte | Forte | Forte | Debole | Medio |
| Idoneità per la sola gestione di importanti strutture sociali (es. case di riposo) | Medio | debole | Forte | Forte | Forte | Forte | Forte |
| Ruolo degli amministratori dei comuni | Debole | Debole | Forte | Forte | Medio | Debole | Debole |

Abbiamo escluso l'Istituzione perché è un ente strumentale del comune e non permette la proprietà di più enti locali.

Così, per fare esempio delle modalità di lettura della tab. 3, se si vuole realizzare una gestione associata di tutti i servizi sociali del Piano di zona che privilegi la promozione dell'integrazione sociosanitaria con la partecipazione dunque non solo dei comuni ma anche della ASL e se si vuole che la politica eserciti un ruolo importante nella programmazione delle attività la forma gestionale più adatta (più adatta, non la sola) è quella del Consorzio. Scegliendo altri obiettivi potremmo invece avere, come è evidente, risultati diversi.

Incentivazioni per la gestione associata

Per promuovere la gestione associata dei servizi sociali le regioni possono fare molto. Escluderei un approccio gerarchico e vincolistico che potrebbe creare resistenze più o meno dichiarate da parte delle autonomie locali, soprattutto oggi che il nuovo Titolo V° della Costituzione assegna ai comuni un ruolo paritario rispetto a quello delle regioni. Molto più efficace resta l'uso di incentivi economici regionali e la fornitura di un supporto tecnico e politico per chi intraprende la strada della gestione associata. Alcune regioni già incentivano la gestione associata dei servizi sociali erogando direttamente dei finanziamenti agli enti gestori o come da ultimo ha fatto il Friuli-Venezia Giulia stabilendo che l'esercizio associato costituisce requisito per accedere agli incentivi regionali. Questa è la strada che dovrebbero percorrere tutte le regioni insieme a quella della realizzazione di tutte le iniziative atte a supportare politicamente e tecnicamente le scelte associative comunali.

Il caso delle Marche

La regione Marche ha affrontato il tema della gestione associata nell'ambito di linee guida recentemente approvate dalla Giunta Regionale. Le linee guida affermano correttamente che spetta innanzitutto ai comuni scegliere le modalità per la gestione associata ma lo stesso documento esprime la preferenza, dilungandosi

solo su questo, che essa avvenga attraverso una convenzione con il comune capofila o affidando le funzioni sociali alla Comunità montana (laddove il territorio dell'ambito sociale coincida con essa).

La convenzione, secondo la regione Marche, deve prevedere che presso il comune capofila si realizzi l'"Ufficio comune" che svolge le funzioni di organismo tecnico unificato formato dal coordinatore di ambito e dall'Ufficio di Piano. Nell'"Ufficio comune" devono confluire tutte le risorse umane ed organizzative dei comuni dell'Ambito dedicate in tutto o in parte al sociale. L'istituzione dell'Ufficio unico prevede, dunque, il distacco funzionale al suo interno, del personale dipendente dai singoli comuni e addetto alle politiche sociali o, al loro posto, il trasferimento delle risorse finanziarie corrispondenti al costo del personale che per ragioni organizzative non venga trasferito all'"Ufficio comune". All'Ufficio comune sono attribuite tutte le funzioni ed i servizi ricompresi nel piano d'ambito. Secondo la delibera regionale "L'Ufficio comune gestirà (all'interno del bilancio del comune a ciò delegato) il budget destinato dai comuni agli interventi ed ai servizi sociali da realizzare attraverso l'ambito". L'Ufficio comune, infine, sarà diretto da un direttore che dovrà svolgere anche le funzioni di coordinatore di ambito.

La proposta complessiva della Regione Marche appare poco incisiva perché utilizza uno strumento debole quale quello delle linee guida per affrontare un problema che ha bisogno di un indirizzo forte ed è inadeguata sul fronte gestionale perché punta sull'"Ufficio comune" che manca di personalità giuridica. Quello che servirebbe è invece uno strumento forte da parte della regione che può essere individuato nella legge regionale di recepimento della L.328 così come stanno facendo tutte le regioni italiane. La legge regionale dovrebbe affermare, al pari di quelle già approvate, che la gestione associata è la modalità ordinaria di gestione dei servizi sociali e destinare, a questo fine, incentivi finanziari ai comuni che si associano.

La Convenzione con il comune capofila, che la regione propone come scelta preferenziale, non risolve il problema dell'assenza del riconoscimento della personalità giuridica dell'ambito che ostacola ogni naturale sviluppo dell'ambito sociale.

Inoltre, la Convenzione non riesce a dare un ruolo attivo e dinamico alla rappresentanza politica intercomunale. Infatti, la convenzione, che è uno strumento rigido di delega, per legge non riesce a trovare lo spazio per un organo politico decisionale intercomunale.

L'altra opzione suggerita dalla Regione Marche e relativa all'utilizzo della comunità montana per la gestione associata dei servizi sociali può invece essere una scelta opportuna laddove ci sia perfetta coincidenza del territorio con l'ambito sociale.

Le linee guida regionali provvedono, infine, anche ad una ridefinizione, purtroppo inadeguata, del ruolo dei coordinatori di ambito. Infatti si prefigura che il coordinatore di ambito possa proseguire la propria attività anche nel consorzio o nell'azienda consortile a fianco del direttore del consorzio stesso. Laddove il nuovo ente gestore copra tutto il territorio questo è sbagliato perché duplica le funzioni di direzione e di coordinamento con spreco di risorse e riduzione di efficacia. La stessa confusione si ritrova nelle comunità montane dove il coordinatore si può affiancare al responsabile dei servizi sociali, laddove esiste. L'impostazione della regione Marche dimostra che non è ben chiaro il percorso proposto che mentre punta a nuovi assetti gestionali unitari deve necessariamente puntare - laddove questo si realizza - anche all'assorbimento dei coordinatori di ambito, ormai spogliati del loro ruolo, nelle nuove funzioni degli enti gestori.

Valutazioni conclusive

La gestione associata dei servizi sociali da parte dei comuni è quasi sempre necessaria per raggiungere la dimensione demografica ed economica atta a garantire i livelli essenziali delle prestazioni sociali e l'uso ottimale delle risorse.¹ Va però evitata una gestione associata che veda partecipare solo una parte dei comuni che fanno capo ad uno stesso ambito. Si potrebbe infatti rischiare la presenza di più enti gestori all'interno di uno stesso ambito sociale che renderebbe impossibile la gestione unitaria dei Piani sociali di zona. La possibilità di più enti gestori all'interno dello stesso ambito territoriale mette pesantemente in discussione gli stessi obiettivi della gestione associata creando disparità e dualismi esplosivi nello stesso ambito. Occorre dunque che la gestione associata coinvolga tutti i comuni dell'ambito, un risultato non sempre facile ma ottenibile con una accorta politica di incentivazioni regionali. Questo è l'unico sistema per garantire in tutti i

¹ Nelle città capoluogo di regione essa non è sempre necessaria dato che in quelle realtà le dimensioni comunali garantiscono la realizzazione dei servizi e la gestione unitaria dei piani sociali di zona anche se in qualche raro caso (Perugia) la gestione associata è stata prevista.

comuni dell'ambito uguali regole e pari condizioni di accesso ai servizi previsti nei livelli essenziali e la loro gestione unitaria.

Naturalmente questo risultato deve essere perseguito e raggiunto non con atti di imperio ma con lo strumento degli incentivi regionali e, a livello locale, con un percorso di partecipazione che preveda il consenso comunale e la gradualità come requisiti imprescindibili. I comuni devono convincersi delle ragioni e/o della "convenienza" della gestione associata e questo lavoro deve essere portato avanti con pazienza. Così come occorre che l'ente gestore si "conquisti" gradualmente i servizi da erogare. La gestione associata può avviarsi con la gestione di alcuni servizi; per esempio quelli che hanno una maggiore dimensione economica e che possono trarre i maggiori giovamenti da una gestione più razionale su tutto il territorio. I servizi da affidare alla gestione associata possono poi crescere man mano che cresce anche la fiducia comunale nei confronti di questo strumento e dei risultati che questo riesce a garantire.

La valorizzazione degli ambiti sociali richiede alle regioni uno sforzo supplementare di semplificazione e di omogeneizzazione degli ambiti di gestione dei vari servizi. Come è noto, nei territori regionali, esistono diverse zonizzazioni per i diversi servizi (sanità, servizi sociali, rifiuti, acqua, centro per l'impiego, scuole, ecc.) che quasi mai coincidono. Solo in questi ultimissimi anni si è raggiunto quasi dappertutto l'obiettivo dell'unificazione degli ambiti sociali e sanitari ma questo è ancora probabilmente insufficiente per una gestione razionale delle risorse e dei territori. Occorre uno sforzo ed un ragionamento ulteriore, da parte di tutte le regioni, sulle dimensioni ottimali degli ambiti in relazione ad una loro possibile razionalizzazione per ridurre il numero, la tipologia ed evitare le sovrapposizioni imperfette dei vari ambiti territoriali con competenze diverse. Per cui l'obiettivo generale è quello di riprogettare gli ambiti territoriali tenendo insieme le necessità di pianificare e gestire in territori di dimensioni adeguate ma il più possibile coincidenti con le varie zonizzazioni che si occupano delle diverse competenze. La competitività del sistema lo richiede.

Le ragioni della gestione associata costituiscono anche i suoi obiettivi. Sono stati indicati nella parte iniziale di questo articolo e si possono sintetizzare nel garantire i LEPS in modo omogeneo in tutto il territorio dell'ambito, nel dare maggiore efficienza al sistema e nel ricercare anche una migliore integrazione con il settore sanitario il cui distretto coincide, di norma, con l'ambito sociale. Quest'ultimo rimane uno degli aspetti centrali della gestione associata. Infatti, il confronto e la collaborazione con la ASL possono essere produttivi e paritari se i comuni vi intervengono in modo unitario e con la propria rappresentanza politica in modo da dare un peso significativo alla presenza comunale. Nel confronto con la ASL (o con il distretto sanitario) è molto più efficace questo aspetto che non quello di presentarsi alla trattativa con un ente gestore del sociale che diventa invece qualitativamente decisivo quando si entra nella fase operativa di gestione degli accordi di integrazione sociosanitaria. Alcune realtà del centro Italia (Toscana ed Emilia Romagna) hanno voluto rendere centrale l'obiettivo della integrazione sociosanitaria rispetto agli altri tanto da proporre e realizzare prioritariamente dei consorzi intercomunali con la presenza della ASL.

Le forme gestionali che i comuni possono utilizzare sono diverse e plausibili anche se non mancano apprezzabili sforzi per arricchirle e migliorarle a livello regionale come per esempio è accaduto con l'azienda di servizi sociali di Bolzano e la ancor più interessante possibilità di costituire nuove Aziende pubbliche di servizi alla persona per la gestione intercomunale dei servizi sociali prevista dal Friuli-Venezia Giulia. Questi ultimi esempi colgono il bisogno di una revisione della normativa sulle forme associative dei comuni di fronte alla necessità di creare aziende pubbliche nel settore dei servizi sociali che riescano a coniugare assenza di lucro, direzione politica, efficienza aziendalistica, partecipazione intercomunale e di eventuali altri soggetti minoritari.

Naturalmente la forma di gestione ottimale e valida per ogni realtà non esiste. Ci sono necessità, storie, caratteristiche particolari di cui occorre, localmente, tener conto. Come abbiamo visto, contano gli obiettivi posti dai soci che partecipano (pubblici e privati), i servizi da gestire e la dimensione del bilancio. Per esempio, servono enti gestori con caratteristiche diverse per la gestione di una residenza protetta o per la gestione di tutti i servizi sociali, così come per un bilancio di 500.000 euro o di 5.000.000 di euro, o se si coinvolge la ASL. Alcuni criteri mantengono però la loro maggiore importanza rispetto ad altri per l'influenza che possono esercitare sulle possibilità di successo della gestione associata. Tali criteri sono:

1. Siano i comuni a scegliere in autonomia la forma associativa più adatta che coinvolga tutti i comuni dell'ambito.
2. la forma gestionale prescelta deve mantenere in capo ai comuni il potere di indirizzo politico e di controllo diretto.
3. Le società di capitali (eccetto probabilmente le fondazioni) sono poco adatte alla gestione dei servizi sociali nel complesso (mancando del corrispettivo in moltissime attività: minori ecc.) e per gli obiettivi delle società di capitali.

Bibliografia

- Abburrà A., Migliaccio G., *Consorzi intercomunali per la gestione di servizi sociali in Piemonte*, Autonomie locali e servizi sociali n. 3/2003.
- AA.VV., *Consorzi intercomunali per la gestione dei servizi sociali in Emilia Romagna*, Autonomie locali e servizi sociali n. 3/2003.
- Battistella A., *Le domande dell'azienda sociale*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n.20/2004.
- Guglielmi M., *Modalità di gestione dei servizi sociali in Friuli-Venezia Giulia: riflessioni su un percorso*, Autonomie locali e servizi sociali n. 3/2005.
- Longo F., *Aziende sociali comunali: rischi e benefici*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n.1/2004.
- Istat, *La prima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni*, Roma, Istat, 2005.
- Pesaresi F., *La governance dei Piani sociali di zona*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n.20/2003.
- Regione Marche, *Linee guida per la riorganizzazione istituzionale degli ambiti territoriali sociali*.
- Scapin C., D'Eliso I., *La gestione integrata dei servizi socio-sanitari nelle ASL del Veneto e del Friuli-Venezia Giulia*, Autonomie locali e servizi sociali n. 3/2003.