

4. Welfare sociale e disabilità in Lombardia 2018-2023. Cambia il discorso?

Giovanni Merlo, Roberto Franchini e Alice Melzi

4.1. Analisi dell'esistente. Quali scelte passate e nel corso della legislatura hanno portato ad oggi

4.1.1. Il punto di partenza

L'inizio della legislatura presenta un modello di welfare sociale per la disabilità regionale consolidato, basato sostanzialmente su due pilastri:

- una vasta e diffusa rete di servizi diurni e residenziali, sostenuti con fondi socio-sanitari, con risorse sociali di provenienza regionale e comunale e con rette pagate dalle persone con disabilità;
- un'altrettanto vasta serie di interventi di supporto della domiciliarità, sostenuta da risorse sociali trasferite dallo Stato, complementari a quelle comunali e socio-sanitarie.

Stiamo parlando, in particolare, della rete di Unità di Offerta che Regione Lombardia ha disciplinato con una serie di Delibere di Giunta negli anni a cavallo tra il 2003 e il 2008, composta da servizi definiti socio-sanitari, quali RSD, CSS e CDD, e da altri di carattere socio-assistenziale, quali CA, CSE e SFA ⁽¹⁾. Nel 2018 questa rete di servizi accoglieva quasi 20.000 persone, di cui poco più di 6.000 inserite nei servizi residenziali e il resto in quelli diurni.

⁽¹⁾ Nel periodo compreso tra il 2003 e il 2008, Regione Lombardia ha definito gli standard di accreditamento dei servizi diurni (semiresidenziali) e di quelli residenziali per le persone con disabilità giovane e adulta (18-64 anni). Vengono previste tre fasce di servizi a seconda dell'intensità, più o meno alta, del bisogno di sostegno. Per i servizi diurni: dal Servizio di formazione all'autonomia (SFA), nel caso di basso sostegno, al Centro socio-educativo (CSE) fino ad arrivare al Centro diurno per persone con disabilità (CDD). Analogamente per i servizi residenziali sono previste le Comunità alloggio per disabili (CA), le Comunità socio-sanitarie (CSS) e le Residenze sanitario-assistenziali per persone con disabilità (RSD). Le CA e le CSS sono organizzate in case e appartamenti che possono ospitare fino a dieci persone, le RSD sono strutture che possono ospitare fino a 20 persone (ma spesso sono costituite da più moduli/reparti che possono accogliere in totale in media anche 40-60 persone). CDD, CSS e RSD per le loro caratteristiche socio-sanitarie ricevono una quota di finanziamento dal Fondo sanitario regionale.

Tabella 4.1 - Posti UdO residenziali e semiresidenziali - anni XI legislatura lombarda

UdO	n. posti inizio XI legislatura	n. posti fine XI legislatura	variazione %
RSD	4.197	4.293	2,3%
CSS	1.564	1.668	6,6%
CA	564	2.332	313,5%
Tot. strutture residenziali	6.325	8.293	31,1%
CDD	6.776	6.765	-0,2%
CSE	4.139	4.670	12,8%
SFA	2.274	3.407	49,8%
Tot. servizi diurni	13.189	14.842	12,5%

Fonte: nostra elaborazione su dati D.G.R. n. 6674/2017 e D.G.R. n. 275/2023 di disciplina del più recente programma regionale L. n. 112/2016.

Nota: per i servizi socio-sanitari RSD, CSS e CDD i dati riguardano i posti accreditati, mentre per i servizi socio-assistenziali CA, CSE e SFA i posti autorizzati. Per i servizi socio-sanitari è stato scelto di mettere a confronto i dati sui posti accreditati per completezza delle informazioni disponibili. Riguardo ai posti a contratto è accessibile solo una fotografia aggiornata di fine legislatura. Nello specifico: RSD 4.111, CSS 1.528 e CDD 6.610 posti a contratto (fonte: D.G.R. n. 6867/2022).

Le politiche regionali di sostegno alla vita a casa sono invece fondamentalmente finanziate dal Fondo per la non autosufficienza (FNA). Si tratta di risorse di carattere nazionale di cui Regione Lombardia dispone dal 2013 ⁽²⁾ e che vengono messe a disposizione delle persone con gravissima e grave disabilità in forma di erogazione monetaria, sia per supportare il lavoro dei caregiver familiari che per contribuire al pagamento di servizi di carattere professionale. All'inizio della legislatura i beneficiari di queste prestazioni erano più di 17.000 (vedi grafico 4.1 nel paragrafo successivo): seimila persone affette da gravissima disabilità ricevono, direttamente dalla Regione, un aiuto molto significativo tramite la Misura B1; il resto delle persone riceve un contributo dal proprio Comune di residenza, il cui importo in genere è meno sostanzioso e, comunque, in linea con le scelte dell'Ente (Misura B2).

⁽²⁾ La storia del FNA in Italia è in realtà più ampia e articolata. Assumiamo come punto di partenza dell'attuale gestione del Fondo quanto previsto dalla D.G.R. n. 740/2013. <http://www.lombardiasociale.it/2013/10/06/presa-in-carico-della-disabilita-ep-pur-si-muove/>

Il supporto alla domiciliarità viene promosso anche grazie agli interventi socio-sanitari regionali dell'ADI ⁽³⁾ e di quelli sociali comunali del SAD ⁽⁴⁾. Il sistema di welfare sociale regionale prevede inoltre, attraverso la L.R. n. 23/1999, contributi per l'acquisto degli ausili tecnologicamente avanzati, e alcuni interventi di supporto all'inclusione sociale finanziati dal Fondo sociale europeo (i cosiddetti "voucher per l'autonomia" ⁽⁵⁾). Nel 2016, infine, viene approvata a livello nazionale la legge n. 112/2016 (meglio conosciuta come legge "Dopo di noi") (Merlo, 2016) ⁽⁶⁾, anche se i primi passi della sua implementazione inizieranno solo a partire dal 2018 (Ghetti, 2017) ⁽⁷⁾.

Si è configurato così nel tempo un modello d'intervento basato sostanzialmente sul principio della libertà di scelta del servizio o della prestazione da parte del cittadino, all'interno di un sistema che attribuisce alla Regione, tramite le ATS, le funzioni di programmazione e controllo, e affida l'erogazione alle realtà private accreditate che, nel caso della disabilità, sono quasi tutte enti di Terzo settore: un modello che negli anni 2013-2018 ha visto una crescita di protagonismo e importanza anche del ruolo di Ambiti e Comuni, ai quali viene affidata la gestione di risorse più rilevanti che in passato.

I punti di forza e di criticità di questo sistema, che hanno caratterizzato la conclusione della precedente legislatura lombarda (2013-2018), sono quelli noti e possono essere così sintetizzati:

Punti di forza:

⁽³⁾ L'ADI – Assistenza domiciliare integrata – è un servizio socio-sanitario domiciliare, sostenuto da Regione tramite le ATS/ASST, che offre cure mediche, infermieristiche e riabilitative.

⁽⁴⁾ Il SAD – Servizio di assistenza domiciliare – è un servizio di competenza delle amministrazioni comunali, di supporto nella gestione degli aspetti socio-assistenziali di vita quotidiana, rivolto a persone con disabilità e anziani non autosufficienti.

⁽⁵⁾ Voucher erogati dagli Ambiti territoriali/Comuni volti a sostenere percorsi di autonomia finalizzati all'inclusione sociale per persone con disabilità (e per persone anziane fragili). È una tipologia d'intervento, che raggiunge un numero esiguo di destinatari, ereditata dalla precedente legislatura nell'ambito del Reddito di autonomia, che ha segnato la *via lombarda* al supporto delle famiglie e degli individui in condizione di vulnerabilità. Per approfondimenti:

<http://www.lombardiasociale.it/2015/10/30/la-via-lombarda-al-reddito-di-autonomia/>

<http://www.lombardiasociale.it/2019/01/29/voucher-per-lautonomia-edizione-2019/>

⁽⁶⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/10/19/in-dialogo-sulla-legge-sul-dopo-di-noi/>

⁽⁷⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/06/13/il-dopo-di-noi-lombardo/>

- una rete di servizi diurna sempre più diffusa e presente in modo abbastanza omogeneo sul territorio;
- la valorizzazione del Terzo settore e delle sue competenze;
- una forte attenzione al rispetto di standard di assistenza e di cura, in particolare nelle Unità di Offerta;
- una significativa capacità territoriale di dare vita a interventi sperimentali e innovativi.

Criticità:

- una presenza disomogenea nel territorio dei servizi residenziali;
- uno scarso investimento sulla presa in carico sociale da parte degli Enti locali;
- una forte sanitarizzazione dei servizi e una loro scarsa propensione verso processi d'inclusione sociale ⁽⁸⁾.

Ai punti critici si deve anche aggiungere l'assenza di dati e ricerche sui bisogni non coperti dal sistema, riguardanti numero e caratteristiche delle persone con disabilità che, pur avendo necessità anche forti di sostegno, non vengono raggiunte dagli interventi di welfare generati dalle politiche regionali.

4.1.2. *L'avvio dell'XI legislatura lombarda*

La prima novità introdotta dall'XI legislatura riguarda la suddivisione delle competenze per gli interventi d'interesse per le persone con disabilità non più fra tre Assessorati ⁽⁹⁾ ma fra due, quello al welfare (sanità) e quello dedicato alla solidarietà sociale che – anche nel nome – prevede una delega specifica alla disabilità.

⁽⁸⁾ Il tema della sanitarizzazione nei servizi per la disabilità è stato approfondito in diversi contributi di LombardiaSociale.it. Si segnalano i primi due articoli pubblicati che hanno avviato le successive riflessioni: <http://www.lombardiasociale.it/2017/04/12/importante-e-la-salute-e-non-la-sanita/> e <http://www.lombardiasociale.it/2017/05/03/la-complicata-vita-delle-unita-di-offerta-per-le-persone-con-disabilita/>

⁽⁹⁾ Le competenze in materia di welfare sociale, che per lunghi anni erano state concentrate in un unico Assessorato (famiglia, solidarietà sociale e volontariato), vengono suddivise, a seguito dell'approvazione della L.R. n. 23/2015 di riforma del sistema socio-sanitario, tra gli Assessorati al welfare (sanità), al reddito di autonomia e inclusione sociale e alla famiglia.

Nel capitolo dedicato agli interventi per la disabilità e la non autosufficienza del Programma regionale di sviluppo ⁽¹⁰⁾ il passaggio più significativo riguardo all'innovazione è quello in cui si dichiara che "verrà sviluppato un sistema unitario anche in termini di risorse e di fondo dedicato, finalizzato a costruire percorsi integrati di accompagnamento e cura, in un contesto organizzativo in grado di leggere i bisogni, attualizzarli e contestualizzarli". Si tratta di un obiettivo fondamentale, ovvero quello di costituire un Fondo unico per la disabilità, che verrà poi rilanciato durante la legislatura.

Nella prima fase dell'XI legislatura lombarda, il comparto disabilità del welfare regionale non subisce grandi scossoni, con le due Direzioni generali coinvolte impegnate a gestire il funzionamento dei servizi e delle misure già in atto.

Emergono alcune linee di tendenza che si svilupperanno lungo tutto il quinquennio:

1. Il sistema complessivo dei servizi non viene investito da particolari modifiche nelle regole di funzionamento. I numeri dei servizi socio-sanitari rimangono sostanzialmente stabili, con una presenza disomogenea nei territori ⁽¹¹⁾ che riguarda soprattutto i servizi residenziali, come si evince dalla tabella sottostante, mentre si assiste al discreto aumento dell'impegno dei Comuni, che aumentano la disponibilità dei posti nelle Comunità alloggio e nei Servizi di formazione all'autonomia.

⁽¹⁰⁾ Delibera Consiglio regionale n. 64/2018 – Programma regionale di sviluppo della XI legislatura.

⁽¹¹⁾ Tramite le D.G.R. n. 1987/2019, n. 6387/2022 e n. 7758/2022 l'XI legislatura, nel tentativo di correggere gli squilibri territoriali presenti, ha attuato alcuni passi nella direzione di potenziamento dei volumi di alcune Unità di Offerta e riallocazione delle risorse, che per quanto riguarda l'area disabilità ha interessato RSD, CSS e CDD. In mancanza però di un piano programmatico regionale di lungo periodo per lo sviluppo del sistema di offerta, siamo ancora lontani dal raggiungimento degli obiettivi auspicati. Per approfondimenti si veda il capitolo 2.

Tabella 4.2 - Numero di strutture e posti autorizzati nelle UdO residenziali per Provincia – anno 2022 ⁽¹²⁾

pv	RSD		CSS		CA		Totali per PV		Pop 18-64 per PV al 01.01.2023	Indice di copertura ogni 1.000 ab
	n. strutture	Posti autorizzati	n. strutture	Posti autorizzati	n. strutture	Posti autorizzati	n. strutture	Posti autorizzati		
BG	11	429	20*	191	22	208	53	828	677.321	1,2
BS	10	471	26*	50	28	270	64	791	766.800	1,0
CO	13 *	335	9	83	27	236	49	654	361.328	1,8
CR	7	665	12*	96	13	121	32	882	210.533	4,2
LC	4	152	10*	79	16	148	30	379	198.208	1,9
LO	4	82	2	20	4	38	10	140	139.545	1,0
MB	6*	261	7	70	13	115	26	446	527.784	0,8
MI	25*	1029	60*	502	77	639	162	2170	1.969.373	1,1
MN	5	150	10*	69	11	96	26	315	243.565	1,3
PV	10*	154	13	121	20	181	43	456	323.417	1,4
SO	3	107	1	10	4	31	8	148	107.130	1,4
VA	8*	319	20*	163	30	278	58	760	525.269	1,4
TOT	106	4154	190	1454	265	2361	561	7969	6.050.273	1,3
%	18,9%	52,1%	33,9%	18,3%	47,2%	29,6%	100%	100%		

*Dati incompleti: in particolare per le CSS della Provincia di Brescia, su 26 strutture mancano i dati di 21.

Fonte: nostra elaborazione su dati del portale Open Data e dati ISTAT.

Tabella 4.3 - Numero di strutture e posti autorizzati nelle UdO semiresidenziali per Provincia – anno 2022 ⁽¹³⁾

pv	CDD		CSE		SFA		Totali per Provincia		Pop 18-64 per PV al 01.01.2023	Indice di copertura ogni 1.000 ab
	n. strutture	Posti autorizzati	n. strutture	Posti autorizzati	n. strutture	Posti autorizzati	n. strutture	Posti autorizzati		
BG	23	570	15	254	27	521	65	1345	677.321	2,0
BS	33	858	23	454	16	518	72	1830	766.800	2,4
CO	17	439	20	447	6	122	43	1008	361.328	2,8
CR	11	206	10	214	8	164	29	584	210.533	2,8
LC	9	230	7	146	2	70	18	446	198.208	2,3
LO	6	160	6	100	3	80	15	340	139.545	2,4

►►

⁽¹²⁾ I dati contenuti nel portale Open Data propongono ancora la suddivisione dei territori in Province e non in ATS/ASST. È stato scelto di utilizzare i dati riguardo ai posti autorizzati in quanto sono un aspetto comune a tutte le Unità di Offerta. Si segnala che nella D.G.R. n. 7758/2022, di determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023, nell'Appendice 1 è consultabile una tabella che indica la copertura delle Unità di Offerta socio-sanitarie (RSD, CSS e CDD) per ASST per il 2022.

⁽¹³⁾ Vedere nota precedente.

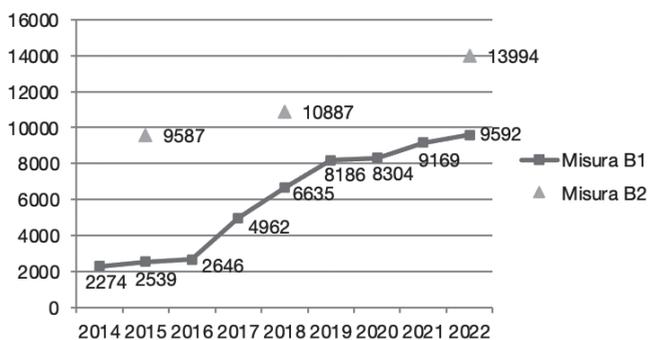
pv	CDD		CSE		SFA		Totali per Provincia		Pop 18-64 per PV al 01.01.2023	Indice di copertura ogni 1.000 ab
	n. strutture	Posti autorizzati	n. strutture	Posti autorizzati	n. strutture	Posti autorizzati	n. strutture	Posti autorizzati		
MB	23	560	23	547	13	382	59	1489	527.784	2,8
MI	88*	2267	65	1388	31	754	184	4409	1.969.373	2,2
MN	14	371	13	284	8	166	35	821	243.565	3,4
PV	15	400	3	55	4	91	22	546	323.417	1,7
SO	8	190	5	75	1	35	14	300	107.130	2,8
VA	23	601	27	639	18	435	68	1675	525.269	3,2
TOT	270	6852	217	4603	137	3338	624	14793	6.050.273	2,4
%	43,3%	46,3%	34,7%	31,1%	22%	22,6%	100%	100%		

*Dati incompleti.

Fonte: nostra elaborazione su dati del portale Open Data e dati Istat.

2. Crescono invece i numeri dei beneficiari del FNA, in particolare della misura B1: un incremento a cui non corrisponde un proporzionale aumento delle risorse nazionali e regionali, nonostante negli anni dell'XI legislatura si sia registrato quasi un raddoppio delle risorse, costringendo così la D.G. Disabilità a difficili esercizi di razionamento delle risorse pro capite (Merlo, 2021) ⁽¹⁴⁾.

Grafico 4.1 - Evoluzione nel numero dei beneficiari delle Misure B1 e B2



Fonte: nostra elaborazione su dati delle D.G.R. dei programmi operativi annuali FNA e su slide dei monitoraggi regionali.

Nota: i dati disponibili sui beneficiari della Misura B2 riguardano solo gli anni 2015, 2018 e 2022.

⁽¹⁴⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2021/02/20/la-mutazione-genetica-della-misura-b1-del-fna/>

Tabella 4.4 - Dotazione risorse FNA e risorse regionali per Misura B1 e B2 - anni XI legislatura lombarda

Anno	Risorse FNA			Risorse regionali		Totali	
	Misura B1	Quota % B1*	Misura B2	Misura B1	Misura B2	Misura B1	Misura B2
2018	€ 45.229.560	65%	€ 24.354.380	€ 9.145.000	€ 700.000	€ 54.374.560	€ 25.054.380
2019	€ 48.273.366	70%	€ 24.839.724	€ 16.600.000	/	€ 64.873.366	€ 24.839.724
2020	€ 70.392.284	70%	€ 26.758.836	€ 28.000.000	€ 2.330.000	€ 98.392.284	€ 29.088.836
2021	€ 69.988.170	70%	€ 29.994.930	€ 23.000.000	/	€ 92.988.170	€ 29.994.930
2022	€ 73.095.393	70%	€ 31.326.597	€ 23.000.000	/	€ 96.095.393	€ 31.326.597
2023	€ 86.544.630	69%	€ 38.882.370	€ 23.000.000	/	€ 109.544.630	€ 38.882.370

*I provvedimenti statali di assegnazione delle risorse del FNA alle Regioni pongono come vincolo di allocarne almeno il 50% alla gravissima disabilità.

Fonte: nostra elaborazione su dati delle D.G.R. dei programmi operativi annuali FNA e successive integrazioni in corso d'anno.

3. Iniziano ad andare a regime gli interventi previsti dalla L. n. 112/2016, conosciuta – in modo infelice – come legge “Dopo di noi”. La partenza è lenta, concentrata quasi esclusivamente sugli interventi preparatori e propedeutici al distacco dalle famiglie di origine (come, ad esempio, le cosiddette “palestre per la vita indipendente”), distacco che invece è il vero obiettivo della norma (Merlo e Melzi, 2019) ⁽¹⁵⁾.

Per quanto riguarda il principale obiettivo di legislatura, la definizione del Fondo unico per la disabilità, si registra la costituzione di un gruppo di lavoro all'interno della D.G. Famiglia ⁽¹⁶⁾, mentre la D.G. Welfare comincia a ragionare sulle modalità per inserire in modo effettivo la disabilità nell'Area salute mentale e dipendenze, così come previsto dalla L.R. n. 15/2016 (Ghetti, 2016 e Merlo, 2016) ⁽¹⁷⁾.

4.1.3. E poi arriva il Covid

Con l'arrivo della pandemia, nel 2020, i servizi diurni dapprima si svuotano per essere successivamente chiusi. I servizi residenziali per disabili vi-

⁽¹⁵⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2019/02/14/dopo-di-noi-lombardo-primo-identikit-dei-beneficiari/>

⁽¹⁶⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2019/12/16/fondo-unico-disabilita-cosa-aspettar-si-nel-2020/>

⁽¹⁷⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/04/01/salute-mentale-gli-snodi-cruciali-della-riforma/> e <http://www.lombardiasociale.it/2016/07/12/passi-in-avanti-sulla-salute-mentale-in-atte-sa-degli-atti-applicativi/>

vono la situazione di abbandono, fatica e lutto che ha investito le RSA (si veda al proposito il capitolo 3, dedicato alle politiche per gli anziani). Nelle RSD gli esiti sono meno tragici che nelle RSA, per via della differente età delle persone che vi vivono. Ma è proprio lo stato di cose che si è venuto a creare in modo generalizzato nel comparto dei servizi residenziali regionale a indurre le realtà di Terzo settore a denunciare la grave trascuratezza nei confronti delle politiche territoriali ⁽¹⁸⁾: non una fatalità, ma anche l'esito di scelte compiute nella gestione delle risorse sanitarie. Le persone con disabilità che vivono a casa vedono l'interruzione dei sostegni su cui possono contare abitualmente, siano essi i centri diurni o i servizi domiciliari. A livello istituzionale sembra non succedere nulla. Le prime a mobilitarsi, infatti, sono le realtà della società civile che cercano, in modo spontaneo e disomogeneo, di far attivare i servizi essenziali e di garantire comunque forme di supporto, compatibilmente con la situazione sanitaria (Merlo, 2020 e Pepè, 2020) ⁽¹⁹⁾.

La sfida del cambiamento – necessario per rispondere alla pandemia – viene raccolta da Regione Lombardia al termine del periodo di lockdown, quando occorre gestire la riapertura dei servizi diurni. Accogliendo una serie di istanze e proposte provenienti dal mondo associativo e degli enti gestori, con la D.G.R. n. 3183 del 26/5/2020 si lascia agli enti la possibilità di sperimentare forme innovative di organizzazione degli spazi e dei tempi, rendendo più flessibile l'organizzazione dei servizi per adattarla a esigenze e richieste delle persone con disabilità e delle loro famiglie (Prosperi, 2020) ⁽²⁰⁾.

Una strada percorsa solo da alcuni gestori, ma che ha reso possibile sperimentare concretamente modi nuovi di concepire e realizzare il servizio, a partire da una diversa modulazione degli orari e dall'utilizzo di spazi sociali e comunitari (Zanisi, 2020) ⁽²¹⁾. In generale, la lezione del Covid ha spinto alcuni centri diurni a concepirsi non come "contenitori" (di persone e di attività di routine) ma come "registri" di progetti personalizzati, che hanno preso vita sia dentro che fuori dalle mura fisiche del servizio autorizzato, pur nella ne-

⁽¹⁸⁾ Comunicato del Forum Terzo settore Lombardia, Ledha, Uneba Lombardia e Alleanza della Cooperative Italiane – Welfare Lombardia: <https://lombardia.forumterzosettore.it/comunicato-stampa-la-strage-degli-innocenti/>

⁽¹⁹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2020/04/08/i-nodi-e-il-pettine/> e <http://www.lombardiasociale.it/2020/06/18/il-mondo-della-disabilita-e-lemergenza-covid-19/>

⁽²⁰⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2020/06/16/diversi-piani-di-realta/>

⁽²¹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2020/05/14/per-vedere-di-nascosto-leffetto-che-favengo-anchio-no-tu-no/>

cessaria presa in carico e monitoraggio degli interventi, attuati sia con risorse formali (operatori) che informali.

Sul fronte dei servizi residenziali si è assistito invece al perdurare di forme di chiusura e confinamento prolungate, anche nei periodi in cui al resto della popolazione – incluse le persone con disabilità – sono state concesse ampie libertà di movimento e di relazione: gli enti gestori, infatti, sono stati costretti, ben oltre il lecito, a seguire regole e direttive di prevenzione sanitaria tipiche di ambienti ospedalieri, con conseguenze significative sulla salute delle persone che vivono nei servizi (Guzzi, 2021) ⁽²²⁾. Questa è una spia significativa della percezione che il sistema ha di questi servizi, concepiti più come luoghi di cura che come luoghi di vita.

4.1.4. *Il cambio ai vertici*

Nel mezzo dell'emergenza Covid ha luogo una modifica della composizione della Giunta, che porta Letizia Moratti alla conduzione dell'Assessorato al welfare e Alessandra Locatelli a quello della famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità: un cambio di guardia che conduce, nel campo della disabilità, a un profondo cambiamento, se non altro nelle ambizioni e nella narrazione delle scelte regionali (Melzi, 2021) ⁽²³⁾. La modifica di rotta riguarda in particolare l'ambito delle politiche socio-assistenziali di competenza dell'Assessorato alla famiglia, alla solidarietà sociale, alle disabilità e alle pari opportunità.

Gli aspetti innovativi dell'azione dell'Assessorato al welfare, infatti, non si riferiscono alla filiera dei servizi per le persone con disabilità, per i quali continua l'abituale attività di gestione e "manutenzione", ma al comparto dell'Area della salute mentale; in quest'ambito viene avviato un percorso di programmazione che porterà alla successiva approvazione del Programma operativo regionale autismo (D.G.R. n. 5415/2021) (Merlo, 2022) ⁽²⁴⁾, il quale prevede una serie di interventi per facilitare la diagnosi precoce e accompagnare la delicata fase di transizione alla vita adulta (Melzi, 2022) ⁽²⁵⁾.

⁽²²⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2021/01/14/affrontare-la-pandemia-covid-in-rsd-riflessioni-intorno-ad-alcuni-nodi-critici/>

⁽²³⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2021/06/16/si-puo-fare-massimo-impegno-verso-pas-si-concreti/>

⁽²⁴⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2022/02/10/autismo-la-regione-si-impegna-anche-con-gli-adulti/>

⁽²⁵⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2022/02/10/piano-regionale-autismo-parola-chiave-costruire-sinergie/>

L'Assessorato alla disabilità inizia invece a cambiare il discorso, innestando in modo sempre più deciso, nelle misure di sua competenza, una crescente attenzione alla personalizzazione degli interventi, con una chiara attenzione ai processi di valutazione multidimensionale, alla redazione del Progetto individuale di vita e alla definizione del Budget di progetto. Tuttavia dal punto di vista concreto, ovvero nel campo dell'attuazione delle misure e nei loro effetti sulla qualità di vita delle persone con disabilità, i risultati sono ancora limitati (Castegnaro e Melzi, 2022) ⁽²⁶⁾.

La provvidenza principale dal punto di vista economico – il Fondo per la non autosufficienza – non vede infatti cambiamenti sostanziali, se non nel tentativo di garantire la sostenibilità di una misura che soffre di una carenza strutturale di risorse, a fronte del costante aumento dei beneficiari (vedere grafico 4.1 e tab. 4.4). Il maggior impegno riformatore si ravvisa nel promuovere l'implementazione della L. n. 112/2016 che, a partire dalla D.G.R. n. 4749/2021, insiste molto sul fatto che sia gli interventi a supporto dello sviluppo dell'autonomia che quelli propriamente residenziali acquisiscano senso solo se inseriti in un più ampio Progetto di vita (Merlo e Melzi, 2021) ⁽²⁷⁾. In questo atto, che ha ovviamente influenzato e determinato la successiva implementazione territoriale, molta enfasi viene riservata al processo di evoluzione della valutazione multidimensionale, che deve progredire nei suoi strumenti allo scopo di far emergere non solo i problemi clinici e funzionali, ma anche – e forse soprattutto – i desideri e le preferenze della persona.

È in questi anni che la L. n. 112/2016 inizia il suo vero cammino di attuazione in Regione Lombardia, con un incremento del numero dei beneficiari e con le prime esperienze di distacco dalla famiglia, che a fine 2022 risultano riguardare circa 330 persone in 91 diverse abitazioni (Bollani, 2022) ⁽²⁸⁾. Un'applicazione però che ancora sconta enormi divari territoriali, anche all'interno delle stesse ATS, e una persistente difficoltà ad utilizzare completamente le risorse disponibili ⁽²⁹⁾.

⁽²⁶⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2022/05/02/tentativi-di-un-welfare-personalizzato/>

⁽²⁷⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2021/07/10/un-dettaglio-ma-non-indifferente/>

⁽²⁸⁾ <https://www.vita.it/it/article/2022/02/01/dopo-di-noi-dati-alla-mano-una-proposta-per-migliorarlo/161720/>

⁽²⁹⁾ La difficoltà di effettivo utilizzo delle risorse disponibili è stato anche messo in rilievo dall'analisi conclusiva della Corte dei Conti, approvata con delibera n. 55/2022/G, <https://www.corteconti.it/HOME/StampaMedia/Notizie/DettaglioNotizia?Id=02243611-99f0-434c-ba6a-707c4bb62e7a>

Tabella 4.5 - Beneficiari azioni L. n. 112 – anni XI legislatura lombarda

ATS	Inizio XI legislatura	Fine XI legislatura
ATS Città metropolitana Milano	224	767
ATS Insubria	73	275
ATS Montagna	1	60
ATS Brianza	45	249
ATS Bergamo	110	211
ATS Brescia	132	319
ATS Valpadana	90	245
ATS Pavia	29	75
TOT.	704	2201

Fonte: nostra elaborazione su dati delle slide di monitoraggio regionale dell'11/12/2018 e dati della D.G.R. n. 275/2023 di disciplina del più recente programma regionale L. n. 112/2016.

Tabella 4.6 - Utilizzo azioni L. n. 112 tra i beneficiari – anni XI legislatura lombarda

Tipologia di sostegni	Inizio XI legislatura	Fine XI legislatura
Sostegni infrastrutturali (Locazione, spese condominiali...)	5,2%	2,1%
Sostegni gestionali		
Gruppo appartamento	10,8%	9,4%
Residenzialità autogestita	3,3%	2,1%
Cohousing	6,3%	3,1%
Accompagnamento all'autonomia	70,3%	77,6%
Pronto intervento	4,2%	5,8%

Fonte: nostra elaborazione su dati delle slide di monitoraggio regionale dell'11/12/2018 e dati della D.G.R. n. 275/2023 di disciplina del più recente programma regionale L. n. 112/2016.

Di grande rilevanza anche la decisione della Giunta regionale di consentire la continuazione – e quindi in un certo qual modo la stabilizzazione – degli interventi sperimentali di gestione dei diversi servizi diurni presenti in Lombardia. In particolare la D.G. Famiglia non ha solo “concesso” agli enti la possibilità di portare avanti le attività in essere: con la D.G.R. n. 5320 del novembre 2021 indica la strada maestra della personalizzazione e della flessibilità degli interventi, non solo da proseguire ma da perseguire, per favorire l'evoluzione dei Centri diurni in Centri multiservizi, abbandonando il modello “scolastico” ancor oggi dominante nella loro organizzazione (Merlo, 2021) ⁽³⁰⁾.

⁽³⁰⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2021/12/22/disabilita-centri-senza-centro/>

Si guarda con attenzione al superamento di modelli organizzativi e calendari di apertura che riflettono ancora l'esperienza scolastica e alla necessità di adeguarsi alle mutate esigenze delle persone e delle famiglie (D.G.R. n. 5320/2021, Allegato 2, p. 4).

Si tratta, insomma, di una (potenziale) rivoluzione per un modello di gestione delle Unità di Offerta, secondo direttive che dovrebbero trovare una ricomposizione con le norme sull'accreditamento (come le D.G.R. n. 1765 e n. 2569 del 2014) ma, al contrario, sono basate sui principi della standardizzazione dell'assistenza e dell'appropriatezza sanitaria. Anche in questo caso, è necessario segnalare una forte anomalia, per non dire una contraddizione: la nuova delibera, infatti, non solo non cambia le norme sull'accreditamento, ma riveste un ruolo semplicemente indicativo. Questo spiega come mai, a oggi, il modello prevalente di gestione dei servizi semiresidenziali non sia particolarmente mutato, tranne le positive eccezioni di alcuni enti gestori che hanno intrapreso la strada della progressiva destrutturazione delle attività tradizionali ⁽³¹⁾.

L'attenzione alla personalizzazione degli interventi, al sostegno dell'autodeterminazione e dell'inclusione permeano anche altri successivi atti della D.G. Famiglia, chiamata a regolare la distribuzione di risorse e di misure settoriali, in genere di provenienza statale, a favore delle persone con autismo ⁽³²⁾ e dei caregiver familiari ⁽³³⁾ (anche se queste indicazioni sono ancora in fase di attuazione e non è possibile valutarne gli esiti).

Nell'ultima fase della legislatura anche il Consiglio regionale ha, infine, dato segnali di forte interesse verso il mondo della disabilità, dopo che per lunghi anni esso è stato regolato praticamente da soli atti della Giunta.

Il "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", che disciplina anche l'intero comparto socio-sanitario, è stato modificato dalla L.R. n. 22/2021: nell'attuale versione si trova un riferimento inedito e significativo

⁽³¹⁾ Tra queste segnaliamo l'esperienza della Cooperativa sociale Come Noi di Mortara (ente gestore a marchio Anffas) <http://www.lombardiasociale.it/2022/12/05/disabilita-servizi-per-inclusione-e-la-vita-indipendente/>

⁽³²⁾ Si fa riferimento in particolare alle D.G.R. n. 7429/2022 (Avvio di progetti pilota in attuazione della D.G.R. n. 6218/2022, legge n. 112/2016 e Fondo unico disabilità) e D.G.R. n. 7504/2022 (Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità - legge 21 maggio 2021, n. 69. Approvazione del programma operativo regionale). Per approfondimenti: <http://www.lombardiasociale.it/2023/02/01/autismo-in-arrivo-nuove-sfide-per-i-territori/>

⁽³³⁾ Si tratta di provvedimenti derivanti da norme e fondi di carattere nazionale e regionale.

per i servizi di welfare sociale regionale per la disabilità, che devono essere orientati a “rispetto e promozione del diritto alla vita indipendente e all’inclusione sociale di tutte le persone con disabilità”.

Il Consiglio regionale ha poi approvato, proprio nelle ultime sedute, ben tre norme d’interesse: le leggi regionali n. 23/2022 “Caregiver familiare”⁽³⁴⁾, n. 26/2022 “Definizione e funzionamento delle unità spinali del servizio socio-sanitario regionale lombardo” e n. 25/2022 “Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all’inclusione sociale di tutte le persone con disabilità”⁽³⁵⁾. In particolare l’implementazione della L.R. n. 25/2022 rappresenterà il banco di prova dell’attuale Giunta regionale rispetto all’intenzione e alla capacità di riformare il modello di welfare sociale improntandolo a una maggior personalizzazione degli interventi e di sostegno alla vita indipendente e all’inclusione sociale di tutte le persone con disabilità.

4.2. Un bilancio complessivo

4.2.1. *Come stanno i servizi?*

Gran parte delle iniziative innovative nel campo della disabilità sono state promosse dalla D.G. Famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità e si concentrano nell’area del sostegno alla domiciliarità; nel frattempo, però, l’impegno prevalente in termini di risorse e di energie ha continuato a essere assorbito dalle Unità di Offerta semiresidenziali e residenziali, ovvero da quelli che in genere vengono chiamati i “servizi”.

Nel periodo della pandemia, per poter continuare a svolgere la loro funzione gli enti gestori e gli operatori che vi lavorano hanno dovuto affrontare una nutrita serie di problemi e difficoltà: le situazioni di disagio hanno coinvolto in modo particolare i servizi residenziali che, dopo essere stati tragicamente investiti dalla diffusione del Covid, hanno dovuto sottostare a regole e vincoli analoghi a quelli dei reparti ospedalieri.

Quest’esperienza non ha scalfito in modo particolare l’impianto orga-

⁽³⁴⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2022/12/03/legge-regionale-caregiver-un-passo-importante-a-cui-ne-devono-seguire-altri/>

⁽³⁵⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2022/12/20/vita-indipendente-raggiunto-un-importante-traguardo-in-lombardia/>

nizzativo delle Unità di Offerta, il cui modello era già in discussione prima della pandemia: non a caso, proprio nel gennaio del 2020 l'intero mondo del Terzo settore aveva chiesto a una sola voce che si tornasse alla gestione congiunta delle politiche socio-assistenziali e socio-sanitarie, sottraendole al controllo dell'Assessorato al welfare.

I servizi hanno infatti mantenuto nel tempo un complesso di regole, di modalità di finanziamento e di funzionamento che enfatizzano la loro funzione di protezione e di cura, senza prendere in considerazione le dimensioni della qualità della vita, dell'indipendenza e dell'inclusione sociale ⁽³⁶⁾. In altre parole, il sistema di autorizzazione e di accreditamento risulta appiattito sulla definizione di regole, processi e procedure dei quali non vengono mai valutati gli esiti nella vita delle persone e dei loro contesti. Sembra perdurare un orientamento che presta molta attenzione alle menomazioni e alle compromissioni delle persone, ma che non si occupa delle loro disabilità, cioè dell'incontro con le barriere ambientali e comportamentali che ne impediscono la partecipazione alla società su una base di reale uguaglianza con gli altri.

Il sistema socio-sanitario appare quindi "bloccato", nei suoi punti di forza e nei suoi punti di debolezza: da un lato riesce a garantire alle persone con disabilità utenti dei servizi un buon livello di assistenza e di cura, offrendo occasioni di relazione e di socializzazione al di fuori del proprio contesto familiare; dall'altro le sue stesse regole conducono a marginalizzare le traiettorie dell'inclusione sociale e dell'autodeterminazione, configurando un sistema nel quale si rischia di entrare senza mai uscire, e dove le persone possono restare nello stesso servizio a fare più o meno le stesse attività per molti anni. Inoltre, anche solo per ragioni di carattere economico, il sistema non riesce a rispondere a tutte le persone che ne avrebbero bisogno (Merlo, 2016) ⁽³⁷⁾.

Anche se alla rete dei servizi viene consentito oggi un margine di flessibilità maggiore rispetto al passato, le regole che la governano operano ancora secondo paradigmi di carattere sanitario e assistenziale: il sistema dovrà affrontare, nel prossimo futuro, la fatica di essere messo in discussione e di cambiare, se non altro perché così è previsto dall'articolo 10 della L.R. n. 25/2022 ⁽³⁸⁾.

⁽³⁶⁾ Tra i contributi pubblicati sul tema su LombardiaSociale.it si segnala: <http://www.lombardiasociale.it/2017/11/27/servizi-la-disabilita-sanitarizzazione-eterno-ritorno-della-burocrazia/> e <http://www.lombardiasociale.it/2018/01/22/vivere-ospedale-bene-alla-salute/>

⁽³⁷⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/09/27/chi-accede-ai-servizi-per-la-disabilita/>

⁽³⁸⁾ Per approfondimenti: <http://www.lombardiasociale.it/2023/03/03/il-diritto-alla-vita-indipendente/>

4.2.2. *Domiciliarità: l'alternativa è quella di rimanere a casa?*

Negli ultimi anni Regione Lombardia ha fortemente incrementato, in particolare grazie al Fondo per la non autosufficienza, gli interventi in favore della domiciliarità: un'azione che ha permesso di raggiungere con misure di sostegno significative alcune migliaia di persone con disabilità che in precedenza potevano contare solo su interventi promossi, in modo discrezionale, dai Comuni.

I programmi di domiciliarità hanno consentito di migliorare la qualità della vita delle persone coinvolte e anche di fare emergere e conoscere situazioni difficilmente rilevabili fino a non molto tempo fa. Nel dichiarato dei provvedimenti regionali, si afferma la necessità di una forte personalizzazione degli interventi nell'erogazione di queste misure. Nei fatti, però, si prevede un trasferimento economico sotto forma di buono o di voucher: gran parte delle energie del sistema pubblico sono concentrate nell'individuazione dei beneficiari e nella definizione del contributo.

Si tratta quindi di un sistema di interventi che – pur con qualche eccezione – conferma l'idea che la persona con disabilità dipenda dai suoi familiari, che continuano a essere i veri responsabili della presa in carico (Morelli, 2017) ⁽³⁹⁾. Nei sempre più numerosi casi che riguardano persone con disabilità intellettive e del neurosviluppo, ciò comporta il prolungamento della permanenza nella famiglia di origine, con il rischio di un ulteriore isolamento.

Quest'area di interventi ha richiesto e richiede tuttora una forte azione di governo pubblico, con il coinvolgimento attivo di ATS, ASST e Comuni. Il ruolo e anche l'interesse degli enti di Terzo settore appare ancora limitato all'offerta di servizi acquistabili tramite voucher: un ruolo che potrebbe crescere, dato che il Piano nazionale per la non autosufficienza prevede che, nel tempo, le risorse del Fondo siano destinate unicamente alla copertura di spese rendicontabili.

4.2.3. *Alternative... sperimentabili e sperimentate*

Nel corso degli ultimi anni le scelte regionali, indicate nelle diverse delibere, hanno favorito e sostenuto l'avvio di esperienze innovative che, per la loro impostazione di fondo, possono essere definite come alternative all'attuale conduzione degli interventi di welfare sociale per la disabilità.

L'innovazione ha prodotto infatti alcuni frutti significativi, che andreb-

⁽³⁹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/12/17/disabilita-piu-sostegni-alla-solitudine/>

bero valorizzati e messi a sistema. A titolo non esaustivo, citiamo alcune traiettorie (e ad un tempo prospettive) di cambiamento:

- la destrutturazione dei “centri diurni” in favore di una ridefinizione degli interventi in base ai Progetti individuali: il centro diurno, piuttosto che un luogo chiuso, diventa una sorta di incubatore di progetti di vita che hanno luogo dappertutto, sul modello scolastico o perennemente riabilitativo;
- i sostegni all’abitare forniti in abitazioni civili e di piccole dimensioni, resi possibili dalle risorse della L. n. 112/2016 e anche dalla diffusione di progetti di autonomia, sostenuti sia dall’assegno di autonomia previsto dal FNA che dal maggior numero di Ambiti coinvolti nella misura del ProVI;
- la scelta di alcune realtà di rinunciare all’accreditamento delle proprie strutture per riconvertirle in iniziative di supporto ai progetti individuali;
- la maggior (benché ancora relativa) facilità con cui Ambiti e Comuni ricorrono allo strumento del Progetto individuale per elaborare e orientare gli interventi in favore delle persone con disabilità.

Si tratta di prospettive che non possono più essere definite – come in passato – sperimentazioni, perché si realizzano nell’ambito di politiche e provvedimenti ordinari e possono segnare la strada per generalizzarle a tutto il sistema di welfare sociale regionale. Tuttavia, almeno al momento, rischiano di rimanere solo delle esperienze, frutto della coprogettazione a livello territoriale di diversi attori, accomunati da una forte volontà di cambiamento e innovazione.

4.3. Prospettive di riforma

Alla luce di tutte le considerazioni sin qui fatte, si possono delineare quattro grandi traiettorie che, smussando le criticità e valorizzando le buone esperienze, potrebbero produrre un miglioramento complessivo delle policy nell’ambito dei servizi e dei sostegni alla qualità di vita delle persone con disabilità:

- il Progetto di vita,
- il Fondo unico e Budget di progetto,
- la disponibilità di tutti i potenziali sostegni (in ottica di filiera),
- la revisione (profonda) dei requisiti di autorizzazione e accreditamento, con uno spostamento di attenzione sugli esiti.

4.3.1. *Il Progetto di vita*

Il Progetto individuale, così come descritto dal sempre attuale art. 14 della L. n. 328/2000, dovrebbe avere la funzione di far convogliare i servizi e le risorse disponibili verso la persona e il suo Progetto di vita, nella logica del Budget di progetto.

In realtà, presentare oggi una richiesta di Progetto individuale al proprio Comune di residenza può comportare risposte molto diverse fra loro: non è infrequente riscontrare una sostanziale ignoranza sull'argomento. Anche qui, però, non mancano diverse e sempre più numerose esperienze positive, avviate nonostante l'attuale quadro normativo sia ancora molto frammentato. A oggi, infatti, chi è chiamato a costruire il Progetto individualizzato (ad esempio l'assistente sociale di un Ambito) è vincolato all'utilizzo di algoritmi di classificazione che stabiliscono, in modo abbastanza rigido, "chi ha diritto a che cosa", stanziando le relative risorse e incanalando le decisioni verso ciò che è formalmente disponibile, piuttosto che sui bisogni e sull'insieme di risorse, formali e non formali, che potrebbero convergere.

In considerazione di questa fatica applicativa, sia la legge delega n. 227/2021 che la L.R. n. 25/2022 hanno definito con maggior precisione cosa debba essere quello che è stato ora definito il "Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato" e come si debba arrivare a redigerlo: far sì che il Progetto di vita divenga la pietra angolare del sistema di welfare sociale regionale è la sfida dei prossimi anni.

4.3.2. *Fondo unico e Budget di progetto*

L'attuale frammentazione delle misure e dei canali di finanziamento, ciascuna accessibile tramite il rigoroso ricorso a sistemi di gate assessment (valutazione finalizzata all'accesso), spinge inevitabilmente i decisori a programmare secondo la logica delle risorse disponibili, per giunta utilizzate con la rigidità di tariffe pre-determinate.

Lo spostamento verso il Progetto di vita dev'essere accompagnato da una profonda revisione delle procedure amministrative, che consenta ai decisori (ad esempio l'assistente sociale di un Comune) di essere liberi, progettando e co-progettando secondo i bisogni della persona, convogliando a suo favore anche risorse non formali.

Budget di progetto e sistema di misure “a canne d’organo” non sono tra loro compatibili: sinora il primo è rimasto un’enunciazione, mentre permane l’impostazione amministrativa, basata sul principio (pur di per sé irrinunciabile) del controllo della spesa. Occorre, dunque, dare sostanza procedurale al Budget di progetto, spostando sul decisore locale la responsabilità dell’utilizzo intelligente e appropriato di un budget complessivo da spendere per la popolazione di uno specifico territorio. Esperienze di questo genere sono già state ampiamente realizzate in alcune Regioni italiane (vedi ad esempio Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna), anche se soprattutto nel campo della salute mentale.

4.3.3. *La disponibilità di tutti i servizi e sostegni*

Il dibattito sulle policy è ultimamente animato da sterili contrapposizioni tra misure domiciliari, servizi per la vita indipendente, soluzioni residenziali di maggiore tutela. Posta la centralità del Progetto di vita (con il relativo utilizzo flessibile delle risorse, secondo la logica del Budget di progetto), è opportuno superare le diatribe e rendere disponibili tutte le soluzioni, in modo tale da consentire scelte mirate e realmente personalizzate.

Sarebbe dunque utile un’attenta mappatura dei diversi Ambiti territoriali, allo scopo di assicurare in ciascuno l’intera filiera dei servizi, dalla domiciliarità sino alla residenzialità complessa, passando per un ampio e graduato spettro di intensità dei sostegni. Un approccio realista, insieme all’attenta rilevazione di dati sugli esiti (in termini di qualità della vita), potrà a quel punto orientare il decisore verso la soluzione più adatta, a seconda della tipologia prevalente di bisogno, nell’equilibrio tra benessere, partecipazione sociale e indipendenza.

La prospettiva del Fondo unico è sembrata quella che – più di altre – potesse avvicinarsi alla piena disponibilità delle risorse e, quindi, di tutti i sostegni per l’effettiva personalizzazione degli interventi. In realtà, gli ultimi anni hanno visto la proliferazione di interventi fortemente personalizzati ma – nel contempo – estremamente settoriali e frammentati. In base al fondo che la finanzia (FNA, L. n. 112/2016, PNRR, FSE...) ogni misura stabilisce lo specifico target di popolazione e le modalità di accesso e rendicontazione. Sarebbe quindi necessario rafforzare l’azione di ricomposizione a valle, prevedere una progressiva riduzione delle incompatibilità e, anche, una crescita delle risorse indistinte, affidate alla discrezionalità dei singoli Comuni e Ambiti.

4.3.4. *La revisione dei sistemi di autorizzazione e accreditamento*

È sicuramente utile ammonire i servizi residenziali di maggior tutela a cercare di evitare la logica dell'istituzionalizzazione, in cui predomina l'approccio assistenziale, paternalistico e lesivo dell'autodeterminazione (rischio peraltro presente anche in altri setting e persino in ambito familiare). Occorre tuttavia considerare come una certa chiusura e la tendenziale prevalenza di un approccio standard (di matrice ospedaliera) siano in gran parte dovute alle regole imposte dal sistema regionale attraverso i requisiti autorizzativi e di accreditamento.

Per riformare i servizi, disponendo di una filiera efficace in ogni sua parte, è dunque indispensabile rivedere le regole, spostando l'attenzione dai processi agli esiti, e consentendo agli enti gestori di sprigionare la loro volontà di garantire personalizzazione e qualità della vita. Si tratta di una fondamentale prospettiva di cambiamento, che interpella tanto le modalità d'implementazione dei servizi e delle misure quanto quelle di monitoraggio, controllo e valutazione, chiamate a ridurre l'attenzione alle prestazioni e alle procedure per concentrarsi sugli esiti in termini di qualità della vita, indipendenza e inclusione sociale delle persone con disabilità.