COME CAMBIA IL WELFARE LOMBARDO
Una valutazione delle politiche regionali

A cura di
Cristiano Gori

MAGGIOLI
EDITORE

© Copyright 2011 by Maggioli S.p.A.
Maggioli Editore è un marchio di Maggioli S.p.A.
Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001: 2000

47822 Santarcangelo di Romagna (RN) • Via del Carpino, 8
Tel. 0541/628111 • Fax 0541/622020
www.maggioli.it/servizioclienti
e-mail: servizio.clienti maggioli.it

Diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione
e di adattamento, totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i paesi.

Finito di stampare nel mese di dicembre 2010
dalla Litografia Titanlito s.a.
Dogana (Repubblica di San Marino)

Indice

Prefazione ..... Pag. 5
Giovanbattista Armelloni, Gianpaolo Barbetta, Anna Bonanomi, Attilio Rimoldi e *Mariuccia Rossini*

Introduzione ..... » 7
Cristiano Gori

PARTE PRIMA
LO SCENARIO E IL PERCORSO

1. Gli obiettivi della Regione ..... » 19
Rosaria Marotta
2. Il percorso di analisi ..... » 31
Cristiano Gori

PARTE SECONDA
IL GOVERNO DEGLI INTERVENTI

3. Il finanziamento e la spesa ..... » 47
Laura Pelliccia
4. Il governo e la *governance* regionali ..... » 77
Emanuele Ranci Ortigosa e *Valentina Ghetti*
5. La programmazione territoriale ..... » 105
Katja Avanzini e *Valentina Ghetti*
6. I percorsi nei servizi ..... » 131
Katja Avanzini e *Ugo De Ambrogio*

PARTE TERZA
GLI INTERVENTI

GLI INTERVENTI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
7. I titoli sociali ..... » 157
Rosemarie Tidoli e *Rosaria Marotta*
8. Il voucher socio-sanitario ..... » 183
Fabrizio Giunco

9. I servizi residenziali ..... Pag. 217
Gianbattista Guerrini
10. Uno sguardo d'insieme ..... » 245
Fabrizio Giunco, Cristiano Gori, Gianbattista Guerrini e *Rosemarie Tidoli*

GLI INTERVENTI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ
11. L'offerta di servizi e il percorso di vita ..... » 259
Laura Abet, Renzo Bagarolo, Diletta Cicoletti e *Giovanni Merlo*
12. Il territorio e il sistema semiresidenziale a ciclo diurno ..... » 271
Laura Abet, Diletta Cicoletti e *Giovanni Merlo*
13. I servizi residenziali ..... » 283
Renzo Bagarolo
14. Uno sguardo d'insieme ..... » 297
Diletta Cicoletti, Laura Abet, Renzo Bagarolo, Cristiano Gori e *Giovanni Merlo*

GLI INTERVENTI PER LE FAMIGLIE E I MINORI
15. I servizi socio-eductivi per la prima infanzia ..... » 319
Roberta Bonini
16. Le politiche per i minori allontanati e le famiglie in difficoltà ..... » 339
Roberta Bonini
17. Le famiglie che si associano e il *welfare family friendly* ..... » 353
Roberta Bonini
18. Uno sguardo d'insieme ..... » 367
Roberta Bonini

GLI INTERVENTI DI LOTTA ALLA POVERTÀ
19. Le politiche e gli interventi di contrasto alla povertà ..... » 373
Daniela Mesini e *Carla Dessi*

LE AZIONI PER L'INNOVAZIONE
20. Le iniziative sperimentali ..... » 397
Carla Dessi

PARTE QUARTA
UN BILANCIO COMPLESSIVO

21. Come cambia il welfare lombardo? ..... » 423
Cristiano Gori

Gli Autori ..... » 471

Prefazione

Da più parti si evidenzia, in misura crescente, l'importanza di valutare le politiche di welfare. Esaminare le scelte fatte, basare la progettazione degli interventi sull'analisi dei dati e dei risultati conseguiti – quando rigorosamente valutati – e collocare l'evidenza empirica al centro del dibattito pubblico sono – a ragione – indicate come esigenze cruciali. I passi effettivamente compiuti in questa direzione aumentano ma rimangono, comunque, ridotti.

Siamo, dunque, particolarmente lieti di aver contribuito a sostenere questa analisi delle politiche sociali realizzate dall'amministrazione regionale lombarda nella legislatura 2005-2010, ma con uno sguardo allargato all'intero ultimo decennio. Le politiche sociali sono qui intese in senso ampio, si considerano cioè i servizi e gli interventi socio-assistenziali, socio-sanitari e socio-educativi. L'analisi ricostruisce le azioni compiute dall'amministrazione regionale cercando di esaminarne le conseguenze sul sistema dei servizi e sulle famiglie. In tal senso, il libro continua il percorso cominciato nel 2005 con la valutazione della legislatura 2000-2005 e che proseguirà sul sito *www.lombardiasociale.it*, che si propone come luogo di aggiornamento e confronto costante sulle politiche del welfare lombardo.

Le organizzazioni che hanno deciso di sostenere questa analisi concordano sull'importanza – o, ancora meglio, sull'esigenza – di sviluppare appropriate metodologie di valutazione delle politiche sociali che, partendo in ogni caso da un'accurata analisi dei dati disponibili e dalla raccolta di quelli mancanti, possano via via estendersi fino a promuovere sperimentazioni *ad hoc* di politiche innovative e focalizzate i cui effetti sui beneficiari siano valutati con metodi scientificamente inoppugnabili. Concordiamo altresì sulla necessità di mettere le informazioni rilevate e le analisi svolte a disposizione di chi concretamente "fa" il welfare e di chi lo discute. Si tratta di obiettivi cruciali per lo sviluppo del welfare e per i quali vale la pena di unire gli sforzi, al di là delle differenze nel ruolo e nelle finalità di ogni soggetto.

Ci auguriamo che il libro possa costituire uno strumento di lavoro utile a operatori e decisori, nello svolgimento dei rispettivi compiti. A chi è impegnato nel confronto pubblico – politico e mediatico – nell'alimentare un dibattito pacato nei toni e puntuale nei contenuti. All'amministrazione regionale, nella definizione delle scelte future. A tutti coloro i quali agiscono nel welfare lombardo, perché possa accompa-

gnarli nel loro lavoro quotidiano. A chi si occupa di welfare in altre Regioni, nel fornire idee e spunti innovativi.

Quello che viene presentato qui è – a nostra conoscenza – uno dei primi tentativi di analisi indipendente delle politiche sociali attuate da un'amministrazione regionale nell'arco di una legislatura, né ci risulta che progetti simili vengano abitualmente svolti in relazione agli interventi statali. Non vi sono dubbi che il lavoro qui proposto abbia ampi margini di miglioramento, con riferimento sia al reperimento di dati sia agli strumenti di analisi. D'altra parte, se si vuole che le valutazioni delle politiche sociali si diffondano in Italia l'unica strada possibile è compierne un numero crescente, imparare dall'esperienza e cercare di migliorare progressivamente. Ci auguriamo, pertanto, che studi simili a questo siano realizzati in altre Regioni così come a livello statale, e che il nostro progetto lombardo possa rappresentare un utile patrimonio di esperienza cui attingere, negli aspetti positivi da replicare così come negli errori da non ripetere.

Desideriamo ringraziare Cristiano Gori per aver ideato e coordinato il progetto, e il gruppo di lavoro costruito intorno all'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS) per averlo realizzato. Vogliamo, nondimeno, ringraziare i dirigenti e i funzionari dell'Assessorato alla Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia per l'ampia disponibilità mostrata nel mettere a disposizione i dati da loro raccolti e nel discuterli.

Giovanbattista Armelloni (*Presidente, Acli Lombardia*)
Gianpaolo Barbetta (*Fondazione Cariplo, Unità strategica per la filantropia*)
Anna Bonanomi (*Segretario Generale, Spi Ggil Lombardia*)
Attilio Rimoldi (*Segretario Generale, Fnp Cisl Lombardia*)
Mariuccia Rossini (*Presidente, Gruppo Segesta*)

Introduzione

Cristiano Gori

"Dalla nostra e altrui capacità di cogliere adeguatamente l'innovazione praticata in Lombardia dipenderà lo sviluppo dei prossimi cinque anni. Dentro e fuori la Regione" (Formigoni, 2010, pag. XV). Così il Presidente della Regione Lombardia, Roberto Formigoni, conclude l'introduzione al Rapporto di Legislatura 2010. Nelle sue parole si ritrova il senso di questo volume.

Le politiche sociali costituiscono un settore sempre più importante dell'attività regionale, per stanziamenti e impatto sulla popolazione. La legislatura 2005-2010 ha visto l'amministrazione Formigoni realizzare un articolato insieme d'interventi, collocati nel solco dei cambiamenti strutturali introdotti all'inizio del decennio (il periodo 2000-2003), quando si posero le basi della "rivoluzione lombarda" del welfare sociale. Quest'ultima raccoglie particolare interesse nel resto del paese – con vari stati d'animo – poiché vuole costruire un modello alternativo a quelli delle altre Regioni. L'esperienza compiuta in Lombardia fornisce un ampio bagaglio d'indicazioni da valorizzare e mettere a disposizione della progettazione delle future politiche, nella nostra Regione così come altrove.

Quindi, ci pare opportuno proseguire il percorso iniziato con l'esame della legislatura 2000-2005 (Gori, a cura di, 2005) e proporre una valutazione di quanto accaduto nella successiva legislatura, collocandola in una disamina di lungo periodo della riforma lombarda.

1. Una legislatura e una riforma

Il volume valuta le politiche sociali realizzate dalla Giunta regionale lombarda nella legislatura 2005-2010 e la complessiva riforma dell'ultimo decennio. Nella definizione qui utilizzata, l'oggetto delle politiche sociali è l'insieme di servizi e interventi – di titolarità di Comuni e Asl – erogati al fine di alleviare, rimuovere o prevenire condizioni di disagio e/o mancanza di autonomia; in concreto, ci si riferisce ai servizi socio-sanitari delle Asl e ai servizi sociali e socio-educativi dei Comuni ([1]).

([1]) Sono i servizi di cui si occupa l'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale (denominazione in uso sino alla nomina della nuova Giunta nell'aprile 2010, quando è stato tramutato in "As-

Così definite, le politiche sociali riguardano numerose categorie di utenti (anziani, persone con disabilità, bambini, minori e giovani, soggetti con problemi di povertà e marginalità, tossicodipendenti, immigrati, individui con disagio psichico) e varie modalità di intervento (servizi alla persona e prestazioni monetarie; interventi nel territorio, a domicilio, semi-residenziali e residenziali).

La nostra attenzione si rivolge all'azione della Giunta regionale, di cui analizziamo le scelte compiute e le conseguenze che hanno prodotto. Tali scelte toccano la funzione di produzione delle politiche sociali: riguardano la responsabilità per l'offerta e la gestione dei servizi socio-sanitari da parte delle Asl, dei cui fini e del cui funzionamento la Regione è titolare. Toccano parimenti le funzioni di finanziamento, programmazione, regolazione e indirizzo che la Regione esercita nei confronti dei vari soggetti coinvolti nel sistema di welfare locale.

La legislatura 2005-2010, come detto, non rappresenta il nostro unico punto di attenzione. La maggior parte degli interventi realizzati in questo periodo, infatti, costituisce lo sviluppo di cambiamenti strutturali introdotti in quella precedente, in particolare nel periodo 2000-2003 ([2]). È la fase in cui si è inteso modificare il paradigma stesso del welfare regionale, avviando la "rivoluzione lombarda" tesa alla costruzione di un peculiare "modello lombardo" (Regione Lombardia – Giunta regionale, 2000 e 2002). Sono stati definiti allora alcuni obiettivi strategici – mettere al centro le libertà, introdurre il "quasi-mercato", valorizzare il Terzo Settore e sostenere la famiglia – e per tradurli in pratica sono state avviate in ogni settore delle politiche sociali profonde trasformazioni, la cui completa traduzione nella realtà richiede più di una legislatura ([3]). Nel 2005 – quando fu pubblicato il precedente volume – molti dei cambiamenti introdotti erano piuttosto recenti e il giudizio non poteva che essere provvisorio: ora è trascorso un arco di tempo sufficiente per consentire una valutazione d'insieme sulla riforma lombarda.

---

sessorato alla Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidiarietà Sociale); per un approfondimento cfr. nota 7. Quella da noi impiegata è una definizione abbastanza estesa di politiche sociali. Esistono numerose definizioni di politiche sociali (e di politica sociale), oggetto di ampio dibattito; si vedano, tra gli altri, Ferrario, 2009, Ferrera, 2006 e Ranci, 2004.

([2]) Queste sono alcune tra le novità avviate nel periodo 2000-2003: titoli sociali, voucher socio-sanitario, sistema Sosia per la remunerazione delle Rsa, sistema Sidi per la remunerazione delle strutture Rsd e dei Css, riforma delle Ipab, definizione della nuova strategia regionale riguardante la programmazione locale e definizione della nuova strategia regionale concernente il rapporto tra sociale e sanitario. Il primo segnale di cambiamento fu la legge regionale sulla famiglia (legge 23), approvata nel 1999.

([3]) La legislatura 2000-2005 è stata per il sociale ciò che la precedente (1995-2000) fu per la sanità, cioè il momento in cui si è impostata la revisione strutturale del sistema. Quella legislatura è analizzata in dettaglio nel nostro lavoro precedente (Gori, a cura di, 2005).

2. Gli obiettivi del volume

Il presente lavoro vuole fornire un quadro informativo sugli interventi realizzati, ricostruirne l'attuazione nel territorio ed esprimere alcune valutazioni in merito alle loro conseguenze. Questi sono i nostri tre obiettivi.

Si vuole offrire un'informazione puntuale su quanto è accaduto in Lombardia. Ciò significa presentare – in modo chiaro e ragionato – le principali leggi e delibere, e i più importanti dati di sintesi su come è cambiato il sistema.

S'intende comprendere l'effettiva attuazione dei diversi interventi. Ci si sforza di capire come le indicazioni regionali siano state effettivamente attuate nei servizi socio-sanitari, sociali e socio-educativi. Si ricostruiscono alcune conseguenze degli interventi per i soggetti che agiscono all'interno del sistema di welfare (soggetti organizzati: Asl, Comuni, Province, Terzo Settore, Settore profit; operatori) e per i destinatari delle politiche (utenti e familiari).

S'intendono esprimere alcuni giudizi di natura valutativa. Il bagaglio di conoscenze ottenute è impiegato per discutere le conseguenze delle azioni compiute. I giudizi sono formulati mettendo a confronto quanto effettivamente accaduto nella legislatura con gli obiettivi indicati dalla Giunta Formigoni e con ulteriori obiettivi di politiche sociali ritenuti significativi dagli Autori. Lo sforzo valutativo costituisce il culmine del percorso di analisi compiuto e il principale obiettivo del nostro lavoro.

Varie sono le fonti informative utilizzate. Una consiste nei dati di natura istituzionale forniti dalla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale ([4]) della Regione Lombardia; diversi dati sono stati pure forniti da singoli Comuni, Ambiti, Province ed Asl. Un'altra fonte consiste nelle informazioni già raccolte/elaborate da vari soggetti (singoli studiosi, centri di ricerca, cooperative ecc); si tratta di un materiale spesso "nascosto" e non facile da recuperare, ma molto ricco. Tale materiale proviene anche dagli Autori del libro; gran parte, infatti, ha negli scorsi anni svolto esperienze di ricerca, consulenza e/o gestione dei servizi che analizza nelle prossime pagine ed è stata, più in generale, coinvolta nel dibattito lombardo. Ci si è pure appoggiati ad alcuni dati raccolti appositamente per questo progetto; principalmente sono state compiute interviste a soggetti variamente coinvolti nelle politiche sociali (utenti, operatori, decisori, esperti).

([4]) È la Direzione Generale dell'Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale, oggi rinominata anch'essa Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Box 1 - Il progetto in sintesi

Il tema
– Le politiche sociali (≡ servizi e interventi socio-sanitari, sociali e socio-educativi) di responsabilità dell'amministrazione regionale

I periodi esaminati
– La legislatura 2005-2010
– La complessiva riforma lombarda (2000-2010)

Gli obiettivi
– Fornire le informazioni più importanti in modo puntuale
– Comprendere l'effettiva attuazione degli interventi
– Formulare giudizi di natura valutativa (obiettivo principale)

3. A chi ci rivolgiamo

Il volume è destinato a vari lettori. Ci rivolgiamo a:

- *chi contribuisce al dibattito pubblico in Lombardia*, nei diversi ruoli di cittadino, utente, esperto ed esponente politico. Ci auguriamo che i risultati del nostro progetto possano alimentare un confronto pubblico pacato nei toni e basato sui dati empirici. Un confronto capace di evitare i due rischi abituali dello scenario italiano: discutere animatamente le leggi dedicando ridotta attenzione alla loro attuazione, da una parte, e privilegiare i principi rispetto alle pratiche, dall'altra;
- *chi disegna e amministra il welfare lombardo*, nell'ambito della struttura regionale. Le politiche sociali – come detto – stanno acquistando uno spazio sempre più importante nell'azione delle Giunte regionali e la Lombardia non fa eccezione. Speriamo che le analisi da noi prodotte possano essere utili agli amministratori della nostra Regione nella definizione delle scelte future;
- *chi opera nel welfare lombardo,* nelle sue diverse realtà locali. Puntiamo a diventare strumento di lavoro per gli operatori, offrendo loro un quadro di riferimento in cui collocare la propria azione e fornendo utili termini di paragone con il resto del territorio lombardo;
- *chi si occupa di welfare in altre Regioni*, in ogni ruolo. L'esperienza lombarda è stata, come detto, al centro dell'interesse nazionale negli anni recenti. Interesse dovuto all'importanza di questa Regione, alla peculiarità del modello proposto e alla radicalità degli obiettivi dichiarati. Pensiamo, quindi, che confrontarsi con i risultati di questa esperienza possa essere d'interesse anche al di fuori dei nostri confini.

La realizzazione del nostro lavoro ha potuto beneficiare dell'offerta crescente d'informazioni e analisi riguardanti le politiche sociali in Lombardia. Su questo versante si registrano significativi passi in avanti rispetto ai dati disponibili nel 2005, in occasione della precedente valutazione. Delle analisi (letteratura e scritti non pubblicati) utilizzate si dà conto nel corso del volume, dove viene pure impiegata una mole significativa di dati gentilmente messi a disposizione dall'amministrazione regiona-

le. Particolarmente utile è stata per noi la consultazione del Bilancio Sociale dell'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale, pubblicato annualmente e arrichitosi notevolmente nel corso del tempo (Regione Lombardia – Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale, anni vari). Il Bilancio Sociale rappresenta, insieme al Rapporto di Legislatura prodotto dall'Irer (Istituto Regionale della Lombardia), contenente un'ampia parte sulle politiche sociali (Irer, 2010), una delle pubblicazioni istituzionali di riferimento.

Il presente volume è complementare a questi testi. A differenza loro, infatti, non è finanziato dalla Regione Lombardia, bensì da soggetti terzi, né è svolto da una struttura regionale: per tali motivi definiamo la nostra una valutazione indipendente ([5]). Il rapporto con l'amministrazione regionale è stato contraddistinto da una forte collaborazione e una grande autonomia allo stesso tempo. Infatti, abbiamo potuto beneficiare d'innumerevoli contatti e scambi con dirigenti e funzionari così come di molti dati da loro forniti, sovente elaborati appositamente per noi; tutto ciò senza alterare – mi sembra – la distinzione di ruoli e la nostra autonomia di giudizio.

4. Un percorso in più fasi

L'idea di svolgere una valutazione indipendente delle politiche sociali realizzate dall'amministrazione regionale lombarda nell'arco di una legislatura nacque a chi scrive nel 2004. Una volta trovato il sostegno di un promotore – il Sindacato Pensionati Italiani (Spi) della Cgil Lombardia – costruii un'équipe di ricerca collocata presso l'Istituto per la Ricerca Sociale (Irs), e composta sia di suoi componenti sia di ricercatori esterni. L'équipe valutò la legislatura 2000-2005 e pubblicò i risultati nel volume "Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo" (Gori, a cura di, 2005).

I buoni riscontri ottenuti dal libro e l'importanza che assegno alla valutazione delle politiche mi hanno spinto a cercare di realizzare il medesimo lavoro per la legislatura 2005-2010, collocandolo in una disamina complessiva del decennio di riforma. L'apprezzamento ricevuto dal precedente volume ha permesso di avere, questa volta, un gruppo di cinque promotori: oltre allo Spi della Cgil Lombardia, le Acli della Lombardia, la Fondazione Cariplo, la Federazione Nazionale Pensionati (Fnp) della Cisl Lombardia e il Gruppo Segesta. Come nell'esperienza precedente, ho costruito un'équipe collocata presso l'Irs e composta sia di esperti interni sia di esterni. Nel disegnare la nuova valutazione ho cercato di correggere i punti deboli del libro

---

([5]) Si potrebbe ritenere qui inappropriato l'utilizzo dell'aggettivo "indipendente" perché i nostri promotori, elencati nel paragrafo successivo, sono soggetti essi stessi impegnati – con varie funzioni – nel welfare lombardo. Il tema è affrontato nel capitolo 2.

del 2005 e di mantenere gli aspetti positivi (cfr. capitolo 2). L'esito del nostro lavoro è il volume che qui inizia.

L'obiettivo per il futuro consiste nell'effettuare una valutazione delle politiche sociali alla conclusione di ogni mandato elettorale regionale, cercando di affinare metodi e strumenti nel tempo. A mia conoscenza, la nostra è l'unica esperienza in Italia di valutazione indipendente delle politiche sociali di un'amministrazione regionale nell'arco di una legislatura.

In attesa del 2015 – anno di termine della nuova legislatura – ho pensato fosse stimolante provare a dare continuità al nostro impegno d'informazione, monitoraggio e valutazione delle politiche. Nasce, pertanto, il sito www.lombardiasociale.it, che si propone come luogo di aggiornamento e discussione costante sul welfare lombardo ([6]).

Box 2 - Il percorso

2005: Pubblicazione valutazione legislatura 2000-2005
(Gori, C., a cura di, Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo, Carocci)

2010: Pubblicazione valutazione legislatura 2005-2010 e riforma decennale
(Questo volume)

2010: Attivazione www.lombardiasociale.it

Obiettivo 2015: Pubblicazione valutazione legislatura 2010-2015

5. I contenuti

Dopo questa introduzione, il volume è organizzato in quattro parti. La prima delinea lo scenario in cui si colloca il presente lavoro e il percorso che si intende compiere, tratteggiando l'orizzonte di riferimento per i successivi capitoli. Ricostruisce gli obiettivi della riforma lombarda e le ragioni portate per sostenerli. Illustra poi la logica del percorso compiuto nel libro, soffermandosi sulla struttura dei capitoli e sulle comuni domande che questi affrontano.

La seconda parte affronta il sistema di governo del welfare in Lombardia. Discute l'allocazione delle risorse economiche e i rapporti tra i diversi soggetti, partendo da una visione di sistema per calare progressivamente nel territorio. Si propone qui un'analisi d'insieme delle modalità di governo delle politiche sociali, trasversale ai diversi interventi. Esamina il finanziamento e la spesa, le relazioni tra gli atto-

([6]) Come si vedrà oltre, su www.lombardiasociale.it è anche possibile scaricare gratuitamente questo volume e i suoi singoli capitoli separatamente.

ri istituzionali, la programmazione e la regolazione locale, il percorso assistenziale di utenti e famiglie.

La terza parte analizza i principali interventi, ed è la più ampia. Gli interventi sono suddivisi secondo i più numerosi gruppi di utenti: anziani non autosufficienti, persone con disabilità, famiglie e minori, soggetti in povertà ([7]). Per ogni gruppo si considerano i principali servizi (territoriali/semi-residenziali/residenziali) e contributi economici che lo riguardano, ricostruendo le azioni compiute e valutando le loro conseguenze. Viene, infine, proposta una disamina delle attività sperimentali promosse dalla Regione ([8]).

L'ultima parte presenta un bilancio d'insieme di un decennio di riforma del welfare lombardo. Riprende le domande formulate all'inizio del volume e propone alcune risposte concernenti il complesso delle trasformazioni avvenute.

6. Come fruire del volume

Esistono diverse modalità per fruire del nostro lavoro. Il libro può essere acquistato in libreria o richiesto alla casa editrice Maggioli (maggiori informazioni sul sito www.maggioli.it). Può venire altresì scaricato gratuitamente dal sito www.lombardiasociale.it, dove sono disponibili anche tutti i capitoli singolarmente. Esistono, quindi, tre prodotti: il volume cartaceo, il volume online e i singoli capitoli online (gli ultimi due gratuiti). S'intende così rispondere a una duplice finalità: da una parte, rendere l'accesso ai nostri contenuti il più facile possibile e, dall'altra, permettere modalità di fruizione graduate in base ai diversi livelli di approfondimento desiderati.

([7]) Il volume approfondisce la maggior parte delle politiche sociali lombarde ma non tutte; la scelta è stata guidata da alcuni criteri. Si considerano esclusivamente le materie di cui è responsabile l'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale (oggi con nuova denominazione, come detto); ciò significa escludere la salute mentale, di cui è titolare l'Assessorato alla Sanità. Tale decisione è dovuta alla maggiore conoscenza da parte degli Autori dell'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale e delle sue modalità operative. Si analizzano i cambiamenti che hanno toccato le quote più ampie di utenza delle politiche sociali, al fine di concentrarsi sugli aspetti che si sono maggiormente diffusi nella realtà dei servizi. Ciò significa rinunciare, ad esempio, alle politiche regionali in materia d'immigrazione e di carcere.

([8]) Il mio nome è poco presente tra gli Autori della seconda e della terza parte, anche se di vari tra i temi toccati mi occupo da tempo e mi appassionano. Ho pensato, però, fosse opportuno rinunciare – seppur malvolentieri – alla responsabilità diretta di contributi in queste parti al fine di disporre del tempo (ampio) necessario al coordinamento del progetto ed alla costante interazione con gli Autori dei singoli capitoli.

Questa ricerca è stata resa possibile da una varietà di contributi, differenti e complementari. È stata svolta dall'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS), che si è avvalso di competenze interne ed esterne. È stata promossa e finanziata da: Acli della Lombardia, Fondazione Cariplo, Federazione Nazionale Pensionati (Fnp) della Cisl Lombardia, Gruppo Segesta e Sindacato Pensionati Italiani (Spi) della Cgil Lombardia. È stata realizzata in collaborazione con la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia.

I promotori ci hanno sostenuto con l'entusiasmo di chi è profondamente convinto delle ragioni di un progetto. Ci hanno offerto un solido sostegno finanziario, hanno messo a disposizione proprie risorse umane e hanno deciso di dar vita a un gruppo di promotori forte perché eterogeneo. Hanno, nondimeno, esteso il loro sostegno al sito. Il mio primo ringraziamento va' a tutti loro.

Come cinque anni fa, la Direzione Generale Famiglia è stata molto disponibile, fornendoci informazioni e idee decisive per comprendere le politiche sociali lombarde. Anche questa volta, si può certamente affermare che senza la sua collaborazione non saremmo mai riusciti a realizzare il nostro progetto. Desidero ringraziare tutti i suoi componenti, in particolare Davide Sironi, per l'aiuto ricevuto.

Operatori e responsabili di Comuni, Ambiti, Asl, Province, soggetti del Terzo Settore ed enti erogatori della Lombardia ci hanno messo a disposizione il loro tempo e le loro riflessioni, così come hanno fatto gli utenti e i familiari intervistati: a tutti loro va la mia riconoscenza.

Voglio ringraziare anche i molti colleghi che hanno condiviso con noi ricerche e idee sulle politiche sociali lombarde. Il disegno complessivo della ricerca ha beneficiato dei suggerimenti del gruppo tematico "Metodi e tecniche di valutazione" dell'Associazione italiana di valutazione (Aiv), in particolare di Claudio Bezzi, e di quelli di Alessandro Beda, di Sodalitas.

Gli Autori coinvolti hanno profuso un grande impegno, che ha permesso di superare le numerose difficoltà e incombenze insite in un progetto piuttosto complicato. In loro ho apprezzato particolarmente la capacità di coniugare la passione per il welfare con il rigore nell'analisi. A tutti gli Autori va la mia gratitudine, ai "reduci" del libro del 2005 così come a chi ha partecipato per la prima volta. Un ringraziamento particolare desidero rivolgerlo a Rosemarie Tidoli, per l'acume e la disponibilità con cui mi ha aiutato nel coordinamento del lavoro.

Mentre lavoravamo è mancato Angelo Bonalumi, responsabile delle politiche sociali per lo Spi Cgil della Lombardia e lucida voce del dibattito lombardo. Di Angelo mi hanno sempre colpito, soprattutto, due tratti. L'allegria di chi pensa che non è facendo un'aria grave che i problemi diventano più semplici, ma piuttosto il contrario. La competenza di chi ritiene che le persone fragili si aiutino meglio approfondendo i complicati aspetti tecnici del welfare piuttosto che con roboanti quanto generiche affermazioni. Il libro è dedicato alla sua memoria.

C.G.

Bibliografia

Ferrario P. (2009), *Politica dei servizi sociali*, 6ª ristampa, Roma, Carocci.

Ferrera M. (2006), *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Bologna, Il Mulino.

Formigoni R. (2010), *Prefazione*, in Irer, *Lombardia 2010. Società, governo e sviluppo del sistema lombardo. Rapporto di legislatura*, Irer, Milano, pag. XV.

Gori C. (a cura di) (2005), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Roma, Carocci.

Irer (2010), *Lombardia 2010. Società, governo e sviluppo del sistema lombardo. Rapporto di legislatura*, Irer, Milano.

Ranci C. (2004), *Politica sociale. Bisogni sociali e politiche di welfare*, Bologna, Il Mulino.

Regione Lombardia – Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale, anni vari, *Bilancio sociale*, Regione Lombardia, Milano.

Regione Lombardia – Giunta regionale (2000), *Programma regionale di sviluppo 2000-2005*, Regione Lombardia, Milano.

Regione Lombardia – Giunta regionale (2002), *Piano Socio-sanitario regionale 2002-2004. Libertà e innovazione al servizio della salute*, Regione Lombardia, Milano.

Parte prima
Lo scenario e il percorso

1. Gli obiettivi della Regione

Rosaria Marotta

1.1. Introduzione

Il capitolo presenta i principali obiettivi dichiarati dalla Giunta Formigoni per la propria azione nelle politiche sociali della legislatura 2005-2010, illustrando anche le influenze intellettuali che ne sono all'origine e gli argomenti portati a loro sostegno ([1]). Tali obiettivi sono gli stessi già enunciati all'inizio della precedente legislatura regionale, nel 2000, quando è stato avviato il complessivo percorso di riforma delle politiche sociali lombarde. Le prossime pagine, pertanto, conterranno ampi riferimenti all'analogo capitolo che prendeva in esame la legislatura 2000-2005 (Gori, a cura di, 2005) ([2]).

1.2. Il contesto

Nella tornata elettorale del 3 e 4 aprile 2005 è stato eletto il Consiglio regionale lombardo della VIII legislatura, che per la terza volta consecutiva ha visto la confer-

---

([1]) Le analisi proposte nel capitolo si basano principalmente sulle seguenti fonti: a) documenti ufficiali (norme, delibere, piani), b) comunicazione istituzionale (la rivista dell'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale, "Politiche sociali news"), c) testi di studiosi che hanno ispirato la riforma lombarda, d) interviste a personalità ed esperti che hanno reso la loro testimonianza per una precisa ricostruzione degli obiettivi. Sono stati intervistati Giovanna Rossi, Professore ordinario di Sociologia della famiglia presso la facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Giorgio Vittadini, uno dei punti di riferimento della Giunta in materia di welfare, attualmente presidente della Fondazione per la sussidiarietà e docente presso l'Università Milano-Bicocca, Paolo Gualtieri, responsabile dell'Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona di Ghedi (Bs) e Federico Palla, Coordinatore dell'Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona del cremonese. A tutti loro va il mio più sentito ringraziamento.

I principali documenti ufficiali a cui si è fatto riferimento sono: il Programma Regionale di sviluppo (approvato dal Consiglio Regionale il 26 ottobre 2005) e il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2007-2009 (approvato il 26 ottobre 2006 dal Consiglio); la legge regionale per la famiglia (l.r. 23/99) e la legge regionale (l.r. 3/08) "sul governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario" (approvata con deliberazione del consiglio regionale n. VIII/555 del 28 febbraio 2008) e i documenti annuali di programmazione economica e finanziaria regionale.

([2]) Alcune parti e alcuni concetti sono ripresi dal precedente capitolo, con il quale questo si pone in continuità. Per una migliore leggibilità, il rimando bibliografico viene inserito solo qui.

ma del mandato di Roberto Formigoni e della sua Giunta ([3]). La legislatura regionale iniziata nel 2005 è da collocare nel più ampio quadro del decennio 2000-2010. Questo periodo, infatti, ha visto l'amministrazione regionale realizzare una complessiva riforma delle politiche sociali tesa a introdurre un originale "modello lombardo", guidato dagli obiettivi illustrati di seguito. La maggior parte dei cambiamenti è stata introdotta durante il secondo mandato formigoniano, in particolare nel periodo 2001-2003 ([4]). Da allora, e durante tutto il mandato successivo, lo sforzo principale è stato quello di consolidare questi cambiamenti nella pratica, operando, se necessario, i dovuti aggiustamenti.

Le coordinate della riforma sono state esplicitate nella legge regionale per la famiglia del dicembre 1999, n. 23, e in alcuni documenti diffusi appena prima del voto del 2000 (tra i quali il *Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2000-2002*, approvato dalla Giunta nel marzo del 2000). La legge ha definito gli obiettivi di fondo, confermati dalle successive normative e dai documenti programmatori regionali, sia nella legislatura 2000-2005, sia in quella seguente (con una sola aggiunta sostanziale in termini strategici, cfr. par. 5).

Il ripensamento del *welfare* lombardo è stato originariamente formulato per la riforma sanitaria, introdotta con la legge regionale 31 del 1997 ("Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali"). Si tratta di una riforma dai contenuti originali per il nostro paese, che ha l'ambizione di diventare un modello seguito da altre Regioni. La normativa prevede la separazione tra enti finanziatori ed erogatori: i presidi ospedalieri vengono scorporati dalle Asl, andando a creare le Aziende Ospedaliere. Le Asl agiscono come pagatori e le Aziende Ospedaliere come fornitori di prestazioni. Viene introdotta la competizione tra i diversi erogatori accreditati. Possono accreditarsi tutti gli erogatori che soddisfano i requisiti richiesti; tra loro esiste piena parità e non vi è alcuna differenza tra pubblici e privati. La competizione è funzionale alla libertà di scelta del cittadino, che si rivolge all'erogatore preferito. La libertà di scelta è il perno intorno a cui ruota il nuovo sistema, la Giunta ne sostiene la centralità come valore in sé e come strumento capace di incrementare la qualità delle prestazioni. Nel corso degli anni, sul piano della pratica, il sistema sanitario lombardo verrà ad assumere caratteristiche che ne accresceranno progressivamente le differenze rispetto alle indicazioni

---

([3]) La Giunta di centro destra guidata dal governatore Formigoni era composta da Forza Italia, Alleanza Nazionale, Lega Nord, Lega Lombarda e Unione di Centro; si tratta della stessa maggioranza che ha governato durante la seconda legislatura formigoniana (2000-2005). Nella legislatura 1995-2000, invece, la Lega Nord era all'opposizione.

([4]) Queste le principali riforme introdotte nel periodo 2001-2003: titoli sociali, voucher socio-sanitario, sistema sosia per la remunerazione delle Rsa, sistema sidi per la remunerazione delle strutture Rsd e dei Css, riforma delle Ipab, definizione della nuova strategia regionale riguardante la programmazione locale e definizione della nuova strategia regionale concernente il rapporto tra sociale e sanitario.

originarie. Sul piano dei principi, invece, si continuerà a sottolineare l'importanza di questi obiettivi (Neri, 2010).

Esiste una forte continuità tra la riforma sanitaria e quella delle politiche sociali, pensate quali tasselli complementari di un complessivo disegno di innovazione del *welfare*. Infatti, le direttrici che hanno accompagnato l'evolversi delle politiche sociali sono quelle che hanno guidato la già citata legge 31/1997.

1.3. Le influenze intellettuali

Prima di ricostruire gli obiettivi lombardi è indispensabile fare un rapido accenno alle influenze intellettuali che hanno avuto il maggior peso nella definizione degli obiettivi della Giunta. Quelle che hanno prodotto il maggior impatto sembrano essere due: una proviene dall'area cattolica raccolta intorno a Comunione e liberazione (CL) e l'altra dalle influenze intellettuali della *New Public Management* (Npm).

Il movimento ecclesiale cattolico, fondato in Italia dal sacerdote e teologo Luigi Giussani ([5]), nasce dall'intento di ricostruire una presenza cristiana nell'ambiente studentesco. Nel 1954 don Giussani fonda la «Gioventù Studentesca» (GS), movimento che inizialmente si colloca nell'ambito dell'Azione Cattolica ambrosiana, all'interno del liceo classico «Berchet» di Milano dove il sacerdote si dedica all'insegnamento della religione cattolica. Il movimento, che nel 1969 prenderà l'attuale denominazione di "Comunione e Liberazione (CL)", poggia sulla convinzione che l'avvenimento cristiano, vissuto nella comunione, sia il fondamento dell'autentica liberazione dell'uomo. Gli scopi principali del movimento ecclesiale sono l'educazione cristiana matura dei propri aderenti e la collaborazione alla missione della Chiesa in tutti gli ambiti della società contemporanea (Giussani, 2003). CL dispone di un'ampia elaborazione intellettuale in materia di *welfare,* più approfondita di quella su cui possono fare abitualmente affidamento gruppi e partiti nel nostro paese ([6]). Da "Comunione e Liberazione" provengono Roberto Formigoni e molti esponenti della politica e dell'amministrazione lombarda; essi si contraddistinguono per la profonda fiducia nel proprio bagaglio d'idee e per la grande determinazione a tradurle in pratica.

Il pensiero ciellino compie una critica radicale dell'intervento pubblico nelle politiche sociali (in Lombardia come in Italia), ritenuto fortemente interventista, in-

---

([5]) Per ulteriori approfondimenti sul movimento ecclesiale cattolico fondato da don Luigi Giussani è possibile fare riferimento ad un'amplissima pubblicistica, di cui una buona presentazione è rintracciabile in Abruzzese, 2001. Si segnala inoltre la rivista ufficiale del movimento che è il mensile internazionale «Tracce-Litterae-Communionis», e il sito ufficiale www.clonline.org.

([6]) Per un quadro d'insieme sulle posizioni di questa area in materia di politiche sociali si veda Vittadini, a cura di, 2002; Vittadini, 2007; Brugnoli e Vittadini, a cura di, 2008.

vadente e inefficiente. Secondo tale filone di pensiero il *welfare state,* così come concepito sino ad ora, non riuscirebbe a offrire servizi di una certa qualità né tantomeno a tutelare efficacemente le fasce più deboli della popolazione. I suoi tratti peculiari sono individuati nell'invadenza e nell'inefficienza; tale giudizio riguarda sia l'esperienza storica sia la realtà attuale. Il settore pubblico viene ritenuto accentratore e onnipresente, fortemente interventista in tutti gli ambiti del sociale. Secondo quest'ottica, esso costituisce un ostacolo alla società civile, alla quale impedisce di valorizzare le proprie potenzialità. Le criticità dell'intervento pubblico contrastano con la forza della società civile nelle sue varie articolazioni. Il pensiero ciellino sottolinea le risorse, la creatività e le potenzialità della società civile, dedicando approfondite riflessioni a Terzo Settore e famiglia. Il fine ultimo delle politiche sociali, si afferma, dovrebbe consistere nel dare spazio alla società civile e nel valorizzarla appieno, trasformando il *welfare* pubblico da ostacolo a strumento per il suo sviluppo. Le politiche sociali non dovrebbero, quindi, farsi carico di compiti che la società civile può già svolgere, bensì compiere ogni sforzo per mettere le sue varie espressioni in condizione di agire con la massima autonomia possibile.

Nelle parole di una figura chiave di Comunione e Liberazione, Giorgio Vittadini, "il concetto di *welfare society* può essere considerato il punto di partenza e di svolta per il superamento del modello statalista che sta bloccando lo sviluppo del nostro paese, oltre che del modello liberista puro, […] che esclude dall'universalità del servizio una quota crescente della popolazione. Il cardine di questo modello di sviluppo è il principio di sussidiarietà, caratterizzato dall'idea che l'auto responsabilità, la competenza del singolo o del gruppo all'interno del contesto cui appartengono, diventino determinanti sia negli affari privati che nella sfera pubblica per il bene comune […], nella consapevolezza che è possibile rispondere in modo adeguato ai bisogni partendo dalla persona […], per questo occorre rilanciare e sostenere una forte alleanza tra pubblico, privato e privato non profit» ([7]).

L'altro filone di pensiero che ha influenzato le politiche sociali lombarde è quello che si riconduce alla *New Public Management* ([8]) *(Npm)*. Agli inizi degli anni Ottanta, dapprima nel mondo anglosassone e poi in tutte le economie industriali più sviluppate, assume visibilità un movimento di opinione e di pratiche orientate a un radicale mutamento di rotta nella gestione della cosa pubblica. Da un lato, si critica il modello burocratico e i suoi effetti perversi nella convinzione che un'amministrazione pubblica troppo lenta e dispendiosa, lontana dalle esigenze dei cittadini e poco attenta alla qualità dei servizi, costituisca un ostacolo insuperabile per la ripresa

---

([7]) La citazione è tratta dall'intervista con il Prof. Vittadini realizzata appositamente per questo capitolo (cfr. nota 1). Analizzando le caratteristiche fondamentali del modello lombardo, è opportuno approfondire l'impostazione filosofico-valoriale che lo ispira in Vittadini, 2007.

([8]) Per ulteriori approfondimenti sulla *New Public Management* e sull'applicazione del managerialismo alle politiche sociali si consiglia Girotti, 2007.

dello sviluppo. Dall'altro, si diffonde la convinzione di poter superare i limiti e le arretratezze della pubblica amministrazione, estendendo agli apparati statali molti degli strumenti già sperimentati nel settore privato (Girotti, 2007).

Il managerialismo propone la trasposizione di modelli organizzativi tratti dal mondo della produzione e delle aziende (Fargion, 2009), come soluzione per il malfunzionamento della pubblica amministrazione, introducendo logiche di mercato nella gestione delle risposte ai bisogni dei cittadini. Il successo del managerialismo si collega con la diffusione del pensiero neoliberista, suggerendo molteplici innovazioni, alcune delle quali sono di particolare rilievo per le politiche sociali. Una consiste nell'incrementare il potere dei cittadini che fruiscono di servizi, considerandoli non più utenti bensì consumatori liberi di scegliere le prestazioni e i fornitori che preferiscono, con il diritto di essere pienamente informati e di esprimere le proprie opinioni sui servizi che ricevono. Un'altra innovazione riguarda l'introduzione di meccanismi competitivi tra gli erogatori di servizi a (almeno parziale) finanziamento pubblico. Si vogliono porre i diversi erogatori – pubblici e privati, i secondi in quota crescente – in competizione tra loro, lasciando che gli utenti scelgano il preferito. Un'ulteriore innovazione caratterizza il managerialismo ma – a differenza delle precedenti – non occupa una posizione centrale tra gli obiettivi della riforma lombarda: si tratta dello sviluppo della misurazione dei risultati ottenuti e delle risorse impiegate, attività tradizionalmente debole nelle politiche sociali.

1.4. Gli obiettivi

1.4.1. *Introdurre la libertà di scelta*

Valorizzare le libertà dei cittadini è il fine ultimo dell'intera strategia formigoniana di governo, non solo nel *welfare.* Come dichiarato dalla Giunta all'inizio del decennio esaminato, infatti, la sua azione si fonda su "una rivoluzione copernicana frutto di una precisa cultura, che mette al centro del sistema non più l'amministrazione pubblica, ma il cittadino e la sua libertà intesa come possibilità di scegliere, come capacità di aggregazione, come creatività nel costruire la risposta ai propri bisogni e come espressione della propria identità" (Regione Lombardia – Giunta regionale, 2000, p. 4). La libertà di scelta plasma, pertanto, tutti gli obiettivi delle politiche sociali: «la sussidiarietà del governo lombardo ha voluto significare la scelta di introdurre, il più largamente possibile, la libertà di scelta dell'utente e delle famiglie in tutti i settori, come criterio guida di tutto il sistema dei servizi" (Formigoni, 2005).

Viene così ridefinito il ruolo del cittadino, nelle sue diverse vesti di utente e di produttore di *welfare.* Per il cittadino come utente, l'obiettivo è l'introduzione della libertà di scelta tra erogatori, con la possibilità di decidere il soggetto gestore da cui ricevere il servizio. Anziché rivolgersi unicamente a quello indicato dall'ente pubblico

(che si tratti del pubblico stesso o di un fornitore convenzionato) l'utente può scegliere uno tra i diversi erogatori accreditati che competono nel "quasi-mercato" (cfr. par 3.2). Questa prima possibilità riguarda "da chi" ricevere assistenza mentre un'altra – compresa negli obiettivi della Giunta, ma con minor rilievo – concerne "che cosa" ricevere. Quest'ultima consiste nella libertà di decidere la tipologia di prestazioni di cui fruire (ad esempio prestazioni monetarie o servizi; intervento domiciliare o residenziale).

Per il cittadino come produttore di benessere, l'obiettivo è la "libertà d'azione", cioè la possibilità di "offrire egli stesso, singolarmente o come nucleo familiare o altra aggregazione della società, prestazioni alla persona" (Dotti e Fazzone, 2003, p. 9). In questa sfera rientrano la libertà per la famiglia di autosoddisfare i propri bisogni e l'impegno della Regione a metterla nelle migliori condizioni per farlo.

L'enfasi posta sulla libertà di azione dei cittadini è quindi il frutto della convinzione delle potenzialità che la società civile possiede quando è lasciata libera di attivarsi costruttivamente (Vittadini, a cura di, 2002). In sintesi: «Lo Stato è al servizio della società e non viceversa; è la persona, anche nelle sue espressioni sociali, il centro e il fulcro di ogni azione politica e amministrativa e di conseguenza ogni nostra scelta deve avere come primaria considerazione il bene della persona. Lo Stato non ha il compito di riassumere in sé ogni espressione di socialità, bensì quello di facilitare e, quando necessario, disciplinare le iniziative di risposta ai bisogni della collettività che i soggetti sociali autonomamente promuovono. In questa visione lo Stato non è più l'erogatore esclusivo dei servizi, ma è soprattutto il garante di un sistema, e i cittadini sono soggetti pienamente responsabili e protagonisti della vita pubblica […]. La libertà di scelta è infatti il perno decisivo per costruire un nuovo *welfare* che deve ereditare il meglio della tradizione di mutualità e di assistenza della società civile italiana. Ma che deve anche attualizzarlo in termini moderni, cioè nei termini di una società dinamica e pluralista nella quale gli individui ed i gruppi devono avere la possibilità di orientarsi liberamente» (Abelli, 2005).

1.4.2. *Diffondere il "quasi-mercato" dei servizi*

Con l'introduzione del "quasi-mercato" la Regione ha inteso modificare il sistema di erogazione dei servizi a (almeno parziale) finanziamento pubblico. Esso prevede la presenza di diversi erogatori – accreditati dall'ente pubblico – che competono tra loro per attrarre l'utente, libero di scegliere quello che preferisce. Gli erogatori possono essere pubblici, privati *non-profit* e privati *for profit*, ma l'obiettivo dichiarato dalla Regione consiste nell'arrivare progressivamente ad avere esclusivamente soggetti privati, con priorità del non profit. Si ritiene, infatti, che quest'ultimo rappresenti il soggetto meglio attrezzato per sviluppare il *welfare* lombardo (cfr. par 3.4) mentre il pubblico dovrebbe concentrarsi sulle funzioni di Programmazione-Acquisto-Controllo (Pac) (Rossi, 2008). L'applicazione più nota del "quasi-mercato" è il *voucher*, divenuto una bandiera della riforma formigoniana, ma l'obiettivo riguarda l'insieme delle politiche sociali.

L'introduzione di tale modello è motivata dalla grande fiducia nell'intreccio di libertà di scelta dell'utente e competizione tra gli erogatori accreditati, combinazione ritenuta capace di aumentare l'efficacia e l'efficienza dei servizi offerti.

Il riferimento all'efficacia è da considerare in senso ampio, come un complesso di aspetti riguardanti la qualità dei servizi. Ci si attendono risultati positivi sia nella dimensione soggettiva dell'efficacia sia in quella oggettiva. La prima concerne i miglioramenti nelle condizioni (fisiche, psicologiche, sociali, ecc.) di utenti e familiari attribuibili alle politiche sociali regionali, mentre la seconda tocca la qualità percepita e la soddisfazione per i servizi ricevuti. Secondo la logica dei "quasi-mercati" il passaggio a un sistema basato su una competizione i cui esiti sono determinati dalla libertà di scelta (cfr. par 3.2) fa in modo che s'incrementi l'attenzione, giudicata insufficiente, di chi fornisce servizi nei confronti di chi li riceve, e che questo cambiamento condizioni in positivo la qualità degli interventi.

Il riferimento all'efficienza riguarda l'impiego delle risorse – economiche e umane – disponibili. L'efficienza è intesa come la capacità di produrre maggiori output a parità di risorse (oppure gli stessi output con meno risorse) e alla capacità di offrire servizi di maggiore qualità a parità di risorse (oppure di medesima qualità con meno risorse).

Il passaggio al "quasi mercato" viene anche motivato sul piano etico, nel quale l'attenzione viene focalizzata sulla libertà di scelta. Permettere agli utenti di esercitarla viene ritenuta una conquista per la dignità umana, in quanto consente di non essere più beneficiari passivi del *welfare* bensì soggetti attivi che esprimono i propri desideri e valorizzano le proprie potenzialità. Si tratta di un'opinione coerente con la posizione prioritaria occupata dalla libertà nella complessiva strategia formigoniana. Non a caso, la superiorità etica è il beneficio più frequentemente richiamato dalla Giunta tra tutti quelli attesi dal "quasi- mercato".

1.4.3. *Mettere la famiglia al centro*

Secondo l'approccio lombardo «la famiglia è il primo luogo della solidarietà, è il luogo nel quale si genera e si forma il capitale sociale umano» (Boscagli, 2008b), dove per capitale sociale umano s'intende «quella forma di relazione che opera la valorizzazione di beni o servizi attraverso scambi che non sono, né monetari, né politici, né clientelari, né di puro dono, ma scambi sociali di reciprocità» (Donati, 2007b). La Regione ha indicato, da subito, le tipologie familiari a cui si rivolge: si tratta della famiglia «definita dagli articoli 29 e 30 della Costituzione nonché quella composta da persone unite da vincoli di parentela, adozioni o affinità» (l.r. 23/1999, art. 1). Ci si riferisce, dunque, alla famiglia "fondata sul matrimonio" ([9]).

([9]) L'articolo 29 della Costituzione, infatti, recita che "la Repubblica riconosce i diritti della famiglia come società naturale fondata sul matrimonio".

La famiglia così definita deve diventare il principale interlocutore delle politiche sociali. Il fulcro del cambiamento consiste, da una parte, nel focalizzarsi sull'intero nucleo familiare nella sua complessità e non più sul singolo individuo, come è tradizionalmente avvenuto nel welfare italiano. Dall'altra, l'innovazione risiede nel rivolgersi alla famiglia in quanto tale, non perché povera o in difficoltà, per seguirla in tutte le fasi della propria esperienza. Si configura così «una politica familiare sostanzialmente differente da quella finora perseguita in Italia, rivolta soprattutto alla "famiglia patologica" e indirizzata a sostenerla solo dopo l'insorgere di un problema» (Rossi, 2005). I servizi, sia pubblici sia privati, devono considerarla non solo bisognosa e portatrice di problemi (come spesso esige il loro mandato istituzionale), ma anche, e soprattutto, risorsa in grado di cooperare nella definizione dei bisogni e nella costruzione delle risposte. La famiglia, dal canto suo, deve passare dalla logica dell'usufruire (*welfare state*) a quella del cooperare (*welfare society*) (Sibilla, 2000).

La Regione intende così andare oltre il modello d'intervento del *welfare state,* considerato storicamente dominante, sia in Lombardia che in Italia, superando tutte quelle logiche assistenzialistiche che si ritiene non abbiano generato il benessere previsto. Le famiglie, private della loro capacità di intervenire per promuovere le proprie condizioni di vita, erano – questa è l'ipotesi – poste in condizione di passività da un sistema scarsamente in grado di rispondere alle loro richieste. Si vuole ora passare a un approccio "promozionale", e considerare l'intero nucleo familiare come soggetto attivo di cui valorizzare le potenzialità; si ritiene infatti che, anche quando esistano problemi o difficoltà, al suo interno vi siano sempre risorse da promuovere. L'ente pubblico deve aiutare la famiglia a sostenere i propri membri senza intervenire nel suo ambito di vita e d'azione, nella misura in cui è in condizione di regolarsi autonomamente e di gestire in proprio i suoi compiti, secondo il principio di sussidiarietà orizzontale (Colombo, 2008) ([10]).

1.4.4. *Promuovere il Terzo Settore*

Tra i suoi obiettivi la Regione ha pure quello di promuovere lo sviluppo sociale e culturale del Terzo Settore, togliendolo dalla condizione d'inferiorità in cui si ritiene sia stato costretto, in passato, dal binomio Stato-mercato (Sibilla, 2000). Infatti, "il Terzo Settore può e deve essere pensato come il metodo ordinario di risposta al bisogno emergente dalla società. Un metodo ordinario che l'ente pubblico non può mai sostituire, ma sempre sostenere, promuovere, appoggiare" (Regione Lombardia – Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale, 2008, pag. 39).

Le parole del Governatore ben chiariscono la direzione prescelta: «Per noi, il Terzo Settore non poteva limitarsi ad avere un ruolo residuale nei confronti del set-

---

([10]) Lo stesso Statuto d'Autonomia regionale del 2008 rimarca il valore che la Giunta affida al sistema famiglia, dedicandovi un'ampia parte sulla sua valorizzazione, alla centralità della persona e alla tutela della vita in ogni sua fase.

tore pubblico ed essere un semplice esecutore di progetti concepiti altrove. Il Terzo Settore, per noi, è molto di più: è l'ambito originario entro cui la spinta al bene comune della gente lombarda si esprime compiutamente. Venendo dopo anni di statalismo e centralismo, si è reso necessario lavorare per vincere le resistenze ed impegnarsi perché il rafforzamento del mondo del non profit diventasse definitivo ed irreversibile […], vogliamo che diventi un interlocutore paritetico nei confronti del governo regionale. Siamo convinti che solo in questo modo potremo costituire una vera *welfare community*» (Formigoni, 2005).

La promozione del Terzo Settore ha due principali applicazioni pratiche. La prima è il potenziamento del suo ruolo nella produzione di servizi (aumentando la quota di servizi a finanziamento pubblico gestiti da esso). La seconda è quella di farne un interlocutore privilegiato dei processi programmatori, sia a livello locale che regionale.

Molteplici sono le ragioni che spingono a puntare sul Terzo Settore, preferendolo al settore pubblico e al *for profit*: le motivazioni ideali che animano molte delle persone che vi operano, decisive per servizi dove la relazione tra utente ed operatore è particolarmente rilevante; la flessibilità del suo intervento, che permette buoni risultati nella risposta ai bisogni non standardizzabili del singolo utente; il radicamento territoriale di cui gode, che ne spiega la capacità di interpretare i bisogni, mobilitare le risorse e costruire interventi innovativi; l'assenza degli incentivi negativi di cui risentono inevitabilmente le organizzazioni con finalità di profitto (ad esempio, la spinta a scegliere gli utenti "più remunerativi"). Le organizzazioni di Terzo Settore, inoltre, non si possono giudicare solo sul piano dei servizi che erogano ma anche per il capitale sociale che il loro intervento produce nei contesti locali.

Queste peculiarità motivano anche la priorità assegnata al Terzo Settore fra i soggetti erogatori del "quasi-mercato" in Lombardia (Violini, a cura di, 2004). Uno dei principali limiti di tale mercato, riconosciuto dai più, consiste nell'asimmetria strutturale di potere e di informazioni tra utenti e produttori. Gli utenti, infatti, non sempre sono nelle condizioni di valutare appieno l'operato del fornitore e di capire sulla base di elementi sostanziali la qualità del servizio usufruito. Si corre allora il rischio che gli erogatori sfruttino tali debolezze a proprio vantaggio. Dando priorità ai soggetti del non-profit tra gli erogatori di servizi il problema non dovrebbe presentarsi, poiché uno dei principali benefici è rappresentato dalla loro capacità di attrarre persone (lavoratori e volontari) con particolare tensione etica (Vittadini, 1997).

1.5. Una nuova direzione?

Gli obiettivi riguardanti Terzo Settore, "quasi-mercato", famiglia e libertà di scelta sono stati ribaditi in tutti i documenti prodotti dalla Regione Lombardia nell'arco del decennio. A essi – durante l'ultima fase – è stata affiancata un'ulteriore indicazione, che (sinora) non può però essere considerata un obiettivo con il medesimo rilievo degli altri menzionati.

Infatti, nel 2008 è stata approvata la legge 3, *"Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario"*, normativa quadro che sostituisce la precedente legge 1/86 (Ferrario, 2009). I principi sui quali è stata costruita sono quelli che hanno guidato l'evoluzione degli ultimi anni, ma insieme alla loro conferma viene introdotta una novità. Si tratta di una maggiore attenzione – negli intenti dichiarati – alla regolazione del *welfare*, a livello di sistema e a livello del singolo caso. A quest'ultimo livello, la legge evidenzia il rilievo delle funzioni di accesso integrato, della valutazione del caso e della definizione dei percorsi individualizzati. Sottolinea, detto altrimenti, l'importanza di accompagnare e supportare utente e famiglia nelle diverse fasi del percorso assistenziale. In termini di sistema, afferma la necessità di una maggiore collaborazione tra comparto sociale e comparto socio-sanitario. Viene qui sancita l'effettiva equiparazione tra i due settori, dopo anni di "predominanza" delle Asl, e si auspicano passi in avanti in termini di coordinamento e integrazione.

L'accentuazione sull'importanza di regolare il *welfare* era sempre mancata in precedenza nei documenti programmatici della Giunta ([11]), fondati sul pacchetto "società civile-libertà-competizione". Tali obiettivi rimangono, e vengono confermati con determinazione, ma ad essi viene affiancato – sul piano delle enunciazioni – questo ulteriore aspetto. Peraltro, una maggiore accentuazione in tal senso si ritrova in numerosi documenti ufficiali degli ultimi anni, tra i quali il Piano socio-sanitario 2007-2009 e le linee guida per la programmazione zonale 2009-2011. Non si tratta di scenari nuovi per il *welfare* locale, dato che molti territori ci stavano già lavorando (pensiamo allo sviluppo delle funzioni di segretariato sociale) la novità è che sia l'amministrazione regionale a farli propri.

La discussione delle nuove indicazioni, le conseguenze attuali e le possibili implicazioni future, si trovano in vari punti dei capitoli 4, 5 e 6. In ogni modo, questa nuova attenzione ai temi della regolazione rimane al margine della nostra analisi poiché essi sono stati introdotti nella parte finale del decennio e le relative indicazioni si sono mantenute a un livello piuttosto generale, scendendo in misura esigua sul piano attuativo. Nondimeno, anche sul piano delle enunciazioni, le indicazioni nel senso della regolazione non hanno avuto sinora il rilievo assegnato agli altri grandi obiettivi.

Ciò che ci si chiede ora è se la maggiore attenzione verso i temi regolativi prefiguri una nuova direzione delle politiche sociali lombarde o se questo rimarrà un insieme di enunciati senza sostanziali ricadute concrete. Solo il tempo potrà dirlo.

([11]) Ci si riferisce qui al decennio 2000-2010, poiché l'obiettivo di regolare il welfare era, invece, presente nei documenti e nelle normative regionali del periodo precedente.

1.6. Dagli obiettivi all'attuazione

Il capitolo ha presentato i principali obiettivi della riforma lombarda, definiti all'inizio del decennio e confermati nell'ultima legislatura. Nel prosieguo del libro si passa dagli obiettivi alla pratica, esaminando l'effettiva realizzazione delle politiche sociali nella nostra Regione. Vogliamo capire se, e in quale misura, i cambiamenti introdotti abbiano permesso di raggiungere gli obiettivi indicati o se, invece, l'attuazione abbia seguito un percorso diverso. Per rispondere a queste domande gli obiettivi qui presentati sono stati tradotti in alcuni dei criteri valutativi presentati nel prossimo capitolo.

Bibliografia

Abelli G. (2005), *La Lombardia un laboratorio*, in "Politiche Sociali News", 1, pagg. 4-5.

Abruzzese S. (2001), *Comunione e liberazione*, il Mulino, Bologna.

Ambrosini M., (a cura di) (1999), Franco Angeli, Milano.

Boscagli G. (2008a), *Persona e famiglia cardini della società*, in "Politiche Sociali News", 3, pag. 3.

Boscagli G. (2008b), *La famiglia, pilastro della solidarietà sociale*, in "Politiche Sociali News", 2, pagg. 2-3.

Brugnoli A. e Vittadini G.(2008), a cura di, *La sussidiarietà in Lombardia: i soggetti, le esperienze*, le policy, Guerini, Milano.

Colombo A. (2008), *The "Lombardy Model": Subsidiarity-informed Regional Governance, in "*Social Policy & Administration", 2, pagg. 117-196.

Donati P. (2007a), *Sussidiarietà e nuovo welfare: oltre la concezione hobbesiana del benessere*, in Vittadini G. (a cura di), *Che cosa è la sussidiarietà. Un altro nome della libertà*, Guerini e Associati, Milano, pagg. 27-50.

Donati P. (2007b), *Il capitale sociale. L'approccio relazionale*, in "Sociologia e politiche sociali", X, 1, Franco Angeli, Milano.

Fargion S. (2009), *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*, Editori Laterza, Bari.

Ferrario P. (2009), *Servizi sociali e socio-sanitari in Lombardia,* in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 1, pagg. 3-4.

Formigoni R. (2005), *Maggiore condivisione,* in "Politiche Sociali News", 1, pagg. 24-27.

Girotti F. (2007), *Amministrazioni Pubbliche,* Carocci, Roma.

Giussani L. (2003), *Il senso religioso*, Rizzoli, Milano.

Gori C. (2005), *Gli obiettivi della riforma*, in Id (a cura di), "Politiche sociali di centro-destra: la riforma del welfare lombardo", Carocci, Roma, pagg. 25-38.

Regione Lombardia – Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale, 2008, *Bilancio sociale 2008*, Regione Lombardia, Milano.

Rossi G. (2002), *Promozione e sostegno delle politiche familiari in Lombardia,* in "Politiche Sociali e Servizi", 2, pagg. 135-162.

Rossi G. (2003), *Quando e come l'associazionismo familiare genera capitale? Esperienze di sus-*

sidiarietà delle politiche sociali in Lombardia, in *Famiglia e capitale sociale nella società italiana*, Donati P. (a cura di), VIII Rapporto Cisf sulla famiglia in Italia, Cinisello Balsamo (MI), San Paolo, pagg. 195-259.

Sibilla M. (2000), *Famiglia, servizi, utenti: una trilogia multidimensionale*, Armando Editore, Roma.

Violini L. (2004), (a cura di), *L'attuazione della sussidiarietà in Lombardia*, Giuffrè, Milano.

Vittadini G. (a cura di) (1997), *Il non profit dimezzato*, ETAS, Milano.

Vittadini G. (a cura di) (2002), *Liberi di scegliere. Dal welfare state al welfare community*, ETAS, Milano.

Vittadini G. (2007), *Che cosa è la sussidiarietà. Un altro nome della libertà,* Guerini e Associati, Milano.

2. Il percorso di analisi

Cristiano Gori

2.1. Introduzione

Quali sono stati gli indirizzi forniti dall'amministrazione regionale? In che modo sono stati effettivamente tradotti in pratica nel territorio lombardo? Quale giudizio si può formulare? Ecco – come illustrato nell'introduzione al volume – le domande che il nostro lavoro vuole provare ad affrontare, con l'attenzione rivolta sia alla legislatura 2005-2010 sia alla complessiva riforma lombarda (2000-2010).

Di conseguenza, la maggior parte dei capitoli segue la medesima struttura: descrizione delle indicazioni regionali riguardanti il tema in esame, ricostruzione di come queste indicazioni sono state attuate nel territorio, formulazione di alcuni giudizi in proposito. Oltre a condividere la struttura i capitoli si confrontano anche con gli stessi interrogativi, poiché utilizzano una griglia di criteri valutativi valida per l'intero libro. Un ulteriore tratto comune consiste nello sforzo di inserire i singoli temi affrontati in uno sguardo d'insieme, teso a comprendere come si è modificato il sistema della politiche sociali nel suo complesso.

L'impianto analitico e i suoi principali elementi – struttura, criteri valutativi e sguardo d'insieme – sono gli stessi della nostra precedente valutazione delle politiche sociali lombarde (Gori, 2005a), con alcune modifiche e correzioni.

2.2. Valutare le politiche sociali della Regione Lombardia

In questo volume ci proponiamo di realizzare una valutazione indipendente delle politiche sociali [1] di responsabilità della Giunta regionale lombarda. Definiamo la valutazione "un'attività tesa alla produzione sistematica di informazioni per

---

[1] Come illustrato nell'introduzione al volume, utilizziamo una definizione estesa di "politiche sociali". Oggetto delle politiche sociali è – secondo tale definizione – l'insieme di servizi e interventi, di titolarità di Comuni e Asl, erogati al fine di alleviare, rimuovere o prevenire condizioni di disagio e/o mancanza di autonomia; in concreto, ci si riferisce ai servizi socio-sanitari delle Asl e ai servizi sociali e socio-educativi dei Comuni. Così definite, le politiche sociali riguardano numerose categorie di utenti (anziani, disabili, bambini, minori e giovani, soggetti con problemi di povertà e marginalità, tossicodipendenti, immigrati, individui con disagio psichico) e varie modalità

dare giudizi su azioni pubbliche, con l'intento di migliorarle" (Martini e Sisti, 2009, pag. 21). Vediamo – seguendo l'autorevole manuale di Martini e Sisti – i tratti principali di tale attività e in che modo intendiamo farli nostri.

Primo, la valutazione "si basa sull'osservazione della realtà, condotta attraverso procedure condivise da una comunità scientifica di riferimento". Il nostro lavoro è fondato sulla disamina di dati empirici riguardanti le politiche sociali lombarde. In ogni singolo capitolo li analizza un riconosciuto esperto del tema lì trattato, seguendo le prassi accreditate tra chi se ne occupa.

Secondo, "ogni tentativo di valutazione comporta sempre l'espressione di un giudizio basato su qualche tipo di confronto". L'introduzione ha evidenziato che esprimere giudizi sul welfare lombardo costituisce il nostro obiettivo principale. I termini di confronto sono i già menzionati criteri valutativi, che – si vedrà – assumono punti di vista sia interni che esterni alla Giunta Formigoni: metà dei criteri riprende i suoi obiettivi e l'altra metà sono obiettivi aggiunti dagli Autori.

Terzo, "la valutazione incorpora un fondamentale intento migliorativo dell'attività pubblica". Non è – detto altrimenti – ricerca sociale fine a se stessa, bensì ricerca sociale che vuole servire a migliore il welfare. La nostra tensione in questa direzione permea l'intero libro e speriamo di essere riusciti a trasmetterla al lettore.

Quarto, "la valutazione deve essere ritagliata sulle particolari esigenze conoscitive che alcuni individui nutrono nei confronti dell'intervento che viene indagato" (Martini e Sisti, 2009, pagg. 21-22). Nella progettazione del nostro lavoro ci siamo concentrati su esigenze conoscitive differenti, rispettivamente di coloro i quali disegnano il welfare lombardo, delle persone che lo realizzano e di quelli che lo esaminano. Infatti, intendiamo fornire elementi utili a: chi nell'amministrazione regionale governa e regola il sistema, chi nel territorio eroga i servizi, chi nello spazio pubblico discute di welfare (cfr. introduzione).

È una valutazione *ex post* – cioè che s'interroga sui risultati di un'azione una volta che questa sia stata completata – compiuta alla conclusione della legislatura regionale 2005-2010. Mentre il precedente volume si concentrava esclusivamente sulla valutazione di una legislatura, quella 2000-2005, l'orizzonte temporale di riferimento qui è duplice. Come detto, infatti, l'analisi della legislatura 2005-2010 va di pari passo con il bilancio della complessiva riforma lombarda (2000-2010).

Si tratta, infine, di una valutazione indipendente, nel senso che non viene finanziata dall'istituzione responsabile delle politiche valutate, cioè la Regione Lombardia. La relazione con l'Assessorato titolare di tali politiche – quello alla Famiglia e Solidarietà Sociale – è risultata assai proficua, fatta di collaborazione nell'autonomia, come era già accaduto cinque anni fa; la disponibilità dei tecnici dell'Assesso-

---

di intervento (servizi alla persona e prestazioni monetarie; interventi nel territorio, a domicilio, semi-residenziali e residenziali).

rato nel fornirci dati e scambiare idee, rispettando il confine tra i diversi ruoli, è stata ampia e si è dimostrata decisiva per il nostro lavoro.

Il progetto è stato finanziato da un pool di cinque soggetti: le Acli della Lombardia, la Fondazione Cariplo, la Federazione Nazionale Pensionati (Fnp) della Cisl Lombardia, il Gruppo Segesta e il Sindacato Pensionati italiani della Cgil Lombardia. Poiché alcuni tra i promotori sono parti attive nel dibattito politico lombardo (Acli, Fnp Cisl e Spi Cgil) e uno è gestore di servizi (Segesta ([2])) si sarebbero potuti palesare – in linea teorica – rischi di interferenze con il lavoro dell'équipe ricerca. Come il proseguo del volume penso mostrerà, i promotori ci hanno assicurato autonomia totale.

Il nostro gruppo di promotori è peculiare. La scelta spontanea di diversi soggetti di unire gli sforzi per promuovere un progetto di ricerca non rappresenta una prassi diffusa, e comporta per ognuno alcune rinunce ([3]). Inoltre, il gruppo si segnala per l'eterogeneità dei suoi componenti. È inusuale, ad esempio, una collaborazione tra un sindacato di sinistra e un ente privato for profit, tra una Fondazione e un insieme di soggetti come quelli qui rappresentati, tra sindacati diversi e così via. A spingere verso questa collaborazione sono state – oltre alla stima reciproca tra i rappresentati dei vari soggetti – due convinzioni condivise. Primo, la necessità di incrementare le analisi del welfare lombardo basate sui dati concreti e con l'obiettivo di essere utili al miglioramento dei servizi. Secondo, lo sfumare delle differenze dovute a diversi valori e appartenenze quando ci si trova a discutere gli elementi di realtà (cfr. prefazione).

Quella sin qui illustrata è la direzione che vogliamo seguire. Riuscirci, e in quale misura, è tutt'altro discorso e non sta a noi dire se così è stato. Le limitazioni non mancano, a partire dal fatto che le nostre analisi si fondano – in maniera prevalente – sul riesame dei dati disponibili e non su rilevazioni originali. Criticità e positività del progetto sono discusse alla conclusione del capitolo, nel paragrafo 2.6.

2.3. La struttura dei capitoli ([4])

I capitoli del volume sono costruiti seguendo la stessa struttura, che riprende gli obiettivi del volume e si articola nei seguenti passaggi.

a) Le indicazioni regionali

Punto di partenza sono gli obiettivi annunciati dalla Giunta per lo specifico tema trattato e le principali disposizioni della normativa. Si approfondisce tutto il "dichiarato" del legislatore regionale, considerando non solo i documenti ufficiali ma anche altri materiali scritti e comunicazioni pubbliche.

([2]) Segesta è il principale gruppo privato for-profit attivo in Lombardia nei servizi socio-sanitari per anziani e per persone con disabilità (http://www.grupposegesta.com).

([3]) Ad esempio, la visibilità ottenuta sarà minore di quella raggiungibile con un progetto di cui si è gli unici finanziatori.

([4]) Questo paragrafo riproduce, nella quasi totalità, il paragrafo 2.2 di Gori, 2005a.

b) L'attuazione

Si passa poi da quanto la Regione ha dichiarato a ciò che è stato concretamente fatto. Viene ricostruito come le indicazioni regionali sono state tradotte nella pratica dei servizi sociali e socio-sanitari lombardi. Si vogliono comprendere alcune conseguenze prodotte dalle indicazioni regionali per i soggetti che agiscono internamente al sistema del welfare (soggetti organizzati: Asl, Comuni, Province, Terzo Settore, Settore profit; operatori), così come per i destinatari dei servizi (utenti e familiari).

c) Il giudizio

Il punto d'arrivo consiste nel valorizzare le conoscenze maturate al fine di formulare giudizi. S'impiega qui la griglia di criteri valutativi comuni a tutto il libro, presentata oltre. Ogni capitolo considera i criteri pertinenti al tema in discussione, adattandoli alle proprie specificità.

La scelta dei criteri e l'organizzazione del testo varia tra i contributi mentre questa struttura rimane sempre la "bussola" del nostro modo di ragionare. Quasi tutti i capitoli, infatti, condividono il percorso suddiviso nei tre passi: indicazioni regionali / ricostruzione loro attuazione / giudizio valutativo ([5]).

2.4. I criteri valutativi ([6])

Oltre a seguire una struttura simile, la gran parte dei capitoli discute le medesime tematiche. Si tratta dei nostri criteri valutativi, definiti come "gli elementi intorno ai quali focalizzare la ricerca valutativa" ([7]) (Ielasi e De Ambrogio, 2003, pag. 63). I criteri rappresentano alcuni obiettivi (reali o ipotetici) delle politiche sociali regionali e costituiscono i termini di paragone rispetto ai quali ne giudichiamo l'attuazione. Analizzare le conseguenze di queste politiche significa chiedersi, per ogni criterio, "(se e in che modo) esse hanno permesso di raggiungerlo?" o, invece, "(se e in che modo) hanno prodotto mutamenti nella direzione opposta?". Le politiche regionali, ad esempio, hanno sviluppato la competizione? Hanno promosso la regolazione del sistema di welfare? O, invece, hanno prodotto effetti in senso contrario? E in che modo tutto ciò si è verificato?

I criteri scelti integrano le priorità della Regione con quelle degli Autori. Vogliamo sia comprendere se la Giunta lombarda ha raggiunto i suoi obiettivi sia analizza-

---

([5]) Anche l'indice complessivo del volume segue questa scansione, con riferimento al complesso delle politiche sociali della Regione Lombardia. Infatti, il capitolo precedente ha presentato gli obiettivi della Giunta in materia, la seconda e la terza parte ne discutono la realizzazione rispetto a specifici temi e interventi, e l'ultimo capitolo propone alcuni giudizi valutativi d'insieme.

([6]) Questo paragrafo riprende, per la maggior parte, il paragrafo 2.3 di Gori, 2005a.

([7]) Esistono molteplici definizioni di criteri valutativi (Bezzi, 2004, pagg. 67-77). Qui se ne predilige una assai essenziale, funzionale agli obiettivi del presente lavoro.

re le politiche con riferimento a ulteriori obiettivi che noi riteniamo significativi. Integrare le priorità del decisore con criteri scelti dal gruppo di ricerca costituisce una prassi abbastanza diffusa nelle analisi sulle politiche di welfare condotte in altri paesi (ad es. Powell, a cura di, 2008; Hills, Sefton e Stewart, a cura di, 2009). L'idea di coniugare il punto di vista interno all'ente pubblico con quello di chi ne è esterno risulta pure diffusa nel panorama valutativo italiano (Bezzi, 2007; Palumbo, 2001).

Alcuni criteri, dunque, riflettono gli obiettivi strategici annunciati della Giunta Formigoni, analizzati nel capitolo precedente: sviluppo della competizione, valorizzazione del Terzo Settore, introduzione della libertà di scelta e sostegno alla famiglia ([8]). Si tratta degli obiettivi annunciati dieci anni fa, all'inizio della riforma delle politiche sociali ([9]) (Gori, 2005), e confermati nell'ultima legislatura. A questi criteri se ne affiancano altri riguardanti obiettivi da cui il gruppo di Autori ritiene le politiche sociali regionali non possano prescindere: il miglioramento della funzione di regolazione del sistema locale di welfare, la valorizzazione delle professionalità coinvolte, la ricerca di migliori effetti sulle condizioni degli utenti e l'incremento dell'equità (tab. 2.1).

I criteri valutativi guidano la ricostruzione di come hanno funzionato le politiche sociali in Lombardia e la formulazione dei giudizi in merito. Sono illustrati nelle prossime pagine, utilizzati in tutta la terza e quarta parte, e – pure in misura minore – anche nella seconda: costituiscono una tra le linee che tracciano il percorso del libro. I criteri provenienti dagli obiettivi regionali sono gli stessi impiegati nel volume del 2005, scelta legata alla già richiamata continuità dell'azione della Giunta Formigoni. I criteri scelti dagli Autori sono rimasti gli stessi tranne uno, senza che questa modificazione abbia alterato il quadro di riferimento ([10]).

Tabella 2.1 - I criteri valutativi

Obiettivi dichiarati prioritari dalla Giunta regionale	– Sviluppo della competizione – Valorizzazione del Terzo Settore – Introduzione della libertà di scelta – Sostegno alla famiglia
Obiettivi aggiunti dagli Autori	– Migliore regolazione del sistema locale di welfare – Valorizzazione delle figure professionali – Migliori effetti sugli utenti – Incremento dell'equità

([8]) I quattro criteri valutativi riferiti alla strategia della Giunta non sono altro che i suoi quattro grandi obiettivi strategici, illustrati in una varietà di documenti, e presentati singolarmente nel primo capitolo.

([9]) Gli obiettivi per il sociale riflettono quelli della riforma sanitaria del 1997 (legge 31); anche su questo si veda il primo capitolo.

([10]) Come illustrato nella nota 13 è stato sostituito il criterio "qualità della programmazione locale" con quello "incremento dell'equità".

I criteri vengono ora presentati singolarmente. La varietà delle politiche trattate nel volume ne suggerisce una formulazione abbastanza generale, lasciando ad ogni capitolo la responsabilità di una declinazione puntuale riferita ai propri contenuti. È pure compito dei singoli capitoli individuare gli indicatori, gli strumenti per rilevare i dati e le fonti informative.

Per quanto riguarda i criteri che riprendono gli obiettivi della Giunta regionale, tale scelta è coerente con le caratteristiche di questi ultimi. Sono prevalentemente obiettivi ampi e di carattere molto generale, concentrati più sui principi che sulle indicazioni concrete, di cui è piuttosto complicato verificare empiricamente il raggiungimento ([11]).

Sviluppo della competizione

La riforma lombarda vuole modificare profondamente le relazioni tra i soggetti operanti nel sistema di welfare, facendole guidare da una logica competitiva. S'intende costruire un nuovo sistema che veda i servizi a (almeno parziale) finanziamento pubblico forniti in un quasi-mercato dove diversi erogatori accreditati competono per attrarre l'utente, libero di scegliere quello che preferisce. Affinché si sviluppi la competizione bisogna soddisfare preliminarmente il criterio della pluralizzazione: in ogni realtà locale deve operare una molteplicità di erogatori accreditati. Se così non è, il soggetto pubblico è chiamato ad intervenire per stimolarne la presenza (eventualmente la creazione).

Differenti tipologie di erogatori possono competere nel quasi-mercato: Terzo Settore, privato for profit e settore pubblico (qui come produttore, ruolo distinto da quello regolativo). La strategia regionale prevede che il pubblico riduca progressivamente la propria funzione produttiva sino ad annullarla, dedicandosi solo alla funzione regolativa (nella terminologia lombarda Programmazione-Acquisto-Controllo, Pac). L'erogazione di servizi dovrebbe diventare responsabilità esclusiva dei soggetti privati, con priorità al Terzo Settore.

Valorizzazione del Terzo Settore

Tra i soggetti operanti nella rete dei servizi l'amministrazione regionale intende valorizzare il Terzo Settore, nelle sue varie espressioni. Si ritiene esista ampio spazio per procedere nella direzione di una sostanziale "sussidiarietà orizzontale", capace di sostenere le iniziative del Terzo Settore nel pieno riconoscimento della sua autonomia.

L'obiettivo è sfaccettato e tocca molteplici dimensioni: gli aspetti giuridico/istituzionali, la gestione dei servizi e il processo programmatorio. Si vuole ridefini-

---

([11]) Mentre nella tabella 2.1 gli obiettivi sono suddivisi in base a chi li ha individuati (Giunta regionale o Autori del libro), qui di seguito sono presentati secondo un ordine di vicinanza contenutistica.

re il profilo giuridico/istituzionale del Terzo Settore, modificando norme ritenute di ostacolo al pieno dispiegarsi delle proprie potenzialità e contraddittorie con la sua origine storica; l'applicazione più nota è la riforma delle Ipab. Si vogliono valorizzare le sue competenze nella produzione di servizi alla persona, incrementandone la quota da esso gestita (contemporaneamente alla progressiva eliminazione della responsabilità pubblica in materia). S'intende pure valorizzare la capacità del Terzo Settore di leggere ed interpretare i bisogni sociali, facendone un interlocutore privilegiato dei processi programmatori, nelle loro varie fasi e a diversi livelli (regionale e di ambito/distretto).

Migliore regolazione del sistema locale di welfare

Per comprendere le conseguenze delle politiche regionali sui soggetti che operano nel sistema locale di welfare, come detto, affianchiamo ai criteri che riflettono le priorità della Giunta altri scelti dal gruppo di ricerca. Uno riguarda la regolazione del sistema locale di welfare, intesa come l'azione del soggetto pubblico – Asl o Comune – finalizzata a garantire qualità ed appropriatezza dei servizi a (almeno parziale) finanziamento pubblico. La concreta attività di regolazione presenta risvolti diversi, che si traducono in una varietà di contenuti operativi: distinguiamo tra le azioni che toccano il piano macro e quelle concernenti il livello del caso. Le prime riguardano la definizione di criteri e standard per l'accreditamento, la definizione delle tariffe, la verifica di azioni e risultati dei soggetti accreditati ed altro. Le seconde concernono le tematiche riguardanti l'affiancamento ed il sostegno al singolo utente ed ai suoi familiari nel percorso assistenziale (dalla presa in carico all'eventuale rivalutazione nel tempo); toccano anche più generali compiti di informazione/orientamento dell'utenza effettiva e potenziale.

Valorizzazione delle figure professionali

I criteri precedenti riguardano i soggetti istituzionali e/o organizzati che agiscono nel sistema locale di welfare. Ci spostiamo qui dal livello delle organizzazioni a quello degli individui che lavorano in tale sistema. Inseriamo nel quadro le figure professionali, volgendo lo sguardo verso quelle operanti nei servizi sociali e sociosanitari a – almeno parziale – finanziamento pubblico.

Vogliamo capire se (e in che modo) le politiche sociali regionali hanno contribuito a valorizzare le figure professionali, le loro condizioni e la loro attività. Da una parte, ci poniamo questa domanda in merito alle conseguenze di tali politiche per le condizioni di lavoro degli operatori. Dall'altra, ce lo chiediamo con riferimento agli specifici compiti svolti dagli operatori ed al loro ruolo.

Introduzione della libertà di scelta

Veniamo ora ai criteri che riguardano i destinatari dei servizi, cioè utenti e familiari: questo e il successivo riprendono gli obiettivi prioritari della Giunta loro rivolti. L'introduzione della libertà di scelta rappresenta un caposaldo della strategia

lombarda, tesa – come detto – a ripercorrere nel sociale il cammino svolto in sanità. Si prevede siano gli utenti a decidere gli interventi di cui hanno bisogno e da chi riceverli. Ridotta è la voce degli operatori, o comunque del soggetto pubblico, in tale decisione.

La principale traduzione della libertà di scelta in pratica consiste nella possibilità per gli utenti di decidere da quale erogatore ricevere il servizio, non rivolgendosi più a quello indicato dall'amministrazione pubblica. Gli utenti scelgono quello che preferiscono tra i diversi soggetti accreditati che competono nel "quasi-mercato". Una seconda declinazione operativa – cui la Giunta dedica minore attenzione – riguarda la libertà di scegliere "che cosa" ricevere. Si tratta qui di decidere non l'erogatore bensì l'intervento di cui fruire (ad es. denaro o servizi; intervento domiciliare o residenziale).

Sostegno alla famiglia

La famiglia è al centro del progetto lombardo. Interventi in suo favore figurano oggi tra gli obiettivi di molti schieramenti ma la Giunta Formigoni ne fornisce una sua peculiare declinazione. Il criterio riguarda il ruolo della famiglia nelle politiche sociali così come il target e le caratteristiche degli interventi a essa rivolti. In merito al ruolo, s'intende superare la sua tradizionale marginalità al fine di assegnarvi priorità.

Rispetto al target, ci si rivolge alla famiglia in quanto tale, non in quanto povera o in difficoltà, per seguirla in tutte le fasi della propria esperienza. Si vogliono privilegiare i suoi diritti/doveri come unità rispetto a quelli dei singoli componenti.

Con riferimento alle caratteristiche degli interventi, s'intende superare il modello "passivizzante" – ritenuto storicamente dominante – per passare ad un approccio promozionale, che concepisce la famiglia come soggetto attivo di cui valorizzare le risorse. L'ente pubblico deve aiutarla a sostenere i propri membri senza intervenire nel suo ambito di vita e d'azione, se è in condizione di regolarsi autonomamente e di gestire in proprio i suoi compiti.

Migliori effetti per gli utenti

Ai precedenti due criteri sugli obiettivi della riforma lombarda per utenti e familiari aggiungiamo questo e il successivo. Qui si affrontano le conseguenze delle politiche sociali regionali per le concrete condizioni degli utenti. Vogliamo capire se, grazie ai cambiamenti introdotti, i servizi lombardi producono sulle loro condizioni effetti migliori rispetto a prima. Esaminiamo gli effetti determinati dai servizi nella nuova configurazione e li confrontiamo con quelli prodotti quando erano organizzati diversamente ([12]).

([12]) Idealmente, attraverso questo criterio, si ambirebbe a comprendere – detto con terminologia valutativa – "l'effetto lordo" e "l'effetto netto" della riforma lombarda sulle condizioni de-

Il criterio possiede una dimensione soggettiva e una oggettiva. La prima riguarda la qualità percepita e la soddisfazione per i servizi ricevuti, mentre la seconda concerne i cambiamenti nel profilo oggettivo (caratteristiche fisiche, psicologiche, sociali, ecc.) degli utenti. A causa dell'evidente complessità del criterio, al proposito verranno proposti esclusivamente ipotesi e spunti.

Incremento dell'equità

Vogliamo, infine, capire se le politiche della Giunta lombarda hanno rafforzato l'equità del sistema di welfare. Questo criterio riguarda l'allocazione delle risorse pubbliche e concerne, pertanto, la popolazione nel suo insieme, chi riceve i servizi così come chi non li riceve. Consideriamo l'equità orizzontale, cioè la capacità di tutelare allo stesso modo persone/famiglie nelle medesime condizioni, e l'equità verticale, cioè la capacità di tutelare in modo particolare persone/famiglie in condizioni di maggiore difficoltà.

Entrambe le accezioni di equità toccano varie dimensioni delle politiche sociali. Una concerne il territorio e riguarda la distribuzione dei finanziamenti e/o degli interventi tra le diverse realtà locali della Lombardia. Vi è poi l'allocazione delle risorse tra differenti gruppi di popolazione, nel sociale (ad esempio tra anziani, persone con disabilità e famiglie con figli) così come tra i vari settori delle politiche pubbliche (ad esempio tra il nostro e gli ospedali). Un'altra dimensione riguarda, infine, la suddivisione di risorse e interventi tra persone di uno stesso gruppo con differenti bisogni (ad esempio anziani in condizioni di maggiore o minore non autosufficienza) ([13]).

2.5. Lo sguardo d'insieme

Sono stati sin qui presentati il tema del libro, i suoi obiettivi, la struttura seguita e i criteri valutativi impiegati. Tra gli architravi su cui poggia il presente lavoro ne manca ancora uno, cioè lo sguardo d'insieme. Il volume cerca, infatti, di offrire un

---

gli utenti (Martini e Sisti, 2009; Leone e Prezza, 2003). Su un piano di realtà, le ambizioni sono assai più contenute.

([13]) Il criterio "incremento dell'equità" rappresenta l'unico – tra gli otto utilizzati – che non è stato impiegato nel volume del 2005. È stato aggiunto perché la sua importanza nel giudicare le politiche sociali regionali è emersa con maggiore forza negli ultimi anni. Non volendo – per semplicità – modificare la struttura composta da quattro criteri riferiti agli obiettivi della Giunta e quattro obiettivi segnalati dagli Autori, se ne è dovuto eliminare uno tra questi ultimi. Non viene, pertanto, riproposto il criterio "qualità della programmazione locale", considerata nelle sue diverse manifestazioni di "fattiva collaborazione tra i diversi soggetti impegnati nella rete locale di welfare, assunzione di una prospettiva strategica e positivo impatto sull'offerta dei servizi" (Gori, 2005, pag. 45). I suoi aspetti principali vengono discussi nell'ambito del criterio "migliore regolazione del sistema locale di welfare".

esame globale delle politiche sociali della Regione Lombardia. Propone un ragionamento articolato in diverse aree di approfondimento, tese – nelle nostre intenzioni – a formare un puzzle (il più possibile) completo. Lo compongono cinque tasselli:

– gli obiettivi dichiarati, e l'approccio politico/valoriale sottostante (capitolo 1);

– le funzioni di governo, relative a programmazione, regolazione e finanziamento (seconda parte);

– i principali interventi forniti, rivolti ad anziani non autosufficienti, persone con disabilità, famiglie e minori, e persone in povertà (terza parte);

– la valutazione complessiva delle politiche sociali lombarde (quarta parte);

– infine, e trasversale a tutti i tasselli precedenti, l'analisi parallela della legislatura 2005-2010 e della più estesa riforma lombarda (2000-2010).

Una siffatta impostazione ha il vantaggio di proporre una visione unitaria di un settore la cui disamina è abitualmente segmentata tra singoli interventi e/o specifiche tematiche. Comporta anche alcuni svantaggi poiché l'ampiezza della visuale non può che andare a discapito della sua profondità. Di ognuno tra i numerosi temi affrontati, pertanto, puntiamo – per spazio e risorse disponibili – a coglierne gli aspetti chiave, mentre non è possibile sviscerarne tutte le caratteristiche e implicazioni ([14]).

2.6. Il nostro percorso

Il volume prosegue, come detto, un tragitto iniziato cinque anni fa con la valutazione della legislatura 2000-2005 (Gori, a cura di, 2005). Dopo la pubblicazione del presente libro, il tragitto ha uno sbocco certo nel breve periodo e un obiettivo per il futuro. Lo sbocco certo consiste nella nascita del sito www.lombardiasociale.it, che si propone come luogo di aggiornamento e discussione costante sul welfare lombardo, dove proseguire e ampliare il lavoro realizzato per i due volumi. L'obiettivo futuro consiste nell'effettuare una valutazione delle politiche sociali lombarde alla conclusione di ogni legislatura regionale – a partire dal 2015 – cercando di affinare metodi e strumenti nel tempo (cfr. introduzione).

In questo testo, la struttura di analisi, i criteri valutativi e l'idea dello sguardo d'insieme riprendono, in gran parte, l'impostazione del volume precedente. Ciò è dovuto – si vedrà sotto – al positivo riscontro ottenuto da tale impostazione, che si è utilizzata come punto di partenza per provare a migliorare ([15]). Nella preparazione, quindi, ho cercato di apprendere dall'esperienza precedente, confrontandomi in me-

---

([14]) Diverso sarebbe stato, ad esempio, dedicare l'intero volume alla valutazione di quanto accaduto nella legislatura con riferimento alle Rsd, all'Adi o alle famiglie con figli.

([15]) Il mantenimento dei medesimi criteri è legato altresì alla continuità nell'azione della Giunta Formigoni, che ha proseguito nella legislatura 2005-2010 la complessiva riforma del sistema ini-

rito ai suoi punti di forza e di debolezza con vari utilizzatori di quel libro – operatori, dirigenti, esperti – così come con chi ha lavorato nella versione del 2005 e/o nell'attuale [16]. Dai confronti sono emersi quelli che sono, a mio parere, alcuni aspetti positivi da mantenere, una serie di criticità da correggere nel presente volume e alcune criticità che non paiono modificabili (almeno per l'edizione 2010) [17].

In merito agli aspetti positivi, il primo riguarda il posizionamento. L'esperienza da noi condotta è l'unica in Italia – a mia conoscenza – di valutazione indipendente delle politiche sociali realizzate da una Giunta regionale in una legislatura. Nel nostro paese si svolge un numero ridotto, seppur crescente, di valutazioni nel sociale. Queste ultime si concentrano perlopiù su singoli interventi (non su politiche) e su sperimentazioni (non su attività a regime).

Un'altra positività consiste nel focus sulle conseguenze delle scelte. Il dibattito italiano tende a concentrarsi eccessivamente sull'attivazione dei cambiamenti (l'introduzione di nuove leggi) e troppo poco sugli esiti che questi producono, e la Lombardia non fa eccezione. Si pensi a quanto animatamente si discute intorno all'approvazione di nuove normative e quanto poco si sa della loro effettiva attuazione. Il presente lavoro, pure con tutti i limiti elencati di seguito, analizza le conseguenze delle scelte compiute dalla Giunta lombarda.

Vi è, poi, il rapporto con la realtà. Spesso chi si occupa di sociale ha l'impressione che il mondo della ricerca e quello dell'operatività viaggino parallelamente e senza incrociarsi. Il problema è noto e riguarda particolarmente il livello delle politiche, cioè delle analisi di sistema. Il volume precedente si sforzava di discutere ciò che realmente accade nei servizi.

Infine, l'impostazione dell'analisi. I nostri interlocutori hanno, perlopiù, apprezzato l'impostazione analitica dell'altro testo, qui riproposta [18]. L'hanno trovata chiara e funzionale a un confronto nel merito del welfare lombardo, fondato su elementi concreti. Hanno anche gradito la proposta di uno sguardo globale sull'eterogeneo insieme dei servizi e interventi in cui si articolano le politiche sociali.

Dopo aver menzionato gli aspetti positivi da mantenere veniamo alle criticità che cerchiamo di correggere, cominciando dal titolo. La scelta di intitolare il libro del 2005 "Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo" allontanò potenziali lettori e comunicò un'idea dei contenuti lontana da ciò che effettiva-

---

ziata nella precedente. Come illustrato nella nota 13, è stato cambiato uno solo degli otto criteri impiegati nel 2005 ed è tra quelli scelti dagli Autori.

[16] Un ringraziamento particolare va ai colleghi dell'Irs, con cui ho avuto negli anni numerosi e proficui scambi di idee su come realizzare la valutazione delle politiche sociali regionali. La responsabilità di quanto qui scritto è esclusivamente mia.

[17] Ho cercato, inoltre, di trarre spunti da alcuni lavori di valutazione pubblicati dopo il 2005, in particolare: Bezzi et alii, 2006, Ciucci, 2008, Martini, 2006, Trivellato, 2009, Stame, Lo Presti e Ferrazza, 2010.

[18] Cfr. paragrafi 2.3, 2.4 e 2.5.

mente erano In Italia, infatti, il richiamo a una parte politica nel titolo fa ritenere che si tratti un pamphlet, un lavoro propagandistico e non rigoroso ([19]). Inoltre, s'immagina che sia un testo schierato "a priori", e ci si chiede subito gli autori da che parte stiano. Questa volta abbiamo scelto un titolo più sobrio.

Nel precedente lavoro, inoltre, mancavano alcuni settori delle politiche sociali. Erano assenti gli interventi contro la povertà, così come le attività sperimentali della Regione, e venivano considerati in misura parziale quelli rivolti alle persone con disabilità (ci si dedicava esclusivamente alla residenzialità). La presente edizione colma queste carenze.

Nell'altro volume si analizzavano vari interventi mentre si approfondiva poco la loro relazione. La visione di quadro, detto altrimenti, era dovuta quasi interamente alla contemporanea considerazione d'interventi diversi e solo in piccola parte alla discussione di come le loro interazioni diano vita al complessivo sistema con cui si rapportano i cittadini. Veniva così limitata la possibilità di esaminare, sia il percorso del cittadino/utente nella rete dei servizi, sia la globale capacità del welfare pubblico di rispondere ai bisogni della popolazione. Sono stati qui aggiunti capitoli sulla programmazione locale e sul percorso nei servizi – nella seconda parte – e specifiche analisi riguardanti rispettivamente l'insieme dei servizi per gli anziani, le persone con disabilità e le famiglie nella terza parte ([20]).

Vi è, inoltre, il nodo della tempistica. Nel 2005, come detto, gran parte dei cambiamenti strutturali era stata introdotta da due-tre anni. La loro ampiezza richiedeva ulteriore tempo per la completa attuazione e, ancor più, per la valutazione dei risultati: il giudizio, quindi, non poteva che essere provvisorio. Trascorsi altri cinque anni, il 2010 rappresenta il momento giusto in cui accompagnare la disamina della legislatura con una complessiva valutazione della riforma lombarda.

Un ultimo aspetto, cruciale, da correggere riguarda la ridotta diffusione nel territorio. Il precedente testo è circolato abbastanza tra studiosi, esperti, osservatori e dirigenti regionali. Invece, pochi tra coloro i quali lavorano nel territorio – dirigenti, operatori dei servizi o con altri ruoli – l'hanno conosciuto ([21]). Intendiamo affrontare tale criticità grazie alla possibilità di scaricare il libro gratuitamente da internet, complessivamente e ogni singolo capitolo in maniera autonoma, e all'organizzazione di alcuni incontri di presentazione nelle varie realtà locali.

Veniamo alle criticità oggi non modificabili, che riguardano principalmente la disponibilità di dati. Il nostro lavoro si basa – in misura preponderante – sulla di-

---

([19]) A differenza di altri paesi, come il Regno Unito, dove anche lavoro, in cui è abituale inserire riferimenti a parti politiche nella titolazione di lavori scientifici.

([20]) La possibilità di includere nuovi capitoli in questa edizione è legata all'incremento del nostro budget (come detto, i promotori sono passati da uno a cinque).

([21]) Con l'eccezione della rete territoriale dello Spi Cgil Lombardia, unico promotore del progetto del 2005, che aveva diffuso il libro in maniera capillare tra i propri iscritti e i propri contatti.

samina e sistematizzazione delle informazioni esistenti, innanzitutto quelle di fonte istituzionale. La produzione di dati riguardanti le politiche sociali in Lombardia è migliorata in modo significativo negli ultimi anni, per quantità e qualità ([22]), ma molta strada rimane da percorrere. L'importanza di questo punto va ben oltre il nostro progetto e concerne gli strumenti per il governo del welfare lombardo. La possibilità di compiere ulteriori passi in avanti dipenderà dalle scelte dei soggetti istituzionali responsabili dei finanziamenti utilizzabili a tal fine. Attualmente le carenze chiave paiono le seguenti.

Primo, la scarsa conoscenza degli effetti degli interventi. Esistono varie informazioni in merito agli effetti che gli interventi realizzati in Lombardia producono su utenti, familiari e operatori – per quanto riguarda le loro condizioni oggettive e il loro vissuto soggettivo – e oggi ne sappiamo più che in passato. Tuttavia, la disponibilità di dati in proposito è ancora limitata, risulta frammentata e non sempre si tratta di evidenze fondate su solide basi scientifiche.

Secondo, il rapporto poco esplorato tra bisogni e offerta. Una mole crescente di ricerche esamina il profilo della popolazione lombarda e dei suoi bisogni, mentre rimangono meno sviluppate le analisi riguardanti la relazione tra questi ultimi e l'offerta di servizi. Ci si riferisce alla disamina della capacità del sistema di welfare lombardo di rispondere in modo appropriato alle esigenze del territorio, con riferimento all'estensione dell'offerta, al mix scelto tra le diverse tipologie d'interventi e alle loro caratteristiche.

Bibliografia

Bezzi C. (2004), *Glossario della ricerca valutativa*, Perugia, Gramma.

Bezzi C. (2007), *Cos'è la valutazione*, Franco Angeli, Milano.

Bezzi C. et al. (2006), *Valutazione in azione. Lezioni apprese da casi concreti*, Franco Angeli, Milano.

Ciucci F. (2008), *Valutazione delle politiche e dei servizi sociali. Partecipazione, metodo, qualità*, Franco Angeli, Milano.

Gori C. (2005), *Gli obiettivi della riforma*, in Id. (a cura di), "Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo", Carocci, Roma, pagg. 39-49.

Gori C. (2005a), *Il percorso di analisi*, in Id. (a cura di), "Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo", Carocci, Roma, pagg. 39-49.

Hills J., Sefton T. and Stewart K. (eds.) (2009), *Towards a More Equal Society?: Poverty, Inequality and Policy Since 1997,* Bristol: Policy Press.

Leone L. e Prezza M. (2003), *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, Franco Angeli, Milano.

([22]) Emblematico in proposito è lo sviluppo del Bilancio Sociale della Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale, cfr. introduzione.

Martini A. (2006), *Metodo sperimentale, approccio controfattuale e valutazione degli effetti delle politiche pubbliche*, in "Rassegna Italiana di Valutazione", pagg. 34.

Martini A. e Sisti M., (2009), *Valutare il successo delle politiche pubbliche*, Il Mulino, Bologna.

Palumbo M. (2001), *Il processo di valutazione*, Franco Angeli, Milano

Powell M., a cura di (2008), *Modernising the Welfare State. The Blair Legacy*, Buckingham, The Policy Press.

Stame N., Lo Presti V., Ferrazza D. (2010), *Segretariato sociale e riforma dei servizi. Percorsi di valutazione*, Franco Angeli, Milano.

Trivellato U. (2009), *La valutazione degli effetti di politiche pubbliche: paradigmi e pratiche*, IRVAPP Working paper n. 1/2009, in http://irvapp.fbk.eu.

Parte seconda
Il governo degli interventi

3. Il finanziamento e la spesa

Laura Pelliccia

3.1. Introduzione

Il lavoro analizza le recenti tendenze relative al finanziamento e alla spesa del welfare lombardo, iniziando proprio da una descrizione delle fonti che alimentano questo settore, dei soggetti istituzionali coinvolti e dei flussi che si instaurano tra di essi; in secondo luogo si presenta una ricostruzione quantitativa delle risorse a disposizione per le politiche di welfare nel corso della legislatura, specificandone l'origine. Si è cercato per giunta di descrivere quale peso è stato attribuito a quest'area di spesa nell'ambito del bilancio regionale.

Dopo una breve premessa circa i soggetti responsabili dell'allocazione e i vincoli che ne derivano, l'analisi prosegue mostrando come, dato il bilancio complessivo per il welfare, sono state indirizzate le risorse nei confronti delle varie categorie di utenti/servizi. Nell'ambito di questo passaggio si offre un approfondimento sulla spesa della Regione per gli anziani (con qualche confronto con le tendenze nazionali) e su quella per i disabili. Anche gli interventi realizzati tramite buoni e voucher, così caratterizzanti il modello lombardo, meritano una quantificazione specifica.

Seguono alcune considerazioni a proposito dell'organizzazione istituzionale complessiva, in particolare sulla capacità del sistema di finanziamento di realizzare politiche di integrazione.

Infine, dopo una preliminare descrizione e una valutazione dei criteri utilizzati dalla Regione per il riparto dei fondi per il welfare, si propone una panoramica sulle differenze di spesa che si osservano tra le varie Asl.

3.2. Struttura e dinamica macro del finanziamento

Questa sezione ricostruisce il quadro complessivo delle risorse che la Regione ha destinato nel corso della legislatura alle politiche sociali e socio-sanitarie. Il coinvolgimento di entrambe le sfere è senz'altro giustificabile dalla forte interdipendenza dei due mondi, elemento quanto mai di interesse per il sistema lombardo, in relazione al fatto la Regione ha scelto di affidare ad un unico assessorato

(Dg Famiglia e Solidarietà Sociale) sia il governo del sistema sociale che di quello socio-sanitario ([1]).

In questo capitolo, pertanto, analogamente a quanto intrapreso nella precedente versione di questo rapporto (Da Roit e Gambino, 2005) si considera un'accezione della spesa molto ampia che non si limita alle sole politiche socio-assistenziali ma che, parallelamente alle competenze della suddetta direzione, si estende anche agli aspetti socio-sanitari: l'insieme dei fondi destinati a queste due componenti è definita nel proseguo "risorse-spesa per il welfare" e rappresenta l'insieme dei finanziamenti destinati dalla Regione allo spazio di indagine del presente rapporto (ossia alle "politiche sociali" in senso esteso, così come definite nel capitolo introduttivo) ([2]).

La principale fonte informativa è costituita dalla ricognizione eseguita annualmente dalla Dg Famiglia e Solidarietà Sociale in merito alle somme gestite da questa struttura, denominata Bilancio Sociale.

Prima di analizzare gli aspetti quantitativi, è necessaria una breve premessa per descrivere quali sono all'interno del sistema lombardo gli attori istituzionali e i relativi flussi finanziari del settore in questione.

3.2.1. *Il sistema di finanziamento del welfare*

Come premesso, in Lombardia una fetta del Fondo Sanitario Regionale (Fsr) che la Regione ottiene quale riparto del Fondo Sanitario Nazionale (Fsn) per il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) è gestita dalla Dg Famiglia e Solidarietà Sociale: nello specifico, le risorse di origine sanitaria governate da questo assessorato sono quelle relative ai servizi socio-sanitari integrati, ovvero la quota che la Regione stessa decide di destinare ai cosiddetti Lea socio-sanitari.

Tali somme sono trasferite alle Asl con assegnazioni distinte rispetto alle restanti risorse sanitarie e, all'interno dei bilanci, vengono gestite con una contabilità separata denominata Bilancio Assi (Attività Socio Sanitarie Integrate) ([3]): con questi fondi

---

([1]) Si ringrazia, per il prezioso supporto informativo, il Dott. Enzo Vaghi, direttore della struttura Risorse Economico-Finanziarie della Dg Famiglia e Solidarietà Sociale.

([2]) In questo capitolo la spesa per il welfare è stata tratta dal Bilancio Sociale, pubblicazione in cui la Regione ha ricostruito il complesso delle risorse gestite dalla Dg Famiglia e Solidarietà Sociale. Questo aggregato coincide pressappoco con i confini dell'area di interesse del presente rapporto (ad esempio vi è inclusa la spesa per la povertà e quella per i servizi socio-educativi, sebbene non ne mostriamo approfondimenti specifici); fa eccezione la spesa per i dimessi dagli ex Ospedali Psichiatrici che, rientrando tra le competenze della Dg Famiglia e Solidarietà Sociale, viene inclusa nel Bilancio Sociale (e quindi nella spesa per il welfare di questo capitolo), anche se questo rapporto tralascia il tema della salute mentale: si tratta comunque di una partita poco rilevante che non incide sostanzialmente sull'analisi complessiva.

([3]) Le risorse per i Lea sanitari (tra le quali spiccano quelle per l'assistenza ospedaliera), sono invece assegnate alle Asl dalla Dg Sanità e gestite nel Bilancio Sanitario. Il Bilancio delle Asl lombarde si articola inoltre in un ulteriore contenitore detto "Bilancio Sociale", dove vengono gestite le partite finanziate con canali alternativi al Fsn.

le aziende sanitarie, esercitando la funzione di committenza, acquistano i servizi socio-sanitari dai gestori e, in alcuni casi, producono direttamente le prestazioni.

Oltre a queste risorse la stessa Direzione è responsabile di altri finanziamenti settoriali che vengono trasferiti dal livello statale (o da altre fonti come quella comunitaria) e delle risorse proprie della Regione che, nei processi di allocazione del bilancio, l'ente sceglie di destinare alle politiche sociali (la figura 3.1. riepiloga i percorsi infraregionali delle partite finanziarie più rilevanti).

La principale fonte di trasferimento di risorse per i servizi sociali dal centro alle Regioni è il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (Fnps): in Lombardia le risorse così ottenute, al netto di una quota gestita centralmente dalla Regione (meglio articolata nel paragrafo 3.2.2), sono assegnate alle Asl che costituiscono un anello di congiunzione nei confronti degli ambiti distrettuali, i beneficiari finali che utilizzano tali somme per l'attuazione dei Piani di Zona ([4]), in particolare per i servizi di nuova attivazione; alle Asl è assegnato anche un ruolo di controllo dello stato della programmazione, e l'erogazione dei fondi agli ambiti distrettuali è subordinata all'esito di tali verifiche.

Nell'ultimo triennio una nuova fonte di risorse statali si è andata ad aggiungere al Fnps, ossia il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (Fnna), un fondo che dovrebbe rappresentare un sostegno per le politiche per l'assistenza continuativa e, prioritariamente, per la costituzione-rafforzamento dei punti unici di accesso ai servizi, per la predisposizione dei piani individualizzati di assistenza integrati (Pai), per il potenziamento dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali con particolare riguardo al sostegno degli interventi di tipo domiciliare. In Lombardia tali somme sono affidate in parte alle Asl ed in parte agli ambiti distrettuali.

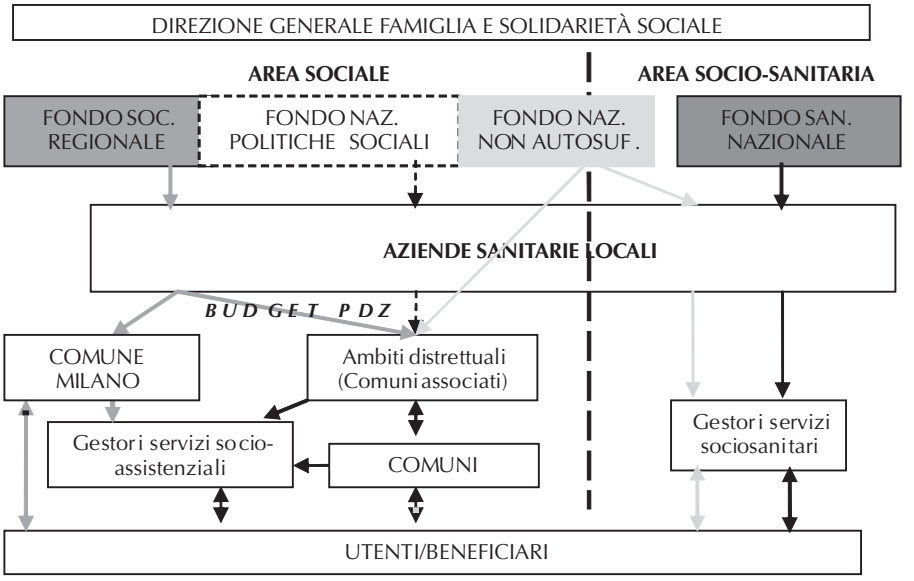
Tra le risorse proprie, quella di maggiore rilevanza è il cosiddetto Fondo Sociale Regionale (Fsr) che costituisce il trasferimento della Regione ai Comuni per il funzionamento dei servizi sociali: anche in questo caso, i fondi sono assegnati in prima battuta alle Asl, che provvedono al riparto agli ambiti territoriali e al Comune di Milano. Le assemblee distrettuali e il Comune di Milano individuano i criteri di utilizzo del Fondo Sociale e il piano di assegnazione dei contributi agli enti gestori (pubblici e privati); analogamente a quanto descritto a proposito del Fnps il trasferimento dei saldi agli ambiti e al Comune di Milano è subordinato ad un monitoraggio da parte delle Asl.

L'insieme del Fondo Sociale Regionale (inclusa la quota destinata al Comune di Milano) e della quota del Fnps e del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza assegnato agli ambiti distrettuali costituiscono il Budget per i Pdz, che viene speso in servizi socio-assistenziali direttamente prodotti dai Comuni o acquistati dai sog+getti terzi gestori.

([4]) Non tutto il Fondo assegnato agli ambiti distrettuali viene direttamente trasferito agli enti capofila, perché una quota del 5% è costituito presso le Asl come fondo di riequilibrio per la successiva erogazione agli ambiti.

Nella ricognizione delle fonti di finanziamento del settore sociale e socio-sanitario, si ricorda infine anche la quota di compartecipazione che gli utenti pagano direttamente ai Comuni o ai gestori dei servizi.

Figura 3.1 - Sistema di finanziamento delle politiche regionali di welfare



Fonte: Adattamento da Regione Lombardia

3.2.2. *L'evoluzione delle risorse*

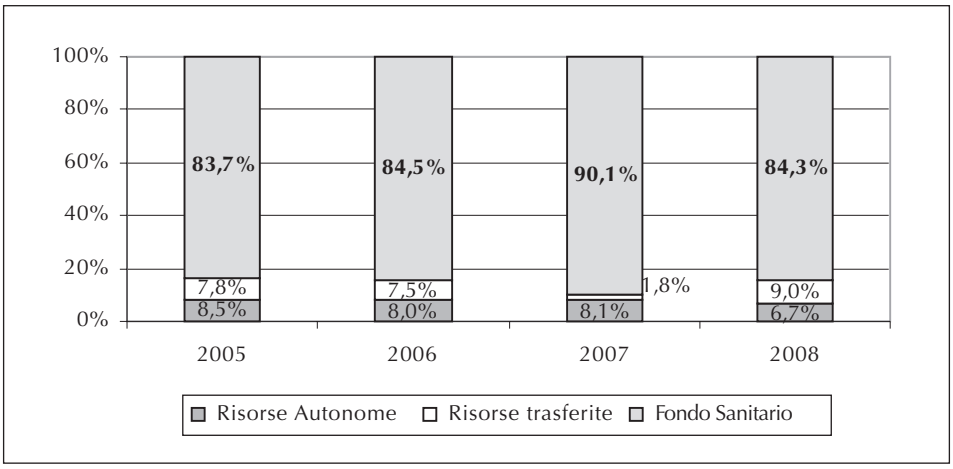
Come premesso alcune delle risorse per le politiche sociali sono proprie della Regione (principalmente il Fondo Sociale Regionale), mentre altre sono di tipo derivato, in quanto trasferite dallo Stato o dall'Unione europea (come il Fnps e il Fnna). Nella nostra analisi denominiamo le prime "autonome" e le seconde "trasferite" ([5]). Ad esse, va ad aggiungersi la quota del Fsr che la Regione destina agli interventi socio-sanitari.

Focalizzando l'attenzione sulle sole partite correnti per il welfare (figura 3.2), si sottolinea che buona parte di questi finanziamenti provengono dal Fsr, rispetto al

([5]) Nonostante nel Bilancio Sociale tali risorse siano etichettate come "vincolate", si ritiene più corretto denominarle "trasferite", dato che nell'attuale ordinamento costituzionale non tutti i fondi di derivazione statale o comunitaria possono essere considerati "a destinazione vincolata". Si pensi alle vicende del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (Fnps), una delle principali partite che compongono tale voce: la Consulta ha riconosciuto in più occasioni l'incostituzionalità dei vincoli di destinazione che il livello centrale aveva apposto alle Regioni (ad esempio per la quota del fondo asili o per quella per le famiglie di nuova costituzione) e pertanto, a partire dal 2004, la totalità del Fnps è stato assegnato a titolo di "risorse indistinte".

quale gli altri canali assumono ruoli secondari (ad esempio, nel 2008 le risorse autonome hanno rappresentato il 6,7%, mentre quelle trasferite il 9%, quote esigue rispetto all'84,3% del Fsr). Questa preponderanza dei finanziamenti a carico della sanità si riscontra in tutti gli anni analizzati con una quota del 2008 superiore a quella del 2005 (83,7%). Rispetto al totale delle risorse gestite dalla Dg Famiglia e Solidarietà Sociale si è ridotta l'importanza delle risorse proprie (la quota iniziale era dell'8,5%) ed è aumentato il peso delle risorse trasferite (nel 2005 incidevano per il 7,8%).

Figura 3.2 - Risorse correnti per il welfare per fonte, composizione (%), 2005-2008



Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale 2008

Rispetto alla situazione di inizio legislatura (tabella 3.1.), i finanziamenti per le politiche di welfare sono aumentati del 17,3%, con una tendenza opposta tra le risorse di natura corrente (+18,4) e gli investimenti, il cui importo nel quadriennio si è quasi dimezzato (passando da 25 a 13 milioni di eur) ([6]).

Apparentemente, nell'ambito delle risorse correnti, il canale che si è maggiormente rafforzato è quello delle risorse trasferite (+36,4%), un dato che potrebbe comunque risentire del fatto che il valore dell'ultimo anno è particolarmente elevato poiché compensa l'esiguo importo impegnato nel 2007, che in pratica è stato recuperato nel 2008.

Di rilievo il fatto che nell'ultimo anno, dopo un triennio di sostanziale stabilità, l'importo di risorse proprie destinato dalla Regione alle politiche di welfare risulta in netto calo (da 123 a 113 milioni di eur), attestandosi ad un livello del 93,7% rispet-

([6]) La diminuzione è attribuibile ad un minor afflusso di trasferimenti dal livello centrale e comunitario, dal momento che l'apporto di risorse regionale per gli investimenti si è comunque rafforzato, passando da 5,2 a 10,7 milioni di eur.

to a quello di inizio legislatura: considerando che nel 2008 la Regione ha beneficiato di un importante aumento di risorse trasferite (dovuto in parte ad una contabilizzazione di risorse dell'anno precedente ma anche all'afflusso di nuove fonti quali il Fnna) sembrerebbe delinearsi un fenomeno di spiazzamento delle risorse proprie, vale a dire che la Regione, di fronte alla maggiore disponibilità di risorse trasferite dal Centro o da altre fonti, potrebbe aver reagito contraendo il proprio apporto di fondi. Questi fenomeni sono confermati anche osservando l'andamento dei principali canali settoriali di cui si discute nel prosieguo (tabella 3.2.).

A proposito delle risorse del Fsr si constata che i fondi destinati ai soli interventi socio-sanitari hanno subito una crescita più rapida rispetto al finanziamento della pura sanità (il totale del Fsr al netto della quota Assi denominato nella tabella 3.1 "Fsr per interventi sanitari"), ovvero il 19,3% contro il 14,1%.

Ciò sta a significare che nell'ambito dei Lea la quota assorbita dagli interventi socio-sanitari ha leggermente accresciuto la propria importanza (passando dall'8,7% del 2005 al 9,1% del 2008), a discapito degli interventi di carattere meramente sanitario; si ricorda che questa tendenza non è tanto il frutto di scelte gestionali delle Asl ma delle assegnazioni tra bilancio Assi/sanitario operate a monte a livello regionale.

Tabella 3.1 - Risorse per il welfare e risorse per la sanità (2005-2008), v.a. (milioni di eur) e numero indice (2005=100)

			2005	2006		2007		2008	
			v.a.	**v.a.**	*2005=100*	**v.a.**	*2005=100*	**v.a.**	*2005=100*
Risorse per il welfare	**a. Correnti**	a.1 Autonome	121	120	*99,5*	123	*101,7*	113	*93,7*
		a.2 Trasferite	111	113	*101,7*	28	*25,0*	151	*136,4*
		a.3 Fsr Socio-sanitario	1.191	1.272	*106,8*	1.372	*115,2*	1.420	*119,3*
		Tot. Correnti	1.422	1.505	*105,8*	**1.522**	*107,1*	**1.684**	*118,4*
	b.Investimenti		**25**	**18**	*72,9*	**14**	*57,6*	**13**	*52,5*
	Totali (a+b)		**1.447**	**1.523**	*105,3*	**1.537**	*106,2*	**1.697**	*117,3*
Fsr per interventi sanitari (Fsr-a.3)			12.507	13.191	*105,5*	14.044	*112,3*	14.269	*114,1*

Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

Se la Regione ha favorito in modo rilevante le politiche socio-sanitarie, non si riscontra un'analoga accelerazione dei finanziamenti che questo ente ha dedicato alla programmazione di zona (come dimostrato anche dal trend delle risorse autonome della tabella 3.1): dalla ricognizione di dettaglio dei fondi di settore che si propone di seguito (tabella 3.2), in quest'area gli aumenti sembrano dovuti a scelte esterne (di carattere nazionale) più che a scelte allocative regionali.

Analizziamo inizialmente il Fnps, del quale si riporta la quota assegnata annualmente a livello nazionale alla Regione Lombardia (in base ai decreti mini-

steriali di riparto) e la somma attribuita agli ambiti distrettuali ([7]): i due aggregati hanno un andamento simile (prima crescente, poi in diminuzione), vale a dire che i Comuni hanno maggiori o minori disponibilità a seconda delle scelte di carattere nazionale (le ultime leggi finanziarie hanno notevolmente ridimensionato il suddetto fondo). Tuttavia si sottolinea che esiste uno scarto non trascurabile tra ciò che la Regione ottiene e ciò che viene trasferito per l'attuazione dei Pdz: questo è particolarmente evidente nel 2009, quando 33 milioni di eur (rispetto ai 10 milioni del 2008) sono trattenuti dalla Dg Famiglia e Solidarietà Sociale per progetti di settore, quali gli interventi per ciechi e pluriminorati, i servizi di telefonia per le persone anziane, gli interventi di lotta alla droga di natura socio-sanitaria e le nuove iniziative regionali per le famiglie in difficoltà, in particolare per il buono famiglia (di cui si tratta nel paragrafo 3.4.4). Di conseguenza nell'ultimo anno le risorse del Fnps assegnate agli ambiti distrettuali sono praticamente dimezzate (da 81,7 a 39 milioni di eur): come verrà rimarcato di seguito, anche se tali fondi continuano ad essere destinati al settore sociale, cambia il livello decisionale, perché non sono più governati dalla programmazione di zona ma direttamente dalla Regione.

Per quel che attiene il Fnna, le disponibilità sono cresciute nell'ultimo triennio per effetto del suo potenziamento nell'ambito del bilancio dello Stato; dal 2009 la Regione ha aumentato la quota destinata agli ambiti distrettuali rispetto a quella delle Asl.

A differenza dei fondi precedenti, le dinamiche del Fondo Sociale dipendono esclusivamente da decisioni allocative della Regione. Le risorse proprie trasferite agli enti locali tramite questo canale sono rimaste pressoché stabili nell'arco 2005-2008 ([8]), mentre per il 2009 hanno registrato una leggera contrazione (da 91 a 87,7 milioni di eur) che proseguirà anche nel 2010 (85,7 milioni, secondo la Dgr 11255/2010).

Nel complesso, quindi, nel corso della legislatura il budget per l'attuazione dei Pdz (come somma delle somme assegnate agli ambiti distrettuali dai tre fondi) è cresciuto fino al 2008 grazie ai maggiori finanziamenti nazionali, per poi subire un crollo importante nel 2009 (da 194,5 a 169,5 milioni di eur).

([7]) La quota del 2005 comprende, oltre all'assegnazione a favore degli ambiti distrettuali, anche la quota destinata al Comune di Milano.

([8]) Nel 2005 il Fondo Sociale veniva ripartito tra Asl e Comune di Milano (Dgr 21410/2005).

Tabella 3.2 - Fondi settoriali (2005-2009): importi (milioni di eur) di competenza Lombardia e assegnazioni agli ambiti distrettuali e alle Asl

		2005	2006	2007	2008	2009
Fondo Nazionale per le Politiche Sociali	Risorse per la Lombardia da decreti nazionali di riparto	73,3	109,7	105,4	92,9	73,3
	a. Risorse assegnate agli ambiti distrettuali	60,8	90,1	92,0	81,7	39,0
Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza	Risorse per la Lombardia da decreti nazionali di riparto			14,6	44,1	58,8
	Risorse assegnate alle Asl			8,6	22,0	16,0
	b. Risorse assegnate agli ambiti distrettuali			6,0	22,1	42,8
Fondo Sociale Regionale	c. Risorse assegnate agli ambiti distrettuali e al Comune di Milano	91,0	90,3	89,8	90,8	87,7
Totale risorse per Pdz (a+b+c)		151,8	180,4	187,8	194,5	169,5

Fonte: Decreti Ministeriali e Delibere regionali di riparto [9]

3.3. L'allocazione delle risorse nell'ambito del bilancio regionale

Un altro aspetto interessante da indagare è l'importanza assegnata alla spesa per il welfare nell'ambito dei processi di allocazione delle risorse regionali (tabella 3.3). Si ritiene significativo a tale scopo un confronto tra le risorse proprie che la Regione ha scelto di destinare alle politiche sociali (quelle che in precedenza sono state denominate risorse autonome) ed il totale della spesa corrente autonoma, ovvero quella che l'ente ha potuto discrezionalmente scegliere di investire in un settore rispetto ad un altro (che si contrappone alla spesa vincolata) [10].

In tutti gli anni considerati (arco 2005-2008) le risorse autonome per il sociale rappresentano meno dell'1% della spesa discrezionale, e tale incidenza risulta in calo nel primo biennio (dallo 0,6% allo 0,5%) per poi stabilizzarsi: l'impegno verso quest'area di spesa non sembra dunque essere stato potenziato.

---

[9] Si elencano le Dgr da cui sono stati tratti i dati e l'anno di competenza: per il Fnps 1642/05 (2005), 3931/06 (2006), 6398/07 (2007), 9152/09 (2008), 11255/10 (2009); per il Fnna 8243/08 (2007), 9152/09 (2008), 11255/10 (2009); per il Fondo Sociale Regionale 21410/05 (2005), 2222/06 (2006), 6398/07 (2007), 8550/08 (2008), 13994/09 (2009).

[10] Nel confronto si tralasciano le "risorse trasferite" della tabella 3.1 perché si ritiene che l'evoluzione del tempo dell'incidenza di queste partite rispetto al totale del bilancio regionale sia influenzata da fenomeni come i trasferimenti dal centro e dall'Unione europea esogeni alle scelte dell'ente (sebbene, come argomentato in precedenza si tratti di fondi non esclusivamente a destinazione vincolata è chiaro che eventuali fluttuazioni di queste fonti condizionano la capacità di spesa della Regione).

Se si ripete lo stesso confronto per la spesa socio-sanitaria, l'incidenza rispetto alle risorse proprie subisce un leggero ridimensionamento tra il 2005 e il 2006 (da 6,3% a 5,2%), per poi tornare a crescere nell'ultimo biennio fino al 6,5% del 2008, un valore più elevato di quello di inizio legislatura. Questo aumento di importanza rispetto alla spesa discrezionale riguarda i soli interventi socio-sanitari piuttosto che il complesso degli interventi finanziati con i fondi per la sanità: infatti l'incidenza del Fsr sulla spesa corrente autonoma tra il 2005 e il 2008 si è leggermente ridotta (dal 72,8% al 72,2%). Ciò appare coerente con i dati già discussi che manifestavano che nell'ultimo quadriennio il Fondo Socio-sanitario è cresciuto ad un ritmo più rapido dell'intero Fsr.

Tabella 3.3 - Spesa per il welfare Fsr e spesa autonoma regionale corrente, 2005-2008: valori assoluti (milioni di eur) e incidenza (%)

	2005	**2006**	**2007**	**2008**
a. spesa corrente per le politiche sociali finanziata con risorse autonome*	121	120	123	113
b. fondo socio-sanitario corrente*	1.191	1.272	1.372	1.420
c. fondo sanitario regionale*	13.697	14.463	15.416	15.689
d. spese correnti autonome (impegni)**	18.817	24.688	23.922	21.725
incidenza spesa sociale su allocazione risorse proprie (a/d)	*0,6%*	*0,5%*	*0,5%*	*0,5%*
incidenza spesa socio-sanitaria su allocazione risorse proprie (b/d)	*6,3%*	*5,2%*	*5,7%*	*6,5%*
incidenza spesa sanitaria su allocazione risorse proprie (c/d)	*72,8%*	*58,6%*	*64,4%*	*72,2%*

Fonte: Elaborazione dati *Bilancio Sociale e **Relazione sul rendiconto generale, anni vari (impegni correnti per spese di funzionamento ed operative)

A partire dai dati di bilancio della Regione ([11]), l'evoluzione della spesa per il welfare (sociale e socio-sanitario) viene inoltre confrontata con quella di altri setto-

([11]) La classificazione del bilancio per macroaree di spesa è stata ricavata a partire dalla classificazione funzionale di II livello della spesa complessiva (corrente e conto capitale), riportata nel rendiconto generale. Per ottenere un aggregato coerente con l'oggetto di questa analisi è stato necessario dapprima correggere la voce "assistenza sociale e relative strutture", visto che la Regione vi collocava anche spese abbastanza cospicue più propriamente sanitarie (come quelle per l'informatica sanitaria ed altre spese regionali strumentali all'attività sanitaria): perciò le abbiamo trasferite sotto la voce "difesa della salute e relative strutture" (tabella 3.1.Appendice). Da questa stessa voce abbiamo poi scorporato la quota socio-sanitaria (il cui importo è tratto dal Bilancio Sociale) per distinguere questa voce dalla pura assistenza sanitaria. Infine per ottenere dati più sintetici, abbiamo raggruppato le aree di spesa per aree omogenee, secondo la classificazione riportata nella tabella 3.2.Appendice. Non è stato possibile usare direttamente la classificazione di I livello riportata nel rendiconto regionale perché sarebbe stato necessario scomporre ulteriormente la classificazione di II livello, visto che quella di primo livello utilizzata dall'ente non è ottenuta come pura aggregazione di voci del II livello. Si ringrazia la Struttura Ragioneria e Credito dell'U.O. Ragioneria Generale

ri (figura 3.1. Appendice, in www.lombardiasociale.it). Ne risulta che altre aree nello stesso periodo (2005-2008) hanno ricevuto incrementi di risorse molto più cospicui ([12]), ad esempio la spesa per lo sviluppo economico, (che comprende la spesa per le attività economiche e quella per il lavoro e che ha realizzato un +29%) e quella per i trasporti (32,7%), segno di una legislatura che ha maggiormente favorito lo sviluppo economico-infrastrutturale rispetto ai servizi diretti alla persona-famiglia.

Sarebbe stato indubbiamente interessante comparare la spesa complessiva per gli interventi di welfare della Lombardia con quella del resto del Paese ma purtroppo ancora oggi il sistema statistico nazionale non offre informazioni omogenee per le singole Regioni, soprattutto a causa del fatto che non esiste un modello unico di riferimento per classificare i bilanci regionali per funzioni di spesa (per una discussione delle difficoltà che si incontrano per questo genere di confronti si rimanda a Arlotti, 2009b).

Nel resto del lavoro, ove possibile, si presenteranno comunque alcuni confronti interregionali relativi ad alcune specifiche attività.

3.4. L'allocazione del bilancio per il welfare

Dopo avere osservato l'ammontare del budget per il welfare ci si sofferma sulle modalità con le quali tali fondi vengono impiegati, specificando quali sono i soggetti responsabili di queste scelte allocative. Prima di analizzare le evidenze empiriche, si descrive brevemente il ruolo dei vari attori istituzionali nei processi allocativi nel modello lombardo.

La quota di risorse per l'Assi trasferita alle Asl (quella a carico del Fsr) è definita a monte dalla Dg Famiglia. Le aziende sanitarie non hanno piena autonomia nella gestione di questi fondi, ma contrattano annualmente con la Regione il tetto massimo che possono spendere in alcune macroaree quali i servizi diurni e domiciliari, la riabilitazione, le tossicodipendenze e gli altri costi ([13]). Esistono inoltre veri e propri fondi vincolati che la Regione trasferisce alle Asl per iniziative specifiche quali una parte dei costi per i ricoveri di pazienti in stato vegetativo e le iniziative a favore di pazienti affetti da Sla.

Anche per quel che riguarda i fondi della sfera del sociale il livello regionale interviene nelle scelte allocative della programmazione di zona. Se nella fase di avvio della riforma del welfare lombardo la Regione aveva imposto che il 70% del Fn-

---

e Direzione O.P.R per i chiarimenti sul contenuto della funzione "assistenza sociale e relative strutture" e sul relativo raccordo con la classificazione funzionale di II livello.

([12]) Va segnalato che comunque diversi settori hanno subito importanti tagli, specialmente le abitazioni e il capitale umano (inteso come formazione-cultura-ricerca).

([13]) Tali vincoli non sono assoluti, ma esiste un piccolo margine di flessibilità, ad esempio nella gestione del tetto degli altri costi (spesa per dimessi da Op, consultori non finanziati a tariffa, assistenza a tossicodipendenti in carcere) che in parte le Asl possono trasferire alle altre aree.

ps fosse utilizzato per i titoli sociali (buoni e voucher), nei più recenti provvedimenti di riparto (es. Dgr 9152/09), questi vincoli quantitativi sono rimossi, ma la Regione continua ad individuare le aree di massima alle quali tali fondi vanno destinati: si precisa che il Fnps deve essere utilizzato prioritariamente per i titoli sociali, le nuove unità di offerta, i progetti-interventi ex legge di settore, l'attività degli uffici di piano e i costi delle gestioni associate a livello di ambito. A fine legislatura l'autonomia di spesa dei Comuni si è ridotta non tanto perché sono stati inseriti nuovi vincoli di destinazione quanto perché, come descritto nel paragrafo 3.3.2, è aumentata la quota del Fnps direttamente gestita dalla Regione.

Da segnalare infine che l'impiego del Fondo Sociale Regionale spetta agli ambiti distrettuali, a condizione che però lo stesso sia speso per il funzionamento dei servizi già esistenti (quindi per ciò che è già consolidato) allo scopo di diminuire le rette a carico dei Comuni e degli utenti; in particolare sono finanziabili con questa fonte i servizi per i minori (inclusi i nidi), quelli per gli anziani (solo riguardo al Sad) e per i disabili, gli inserimenti lavorativi e le comunità ad utenza mista.

La Dg Famiglia e Solidarietà Sociale ha scelto di destinare il Fnna in parte alle Asl, per l'Adi, il voucher socio-sanitario e i Cdi (oltre che per i punti unici di accesso e i Pai) ed in parte agli ambiti distrettuali per i titoli sociali (buoni e voucher), per il Sad e per i progetti per la vita indipendente dei disabili gravi. I decreti nazionali di riparto del Fnna precisavano che lo stesso doveva essere impiegato per coprire i soli costi di rilevanza sociale e che non doveva sostituire prestazioni di tipo sanitario. L'assegnazione di circa la metà della quota ottenuta dalla Lombardia alle Asl per l'Adi e il voucher socio-sanitario poteva apparire incoerente con le indicazioni di carattere nazionale, dal momento che le Asl avrebbero potuto finanziare con questi fondi componenti di tipo sanitario (per le quali ottenevano risorse dal Fsr). A fare chiarezza su questo punto è intervenuta la Circolare della Dg Famiglia e Solidarietà Sociale n. 15567 del novembre 2009 che ha precisato che le Asl devono coprire con questi fondi esclusivamente gli oneri delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Date queste premesse, si propongono alcune evidenze sull'andamento dell'allocazione tra diverse categorie di utenti/servizi, presentando anche confronti con il resto del paese (ove possibile). Si analizza inoltre l'importanza assunta da una particolare natura di spesa, ovvero quella per titoli.

3.4.1. *L'allocazione tra le diverse categorie di utenti/servizi*

Il budget per il welfare ha trovato collocazioni distinte all'interno delle risorse sociali rispetto a quelle socio-sanitarie [14]. Nel primo caso, a proposito delle risorse

---

[14] Sarebbe stato interessante arrivare ad una classificazione globale della spesa (sociale e socio-sanitaria) per categorie di utenti ma purtroppo per la prima tipologia di fondi si conosce la ripartizione per aree di spesa soltanto per le risorse proprie, mentre per le risorse trasferite il Bilancio Sociale non attribuisce tutta la spesa alle singole aree di bisogno, in quanto una quota molto rilevante viene

proprie (tabella 3.4) – che si ricorda hanno subito una flessione nell'arco 2005-2008 – si riscontra che le aree che hanno subito una contrazione più marcata della spesa sono quelle dell'emarginazione-dipendenze (-76,4%) e quella degli stranieri (-51,8%). In generale tutte le categorie hanno conosciuto variazioni negative della spesa, ad eccezione dell'area minori, la cui spesa è comunque aumentata del 13,5% (le evidenze disponibili includono anche la spesa per investimenti).

Secondo i dati più recenti, sono proprio le risorse per i minori ad assorbire la maggior quota di spesa (40,1%), seguiti dai fondi per gli anziani (21%) e dall'area trasversale (20,8%); la spesa per i disabili pesa per il 16,8%, mentre emarginazione-dipendenze e stranieri hanno un'importanza decisamente esigua.

Tab. 3.4 - Spesa autonoma regionale (corrente+investimenti) per area di intervento (2005,2008): valori assoluti, variazione (%), composizione (%)

	valori assoluti (migliaia di eur)		**variazione 05-08 (%)**	**composizione (%)**	
	2005	**2008**		**2005**	**2008**
Anziani	27.033	26.064	-3,6%	21,5%	21,0%
Disabili	21.366	21.778	-2,8%	17,0%	16,8%
Minori	43.718	49.611	13,5%	34,7%	40,1%
Emarginazione/Dipendenze	2.970	700	-76,4%	2,4%	0,6%
Stranieri	1.861	897	-51,8%	1,5%	0,7%
Trasversale	29.073	25.781	-11,3%	23,1%	20,8%
TOTALE	126.021	123.831	-1,7%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

Nel caso della spesa per i Lea socio-sanitari (tabella 3.5) si dispone di un dettaglio informativo più articolato, dal quale emerge innanzi tutto che gli interventi a favore degli anziani hanno un considerevole rilievo economico (63,2% nel 2008, seppure in leggera diminuzione rispetto al 2005), seguiti a lunga distanza dalle attività di riabilitazione e da quelle per i disabili che assorbono rispettivamente il 18,4% e l'11,2% della spesa; nel complesso la composizione della spesa per tipologia di intervento non è poi così diversa da quella del 2005, a meno di un aumento di importanza della spesa per i disabili a discapito di quella per la riabilitazione (quest'ultimo fenomeno si presume sia collegato alla riforma del settore volta a classificare appropriatamente le prestazioni in oggetto, evitando di far rientrare in questa categoria attività di mantenimento e non riabilitative).

Come anticipato, dall'inizio della legislatura la spesa socio-sanitaria ha avuto un'evoluzione rapida (+19,3%): dalla scomposizione di detta voce per tipologia di in-

---

collocata sotto la voce "Fnps", senza specificarne l'area di destinazione. Essendo questi dati poco significativi per la nostra analisi si è preferito limitare l'osservazione alle sole risorse autonome.

tervento, si osserva che nel quadriennio 2005-2008 tutte le aree hanno conosciuto una crescita, sebbene non uniforme. Se l'incremento è stato comunque sostenuto nell'area degli anziani (+15,5%), a confronto, per altre voci si è assistito ad una vera e propria esplosione, come nel caso dei servizi per i tossicodipendenti (+66,2%) e dei consultori privati (+129,8): in quest'ultimo settore l'ingente crescita è attribuibile alla politica di sviluppo dell'accreditamento di tali strutture, il cui numero, tra il 2005 e il 2008 è aumentato del 39,6%, con un incremento dell'utenza del 104,5% (Fonte: Bilancio Sociale 2008).

Tabella 3.5 - Spesa socio-sanitaria per area di intervento e tipo di struttura: variazione 2005-2008(%), composizione 2005 (%) e composizione 2008 (%)

	variaz. spesa 2005-2008 (%)	**composiz. spesa 2005 (%)**	**composiz. spesa 2008 (%)**	**tipo di struttura**	**variaz. spesa 2005-2008(%)**	**composiz. spesa 2005**	**composiz. spesa 2008**
Anziani	15,5%	65,3%	63,2%	Rsa	16,3%	86,3%	86,9%
				Cdi	46,5%	2,5%	3,2%
				Adi	-8,3%	6,0%	4,7%
				Voucher	15,1%	5,2%	5,2%
				Tot. anziani	15,5%	100,0%	100,0%
Disabili	54,4%	8,7%	11,2%	Rsd	69,0%	52,2%	57,1%
				Css	294,1%	1,2%	3,2%
				Cdd	49,3%	34,7%	33,5%
				Dimessi da OP	-19,2%	11,9%	6,2%
				Tot. disabili	54,4%	100,0%	100,0%
Riabilitazione	5,8%	20,7%	18,4%				
Tossico-dipendenti	66,2%	1,9%	2,7%				
Consultori privati	129,8%	0,5%	0,9%				
Altro	46,3%	2,9%	3,6%				
Totale	19,3%	100,0%	100,0%				

Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale 2008

3.4.2. *La spesa per gli anziani*

Come premesso la spesa per gli anziani rappresenta la partita più rilevante tra quelle gestite dalla Dg Famiglia e Solidarietà Sociale (pari nel 2008 a 897 milioni di eur, equivalenti al 3,9% dell'intero bilancio regionale), con un'evoluzione comunque importante nell'ultimo quadriennio (+15,5%, tabella 3.5).

Una quota considerevole di detta spesa è assorbito dall'assistenza di tipo residenziale (86,9% nel 2008 per le Rsa) a confronto della quale gli altri regimi assistenziali hanno un peso decisamente modesto: solo il 3,2% viene impiegato per assiste-

re gli anziani in regime semiresidenziale (Cdi), mentre l'assistenza domiciliare ha un peso di meno del 10%; di questa voce il 4,7% viene erogato in forma diretta dalle Asl (Adi) e il 5,2% tramite i voucher socio-sanitari.

Questa posizione di predominanza della spesa per le Rsa si è rafforzata nel corso della legislatura (la quota del 2005 era leggermente inferiore, ossia l'86,3%), con un incremento di risorse impiegate in questa forma di assistenza in termini assoluti di 109 milioni di eur (pari ad una variazione del 16,3%) che da sola spiega buona parte della crescita della spesa socio-sanitaria per gli anziani (120 milioni di eur); da notare che il consistente aumento della spesa per le Rsa si è verificato anche in presenza di un freno al processo di accreditamento (l'offerta di posti nelle Rsa si è sviluppata solo del 4,8% tra il 2005 e il 2008).

Oltre alla spesa per la residenzialità degli anziani dal 2005 sono state potenziate notevolmente anche le risorse per i Centri Diurni (+46,5%), con un relativo incremento di importanza rispetto alla spesa totale.

Rispetto a questi due fenomeni, il regime domiciliare (somma di Adi e Voucher) è risultato nel suo complesso penalizzato (passando da un peso complessivo del 11,2% del 2005 al 9,9% del 2008); in particolare è stata l'Adi a subire un forte ridimensionamento, con un taglio dell'8,3% della spesa, che significa una riduzione dell'impegno del Ssr nella produzione diretta del servizio mentre, come verrà ripreso nel paragrafo successivo, si è preferito rafforzare l'erogazione tramite voucher (+15,1%).

Comunque, la spesa per il regime domiciliare (diretta e tramite voucher) ha conosciuto nel quadriennio una crescita esigua (2,6%). Da sottolineare che la complessiva diminuzione di importanza dell'assistenza di tipo domiciliare sembra in contrasto con quanto annunciato dallo stesso Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009 (pag. 62) che, riconoscendo i rischi di un eccessivo e inappropriato ricorso all'istituzionalizzazione, intendeva promuovere azioni a favore della permanenza a domicilio degli anziani; nello stesso Bilancio Sociale 2008 (pag. 187) la Regione ammette i problemi di insostenibilità finanziaria che possono derivare da un ulteriore sviluppo dell'offerta residenziale.

Le evidenze appena esposte dimostrano il consolidamento delle scelte assistenziali lombarde avviate con la riforma di inizio secolo che per molti aspetti distinguono la Regione nel panorama nazionale. È utile a tale scopo un confronto con le tendenze in atto nel resto del paese (tabella 3.6).

Nel complesso la Regione Lombardia ha speso nel 2007 in assistenza per ogni anziano (over 65) una cifra (525,81 eur) in linea con le altre Regioni del Nord (526,62 eur) e decisamente superiore alla media nazionale (377,64 eur) ([15]).

([15]) Tali informazioni sono state diffuse dall'Age.na.s sulla base delle rilevazioni dei costi per Lea e, per l'anno più recente (2007), riguardano tutte le Regioni tranne il Lazio e la Calabria. Tra le

Rispetto al resto del paese si distingue per un'elevata spesa pro-anziano in regime residenziale (426,9 eur contro i 252,85 dell'Italia e i 384,86 del Settentrione) e un impegno superiore alla media nazionale per i centri diurni (16,21 contro 13,92 eur). In compenso esiste un divario abbastanza pronunciato tra i valori destinati all'assistenza domiciliare dell'intero paese (88,66 eur) e la cifra spesa dalla Lombardia (75,04 eur), un gap che si allarga quando si confronta la Regione con l'intera ripartizione del Nord (102,21 eur).

Il modello assistenziale che ne deriva è quindi fortemente sbilanciato sull'assistenza residenziale, che in Lombardia pesa per l'81,2% sulla spesa per anziani, a discapito dell'incidenza dell'Adi (14,3%) e dell'assistenza semiresidenziale (3,1%). Per quanto tutto il nord si differenzi dai dati nazionali per una maggiore preferenza per la forma residenziale (73,1% contro il 67%) la Lombardia si distanzia ulteriormente da questa posizione; analogamente, il ricorso all'assistenza domiciliare è poco rilevante rispetto all'importanza assunta nel resto del Nord (19,4%) e soprattutto rispetto al dato italiano (23,5%).

Altre fonti confermano il limitato peso dell'assistenza domiciliare in Lombardia: secondo i dati diffusi dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per il 2008 l'incidenza dell'Adi sul complesso della spesa sanitaria nella Regione è stata dello 0,7%, un dato particolarmente basso rispetto alle altre Rso del Centro-Nord (se si escludono Liguria e Lazio).

Tab. 3.6 - Spesa socio-sanitaria per gli anziani: un confronto con i dati nazionali

	Spesa per Lea socio-sanitari per anziano, 2007 (euro)*				
	Adi	**Attività Sanitarie e Socio-sanitarie**	**Assistenza Semi-residenz.**	**Assistenza Residenz.**	**Totale**
Lombardia	75,04	7,65	16,21	426,9	525,81
Italia* **	88,66	22,21	13,92	252,85	377,64
Nord	102,21	26,00	13,54	384,86	526,62

	Composizione spesa per Lea socio-sanitari per anziani 2007 (%)				
	Adi	**Attività Sanitarie e Socio-sanitarie**	**Assistenza Semi-residenz.**	**Assistenza Residenz.**	**Totale**
Lombardia	14,3%	1,5%	3,1%	81,2%	100,0%
Italia* **	23,5%	5,9%	3,7%	67,0%	100,0%
Nord	19,4%	4,9%	2,6%	73,1%	100,0%

(*segue*)

forme di assistenza rivolte agli anziani sono considerate oltre a quella residenziale, quella semiresidenziale e quella domiciliare, anche le "altre attività sanitarie e socio-sanitarie", una categoria residuale in cui le Regioni inseriscono prestazioni diverse da quelle sopraelencati che vanno da attività ambulatoriali/dei consultori specifiche per gli anziani o attività di valutazione multidisciplinare di accertamento del bisogno e di predisposizione dei piani di assistenza (Age.na.s, 2009).

	Incidenza percentuale del costo dell'Adi sul totale della spesa sanitaria regionale (%), 2008**			
Rso Centro-Nord	Piemonte	1,3%	Toscana	1,2%
	Lombardia	0,7%	Umbria	1,2%
	Veneto	1,1%	Marche	1,4%
	Liguria	0,7%	Lazio	0,5%
	Emilia-Romagna	2,1%		

***tranne Lazio e Calabria
Fonte: Elaborazione dati *Age.na.s, **Elaborazione Istat e Dps su dati Ministero della Salute

3.4.3. *La spesa per i disabili*

Nel corso della legislatura si è assistito ad un consistente aumento delle risorse che il Fsr ha destinato ai disabili, un aumento che tuttavia non è stato omogeneo, ma ha privilegiato alcune tipologie di strutture (tabella 3.5).

Da premettere che per la categoria dei dimessi da Ospedali Psichiatrici i finanziamenti del 2008 sono in netto calo rispetto a quelli del 2005 (-19,2%), con una conseguente perdita di importanza nei confronti del totale della spesa per i disabili (6,2% nel 2008).

Negli ultimi quattro anni le strutture per disabili di tipo residenziale hanno invece visto crescere i relativi finanziamenti, con un incremento del 69% per le Rsd e del 294,1% per le Css.

Anche se gli interventi di tipo semiresidenziale si sono sviluppati ad una velocità non trascurabile (49,3%), si è trattato di un'accelerazione inferiore a quella della residenzialità.

La situazione che ne risulta per il 2008 è quella di una forte incidenza delle strutture di tipo residenziale sul complesso delle risorse destinate ai disabili (oltre il 60%, di cui ben il 57,1% relativo alle Rsd), una quota aumentata nel corso della legislatura.

I Cdd oggi assorbono circa un terzo della spesa, ma la loro importanza si è ridimensionata tra il 2005 e il 2008 (dal 34,7 al 33,5% delle risorse per i disabili).

Questo fenomeno di maggiore crescita della spesa per i disabili istituzionalizzati piuttosto che per quelli assistiti in regime semiresidenziale potrebbe essere spiegata con il fatto che nello stesso periodo lo sviluppo dei posti accreditati nelle strutture residenziali (64,1% nelle Rsd e 57,8% per le Css) è stato superiore a quello dei centri diurni (9,1%) ([16]).

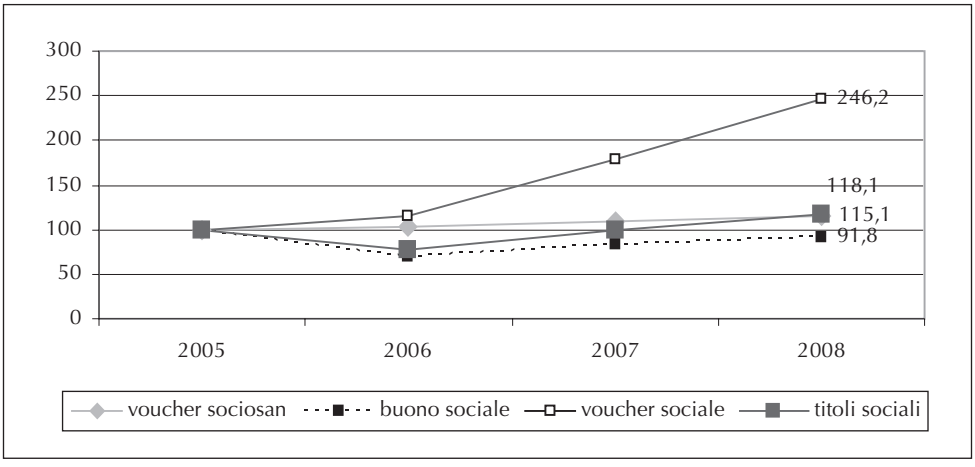
([16]) Il numero di posti nelle varie strutture per il 2005 (1885 per le Rsd, 729 per le Css e 5290 per i Cdd) è stato tratto dal Bilancio Sociale 2007(pag. 278), quello per il 2008 (3094 per le Rsd, 1190 per le Css e 5773 per i Cdd) da dati diffusi dalla Regione (Corsini, 2009).

3.4.4. *La spesa per i buoni e per i voucher*

Una delle peculiarità del modello assistenziale lombardo è quella di cercare di dare alle famiglie libertà di scelta dei servizi socio-assistenziali, una strategia realizzata attraverso l'erogazione di titoli che ha interessato sia il settore socio-sanitario (voucher) che quello sociale (buoni e voucher sociali). È utile pertanto una ricognizione del rilievo economico di queste partite, per comprendere quanto incide il finanziamento della domanda, anziché quello diretto dei servizi (offerta).

Osservando le dinamiche di spesa per i titoli in questione (figura 3.3) si evince che mentre i voucher socio-sanitari mostrano un trend costantemente crescente nell'arco 2005-2008 (con una variazione del +15,1%), i titoli sociali hanno fatto registrare un crollo della spesa nel 2006 e, complessivamente, il risultato del 2008 è pari al 118,1% del dato del 2005. Più nello specifico, nell'ambito sociale si notano due tendenze opposte: mentre l'importo dei voucher è cresciuto ad un ritmo molto rapido (+146,2%), si è verificata una riduzione dei trasferimenti monetari, particolarmente evidente nel 2006, con una complessiva contrazione nel periodo considerato (numero indice 91,8). Sembrerebbe quindi che tra il 2005 e il 2008 i Comuni abbiamo attivato un processo di sostituzione degli interventi tramite buono verso quelli tramite voucher: ciò potrebbe assicurare una maggiore finalizzazione delle risorse, essendo noti i limiti dei puri sussidi monetari legati al fatto che non è detto che le famiglie spendano quanto ricevuto per soddisfare i bisogni perseguiti con l'erogazione del buono. Questo aspetti non sono da trascurare visto che nella Regione una fetta consistente dei buoni sociali è utilizzata come strumento di sostegno al reddito ([17]).

Figura 3.3 - Spesa per titoli sociali e socio-sanitari, 2005-2008 (numero indice 2005=100)



Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

([17]) Dal monitoraggio dell'attuazione dei Pdz risulta che nel 2008 il 22,1% del numero di buoni rilasciati dai Comuni veniva impiegato come strumento di sostegno al reddito (una quota peral-

Da segnalare che a fine legislatura i sussidi monetari sono ritornati in auge, non tanto ad opera della programmazione di zona (che invece, come già sottolineato, ha visto ridimensionare la propria capacità di spesa), quanto per iniziative regionali, tra le quali spicca il "buono famiglia", nel quale sono stati investiti 23 milioni di eur per il 2009 e 17 milioni per il 2010: si tratta di cifre considerevoli (se paragonate ai 33 milioni complessivamente spesi in buoni dai Comuni nel 2008) che modificano drasticamente il quadro complessivo degli interventi a sostegno della domanda. Non è ancora chiaro se si tratta di iniziative estemporanee legate dalle scadenze elettorali oppure se quella in atto è una nuova tendenza nelle politiche regionali (bisognerà capire se tali interventi saranno perpetuati anche nei prossimi anni).

Anche il fatto che la Regione ha permesso di spendere in titoli sociali le risorse aggiuntive pervenute dal Fnna può costituire un impulso all'espansione di questi strumenti.

Osservando la spesa effettiva dei Comuni (tabella 3.7) si nota che nel 2005 l'impegno per i titoli sociali assorbiva una quota molto alta delle risorse ottenute dal Fnps (71,6%), probabilmente anche per effetto del vincolo di destinazione definito dalla Regione che richiedeva che il 70% di tali fondi fosse impiegato per tale scopo. Tale incidenza è stata notevolmente inferiore nei due anni successivi (per la contrazione del buono sociale e per l'aumento della consistenza del Fnps) e nel 2008, quando i Comuni hanno ottenuto minori fondi dal Fnps, è risalita al 63%.

Rispetto invece al totale delle risorse ottenute per i Pdz (Fnps, Fnna e Fondo Sociale Regionale) nel 2008 sono stati spesi in titoli il 26,4% delle disponibilità, una quota inferiore a quella del 2005, quando il finanziamento della domanda delle famiglie assorbiva il 28,7% (anche rispetto a questo indicatore si nota un trend prima decrescente e poi crescente).

Per quel che riguarda i titoli erogati con risorse sanitarie, più esattamente per i voucher socio-sanitari per l'assistenza domiciliare, gli stessi rappresentano poco più del 3% della spesa socio-sanitaria, una quota rimasta pressoché costante negli ultimi quattro anni. Comunque il rapporto con l'intera spesa socio-sanitaria è senza dubbio poco indicativo, dato che su quest'ultima l'assistenza domiciliare ha un ruolo modesto. È preferibile osservare l'incidenza diretta della spesa per i voucher sulle risorse per l'assistenza domiciliare, l'ambito nel quale i titoli sono direttamente impiegati: in questo caso l'importanza dei voucher è costantemente crescente (dal 46,6% del 2005 al 52,2% del 2008) segno del fatto che si sta puntando sempre di più su questi strumenti rispetto al sostegno diretto dell'offerta di servizi, confermando un ruolo del Ssr sempre più di puro finanziatore e regolatore (nella Regione anche in ambito di assistenza residenziale e semiresidenziale la quasi totalità della produzione è affidata a privati).

---

tro in crescita rispetto al peso del 2007, ovvero il 20,9%). Per il resto, il 41,1% è impiegato per i caregiver familiari, il 15,6% per le assistenti familiari, l'8,2% per l'assistenza informale e il 13% per altro (Ns rielaborazioni su dati del Bilancio Sociale 2008).

Di recente questa politica di finanziamento della domanda in ambito socio-sanitario è stata rafforzata con l'introduzione di titoli a carico del Fsr che interessano un segmento molto specifico di bisogno (Sla e stati vegetativi). Complessivamente la cifra spesa dalla Regione per questo scopo nel 2009 è stata pari a 3,12 milioni di euro in termini di contributi monetari per i caregiver e di 6 milioni per gli appositi voucher (importi forniti direttamente dalla Dg Famiglia e Solidarietà Sociale).

Tabella 3.7 - Incidenza (%) titoli sociali e socio-sanitari sulla spesa (2005-2008)

	2005	2006	2007	2008
Titoli sociali/Fnps trasferito ai Comuni-Ambiti	71,6%	37,6%	47,2%	63,0%
Titoli sociali/tot. risorse per Pdz	28,7%	18,8%	23,1%	26,4%
Voucher socio-sanitari/spesa socio-sanitaria	3,4%	3,3%	3,2%	3,3%
Voucher socio-sanitario/spesa per regime domiciliare	46,6%	48,1%	50,6%	52,2%

Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

3.5. Considerazioni di ingegneria istituzionale

Un aspetto che caratterizza la Lombardia nel panorama nazionale è quello della separazione tra le risorse del Fsr per la sanità e quelle per i Lea socio-sanitari (attraverso la contabilizzazione separata nei bilanci delle Asl), una scelta che è utile per assicurare che i fondi socio-sanitari siano effettivamente finalizzati a tale scopo. Da notare che la separazione è disposta dal livello centrale (Regione) e non tanto il frutto di scelte aziendali relativamente alla combinazione ottimale tra le risorse per l'ospedale e quelle per il territorio; i due canali sono fortemente indipendenti e governati da due differenti Dg. Il terzo canale, quello dei fondi per il sociale (budget per Pdz) è gestito dai Comuni-Ambiti distrettuali; a monte un'unica Dg determina quanto dedicare al sociale piuttosto che al socio-sanitario, ma le due partite seguono poi percorsi autonomi ([18]) e di fatto i Comuni non partecipano alle decisioni di spesa assunte a livello locale dalle Asl ([19]). Insomma a livello territoriale sembra mancare un momento in cui Asl e Comuni scelgono insieme il welfare mix più rispondente alle preferenze del proprio territorio.

([18]) Longo e Tediosi (2009) ribadiscono che i tre ambiti in Lombardia sono nettamente distinti e considerano la "separazione degli ambiti di cura" uno dei tratti identificativi del modello lombardo.

([19]) Come descritto nel paragrafo 3.2.1 le Asl effettuano invece un monitoraggio sullo stato della programmazione di zona dei propri ambiti di riferimento ai fini del riconoscimento dei saldi di competenza. Più che una concertazione tra le politiche dei due enti tale azione sembra finalizzata a verificare i fondi per i Pdz siano spesi nel rispetto delle indicazioni regionali.

Anche altre Regioni stanno sperimentando soluzioni istituzionali per la gestione dell'integrazione socio-sanitaria rispetto alla classica attribuzione della sanità alle Asl e del comparto socio-assistenziale ai Comuni. Una questione divenuta pressante soprattutto rispetto ai servizi per la non autosufficienza e al relativo sviluppo degli appositi fondi regionali ([20]). Anche in questi contesti è sorta l'esigenza di isolare le risorse da destinare a tale tipologia di bisogno per evitare che i nuovi investimenti che le Regioni hanno dedicato alla non autosufficienza siano utilizzati per sussidiare altri servizi sanitari. La risposta più comune è stata quella di creare un budget isolato per la non autosufficienza in cui sono confluite le risorse sanitarie che sono state scorporate dai bilanci delle Asl e i nuovi contributi regionali. In genere questo budget viene gestito dai distretti con obbligo di destinazione vincolata e con una contabilità separata, oppure da un nuovo soggetto istituzionale (la Società della Salute in Toscana).

La differenza rispetto al modello lombardo consiste nel fatto che in vari casi (Veneto, Emilia Romagna, Toscana) i Comuni partecipano alle decisioni di impiego di questi fondi e, nel futuro, si tenterà di far confluire in questo budget anche le risorse che attualmente i Comuni spendono per la non autosufficienza (anche se questo passaggio presenta non poche difficoltà operative). Questi aspetti sembrano utili per promuovere una maggiore integrazione che porti ad individuare per ogni territorio la combinazione più efficiente tra prestazioni sanitarie e assistenziali e a ridurre le attuali tensioni tra Asl e Comuni in materia di riparto degli oneri assistenziali ([21]). Nel caso lombardo, l'esistenza di una separazione tra i vari comparti piuttosto accentuata potrebbe invece impedire di attivare le eventuali sinergie derivanti da politiche di spesa concertate tra Asl e Comuni.

3.6. L'andamento delle differenze territoriali

3.6.1. *I criteri di riparto delle risorse*

Come già anticipato, la Regione non è solo un puro finanziatore delle Asl e dei Comuni, ma interviene anche nei processi allocativi. In questo ruolo una delle principali funzioni dell'ente (attraverso la specifica Dg) è la determinazione dei criteri di riparto dei fondi trasferiti tra i vari enti beneficiari. Con tale processo si dovrebbe stimare il fabbisogno delle varie aree, ricercando l'equità territoriale.

Per le risorse socio-sanitarie il riparto dei fondi tra le Asl non avviene secondo una formula esplicita, ma attraverso un processo di negoziazione di tipo incrementale, ovvero un aggiustamento dei fondi trasferiti negli esercizi precedenti (come descritto anche in Mapelli, 2007).

([20]) Per una panoramica dei suddetti fondi si rimanda a Bertone *et al*. (2008).
([21]) Per maggiori dettagli vedi Pelliccia, 2009.

Per i servizi diurni, quelli domiciliari e per la riabilitazione la Regione assegna alle Asl una somma sulla base dei costi storici, rispetto ai quali il budget è aggiustato tenendo conto degli aumenti che le Asl devono affrontare rispetto all'anno precedente nel pagare gli erogatori delle prestazioni (ad esempio quelli tariffari) e all'eventuale estensione dei posti accreditati. Le Asl, nel rispetto del vincolo di spesa definito con la Regione, definiscono i contratti con i singoli erogatori fissando a priori un tetto annuale: se la produzione effettiva dovesse superare il budget, l'eccesso non sarebbe riconosciuto agli erogatori. Così facendo la Regione governa la spesa complessiva, prevenendo l'insorgenza di eventuali deficit (un rischio che si avrebbe invece se si trattasse di un puro finanziamento a piè di lista, nel quale gli enti non avrebbero alcun incentivo al contenimento della spesa).

Per i servizi residenziali, invece, le Asl non definiscono a priori l'importo massimo finanziabile a ciascun erogatore. La Regione ha comunque un ruolo chiave nei processi di finanziamento perché essa regola il numero di posti accreditati per ciascuna Asl e, agendo su questa variabile, permette di aumentare il consumo di residenzialità alle Asl alle quali accredita nuovi posti letto. Di fatto, nel rispetto del numero di posti accreditati, tutti i volumi di produzione effettiva vengono riconosciuti dalla Regione alle Asl e da quest'ultime agli erogatori.

Da sottolineare che la spesa effettiva per i servizi residenziali risente comunque del mix di prestazioni che si verificano, una variabile che la Lombardia ha scelto di non controllare direttamente, dal momento che il principale sistema di remunerazione (Sosia) affida il compito di attribuire il livello di complessità dei pazienti (cui corrispondono tariffe più o meno alte) direttamente agli erogatori (per un confronto con altre Regioni si rimanda a Longo e Tediosi, 2009).

A differenza di quanto osservato a proposito dei servizi socio-sanitari, per i fondi che finanziano la sfera del sociale la Regione esplicita nei provvedimenti di riparto le formule con cui assegna le risorse agli ambiti distrettuali, in particolare:

- il Fnps è ripartito per quota capitaria secca a meno di una modesta correzione a favore dei Comuni montani (0,3%);
- il Fondo Nazionale per la non autosufficienza è assegnato alle Asl e agli ambiti distrettuali per il 60% in base alla distribuzione della popolazione ultrasettantacinquenne e per il 40% in base al riparto del Fnps, quindi per quota capitaria;
- il Fondo Sociale Regionale viene attualmente ripartito per il 50% su base storica e per il 50% per quota capitaria, con un ritardo rispetto alle intenzioni manifestate già da qualche tempo dalla Regione di abbandonare gradualmente il criterio storico per convergere all'uso della sola quota capitaria ([22]).

([22]) Le più recenti disposizioni (Dgr 11255/2010) prevedono che nel 2011 si utilizzerà per il 25% il dato storico e per il 75% la quota capitaria. Questo metodo doveva essere impiegato già dal 2008 ma la sua adozione ha subito continui rinvii.

Qualche riflessione a proposito della capacità di questi metodi di riparto di garantire un giusto equilibrio tra i vari territori: nella Regione la spesa storica ha un considerevole peso nell'allocazione delle risorse per i servizi socio-sanitari di tipo diurno-domiciliare e per metà del Fondo Sociale Regionale.

Questo aspetto appare piuttosto limitativo in termini distributivi, perché di fatto si tende a consolidare una situazione preesistente che non è detto rifletta i reali bisogni relativi esistenti a livello infraregionale. Non a caso, anche a livello nazionale, nei processi di riforma del finanziamento della sanità avviati nel corso degli anni '90, è stato progressivamente abbandonato il riferimento alla spesa storica e sono stati preferiti criteri basati sulla stima del fabbisogno oggettivo; tale discorso è divenuto più che mai attuale nel dibattito sul federalismo fiscale, quando le politiche più recenti (l. 42/2009) hanno ribadito l'esigenza di ispirare i meccanismi di finanziamento dallo stato agli enti territoriali al principio dei costi standard.

In Lombardia questi elementi sono presenti nell'assegnazione delle risorse per il sociale, dato che in parte si utilizzano parametri oggettivi, ad esempio la quota capitaria secca. Tuttavia, per quanto preferibile alla spesa storica, considerando tutti i cittadini ugualmente bisognosi di interventi sociali, tale criterio ha il limite di non riuscire a rappresentare il diverso fabbisogno che potrebbe esistere tra i diversi ambiti distrettuali; un fenomeno che in un panorama composito come quello lombardo (in cui coesistono realtà metropolitane e rurali, con incidenza del disagio presumibilmente diversa) non può essere trascurato; la piccola correzione a favore dei Comuni montani riesce solo minimamente a riflettere questa complessità. Il fatto di fare riferimento alla distribuzione degli ultrasettantacinquenni per il Fnna è sicuramente apprezzabile, poiché tale indicatore costituisce una proxy del bisogno di assistenza della popolazione anziana.

Tuttavia potrebbero essere compiuti sforzi in questa direzione per tutte le componenti del finanziamento, vale a dire che i processi di riparto di tutte le risorse del welfare potrebbero essere affinati utilizzando parametri più specifici (ad esempio ricorrendo a indicatori epidemiologici sulla diffusione della non autosufficienza a livello infraregionale, indicatori di deprivazione, indicatori delle condizioni socioeconomiche).

Nel modello lombardo, specialmente per i servizi residenziali, l'offerta ha indubbiamente un ruolo molto forte nella determinazione della spesa e, visto che i finanziamenti seguono la spesa effettiva, nella distribuzione delle risorse tra Asl.

Anche se la Regione attraverso l'accreditamento regola la possibilità di produrre nelle varie aree, ciò da solo non basta a garantire equità territoriale, poiché i consumi delle singole Asl sono il risultato anche di altri fattori dell'offerta e della domanda. L'obiettivo di realizzare una parità tra i posti accreditati tra le Asl è comunque ancora lontano dall'essere raggiunto (cfr. Cap. 9 e 12) e pertanto il diverso grado di sviluppo di queste strutture sul territorio condiziona l'assorbimento di risorse.

Non vanno inoltre trascurati anche altri comportamenti con cui i produttori possono condizionare la spesa effettiva a carico delle singole Asl, con impatti sia sulla distribuzione territoriale che sulla capacità di governo della spesa a carico del Ssn: oltre a fenomeni di induzione della domanda, si possono verificare comportamenti opportunistici, ad esempio nella classificazione della casistica, un pericolo che nella Regione non va sottovalutato, visto che come già detto, sono gli erogatori che valutano la gravità della propria utenza.

Un altro elemento che indubbiamente condiziona i consumi effettivi delle varie aree è il livello delle rette, un elemento che in Lombardia, a differenza di quanto avviene in altre Regioni, è lasciato alla libera concorrenza (Longo e Tediosi, 2009), con esiti molto eterogenei a livello territoriale ([23]).

Nel resto del paese per ripartire tra le Asl la quota del Fsr per l'assistenza territoriale (domiciliare, residenziale e semiresidenziale) in genere si adotta – con ponderazioni più o meno affinate – la quota capitaria (cfr. Age.na.s, 2008), un metodo che, ricercando la stima del fabbisogno delle aree sub-regionali, sembra offrire maggiore centralità agli obiettivi perequativi e minori spazi al condizionamento dell'offerta.

Dove si adotta la formula capitaria le Asl, date le risorse per ciascun cittadino, possono decidere se soddisfare i bisogni di assistenza con risposte diurne o residenziali, a seconda delle preferenze del proprio territorio. Questa possibilità non sembra esistere in Lombardia: separando a monte il budget assegnato alle Asl per il sistema diurno dal sistema di finanziamento della residenzialità, i territori che per condizioni economico-culturali hanno una minore preferenza per i servizi residenziali non possono compensare il minor consumo di residenzialità con altre forme di assistenza.

3.6.1. *Alcune evidenze*

Considerati i meccanismi di riparto appena descritti, si propongono alcune analisi quantitative delle differenze infraregionali della spesa, cercando anche di capire quanto la legislatura ha contribuito o meno alla riduzione degli squilibri territoriali.

Come unità territoriale di riferimento per i confronti sub-regionali, sia per comparare le risorse a carico del fondo sanitario che per i finanziamenti di tipo sociale, è stata scelta l'Asl: ciò perché i confini delle Asl costituiscono una suddivisione significativa delle diverse realtà esistenti nella Regione e anche perché nel sistema lom-

---

([23]) Secondo i dati raccolti dalla Regione nel primo semestre 2008, rispetto ad una media regionale di 52,91 eur, le rette medie hanno oscillato dai 66,63 eur dell'Asl Città di Milano, ai 36,76 eur della Valle Camonica-Sebino (Corsini, 2009).

bardo la quasi totalità dei flussi del welfare transitano attraverso questo ente (Cfr. figura 3.1).

Il riparto del fondo socio-sanitario per il 2008 (figura 3.4 e tabella 3.3. Appendice per i valori specifici 2005 e 2008, in www.lombardiasociale.it) evidenzia una marcata disomogeneità tra le risorse complessivamente assegnate ad ogni Asl a livello pro-capite ([24]), con una variabilità molto forte rispetto al dato regionale (147,27 eur che nella figura 3.4 è posto pari a 100): l'Asl che riceve più risorse per assistito (quella di Cremona, con 246,24 eur, numero indice 167,2) ottiene il 238% di ciò che è destinato all'Asl con il più basso valore pro-capite (la Milano 2, con 103,45 eur, numero indice 70,2). Altre realtà con una spesa particolarmente alta sono la Città di Milano (199,39 eur, numero indice 135,4) e l'Asl di Pavia (194,04 eur, numero indice 131,8).

Oltre a questi squilibri a proposito della spesa socio-sanitaria complessiva, sono rilevanti anche le differenze che emergono circa la quota di tali risorse destinata agli anziani che, proprio per una valutazione più specifica, viene rapportata al numero di anziani residenti per Asl (anche in questo caso, nella figura 3.4 il dato relativo alla Lombardia è posto pari a 100, equivalente a 468,69 eur) ([25]).

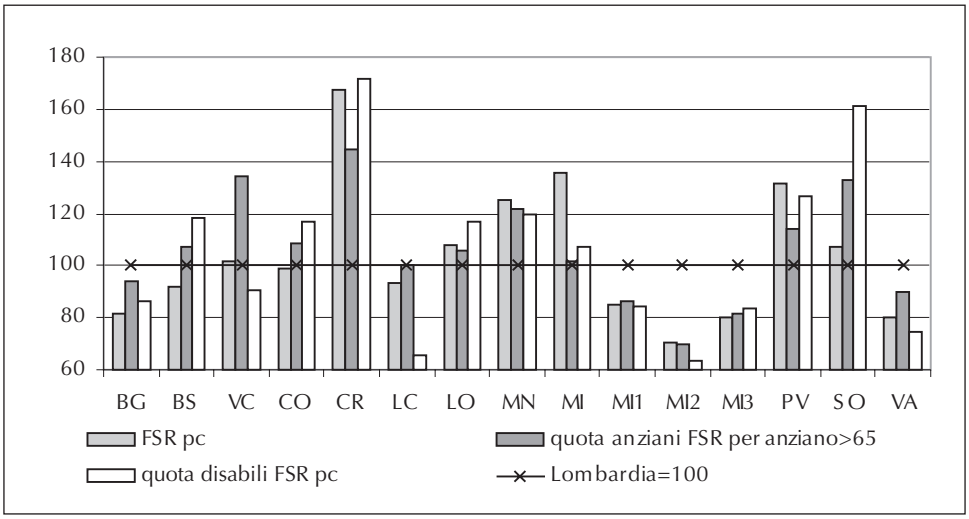
Ne risulta che analogamente a quanto osservato per la spesa complessiva, agli estremi della classifica troviamo l'Asl di Cremona (678,60 eur, numero indice 144,8 eur) e la Milano 2 (328,35 eur, numero indice 70,1), con la prima che ottiene per ogni anziano oltre il doppio delle risorse della seconda; risulta una spesa decisamente elevata rispetto al resto della Regione anche a Sondrio e in Val Camonica.

Infine abbiamo confrontato la spesa pro-capite per i disabili delle singole Asl con il dato regionale (16,52 eur, posto pari a 100): ne risulta un'estrema variabilità territoriale, con il dato massimo (quello ancora una volta dell'Asl di Cremona, pari a 28,33 eur, numero indice 171,5) equivalente al 271% di quanto speso nella realtà con la più bassa spesa pro-capite per i disabili (di nuovo la Milano 2, con 10,46 eur, numero indice 63,3). Altri valori anomali rispetto al dato regionale sono quelli di Sondrio, per un eccesso di spesa e quello di Lecco per la scarsità di risorse destinate ai disabili.

([24]) Nelle elaborazioni si è fatto riferimento alla popolazione rilevata dall'Istat ad inizio anno. Si ringrazia l'ufficio statistico della Regione per la fornitura dei dati della popolazione lombarda residente suddivisa per Asl.

([25]) I dati della spesa socio-sanitaria media per anziano della Lombardia tratti dal Bilancio Sociale (468,69 eur per il 2008 e 453,67 eur per il 2007) sono nettamente inferiori a quello rilevato dall'Age.na.s per il 2007 riportato nella tabella 3.6 (525,81 eur). Si presume ciò sia da attribuire al fatto che nel Bilancio Sociale la spesa è attribuita, oltre che tra le varie categorie di utenti (anziani, disabili, tossicodipendenti, ecc.), scorporando la riabilitazione e una categoria residuale "altro"; gli importi di queste ultime voci potrebbero invece essere stati inclusi nella ricostruzione dei costi per Lea per anziani che la Regione ha fornito all'Age.na.s.

Figura 3.4 - Spesa socio-sanitaria per Asl 2008: totale pro-capite, quota anziani per anziano, quota disabili pro-capite (numero indice, Lombardia=100)



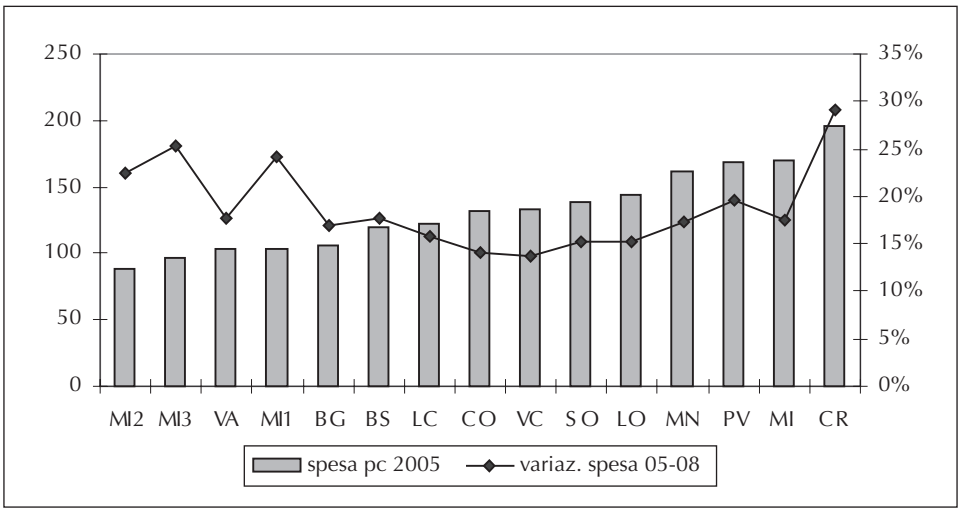
Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

I risultati fin qui emersi dimostrano la limitata capacità del sistema lombardo di riparto delle risorse tra Asl di assicurare un equilibrio tra le risorse assorbite dai vari territori. Non si esclude che le varie Asl presentino un diverso livello di bisogno di assistenza socio-sanitaria, per cui non è detto che il riparto ottimale sia quello che assicura una dotazione di risorse per cittadino uguale per tutte le Asl, ma comunque le sperequazioni esistenti sono così forti da non essere giustificabili da questioni epidemiologiche. Anche dal confronto delle evidenze più specifiche, come quelle relative agli anziani – che quindi tengono conto della diversa struttura demografica delle varie Asl – viene confermata una distribuzione infraregionale dei consumi non correlata ai diversi bisogni.

Vale la pena verificare l'andamento di tali disegualianze nel corso della legislatura, confrontando la situazione della spesa per Asl esistente nel 2005 con le variazioni percentuali intervenute tra il 2005 e il 2008: nelle figure 3.5, 3.6 e 3.7 le Asl sono ordinate in ordine crescente di spesa del 2005 e, nel caso si fosse realizzato un processo di riequilibrio nel corso della legislatura, le realtà con un dato iniziale più basso dovrebbero aver beneficiato di un maggior incremento di spesa (per cui la linea che rappresenta le variazioni dovrebbe avere un andamento decrescente).

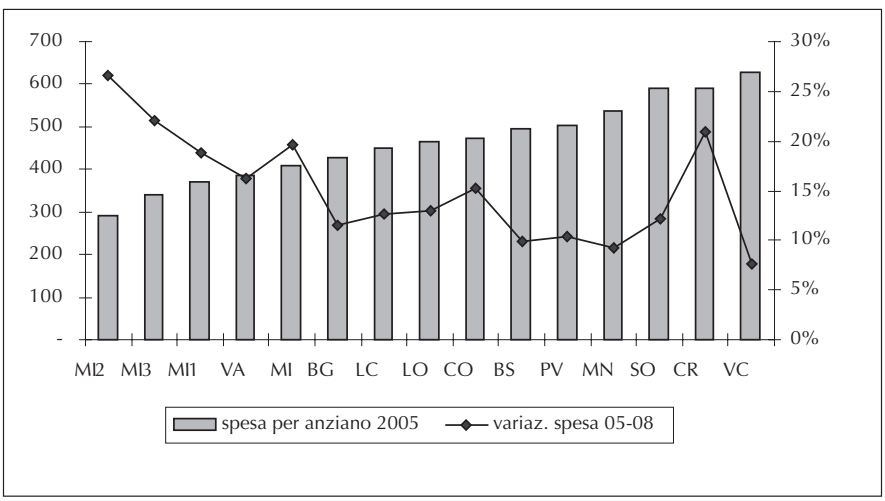
Per quel che riguarda le risorse socio-sanitarie complessive del Fsr (figura 3.5) gli sforzi per riequilibrare le differenze nell'allocazione dei fondi sembrano essere circoscritti solo ad alcuni casi (non tutti) di Asl con un pro-capite di partenza più basso (Milano 2, Milano 3, Milano 1) i cui incrementi di spesa sono stati più alti rispetto al resto della Regione. Sorprende che comunque l'Asl con il più alto valore di partenza abbia beneficiato del più elevato aumento di risorse.

Figura 3.5 - Spesa socio-sanitaria per Asl: valori pro-capite 2005 (eur) e variazione 2005-2008 (%)



Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

Figura 3.6 - Spesa socio-sanitaria per anziani: valori per anziano 2005 (eur) e variazione 2005-2008 (%)



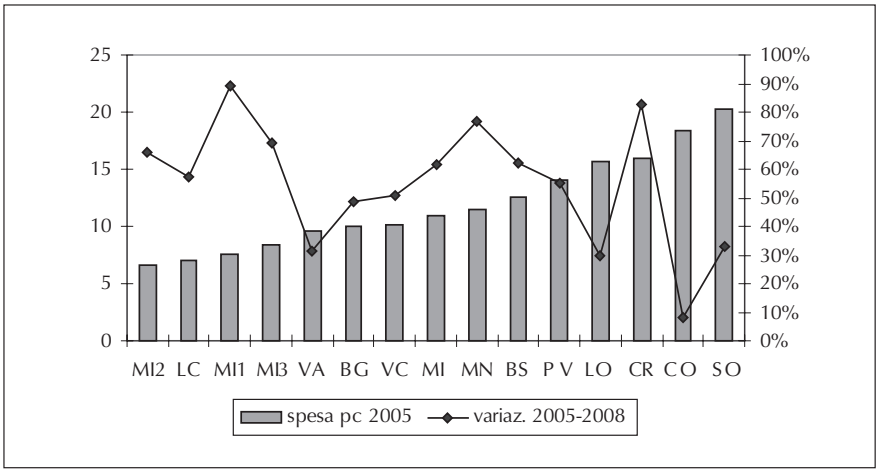
Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

Nel caso della spesa per gli anziani (figura 3.6) è invece evidente che è stato attuato un processo di riequilibrio, dato che spostandoci dalle Asl con valori di partenza più bassi a quelli più alti, gli incrementi di spesa sono via via decrescenti, anche se probabilmente ciò non è bastato a colmare le disegualianze, considerati gli ampi divari tuttora esistenti nel 2008.

Rispetto alla tendenza generale al riequilibrio appena sottolineata risultano comunque due fenomeni singolari: la Città di Milano ha realizzato un incremento di spesa piuttosto consistente se paragonato alle Asl che nel 2005 presentavano un'analoga spesa per anziano, probabilmente da ricondurre al fatto che negli ultimi anni la Regione ha permesso a quest'area, a differenza delle altre, di estendere i posti accreditati nelle Rsa. Cremona invece ha aumentato considerevolmente le proprie risorse, sebbene presentasse un valore particolarmente alto già nel 2005; ciò potrebbe essere un segnale di inerzia: nonostante gli sforzi di riequilibrio, la maggiore dotazione storica di posti accreditati di questa provincia ha generato un'accelerazione della relativa spesa superiore alla media regionale.

Da ultimo consideriamo la spesa per i disabili (figura 3.7): in questo caso i maggiori o minori incrementi di risorse non sembrano essere stati guidati dalla logica di ridurre le differenze esistenti (come dimostrato dall'andamento altalenante della spezzata delle variazioni): è pur vero che alcune delle Asl con valori procapite più bassi nel 2005 hanno registrato notevoli incrementi, ma crescite simili si sono verificate anche in territori con valori di partenza medio alti (Milano Città, Mantova, Brescia, Cremona).

Figura 3.7 - Spesa socio-sanitaria per disabili: valori pro-capite (2005) e variazione spesa 2005-2008 (%)



Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

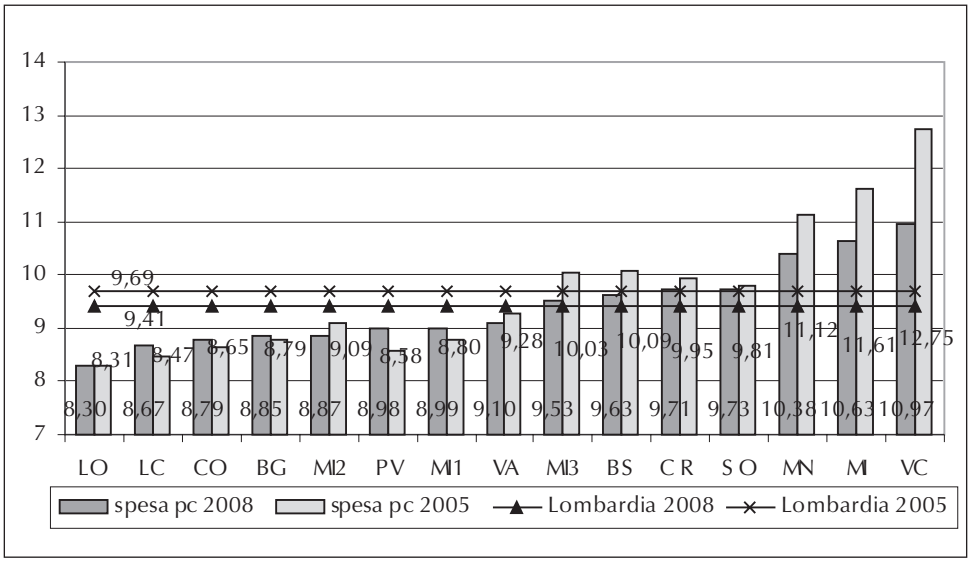
Un breve accenno infine al riparto delle risorse per il sociale, in particolare a quelle del Fondo Sociale Regionale [26] (figura 3.8). Se nel 2008 ogni cittadino lombardo ha

[26] Si preferisce tralasciare i confronti relativi al Fnps e al Fondo Nazionale per la non Autosufficienza, innanzi tutto perché i relativi riparti per il 2008 sono stati effettuati nel 2009, quando in seguito alla costituzione dell'Asl Monza-Brianza, sono stati parzialmente modificati i confini

ricevuto 9,41 eur, la cifra è stata piuttosto variabile da Asl ad Asl, con il minimo a Lodi (8,30 eur) e il massimo in Val Camonica (10,97 eur, ovvero il 132% rispetto a Lodi), seguita a breve distanza dalla Città di Milano (10,63 eur) e da Mantova (10,38 eur).

Anche queste differenze sono riconducibili al fatto che ancora pesa sul processo di riparto il parziale aggancio alla spesa storica che, come discusso in precedenza, non permette di distribuire le risorse rispetto a parametri oggettivi. Di certo, il processo di graduale conversione alla quota capitaria in atto da qualche anno, ha contribuito a ridurre leggermente le disegualianze: nel 2005 le posizioni relative tra le varie Asl erano più o meno le stesse, anche se la variabilità era più pronunciata (ad esempio l'Asl con maggiori risorse pro-capite otteneva il 153% dei fondi di quella con risorse inferiori).

Figura 3.8 - Fondo Sociale Regionale pro-capite per Asl: valori 2008 e 2005 (eur)



Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

---

di alcune Asl, fatto che impediva di raffrontare aggregati omogenei a quelli degli anni precedenti. Comunque per il Fnps, essendo ripartito per quota capitaria secca, il dato pro-capite relativo alle singole Asl è pressoché uniforme (a meno della correzione per la montagna). I dati del riparto del Fondo Sociale Regionale per il 2008 sono tratti dalla Dgr 8550/2008, quelli per il 2005 dalla Dgr 21410/2005 (in questo caso per l'Asl Città di Milano sono state considerate, oltre alle risorse assegnate alla suddetta Asl, quelle destinate al Comune di Milano).

Bibliografia

Age.na.s, (2008), *Sistemi regionali di ripartizione del Fondo Sanitario e di remunerazione dei ricoveri per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza. Analisi della normativa vigente al 30 ottobre 2008*, www.assr.it.

Age.na.s, (2009), *Rilevazione sull'attuale spesa sanitaria pubblica per gli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard*, www.assr.it

Arlotti M., (2009a), *Il sistema di spesa e di finanziamento delle politiche sociali: assetti territoriali e mutamento*, in Kazepov Y. (a cura di), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.

Arlotti M., (2009b), *Appendice. La ricostruzione del dato di spesa sociale nelle politiche sociali*, in Kazepov Y. (a cura di), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.

Bertone et al., (2008), *Il quadro delle riforme*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma.

Corsini G., (2009), *Relazione sull'esperienza della Lombardia al Convegno Spi-Cgil e Irs "Le riforme regionali per i non autosufficienti"*, Milano, 9 giugno 2009.

Da Roit B. e Gambino A. (2005), *La spesa*, in Gori C. (a cura di), *Politiche sociali di centro destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma.

Dg Famiglia e Solidarietà Sociale Regione Lombardia (2008), *Bilancio Sociale*, www.famiglia.Regione.lombardia.it

Longo F. e Tediosi F., (2009), *Servizi per la non autosufficienza, un quadro regionale frammentato*, in ISAE, Rapporto Finanza Pubblica e Istituzioni, www.isae.it

Mapelli V., (2007), *Il finanziamento e la spesa pubblica per la non autosufficienza in Lombardia*, in G. Costa (a cura di), *Politiche per la non autosufficienza in età anziana: attori, risorse e logiche a partire dal caso lombardo*, Carocci Faber, Roma.

Pelliccia L. (2009), *I meccanismi nazionali di finanziamento*, in Irs – Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Il sistema di protezione e di cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, in www.lavoro.gov.it/Lavoro/Strumenti/StudiStatistiche/

4. Il governo e la *governance* regionali

Emanuele Ranci Ortigosa e Valentina Ghetti

4.1. Un'arena con più attori

Ogni politica, nei suoi contenuti e nei suoi processi, è il frutto dell'interazione degli attori in campo, dei loro comportamenti (non solo quindi degli atti legislativi o amministrativi da essi approvati), delle relazioni convergenti o conflittuali che fra essi si instaurano, del come vengono gestite. Comportamenti e relazioni che non si collocano nel vuoto, ma in un contesto più ampio che li influenza e li condiziona, con fattori e processi di ordine politico e legislativo, ma ancora più di ordine sociale, culturale, economico, che si sviluppano su grandi dimensioni, ma che assumono anche possibili caratterizzazioni locali o settoriali.

Tale contesto è in costante evoluzione e con esso evolvono tanto le domande ed i bisogni che sono alla base delle politiche pubbliche, quanto il *policy-making* di queste politiche ed i suoi attori di varia natura, pubblica e privata, che hanno interesse e possibilità di agire sugli oggetti delle politiche e partecipano all'arena decisionale, ovviamente con capacità di incidenza e responsabilità molto differenziate, e attuando via via comportamenti collaborativi, oppositivi, remissivi, omissivi.

Anche le politiche sociali della Regione Lombardia sono, quindi, fortemente influenzate e condizionate dall'evoluzione del contesto epidemiologico e sociale, dalle criticità del quadro economico finanziario, dalle politiche europee e nazionali, generali e specificamente sociali, dai flussi di risorse fra i livelli di governo interessati. Politiche e finanziamenti che, fra l'altro, sono prossimi ad essere rimessi in discussione e ridefiniti con la progressiva attuazione del federalismo fiscale.

Il sistema di governo della Regione Lombardia nel campo delle politiche sociali – come definite nel presente volume (cfr. introduzione) – è influenzato e condizionato da tutti questi fattori, anche se esso è certamente e soprattutto prodotto delle scelte e delle azioni degli organi di governo della Regione, oltre che delle relazioni (azioni, reazioni, mediazioni) fra questi ed altri attori istituzionali (Comuni in particolare) e sociali operanti nella Regione. Non ricostruiamo sistematicamente questi aspetti, rileviamo però dei comportamenti, anche di attori diversi dalla Regione, che in questa arena hanno operato e operano, concorrendo in varia misura a configurarne la governance. Il titolo di questo saggio vuole appunto significare che la nostra attenzione è centrata sulla funzione di governo, *government*, agita direttamente dal-

la Regione Lombardia, ma cerca anche di cogliere le relazioni e le reazioni che si sono sviluppate fra Regione ed altri attori ora citati, che concorrono nel loro insieme a configurare il sistema di *governance*.

La Regione Lombardia ha espresso con continuità non solo una medesima maggioranza, ma anche una stessa leadership. Da qui l'opportunità e l'interesse ad allargare il campo di osservazione dall'ultima legislatura, specificamente considerata, all'intero processo di riforma delle politiche sociali e socio-sanitarie, che è stato avviato e disegnato almeno dieci anni fa ([1]).

4.2. Il sistema di governo nei piani socio-sanitari e nella legge di riforma

Il modello di welfare, i cui caratteri fondamentali la Regione Lombardia ha assunto fin dagli anni '90 e ha via via declinato e specificato, è ben descritto nella sua impostazione nel Rapporto di fine legislatura redatto all'inizio del 2010. Questo modello di Welfare, vi si legge, si ispira al principio di sussidiarietà ed "è definito come "plurale": un modello di welfare, cioè, che riconosce la soggettività sociale di ogni attore (stato, mercato, persona, famiglia, terzo e quarto settore) e la titolarità / capacità di ciascuno di contribuire al benessere comune (welfare e well being). È un welfare che valorizza la libertà e la responsabilità di ciascuno nel rispondere, secondo un proprio codice di azione, ai bisogni tradizionali ed emergenti" (Irer, 2010).

Lo stesso rapporto evidenzia i punti focali di questa visione, illustrati nel primo capitolo, che qui richiamiamo: libera scelta dell'utente, non solo in merito al produttore, ma anche al tipo di servizio/prestazione; famiglia come principale destinatario e soggetto di integrazione degli interventi; partecipazione dei soggetti sociali alla programmazione e realizzazione degli interventi; pluralità di unità di offerta dei servizi, al di là della loro natura pubblica o privata, profit o non profit, in grado di autoregolarsi grazie ai meccanismi della concorrenza.

La strategia di trasformazione dal modello tradizionale a un modello nuovo, ispirato alla sussidiarietà, si articola per tappe successive, in parte scadenzate anche sulle diverse legislature: inizia dall'arena della sanità, quella di maggior rilievo e consistenza, ma anche di più diretta ed esclusiva gestione regionale; si estende poi al socio-sanitario, tutto assunto nelle competenze regionali e nell'azione sul campo dalle Asl, strumenti della Regione, con marginalizzazione dei Comuni; tocca infine il sociale, precedentemente lasciato alla discrezionalità dei Comuni ma già investito dalla sollecitazione della l. 328/2000 alla programmazione pluriennale, rispetto alla quale cresce via via l'attenzione e l'intervento orientativo ed anche direttivo della Regione.

([1]) Alla fonte di questo scritto si colloca il capitolo *I ruoli di governo* di E. Ranci Ortigosa e M. Lo Schiavo, in C. Gori (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra* (Carocci 2005). Ringraziamo inoltre gli autori di altri capitoli di questo testo che hanno fornito preziose indicazioni su aspetti specifici della politica lombarda, in particolare Avanzini, Bonini, Giunco e Guerrini.

La riforma del sistema di welfare avviata in campo sanitario con la legge regionale 31 del 1997 è stata progressivamente perseguita e ampliata anche al comparto socio-sanitario e, poi, sociale attraverso i successivi due piani socio-sanitari regionali (Pssr 2000-2004, Pssr 2007-2009) ([2]).

Si tratta di atti che, pur qualificandosi come piani sociali previsti dalla l. 328/2000, di fatto trattano prevalentemente di sanità. Essi, infatti, intervengono significativamente nel campo dei servizi socio-sanitari e solo marginalmente nella regolazione del comparto sociale, che viene demandato in larga parte alla autonomia programmatoria dei Comuni, in attesa di una normativa specifica che solo la l.r. 3/2008, dopo anni, offrirà.

Il Pssr 2007-2009 evidenzia chiaramente la strada perseguita dal regolatore regionale in questo decennio. La prima fase attuativa della riforma ha coinciso con l'introduzione del sistema di accreditamento in sanità, quale strumento centrale per sviluppare un sistema di erogazione dei servizi centrato sulla libertà di scelta dei cittadini e la parificazione degli erogatori, "senza effettuare a priori una preselezione ideologica sulla base della natura pubblica o privata della gestione dei servizi" (Piano socio-sanitario 2002-2004).

La seconda fase, coincidente con il primo piano socio-sanitario, ha visto l'introduzione dell'accreditamento nel sistema socio-sanitario con la distinzione di competenze tra chi programma, acquista e controlla (Pac), e chi produce il servizio. La terza fase sembra dover essere quella di estensione del modello anche all'area socio assistenziale ([3]), in cui trova centralità il tema del controllo e della verifica dell'appropriatezza. Si legge nell'ultimo piano che "la Regione Lombardia è collocata al massimo del livello quantitativo dei servizi, emerge conseguentemente l'esigenza di perfezionare sempre più il livello di appropriatezza e di controllo della spesa" (Piano socio-sanitario 2007-2009) e in coerenza con questa direzione si sottolinea la necessità di rafforzare le funzioni di verifica e controllo, anche gestionale, in particolare in capo all'Asl.

Attualmente la riforma del socio-sanitario appare, quindi, portata a compimento nel suo disegno normativo e programmatorio con l'attribuzione alle Asl di una funzione essenzialmente di Pac e la regolazione del sistema di autorizzazione e accreditamento. La regolazione del sociale, che pur ricalca quella del socio-sanitario, appare invece in corso, anche perché viene ad operare in un'arena diversa tanto sul piano degli attori istituzionali e delle fonti di finanziamento che su quello dei contenuti trattati.

([2]) Il primo Piano socio-sanitario 2002-2004 approvato dal Consiglio regionale con deliberazione VII/462 del 14 marzo 2002, il secondo Piano 2007-2009 con deliberazione n. VIII/0257 del 26 ottobre 2006.

([3]) Tra le "nuove sfide" indicate esplicitamente come linee di sviluppo del triennio viene posta proprio "l'estensione del sistema di accreditamento istituzionale anche al sistema socio assistenziale".

In merito alle funzioni e ai ruoli di governo, di gestione e di produzione dei servizi socio-sanitari e sociali le strategie generali della Regione espresse in entrambi i piani sono chiare. Il ruolo della Regione viene sempre più circoscritto a quello di regolatore del sistema socio-sanitario (ruolo di governo) con una posizione "terza" e imparziale, che si estrinseca nella definizione e nel presidio delle regole del sistema (finanziamento e distribuzione delle risorse; criteri di remunerazione; negoziazione e contratti; autorizzazione, accreditamento e qualità; sistema dei controlli), ridimensionando progressivamente il ruolo di coordinamento e di holding nei confronti dei soggetti erogatori pubblici.

Coerentemente anche le Asl vanno assumendo un ruolo di soggetti pubblici con funzioni di Pac, mentre si completa il ritiro delle deleghe ad esse affidate da parte dei Comuni e si avvia e si rafforza l'esternalizzazione progressiva delle attività socio-sanitarie. Per consolidare questo processo viene riconosciuta all'Asl specifica autonomia nella programmazione delle risorse, con un preciso richiamo allo sviluppo delle sue competenze di controllo e verifica della coerenza programmatoria e del contenimento della spesa. Alle Asl viene anche demandato un ruolo di coordinamento del sistema dei servizi e della programmazione locale, facendosi promotore della razionalizzazione e integrazione tra sociale e sanitario, nonché di garante del cittadino e degli acquirenti delle prestazioni.

Entro l'Asl il distretto viene configurato come "area sistema", grazie alla presenza simultanea degli interventi sanitari, socio-sanitari e sociali. Esso rappresenta il livello adeguato per conoscere la domanda di salute e benessere, programmare le risposte, favorire l'interazione degli operatori del territorio.

Il dipartimento ASSI, la cui riorganizzazione quale componente dell'azienda era già iniziata con il precedente piano, diviene l'anello di congiunzione tra sociale e sanitario, il livello intermedio tra programmazione regionale e programmazione locale. Il suo operato deve essere centrato sulla "promozione di ogni forma di azione volta a garantire ai cittadini fragili la continuità assistenziale, che va dal sistema sanitario a quello sociale e viceversa" (Piano socio-sanitario 2007-2009), potenziando anche a questo livello la capacità programmatoria.

In analogia anche il ruolo dei Comuni deve progressivamente tendere verso una funzione di Pac. Nell'ultimo Pssr il disegno regionale si chiarisce ulteriormente: i Comuni, prediligendo forme di gestione associata, devono diventare "regolatori dei servizi, potenziando le capacità propulsive degli attori del privato sociale radicati nel territorio, e devono garantire ai cittadini le prestazioni erogate da una molteplicità di attori accreditati". Il loro ruolo nel sistema assistenziale si configura così con una forte analogia con quello delle Asl nel sistema socio-sanitario.

Nell'ultima legislatura la riforma e la configurazione del sistema di governo del welfare regionale viene formalizzata con l'emanazione della l.r. 3/2008 "Governare la rete", attesa legge di riordino che ha portato al superamento di un riferimento normativo vecchio di oltre vent'anni (l.r. 1/1986).

Ci limiteremo qui a richiamare alcuni elementi di diretta rilevanza per il tema oggetto del nostro esame. In primo luogo, in coerenza con quanto già tratteggiato dal secondo Pssr, la l.r. 3/2008 meglio chiarisce e formalizza i ruoli e le funzioni in capo agli attori istituzionali e meglio declina la composizione del sistema d'offerta integrato di interventi e servizi sociali, con esplicito riferimento alla presenza di una duplice rete: quella socio-sanitaria, la cui programmazione e regolazione è in capo alle Asl, e quella sociale, su cui hanno competenza diretta i Comuni.

Viene poi sancito il superamento della diversificazione tra unità d'offerta pubblica e privata, nel pieno rispetto del principio di parità (Irer, 2010), disegnando una rete di soggetti che nell'insieme rappresentano le unità d'offerta del sistema; viene formalizzata la separazione netta tra rete sociale e rete socio-sanitaria, in termini di compiti, sfere operative, flussi di finanziamento. Questa separazione, peraltro enunciata già nel Pssr 2002-2004, è attenuata da un richiamo esplicito all'obiettivo di integrazione e identificazione del Piano di Zona del luogo deputato della costruzione di percorsi di integrazione tra la programmazione sociale e la programmazione socio-sanitaria in ambito distrettuale. Rimane però il rischio di produrre a livello territoriale una elevata frammentazione nei percorsi di presa in carico, soprattutto in situazioni connotate da elevata complessità, per le quali il punto di ricomposizione dei percorsi rischia di essere in definitiva la persona stessa, o la sua famiglia.

La legge regionale rinnova anche il richiamo alla valorizzazione di tutte le risorse che concorrono a costruire il sistema d'offerta, con particolare riferimento ai soggetti del Terzo Settore, con indicazioni relative all'istituzione di momenti e luoghi specifici in cui promuovere il concorso al processo programmatorio, anche con forme di consultazione preventiva (sul segretariato sociale, su tariffe e rette, sulla definizione delle unità d'offerta …). Questa valorizzazione segue indicazioni già presenti nel secondo Pssr 2007-2009, nel quale si evidenziava la necessità di lavorare per meglio rafforzare il ruolo del Terzo Settore non solo attraverso la partecipazione del privato sociale alla produzione dei servizi ma anche attraverso la sua partecipazione alla *governance*, come soggetto attivo nella programmazione.

Un ulteriore tema riguarda l'organizzazione dei servizi, dal processo di presa in carico al richiamo esplicito all'attivazione di dispositivi organizzativi che qualificano il sistema dei servizi, come la carta dei servizi, i punti unici di accesso e il segretariato sociale. Queste esplicitazioni, all'interno di una legge di riordino come la l.r. 3/2008, sono importanti, poiché contribuiscono a rinforzare le funzioni di governo in capo a Regione, Asl e Comuni. Certamente non si tratta di elementi nuovi e non conosciuti per i territori: molti, infatti, sono i contesti impegnati da tempo nell'organizzazione delle funzioni di segretariato sociale a livello d'ambito e la carta dei servizi è uno strumento richiamato più volte e all'interno di diverse indicazioni normative. Proprio perché non sono strumenti organizzativi nuovi, il dettato regionale avrebbe potuto spingersi oltre, fornendo indicazioni attuative più stringenti.

4.3. Funzioni e ruoli di governo nelle politiche sociali e socio-sanitarie regionali

Richiamati i principali atti programmatori e normativi che disegnano l'insieme del sistema, passiamo ora ad analizzare le funzioni e i ruoli nel governo delle principali politiche, in campo sociale e socio-sanitario, perseguite dalla Regione Lombardia. Tali politiche sono specificamente trattate nei capitoli del volume, cui rimandiamo per un esame di merito.

Consideriamo dapprima, in questo e nei successivi paragrafi, i processi di programmazione. Le figure 4.1-4.6 ricostruiscono schematicamente (e quindi con tutti i limiti di ogni schematizzazione) le relazioni esistenti fra attori istituzionali, enti pubblici ed enti erogatori nelle politiche relative ai Piani di Zona (fig. 4.1), nella legge 23/1999 (fig. 4.2), nei servizi residenziali per anziani e portatori di handicap (fig. 4.3), nel voucher socio-sanitario (fig. 4.4), nel Fondo per la non autosufficienza (fig. 4.5) e, più avanti, nella partecipazione del Terzo Settore (fig. 4.6, par. 4.5). Le informazioni sono state raccolte con le analisi specifiche sviluppate in questa ricerca, l'esame della letteratura e della documentazione esistente (e quindi anche dei flussi informativi e delle relazioni previste dalle diverse normative di riforma o attivate dall'Assessorato regionale e messe a nostra disposizione), e grazie anche all'esperienza maturata sul campo come professionisti. Tali conoscenze ci hanno consentito di prendere in considerazione anche ruoli, relazioni e loro sviluppi non previsti dalla normativa, ma di fatto agiti nei processi in atto. Le schematizzazioni riportano per i principali attori delle politiche analizzate, la descrizione del ruolo definito dalla normativa e alcune note a margine che evidenziano aspetti effettivi del processo di attuazione delle politiche.

Le connessioni tra i diversi attori sono tracciate identificando le relazioni previste dalla normativa e quelle attivate e gestite con processi negoziali spontanei.

Questa scelta, se da un lato può complicare e introdurre anche maggiore discrezionalità nella ricostruzione dei processi, dall'altro consente di cogliere aspetti rilevanti e sviluppi inattesi rispetto alle previsioni iniziali.

4.3.1. *I Piani di Zona*

La pianificazione zonale rappresenta un campo di osservazione particolarmente interessante rispetto alla evoluzione dei rapporti fra:

– Regione e Asl, da un lato, e Comuni associati nell'ambito dall'altro;
– singoli Comuni e loro assemblee di ambito distrettuale;
– le Province e gli altri livelli di governo;
– gli attori pubblici di governo e gli enti erogatori.

Figura 4.1 - Piani di zona, processo decisionale e attori
Le linee guida del II e del III triennio di programmazione zonale

Attori	Processo	Note
Regione	Definisce linee guida alla programmazione e alloca i finanziamenti (FNPS, FSR, FNA, NIDI…) Coinvolge altri attori del sistema attraverso luoghi di rappresentanza dedicati (tavoli di rappresentanza)	Strumenti: delibere di giunta e circolari dell'assessorato. Progressivo coinvolgimento del Consiglio regionale, in particolare nell'approvazione della legge 3 sul governo della rete. Nel corso del ciclo programmatorio la Regione ha incrementato i momenti di incontro con Udp e Asl, soprattutto in fase di monitoraggio (sia pre che post) e nella fase di chiusura dei piani (valutazione)
Asl	Programma e realizza la rete di unità d'offerta socio-sanitarie Collabora alla programmazione zonale, fornisce intesa al piano previo controllo coerenze tra pdz, legge 3 e programmazione regionale Controlla e vigila unità offerta sociali Sottoscrive Accordo di programma (Adp)	Si richiama a stile partecipativo dell'Asl nella gestione delle funzioni di controllo, rimane alle singole Asl però l'interpretazione del mandato e la scelta di privilegiare la dimensione del controllo o della co-programmazione
Province	Rilevazione fabbisogni formativi e programmazione interventi formativi e di qualificazione continua Investimenti su interventi innovativi con particolare riferimento a istruzione, formazione e politiche del lavoro	Ruolo più preciso riconosciuto nelle linee guida anche se non vincolante, la scelta è stata delle singole Province rispetto a come e quanto sostenere le programmazioni locali
Ambiti	Attua il processo di programmazione formalizzato nell'Adp Coinvolge soggetti terzi, con l'istituzione di luoghi deputati (tavoli di rappresentanza locale) Gestisce la rendicontazione delle risorse e dei servizi	Soggetto cruciale, soprattutto dove rafforzato dalla nascita di forme di gestione nuove (aziende e consorzi), dove però si pone con urgenza il problema della chiarificazione di funzioni tra programmazione e gestione diretta di servizi
Comuni	Danno mandato all'ambito Definiscono su quali risorse programmare e quali servizi gestire in forma associata	
Enti erogatori e soggetti Terzo Settore	Concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete dei servizi. Possono aderire all'Adp. Partecipano ai luoghi deputati alla consultazione: tavoli di rappresentanza locali e regionali e tavoli tematici	Chiarito il differente livello della partecipazione: tecnico, di istruttoria e analisi nei tavoli tematici e politico strategico nei tavoli di rappresentanza

Relazioni previste dalle indicazioni regionali ———— Relazioni sorte spontaneamente - - - - - - -

Al momento di scrivere il capitolo gli ambiti sono impegnati nella attuazione della terza triennalità dei Piani di Zona ed è possibile quindi osservare, in chiave evolutiva, l'assetto che la Regione ha progressivamente costruito nel corso di questi anni. La Regione nelle prime indicazioni sulla programmazione zonale aveva introdotto alcuni forti vincoli nell'utilizzo delle risorse assegnando ai Comuni un ruolo subordinato a quello delle Asl ([4]). La circolare regionale 7/2002, infatti, indicava come "possibilità" la collaborazione dell'Asl alla definizione del Piano di Zona e lasciava così un'elevata discrezionalità nell'interpretazione dell'indirizzo regionale, circoscrivendo il ruolo dell'Asl al controllo della coerenza con la programmazione regionale e alla verifica e monitoraggio dei piani per le annualità di vigenza. In fase di approvazione del piano l'Asl manifestava unicamente l'intesa.

Nel corso delle ultime legislature, in particolare con la seconda triennalità dei Piani di Zona, è cresciuta l'autonomia programmatoria degli ambiti (il vincolo sui titoli si è ridimensionato) e si è disegnato un ruolo più collaborativo tra Asl e Ambiti, anche alla luce di una più chiara declinazione dei rispettivi ruoli e dei reciproci confini di competenza.

Nelle linee guida al secondo e terzo triennio di programmazione si colloca infatti tra le funzioni in capo all'Asl la "collaborazione alla programmazione zonale", indicata non più solo come possibilità dunque, e l'obbligo alla sottoscrizione dell'accordo di programma. Anche la l. r. 3/2008 marca una maggiore parità.

Nel decennio sono state via via precisate anche le funzioni della Provincia. Nelle prime indicazioni la Regione non assegnava alle Province un ruolo specifico nella programmazione sociale di zona, ma alcune amministrazioni provinciali si erano costruite in accordo con gli ambiti un ruolo di supporto e accompagnamento a livello sovrazonale. Nelle successive indicazioni regionali le Province vengono riconosciute come soggetti con funzioni formative e possibilità di investimento in interventi innovativi.

Nel corso delle ultime due legislature si è avuto anche un incremento dei flussi di finanziamento affidati alla gestione diretta degli ambiti. Oltre alle risorse del Fondo nazionale politiche sociali (Fnps), i Piani di Zona sono stati infatti progressivamente chiamati a gestire il Fondo sociale regionale (ex circolare 4), una parte del fondo nazionale per la non autosufficienza ([5]) e ad assumere un ruolo centrale nella programmazione delle risorse del Piano Nidi ([6]). Solo ul-

---

([4]) Rimandiamo ai contenuti di capitolo *I ruoli di governo,* nella valutazione della legislatura 2000-2005 (Ranci Ortigosa e Lo Schiavo, 2005) e *Il Piano di Zona* (De Ambrogio, Avanzini, Ghetti, 2005) per un dettaglio sulle indicazioni relative alla prima triennalità dei Piani di Zona, limitandoci qui a sottolineare gli elementi di sviluppo emerse nelle successive triennalità.

([5]) Dgr n. 8243/2008; n. 9152/2009 e n. 11255/2010.

([6]) Dgr 8243 del 22 ottobre del 2008 e Dgr 011152 del 3 febbraio 2010.

timamente però la Regione sta cercando di far convergere le risorse provenienti dai diversi flussi di finanziamento all'interno di un budget unico, così da poter favorire un miglior svolgimento della funzione programmatoria in capo ai Comuni. È un tentativo certamente atteso dagli ambiti, spesso limitati nell'azione programmatoria da finanziamenti non sincronizzati e da una costante incertezza circa l'entità delle risorse trasferite. Criticità quest'ultima che purtroppo permane tutt'oggi, anche quale conseguenza dell'attuale momento storico di crisi economico-finanziaria. L'annunciato budget unico dunque non si è ancora pienamente concretizzato.

Nonostante il progressivo riconoscimento del Piano di Zona come sede di programmazione e gestione di risorse e l'incremento delle fonti di finanziamento (Fnps, Fsr, non autosufficienza e piano nidi) appena citato, nel corso degli ultimi due trienni l'ammontare delle risorse trasferite, in termini di consistenza economica è complessivamente diminuito (in particolare Fnps), mentre i fondi specifici (Fondo per la non autosufficienza e Fondo del Piano Nidi) hanno introdotto forti vincoli di destinazione limitando l'autonomia programmatoria degli ambiti.

Un miglioramento invece registrano la gestione dei processi e, in particolare, le forme di comunicazione tra il livello regionale e quello locale, grazie all'introduzione di momenti di confronto istituzionalizzati, come i tavoli di consultazione a livello regionale ([7]), e allo sviluppo di modalità di interlocuzione meno formalizzate, come ad esempio la restituzione degli esiti dei monitoraggi e la convocazione degli Uffici di piano per gestire alcuni temi specifici (es. la definizione del piano triennale per la prima infanzia). Su questo ultimo aspetto tuttavia va rilevato che non sempre l'interlocuzione coinvolge tutti i Piani di Zona, e che sembra operare un meccanismo selettivo di rappresentanza che porta nel concreto a realizzare un confronto Ambiti-Regione tale da privilegiare solo alcuni territori ([8]).

4.3.2. *La legge regionale 23/1999*

Attraverso questa legge e le iniziative ad essa conseguenti la Regione ha inteso realizzare quello che il Pssr qualifica come *welfare devoluto,* ovvero un federalismo inteso "non solo come decentramento del potere istituzionale di organizzare i servizi per la salute e il benessere (sussidiarietà verticale), ma come volontà di favorire la partecipazione delle persone nell'erogazione dei servizi, affiancando sempre più la gestione regionale fino a sostituirla (sussidiarietà orizzontale)" (Boni, 2004, pag. 34). Nella declinazione di questa strategia, ci si concentra sulle relazioni fra Regione-Asl e enti erogatori, come è previsto dalla legge stessa.

([7]) Deliberazioni n. 7798 e n. 7797 del 30 luglio 2008.
([8]) Una trattazione più analitica dei Piani di Zona si trova nel prossimo capitolo.

Nel corso delle due legislature l'attuazione di questa normativa ha registrato alcune evoluzioni. Il ruolo marginale dei Comuni, riscontrabile in una prima fase di applicazione della legge, si è articolato, almeno sino ad un certo periodo. Inizialmente, infatti, gli ambiti sociali e i Comuni venivano coinvolti solo nella definizione delle priorità di programmazione e successivamente informati in merito ai progetti approvati dall'Asl. Nel tempo in alcuni contesti si è sviluppata un'interazione fra le progettazioni ex l.r. 23 e la programmazione zonale: le proposte finanziate sono confluite nella programmazione dei territori e in alcuni casi i progetti elaborati sono stati condivisi a livello di tavolo tematico zonale. Si è sviluppata, inoltre, una collaborazione tra Comuni e Asl nel processo di valutazione selettiva dei progetti.

Tuttavia, nonostante queste aperture, in molti territori sembra si stia ritornando ad una fase iniziale, con la gestione diretta di questa politica da parte dell'Asl e i Comuni in posizione marginale. Nel tempo è andato riducendosi anche il ruolo degli esperti esterni previsto dalla normativa come supporto consulenziale all'Asl.

Figura 4.2 - Legge regionale 23/1999, processo decisionale e attori

Attori	Processo	Note
Regione	– Obiettivi generali di legge; – finanziamenti; – bandi annuali progetti	I bandi definiscono criteri di ammissione, procedure e modalità presentazione
Asl (e Comune di Milano)	Selezione, monitoraggio e valutazione dei progetti; Comunica ai Comuni capofila	Funzione di indirizzo della programmazione Ogni Asl si dota di un'Unità tecnica di valutazione
Consulta regionale delle associazioni familiari	Svolge funzioni consultive di supporto agli organismi regionali, dialoga con le associazioni, promuove studi	Organo a composizione mista pubblico (Regione, Asl, Comuni-ANCI, Province-UPL) privato (rappresentanti associazioni iscritte nel registro, referenti di strutture di autoorganizzazione di servizi fra famiglie)
Esperti esterni	Funzione di consulenza e supporto tecnico	La Regione stipula una convenzione con un'Università per supportare ASL e Comune di Milano nell'attuazione della legge (selezione, monitoraggio e valutazione dei progetti)
Provincia		
Ambito	Fornisce indicazioni sulle priorità: Riceve i progetti approvati	Il bando 2003 stabilisce di comunicare ai Comuni capofila di ambito i progetti approvati relativi a quel territorio, anche per valutarne connessioni con i Piani di zona
Comune		
Enti erogatori (9)	Presentano progetti; Iscrizione registro delle Associazioni di solidarietà familiare Rendicontazione attività	Soggetto centrale della legge e del nuovo sistema regionale di welfare

Relazioni previste dalle indicazioni regionali ———— Relazioni sorte spontaneamente - - - - - - -

(9) Si intende i soggetti che hanno avuto accesso ai bandi: associazioni di solidarietà familiare, organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, cooperative sociali, enti privati, enti ecclesiastici, associazioni femminili (cfr. il capitolo specifico sulla l. 23/1999).

4.3.3. *La residenzialità per anziani e disabili*

Il tema delle residenze per anziani (Rsa) e per le persone con disabilità (Rsd) offre un esempio significativo di attuazione della strategia di costruzione e sviluppo di un mercato, o "quasi-mercato", tramite l'accreditamento dei produttori, disegnata nel primo Pssr.

La residenzialità bene evidenzia un sistema di governo che vede la Regione in veste di regolatore e finanziatore principale, l'Asl come acquirente e controllore dei servizi, gli enti erogatori come terminali sul territorio cui è richiesto, per ottenere l'accreditamento, il possesso di certi requisiti e standard e l'impegno alla soddisfazione un debito informativo. Esso comporta la compilazione e trasmissione di una scheda di osservazione intermedia dell'assistenza (Sosia) e di una scheda individuale per la rilevazione delle fragilità e capacità dell'ospite disabile (Sidi). Anche in questo caso gli Enti locali (Provincia, Ambiti e Comuni) non sono chiamati a intervenire nel processo di programmazione della politica, mentre famiglie e/o Comuni sono coinvolti nella copertura degli oneri della retta alberghiera.

Per quanto riguarda le competenze sui processi di autorizzazione e accreditamento, nell'ultimo quinquennio sono state introdotte importanti semplificazioni per l'inizio di nuove attività, attraverso l'applicazione della Dia in sostituzione dell'autorizzazione al funzionamento, e alcune importanti precisazioni sull'esercizio della funzione di controllo e vigilanza ([10]), come ad esempio l'organizzazione del contenuto dei controlli di appropriatezza.

Il sistema d'offerta lombardo sulla residenzialità nel corso di questo decennio si è certamente ampliato e articolato portando la Regione Lombardia a vantare una dotazione di posti decisamente superiore alla media nazionale. L'incremento si è avuto in particolare sul privato, sia no profit che profit, parallelamente ad una progressiva riduzione delle forme di gestione diretta da parte di soggetti pubblici, in piena coerenza con l'orientamento generale della Regione. In questo processo hanno giocato certamente un ruolo determinante la riforma delle Ipab e l'introduzione dell'accreditamento, quale step successivo all'autorizzazione, a cui è attribuito un compito di regolazione dell'offerta in relazione al fabbisogno dei territori. Questo ha permesso lo sviluppo di un'offerta autorizzata in misura superiore al fabbisogno stimato, ed ha anche reso più fragile lo spazio di regolazione e di controllo pubblico. Su questo tipo di offerta infatti si gioca un rapporto diretto fra utenza e struttura produttiva, sul quale il controllo pubblico su appropriatezza e sui costi è parziale, con il rischio di ricadute importanti a carico delle famiglie e dei Comuni, in termini di integrazione delle rette. La progressiva dismissione delle Uvg e lo spostamento progressivo delle forme di controllo alle fasi post-autorizzazione sono ulteriori elementi critici che alimentano questo rischio.

([10]) Dgr n. 8/8496 del 26.11.2008 "*Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza e il controllo delle unità d'offerta socio-sanitarie*".

Figura 4.3 - RSA e RSD, area socio-sanitaria, processo decisionale e attori

Attori	Processo	Note
Regione	Indica i requisiti per l'autorizzazione, svolge la funzione di accreditamento, individua i criteri di remunerazione delle prestazioni, le modalità di accesso e di verifica dell'adeguatezza del servizio; trasferisce le risorse alle Asl	Abolizione delle UVG come filtri per l'analisi delle domande di accesso e introduzione dei SOSIA Introduzione sistema SIDi (Scheda individuale per la rilevazione delle fragilità e capacità dell'ospite disabile) Disciplina le modalità di integrazione tra il sistema comunale dei servizi e la programmazione socio-sanitaria La quota parte socio-sanitaria del Fsr passa attraverso le Asl agli enti erogatori
Asl	Funzioni di Pac Alle funzioni di vigilanza e controllo si aggiungono le funzioni di definizione del fabbisogno, autorizzazione (sospensione e revoca) al funzionamento e stipula dei contratti	Semplificazione delle procedure autorizzative con introduzione DIA Definisce il fabbisogno e stipula i contratti con i gestori ed è responsabile del premio qualità Svolge azioni di valutazione attraverso la vigilanza e i controlli di appropriatezza delle classificazioni SOSIA a campione
Province		
Ambiti		
Comune	È chiamato a formulare proposte e pareri sulla Programmazione. Partecipazione al pagamento delle rette per le persone richiedenti. Ha ridotto la propria presenza come gestore di strutture	La funzione di consultazione dei Comuni non sembra essere esercitata con il rischio di essere ai margini della programmazione sul tema della residenzialità
Enti erogatori	Rispondono al debito informativo (scheda definita dalla Regione, risposta all'Asl) Possono avere posti oltre quelli accreditati, da gestire in regime di "libro mercato" Hanno una relazione diretta con il cittadino e definiscono il bisogno socioassistenziale	La riforma delle IPAB ha incrementato il numero di soggetti erogatori privati; hanno ruolo centrale nella fase di accesso al servizio e una relazione diretta con la famiglia e con l'utente e per questo spesso svolgono di fatto una funzione di rilevazione e valutazione del bisogno, soprattutto in mancanza di una unità di valutazione che svolga una funzione di analisi del bisogno e di eventuale filtro

Relazioni previste dalle indicazioni regionali ———— Relazioni sorte spontaneamente - - - - - - -

4.3.4. *Il voucher socio-sanitario*

La Regione Lombardia nel 2003 ha introdotto il voucher socio-sanitario. La riforma è stata introdotta per garantire la libertà di scelta dell'utente fra un numero di enti erogatori che non sono più solamente o pubblici o privati convenzionati, ma enti (pubblici, non profit o for profit) accreditati e chiamati "enti pattanti". L'utente che ha bisogno di prestazioni di assistenza domiciliare integrata chiede la relativa prescrizione al medico di medicina generale e si rivolge quindi al distretto, che emetterà il titolo di pagamento. La valutazione viene effettuata dal distretto socio-sanitario in base ad un *iter* che varia da Asl ad Asl e che può essere anche molto semplificato e non prevedere una valutazione diretta sulla persona. In caso di valutazione positiva l'utente riceve una lista di enti pattanti cui potrà rivolgersi per avere il servizio. L'individuazione delle prestazioni e la definizione del numero di accessi, a seconda delle Asl, può essere effettuata dal Mmg, dal distretto, oppure con il concorso dell'ente pattante. Anche in questo caso, come per le altre misure socio-sanitarie, le competenze principali sono in capo alla Regione e alle Asl, mentre gli ambiti distrettuali e i Comuni restano sostanzialmente estranei alle decisioni.

Nel corso del decennio il sistema è andato sviluppandosi in particolare attraverso:

– un'integrazione con il comparto sanitario mediante la connessione dei voucher socio-sanitari con i credit sanitari;

– un incremento del parco fornitori e, di conseguenza, lo sviluppo di una reale possibilità di esercizio della libertà di scelta da parte dei cittadini;

– l'introduzione di alcune forme di regolazione del sistema, come la negoziazione annuale del budget di ogni soggetto gestore con la propria Asl.

La scelta strategica della Regione è stata di avviare il sistema in presenza di indicazioni minimali, nella volontà di lasciare piena libertà attuative alle singole Asl. Seppure nel tempo alcune precisazioni siano state fornite, permangono ambiguità importanti rispetto alle procedure e alla distribuzione di ruoli e funzioni, oltre che notevoli differenziazioni tra le Asl. In particolare le ambiguità più forti riguardano la funzione di valutazione del bisogno, della progettazione sul caso e del controllo dell'appropriatezza dei piani personalizzati. In assenza di indicazioni chiare ogni territorio si è organizzato attraverso scelte e modalità proprie. Tale discrezionalità in alcuni contesti ha reso evidenti rischi come la marginalità dei medici di medicina generale nella valutazione del bisogno, la discrezionalità in capo al soggetto erogatore delle prestazioni quando gli è lasciata libertà di definire i piani di intervento, il conseguente rischio di mercificazione del servizio.

Figura 4.4 - Voucher socio-sanitario, processo decisionale e attori

Attori	Processo	Note
Regione	Decide la separazione tra acquirente ed erogatore; Introduce la competizione tra gli erogatori con spazi crescenti per gli erog. privati; Introduce la libertà di scelta degli utenti; Indica linee generali del percorso assistenziale, i criteri di base di accreditamento, le tariffe per remunerare erogatori	La Regione fornisce assai poche indicazioni. Si tratta di una strategia esplicitata: fornire solo alcune indicazioni chiave e lasciare grande autonomia ad ogni singola Asl I criteri di accreditamento sono esigui, quelli sostanziali li decide ogni Asl autonomamente
Asl	Decidono come si svolgono nel loro territorio il percorso assistenziale e i rapporti con gli erogatori, definiscono i criteri di accreditamento vero e proprio; Sovente modificano le tariffe ragionali in base alle proprie esigenze	L'autonomia delle Asl è assai ampia. Nella pratica, il voucher socio-sanitario è stata applicato con modalità anche estremamente diverse tra le varie Asl
Province		
Ambiti		
Comune		Non ci sono indicazioni regionali in proposito. Nelle singole Asl si sviluppano rapporti tra Aziende, erogatori Adi e Comuni sulla base di come è organizzato il voucher e di quali erano i rapporti tra tali soggetti in precedenza
Enti erogatori	Si accreditano nei vari distretti	Un numero crescente di erogatori si accredita in più Asl

Relazioni previste dalle indicazioni regionali ———— Relazioni sorte spontaneamente - - - - - - -

4.3.5. *Il Fondo per la non autosufficienza*

La gestione a livello regionale del Fondo nazionale per la non autosufficienza, istituito a livello nazionale per le annualità 2007-2009, rappresenta un campo nuovo, significativo quindi per cogliere le tendenze effettivamente e attualmente perseguite dalla Regione Lombardia sul governo dell'offerta dei servizi sociali e sanitari. Tendenze caratterizzate da duplicazione e separazione tanto delle reti che dei flussi di finanziamento.

Il Fondo è stato istituito dal Governo Prodi, con la legge Finanziaria 2007 e finanzia interventi di rilievo socio-assistenziale finalizzati a:

a) attivazione o rafforzamento dei punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi;

b) attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza;

c) attivazione o rafforzamento dei servizi socio-sanitari e socio assistenziali, con riferimento prioritario a quelli che possono favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti.

Tali prestazioni e servizi non sono sostituitivi di quelli sanitari.

Dalla raffigurazione dello schema è molto chiara la "gerarchizzazione" della gestione fra Regione e Asl, e fra Asl e Ambiti. La Regione detta gli indirizzi e destina le risorse all'Asl che, a sua volta, per le aree di competenza comunale, ne destina una parte ai Comuni per il tramite dei Piani di Zona.

La normativa in materia richiama l'integrazione tra sociale e socio-sanitario anche specificamente per gli interventi sulla non autosufficienza, sollecitando l'attivazione di progetti di integrazione tra sistema sociale e socio-sanitario grazie ad accordi tra Asl e ambiti distrettuali e alla collaborazione sul territorio su Pua e Pai. Tuttavia questa sollecitazione rischia di rimanere una mera dichiarazione d'intenti perché, nei dispositivi scelti per regolare la gestione delle risorse, non viene declinata nel concreto. L'affidamento della gestione delle risorse all'Asl per Pua e Pai e la distinzione netta delle risorse sulla domiciliarità determinano, di fatto, una separazione della gestione e riducono a mero auspicio l'integrazione.

L'attivazione di percorsi di condivisione effettiva e d'integrazione sull'accesso e sulla progettazione individualizzata rimane di fatto affidata alle singole Asl e alle storie locali, producendo situazioni fortemente differenziate a livello regionale. In alcuni territori, infatti, questa delibera ha dato l'avvio ad esempio a percorsi formativi, congiunti fra Asl e Comuni, sulla funzione di orientamento e di primo accesso alla rete dei servizi, e alla predisposizione di protocolli e strumenti organizzativi condivisi. Viceversa in altri territori le risorse nazionali su Pua e Pai sono state trattenute interamente dalle Asl e la partecipazione dei Comuni è avvenuta unicamente attraverso l'autonomo investimento di loro risorse. Nel perseguire quindi la logica spartizione e divisione delle competenze tra Comuni e Asl, e pertanto non della integrazione, la Regione Lombardia ha in parte disatteso anche l'indicazione nazionale che dava priorità agli interventi e prestazioni di natura sociale.

Figura 4.5 - Fondo per la non autosufficienza, processo decisionale e attori (Dgr 8243 del 22 ottobre 2008 e seguenti)

Attori	Processo	Note
Stato	Istituzione di Fondo nazionale per la non autosufficienza, per tre anni 2007-2009 di 800 milioni di euro complessivi, incrementati nel 2010 da ulteriori 400 milioni.	
Regione	Destinazione delle risorse del FNA attraverso la definizione dei criteri di riparto e la declinazione delle priorità di intervento che sono: accesso unico (PUA), piani di assistenza individualizzati (PAI) e sostegno alla domiciliarità.	Non ha integrato con risorse proprie le risorse nazionali previste per il triennio 2007-2009 ma ha dato continuità al fondo per l'anno 2010.
Asl	Gestione diretta delle risorse e programmazione degli interventi su PUA, PAI e sulla domiciliarità in ambito socio-sanitario. Distribuzione ai Comuni delle risorse sulla domiciliarità in ambito sociale sulla base dei criteri di riparto definiti dal livello regionale. Attivazione di progetti di integrazione tra sistema sociale e socio-sanitario, in accordo con ambiti distrettuali.	Su Pua e Pai, pur nella responsabilità diretta della gestione all' ASL, è previsto l'accordo con gli ambiti distrettuali, prevedendo la distribuzione delle risorse in base alle attività effettivamente in carico.
Ambito	Gestiscono la programmazione e l'erogazione dei titoli sociali a sostegno della domiciliarità. Collaborano con Asl su Pua e Pai.	
Comuni	Comuni: collaborano con gli ambiti zonali nella definizione, in sinergia con i servizi domiciliari comunali, delle strategie per il sostegno alla domiciliarità delle persone non autosufficienti.	

Relazioni previste dalle indicazioni regionali ———— Relazioni sorte spontaneamente - - - - - - -

Va, però, evidenziata nella delibera relativa al Fondo la riduzione del ruolo di controllo delle Asl, e quindi anche in parte dell'ambivalenza di ruolo dell'Asl, insieme partner e controllore dei Comuni, più volte evidenziata negli anni passati, e decisamente "smussata" anche nelle linee di indirizzo sui Piani di Zona e nella già citata l.r. 3/2008. Questa legge ha contribuito alla ridefinizione di ruoli e funzioni in un'ottica di minore disparità tra Asl e Comuni. La declinazione del sistema di governo regionale che potrebbe segnare quasi un nuovo corso nella gestione della *governance*, è però ancora in una fase di avvio e non risulta ancora generalizzabile a tutte le aree di politica sociale regionale.

4.4. La sussidiarietà nelle politiche sociali e sanitarie della Regione Lombardia

4.4.1. *La sussidiarietà verticale*

Un primo campo di osservazione – fin qui non considerato – è costituito dalla distribuzione dei ruoli di governo all'interno della Regione, dove si attua una progressiva riduzione del Consiglio a funzioni di scelta e orientamento generale, con una contestuale espansione del ruolo della Giunta, esercitato attraverso l'utilizzo di strumenti regolativi di sua competenza, che talora anticipano e talora riempiono *ex post* di ulteriori contenuti la legislazione regionale.

Quanto osservato assume il dovuto rilievo se legato all'accentuato centralismo regionale nel governo delle politiche sociali, che la Giunta gestisce con un forte e coerente indirizzo, generalmente poco affiancato da un accompagnamento continuativo e diffuso agli enti e agli operatori del territorio regionale. Si tende insomma a privilegiare un metodo direttivo piuttosto che di promozione e coinvolgimento.

La ricostruzione dei processi programmatori e decisionali sintetizzata nei grafici evidenzia funzioni, ruoli e contenuti di governo diversi per le politiche socio-sanitarie, le politiche socio-assistenziali, le politiche familiari.

Sulle politiche socio-sanitarie la Regione afferma la sua piena ed esclusiva competenza, tanto per i servizi che il Pssr definisce "ad alta integrazione", finanziati esclusivamente dal Fondo Sanitario Regionale, quanto per i servizi "integrati", al cui finanziamento oltre al Fondo Sanitario Regionale sono chiamati a concorrere anche Comuni e famiglie. L'azione di governo (programmazione, finanziamento, controllo) è esercitata dalla Regione direttamente e tramite le Asl, enti strumentali della Regione stessa. L'autorizzazione al funzionamento, la stipula dei contratti, la sospensione e la revoca delle strutture socio-sanitarie, sono state trasferite alle Asl, mentre la Regione gestisce direttamente il loro accreditamento sulla base di una istruttoria svolta dalle Asl. Possiamo aggiungere che anche le funzioni amministrative di vigilanza e controllo ([11]) sulle persone giuridiche di diritto privato che operano in ambito

([11]) Previste dagli artt. 23 e 25 del codice civile.

socio-sanitario (e anche socioassistenziale) sono state con la l.r. 6/2005 trasferite alla Asl. In sintesi per tali politiche la filiera di governo è: Regione → Asl → produttori dei servizi, sia pubblici che privati, nei loro ben diversificati e specifici ruoli. I Comuni restano al margine, possono al più presenziare se sono parte in enti produttori, ma devono concorrere alla copertura dei costi al posto delle famiglie non in grado di pagare in tutto o in parte le rette.

Nel campo delle politiche socio-assistenziali i Comuni, singoli o aggregati a livello di ambito distrettuale, sono responsabili della elaborazione del Piano di zona, della gestione di buoni e voucher sociali, dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture socio-assistenziali, della stipula dei contratti con gli enti produttori entro i limiti posti dai budget. Ma anche sul sociale la Regione ha assunto un ruolo direttivo, imponendo inizialmente forti vincoli all'uso delle risorse del Fondo sociale (70% per buoni e voucher, 30% per servizi e interventi territoriali quali, ad esempio, il potenziamento del segretariato sociale), facendo transitare il finanziamento almeno amministrativamente dalle Asl, ponendo così le Asl in una posizione non tanto di partner, che collabora alla elaborazione del Piano di Zona, quanto di controllore del piano e della sua attuazione, su delega della Regione. Anche sull'accreditamento la Regione pone dei limiti ai Comuni e affida la vigilanza sui relativi servizi alle Asl.

La politica per la famiglia della l.r. 23/1999 vede ancora un ruolo centrale della Regione e delle Asl, sue braccia operative per la selezione dei progetti. I Comuni, singoli o associati nella programmazione zonale, sono chiamati ad una interlocuzione sulle priorità di programmazione che, di fatto, sono state in linea con le indicazioni regionali. Interlocutori sono le associazioni di solidarietà familiare, le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, le cooperative sociali, gli enti privati, gli enti ecclesiastici, le associazioni femminili, direttamente come soggetti che possono accedere ai bandi e, indirettamente, tramite la Consulta regionale delle associazioni familiari, chiamata ad esprimere le loro volontà ed esigenze.

Queste diverse linee di regolazione, programmazione, attivazione e finanziamento di interventi e servizi sono fra loro separate, senza che vengano previsti fattori ed elementi forti di integrazione, al di là di una esigenza in tal senso dichiarata nei piani socio-sanitari e nella l.r. 3/2008 e dell'impegno a ciò finalizzato che i protagonisti sul territorio possono esprimere e praticare, come in più contesti effettivamente accade.

La programmazione dei servizi socio-sanitari è tutta compito delle Asl, senza un formale coinvolgimento dei Comuni. Fra gli atti programmatori dei servizi socio-sanitari affidati alle Asl e la programmazione dei servizi socio-assistenziali propria dei Comuni non ci sono infatti vincoli formalizzati di coerenza o di concerto reciproco. Non viene in Lombardia richiesta quella dichiarazione di intesa "incrociata" sulla parte socio-sanitaria dei Pat (Piani delle Attività Territoriali) e dei Pdz, né quel "parere", pure incrociato, sulle parti specificamente sanitarie e so-

ciali dei piani richiamati che il d.P.R. 229/1999 prevede. Non sono insomma previsti incroci formalizzati per il coordinamento e l'integrazione fra i due processi programmatori, e tali esigenze sono così di fatto affidate al ruolo, potenzialmente forte, dell'Asl sui Piani di Zona, e al ruolo, più debole, dei Comuni nelle funzioni riconosciute alla Conferenza e all'Assemblea dei sindaci, rispettivamente sui piani di Asl e distretto.

Il possibile coordinamento fra i diversi soggetti finisce così per essere quello che può svilupparsi "di fatto", all'interno delle specifiche procedure e dei processi delle singole politiche. I Comuni quindi possono in varia misura influire sulla programmazione socio-sanitaria operando come Conferenza regionale delle autonomie, a livello regionale, come Conferenza dei sindaci a livello di Asl, come Assemblee dei sindaci a livello di distretto. E per parte sua anche l'Asl può influire sui Piani di Zona facendo leva sull'intesa che i Comuni le chiedono di esprimere al Pdz perché si possa poi firmare l'Accordo di programma, che libera le risorse finanziarie del fondo sociale da essa detenute e attiva il loro trasferimento agli ambiti.

Ancora più marcata la separazione rispetto al processo decisionale di altre politiche, come ad esempio la l.r. 23/1999, dove i progetti sono selezionati dalle Asl, cui spetterebbe anche la funzione di monitoraggio e valutazione, che, a quanto pare, viene generalmente poco attuata.

Dall'analisi dei processi decisionali relativi alla programmazione e ai più rilevanti ambiti di servizi emerge quindi che le azioni politiche considerate:

– sono diverse e fra loro separate fin dalla programmazione, con serie carenze sul piano della integrazione delle politiche e degli interventi;

– sono tutte caratterizzate dal forte ruolo della Regione, esercitato direttamente e indirettamente tramite le Asl. Il ruolo dei Comuni e degli Ambiti è riconosciuto in campo socioassistenziale, ma sottoposto a vincoli e controlli. Il ruolo delle Province è stato a lungo trascurato per essere infine riconosciuto dalla l.r. 3/2008 rispetto alle funzioni di sostegno, informazione e formazione tradizionalmente da esse svolte. Va anche evidenziato che le Province sono di fatto spesso intervenute anche nei processi programmatori, come la sottoscrizione da parte di esse di una metà dei Piani di Zona evidenzia.

Gli indirizzi prima sintetizzati negli ultimi anni sono stati in parte rivisti da circolari che suggeriscono alle Asl un maggior coinvolgimento degli ambiti nell'esercizio delle proprie funzioni programmatorie. Alcune Asl hanno anticipato o seguito tale indicazione chiamando ad esempio responsabili degli uffici di piano a far parte di commissioni di selezione dei progetti da finanziare con i diversi fondi. Dato che dal 2005 i fondi delle leggi di settore sono assorbiti nel Fnps, tale tendenza si va anche consolidando, forse anche mirando ad un maggior coinvolgimento delle risorse dei Comuni nel finanziamento dei servizi e degli interventi a compensazione di un Fnps che viene a subire riduzioni di un certo rilievo. Un diverso rapporto tra Asl, Comuni e anche privato sociale si sviluppa anche quando insieme lavorano su pro-

gettualità sperimentali presentate da bandi regionali (ad esempio autismo, maternità fragile).

Va pure qui ribadito che sul territorio i processi si sono svolti e si svolgono anche diversamente dalle indicazioni formali. I Comuni, ad esempio, come si è detto possono anche assumere un certo ruolo sia come rappresentanti delle esigenze della popolazione in sede di programmazione e valutazione tramite le Conferenze e le Assemblee dei Sindaci, sia come attori diretti o indiretti della produzione dei servizi per anziani e disabili non autosufficienti. Parecchie Rsa sono, infatti, dei Comuni o hanno un forte riferimento nei Comuni.

Anche le esperienze ora richiamate confermano l'osservazione che una certa marginalizzazione dei Comuni e delle Province è pure dovuta alla debolezza della loro rappresentanza e della loro contrattualità con la Regione. Probabilmente sono dovute anche allo scarso investimento di molti Comuni per la effettiva valorizzazione della dimensione zonale come livello di governo associato, sempre più comprensivo delle politiche e risorse sociali, sia quelle ricevute dai fondi di Stato e Regione, sia quelle tratte dai loro bilanci. Una più radicale scelta dei Comuni nel senso indicato, accompagnata dal rafforzamento degli Uffici di Piano come struttura di istruttoria e supporto anche delle analisi e delle scelte delle politiche sociali sul territorio, rafforzerebbe certamente anche l'autonoma elaborazione di scelte politiche da parte degli enti locali, e la loro capacità di contrattazione efficace e costruttiva con le Asl.

4.4.2. *La sussidiarietà orizzontale*

Alla sussidiarietà orizzontale vanno forti dichiarazioni regionali di riconoscimento e promozione, che si sono tradotte anche in scelte concrete.

Uno dei principali elementi che connota il welfare lombardo è, infatti, la partecipazione dei soggetti sociali alla programmazione e alla realizzazione degli interventi. Nel rapporto di fine legislatura si legge un esplicito intento a realizzare "una partecipazione più decisa nella definizione degli obiettivi della programmazione per le cooperative sociali, le associazioni di volontariato e in genere enti che hanno la possibilità di concludere convenzioni con il settore pubblico con considerazione privilegiata e specifica" (Irer, 2010).

Gli esiti di questo processo di valorizzazione del terzo e quarto settore (come talora dicono alcuni documenti) sono evidenziati dalla crescita numerica di tali organizzazioni nel corso del tempo, dal 2000 al 2007:

– le associazioni senza scopo di lucro (l.r. 28/1996) sono triplicate, da 291 a 957;

– le associazioni di solidarietà familiare (l.r. 23/1999) sono quasi raddoppiate, da 367 a 641;

– le cooperative sociali sono cresciute da 868 a 1.420;

– le organizzazioni di volontariato da 2.831 a 4.236.

Il concetto di sussidiarietà non viene declinato solo verso le organizzazioni degli attori sociali "organizzati", ma conduce anche a riconoscere e valorizzare la famiglia come attore sociale competente, capace di provvedere in autonomia alla risposta del proprio bisogno sociale. Le direttrici principali di questo sostegno sono state la valorizzazione della capacità di innovazione attraverso il finanziamento per progetti soprattutto di associazioni familiari (es. l.r. 23/1999) e uno spostamento progressivo di finanziamenti dall'offerta verso la domanda.

L'approccio alla sussidiarietà secondo un'ispirazione che riconosce "capacità di azione del singolo delle famiglie e dei corpi intermedi di rispondere ai bisogni" (Irer, 2010) ha certamente influito anche su un orientamento sempre più esplicito allo sviluppo di un "quasi-mercato". La scelta della Regione è oramai chiara e si è progressivamente esplicitata anche per il comparto sociale: libertà di scelta per i cittadini, pluralità di soggetti erogatori di interventi e prestazioni, pari dignità tra gli erogatori pubblici e provati. La scelta amministrativa dell'accreditamento istituzionale e la regolazione di questo istituto anche in area sociale evidenzia l'orientamento verso l'ampliamento del modello sanitario a tutta l'area del welfare.

La realtà concreta spesso, però, non rispecchia le previsioni normative, e presenta piuttosto un quadro notevolmente articolato di soluzioni, a seconda delle forze in campo, della loro iniziativa, delle loro volontà.

La ridefinizione delle funzioni delle Asl in termini di Pac (programmazione, acquisto, controllo) ha incontrato, ad esempio, molte difficoltà e anche resistenze nell'attuazione, rimasta quindi parziale. Anche se, accompagnata dalla promozione regionale dei voucher e anche dalla trasformazione delle Ipab in fondazioni, ha conseguito un certo successo nella promozione di "quasi-mercati" dei servizi.

L'effettività dei "quasi-mercati" comporta però la sussistenza di alcune condizioni di fatto. Ad esempio che vi sia una pluralità di produttori che operano sullo stesso territorio, senza posizioni monopolistiche o comunque dominanti; con un'offerta complessiva di servizi e prestazioni non pari ma superiore alla domanda; che tali produttori presentino caratteristiche e requisiti trasparenti, leggibili anche da soggetti in condizione di bisogno; che questi ultimi a loro volta non siano oggetto di azioni d'induzione o manipolazione cui anche per la loro fragilità non sono in grado di opporsi, e che minacciano una loro effettiva libertà di scelta; che non si determini per conseguenza un'espansione di consumi, in parte indotti e inappropriati, con sforamento dei budget disponibili.

Il "quasi-mercato" presenta queste e altre criticità, il cui superamento richiede non solo norme adeguate, ma azioni di governo (programmazione, gestione dei rapporti, promozione dell'accompagnamento, controllo, valutazione) costanti e impegnative. A livello generale rimane insomma ancora aperta la questione della capacità della Regione, delle Asl e dei Comuni di una regolazione di tale mercato in grado costantemente di evitare le distorsioni ora richiamate e di assicurare quindi i possibili benefici all'utente.

La questione è complessa e richiede per essere positivamente trattata un ridimensionamento delle istanze ideologiche ed un approccio più pragmatico, attento soprattutto a cogliere ed analizzare gli sviluppi concreti che si determinano sul campo, per gestirli non solo e non tanto con indirizzi generali regionali, ma soprattutto attivando e responsabilizzando gli attori locali. Autorizzazioni, accreditamenti, contratti sono, infatti, regolati da norme generali, ma vengono attuati concretamente sul territorio. Analogamente la libertà di scelta può essere proclamata a livello generale, ma va resa effettiva con un'attenzione e un sostegno che solo sul territorio possono essere dati, e che rientra nelle specifiche responsabilità dell'ente pubblico garantire e assicurare.

Nel corso del decennio si è prodotta una progressiva strutturazione e anche istituzionalizzazione dei percorsi partecipativi dei soggetti terzi attraverso una specifica attività legislativa orientata ad accorciare la distanza registrata in passato tra il regolatore regionale e i soggetti della rete.

4.4.2.1. La partecipazione del Terzo Settore

Nella l.r. 3/2008 viene ribadita la valorizzazione di tutti gli attori che concorrono alla costruzione del sistema dei servizi, tanto nella fase di programmazione che di progettazione e realizzazione degli interventi, prevedendo momenti e spazi di consultazione anche nella fase che precede la declinazione delle scelte (esame delle proposte di testi di legge, confronto sulle strategie della programmazione regionale di sviluppo e del piano socio-sanitario regionale, elaborazione di proposte).

Le delibere che sono seguite ([12]) hanno precisato attraverso quali organismi e in quali momenti si sostanzia tale partecipazione. La delibera n. 7797 del 2008, in particolare, istituisce il Tavolo Permanente di Consultazione del Terzo Settore, di rilievo regionale, e i Tavoli di Consultazione del Terzo Settore delle Asl e degli Ambiti territoriali, a livello locale. Riprendiamo su questo aspetto la modalità di schematizzazione proposte nelle sezioni precedenti per meglio evidenziare i livelli e i contenuti della partecipazione del Terzo Settore (cfr. figura 4.6).

La Regione, in particolare in questa ultima legislatura, ha consolidato l'orientamento verso la valorizzazione e precisazione del ruolo del Terzo Settore. L'avvio di un confronto serrato con il Forum del Terzo Settore, già prima della citata delibera, nella fase di stesura della legge regionale 3/2008, testimonia che il perseguimento di un maggior confronto non è un semplice dichiarato ideologico, ma un obiettivo operativamente perseguito.

([12]) Delibere n. 7798 e n. 7797 del 30 luglio 2008.

Figura 4.6 - La partecipazione del Terzo Settore: luoghi, processi e attori

Attori	Luoghi e processi	Note
Regione	*Tavolo permanente di consultazione con i soggetti del Terzo Settore* convocato almeno tre volte l'anno in relazione alla presentazione di atti deliberativi in attuazione di leggi di settore, ad atti interenti la programmazione regionale per cui è prevista la consultazione del Terzo Settore e per ogni proposta di legge che riguardi aspetti di cui si occupa il Terzo Settore. Oltre al tavolo permanente sono attivati *Gruppi di lavoro tematici settoriali* (anziani, disabili, minori)	La partecipazione al tavolo è garantita politicamente con la presenza dell'assessore alla Famiglia e alla solidarietà sociale e tecnicamente con i funzionari della direzione generale presidenza e famiglia e solidarietà sociale. Le organizzazioni del Terzo Settore partecipano al tavolo previa esplicita manifestazione di volontà da parte degli organismi regionali rappresentativi del Terzo Settore e successiva valutazione della Regione. Il Terzo Settore può richiedere la convocazione del tavolo regionale su richiesta motivata di almeno il 15% dei partecipanti
Asl	*Tavoli locali di consultazione del Terzo Settore* consultati in relazione a: la programmazione socio-sanitaria, la progettazione e realizzazione delle unità d'offerta socio-sanitarie, l'istituzione degli Uffici di pubblica tutela e di altri strumenti di tutela (amministratori di sostegno) nonché la realizzazione di sperimentazioni. Partecipano ai tavoli il direttore sociale dell'Asl e di direttori di distretto, partecipano anche la tavolo dei Piani di Zona, qual'ora fossero distinti	È auspicata la costituzione di un unico tavolo che operi nell'ambito del distretto socio-sanitario di riferimento. Se unico il tavolo è costituito e organizzato mediante AdP che istituisce il PdZ o mediante protocolli operativi
Ambito	*Tavoli locali di consultazione del Terzo Settore* convocati in relazione a: la programmazione sociale, la progettazione e realizzazione delle unità operative sociali, l'individuazione dei nuovi modelli gestionali e sperimentali, la definizione dei criteri di accreditamento e di ulteriori livelli di assistenza e dei parametri d'accesso prioritario, l'organizzazione del segretariato sociale. Partecipano il presidente dell'assemblea di distretto e i responsabili dei servizi sociali dei Comuni dell'ambito e rappresenta un livello politico-strategico di consultazione. A livello tecnico-operativo permangono i *Tavoli tematici* generalmente divisi rispetto ai principali target di riferimento o aree di bisogno (minori, anziani, disabili, emarginazione)	

Relazioni previste dalle indicazioni regionali ———— Relazioni sorte spontaneamente - - - - - - -

Si è manifestato, inoltre, un apprezzabile impegno verso una differenziazione e una progressiva chiarificazione tra un livello di partecipazione "tecnica" (tavoli tematici) e un livello più "politico" (tavoli di rappresentanza), cercando il superamento di ambiguità ed equivoci che a livello locale hanno creato nel tempo non pochi problemi. Inoltre l'istituzione del Tavolo permanente a livello regionale ha definito un luogo specifico di ricomposizione dei diversi pezzi del sistema e di interlocuzione diretta con il regolatore regionale, come diversi attori chiedevano da tempo ([13]).

Suscita, però, una certa perplessità la moltiplicazione dei luoghi di confronto e di gestione della negoziazione che questa strutturazione ha creato, soprattutto perché non sono ancora chiare le sinergie e le connessioni che si prevedono tra i diversi livelli. L'unica connessione esplicitamente citata nella normativa è quella tra il livello d'ambito e quello delle Asl, auspicata dalla costituzione di un tavolo unico, soluzione che di fatto non sembra essere ad oggi perseguita da molti: solo 8 ambiti su 98 hanno fatto coincidere il tavolo di rappresentanza locale di ambito con quello dell'Asl (Bilancio Sociale 2008, 2010).

Infine, in questa situazione di moltiplicazione di sedi e luoghi di confronto ci sembra permanga un problema di declinazione della rappresentanza da parte del Terzo Settore che forse, se non accompagnata, rischia di rimanere poco efficace. Le Asl hanno commentato questo aspetto come un problema di scarsa strutturazione delle deleghe, scarsa corresponsabilità al sistema, sovrapposizione e confusione nel Terzo Settore dei ruoli di programmazione e di gestione dei servizi (Bilancio sociale 2008). Alcuni attori del Terzo Settore richiamano invece alla necessaria preparazione e costruzione di competenza degli attori per poter partecipare in modo consapevole alle scelte e alle decisioni condivise nei tavoli di consultazione locali, percorso non scontato data la valenza fortemente tecnica soprattutto dei tavoli convocati dalle Asl (Irer, 2010).

4.5. Valutazioni conclusive

Sintetizziamo quali sono a nostro parere le difficoltà principali che la strategia regionale incontra nella realizzazione di un sistema di Welfare ispirato alla sua visione della sussidiarietà e che suggeriscono e talora impongono al Governo regionale aggiustamenti e correzioni. Una prima difficoltà sta nel contenimento della spesa che anche il consistente ingresso di nuovi operatori privati, nella logica della concorrenza, concorre a generare. Una seconda difficoltà riguarda il socio-sanitario e il sociale, e consiste invece nella difficoltà ad attivare in ogni area presenze e spazi concorrenziali, e quindi a spostare in modo più massiccio il finanziamento dall'offerta alla domanda. Ancora nel sociale e nel socio-sanitario, ma anche in sanità, si in-

([13]) Cfr. documento dei sindacati confederali e forum del Terzo Settore della Lombardia 2004.

contrano difficoltà a superare il gap informativo e lo squilibrio strutturale di questi mercati, per alimentare una libertà di scelta che rischia fortemente di risultare una esposizione indifesa dell'utente all'induzione dei produttori di prestazioni e vissuta dall'utente stesso come abbandono. In tutto il sistema permane inoltre un grave settorialismo, malgrado i reiterati proclami sull'integrazione degli interventi, che stenta però a realizzarsi, tanto a livello di governo che di produzione e consumo. Ne consegue l'esposizione della famiglia a doversi accollare compiti di integrazione e di supplenza che non sono quelli postulati affermando la sua centralità.

La Regione Lombardia è certamente fra le Regioni che hanno molto investito sulle politiche sociali, o, per essere più precisi, sulle politiche socio-sanitarie e su quelle "familiari". In termini di funzioni e ruoli di governo tale investimento ha scelto la via dell'azione diretta, o direttamente controllabile, quella delle Asl, gestita per linee di intervento e di servizi distinte e separate.

La realizzazione di questo modello, con indubbi elementi di originalità che implicano consistenti livelli di innovazione rispetto al sistema tradizionale, viene perseguita optando per una azione di governo regionale direttiva e forte, e quindi anche spesso centralizzata, per la gestione del cambiamento. Cambiamento che nel processo assume così connotazioni anche contraddittorie rispetto ai caratteri che, a regime, un processo impostato sulla sussidiarietà e quindi sul decentramento e la partecipazione potrebbe assumere.

Ciò può essere dovuto a una ricerca di pronta efficacia, che almeno in parte rispetto agli obiettivi assunti si è realizzata, lasciando però aperte e scoperte questioni di grande rilevanza riassumibili, da un lato in termini di coordinamento e integrazione e, dall'altro, in termini di strategie di sviluppo delle politiche.

Coordinamento e integrazione fra le diverse politiche sociali e, ulteriormente fra le diverse misure progettate e promosse; fra le politiche sociali, socio-sanitarie e sanitarie; fra queste e le altre politiche territoriali influenti su obiettivi di benessere e salute della persona, della famiglia, della comunità. Coordinamento e integrazione fra programmazione, concorrenza e mercato. Coordinamento e integrazione fra i diversi attori del territorio, per costruire effettive reti di interazione e collaborazione: fra i Comuni per l'affermazione del livello di Ambito; fra Comuni e Asl; fra Regione, Comuni e Province; fra Enti locali e Terzo Settore, in termini di una sussidiarietà verticale e orizzontale che tutti riconosca, consideri, cerchi di coinvolgere in responsabilità e ruoli effettivi.

Vogliamo in particolare osservare che l'accentramento se troppo accentuato è preoccupante non solo in termini istituzionali, ma sul terreno della cultura e della partecipazione nelle e delle comunità locali, delle dimensioni solidaristiche che anche la legislazione oggi richiama e chiede di alimentare e promuovere. Un'impostazione riduttiva della sussidiarietà verticale può coinvolgere una riduzione anche della sussidiarietà orizzontale, non tanto nelle regole, quanto nei vissuti delle comunità locali e nell'impoverimento delle risorse e delle disponibilità di auto mutuo aiuto, di volontariato, d'iniziative non profit, cui mancherebbe una dimensione locale

riconosciuta in cui operare e un interlocutore locale, istituzionale e rappresentativo, con cui confrontarsi e/o collaborare. La Regione e i suoi enti strumentali sono troppo lontani e "amministrativi" per essere interlocutori accessibili e credibili dei fermenti e delle potenzialità locali.

In una fase in cui gli squilibri fra bisogni/domande e risorse si accentuano e in cui occorre riconoscere e valorizzare tutte le potenzialità e le risorse presenti e disponibili, coinvolgendole in processi partecipativi sia progettuali che gestionali, per massimizzare l'efficacia delle politiche e degli interventi sociali, il rischio indicato non è da sottovalutare, né in una dimensione valoriale, né in una previsione/valutazione della consistenza ed efficacia delle risposte alle istanze sociali.

Con queste osservazioni siamo già entrati nel merito della seconda criticità enunciata, relativa alle strategie d'implementazione delle politiche. Nel corso di questo capitolo, come anche in tutti quelli che compongono il volume, si è ricostruito un sistema di riforme che, continua ad essere in evoluzione, spinto non solo da atti istituzionali, ma anche da forze provenienti da diversi attori delle politiche sociali. Questo scenario "reale" ci segnala che non sempre è possibile semplificare procedure e passaggi se ciò significa "eliminare" l'apporto di attori in grado di mobilitare risorse (strategiche, economiche, politiche, giuridiche, conoscitive) rilevanti per l'oggetto della decisione. È come se, dopo un primo tentativo di semplificazione dei meccanismi di governo, attraverso la centralizzazione e la direttività regionale di cui si è detto, la Regione abbia cominciato a rendersi conto che è necessario strutturare i processi sulla base dei protagonisti reali e degli interessi in gioco.

Un riorientamento in tal senso delle politiche regionali potrebbe svilupparsi ulteriormente se il legislatore regionale, nella formulazione delle sue politiche, tenesse in maggior conto anche i processi e le dinamiche sociali presenti nei servizi e nella società. Per esempio attraverso l'analisi e valutazione di livello più micro, che consentano di mettere a fuoco le conseguenze dei cambiamenti introdotti sui servizi e, in modo particolare, sugli utenti e le loro famiglie. Ma per porre attenzione a questi aspetti occorre come primo passo ridimensionare e ridiscutere le enfatizzazioni di ordine ideologico.

Le esperienze già accumulate potrebbero orientare non tanto all'adozione di "nuove soluzioni", quanto all'analisi dei problemi, vecchi e nuovi, che attanagliano i servizi in questo periodo di cambiamenti sociali e di seria crisi economica e produttiva. Numerose ricerche, e anche l'ultimo Rapporto Ores (ORES, 2010), mettono in evidenza come sia cresciuta la fascia dei soggetti a rischio di vulnerabilità. Ancor prima della crisi si assiste a un aumento di domande, di malesseri, di difficoltà, anche da parte di strati della popolazione che finora si pensavano "garantiti", a seguito di eventi del ciclo di vita che possono mettere a rischio gli equilibri familiari, come per esempio separazioni, nascita del terzo figlio, presenza in famiglie di malattie psichiche, cronico-degenerative, di forme di disabilità, difficoltà di conciliare lavoro e cura, problema abitativo. Tali cambiamenti nella società e nel contesto vengono accentuati e anche drammatizzati dalla crisi economica ed interrogano sempre più le politiche regionali ed i servizi terri-

toriali, che non sempre si trovano nelle condizioni di affrontare adeguatamente queste pressioni, e che reagiscono pertanto con chiusure nei confronti degli utenti, demotivazione degli operatori, il rischio di routine operative. Contrastare queste derive compete anche al governo e alla programmazione della Regione, che deve aumentare per quanto possibile le risorse di ogni genere in campo, e coordinarle e integrare le loro azioni per renderle più efficaci, a partire da analisi e valutazioni che partano dai problemi delle persone, delle famiglie, degli utenti e dei sistemi organizzativi che producono servizi, e degli operatori che in essi svolgono la loro attività professionale.

Si tratta di integrare ad una azione di governo e programmatoria prevalentemente *top down*, una dimensione *bottom up*, alimentando processi di ascolto, responsabilizzazione e scambio tanto a livello istituzionale, verso i Comuni associati e gli Uffici di Piano, che con le organizzazioni sociali, e di integrare e arricchire il metodo direttivo con processi di accompagnamento dei territori nell'evoluzione e negli sviluppi attesi.

Bibliografia

Avanzini K. e Ghetti V., (2010), *Accreditamento nel sociale. Quale strategia*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 5/2010, pagg. 1-6.

Boni S., (2004), *La programmazione socio-sanitaria: quali percorsi di integrazione*, in "La Rivista delle Politiche sociali", 2, pagg. 163-180.

Brugnoli A. e Vittadini G., (2008), (a cura di), *La sussidiarietà in Lombardia: i soggetti, le esperienze, le policy*, Guerini e Associati, Milano.

Cicoletti D., (2008), *Volontariato e Piani di Zona in Lombardia*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 18/2008.

DeAmbrogio U., Avanzini K. e Ghetti V., (2005), *Il Piano di Zona*, in C. Gori (a cura di), "Politiche sociali di centro- destra", Carocci, Roma, pagg. 127-155.

Ferrario P., 2009, *Servizi sociali e socio-sanitari in Lombardia*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 1/2009, pagg. 3-7.

Ghetti V., Puddu L., (2010), Gli *ambiti lombardi verso l'accreditamento del sociale: qualche suggerimento per l'uso*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 5/2010, pagg. 6-8.

Il Piano Socio-sanitario (2002-2004), deliberazione VII/462 del 14 marzo 2002.

Il Piano Socio-sanitario (2007-2009), deliberazione VIII/0257 del 26 ottobre 2006.

Irer, (2010), *Lombardia 2010. Rapporto di fine legislatura*, Guerini e Associati, Milano.

Mosca A., (2008), (a cura di), *Il volontariato e il nuovo welfare*, Franco Angeli, Milano.

ORES, (2010), *L'esclusione sociale in Lombardia. Rapporto 2009*, Guerini e Associati, Milano.

Pesenti L. e de Ambrogio U. (a cura di), (2009), *I Piani di Zona in Lombardia*, Guerini e Associati, Milano.

Ranci Ortigosa E. e Lo Schiavo M., (2005), *I ruoli di governo*, in C. Gori (a cura di), "Politiche sociali di centro-destra", Carocci, Roma, pagg. 97-123.

Ranci Ortigosa E., Ghetti V. e Cicoletti D., (2010), *Volontariato e policy making nelle Regioni*, in I *"volontariati" oggi in Italia*, "Impresa sociale" n. 4/2010, pagg. 137-158.

Regione Lombardia, DG Famiglia e solidarietà sociale, (2010), *Bilancio Sociale 2008,* pagg. 96-111.

5. La programmazione territoriale

Katja Avanzini e Valentina Ghetti

5.1. Premessa

Il presente capitolo si propone di analizzare l'evoluzione della programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie lombarde in questo ultimo quinquennio, completando e aggiornando il quadro tratteggiato nella precedente ricerca, tentando una lettura dell'evoluzione dell'approccio regionale alla programmazione territoriale con un quadro prospettico di riferimento più completo e relativo all'intero decennio ([1]).

È frutto di un percorso di ricerca in atto ormai da diversi anni a fronte dei numerosi lavori di consulenza, formazione e accompagnamenti condotti dalle autrici e dal gruppo di lavoro IRS in diversi contesti distrettuali e provinciali, ma anche di specifici approfondimenti condotti in questi mesi e finalizzati appunto all'elaborazione di questo testo. Oltre a svolgere un'analisi della normativa regionale lombarda, sono realizzate interviste e *focus group* con protagonisti dei *welfare* locali e l'esperienza lombarda è stata comparata a quella di altre Regioni, anche grazie al gruppo di lavoro dell'esperienza di *Welforum* ([2]), il forum delle Regioni sulle politiche sociali.

Le riflessioni compiute ad avvio della riforma, a chiusura del quinquennio legislativo 2000-2005, mettevano in luce un'accentuazione dell'interesse regionale verso la regolazione delle politiche socio-sanitarie, attraverso un attento lavoro sia sulla qualificazione dei servizi che sulle funzioni regolative in capo alla Regione e alle Asl. Un esempio è stata la riforma delle Ipab e l'introduzione dei titoli di acquisto, anticipando di molto un processo poi avviato anche in altre Regioni. Si rilevava in-

---

([1]) Alla fonte di questo scritto si colloca il capitolo *Il Piano di Zona* di K. Avanzini, U. De Ambrogio e V. Ghetti, in C. Gori (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra* (Carocci 2005). Il capitolo si posiziona lungo un continuum già tracciato dal precedente capitolo di E. Ranci Ortigosa e V. Ghetti e apre le riflessioni specifiche sul percorso nei servizi trattato dal capitolo successivo di K. Avanzini e U. De Ambrogio.

([2]) *Welforum – Rete delle politiche sociali delle Regioni e delle Province autonome* è una iniziativa di *Prospettive Sociali e Sanitarie* volta a supportare l'azione delle Regioni e delle Province autonome italiane in materia di politiche e servizi sociali e socio-sanitari. Si tratta di un forum rivolto a dirigenti e funzionari di tutte le Regioni e le Province autonome che gestiscono ruoli di alta responsabilità su questi temi. www.welforum.it

vece un investimento decisamente più modesto nella prima fase di attuazione della legge quadro nazionale nell'ambito sociale, in particolare sulla programmazione zonale (Avanzini, De Ambrogio, Ghetti, 2005).

Nell'evoluzione di questo ultimo quinquennio alcuni atteggiamenti regionali si sono in parte modificati, soprattutto rispetto all'investimento e alla progressiva regolazione messa in campo anche nel comparto sociale, rimanendo sempre all'interno delle linee di riferimento della politica lombarda, di fatto confermate e consolidate: la costruzione di un welfare che assuma la centralità della famiglia e l'espressione della propria libera scelta, che valorizzi e attui la sussidiarietà nella costruzione di risposte ai bisogni e al benessere e che quindi apra a una visione di quasi mercato e di valorizzazione del Terzo Settore nel concorso alla definizione e alla realizzazione della rete dei servizi.

La consistente produzione normativa, soprattutto dal 2008 a fine legislatura ([3]), rende evidente l'impegno che la Regione ha messo in campo in quest'ultimo quinquennio verso una progressiva regolamentazione anche del comparto sociale, mostrando come quanto avviato al principio della riforma abbia trovato una fase propulsiva e particolarmente produttiva proprio in questo ultimo periodo. L'interesse a normare l'intero assetto del sistema sociale ha portato alla definizione della nuova legge di riferimento "Il governo della rete" che ha aggiornato il riferimento regionale ormai vecchio di vent'anni (l.r. 1/1986).

Ciò dimostra come, seppur con un avvio che nel precedente saggio definimmo "modesto" e una centratura sul comparto socio-sanitario, il regolatore regionale non abbia affatto rinunciato, nel corso della riforma, alla definizione e al governo del sistema socio assistenziale e come il dichiarato regionale di "accompagnare e orientare l'evoluzione di quelle istituzioni, come le Asl o i Comuni, che esercitano il loro ruolo a contatto con i bisogni dei cittadini" (Vittadini, Brugnoli, 2008) si sia tradotto a livello territoriale in indicazioni specifiche per i diversi soggetti coinvolti nelle politiche di welfare.

Come già ampiamente tratteggiato nel capitolo precedente sui ruoli di governo, le Asl hanno ridefinito la propria organizzazione e le proprie attività di produzione diretta di servizi sviluppando funzioni di programmazione, di "antenna" sui bisogni del territorio, di acquisto e regolazione del sistema, di controllo della qualità delle prestazioni e garante del benessere del cittadino. Mentre negli ultimi anni i Comuni, attraverso i Piani di Zona, hanno innovato il modo tradizionale di realizzare politiche sociali introducendo nuovi modelli di programmazione e gestione associata dei servizi e coinvolgendo sempre più il Terzo Settore nella costruzione del sistema locale di welfare.

([3]) Sono di questi anni, infatti, la legge regionale di riforma n. 3/2008 e le numerose Dgr che si sono susseguite per dare attuazione al disegno di riforma lombardo. Per una più puntuale ricostruzione dei principali atti normativi lombardi si rimanda al sito www.lombardiasociale.it o al sito istituzionale della Regione Lombardia www.famiglia.regione.lombardia.it.

L'obiettivo del presente capitolo consiste nell'analizzare gli elementi che connotano maggiormente la linea programmatoria lombarda per evidenziare come essa abbia impattato sulla programmazione territoriale. Approfondiremo, quindi, alcuni specifici temi:

– la programmazione zonale;
– la regolazione del sistema d'offerta e la produzione dei servizi;
– l'integrazione socio-sanitaria e l'integrazione con altre politiche;
– la sussidiarietà e la promozione del ruolo del Terzo Settore.

5.2. La programmazione zonale

5.2.1. *L'investimento regionale nei Piani di Zona*

Nella Regione Lombardia siamo oggi alla terza esperienza di pianificazione zonale e, rispetto agli indirizzi di governo, la traduzione locale delle scelte programmatorie ha visto nel tempo l'affermazione di alcune importanti evoluzioni. Dal 2003 ad oggi si è avuto infatti un progressivo consolidamento dei Piani di Zona come luogo di programmazione e governo delle politiche sociali territoriali. Seppur avviati con un approccio poco regolato, o forse anche grazie ad esso, l'esperienza, in particolare dalla seconda triennalità di pianificazione zonale, ha aperto ad una serie di sviluppi arrivando a definire un quadro nel quale i Comuni hanno consolidato la loro funzione di programmazione delle politiche sociali.

La Regione Lombardia ha accompagnato l'evoluzione dei Piani di Zona con specifiche linee guida che, a inizio di ciascun triennio, hanno demarcato le strategie da perseguire e i contenuti da sviluppare. In estrema sintesi possiamo evidenziare che:

– i primi Piani di Zona, sviluppatisi negli anni 2002-2005, erano finalizzati all'introduzione del sistema dei titoli sociali e alla definizione di un sistema locale dei servizi che portasse ad una maggiore omogeneizzazione territoriale sul fronte dell'offerta e dell'organizzazione di ruoli e funzioni dei diversi attori coinvolti. I dati di risultato emergenti dai monitoraggi regionali (cfr. Bilanci sociali della Regione Lombardia) e da diversi studi condotti ([4]) mostravano una forte orientamento verso il sistema buoni sociali, lo sviluppo degli Uffici di Piano come organismo tecnico per la gestione della programmazione zonale e l'avvio di operazioni di ri-organizzazione dei servizi comunali, per consentire il ritiro delle deleghe precedentemente date all'Asl sulle funzioni socio-assistenziali;

– la seconda triennalità dei Piani di Zona, negli anni 2006-2008, ha visto un rin-

---

([4]) Si citano ad esempio Gori (a cura di), *Politiche sociali di centro destra*, ed. Carocci, anno 2005, Pasquinelli (a cura di), *Buoni e voucher sociali in Lombardia,* anno 2006, ed. F. Angeli.

novato investimento da parte della Regione Lombardia. Le indicazioni regionali sono precise ([5]) e richiedono ai territori specifici impegni in ordine a: il consolidamento del sistema dei titoli sociali con l'obiettivo di attivare anche i voucher sociali entro il triennio; l'attivazione di specifiche forme di gestione associata dei servizi; una particolare attenzione al coinvolgimento del Terzo Settore nella programmazione e l'importanza del governo complessivo delle risorse finanziarie, sia quelle trasferite dal livello centrale e dalla Regione, sia quelle dei singoli Comuni. Inoltre s'introducono modifiche significative rispetto alle funzioni di autorizzazione al funzionamento e accreditamento, prevedendo un ruolo specifico dei Comuni, da gestirsi anche in forma associata;

– con la terza triennalità dei Piani di Zona, a valere sugli anni 2009-2011, siamo di fronte ad un'ulteriore evoluzione del sistema. Vengono sottolineati i paradigmi della nuova fase di programmazione ([6]) che, in linea con quanto espresso nella l.r. 3/2008, devono concentrarsi sul governo dell'accesso alla rete dei servizi, l'organizzazione delle funzioni di segretariato sociale, l'integrazione fra sociale e socio-sanitario. I piani devono mettere al centro dell'intervento il sistema famiglia e programmare sulle diverse aree d'intervento in vista del consolidamento dei titoli sociali e dello sviluppo e dell'innovazione. Essi devono anche dedicare un'attenzione specifica al sistema finanziario caratterizzato dal cosiddetto budget unico e dal miglioramento della spesa. L'integrazione con altre politiche, diverse da quelle sanitarie, deve divenire un'attenzione specifica della programmazione zonale.

Da questo quadro sintetico emerge come, nel corso del decennio, la Regione Lombardia abbia accresciuto il riconoscimento conferito ai Piani di Zona, valorizzandoli quale luogo ufficialmente deputato alla definizione delle politiche sociali locali e identificandoli come proprio riferimento di interlocuzione privilegiato sul livello territoriale. Nel contempo, però, questa valorizzazione ha assunto sempre più una valenza prevalentemente operativa, considerando i piani esecutori di indirizzi già ampiamente definiti nel dettaglio dal livello regionale, talvolta senza lasciare grandi margini di discrezionalità ([7]). Questo doppio investimento, non sempre senza ambivalenze di fondo, ha portato a qualche criticità, sintetizzabile in particolare nella percezione dei territori, soprattutto negli ultimi anni, di essere più esecutori di mandati provenienti dall'alto e scarsamente protagonisti delle scelte di *policy* locale, nonché di essere poco coinvolti in confronti e discussioni con il livello centrale sulle linee di azione.

([5]) Cfr. circolare n. 48 del 27.10.2005.

([6]) Cfr. Dgr 8551 del 3.12.2008 "Determinazione in ordine alle linee d'indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona – terzo triennio".

([7]) A questo proposito possono essere richiamati i progressivi tagli al Fondo nazionale politiche sociali, in parte compensati dal Fondo Non Autosufficienza e dal Fondo Nidi, i quali però vincolano gli ambiti ad indirizzi già molto precisi, in termini sia di destinazione delle risorse che di specifiche modalità attuative.

Certamente il posizionamento dei Piani di Zona dipende fortemente dall'equilibrio che localmente si riesce a creare tra l'ovvio compito di attuazione degli indirizzi regionali e la ricerca di uno spazio di protagonismo nell'interpretazione del mandato regionale, affinché esso possa rispondere al meglio ai bisogni e alle necessità locali. Se è vero che la Regione Lombardia in questi anni ha costruito un progressivo accentramento nell'indirizzo e nel governo forte delle politiche anche nel settore sociale (cfr. capitolo 5), è pur vero che le maglie delle modalità attuative rimangono ancora larghe e le possibilità dei territori di trovare i posizionamenti più rispondenti al proprio interesse non sono del tutto scomparse.

Le difficoltà dei Piani di Zona a cogliere queste opportunità dipendono da diversi fattori, non sempre imputabili solo alla relazione fra Regione e Ambiti.

Da una parte sicuramente gli stessi indirizzi che arrivano dal livello nazionale, per il quale negli ultimi anni lo sguardo sulla politica sociale si è decisamente ampliato ad una progressiva valorizzazione della cultura del dono e del ruolo del Terzo Settore ([8]), forse in qualche caso a discapito del governo pubblico. Va poi considerata l'ormai annosa questione della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, che ancora non ha trovato attuazione e che limita l'azione di programmazione e attuazione locale (Ranci Ortigosa E., 2009).

Un altro aspetto è legato al livello di consapevolezza che i Comuni hanno maturato rispetto al ruolo del Piano di Zona e delle sue funzioni di programmazione e di gestione della rete dei servizi. Purtroppo si assiste ancora a forme di resistenza motivate dalla volontà di non perdere la propria autonomia gestionale, che portano a percepire i Piani di Zona come un "invasore di campo". Il lavoro di qualificazione che spesso attraverso la programmazione zonale si è fatto sull'operato dei servizi sociali comunali (ad esempio sulla funzione di segretariato sociale) viene spesso vissuto dagli stessi come un appesantimento. La continua manutenzione della rete e dei rapporti tra Istituzioni, necessaria per mantenere alta la tensione verso una corresponsabilità indirizzata a definire una linea di politica comune, non sempre viene garantita.

Le risorse finanziarie e il *quantum* gestionale, ovvero la quota di servizi gestita a livello associato, sono altri fattori che concorrono a determinare l'equilibrio tra i due poli. In questo decennio si è assistito a una continua contrazione delle risorse trasferite dal livello centrale (cfr. capitolo 3 sulla spesa), che ha portato i Comuni, e di conseguenza i Piani di Zona, a dover affrontare una forte incertezza finanziaria. I Comuni che non hanno investito nel livello zonale con risorse proprie si trovano oggi di fronte ad un sistema che penalizza il lavoro per progetti e che fatica a mantenere i servizi avviati. Invece, nei territori in cui alla programmazione associata si è affiancato un lavoro di gestione di servizi che ha potuto beneficiare di trasferimenti comunali certi e dove si

---

([8]) Si veda a questo proposito l'orientamento del Libro Bianco sul Welfare redatto dal Ministero del lavoro lo scorso anno.

è investito congiuntamente sulla ricerca di finanziamenti altri, attraverso ad esempio la partecipazione a bandi europei, si sta assistendo ad un progressivo consolidamento della zona come luogo di pensiero e gestione del sistema dei servizi.

5.2.2. *I risultati prodotti dalla politica lombarda sulla programmazione zonale*

Alla luce di quanto descritto sino ad ora, il quesito da porsi è relativo ai principali risultati prodotti sulla programmazione territoriale dalla politica lombarda di questo decennio. I più evidenti, a nostro avviso, sono relativi da un lato al consolidamento della rete dei servizi sociali e, dall'altro, allo sviluppo di una nuova *governance* locale.

Sul primo fronte si è già detto come la trasformazione delle Asl, e il conseguente ritiro delle deleghe per la gestione dei servizi, abbia rappresentato un movimento propulsivo centrale per i territori, che ha portato i Comuni a trovare soluzioni organizzative funzionali alla gestione associata dei servizi sociali sulla base delle indicazioni regionali ([9]) e di quanto previsto nei piani stessi ([10]).

Un importante risultato conseguito trasversalmente attraverso i primi Piani di Zona è stato quello del potenziamento dei servizi di primo ingresso quali il segretariato sociale e il servizio sociale di base (cfr. capitolo 7), anche nei Comuni di piccole dimensioni che costituiscono una parte significativa dei Comuni lombardi. Questo risultato è oltremodo positivo dato l'aumento delle problematiche in carico all'assistente sociale e alle nuove funzioni socio-assistenziali connesse al ritiro delle deleghe alle Asl, e alle nuove funzioni attribuite dalla recente normativa. Inoltre il disegno di riforma lombardo ha portato i singoli Comuni anche a concentrarsi prioritariamente sulla gestione distrettuale dei servizi domiciliari rivolti ad anziani, disabili e minori. Questa parte dei servizi ha sicuramente visto un notevole sforzo di riqualificazione rispetto alle precedenti forme di gestione dei servizi, anche grazie allo strumento voucher sociale utilizzato in connessione all'accreditamento di soggetti gestori e impiegato principalmente per acquistare prestazioni domiciliari. Sempre più spesso infatti i territori coniugano l'accreditamento a un potenziamento della qualità dei servizi erogati ai cittadini e ad una qualità organizzativa richiesta ai gestori, che comprende sia una qualificazione del personale che un ampliamento delle modalità di fruizione dei servizi (Pasquinelli, 2006 e 2007).

Il ritiro delle deleghe ha significato anche l'assunzione di un ruolo centrale nella gestione di servizi specialistici quali la tutela minori, gli affidi e le adozioni, gli inserimenti lavorativi, che, oltre alla costituzione di specifiche équipe di lavoro, hanno comportato l'impegno verso la costruzione di accordi distrettuali con gli attori isti-

---

([9]) Cfr. Circolare 48 del 2005.

([10]) Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla lettura del "Bilancio sociale" della Regione Lombardia dell'anno 2008 che riporta in sintesi i principali servizi gestiti a livello distrettuale attraverso il Piano di Zona.

tuzionali competenti nelle specifiche materie di lavoro (ad esempio il Tribunale per i minorenni, i servizi specialistici dell'Asl e delle Aziende ospedaliere, i Centri per l'impiego o le agenzie per il lavoro, le cooperative sociali e il mondo delle aziende).

Il secondo risultato che possiamo segnare è certamente lo sviluppo e il consolidamento della *governance* locale e, in alcuni casi, la sperimentazione di forme innovative di gestione associata come la nascita delle Aziende speciali per la gestione dei servizi sociali.

Partiamo da quest'ultimo. Il regolatore aveva indicato la necessità di perseguire la definizione di forme di gestione adeguate già a chiusura del primo triennio, identificando diverse ipotesi tra cui l'Azienda speciale, il Consorzio, la Società, ecc.., sollecitando revisioni dei precedenti modelli, anche se senza mai porre particolari vincoli o rinforzi a questo indirizzo e demandando quindi ai singoli territori l'espressione di una volontà di cambiamento in questo senso.

Da una nostra ricognizione questo cambiamento oggi si è già realizzato in trenta ambiti zonali, interessando così più del 30% dei Piani di Zona lombardi (cfr. tabella 5.1), e nel prossimo periodo sono in previsione ulteriori trasformazioni ([11]).

Tabella 5.1 - Le nuove forme gestionali in Lombardia

Sigla provincia	N. Distretti Presenti	N. Distretti che hanno attivato un nuovo ente gestore	Valore %
BG	14	5	35,71
BS	12	5	41,67
CO	9	5	55,56
CR	3	3	100,00
LC	3	1	33,33
LO	2	1	50,00
MI	1	0	0,00
MI1	7	4	57,14
MI2	7	1	14,29
MB	2	2	100,00
MN	6	2	33,33
PV	9	0	0,00
SO	5	0	0,00
VA	12	1	8,33
VAL	1	0	0,00
Totale	**98**	**30**	30,61

Fonte: Ricognizione IRS su analisi documentale e siti istituzionali

([11]) Proprio nei mesi in cui si compie questo lavoro sono allo studio delle Assemblee dei Sindaci di diversi territori, analisi di fattibilità o già definizioni di statuti per la costituzione di specifiche forme di gestione, che non abbiamo fatto rientrare in questa ricognizione.

La scelta di superare la forma dell'accordo di programma e costituire forme di gestione autonome, è dettata da diverse esigenze quali:

– trovare una modalità di gestione dei servizi che veda il coinvolgimento anche di altri Comuni e di altri attori operanti nel territorio di riferimento, in concomitanza con la fine del processo di delega dei servizi sociali alle Asl;

– realizzare economie di scala, soprattutto in presenza di Comuni di piccole dimensioni;

– sperimentare forme di gestione meno vincolate a logiche e procedure burocratiche, ma nel contempo in grado di mantenere la centralità dei Comuni consorziati.

La nascita di nuove forma di gestione associata avviene in territori per lo più omogenei, caratterizzati dalla presenza di numerosi Comuni, spesso di piccole dimensioni. La scelta della forma ha riguardato principalmente l'azienda speciale consortile, ma ritroviamo anche esempi di Consorzi, Società e Fondazioni.

Un recente studio condotto proprio sulla realtà delle Aziende consortili (Gatti e Rossi, 2010), ha messo in luce come in quasi tutte le realtà analizzate la scelta aziendale sia nata da precedenti esperienze di gestione associata di servizi e interventi. La gestione tramite Convenzione o Accordo di programma presentava sicuramente diversi vantaggi, in primo luogo i bassi costi strutturali, la snellezza decisionale e la promozione del lavoro di rete, tuttavia la necessità di far fronte ad alcune criticità ha richiesto il superamento di tali forme di gestione. Tra le criticità principali:

– la problematicità per i Comuni Capofila a corrispondere alle limitazioni del patto di stabilità e contemporaneamente assumere i rischi economici della gestione associata;

– la difficoltà nel reperire le risorse per gestire in autonomia i singoli servizi da parte dei Comuni di piccole dimensioni;

– la precarietà della struttura organizzativa, che non permetteva la costituzione di staff di lavoro stabili;

– l'effetto delega nei confronti dell'ente capofila da parte degli altri enti associati;

– la complessità di pianificare e promuovere nuovi investimenti;

– la difficoltà a gestire servizi complessi, garantendo un'adeguata specializzazione delle équipe professionali, nonché la necessaria differenziazione funzionale.

Oggi le realtà aziendali sono certamente uno dei principali risultati dell'evoluzione della programmazione e gestione zonale dei servizi sociali lombardi. La recente nascita di un movimento di coordinamento e di rappresentanza di queste realtà (NEASS – Network Aziende Speciali Sociali) rappresenta proprio un chiaro esempio di quella capacità di protagonismo e dell'equilibrio tra adesione al mandato e sua interpretazione, che si citava all'inizio di questo paragrafo.

Queste esperienze tuttavia sono ancora troppo giovani e soprattutto il concorso di una serie di nuove variabili come la contrazione delle risorse a disposizione, ren-

dono difficile ad oggi esprimere una valutazione sul loro successo. Quello che certamente ci pare di poter evidenziare è un movimento di protagonismo interessante e la possibilità che esse rappresentino la concretizzazione di un'integrazione anche a livello gestionale e non solo programmatorio.

La costruzione di un'identità d'ambito che rappresenti non solo i Comuni ma anche il Terzo Settore e altre istituzioni come l'Asl, risulta un processo ambizioso e complesso che richiede tempo e molte energie e che va oltre le scelte riguardanti la forma gestionale assunta dall'ambito. Considerare che per promuovere una politica integrata, alla base del *welfare community*, è necessario il superamento di un approccio "singolo", significa che i diversi soggetti coinvolti a vario titolo nella programmazione devono da un lato riconoscere la propria realtà di appartenenza, cioè le proprie risorse e i propri punti critici, e dall'altra riconoscere la nuova realtà locale non solo come sede della nuova programmazione ma anche come bacino entro cui costruire connessioni e rapporti tra i diversi soggetti che la compongono. Questo non è un passo semplice da compiere, in quanto presuppone chiarezza nelle regole e capacità di negoziazione, elementi non sempre presenti nei territori e che la Regione non ha particolarmente incentivato né accompagnato.

Complessivamente il processo di consolidamento della zona e di costruzione di un sistema di *governance,* in Lombardia appare ancora strettamente connesso al ruolo giocato in ciascun territorio dal singolo Piano di Zona e troppo poco determinato dagli indirizzi regionali. Indirizzi posti a livello di dichiarato ma poco sostenuti nell'operatività della loro applicazione, ci pare abbiano portato ad evoluzioni e rafforzamenti consistenti rispetto alle precedenti esperienze in quei contesti in cui però erano già presenti condizioni positive e interessi forti verso la dimensione di integrazione e associazione tra Comuni. Nel complesso rileviamo quindi una situazione solo parzialmente evoluta rispetto alla precedente ricerca, in cui permangono situazioni ancora farraginose e frammentate, con attori *necessari* (quali la Asl, gli stessi Comuni, l'associazionismo e il volontariato) ancora troppo parzialmente coinvolti, soprattutto troppo spesso coinvolti più a livello formale che sostanziale, senza che vi sia chiarezza dei compiti in capo alle diverse parti. Inoltre il percorso pare attraversare, in modo intermittente, momenti di forte investimento sulla definizione delle relazioni tra gli attori e periodi di latenza che in alcune situazioni hanno rischiato di frenare il processo di riforma.

Si evidenzia inoltre una certa connessione fra le difficoltà ad agire in chiave strategica modelli di *governance* efficaci e funzionali alla crescita del territorio con l'investimento che i Piani di Zona hanno profuso nella dotazione e qualificazione degli Uffici di Piano quali organismi tecnici deputati alla programmazione. Emergono difficoltà ad individuare figure specifiche con adeguata competenza in termini di "social planner" (AA.VV., 2006), soprattutto ove non si è investito particolarmente in percorsi formativi specifici e di supporto ai professionisti. Inoltre dato che la funzione programmatoria degli Uffici di Piano è spesso poco chiara, in alcuni contesti si

è vista una concentrazione di attenzione sull'asse gestionale, con il rischio di perdere il presidio su funzioni strategiche, come la progettazione e valutazione. Vanno invece lette positivamente le esperienze condotte in alcune realtà di eccellenza in cui si sono costituiti, grazie alle Province e talvolta anche alle Asl o per natura autonoma dei Comuni, coordinamenti tra Uffici di Piano, finalizzati al confronto e allo scambio di esperienze di programmazione e alla promozione di assistenza tecnica ([12]).

5.3. Il sistema di regolazione dei servizi

Il processo di riforma lombardo, che ha preso avvio a partire dalla l.r. 31/1997 e si è sviluppato nell'arco degli ultimi 15 anni con molti altri atti ([13]), ha agito fortemente anche sul fronte della regolazione del sistema dei servizi, disegnando un scenario basato su ruoli di programmazione e controllo in capo alle Asl per il socio-sanitario e ai Comuni per il socio-assistenziale, con ruoli di produzione sempre più esternalizzati al privato (sia profit che non profit), consentendo quindi di perseguire la strategia regionale ispirata a principi quali la parità fra pubblico e privato e la libertà di scelta dell'utente e orientati alla creazione di un sistema di "quasi mercato".

Complessivamente possiamo evidenziare come in questo processo di riforma sia risultato fondamentale lo strumento regolativo dell'accreditamento istituzionale, centrale per perseguire l'obiettivo strategico della separazione fra funzione programmatoria e funzione produttiva. La strategia regionale ha inteso impiegare l'accreditamento come dispositivo primariamente gestionale, nel tentativo di perseguire:

– un progressivo finanziamento della domanda e non più dell'offerta (si finanzia direttamente la famiglia e la si lascia libera di scegliere il proprio fornitore);

– un progressivo spostamento della funzione pubblica da erogazione diretta di interventi e prestazioni a una funzione di regolazione (regia) del sistema dei servizi;

– l'introduzione di una maggior competitività come stimolo verso lo sviluppo di un miglioramento continuo della qualità.

L'accreditamento ha quindi posto di fronte ad alcune interessanti sfide per il sistema dei servizi alla persona. In primis la trasformazione del mercato sia in termini di ampliamento degli erogatori, talvolta riaprendo i giochi e rompendo monopoli esistenti, che aumentando l'offerta, articolando maggiormente i servizi (es. Adi).

([12]) A titolo esemplificativo citiamo le esperienze da noi meglio conosciute come i coordinamenti degli Uffici di Piano promossi dalle Province di Lecco, Como, Brescia, Cremona e Bergamo.

([13]) Citiamo i principali: l.r. 1/2000 avente ad oggetto il riordino del sistema delle autonomia in attuazione del d.lgs. 112/1998, la l.r. 1/2003 sulla riforma il sistema delle Ipab, la l.r. 1 del 2005 che ridefinisce ruoli e funzioni in materia di autorizzazione al funzionamento e accreditamento delle strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie e la l.r. 3/2008 che ha sistematizzato la *governance* regionale.

Inoltre ha rappresentato sicuramente una leva per la qualificazione dei servizi e delle prestazioni offerte ai cittadini, introducendo soglie qualificanti aggiuntive, che innalzano la qualità da garantire ([14]), e lasciando che la libertà di scelta attivi un meccanismo di concorrenza nel mercato tale per cui sopravvivono i sevizi migliori, agli occhi dei cittadini. Infine ha permesso la costruzione di una nuova relazione pubblico-privato promuovendo sussidiarietà, partecipazione, collaborazione e una miglior declinazione della differenza tra programmazione-gestione. In particolare poi l'intenso lavoro che in questi anni la Regione ha realizzato in termini di elaborazione di linee guida ([15]) su alcune aree di servizio, nonché la progressiva definizione delle attività di vigilanza, strutturando controlli anche su livelli di appropriatezza dei percorsi di cura delle persone, hanno concorso anch'essi a produrre miglioramenti nell'intero sistema d'offerta.

Questo percorso nell'area socio-sanitaria a distanza di anni è giunto a pieno compimento, dopo un'intensa fase di lavoro, dal 2000 al 2005, in cui si sono definiti i criteri e requisiti di accreditamento per le diverse strutture socio-sanitarie e si è messo a sistema anche l'assetto regolativo definendo chiaramente i ruoli e le procedure per l'inizio attività, l'accreditamento, la vigilanza e il controllo ([16]).

L'investimento regionale rispetto al tema della regolazione è andato anche nella direzione di una definizione più chiara del sistema d'offerta dei servizi, disciplinandolo attraverso:

– l'aggiornamento dei requisiti autorizzativi e l'introduzione di criteri di accreditamento;

– la regolazione di unità d'offerta di recente comparsa nel panorama dei servizi regionali, come ad esempio i nidi famiglia e i centri prima infanzia, che sono andate sviluppandosi in modo consistente e dunque dove una chiarificazione in termini definitori, di differenze e confini, risultava assolutamente necessaria;

– il tentativo di costruire maggior appropriatezza del sistema dei servizi rispetto al bisogno espresso e ai percorsi delle persone ([17]).

([14]) Anche se l'innalzamento delle soglie di qualità dei servizi, per il sociale, è avvenuto più che altro a livello locale, rendendo i requisiti più sfidanti di quelli posti dal livello regionale, all'interno dei propri sistemi di accreditamento

([15]) Ad esempio quelle sui servizi per le dipendenze "Linee Guida regionali di prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale", Dgr 19 dicembre 2007 n. 6219 e "Linee Guida regionali di prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione generale", Dgr VIII/10158 del 16 settembre 2009 e sui servizi per i minori, ad esempio le linee guida sull'adozione (Dgr 14043 del 2003) o sull'abuso e il maltrattamento (Dgr 20100 del 2004).

([16]) Cfr. con la Dgr 8496 del 26.11.2008

([17]) Ad esempio sulla disabilità, la Dgr 7433/2008 ha orientato il sistema verso una precisa differenziazione tra Cse e Sfa e una regolazione di quest'ultimo in ottica realmente progettuale, effettivamente temporanea e orientata allo sviluppo delle autonomie.

L'applicazione di una visione di regolazione del mercato è stata progressivamente ampliata dalla Giunta Formigoni anche al versante sociale proprio in quest'ultima legislatura ([18]) (2010 Avanzini, Ghetti). Questo orientamento si era però già reso evidente in precedenza attraverso la valorizzazione dello strumento dei titoli sociali. Nel primo triennio di vigenza dei Piani di Zona, con il vincolo all'utilizzo delle risorse de Fnps per l'avvio dei titoli sociali, poi ridimensionato, e successivamente con altri atti che hanno sostenuto fortemente l'obiettivo della voucherizzazione dei servizi, soprattutto sul settore della domiciliarità ([19]).

È, inoltre, molto recente il decreto dirigenziale che definisce competenze e procedure per la comunicazione preventiva d'esercizio, l'accreditamento, il contratto e il debito informativo anche per le unità d'offerta socio-assistenziali, in modo sostanzialmente analogo a quanto previsto per il socio-sanitario ([20]), anche se il percorso compiuto sino ad ora non è ancora ultimato.

Permane, ancora, qualche elemento di incertezza e di necessaria chiarificazione rispetto alla definizione dei criteri per alcune unità d'offerta, su cui la Regione sta ancora lavorando (Crd e alloggi protetti), e sulla regolazione dell'acquisto (il contratto), che non risulta ancora del tutto chiaramente definita. Inoltre a concorrere a questa scarsa definizione dello scenario nell'area sociale, vi è il fatto che nella definizione del proprio sistema di accreditamento il legislatore lombardo non sia intervenuto, a differenza di altre Regioni, nel regolare i costi (se non delle quote sanitarie) o nel definire parametri di riferimento. Questo sta comportando un'ampia libertà per i soggetti erogatori nel definire i propri assetti gestionali in connessione ai bilanci degli enti. Assistiamo così all'applicazione di diverse tipologie contrattuali per gli operatori impiegati e a scelte differenziate ad esempio nell'esternalizzazione dei settori *core* dei servizi erogati.

Questo tema comporta anche una riflessione specifica sul sistema delle tariffe. Nell'area socio-sanitaria le tariffe applicate ai servizi finanziati dal Fondo Sanitario Regionale sono basate sulla valutazione della gravità dell'utenza e della relativa necessità assistenziale (nel sistema Rsa le tariffe corrisposte dal regolatore regionale dipendono dal sistema Sosia, nei Cdd dal sistema Sidi), a cui si aggiunge la "quota alberghiera" per tutte le prestazioni di natura sociale, molto variabile da servizio a servizio e a carico dell'utenza o dei Comuni. Nel sociale non sono state fornite per ora indicazioni precise né parametri di riferimento per la definizione del costo dei

---

([18]) Nel 2005 diverse Dgr hanno normato i principali servizi socio-assistenziali sia attraverso la definizione di requisiti di base per l'autorizzazione al funzionamento sia con la definizione dei requisiti di accreditamento.

([19]) Cfr circolare 48/2005, Dgr 1642 del 2005 e Circolare n. 48 del 27.10.2005 Oggetto: Linee guida per la definizione dei Piani di Zona – 2° triennio.

([20]) Decreto dirigenziale n. 1254 del 15.2.2010.

servizi e la determinazione di tariffe omogenee dipende molto spesso dalla sola volontà e possibilità dei territori nel lavorare in modo congiunto su questi temi ([21]).

C'è anche un effetto *boomerang* da evidenziare nel modo di agire della Regione sugli aspetti regolativi. A distanza di alcuni anni nel socio-sanitario si pone oggi un problema generale di sviluppo, legato alle limitazioni finanziarie del sistema. La percezione è quella di una configurazione che sembra vicina al limite delle possibilità in assenza di un cambiamento nel quadro complessivo delle risorse finanziarie disponibili. La diminuzione delle risorse ha infatti determinato la chiusura delle liste di accreditamento a causa del raggiungimento dei tetti massimi di spesa, con la conseguente riduzione dei soggetti accreditati a causa della limitazione dei normali meccanismi che regolano l'entrata e l'uscita dei soggetti rispetto al quasi mercato dei servizi.

È vero che nel settore sociale il processo di riforma non sta procedendo alla stessa velocità. Permane ampiamente l'impiego della formula dell'appalto/convenzione dei servizi come modalità produttiva più frequentemente utilizzata dai Comuni e ancora si registrano molte resistenze all'introduzione dell'accreditamento e dei titoli sociali. Nonostante ciò, a fronte anche delle continue sollecitazioni normative provenienti dal livello regionale, anche nel settore sociale l'attore pubblico sta percorrendo la strada verso la dismissione del ruolo di gestore diretto.

Possiamo dire, dunque, che oggi la potenzialità regolativa che l'accreditamento apre ai Comuni e agli ambiti è ancora agli albori e certamente richiederà ai territori nel prossimo futuro un investimento specifico in questa direzione.

5.4. L'integrazione socio-sanitaria e con altre politiche

5.4.1. *La sfida dell'integrazione tra sociale e sanitario*

A livello territoriale il percorso di riforma lombardo ha teso ad una chiara definizione dei ruoli e delle funzioni delle Asl e dei Comuni. Questo ha portato, prima dell'emanazione della l.r. 3/2008, a un sistema locale basato sulla "spartizione di competenze". Nel panorama nazionale questo aspetto segnava una sorta di anomalia del caso lombardo rispetto a quanto dichiarato dalla l. 328/2000 e a quanto praticato nelle altre Regioni. Uno dei principali elementi di innovazione dei Piani di Zona previsti dalla l. 328/2000 è dato, infatti, dalla pianificazione congiunta tra Comuni e Asl, non nella logica della delega ma in quella dell'integrazione operativa a livello territoriale. Solo recentemente con la l.r. 3/2008 la Regione Lombardia ha fornito un ulteriore contributo nella definizione di una più corretta equiparazione tra Asl e Comuni, identificando per ognuno la propria area di titolarità, chiarendone a livello

([21]) Su questo tema è da segnalare la recente Dgr 11152 del 2010 riferita al piano nidi, in cui la Regione spinge i territori alla definizione di un costo medio di riferimento.

formale reciproci ruoli e funzioni (programmazione rete socioassistenziale all'uno e socio-sanitaria all'altro) e richiamando i Piani di Zona come luogo naturalmente deputato ad agire spazi di integrazione tra rete sociale e socio-sanitaria.

Nelle nuove linee guida per la redazione dei Piani di Zona 2009-2011, in linea con quanto rimarcato dalla l.r. 3/2008 (art.14), si attribuisce alle Asl il compito di collaborare con i Comuni nella programmazione della rete locale delle unità d'offerta sociali. Di conseguenza, l'Asl si occuperà di verificare la coerenza tra sociale e sanitario, fornendo ai Comuni gli elementi per eventuali integrazioni o modificazioni del piano e fermo restando che nessuna Asl potrà sottoscrivere un accordo di programma per l'attuazione di piani che non sia conforme agli indirizzi e agli obiettivi della programmazione regionale. Il presupposto definito dalle indicazioni regionali è che attraverso percorsi di integrazione socio-sanitaria si tenda ad una programmazione coordinata con le politiche sanitarie, perseguendo il reale obiettivo di una presa in carico unitaria dei bisogni e della persona. In particolare, l'integrazione socio-sanitaria dovrà riguardare gli interventi di continuità assistenziale, il raccordo tra titoli sociali e titoli socio-sanitari e, in generale, gli interventi di tipo domiciliare, quelli a sostegno della genitorialità e la tutela minori, gli interventi e i progetti in area salute mentale, dipendenze e promozione di sani stili di vita. In ogni caso, sia per la tutela minori sia per le altre aree di intervento che prevedono l'integrazione socio-sanitaria, dovranno essere praticati momenti valutativi interdisciplinari funzionali all'individuazione di percorsi che favoriscono l'utilizzo integrato delle risorse e la presa in carico della persona considerata nella sua unitarietà e realizzino metodologie, prassi operative, organizzative e procedurali condivise ed omogenee.

Pare declinarsi, nel disegno regionale, un'attenzione all'integrazione socio-sanitaria sulle funzioni di accesso integrato, sulla valutazione dei casi e sulla definizione dei percorsi individualizzati da attuarsi al domicilio. Queste indicazioni sembrano però, al momento, ancora lacunose per i territori in quanto non chiariscono ancora con precisione i ruoli e le risorse da mettere sul campo. Permangono così resistenze nel timore di perdere la regia e la titolarità dei processi e nella difficoltà di capire la direzione strategica poiché non si vede l'ottimizzazione ma la dispersione e duplicazione delle risorse, inoltre non emergono chiaramente le intenzionalità del legislatore sul lungo periodo e quindi, a causa anche della continua contrazione di risorse, i Comuni tendono a non condividere le sperimentazioni (es. CeAD).

Inoltre, a questo indubbio sforzo non è corrisposta una chiara e puntuale definizione delle modalità attuative e dell'assetto organizzativo necessario per meglio governare la realizzazione concreta di questa indicazioni, lasciando di fatto alla storia locale e alle relazioni specifiche in ciascun contesto la traduzione, o meno, dell'auspicato regionale. Inoltre il chiarimento dato dalla normativa nella definizione di ruoli e funzioni tra sociale e socio-sanitario, pur necessario, ha più che altro di nuovo orientato verso una separazione e una spartizione di aree di competenza tra i due settori (Ferrario, 2008).

L'esperienza lombarda segna, inoltre, un ulteriore elemento di discontinuità rispetto ad altre esperienze regionali, in quanto il modello lombardo per i primi due trienni dei Piani di Zona ha assegnato un ruolo forte all'Asl, chiamata ad esprimere l'intesa, attribuendo ed erogando le risorse agli ambiti distrettuali, effettuando inoltre operazioni di verifica e monitoraggio sul grado di attuazione del Piano di Zona. Le Asl in sostanza risultano il soggetto validatore e controllore dei Piani di Zona, sottraendo ruolo e responsabilità ai Comuni, titolari delle politiche in campo sociale.

In sintesi, quello che si è evidenziato in Lombardia fino al 2008 è che i soggetti (Comuni e Asl) non risultavano in posizione paritaria e questo ha comportato a livello regionale forti disomogeneità territoriali. Ciascuna Asl lombarda ha interpretato in misura differente il concetto di integrazione socio-sanitaria, e a livello locale gli atteggiamenti sono stati caratterizzati, seppur con intensità diverse, dal parziale coinvolgimento strategico delle parti, da un rapporto tra le parti spesso funzionale ad ottenere i finanziamenti, dalla mancanza di un coordinamento e raccordo sulle strategie di indirizzo e di fatto dalla perdita del "valore aggiunto" della connessione delle diverse competenze professionali nel momento di ritiro delle deleghe (Avanzini, 2009).

Vediamo poi che con l'emanazione della l.r. 3/2008, e gli atti conseguenti, si è cercato di mettere più in evidenza i caratteri distintivi del modello socio-sanitario lombardo e di quello sociale, declinando specificatamente i compiti istituzionali. Inoltre, ad aumentare la complessità vi è il fatto che il settore sanitario e socio-sanitario è regolato sotto l'aspetto finanziario ed organizzativo esclusivamente dalla Regione, mentre il settore dei servizi sociali presenta una doppia regolazione, da una parte è sottoposto ai vincoli della legislazione regionale ma, nello stesso tempo, è amministrato dai Comuni, che hanno un rilievo costituzionale rafforzato dopo la riforma del 2001.

In questo quadro complessivo emerge un processo in termini di integrazione tra sociale e sanitario che, ad oggi, risulta alquanto eterogeneo e decisamente poco consolidato: solo in alcune realtà lombarde si stanno attuando positive sperimentazioni ma spesso solo su alcuni specifici temi. Tutela minori, salute mentale, disabilità, dimissioni protette, continuità assistenziale sulla domiciliarietà, sono queste le principali tematiche su cui si progetta l'integrazione socio-sanitaria nei Piani di Zona, facendo emergere comunque una visione di integrazione molto "inquadrata" su specifici target di intervento, tendenza che pare pienamente confermata anche dalle recenti normative che sottolineano l'importanza dell'integrazione su specifiche categorie d'utenza (persone non autosufficienti, persone affette da Sla, malati terminali, ecc.).

Inoltre le sperimentazioni d'integrazione che si stanno svolgendo sono più che altro a livello operativo, ovvero nella connessione tra professionisti di servizi diversi anche attraverso la definizione di strumenti e modalità di lavoro efficaci, mentre è decisamente più critica la validazione di questa integrazione a livello istituzionale. Inoltre solo in rare esperienze territoriali si assiste ad una precisa comunanza di

intenti fra Comuni e Asl che sfocia in rapporti istituzionali chiari e definiti ([22]). La fatica di fare decollare l'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale può essere letta prendendo in esame principalmente due fattori: la chiarezza dei ruoli e la chiarezza delle risorse in campo.

– *Chiarezza dei ruoli*: l'esperienza dei Piani di Zona ha permesso ai Comuni di "riconquistare" un sapere e una competenza nell'ambito delle politiche sociali. Questo aspetto non può essere dimenticato nel trattare il tema dell'integrazione socio-sanitaria in quanto dalle esperienze condotte in Lombardia, e non solo, emerge chiaramente che un elevato livello di consapevolezza da parte dei Comuni porti anche a una maggiore attenzione nella definizione di *policy* non settoriali, che guardano quindi maggiormente al benessere della persona in chiave di sistema, e non quindi in una logica frammentata. Questa ritrovata attenzione dei Comuni alle politiche di integrazione socio-sanitaria avviene però in un momento di forte riorganizzazione delle Asl a livello regionale, sempre più attori che programmano, acquistano e controllano e che gestiscono solo alcune parti del sistema dei servizi. I due elementi, da un lato il rafforzamento delle competenze programmatorie dei Comuni e dall'altro il processo di riorganizzazione delle Asl, in mancanza di una convergenza sulle strategie da attuare comportano difficoltà nel promuovere l'integrazione.

– *Chiarezza delle risorse in campo*: laddove si è costruito un tavolo di confronto che avrebbe dovuto favorire il dialogo tra realtà impegnate su fronti diversi, ma necessariamente in relazione per poter affrontare con successo i bisogni di natura socio-sanitaria, è spesso naufragato, a causa dell'impossibilità di fare chiarezza circa la responsabilità di gestione delle risorse finanziarie.

Quello che emerge è dunque un processo che ad oggi potremmo definire "discontinuo", in alcune realtà si stanno attuando positive sperimentazioni mentre in altre questo terreno pare tutto da sondare. In questo quadro ci preme sottolineare il rischio di una integrazione parziale a causa di percorsi assistenziali oggi affidati ad una sola dimensione di integrazione, quella operativa tra professionisti. Portare avanti tale complessità senza uno sguardo di insieme anche sul livello organizzativo e istituzionale può portare ad un effetto quanto meno controproducente.

5.4.2. *L'integrazione con le altre politiche*

L'integrazione tra politiche è un altro elemento che connota la riforma lombarda. Si è già detto dell'investimento prioritario sull'integrazione tra sociale e sanita-

---

([22]) Si cita ad esempio l'esperienza che ha coinvolto i territori dell'Asl MI 3 che già nel corso del secondo triennio dei Piani di Zona hanno sottoscritto protocolli di collaborazione Asl-Comuni che definivano azioni prioritarie di intervento integrato. Più recentemente anche nella provincia di Cremona, in occasione della programmazione dei terzi Piani di Zona, i territori hanno sottoscritto un importante protocollo sulle azioni congiunte di integrazione socio-sanitaria.

rio, ma l'orientamento verso l'integrazione non ha riguardato unicamente queste due aree di *policy*. L'assunto della centralità del "sistema famiglia" rispetto alla programmazione di interventi di promozione della qualità della vita, prevenzione e sostegno, ha portato la Regione Lombardia ad affermare la necessità di avvicinare i diversi contesti che lo interessano: lavoro, casa, istruzione e formazione.

Su questo possiamo segnare alcune evidenze:

a. L'assunzione del mandato di integrazione tra politiche anche a livello territoriale è indicato come obiettivo centrale nella terza triennalità dei Piani di Zona. Con le ultime linee guida la visione d'integrazione sembra, nel dichiarato, essersi ampliata con maggior decisione anche ad altre aree della politica pubblica: "appare determinante la messa in rete dei soggetti che operano nei territori per sviluppare iniziative e nuove opportunità a sostegno delle famiglie, con particolare riguardo a maternità e lavoro, disagio adolescenziale e giovanile, abbandono scolastico, rapporti intergenerazionali e aggregazione" ([23]).

b. In questi ultimi anni è stato fatto un certo sforzo soprattutto nel coordinamento interno della "macchina" regionale, favorendo la costruzione di una comunicazione più efficace e di una migliore collaborazione tra Direzioni e Assessorati diversi. Tale impegno si è manifestato chiaramente soprattutto su alcuni temi trasversali come quello della valutazione di politiche e programmi che ha visto la realizzazione di momenti seminariali interni alla Regione per promuovere una condivisione di metodi e riferimenti scientifici per lo svolgimento di una funzione centrale come quella valutativa (si veda il capitolo 20). Inoltre, un investimento in questa direzione si è palesato anche all'interno di alcuni programmi e progetti di tipo sperimentale, nei quali sono stati promossi la partecipazione e il coinvolgimento attivo di più settori. Si veda, a questo proposito, l'ultima evoluzione del programma sui Contratti di Quartiere che ha assunto come area di intervento specifica l'asse della coesione sociale, derivata da una sperimentazione regionale dell'Assessorato famiglia e solidarietà sociale, oppure il recente "Bando per la promozione di iniziative sperimentali per sviluppare una rete di interventi e opportunità a favore delle persone autistiche e delle loro famiglie" realizzato in connessione con la DG Sanità. Ovviamente questi rappresentano solo alcuni dei diversi esempi di coordinamento e connessione tra DG regionali che si stanno realizzando e che portano nei territori la possibilità di sperimentare azioni integrate.

Anche su tale aspetto, però, ritroviamo alcune delle considerazioni già espresse in precedenza, ovvero una parziale corrispondenza tra il dichiarato regionale, che risulta "forte e chiaro", e una certa debolezza, se non addirittura ambiguità di fondo, nel percorso operativo verso la sua realizzazione. Ancora una, volta l'impressione è che non basti enunciare una volontà di integrazione perché questa si realizzi, e

---

([23]) Cfr. Dgr 3 dicembre 2008 n. VIII/8551.

soprattutto ciò non è in alcun modo sufficiente per un'attuazione a livello locale. Si è anche già detto come in realtà, pur proclamando un obiettivo di integrazione, la Regione operi molto spesso attraverso finanziamenti che paiono molto segmentati e disarticolati per filoni separati di intervento, e come la coerenza verso linee di politiche comuni non sempre sia chiaramente percepita. Lo testimonia, ancora una volta, la forte varietà di esperienze a livello locale e l'eccessiva specificità di alcune buone pratiche presenti, che sembrano dettate più da condizioni di contesto particolari che da indirizzi provenienti dal livello centrale.

Alcuni esempi emblematici possono essere tratti dai recenti interventi di sostegno alla famiglia, nei quali alcune delle ultime misure di sostegno economico, come i buoni per le famiglie numerose, sono stati gestiti centralmente direttamente dal livello regionale attraverso le Asl, senza attuare alcun coordinamento con le amministrazioni comunali e i Piani di Zona che ormai da anni invece hanno assunto questa funzione, rischiando così di produrre effetti negativi di mancato coordinamento proprio nei percorsi di presa in carico delle persone. Analogamente il sistema dotale in ambito scolastico e lavorativo, i piani dei tempi e degli orari o le politiche di conciliazione, sono tutte azioni e interventi fortemente connessi alle politiche sociali, ma che invece vengono spesso gestiti separatamente.

Da ultimo ci sembra di poter sottolineare un ulteriore aspetto che abbiamo spesso osservato lavorando per le amministrazioni comunali e per i Piani di Zona lombardi. I bandi di finanziamento per progetti a rilevanza sociale promossi da attori privati hanno rappresentato nei territori occasioni concrete per sperimentare spazi di connessione tra settori diversi. Per esempio i progetti finanziati dalla Fondazione Cariplo sono ormai un riferimento stabile per molti. Attori come questo sono andati moltiplicandosi nella nostra Regione (es. Fondazioni Umanamente, Vismara, Vodafone) promuovendo spesso esperienze che hanno stimolato la costruzione di integrazioni tra aree diverse. Ne citiamo a questo proposito uno tra i più recenti ovvero il bando promosso congiuntamente da Fondazione Cariplo e Fondazione Vodafone "*Favorire la coesione e l'inclusione sociale mediante le biblioteche di pubblica lettura*" che ha connesso area sociale e cultura. Certamente l'integrazione che queste iniziative possono stimolare parte da un livello molto operativo e concreto ma che, se accompagnato da una precisa volontà, può consolidare integrazioni stabili a livello istituzionale e influenzare gli indirizzi di politica perseguiti.

Pure i bandi della Regione Lombardia che abbiamo già citato, così come quelli comunitari (Equal, FSE) rappresentano occasioni utili in questo senso, anche se non hanno la medesima diffusione ed estensione territoriale: ad esempio il Bando Regionale del 2006 sulla coesione sociale ha promosso la realizzazione di due sole progettualità (Luppi, 2009) mentre il bando della Fondazione Cariplo del 2009, pur con risorse decisamente più contenute, ne ha finanziati 13.

5.5. La sussidiarietà e la promozione del ruolo del Terzo Settore

Nel capitolo precedente è già emersa la valorizzazione del ruolo del Terzo Settore come uno degli assi portanti del welfare regionale in ottica comunitaria. Nel corso della riforma lombarda di questi ultimi dieci anni infatti impresa sociale e associazionismo sono cresciuti enormemente sia in termini numerici che rispetto a ruoli e funzioni ricoperte (cfr. capitolo 5).

Possiamo segnare alcune delle principali tappe che hanno tratteggiato questa evoluzione:

a. certamente l'avvento dei Piani di Zona ha costituito per il Terzo Settore una preziosa occasione per intraprendere percorsi di partecipazione alla definizione delle scelte di *policy* territoriale. Pur nella diversità d'interpretazione del mandato regionale, l'esperienza dei tavoli tematici locali si è realizzata in molti territori costituendo spesso la prima esperienza di interlocuzione di questo tipo (De Ambrogio, Lazzarotto, 2007). Oggi i tavoli tematici rappresentano una realtà consolidata nella maggior parte dei Piani di Zona anche se certamente con gradi di efficacia e soddisfazione diversi.

L'esperienza dei tavoli ha generato apprendimenti, sia per le istituzioni pubbliche che per il privato sociale, nella conoscenza, più articolata e approfondita, della conformazione del sistema sociale in cui i soggetti operano, ma anche nella interazione e nella gestione delle relazioni tra pubblico e privato. Non sempre i tavoli sono bastati a generare processi virtuosi di integrazione o l'emersione di nuove reti sociali e, a quasi dieci anni, dall'avvio delle prime esperienze di consultazione locale possiamo dire che la situazione è ancora estremamente variegata (De Ambrogio, 2008). In alcuni contesti territoriali la partecipazione si è articolata, specializzandosi e passando da una logica puramente consultiva e informativa ad un orientamento maggiormente progettuale (Ranci Ortigosa, Ghetti e Cicoletti, 2010); oppure è andata articolandosi aggiungendo ai tradizionali tavoli per target di riferimento anche sotto-gruppi ristretti su temi più specifici (es. prima infanzia) o trasversali (povertà, casa, lavoro). Ovviamente, nella varietà delle esperienze, ci sono anche contesti nei quali nessun passaggio evolutivo è avvenuto e oggi i tavoli scontano notevoli difficoltà di tenuta.

b. Un altro passaggio che possiamo certamente segnare in questo decennio è la nascita progressiva di organismi di rappresentanza locale del Terzo Settore (forum e coordinamenti), che hanno rafforzato l'identità e la presenza di questo soggetto nell'arena della politica pubblica. Il progressivo ampliamento dell'interlocuzione con le istituzioni (Asl, Comuni) e l'affermazione della dimensione sovra comunale (ambito zonale) quale luogo di programmazione delle politiche e del sistema dei servizi, ha spinto il Terzo Settore a coordinarsi rispetto ad istanze comuni e alla definizione di forme adeguate per svolgere una funzione di *voice* nei confronti dell'istituzione pubblica, anche a livello politico.

c. Accanto a questo, proprio a chiusura dell'ultima legislatura, si è vissuta un'ulteriore tappa di sviluppo in tema di valorizzazione del Terzo Settore ovvero l'identificazione di luoghi specifici per l'effettivo esercizio di una partecipazione non solo a livello operativo (nei tavoli tematici) ma anche politico-strategico. In questa direzione vanno le già citate delibere di costituzione o revisione dei tavoli regionali e locali di rappresentanza del Terzo Settore e anche la l.r. 3/2008 in cui tale riconoscimento viene sancito ufficialmente a livello di sistema.

d. Va considerato da ultimo il progressivo rafforzamento del Terzo Settore come soggetto gestore di servizi, interventi e progettualità in area sociale e socio-sanitaria. Si è già detto dell'orientamento regionale all'equiparazione dell'offerta pubblica e privata e, al contempo, all'attribuzione delle funzioni di Pac al servizio pubblico e, dunque, della progressiva dismissione della gestione diretta dei servizi. Tale orientamento ha portato ad un ampliamento dei "soggetti produttori" provenienti dal Terzo Settore, rafforzato talvolta anche dall'accesso a finanziamenti pubblici a destinazione esclusiva dei gestori privati (es. piano nidi).

La valorizzazione del Terzo Settore promossa dalla politica regionale è uno di quei fattori che ha portato a una buona dotazione di servizi che il contesto lombardo può vantare rispetto ad altre realtà regionali.

Se questi sono alcuni dei principali risultati della riforma, rimangono ancora alcune zona d'ombra. Riportiamo le due principali.

La prima è relativa all'assetto di *governance* che la Regione ha disegnato per regolare la partecipazione del Terzo Settore. Un rischio già evidenziato è il *gap* tra disegno dichiarato e la sua reale attuazione e, in modo particolare, che i diversi luoghi istituzionalmente previsti (tavoli, gruppi) rappresentino dei "contenitori vuoti", attuati unicamente per adempimento formale e senza rilevanza sostanziale verso il reale concorso alla determinazione degli orientamenti di policy e del sistema d'offerta. Questo rischio a nostro avviso viene accentuato se il mandato regionale si incentra prevalentemente sulla costituzione formale di tali organismi, senza mantenere un adeguato presidio del processo di attuazione e del governo del loro utilizzo a livello locale.

Un'ulteriore considerazione attiene al livello di maturità della cultura partecipativa. Se è vero, come si è già detto, che in questi anni si sono viste importanti evoluzioni sul fronte della presenza e della qualità dell'interlocuzione tra pubblico privato in particolare nel merito della programmazione delle politiche locali, della co-progettazione di iniziative e interventi e del coordinamento nella gestione dei servizi, è vero anche che non si è del tutto superata la fatica a governare il doppio ruolo intrinseco al Terzo Settore, quello di produttore di servizi, soggetto che fa "impresa", e quello di *advocacy* e testimonianza di bisogni e istanze della cittadinanza. Lo sviluppo di competenze nel distinguere e saper utilizzare correttamente i luoghi deputati all'una o all'altra funzione non sembra essere arrivata ovunque ad una piena maturità. Ci sono ancora contesti in cui si assiste talvolta a tavoli tematici utiliz-

zati in modo strumentale, in cui si portano interessi particolari o si agiscono rivendicazioni di natura politica. Anche il soggetto pubblico non sempre ha sviluppato piena consapevolezza e competenze per gestire al meglio la regia di una *governance* così complessa e permane talvolta il pregiudizio verso gestori unicamente interessati all'allocazione delle risorse (De Ambrogio, 2009).

L'ultima criticità riguarda la presenza sempre più consistente del Terzo Settore produttore di servizi e in particolare la parità formale sancita tra gestori pubblici e privati. L'orientamento al quasi mercato è una scelta che contraddistingue la politica lombarda rispetto a molte altre Regioni del nostro paese e si è detto già in precedenza quali risultati positivi tale scelta abbia comportato, ad esempio in termini di dotazione e di sviluppo di una cultura dei servizi. D'altro canto, però, rileviamo anche in questo caso il rovescio possibile della medaglia, ovvero il rischio di una sovrapposizione e di una confusione tra chi è deputato alla funzione di produzione del servizio (gestore privato) e chi invece mantiene la responsabilità della presa in carico della persona, in termini di analisi del bisogno, di progettazione dei percorsi di cura e di valutazione dei risultati conseguiti (soggetto pubblico). Il lavoro di consulenza presso servizi sia pubblici che privati, in questi anni ci ha spesso posto di fronte ad un atteggiamento di delega al privato anche della funzione di presa in carico della persona e, viceversa, della gestione diretta da parte del privato della relazione con l'utenza sin dalle prime fasi di accesso al servizio, mettendo a rischio la necessaria distinzione tra funzione di produzione e funzione di tutela e di presidio dell'appropriatezza degli interventi, a cui il soggetto pubblico è istituzionalmente deputato.

5.6. Conclusioni

Complessivamente a dieci anni dall'avvio del processo di riforma del welfare, la politica regionale come ha definito il ruolo programmatorio dei territori?

Rispondere a questa domanda non è semplice. L'atteggiamento lombardo, che cinque anni fa definimmo "modesto", in questi anni è molto cambiato, anche se riteniamo non abbia sempre seguito una linea di coerenza e chiarezza rispetto agli obiettivi perseguiti e soprattutto all'attuazione di quanto dichiarato, facendo emergere movimenti in qualche modo ambivalenti, oscillanti tra la piena valorizzazione dei Piani di Zona, riconosciuti come interlocutore principale nell'attuazione delle politiche, e azioni di disinvestimento attraverso l'improvvisa centralizzazione di alcune funzioni e l'assunzione di forti posizioni "dirigiste". Nel dichiarato regionale gli attori principali del welfare territoriale, Comuni e Asl, sono i programmatori locali del sociale e del socio-sanitario ma nella pratica, come abbiamo scritto nelle diverse parti del capitolo, non si è avuta piena traduzione di questi indirizzi e questo apre ad alcuni interrogativi.

Nel 2008, in contro tendenza rispetto alle precedenti triennalità, venivano for-

nite ai Piani di Zona indicazioni specifiche, molto impegnative in termini di contenuto, per la programmazione territoriale. Questo apriva una nuova fase di rivitalizzazione della politica sociale in quanto sembrava che l'esperienza zonale dovesse diventare davvero il luogo della programmazione sociale integrata. Solo due anni più tardi si assiste, invece, ad un'inversione di tendenza: viene deciso, infatti, di trattenere a livello regionale un'ampia quota del fondo nazionale politiche sociali, limitando così l'azione locale a favore di iniziative regionali di promozione di attività progettuale direttamente in capo ai soggetti privati no profit e a sostegno di progettualità che vedono nuovamente le Asl impegnate in azioni direttamente rivolte all'utenza, e non solo nel ruolo di Pac, o con funzioni specialistiche, come ormai ci si era abituati a considerarle. Anche su altri temi la posizione regionale si è espressa in modo analogo: la progressiva centralizzazione si è resa evidente nell'attuazione in capo alla Regione di progetti sperimentali (es. sostegno alla maternità e autismo), nella gestione dei buoni famiglia in capo alle Asl, con le ultime Dgr di riparto del Fondo non autosufficienza, con la Dgr sul piano nidi e con le indicazioni rispetto all'istituzione dei CeAD. Con queste scelte, che talvolta vengono lette quasi come una inversione di tendenza rispetto al dichiarato espresso attraverso le linee guida ai Piani di Zona, è come se la funzione programmatoria assegnata al Piano di Zona di fatto rischi di venire progressivamente svuotata, rinforzando la regressione verso una funzione meramente esecutiva degli indirizzi regionali.

A questo punto l'interrogativo è: che cosa farà la Regione nel 2012? In particolare ci chiediamo se sosterrà un nuovo triennio di Piani di Zona e rafforzerà la dimensione zonale come interlocutore nel sociale analogo alle Asl o invece andrà verso un progressivo disinvestimento, lasciando libera scelta ai territori se continuare a investire nella dimensione sovralocale o ritornare alla dimensione comunale. La Regione ha già il suo braccio operativo nelle Asl, pertanto la questione è anche se sosterrà il consolidamento dell'area ASSI a discapito di un investimento nei Piani di Zona o viceversa.

Ovviamente questi interrogativi attualmente non hanno risposta, anche se riteniamo che lo scenario futuro sarà fortemente influenzato da alcune variabili già note: la crisi economica e i conseguenti tagli finanziari ([24]) e l'attuazione del federalismo fiscale (AA.VV., 2010).

Nonostante lo scenario si presenti così incerto riteniamo altrettanto verosimile che in molti territori l'esperienza dei Piani di Zona si sia sufficientemente consolidata, portando a innovazioni tali dal punto di vista gestionale (es. nascita di aziende e consorzi) che difficilmente si potrà pensare di tornare indietro. Seppur avviata con un approccio poco regolato, o forse anche grazie ad esso, l'esperienza di pianificazione zonale, in particolare dalla seconda triennalità, ha aperto a una serie di svilup-

---

([24]) Cfr. A. Battistella, *Cooperazione sociale e crisi economica* in corso di pubblicazione su "Prospettive Sociali e Sanitarie".

pi arrivando a definire un quadro nel quale in molti casi i Comuni si sono riappropriati delle funzioni di programmazione delle politiche sociali e molti soggetti nei diversi tavoli si sono attivati in processi virtuosi di costruzione delle politiche sociali del loro territorio. Certamente la situazione regionale non è omogenea e il quadro appena tratteggiato non riguarda tutti e 98 i Piani di Zona. L'avvio poco regolato ha lasciato molti margini di libertà che, in contesti particolarmente ricettivi e disposti alla trasformazione e al cambiamento, hanno permesso una certa vitalità e la produzione di innovazioni interessanti. La possibilità e la volontà di usare questi margini è molto dipesa, a nostro avviso, dall'atteggiamento con il quale i Comuni hanno affrontato le indicazioni della legge quadro nazionale 328/2000 e le sue declinazioni regionali: i contesti che hanno assunto atteggiamenti più sfidanti hanno spinto verso trasformazioni e innovazioni forti, quelli che hanno vissuto questa partita "al ribasso" sono rimasti fermi a conformazioni analoghe a quelle di avvio (accordi di programma tramite comune capofila, programmazione solo su risorse trasferite da livello centrale, struttura organizzativa debole senza personale dedicato, ecc.).

Osservando l'attuazione della riforma nella Lombardia in comparazione con altri contesti regionali, dobbiamo riconoscere che in alcune circostanze l'atteggiamento lombardo di poca regolazione iniziale ha stimolato i territori a sfide che hanno indotto a qualche movimento innovativo, e in tempi relativamente brevi. Altre Regioni hanno intrapreso processi di riforma con approcci molto più incrementali ma anche più lenti, nei quali la Regione ha assunto nei confronti del territorio una posizione di accompagnamento e sperimentazione graduale (Avanzini, 2010). La Regione Lombardia viceversa attraverso i propri frequenti indirizzi ha indicato le mete a cui tendere, determinando obiettivi e tempi, mentre raramente ha accompagnato il processo di attuazione (si veda a questo proposito quanto sta accadendo in questi mesi sul fronte dell'accreditamento) lasciando ai territori oneri e onori dell'attuazione dei mandati. Riteniamo che questo atteggiamento, certamente faticoso per i territori, abbia rappresentato un indubbio vantaggio rispetto alla velocità di attuazione della riforma e, in qualche caso, anche alla capacità di produrre innovazioni, generando però, di contro, forti differenziazioni.

Infine rispetto all'altro caposaldo dell'azione regionale, ovvero la valorizzazione del Terzo Settore, vediamo l'emergere anche in questo caso di alcune ambivalenze di fondo. La crescita del Terzo Settore che produce servizi "strutturati e pesanti" oggi pare sottoposta a forti vincoli dati dalla continua contrazione delle risorse che ne limita la crescita qualitativa e talvolta anche la possibilità di dare continuità ai servizi avviati. La creazione di quel quasi mercato verso cui la Regione Lombardia ha teso sin dall'avvio della riforma, è messa a rischio soprattutto dal momento storico che stiamo attraversando. Tuttavia, pur in tempi di risorse ancora più scarse, la scelta regionale sembra essere quella di non rinunciare a fornire un sostegno e una piena valorizzazione del terzo e quarto settore, anche attraverso la promozione di quel welfare relazionale di cui sono protagonisti associazionismo e volontariato. Questa

scelta rischia però di andare a discapito degli investimenti rispetto al sostegno delle funzioni più tipicamente pubbliche ([25]).

Dietro a queste scelte è possibile intravedere il medesimo orientamento avuto in avvio della riforma nei confronti delle Asl in ambito sanitario e socio-sanitario: stimolare la dismissione della funzione di gestione per promuovere l'assunzione di funzioni di regia. Per tutti gli elementi portati sin qui, tuttavia ci sembra sussistano ancora delle ambivalenze, anche per la tipicità del settore sociale, che inducono alla cautela. In particolare vanno poste a confronto la tendenza al rafforzamento delle funzioni dei Comuni sul fronte gestionale, rappresentato dalla nascita delle nuove forme gestionali (aziende e consorzi), con l'assunzione di funzioni tipicamente di governo da parte del Terzo Settore (si veda il capitolo 7). Accompagnare a rinnovate funzioni di Pac 1.500 Comuni e 98 Piani di Zona presenta problematicità e complessità decisamente maggiori di quelle generate da un processo analogo relativo a 15 Asl. In merito è davvero necessario riflettere approfonditamente e confrontarsi apertamente, prima di agire e rischiare di creare di fatto situazioni di non ritorno.

Bibliografia

Aa.Vv. (2006), *Social planning: temi e competenze per la programmazione e la progettazione delle politiche sociali*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie" n. speciale 10-11.

Aa.Vv.,(2010), *Federalismo fiscale, livelli essenziali e welfare nella prospettiva della l. 42/09*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie" n. speciale 8-9.

Avanzini K. (2009), *L'integrazione socio-sanitaria tra programmazione e gestione*, in Pesenti L., De Ambrogio U., 2009, (a cura di) *Piani di zona in Lombardia. Le sfide della programmazione sociale*, Guerini e Associati, Milano, pagg. 99-108.

Avanzini K., e Ghetti V. (2010), *Accreditamento nel sociale. Quale strategia*, in "Prospettive Sociali e sanitarie" n. 5/2010, pagg. 1-6.

Barberis D. (2009), (a cura di) *Il prodotto del lavoro sociale*, Franco Angeli, Milano.

Brugnoli A., e Vittadini G. 2008, (a cura di) *La sussidiarietà in Lombardia: i soggetti, le esperienze, le policy*, Guerini e Associati, Milano.

Cicoletti D. (2008), *Volontariato e Piani di Zona in Lombardia*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 18.

De Ambrogio U. (2009), *Potenzialità e insidie nel passaggio da una prospettiva di government a una di governance nel rapporto pubblico/privato*, in Pesenti L., De Ambrogio U., 2009, (a cura di) *Piani di zona in Lombardia. Le sfide della programmazione sociale*, Guerini e Associati, Milano, pagg. 109-114.

([25]) Si veda l'ultima Dgr 197 del 30 giugno 2010 nella quale è stato stanziato un finanziamento di 5,5 milioni di euro destinato a soggetti del privato sociale per iniziative a supporto del sistema di welfare.

De Ambrogio U. (a cura di) (2008), *Piani di zona tra innovazione e fragilità*, i Quid di Prospettive Sociali e Sanitarie, Milano.

De Ambrogio U., Lazzarotto L. (2007), *Tavoli tematici dei Pdz: risorsa od ostacolo?,* in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 5.

De Ambrogio U., Avanzini K. e Ghetti V. (2005), *Il Piano di Zona*, in C. Gori (a cura di), "Politiche sociali di centro-destra", Roma, Carocci, pagg. 127-155.

Ferrario P. (2009), *Servizi sociali e socio-sanitari in Lombardia*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 1/2009, pagg. 3-7.

Gatti D. e Rossi P. (2010), (a cura di), *Esperienze di welfare locale. Le Aziende speciali e la gestione dei servizi sociali nei Comuni lombardi*, Maggioli Editore, Rimini.

Ghetti V., e Puddu L. (2010), *Gli ambiti lombardi verso l'accreditamento del sociale: qualche suggerimento per l'uso*, in "Prospettive Sociali E Sanitarie" n. 5/2010, pagg. 6-8.

Irer (2010), *Lombardia 2010. Rapporto di fine legislatura*, Guerini e Associali, Milano.

Luppi M. (a cura di), *Coesione sociale nella città. Azioni e relazioni nell'esperienza di due quartieri di Milano*, Guerini e Associati, Milano.

Montanelli R., Ghetti V., Castegnaro C. (2010), *L'accreditamento dei servizi prima infanzia: l'esperienza del Distretto Sociale sud-est Milano*, in Aa.Vv., *Crescere a Milano. Seconda relazione sociale della provincia di Milano*, Osservatorio per le politiche sociali della Provincia di Milano.

Pasquinelli S. (2009), *I titoli sociali: sostegno economico e promozione all'autonomia*, in Pesenti L., De Ambrogio U. (2009), (a cura di) *Piani di zona in Lombardia. Le sfide della programmazione sociale*, Guerini e Associati, Milano, pagg. 115-123.

Pasquinelli S. (2007), (a cura di), *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie*, Carocci Faber, Roma.

Pasquinelli S. (2006), (a cura di), *Buoni e voucher sociali in Lombardia*, Franco Angeli, Milano.

Pesenti L., De Ambrogio U. (2009), (a cura di) *Piani di zona in Lombardia. Le sfide della programmazione sociale*, Guerini e Associati, Milano.

Ranci Ortigosa E., Ghetti V., Cicoletti D. (2010), *Volontariato e policy making nelle Regioni*, in "Impresa sociale" n. 4, pagg. 137-158.

Ranci Ortigosa E. (2008), (a cura di), *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, i Quid di Prospettive Sociali e Sanitarie, Milano.

6. I percorsi nei servizi [1]

Katja Avanzini e Ugo De Ambrogio

6.1. Premessa

Nel presente capitolo l'attenzione si concentra sull'analisi dei percorsi nei servizi compiuti dai cittadini lombardi alla luce del percorso di riforma che ha interessato negli ultimi dieci anni il welfare nella nostra Regione. L'obiettivo è analizzare il sistema che si è venuto a creare, evidenziandone positività e criticità sul versante della risposta ai bisogni dei cittadini. Il capitolo si compone è costruito come segue. Il prossimo paragrafo (par. 6.2) disegna il percorso nei servizi focalizzando l'attenzione sulle specifiche fasi assistenziali, il successivo tratteggia un confronto con le altre Regioni (par. 6.3), il quarto propone una valutazione complessiva del percorso di cura lombardo (par. 6.4) e l'ultimo, infine, presenta considerazioni conclusive (par. 6.5).

Il capitolo, focalizzando l'attenzione sul singolo cittadino, presenta una serie di analisi trasversali e scenari generalizzabili, andando al di là delle problematiche di specifiche tipologie di utenza. Il lavoro è frutto di un percorso di ricerca che ha comparato la normativa lombarda nelle sue diverse aree, socio-sanitaria e socio assistenziale, e relative ai diversi target: minori, disabili, anziani e ha raccolto informazioni sul campo attraverso specifiche interviste e analisi documentali; infine si è confrontata l'esperienza lombarda con le esperienze condotte da altre Regioni anche grazie alla conoscenza sviluppata da IRS [2] nel condurre l'esperienza di Welforum [3].

Il punto di partenza delle riflessioni contenute nel capitolo è uno schema che

---

[1] Del presente capitolo Katja Avanzini ha curato la stesura dei paragrafi 6.1, 6.2, 6.3 e Katja Avanzini e Ugo De Ambrogio hanno collaborato nella stesura dei paragrafi 6.4 e 6.5.

[2] È doveroso ringraziare i colleghi IRS che hanno contribuito con spunti e discussioni alla stesura del capitolo: Diletta Cicoletti, Valentina Ghetti ed Emanuele Ranci Ortigosa. Per Katja Avanzini è importante ringraziare anche tutti i colleghi del territorio cremonese.

[3] *Welforum – Rete delle politiche sociali delle Regioni e delle Province autonome* è una iniziativa di *Prospettive Sociali e Sanitarie* volta a supportare l'azione delle Regioni e delle Province autonome italiane in materia di politiche e servizi sociali e socio-sanitari. Si tratta di un forum rivolto a dirigenti e funzionari di tutte le Regioni e le Province autonome che gestiscono ruoli di alta responsabilità su questi temi. www.welforum.it

mette a confronto cosa serve ad un cittadino che presenta una domanda con le funzioni e competenze organizzative richieste ai servizi (tab. 6.1).

Tabella 6.1 - I bisogni del cittadino e le competenze richieste ai servizi

I bisogni dell'utente nelle fasi del percorso di cura	Le funzioni del servizio
▪ Un luogo in cui esprimere il proprio bisogno	Accesso e ascolto
▪ Un operatore qualificato in grado di valutare il bisogno espresso e anche le eventuali esigenze implicite	Valutazione
▪ Un operatore qualificato che possa connettersi con altri per indagare la complessità delle esigenze identificate	Valutazione multidisciplinare
▪ Un operatore qualificato che definisca com'è possibile intervenire per rispondere ai bisogni individuati	Presa in carico e progettazione individualizzata
▪ Una rete di servizi che possano realizzare il progetto individualizzato	Attivazione e erogazione del sistema dei servizi
▪ Un referente che lo accompagni nell'uso di questi servizi e predisponga un piano di intervento definito nel tempo ▪ Un referente che monitori il percorso e ne definisca l'eventuale chiusura	Accompagnamento, monitoraggio e valutazione

6.2. Il percorso di cura

6.2.1. *L'accesso e la valutazione*

La funzione di accesso alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari ha subito nell'ultimo decennio una forte trasformazione in Lombardia. Superato il meccanismo delle deleghe alle Asl si è introdotto un modello di "spartizione di competenze" fra il sociale e il socio-sanitario, che ha portato all'attuale sistema normato con la l.r. 3/2008. Le forti differenziazioni territoriali che ritroviamo nei contesti lombardi rendono complessa un'analisi approfondita dei risultati di questi cambiamenti: pare però importante tratteggiarne una descrizione funzionale a mettere in evidenza le principali considerazioni sul tema.

Una prima sottolineatura riguarda il segretariato sociale. Come evidenziano De Ambrogio e Casartelli ([4]), la crescente complessità dei contesti, una domanda sociale sempre più articolata e specifica, e il fatto che quest'ultima non sia sempre chiara e consapevole sono tutti elementi che concorrono a definire un contesto organizzativo e professionale nuovo, dove il segretariato sociale deve ridefinire la propria

([4]) Cfr. *Il segretariato sociale tra il dire e il fare*, di De Ambrogio e Casartelli in PSS n. 9/2009.

identità e il proprio ruolo, elaborando strategie professionali e consolidando il quadro di una rete ampia di collaborazioni interprofessionali e organizzative.

La Regione definisce nel 2008, con la l.r. 3, che i Comuni, in forma singola o associata, d'intesa con le Asl, anche in collaborazione con gli altri soggetti del privato, devono organizzare una attività di segretariato sociale finalizzata alla presa in carico della persona, con lo scopo di:

a) garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie;

b) orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;

c) assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolar modo per le situazioni complesse e che necessitano di un pronto intervento sociale e di una continuità assistenziale;

d) segnalare le situazioni complesse ai competenti uffici del Comune e dell'Asl ed alle unità di offerta, affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale.

Viene, quindi, proposto un investimento verso le funzioni di accesso integrato. Queste indicazioni paiono però al momento ancora lacunose per i territori poiché non fanno chiarezza rispetto alle possibili differenze fra le funzioni del segretariato sociale ex l.r. 3/2008 e quelle attive ormai in tutti i Comuni attraverso i servizi sociali di base presidiati dagli assistenti sociali. Andrà chiarito se il segretariato sociale previsto dalla l.r. 3/2008 ha da aggiungere ulteriori elementi rispetto al segretariato sociale professionale. In particolare bisognerà verificare se ha da essere un luogo fisico in cui agire l'integrazione socio-sanitaria e/o se può rappresentare un luogo "virtuale" cioè una modalità omogenea, da trasferire a tutti i luoghi di front-office, in cui agire procedure e fornire informazioni esaurienti in diversi luoghi di accesso sia del sociale che del socio-sanitario.

Nel sociale i Comuni si sono fatti carico, negli anni, di una forte qualificazione dei propri servizi arrivando a definirne in termini organizzativi competenze e modalità di svolgimento. Questo cambiamento si è sviluppato a partire dal 2000 andando a organizzare i segretariati sociali all'interno delle funzioni socio-assistenziali di titolarità comunale con personale professionalmente competente: gli assistenti sociali. Il tema di un'organizzazione maggiormente puntuale e qualificata dei servizi sociali territoriali è stato, inoltre, il punto nodale dei primi Piani di Zona, negli anni 2002-2003. Le risorse trasferite agli ambiti hanno consentito di strutturare meglio i servizi con una dotazione minima di ore di assistente sociale anche nelle piccole e piccolissime realtà comunali caratteristiche della Regione Lombardia. Con il passare degli anni questi servizi sono risultati i protagonisti principali del processo di riforma: sia nel lavoro direttamente svolto per l'utenza anche a fronte della complessità data dai nuovi bisogni, sia nell'agire i cambiamenti posti dalla qualificazione svolta

nel campo della programmazione e progettazione sociale che ha sempre meglio ridefinito le competenze in capo ai diversi soggetti istituzionali.

I servizi d'ingresso fanno del radicamento e della visibilità sul territorio le chiavi della loro stessa efficacia: è quindi comprensibile l'alto numero di quelli attivati singolarmente dai Comuni. Nell'organizzare questi servizi i Comuni di più piccole dimensioni sono stati maggiormente spinti alle soluzioni associative, anche tramite il Piano di Zona, che hanno consentito di avere in loco servizi prima più "distanti".

Un primo indicatore di risultato di questo processo di riforma è, quindi, la presenza di punti di accesso alla rete dei servizi. Da una recente indagine promossa dalla D.G. Famiglia e Solidarietà sociale nel 2009 si evidenzia che, complessivamente, sul territorio regionale si contano 2878 punti informativi di questi il 37,3% è gestito dai Comuni e il 62,7 dalle Asl (dati forniti dalla DG famiglie e solidarietà sociale – anno 2009).

Sul versante socio-assistenziale il segretariato sociale, presente all'interno di quasi tutti gli enti locali (Comuni e in alcuni casi Comunità Montane) è il punto di comunicazione più diffuso (1.074 unità).

Nell'ambito socio-sanitario, i numeri dei punti informativi risultano notevolmente più elevati che non nel sociale e qui si ricomprendono diversi servizi e "sportelli" aperti alla cittadinanza: consultori familiari integrati, servizi dipendenze, sportelli URP, ecc. Tali sportelli rispondono, quindi, a funzioni di ascolto e orientamento più specialistiche, rispetto a quanto avviene nel sociale, per consentire l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari. Non dobbiamo però dimenticare che la funzione di accesso al sistema socio-sanitario in Lombardia è garantita dal ruolo svolto dal medico di medicina generale (Mmg) che risulta il primo attivatore della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari, ma che non viene conteggiato in questa indagine.

Un ulteriore elemento utile a evidenziare la funzionalità nel sistema d'accesso ai servizi sociali territoriali è dato dall'analisi della media dei "giorni di apertura settimanale" e della media delle "ore di apertura settimanale". Il cittadino lombardo può usufruire nel sociale di servizi aperti in media più di tre giorni alla settimana per quasi quattro ore al giorno. Complessivamente questi dati ci evidenziano lo sforzo compiuto dai diversi Comuni lombardi nel qualificare l'accesso al sistema dei servizi.

L'impegno del legislatore lombardo si è limitato però a definire l'assetto organizzativo delle funzioni connesse all'accesso dei servizi ([5]), non ha infatti fornito ai territori indicazioni organizzative utili a uniformare i servizi di accesso funziona-

---

([5]) Con la l.r. 3/2008 il tema dell'accesso alla rete dei servizi e più in generale il tema dell'utenza dei servizi viene sottolineato in più articoli compresi nel capo III della legge. Vengono quindi normati diversi aspetti che attengono all'organizzazione dell'accesso (già citato art. 6), ai diritti delle persone e delle famiglie (art. 7), si definiscono i criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni (art. 8) e si dà rilevanza alle informazioni a disposizione dei diversi soggetti nell'art. 9 sullo strumento Carta dei servizi e sull'Ufficio di Pubblica Tutela da istituire in ciascun territorio Asl.

li a meglio governare la domanda. Non sono, infatti, state fornite indicazioni precise rispetto alle modalità con le quali adempiere al mandato istituzionale lasciando all'autonomia dei territori di definire come organizzare i segretariati sociali, come regolamentare le quote di compartecipazione dell'utenza, ecc. Questo, di fatto, ha ingenerato una forte differenziazione territoriale nelle modalità di risposta ai cittadini.

In Lombardia, le Asl hanno sempre più dismesso le funzioni legate alla gestione diretta di determinati compiti assumendo in misura crescente il ruolo di programmazione, acquisto e controllo. Questo ha comportato nella maggior parte dei territori la conclusione delle esperienze delle équipe di valutazione multidimensionale, come ad esempio le Uvg, gestite da operatori dell'Azienda e funzionali ad una lettura del fabbisogno degli utenti al momento dell'accesso al sistema dei servizi. Recentemente, però, la Regione Lombardia ha ripreso il tema delle équipe di valutazione integrata sia nelle linee guida per la stesura dei Piani di Zona per il triennio 2009-2011, sia con le indicazioni per le progettualità connesse all'utilizzo del Fondo Non Autosufficienza, sia con l'istituzione dei CeAD-Centro per l'assistenza domiciliare ([6]).

La Regione ha inteso, negli ultimi due anni, intervenire su un tema che aveva complessivamente lasciato in sospeso durante l'avvio e il consolidamento del processo di riforma. Questa attenzione recente al tema dell'accesso alla rete dei servizi e della valutazione sconta però alcune criticità, indicate di seguito.

1. La definizione del segretariato sociale come servizio essenziale in capo ai Comuni non definendone l'organizzazione in modo chiaro comporta forti disomogeneità territoriali nella definizione dei tempi di apertura e nella sua diffusione territoriale. Inoltre permangono difficoltà nel coniugare a livello organizzativo l'attenzione alle funzioni di accesso e a quelle connesse alla valutazione del fabbisogno della persona. Nella pratica quotidiana dei servizi si manifestano spesso problemi connessi al definire i luoghi e le modalità della valutazione del fabbisogno delle situazioni complesse che necessiterebbero di un'integrazione di competenze.

2. Il tema si collega al dibattito più complesso sull'integrazione socio-sanitaria, posta come obiettivo dalla normativa ma non declinata con indicazioni chiare a livello organizzativo e gestionale. Ciò comporta, ancora una volta, difficoltà di attuazione a livello territoriale, dove si scontano resistenze e non comprensioni rispetto alla finalità ultima da perseguire.

3. Infine, il modello tratteggiato negli atti lombardi concentra prioritariamente lo sguardo sulla non autosufficienza e questa attenzione, per altro doverosa in quanto rimanda a situazioni di forte fragilità personale e familiare, non aiuta nel definire buone prassi e modelli di integrazione ad ampio spettro, che guardino alle diverse categorie di bisogno.

([6]) Cfr. Dgr 10759 del 11.12.2009 "Determinazione in ordine alla realizzazione del "Centro per l'Assistenza Domiciliare" – di seguito denominato CeAD – nelle Aziende Sanitarie Locali e l'allegato A) della medesima Dgr, recante indicazioni operative per la costituzione del CeAD.

6.2.2. *La presa in carico e la progettazione individualizzata*

La presa in carico si pone in stretta relazione con l'accesso ed è svolta da un operatore qualificato, che nel sociale è di solito l'assistente sociale e nel socio-sanitario è il medico di medicina generale. Tale operatore garantisce lo svolgimento della funzione di valutazione propedeutica alla fase di progettazione individualizzata.

Nel caso in cui la persona sia portatrice di un bisogno "semplice", cioè riferibile ad uno specifico ambito di intervento (sociale, socio-sanitario o sanitario), i servizi oggi hanno approntato precise procedure tese ad una risposta codificata, pertanto la valutazione finale dell'utente e della sua famiglia sarà basata soprattutto sul soddisfacimento del servizio e delle prestazioni ricevute. Se il bisogno di una famiglia è quello di poter avere un periodo di pausa nella gestione di un anziano, sarà soddisfatta solo nel momento in cui potrà accedere ad esempio a dei ricoveri di sollievo. In questo caso l'indicatore da analizzare risulta, dunque, la presenza di una rete solida di servizi in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni delle persone.

Diversa, e più complessa, risulta la situazione di una persona che presenta una pluralità di bisogni che necessita quindi di più prestazioni diverse e fra di loro integrate, che coniughino quindi l'intervento sociale con prestazioni socio-sanitarie e/o sanitarie. In questo caso come prosegue e si sostanzia il percorso assistenziale in Lombardia?

Le indicazioni normative indicano alcuni ambiti d'intervento come prioritari per costruire percorsi integrati, quali la tutela minori, salute mentale, disabilità, dimissioni protette, continuità assistenziale sulla domiciliarietà. La criticità, però, permane sul fatto che si ricercano soluzioni integrate per singoli ambiti di intervento senza quindi costruire una visione e una prassi omogenea di intervento integrato ([7]). La, più volte richiamata, necessità di integrazione sui percorsi di cura delle persone risulta molto spesso difficoltosa da attuare in quanto nel sistema lombardo da un lato manca, a livello di sistema, una chiarezza di ruoli e competenze e una chiarezza delle risorse in campo ([8]), dall'altro si registra una difficile integrazione fra professionalità. Certamente in questa direzione un forte ostacolo è rappresentato dalla difficile collaborazione che i professionisti del comparto sociale riescono a instaurare con i medici di medicina generale, i quali rappresentano di fatto la porta d'accesso alle prestazioni socio-sanitarie e sanitarie ([9]).

In alcuni territori lombardi siamo, pertanto, ancora di fronte a situazioni di netta separazione fra il sociale e il sanitario, non facilitate dai continui cambiamenti or-

---

([7]) Questa tendenza è confermata anche dalle recenti normative che sottolineano l'importanza dell'integrazione per specifiche categorie d'utenza (persone non autosufficienti, persone affette da Sla, malati terminali, ecc.).

([8]) Cfr. il capitolo 5 di Avanzini e Ghetti.

([9]) Cfr. *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*, a cura di Carla Facchini, ed. Il Mulino, 2010.

ganizzativi che hanno interessato, in questi anni, i due comparti. Emblematica in tal senso risulta, ad esempio, la dismissione delle unità di valutazione geriatriche e delle altre unità di valutazione integrate che ha interessato la quasi totalità ([10]) dei territori lombardi negli anni 2002-2003, cambiamento agito non senza ripercussioni sul sistema dei servizi e sugli operatori, e in controtendenza la recente ([11]) rinnovata attenzione alla valutazione integrata richiesta sia per la tutela minori, sia per le altre aree di intervento che prevedono l'integrazione socio-sanitaria. Le linee guida prevedono che si debbano "*praticare momenti valutativi interdisciplinari funzionali all'individuazione di percorsi che favoriscano l'utilizzo integrato delle risorse e la presa in carico della persona considerata nella sua unitarietà e che realizzino metodologie, prassi operative, organizzative e procedurali condivise ed omogenee*".

Il tentativo di traduzione di queste indicazioni nei territori è, quindi, recente ed ha fortemente interessato i Comuni nel corso della definizione della terza programmazione zonale, attraverso l'elaborazione di specifici protocolli d'integrazione socio-sanitaria in cui vengono declinate le priorità di intervento e le modalità organizzative e gestionali necessarie per attuare gli obiettivi di integrazione ([12]). In alcuni contesti però, per esempio nei territori della Provincia di Monza e Brianza, già da alcuni anni si sono consolidati lavori di integrazione socio-sanitaria che hanno posto al centro la continuità assistenziale.

Il filo conduttore della riflessione è dato dalle funzioni di case management: chi se le assume?

Nell'attuale sistema lombardo è, in ultima analisi, la famiglia, il soggetto sul quale ricade questa funzione. La frammentazione fra i diversi sistemi e servizi pone necessariamente la famiglia quale protagonista dell'accompagnamento e attivazione dei percorsi di cura. Come ben si evidenzierà nei capitoli successivi, il ruolo della famiglia nel sistema regionale di welfare presenta, però, diverse criticità in quanto spesso è lasciata sola davanti alle difficoltà di valutare in modo realistico la complessità della situazione, di individuare le risposte più adeguate ai bisogni di assistenza e cura e di muoversi autonomamente nel difficile sistema dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Le criticità maggiori si riscontrano nella definizione dei progetti individualizzati che solo raramente rappresentano la sintesi della rete degli interventi e delle prestazioni da erogarsi all'utente secondo il suo fabbisogno, molto più spesso si è in presenza per lo stesso caso di tanti Pai quanti sono i soggetti che si occupano del singolo utente. È compito della famiglia fare sintesi di questa complessità.

([10]) Alcuni territori hanno però mantenuto in essere le Uvg caratterizzandosi come esperienze "fuori dal coro" in Regione Lombardia come l'Asl di Lecco.

([11]) Ci si riferisce ai contenuti delle linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona del triennio 2009-2011 – Dgr 3 dicembre 2008 n. VIII/8551 Determinazione in ordine alle linee guida per la programmazione dei Piani di Zona – III triennio (2009-2011).

([12]) Si cita ad esempio il protocollo sull'integrazione socio-sanitaria 2009-2011 siglato tra Asl e ambiti zonali in Provincia di Cremona.

In sintesi, si evidenza, quindi, un dichiarato regionale che pone al centro dell'intervento di welfare la famiglia, ma che difficilmente si traduce in un agito volto a sostenere il carico assistenziale delle famiglie che si ritrovano a richiedere e connettere risorse e servizi della rete. Molto spesso oltre alla solitudine della famiglia ci si trova di fronte alla sua incapacità di esercitare il ruolo di "case manager di se stessa", con conseguenze evidentemente negative.

6.2.3. *L'erogazione del servizio e il monitoraggio e la valutazione delle prestazioni*

Nel quadro degli investimenti complessivi sul sistema dell'offerta oggi l'utente ha a disposizione un'offerta diversificata, sia nel sociale che nel socio-sanitario. Può, pertanto, accedere a servizi normati e regolati che garantiscono una certa omogeneità a livello regionale. Nonostante non si siano ancora definiti i livelli essenziali delle prestazioni, il sistema di welfare lombardo offre una rete diversificata di servizi che accompagnano la risposta ai bisogni del cittadino ([13]).

Ma chi sono i gestori dei servizi?

La spesa sociale comunale è sempre più esternalizzata ([14]). Inoltre nel corso in particolare dell'ultimo quinquennio, la spinta lombarda verso la voucherizzazione ha posto anche i Comuni nella necessità di adottare l'accreditamento come strumento per l'acquisto di servizi ([15]).

Nel socio-sanitario le Asl hanno – come detto – da tempo dismesso la produzione dei servizi agendo sempre più funzioni connesse alla programmazione, all'acquisto e al controllo. Le prestazioni socio-sanitarie vengono, quindi, acquistate dal privato accreditato, sia profit che no profit.

Complessivamente, in entrambi i settori, con l'accreditamento istituzionale si è introdotto uno strumento di regolazione dell'accesso delle organizzazioni al mercato sociale. Le norme, infatti, stabiliscono che se un soggetto privato vuole gestire un servizio sociale per conto del Pubblico, oltre che stipulare un contratto, deve innanzitutto essere accreditato e cioè possedere una serie di requisiti strutturali e organizzativi. In Lombardia, come analizzato nei capitoli dedicati alla governance e alla programmazione (cfr. cap. 4 e 5), questo sistema già consolidato nel socio-sanitario

---

([13]) Sul sito www.lombardiasociale.it è possibile scaricare una tabella di sintesi dei principali servizi sociali e socio-sanitari a cui si può accedere, tratte dalle Dgr 7437 e 7438 13 giugno 2008 e da altri riferimenti normativi.

([14]) Il rapporto Auser 2009 (monitoraggio 232 gare d'appalto effettuate dai capoluoghi di Provincia nel periodo ottobre 2008/aprile 2009) ci dice che la spesa sociale dei capoluoghi affidata a cooperative e associazioni costituisce in Italia il 47,4% del totale e che tale percentuale è sempre più in crescita. Tre quarti (78%) di questa spesa (nel centro Italia) viene gestita dalle cooperative, il 17% dalle associazioni e il 5% da altre imprese. Le cause dell'incremento della spesa esternalizzata sono note (norme sulla rilevanza economica dei servizi, blocco assunzioni, minori costi, ecc.) e non sono oggetto del presente capitolo.

([15]) Cfr. Capitolo 7 "I titoli sociali", di Rosemarie Tidoli e Rosaria Marotta.

si sta sviluppando anche nel sociale ([16]) incontrando alcuni limiti attinenti al processo assistenziale che proviamo a declinare.

Il sistema pubblico oggi governa il sistema presidiando le funzioni di accesso, valutazione e definizione della progettazione individualizzata, mentre sempre più spesso l'erogazione del servizio e delle prestazioni sono in capo ad altri soggetti, convenzionati o accreditati. A disposizione del pubblico, titolare delle funzioni di cura, una volta predisposto il piano d'intervento rimangono, quindi, solo le funzioni relative al monitoraggio e alla valutazione dei casi.

Le difficoltà organizzative e le debolezze delle competenze metodologiche specifiche riguardanti le competenze valutative e di monitoraggio rendono, però, complesso agire verso un miglioramento delle condizioni di bisogno della persona assistita. Molto spesso, i servizi non sono in grado di progettare e riprogettare i propri interventi sulla base di attente valutazioni, si scontrano spesso con le difficoltà di seguire l'evoluzione di vita di un utente e con la difficoltà di operare in territori in cui mancano alcune risorse utili a rispondere al reale bisogno della persona. Ci si trova, quindi, a progettare in contesti "ostili" per la promozione del benessere: lista d'attesa per l'accesso a strutture, difficoltà a rivedere i piani di intervento per mancanza di risorse, ecc.

6.2.4. *Qualche esemplificazione*

Di seguito proviamo a esemplificare alcuni nodi che oggi si manifestano lungo i percorsi di cura prendendo in considerazione tre esempi potenziali.

Esempio 1 – minore disabile

La netta separazione, ancora generalmente presente, tra strutture ospedaliere e sanitarie e l'insieme di servizi territoriali può essere definita come prima barriera ambientale che ostacola la presa in carico integrata delle situazioni di disabilità. In Lombardia il servizio di riferimento pubblico per la presa in carico dei bambini con disabilità è l'Uonpia, un servizio specialistico dell'azienda ospedaliera che svolge attività ambulatoriale e territoriale, nell'ambito della tutela della salute e del "benessere" nell'infanzia e nell'adolescenza (da 0 a 18 anni). Le prestazioni in regime ambulatoriale (diagnosi, riabilitazione e cura) si rivolgono sia a bambini con disabilità che a bambini che manifestino disagio e difficoltà di diversa natura psichica, affettiva, relazionale, cognitiva. Oltre alle Uonpia le attività di carattere riabilitativo possono essere svolte da strutture private accreditate a cui si può accedere dietro richiesta del medico curante. La rete dei servizi regionali, anche a seguito della riforma complessiva dei servizi riabilitativi, concentra le sue attenzioni sugli aspetti riabilitativi e quindi di "miglioramento" dell'autonomia del bambino, dagli 0 ai 18 anni mettendo in condizione gli enti gestori di poter offrire una vasta gamma di proposte e iniziative.

([16]) Cfr. "L'accreditamento nel sociale: quale strategia" di Avanzini e Ghetti, in PSS n. 5/2010.

Difficile risulta però l'integrazione fra le competenze sanitarie in capo all'Azienda Ospedaliera e le competenze sociali formalmente in carico ai Comuni, in forma singola o associata, nonostante questa sia fortemente promossa dall'articolo 14 delle l. 328/2000 e dall'art. 3 della l.r. 3/2008. Oggi nelle realtà territoriali la gran parte dei servizi sociali comunali interviene a sostegno della situazioni sociali più difficili con prestazioni di carattere economico, assistenziale e educativo. Solo con l'evolversi della complessità del caso i Comuni vengono a conoscenza delle diverse situazioni, questo avviene per lo più nel momento in cui si devono attivare determinati interventi come il sostegno *ad personam* per l'integrazione scolastica. Nonostante l'enfasi che in questi ultimi anni si sta attribuendo ai così detti patti di comunità si assiste tuttora ad una subalternità delle prestazioni sociali che vengono attivate molto spesso seguendo "le prescrizioni" della neuropsichiatria. In particolare la situazione del minore disabile molto spesso è posta all'attenzione del Comune per la necessità di servizi di supporto (trasporto, Sap, ecc.) o addirittura viene conosciuta solo al compimento del 18 anno d'età quando questi viene dimesso dalla Npi e bisogna "ricominciare" a declinare per il giovane adulto un progetto di vita fatto di servizi e percorsi costruiti *ex novo*.

La presa in carico e la progettazione individualizzata è nel nostro esempio in capo all'Uonpia che ha in carico da un punto di vista sanitario la situazione fino al compimento della maggiore età. Però molto spesso sono coinvolti anche il Comune e il Consultorio Familiare in interventi funzionali a supportare percorsi di socializzazione del minore o di supporto consulenziale alla famiglia. L'input ad attivare questi percorsi viene spesso dal comparto sanitario o in alternativa direttamente dalla famiglia che attiva le altre risorse disponibili, in taluni casi il volontariato. Quello che preme sottolineare è però l'elemento progettuale e programmatorio che spesso sfugge nella gestione del singolo caso. La responsabilità di quanto progettato è in capo, per il sociale, al singolo Comune che non sempre possiede e fornisce indicazioni su come operare per una reale integrazione del minore (scolastica, educativa), il forte rischio in questo quadro è pertanto di agire solo in chiave prestazionale e non progettuale/programmatoria, senza riuscire a mantenere al centro della progettazione individualizzata l'utente e la sua famiglia.

Esempio 2 – soggetto adulto con patologie psichiatriche

In analogia con quanto avviene per i disabili minori anche l'ambito della psichiatria è governato da servizi della Azienda Ospedaliera che si occupano dei percorsi diagnostici e riabilitativi. Le problematiche di integrazione fra sanitario e sociale si ravvisano anche in questo campo anche se su aspetti diversi dal precedente e maggiormente attinenti alla rete dei servizi attivabili. Se è chiara la suddivisione di competenze nel gestire le problematiche di soggetti psichiatrici al domicilio o in percorsi di inserimento lavorativo protetto, (dove si registrano anche buone prassi di collaborazione fra Istituzioni), risulta invece maggiormente complesso l'accesso a servizi di carattere socio-sanitario. Un esempio tipico è dato da soggetti adulti con un'età di passaggio verso l'anzianità. Nel caso di un soggetto adulto di 60 anni con

problematiche psichiatriche seguito dai Centri Psico Sociali territoriali che ha terminato il percorso di riabilitazione terapeutico ma che si è compromesso da un punto di vista di salute, la richiesta che arriva spesso ai servizi territoriali è di attivare percorsi di inserimento in strutture Rsa. Si necessita quindi di una valutazione congiunta per definire le possibili alternative stante l'impossibilità di fatto di inserire in Rsa persone non anziane. In questo caso il rischio prevalente è dato dal "dimenticarsi" una presa in carico costante nel tempo.

Esempio 3 – anziano con gravi compromissioni di salute

Nel caso dell'anziano dimesso dall'ospedale se prevale la componente sanitaria del bisogno è il Mmg che attiva i percorsi di riabilitazione o di assistenza domiciliare integrata (attraverso ad esempio voucher socio-sanitari o credit). Se il bisogno è più complesso nella progettualità rientra anche la componente sociale che attiverà le risorse necessarie funzionali al mantenimento della persona al domicilio. Come si evidenziava in precedenza risulta difficile una progettazione individualizzata e integrata duratura nel tempo. Le prestazioni erogate al domicilio sono spesso caratterizzate da una frammentazione fra i diversi gestori e da un tempo "determinato" nell'erogazione delle prestazioni. La fatica maggiore si registra nella fase di valutazione del bisogno della persona e della sua famiglia, raramente multidisciplinare e multidimensionale, che comporta difficoltà nello stendere progettualità che tendano con efficacia al mantenimento al domicilio dell'anziano, lasciando così il peso della gestione della cura in capo alla famiglia. Come si evidenzia anche nei capitoli dedicati alle politiche sugli anziani, la difficile integrazione fra le diverse risorse della rete lascia alla famiglia una ponderosa parte della cura e dell'attivazione dei servizi, a testimonianza di ciò si noti che gli ingressi in strutture residenziali avvengono per lo più quando il carico assistenziale posto in capo alla rete familiare non regge più e non per aggravamento della situazione di salute. Il rischio prevalente è quindi quello di una valutazione e un controllo rarefatti nel tempo.

6.3. Il confronto con le altre Regioni

Confrontando l'esperienza lombarda con quella di altre Regioni vediamo complessivamente come si struttura il percorso nei servizi nei diversi contesti.

L'accesso

Le recente analisi della normativa effettuata da Cicoletti [17] e da Pesaresi [18] evidenziano come un numero crescente di Regioni stia affrontando il tema degli

---

[17] Cfr. D. Cicoletti, *Il percorso assistenziale*, in Gori C., *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci 2008.

[18] Cfr. F. Pesaresi, *La porta sociale: le tendenze in Italia*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 18/2008.

sportelli unici. Il settore dei servizi sociali è caratterizzato da forti squilibri territoriali (fra le Regioni ma anche dentro le Regioni) e da scarsa equità nella fruizione dei servizi, per cui l'organizzazione del welfare dell'accesso è strategica.

Questa esigenza ha prodotto risposte diverse da parte delle Regioni. Un primo gruppo ha previsto e realizzato le "porte sociali" quale strumento per l'accesso alle prestazioni sociali mentre il gruppo più ampio ha previsto i "Punti unici di accesso" quale porta di entrata per le prestazioni sociali e socio-sanitarie (cfr. tab. 6.1) ([19]).

La Porta sociale è stata sperimentata in modo significativo nel centro Italia. La funzione informativa delle Porte sociali insieme a quella di orientamento, consulenza e promozione sociale costituiscono lo strumento organizzativo messo in campo dagli enti locali per garantire e facilitare l'accesso ai servizi. Si tratta di esperienze che rappresentano un importante passo avanti nell'organizzazione dei servizi, perché in grado di facilitare e supportare i cittadini nei loro percorsi partecipativi o assistenziali. Nel resto d'Italia si è scelto un modello diverso, che punta ad accogliere sia le domande di tipo sociale che di tipo socio-sanitario e che spesso ha assunto la denominazione di "Punto unico di accesso". Si tratta di un'evoluzione della "Porta sociale", seppur più complessa; non a caso, diversamente da questa, le esperienze dei "Punti unici di accesso" sono ancora quantitativamente modeste.

I diversi modelli vanno interpretati come un percorso evolutivo che, attraverso l'autonoma costruzione di porte sociali e di sportelli sanitari, cerca di approdare al punto unico di accesso ai servizi sociali e socio-sanitari (e sanitari) proposto dalla normativa nazionale. Data l'esperienza recente e differenziata tra le Regioni non è possibile esprimere un giudizio, cioè affermare se sia meglio partire immediatamente con il modello più avanzato ma anche più complesso oppure realizzare innanzitutto una porta sociale che funzioni, poi una porta (socio)sanitaria del distretto sanitario che sia operativa e, infine, mettere tali punti in sinergia. I vari modelli, comunque, perseguono obiettivi comuni a quelli del segretariato sociale in Lombardia, mentre si differenziano nella tipologia delle prestazioni (sociali e/o socio-sanitarie e/o sanitarie) e nella complessità delle collaborazioni istituzionali richieste (comuni e/o Asl, ecc.).

([19]) La differenza fra "punti di accesso" e "porte" non è chiaramente evidenziata a livello normativo. In alcuni casi le denominazioni vengono utilizzate come sinonimi in altre la differenziazione la si evince da altre caratteristiche: quando si parla di porte o punti unici si rimanda ad un unico servizio di accesso alla rete dei servizi organizzato a livello di norma distrettuale, quando si parla di porta unitaria il concetto di fondo è legato all'integrazione socio-sanitaria. In diverse realtà si assiste inoltre ad una differenziazione fra "porte sociali" e "porte socio-sanitarie".

Tabella 6.2 - I modelli organizzativi dell'accesso alle prestazioni

Modelli	Regioni	Prestazioni	Note
1. Porta sociale senza presa in carico	Emilia Romagna, Liguria, Marche	Sociali	Modalità organizzativa della accoglienza che non si sovrappone all'organizzazione dei Servizi sociali
2. Porta sociale con presa in carico	Umbria	Sociali	Riproduce modello dei servizi sociali (segretariato sociale + servizio sociale professionale)
3. Sportello sanitario	Emilia Romagna, Marche	Sanitarie	Per le prestazioni sanitarie distrettuali
4. Punto unico di accesso	Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana	Sociali, socio-sanitarie, sanitarie	In genere per prestazioni sociali e socio-sanitarie. Più raramente anche le altre prestazioni distrettuali
5. Segretariato sociale	Lombardia	Sociali	Modalità organizzativa della accoglienza che si sovrappone all'organizzazione dei Servizi sociali

La valutazione

Anche il tema della valutazione integrata è sviluppato in altre realtà regionali in modo differente dal contesto lombardo. L'Unità di valutazione è stata istituita nel 1992 dal "Progetto-Obiettivo per la Tutela della salute degli anziani", quale "luogo per la valutazione multidimensionale e globale del singolo caso e di definizione del relativo programma preventivo, curativo e riabilitativo diretto a garantire la continuità assistenziale dell'anziano non autosufficiente" (Guaita, 2009). Le unità di valutazione risultano, quindi, luoghi di integrazione a due livelli: a livello organizzativo-gestionale in quanto presuppongono l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, e a livello professionale – operativo in quanto risultano come luoghi di confronto e collaborazione tra diverse figure professionali. In questo senso le unità di valutazione valutano le situazioni problematiche attraverso scambi sinergici tra servizi diversi e operatori, mettendo in rete le risorse e proponendo percorsi territoriali.

Le varie Regioni hanno utilizzato modelli di riferimento diversi, che si riflettono anche sulla loro denominazione. In particolare la "unità di valutazione" viene correlata con diversi aggettivi definendone così la propria peculiarità, come mostra la tabella 6.2, che illustra i differenti modelli regionali.

Tabella 6.3 - I modelli organizzativi della valutazione del fabbisogno

Modelli	Regioni	Prestazioni	Note
Unità valutative integrate o multi professionali	Toscana, Friuli Venezia Giulia provincia di Trento, Emilia Romagna, Campania, Basilicata	Differenti dai diversi contesti l'elemento comune è l'integrazione fra istituzioni e servizi o fra professionalità	Si occupano della valutazione di persone fragili con bisogni complessi
Unità valutative distrettuali o territoriali	Sardegna, Puglia, Abruzzo, Lazio, Sicilia, Toscana	Differenti dai diversi contesti l'elemento comune è l'organizzazione territoriale omogenea	Il geriatra è spesso presente in qualità di medico
Unità di valutazione geriatrica	Calabria, Liguria, Molise, Piemonte, Umbria, Valle d'Aosta	Prettamente di tipo valutativo, non si prevede la stesura dei Pai e l'individuazione del case manager	Il geriatra sempre presente insieme all'assistente sociale e all'infermiere
Nessuna unità di valutazione strutturata e definita	Lombardia	---	Accenni normativi recenti sull'importanza di praticare momenti valutativi interdisciplinari

Vi è poi il caso unico della Lombardia in cui, come si diceva nel paragrafo 2.3, l'esperienza delle Uvg è stata dismessa nella maggior parte dei territori per sviluppare fortemente il modello organizzativo delle Asl denominato Pac (programmazione, acquisto e controllo). Queste peculiarità hanno reso il sistema lombardo abbastanza unico non solo nel panorama italiano, anche per l'applicazione "integrale" di queste scelte organizzative, senza cioè eccezioni o deroghe locali (Guaita, 2009). L'esperienza dei CeAD verosimilmente porrà alcuni quesiti rispetto alle possibili funzioni che il centro potrà svolgere in prospettiva, introducendo nuovi elementi di riflessione che ad oggi pare prematuro affrontare visto la recente istituzione di questi centri.

Progettazione individualizzata

Tutte le Regioni, infine, sottolineano l'importanza dell'utilizzo del Pai, come strumento che aiuta a raccogliere tutto ciò che si riferisce al percorso di assistenza di una singola persona. Nello stendere il Pai si mettono a disposizione della famiglia tutte le risorse di cui il sistema di servizi dispone, siano esse pubbliche, private, formali, informali. Questo presuppone comunque una forte centralità di gestione dei servizi e delle prestazioni erogate da parte del sistema pubblico, ma anche la costruzione di un sistema equo, dove siano garantite stesse possibilità d'intervento a tutti i cittadini.

In Lombardia, come abbiamo visto, il Pai è diverso per ciascun servizio. Mentre in altre realtà regionali (es. Umbria, Puglia, Sardegna) la normativa richiama la stesura del Pai quale strumento di progettazione integrato, facendo riferimento ad

un operatore, il case manager ([20]) o responsabile del caso, che svolge funzioni di coordinamento tra i diversi servizi e l'utente o la sua famiglia. In tutte le Regioni italiane l'obiettivo è quello di costruire progetti personalizzati coerenti ed efficaci per i cittadini. In alcune Regioni questo processo è già in avanzato consolidamento, altre si trovano ancora in una fase di programmazione dei piani locali oppure hanno una normativa molto recente e il Pai necessita ancora di tempo per la sua sperimentazione ed effettiva attuazione (es. Sardegna, Puglia).

La comparazione dell'esperienza lombarda con quella emergente nelle altre Regioni ci consente di sviluppare alcune riflessioni di sintesi in merito all'accompagnamento dell'utente lungo il percorso assistenziale in Lombardia. Nella tabella 6.4 riportiamo tali considerazioni suddividendole tra l'area sociale e socio-sanitaria, evidenziando così le principali differenze con le altre Regioni.

Complessivamente, lo scenario emerso dal confronto fra le diverse Regioni mostra come il percorso assistenziale viene regolato nelle diverse Regioni: la Lombardia si posiziona ad un estremo di scarso governo complessivo del percorso di cura mentre altre Regioni presidiano fortemente il processo, altre ancora si trovano in posizioni intermedie a secondo di dove posizionano maggiormente l'attenzione (solo sulla valutazione o anche sulla fase di accesso).

Tabella 6.4 - Sintesi del percorso assistenziale in Lombardia

Funzioni	***Nel sociale***	***Nel socio-sanitario***	**In sintesi in Lombardia**	**Principali differenze con altre Regioni**
Accesso	▪ Segretariato sociale	▪ Mmg + sportelli specialistici	Ancora frammentato e non supportato da omogeneità nei criteri di accesso alla rete	L'accesso integrato fra sociale e socio-sanitario si sta sperimentando in diverse Regioni
Valutazione([21])	▪ Interna raramente integrata	▪ Interna raramente integrata	Debole in quanto l'integrazione non è sempre richiesta e non è supportata da omogeneità negli strumenti di valutazione	Le esperienze delle UV sono trattate, seppur con forti differenziazioni, in tutte le altre Regioni

(*segue*)

([20]) Per case manager si fa riferimento all'operatore responsabile del raggiungimento con efficacia degli obiettivi di assistenza individuale. L'operatore "si fa carico" di tutte le esigenze della persona assistita e interviene nei rapporti con la famiglia, i vicini, le istituzioni, il personale sanitario. L'intervento sulla persona ha, così, un riferimento preciso; viene perciò evitata un'assistenza disaggregata, che risulta antieconomica e inutile, perché l'assistito rimane solo con i suoi problemi.

([21]) In Lombardia si evidenzia, nel sociale e nel socio-sanitario, che la valutazione avviene internamente ai servizi che effettuano l'accesso. È quindi una competenza specifica dell'operatore che accoglie anche la domanda (assistente sociale e medico di medicina generale).

Progettazione e erogazione	▪ Progettazione interna e erogazione sempre più esternalizzata(22)	▪ Entrambe le funzioni sono demandate sempre più ai soggetti gestori	Potenzialmente emerge la possibilità di costruire percorsi di corresponsabilità fra chi invia e progetta e chi gestisce	L'esperienza lombarda di forte valorizzazione del gestore privato che progetta l'intervento è pressoché unica a livello nazionale
Monitoraggio e controlli(23)	▪ Maggiormente sviluppata la funzione di monitoraggio del caso	▪ Maggiormente sviluppata la funzione dei controlli	In sviluppo. Andrebbe maggiormente rinforzato lo sguardo su entrambi i campi di analisi per non perdere il contatto con l'utente	Molto avanzata l'esperienza lombarda sui controlli di appropriatezza. Le altre Regioni non hanno ancora riflettuto appieno su questa funzione

Riprendendo e riadattando un interessante schema di Gori e Pesaresi (Gori e Pesaresi, 2009), vediamo che il percorso assistenziale è maggiormente accompagnato nei contesti in cui si presidiano le diverse fasi di intervento in appositi luoghi e con precisi strumenti. Nella tabella 6.5 si riporta una visione sintetica (24) dei possibili posizionamenti delle Regioni a fronte del governo che le stesse definiscono di agire nelle diverse fasi del percorso assistenziale.

La tabella muove da due estremità: il caso lombardo in cui la normativa regionale non definisce chiaramente i luoghi e le funzioni connesse alle diverse fasi dell'accesso, della valutazione e della progettazione individualizzata. Lo definiamo, quindi, un percorso de-regolato che trova, però, nell'azione di monitoraggio e controllo una funzione di garanzia e tutela dell'utente. All'altra estremità abbiamo le situazioni regionali che pongono invece specifiche attenzioni a tutte le fasi del percorso di cura strutturando luoghi (Pua) e funzioni (UV, Pai e case manager). In posizioni intermedie abbiamo le realtà regionali che non hanno normato l'accesso (posizione intermedia I) ma hanno

(22) Per la progettazione ed erogazione delle prestazioni vediamo che nel sociale è competenza dell'assistente sociale stendere i piani d'intervento, funzione interna al servizio, che sempre più spesso prevedono prestazioni esternalizzate. Nel socio-sanitario, soprattutto nell'area anziani, la funzione di progettazione dell'intervento è sempre più spesso demandata ai soggetti gestori, l'Asl svolge in questi casi le funzioni di controllo.

(23) Nel sociale l'assistente sociale svolge adeguatamente la funzione di monitoraggio sull'andamento dei casi mentre sicuramente è meno sviluppata all'interno dei servizi la funzione di valutazione di efficacia dell'intervento posto in essere. Si tende così, nella pratica quotidiana, a rivedere con fatica i piani di assistenza ed a interrogarsi sull'appropriatezza dei percorsi avviati. Nel socio-sanitario quest'ultima comptenza si è andata sviluppando molto negli ultimi anni da quando l'Asl dismesso la funzione di erogazione diretta delle prestazione ha assunto maggiormente il ruolo di controllore dei soggetti gestori. Controlli che si agiscono sia sul servizio in generale (così detta vigilanza) sia, a campione, sui progetti di intervento delle persone in carico ai servizi, cure domiciliari, Rsa, Cdd ecc., prendendo in esame la congruenza tra le prestazioni erogate e i bisogni degli assistiti, così detti controlli di appropriatezza.

(24) Lo schema è tratto da un'analisi della normativa in essere che tratteggia la direzione generale regionale e che non prende in esame lo stato reale di attuazione della stessa.

strutturato la funzione di valutazione, e quelle che hanno normato anche l'accesso (posizione intermedia II) oltre alla valutazione. In entrambi i casi però non si è definito la progettazione individualizzata e il ruolo del case manager. È da rimarcare come solo la Lombardia abbia, a oggi, strutturato un pensiero compiuto sulle funzioni di controllo, organizzando le Asl con specifici dipartimenti ([25]).

Tabella 6.5 - Una sintesi dei possibili posizionamenti regionali lungo il percorso assistenziale

Fasi del percorso di cura	Percorso de-regolato	Posizione intermedia I	Posizione intermedia II	Percorso fortemente regolato
Accesso – Pua	NO	NO	SÌ	SÌ
Valutazione – UV	NO	SÌ	SÌ	SÌ
Progettazione – Pai e case manager	NO	NO	NO	SÌ
Monitoraggio e controllo	SÌ	PARZIALE	PARZIALE	PARZIALE
Esempi regionali	Lombardia	Calabria, Molise	Liguria, Piemonte	Toscana, Marche

6.4. Alcuni giudizi valutativi

Vengono ora presentati alcuni giudizi valutativi sul percorso assistenziale, utilizzando due tra i criteri proposti nella complessiva ricerca (cfr. cap. 2), che paiono di particolare rilievo per il nostro tema: il sostegno alla famiglia e la migliore regolazione. Questi due criteri rimandano a concetti molto ampi, mentre nella valutazione complessiva che si propone di seguito abbiamo posto l'attenzione su alcuni indicatori specifici (cfr. tab. 6.6).

Tabella 6.6 - I criteri di valutazione e gli indicatori di analisi

Criterio	Indicatore
Sostegno alle famiglie	Accompagnamento verso il sistema dei servizi
	Coinvolgimento durante il percorso
	Mantenimento di un accompagnamento lungo tutto il percorso di cura
Migliore regolazione del sistema locale di welfare	Presenza di regole di sistema e controllo delle stesse
	Riduzione delle differenziazioni territoriali
	Valorizzazione operatori

([25]) I Dipartimenti Pac predispongono sia per l'area Sanitaria che per l'area Socio-Sanitaria la stesura di contratti di fornitura di prestazioni erogate da soggetti sia pubblici che privati accreditati. Esercitano funzioni di controllo sui luoghi di erogazione (strutture sanitarie e socio-sanitarie), verificando il rispetto dei requisiti previsti dalle norme e sulla qualità e correttezza di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

6.4.1. *Sostegno alla famiglia*

Sostenere la famiglia significa non solo erogare ciò di cui ha bisogno nel modo più adeguato, ma anche accompagnarla lungo il proprio percorso. Nell'attuale sistema lombardo un nodo è rappresentato dal protagonismo richiesto alla famiglia nella gestione del percorso assistenziale. Ad esempio, la forte spinta a ritardare l'istituzionalizzazione e, quindi, a individuare nel territorio il luogo in cui fornire risposte ai bisogni del singolo comporta necessariamente l'esistenza e il protagonismo della famiglia. Il tema mostra particolari debolezze nel caso di situazioni connotate da forte fragilità familiare. Come abbiamo visto negli esempi, molto spesso gli utenti e le famiglie si trovano a dover compiere un elevato numero di passaggi tra servizi all'aggravarsi dello stato di salute e al mutare delle condizioni. Chi governa questi passaggi? Nel momento in cui l'utente è inserito in uno specifico servizio il governo è in capo al responsabile del servizio/ struttura che stila appositi piani d'intervento, ma nelle fasi di passaggio da un servizio ad un altro la persona e la sua famiglia sono di fronte alla necessità di assumere esse stesse numerose decisioni.

Sostenere la famiglia significa anche lavorare per un suo coinvolgimento nella definizione del percorso di cura. Nell'attuale sistema lombardo, questo è un aspetto che nel dichiarato è risultato importante in misura crescente nel corso degli anni ([26]) e sul quale si è richiesta una maggiore qualificazione ai servizi. Nonostante ciò, le indicazioni normative non hanno, sinora, prodotto una reale revisione delle prassi organizzative dei servizi, revisione tesa ad un miglioramento nel coinvolgimento delle famiglie. Gli utenti sono generalmente intesi come beneficiari, quindi destinatari finali di servizi e interventi e in genere non interessati alle scelte organizzative e gestionali alla base dell'erogazione di un servizio. Rimane spesso presente un'*asimmetria informativa* tra enti erogatori e cittadini, soprattutto se questi vertono in condizioni di fragilità ([27]). La necessità di sostenere la capacità di scelta cresce, quindi, all'aumentare del grado di fragilità sociale del cittadino. In questo quadro assumono particolare importanza le funzioni di *case-management* in capo all'operatore pubblico. Al responsabile del caso vanno attribuite le funzioni volte a garantire la continuità di cura tramite il monitoraggio degli interventi programmati dai diversi soggetti che intervengono, la verifica e valutazione dei risultati ottenuti. Il case management risulta essere quindi una funzione strategica dell'assistente sociale o del medico per il socio-sanitario: negli indirizzi regionali lombardi, come abbiamo evidenziato anche nel paragrafo di confronto con le altre Regioni, manca un'attenzione al presidio e allo sviluppo di questa funzione.

Sostenere la famiglia significa quindi accompagnarla e coinvolgerla lungo il percorso, al contempo seguire lo sviluppo del percorso di cura. Sicuramente il mo-

---

([26]) I requisiti di accreditamento previsti dalla normativa per diversi servizi sottolineano questo aspetto.

([27]) L. Beltrametti, *Il voucher. Presupposti, usi e abusi,* Il Mulino, Bologna, 2004.

dello di welfare lombardo non presidia un governo complessivo del percorso di cura da parte dei soggetti istituzionali ma assume come centrale una forte valorizzazione dell'aspetto legato all'erogazione delle prestazioni, che risulta, d'altra parte l'unica fase del percorso oggetto di controllo da parte del sistema pubblico.

Spesso, una volta che l'utente entra in un servizio gli rimane come unico punto di riferimento il soggetto gestore, che diventa quindi anche sollecitatore/attivatore di altre risorse. Questa riflessione ha maggiore rilevanza con riferimento al sistema residenziale e semi residenziale per anziani e disabili, che non per i servizi domiciliari. Infatti, nel momento in cui un disabile medio grave o grave viene inserito in una struttura diurna o residenziale spesso viene dimenticato dai soggetti invianti che solo raramente, anche a causa delle difficoltà organizzative dei propri sistemi di appartenenza, mantengono contatti periodici di valutazione dell'andamento dei percorsi. Gli utenti sono, quindi, lasciati alla gestione della struttura ospitante che spesso si deve accollare l'onere di sollecitare le altre Istituzioni (Comuni e Asl) nei casi di aggravamento dei bisogni che presuppongono, ad esempio, passaggi ad altri servizi (es. da Cdd a Rsd).

Complessivamente si evidenzia, quindi, una piena valorizzazione del soggetto gestore non solo nei suoi compiti di cura ma anche come "nodo attivo" della rete dei servizi. Questo aspetto fatica ad essere valorizzato nelle tariffe remunerate dal soggetto pubblico finanziatore, l'agire o meno di questo ruolo di attivatore è quindi lasciato alla discrezionalità e sensibilità dell'ente gestore.

6.4.2. *Migliore regolazione del sistema locale di welfare*

Il processo di riforma lombardo richiama fortemente i soggetti titolari di funzioni pubbliche a un cambiamento: devono consolidare la loro funzione programmatoria e regolativa e, al contempo, limitare le proprie funzioni gestionali. Questo percorso ormai in piena attuazione nel socio-sanitario per le Asl, si sta sviluppando anche nel socio-assistenziale per i Comuni, attraverso il ruolo regolativo agito dai Piani di Zona. Regolare il sistema significa attuare le opportune scelte programmatorie, organizzative e di allocazione di risorse funzionali a un equilibrio fra domanda e l'offerta di servizi. Avendo analizzato nei paragrafi precedenti come funziona il modello lombardo nel leggere la domanda e nel definire la propria offerta di servizi vediamo che un elemento utile per valutare la capacità regolativa del sistema di welfare dipende anche dalla capacità del pubblico di monitorare e controllare i risultati del processo di cura.

Nel sistema socio-sanitario lombardo, con l'avvio dell'accreditamento e con il riassetto delle funzioni in capo alle Asl, abbiamo visto a partire dal 2003 assumere sempre più la funzione di controllo. Le Asl, attraverso un processo di ri-organizzazione interna nel corso degli anni, si sono dotate delle competenze necessarie a vigilare e monitorare i percorsi di cura svolti da soggetti accreditati sia al domicilio che nelle strutture diurne e residenziali. Questo percorso ha poi trovato una chiara si-

stematizzazione con la Dgr 8496 del 28.11.2008, nella quale si è regolata la funzione di vigilanza e di controllo dell'appropriatezza all'interno delle strutture socio-sanitarie esplicitando puntualmente il ruolo di controllore delle Asl e le procedure di lavoro che le strutture devono attivare per garantire l'appropriatezza e la continuità delle cure. Si è, quindi, strutturato un processo di responsabilizzazione fra le parti che viene assunto a garanzia dell'utente. I controlli sono definiti a livello quantitativo dalle Asl annualmente e si lavora, pertanto, su verifiche a campione o dopo segnalazioni specifiche.

Nell'area socio-assistenziale, invece, la situazione presenta maggiori criticità. L'Asl garantisce la vigilanza sulle strutture rispetto ai requisiti di autorizzazione al funzionamento, mentre è competenza dei Comuni, singoli o associati, il controllo sulle strutture accreditate. Non si è ancora sviluppata nel socio-assistenziale una riflessione matura riguardante i controlli di appropriatezza sui percorsi di cura, che ad oggi sono demandati ai soggetti invianti (per lo più servizi sociali comunali), i quali con estrema difficoltà riescono a garantire un monitoraggio e una valutazione dei percorsi individualizzati.

Complessivamente, finora, in Lombardia le indicazioni regionali privilegiano la valutazione della soddisfazione dell'utente (*customer satisfaction*) rispetto a valutazioni sulle performances dei servizi erogati. Tale modalità ha, peraltro, presentato diversi limiti sia di attendibilità sia di fattibilità stessa della valutazione: i questionari sono, infatti, somministrati in modo discontinuo, scarsamente analizzati ed è ridotta la propensione a restituire ai diversi stakeholder i giudizi forniti dagli utenti.

Soffermando l'attenzione all'equità verso i cittadini vediamo che la riforma lombarda non ha, ad oggi, ancora toccato temi importanti utili a incrementare l'equità di sistema. Il livello regionale non ha sostenuto con indicazioni chiare gli ambiti territoriali che, nell'affrontare il forte ritardo nella definizione dei Leps sociali a livello nazionale, si sono assunti nelle loro programmazioni zonali l'impegno e la sfida di lavorare al raggiungimento di livelli di sviluppo di servizi uniformi. Non ha agito, sinora, uno stimolo funzionale a trovare soluzioni organizzative che potessero favorire, in particolare nelle zone più periferiche del territorio, informazione orientamento e presa in carico del cittadino. Nondimeno, è fermo sul tavolo regionale ormai da tempo, il tema del concorso dei cittadini alla spesa, nonostante i continui ricorsi al TAR che richiedono con urgenza una ricognizione e una valutazione della sostenibilità del sistema che è insieme istituzionale, gestionale e professionale. A dieci anni dall'avvio del percorso di riforma vediamo, quindi, che permangono nei territori differenze nei regimi di accesso ai servizi, differenze nelle pratiche valutative sia nella valutazione del fabbisogno sia nella valutazione della capacità economica dei richiedenti per definire la compartecipazione alla spesa, disomogeneità e frammentazioni negli interventi.

Infine, rispetto alla valorizzazione degli operatori che operano a diretto contatto con gli utenti negli anni non si sono opportunamente accompagnati con indicazioni e formazioni specifiche connesse alla qualificazione del percorso di cura. Come abbiamo più volte evidenziato in questo capitolo, un nodo nell'attuale sistema di welfare

lombardo è rappresentato dallo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, che si sostanzia anche attraverso l'integrazione professionale. A questo livello critica appare la possibilità di mettere in rete professionalità molto diverse non solo dal punto di vista delle competenze, delle retribuzioni, della progressione di carriera, ma anche dal punto di vista funzionale-organizzativo (ente da cui si dipende, ambito territoriale in cui si lavora). Una strategia possibile in questa direzione riguarda il sistema delle aspettative e delle incentivazioni dei singoli operatori, che se non possono essere "ricompensati" dal punto di vista economico, dovrebbero quantomeno essere motivati e ri-motivati facendo leva sulla crescita e sulla specializzazione professionale. Dal punto di vista professionale fondamentale è, quindi, consolidare un sistema che ponga un'elevata attenzione nella preparazione di professionisti in grado di utilizzare strumenti metodologicamente e tecnologicamente adeguati ai percorsi di cura specifici.

6.5. Considerazioni conclusive

La Regione Lombardia ha sostenuto la creazione e la qualificazione di un sistema d'offerta diversificato e di qualità, e contemporaneamente ha assunto il modello della famiglia come "luogo" della scelta e come attivatore delle risorse. La forte spinta verso la semplificazione del percorso assistenziale e l'autonomia di utente e famiglia pone oggi il cittadino portatore di un bisogno di fronte alla necessità di "auto-costruirsi" il proprio processo di cura. Ciò richiede alla famiglia competenze e strumenti specifici per adottare strategie d'uso efficaci nel districarsi in un sistema fortemente disomogeneo, competenze e strumenti che pochi possiedono e non semplici da creare.

Nella Regione Lombardia il modello di riforma del welfare a cui stiamo assistendo si pone esplicitamente, nel dichiarato, come superamento del "vecchio" modello assistenzialista – paternalistico in cui il cittadino è portatore di bisogni e il sistema dei servizi (se è efficace) lo protegge secondo criteri e caratteristiche definite a priori dal sistema e non condivisi. Il modello lombardo è basato, invece, sulla risposta a diritti cui il cittadino è portatore, che il sistema si propone di soddisfare attraverso un insieme di opportunità all'interno delle quali il cittadino può autonomamente determinare il da farsi.

L'applicabilità pratica di questo nuovo modello di welfare comporta però alcuni rischi:

- Vi è il rischio di perdere di vista l'utente e il suo bisogno concentrando l'attenzione del legislatore solo sulle norme, le procedure e gli aspetti gestionali. Il sistema lombardo oggi è molto impostato sulle regole ([28]) ma poco attento all'accompagna-

([28]) Annualmente la Regione emana una delibera di indirizzo che viene appunto denominata la Dgr delle regole in cui si individuano le linee di indirizzo per i servizi socio-sanitari.

mento dell'utente. Ciò comporta il pericolo di una deriva burocratica nella quale aumentano le procedure e i percorsi tortuosi dell'utente che ha difficoltà ad orientarsi nel sistema e non trae benefici. Pertanto non si persegue, di fatto, la migliore soddisfazione dei suoi diritti.

- Vi è il rischio che si perda la centratura sulla progettazione individuale e la conseguente adeguatezza e coerenza dei percorsi di cura, lasciando ai cittadini e alle loro famiglie responsabilità di "governo" di situazioni individuali spesso difficili da gestire senza le competenze e gli strumenti adeguati.
- La forte attenzione all'aspetto prestazionale apre a una tensione dei soggetti erogatori verso la qualità del servizio e verso la definizione di una offerta sempre più attraente per gli utenti. Questo pone il rischio di un aumento dei costi dei servizi: chi si mette sul mercato per adeguarsi ai requisiti di qualità fa investimenti e aumenta le tariffe, il cittadino bisognoso rischia di non poter accedere perché aumenta la richiesta di contribuzione.

Il percorso di riforma ha finora concentrato l'attenzione nel dare attuazione alla ri-organizzazione dell'offerta e solo di recente, dalla l.r. 3/2008 in poi, è stata sottolineata l'esigenza di un maggiore governo della domanda sviluppando interesse alle funzioni di accesso, accompagnamento e valutazione dell'utenza. È strategico che il livello regionale si concentri, da un lato, nel fornire indicazioni ai territori funzionali a presidiare la funzione di accompagnamento dell'utente e, dall'altro, che vada a definire indirizzi e procedure chiare, funzionali a ridurre la frammentazione oggi esistente nell'area del socio-sanitario e del sociale.

Sarebbe inoltre, a nostro avviso, importante sostenere una programmazione attenta al lavoro integrato e alla comunicazione fra le diverse aree di competenza con indirizzi chiari. Le indicazioni normative nazionali, riprese in molte Regioni, collocano il distretto al centro della costruzione di un welfare territoriale. In Lombardia, però, siamo in presenza di una particolare complessità data, per esempio, dal forte processo di aziendalizzazione del sistema sanitario (15 Asl di grandi dimensioni demografiche per una popolazione di più di 9 milioni di abitanti), dalla netta distinzione funzionale fra la rete delle Asl e la rete delle Aziende Ospedaliere e da nuove forme di organizzazione e gestione dei Comuni associati per la parte socio assistenziale nei 98 Piani di Zona. In tale quadro, appare cruciale offrire ai territori indicazioni chiare sul percorso da seguire per promuovere l'integrazione socio-sanitaria, rispetto alle tre dimensioni istituzionale, organizzativo e professionale/progettuale. Un percorso di riforma così complesso come quello che abbiamo descritto non può lasciare soli i territori nell'affrontare problemi di governo che richiedono indirizzi e direzioni chiare, condivise e comuni. Se si vogliono effettivamente fornire ai cittadini servizi di qualità e che soddisfino i loro diritti, infatti, è necessario che vi siano omogeneità ed equità di trattamento. Delegare eccessivamente ai territori può comportare il rischio che, pressati dalle urgenze e dalla limitatezza delle risorse disponibili, questi si concentrino troppo su un welfare "prestazionale" e che si perda, in tal modo, la dimensione di comunità dell'intervento sociale. L'intervento sociale rischia

così di essere concepito come sola risposta ad esigenze dei singoli e non anche come risposta ad esigenze di sviluppo della coesione sociale di una comunità.

Bibliografia

AA.VV., *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – rapporto 2009*, a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli Editore, Rimini.

AA.VV., "*La porta sociale e il punto unico di accesso*", speciale di "Prospettive sociali e sanitarie" n. 18/2008.

AVANZINI K. e GHETTI V., (2010), *Accreditamento nel sociale. Quale strategia*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 5/2010, pagg. 1-6.

BARBERIS D., (a cura di) (2009), *Il prodotto del lavoro sociale*, Franco Angeli, Milano.

BRUGNOLI A., e VITTADINI G., (a cura di) 2008, *La sussidiarietà in Lombardia: i soggetti, le esperienze, le policy*, Guerini e Associati, Milano.

CASARTELLI A. DE AMBROGIO U., *Il segretariato sociale, fra il dire e il fare*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie" n. 9/2009.

CICOLETTI D. (2008), *Il percorso assistenziale*, in GORI C., *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma, 2008.

FACCHINI C., (a cura di) (2010), "*Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*" ed. Il Mulino, Bologna.

FERRARIO P., (2009), *Servizi sociali e socio-sanitari in Lombardia*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 1/2009, pagg. 3-7.

GENOVA A., PALAZZO F. (2008), *Il welfare nelle marche, attori, strumenti, problemi*, Carocci, Roma.

PASQUINELLI S. (a cura di) (2007), *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie*, Carocci Faber, Roma.

PESARESI F., SIMONCELLI M., *Le Unità di valutazione multidimensionale*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie" n. 9/2006.

PESENTI L., DEAMBROGIO U. (a cura di) (2009), *Piani di zona in Lombardia. Le sfide della programmazione sociale*, Guerini e Associati, Milano.

Parte terza
Gli interventi

GLI INTERVENTI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

GLI INTERVENTI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

GLI INTERVENTI PER LE FAMIGLIE E I MINORI

GLI INTERVENTI DI LOTTA ALLA POVERTÀ

LE AZIONI PER L'INNOVAZIONE

7. I titoli sociali

Rosemarie Tidoli e Rosaria Marotta

7.1. Introduzione

Gli interventi che vengono presi in considerazione in questo capitolo sono i buoni ed i voucher sociali, gli strumenti di sostegno alla domiciliarità che la Regione ha introdotto in modo diretto, come finanziamento e come regole, durante le ultime legislature.

L'approfondimento riguarda l'applicazione dei titoli sociali a favore dell'utenza ultra 65enne nel quinquennio 2005-2010, mentre è possibile ripercorrere le principali tappe che hanno portato alla loro attuazione nell'Appendice A consultabile al sito www.lombardiasociale.it. Le fonti informative su cui il lavoro si basa sono diverse: analisi di normative, documenti e bilanci sociali regionali; esame di dati forniti dalla Regione; analisi di libri, articoli e ricerche, pubblicati e non; disamina di bilanci sociali, documenti programmatici e studi di uffici di piano; esame di regolamenti e bilanci sociali comunali. L'analisi documentale si accompagna ad interviste in profondità svolte a 22 persone ([1]) (dirigenti comunali, di uffici di piano o di aziende sociali; operatori sociali; responsabili di cooperative sociali; osservatori privilegiati) e a colloqui con gruppi di beneficiari di titoli sociali. Il materiale che ne è scaturito è stato confrontato con le conoscenze sul tema acquisite da IRS nel corso degli anni e con la pluriennale esperienza maturata sul campo da chi scrive.

([1]) Per le interviste e/o per il materiale fornito desideriamo ringraziare: Mario Conti e Maria Grazia Landoni, Comune di Cinisello Balsamo; Cristina Gallione e Anna Forenza, Azienda Sociale Sud Est Milano; Chiara Vergani e Luciana Fanton, Offertasociale, Vimercate; Bruna Pettegoli e Sonia Garau, Ufficio di Piano di Vigevano; Chiara Pozzi e Giorgia Pezzetti, Comune di Monza; Paolo Gualtieri, Azienda territoriale servizi alla persona di Ghedi; Federico Palla, Azienda Sociale Cremasca; Katya Avanzini, Ufficio di Piano di Casalmaggiore; Elena Grisendi, Ufficio di piano di Menaggio; Luana Conte e Delia Appiani, Sportello Assistenza Familiare di Bresso; Dario Colombo, Coop. Sociale "Il Melograno", Segrate; Luisa Lapacciana e Sabina Nanti, coop. Sociale Cogess, Milano; Maria Teresa Agostani e Patrizia Borghi, coop. Sociale Paloma 2000, Milano; Fabrizio Tagliabue, coop. Sociale Centro Assistenza Familiare Acli di Sesto San Giovanni, portavoce del Forum permanente Terzo Settore Lombardia; Graziella Saracco, Comune di Milano. Ringraziamo infine gli operatori dei Centri Multiservizi Anziani di Milano e i beneficiari di titoli sociali di Milano e hinterland che si sono resi disponibili al confronto.

7.2. I titoli sociali: indicazioni regionali

I titoli sociali sono gli strumenti di welfare introdotti a livello nazionale dalla legge di riforma 328/2000. I buoni (o assegni di cura) sono contributi economici erogati a soggetti fragili per supportarne l'assistenza a domicilio. Sono destinati ai *caregivers* o alle assistenti private e possono essere spesi a discrezione del beneficiario. I voucher (o buoni-servizio o titoli d'acquisto) sono assimilabili ad un ticket, fornito dall'ente pubblico, che attribuisce il diritto a determinati servizi socio-assistenziali. Sono vincolati all'acquisto di prestazioni rese da un erogatore pubblico o privato scelto dal beneficiario in una rosa di soggetti accreditati dall'ente pubblico.

In Lombardia l'introduzione dei titoli sociali segue un *iter* parallelo a quelli dei Piani di Zona. Alla fine del 2001 i Comuni, occupati a stendere i primi Piani di Zona, ricevono dalla Regione l'indicazione di utilizzare per i servizi il 30% della somma proveniente dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (Fnps) e di arrivare progressivamente ad impegnarne il 70% per voucher e buoni [2]. Unica nel panorama italiano a varare il voucher sociale su scala regionale e ad introdurre contemporaneamente entrambi i titoli (Pasquinelli, 2009), la Lombardia sceglie di regolamentare solo alcuni requisiti di base, lasciando gli ambiti liberi di decidere quali attivare, come impostarli e a chi rivolgerli. La maggioranza dei Comuni opta per i buoni, che nel 2003 fanno il loro esordio nei primi territori.

Con la circolare 6/2004 la Regione entra nel merito del processo d'attuazione dei titoli, strumenti di un welfare "leggero" dotato di un'ampia gamma di soluzioni: deputati al sostegno della domiciliarità, non devono sostituirsi al sistema dei servizi ma essere complementari. Il documento espone alcuni requisiti minimi del "Patto di accreditamento" da stendere con gli erogatori pubblici o privati; indica una possibile procedura d'erogazione precisando le competenze di Uffici di Piano, Comuni e soggetti accreditati; sottolinea infine l'importanza di un progetto di assistenza individualizzato (Pai) steso dal Servizio Sociale Comunale a favore dei beneficiari dei voucher.

Per la seconda tornata dei Piani di Zona (anni 2006-2008), la Regione riduce al 50% il vincolo della somma da destinare ai titoli ma pone l'obiettivo di attivare il voucher in tutti i distretti entro il triennio, prevedendone la sperimentazione anche per servizi diurni o residenziali [3]. A fine 2006 i buoni sono diffusi in modo pressoché uniforme mentre i voucher sono attivi solo nella metà degli ambiti lombardi.

Un discorso a parte va fatto per la finalizzazione dei buoni. Poiché le prime circolari non imponevano criteri obbligati, gli assegni potevano essere spesi senza vincoli. In particolare, nonostante la crescente diffusione delle assistenti familiari, la normativa non aveva previsto specifici obiettivi dei buoni in relazione al *care* privato. Sul territorio

---

[2] Dgr VII/7069/2001; circolare della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale n. 7/2002, Linee guida esplicative.

[3] Gli obiettivi del triennio 2006-2008 sono definiti nelle circolari regionali n. 34/2005 e n. 48/2005.

regionale si era così creata una situazione difforme. Alcuni ambiti avevano autonomamente deciso di erogare il buono sociale non solo per le cure parentali ma anche per i *caregivers* extrafamiliari (Tidoli, 2006). In queste zone i decisori, convinti che un contributo pubblico non dovesse andare ad alimentare il lavoro sommerso, si erano sforzati di individuare modalità per legare il buono all'emersione del lavoro irregolare, dando talora vita a progetti e sperimentazioni d'eccellenza ([4]). In altri distretti, al contrario, il massiccio ricorso alle lavoratrici extra-comunitarie veniva ancora considerato alla stregua di una scelta privata. In mancanza di un dettato istituzionale, gli Enti locali non prendevano posizioni di alcun tipo: benché fosse noto che spesso gli assegni venivano utilizzati per pagare immigrate irregolari, raramente nei regolamenti comunali si chiedeva la comprova della regolarizzazione come condizione per la concessione del buono.

Solo a fine 2007, con un ritardo di alcuni anni rispetto ad altre Regioni, la Lombardia pone fine a questo stato di cose: constatata l'esistenza nel mercato privato di distorsioni ed opportunismi, parallelamente a risorse e capacità da valorizzare, con la circolare n. 41/2007 ([5]) la Regione assume un ruolo di regolazione del *care* privato. La normativa istituisce un buono sociale mirato per supportare i costi delle assistenti familiari, anticipa agli ambiti territoriali le future aree di lavoro e fornisce le prime indicazioni sugli interventi finalizzati al sostegno del lavoro di cura.

Tabella 7.1 - Sintesi della Circolare 41/2007

Obiettivi generali	Coniugare risposte di cura qualificate ed integrazione sociale delle assistenti familiari.
Interventi di natura economica	Buono sociale mirato da erogare a seguito di Pai stipulato con servizi sociali.
Finalità del buono mirato	Sostegno ai costi per la regolarizzazione dei contratti e per la retribuzione.
Requisiti minimi dei beneficiari	Età, indicatori di fragilità socio-sanitaria e reddito stabiliti dai Comuni associati. Indispensabile la presentazione di contratto di lavoro regolare.
Valore minimo e massimo del buono	Da € 250,00 a € 400,00 mensili aumentabili, erogabili per 12 mesi.
Parametri per stabilire l'entità	Intensità del bisogno assistenziale; presenza o meno di reti familiari; condizioni economiche. Quantificazione in base al numero dei richiedenti.
Interventi di monitoraggio, sopporto e verifica	Gli operatori del Sad monitorano attività di cura e condizioni alloggiative dell'assistente. Forniscono supporto, supervisione e *tutoring* domiciliare. Verifica amministrativa periodica del pagamento degli oneri contributivi.
Altri interventi da attivare a cura degli ambiti distrettuali	Sportelli di comunicazione e informazione alle famiglie. Interventi di formazione e aggiornamento delle assistenti.

Fonte: Nostra elaborazione da circolare regionale.

([4]) Diverse di queste iniziative sono state attuate nell'ambito di progetti europei (ad es. il progetto Equal).

([5]) Circolare n. 41 del 21.12.2007, "Prime indicazioni per l'attuazione di interventi mirati al sostegno del lavoro di cura prestato da assistenti familiari".

A ottobre esce la Dgr 8243/2008 che assegna agli ambiti finanziamenti aggiuntivi per attivare la gamma di interventi esposta nella circolare 41/2007. Per potenziare i titoli sociali rivolti alle famiglie che accudiscono a domicilio persone non autosufficienti, la delibera stabilisce che, oltre alle risorse del Fnps, vengano utilizzate anche quelle del Fondo per le non autosufficienze. La programmazione dei Piani di Zona per il triennio 2009-2011 (Dgr 8551/2008) s'inserisce in questo contesto normativo con l'obiettivo di consolidare l'uso dei titoli ad integrazione e rafforzamento del sistema d'offerta.

7.3. L'attuazione

Nelle politiche regionali del quinquennio 2005-2010 in materia di titoli sociali non si rintracciano rilevanti differenze rispetto al precedente. La Regione sostanzialmente prosegue nella direzione già tracciata, puntando ad uno sviluppo e ad una miglior messa a punto del sistema.

7.3.1. *Il buono sociale: diffusione*

I monitoraggi del triennio 2006-2008 mostrano che l'area nella quale confluiscono maggiormente i buoni sociali è quella degli anziani, che rappresentano il 47 % dei fruitori totali nonostante il loro numero nel 2008 (10.775 utenti) sia diminuito del 6,1% rispetto al 2007. Questa flessione indica, da un lato, che il bisogno della terza età è già stato in larga parte intercettato; dall'altro che emergono nuove fasce di bisogno, soprattutto nell'area minori e famiglia, alle quali è necessario che gli Enti locali destinino risorse.

Tabella 7.2 - Buoni sociali negli anni 2004-2008

BUONI SOCIALI					
ANNO	**N. Distretti che li hanno attivati**	**% su N. Distretti**	**N. fruitori annui**	**Importi complessivamente erogati**	**Valore pro-capite medio annuo**
2004			14.925		
2005	95	97%	20.081	36.134.733,58	1.799,45
2006	90	92%	19.401	25.231.288,51	1.300,51
2007	91	93%	22.178	30.055.748,97	1.355,21
2008	91	93%	22.755	33.187.641,94	1.458,48

Fonte: Bilancio Sociale regionale 2008 e precedenti

Obiettivi, destinatari e modalità d'accesso

In base alla *policy* regionale, i Comuni singoli od associati possono decidere autonomamente quale finalizzazione attribuire ai titoli e come articolarne l'organizzazione. Questo fa sì che in Lombardia, a differenza di altre Regioni, gli Enti non siano vincolati ad adottare una procedura d'accesso uniforme né ad affidare la definizione

dei beneficiari ad un'apposita unità valutativa. Ogni Comune nei propri regolamenti precisa obiettivi, destinatari, requisiti, reddito, modalità di accesso, criteri di valutazione, importi ed altre condizioni per ottenere l'erogazione. La tabella 7.3 espone le scelte più ricorrenti degli Enti in relazione ai buoni anziani.

Tabella 7.3 - Scelte degli Enti in merito ai buoni

Obiettivi	▪ Mantenere al domicilio il soggetto fragile, evitando o posticipando il ricovero; ▪ riconoscere il lavoro familiare e sostenere i *caregivers;* ▪ eventuali finalità aggiuntive in relazione al *care* privato.
Destinatari	Anziani (generalmente residenti) in condizioni di non autosufficienza totale o parziale.
Età	Dai 65 anni in avanti (talora dai 70 o 75 in avanti).
Reddito	Comprovato tramite Isee di soglia e tipologia (individuale, del nucleo ristretto o del nucleo familiare) stabilita dall'Ente(6).
Condizione di fragilità	▪ Generalmente comprovata da invalidità al 100%, con o senza accompagnamento: ▪ utilizzo di altri indicatori variabili secondo l'Ente(7).
Criteri e condizioni aggiuntive	A discrezione dell'Ente, talora in relazione al motivo per cui viene previsto il buono.
Modalità di accesso	▪ A seguito di bando, aperto per un determinato periodo e di periodicità variabile; ▪ a sportello, lungo tutto l'arco dell'anno(8).
Documentazione da presentare	▪ domanda compilata da interessato/*caregiver*; ▪ certificazione Isee; ▪ verbale d'invalidità o altra documentazione sanitaria; ▪ documentazione aggiuntiva stabilita dall'Ente in base a specifiche condizioni o a comprova del motivo della richiesta.
Inoltro domanda	Al Comune di residenza del beneficiario anche in caso di gestione centralizzata.
Note	I regolamenti generalmente precisano se il titolo è compatibile con altri servizi e benefici o con un titolo diverso.

Fonte: Nostra elaborazione dietro consultazione di regolamenti comunali

(6) La soglia Isee determina il grado d'inclusività della procedura. Un tetto alto permette a più persone di accedere al beneficio, uno basso intercetta anche situazioni di bisogno caratterizzate da deprivazione economica.

(7) Oltre alla certificazione delle condizioni psico-fisiche, per stabilire il livello di fragilità molti Enti utilizzano indici di capacità funzionali e rilevano elementi quali: intensità del bisogno, presenza nel nucleo di altre persone non autosufficienti, esistenza o meno di una rete familiare, carico assistenziale, risorse disponibili, ecc. Queste informazioni vengono raccolte in sede di valutazione sociale mentre il riconoscimento dell'invalidità civile è requisito indispensabile per inoltrare la domanda.

(8) Il bando permette a più persone di venire a conoscenza del beneficio, facendo emergere nuove situazioni di bisogno; può però far percepire il buono come un contributo a richiesta individuale. L'accesso a sportello consente invece di rispondere al bisogno nel momento in cui si manifesta caratterizzando l'assegno come uno strumento della rete dei servizi.

Percorso assistenziale

Qualunque sia la modalità d'accesso, dopo l'accettazione della domanda gli Enti prevedono un percorso assistenziale che perlopiù fa riferimento al modello suggerito dalla circolare 6/2004: valutazione sociale, stesura di un piano d'assistenza individualizzato (Pai), stipula di un accordo o "contratto" con l'utente, monitoraggio e verifica. La valutazione sociale del caso viene effettuata dall'Assistente Sociale comunale, da sola o con altre figure professionali ([9]), normalmente durante una visita domiciliare. Vengono utilizzate schede variamente articolate, mirate a raccogliere i diversi elementi necessari a identificare il livello di fragilità ed esprimere una valutazione globale del bisogno. Solitamente viene attribuito un punteggio finale.

Successivamente l'Assistente Sociale in accordo con l'utente o il *caregiver* stende il progetto personalizzato nel cui ambito dev'essere inquadrata l'erogazione del buono. Il Pai viene elaborato nei singoli Enti in modo vario: può essere dettagliato (con la precisazione di obiettivi, interventi, soggetti, risultati attesi, verifiche, ecc.) o essere quasi una formalità espletata con frasi generiche ("mantenimento al domicilio dell'anziano"). Questo può succedere quando l'assegno non viene inserito in una vera progettualità ma dà un generale supporto alla gestione già attuata dalla famiglia. Nel caso di procedure centralizzate il Pai può consistere in un modulo standard informatizzato che, pur prevedendo alcune variabili, non può essere considerato come un progetto veramente personalizzato. Dopo questo passaggio viene sottoscritto un accordo che precisa diritti e doveri legati al percepimento della somma e nel quale l'interessato o il *caregiver* si impegnano alla realizzazione del Pai. Concluse le fasi tecniche è possibile dare il via ad una serie di atti amministrativi che comprendono anche la formulazione di una graduatoria in base al punteggio ottenuto. Nel caso di risorse economiche insufficienti per tutti, l'assegnazione avviene in base all'ordine. L'erogazione del contributo viene predisposta secondo le modalità stabilite dagli Enti: generalmente il buono viene concesso per un anno e talora è rinnovabile dopo una verifica del Servizio Sociale. Possono essere previste durate diverse in base agli obiettivi individuati o al budget.

Una volta che l'erogazione ha avuto inizio è prevista la fase di monitoraggio o verifica, necessaria per proseguire la concessione del beneficio o per rinnovarla. Anche questo passaggio, effettuato dall'Assistente Sociale, avviene in modo eterogeneo e con periodicità variabile da trimestrale ad annuale. La verifica deve riferirsi al raggiungimento dei fini espressi nel Pai. Tuttavia, nel caso di scopi generici o di erogazione come integrazione al reddito, non è chiaro cosa si debba monitorare: se l'an-

---

([9]) È possibile che una valutazione congiunta tra l'AS comunale e personale dell'Asl avvenga in alcune realtà territoriali dove la consuetudine al lavoro in équipe integrata si era fortemente consolidata nell'ambito dell'Uvg. In alcuni Comuni l'AS viene affiancata da consulenti (ad es. lo psicologo) per situazioni particolarmente complesse. Si tratta però di scelte attuate localmente e non conseguenti ad un dettato normativo.

ziano riceve un reale sostegno dal *caregiver*? Il modo in cui viene speso il contributo? Tantomeno è chiaro come sia possibile controllare questi aspetti, ricostruendo i canali di spesa o valutando l'efficacia dell'assistenza non professionale. In queste situazioni si presuppone che la semplice presenza di un *caregiver* sia positiva per l'anziano e meritevole di riconoscimento economico (Pares, 2008). Un vero monitoraggio è realizzabile solo se il Pai individua obiettivi circoscritti, concretamente perseguibili grazie al denaro, spese dimostrabili e risultati verificabili tramite strumenti ed indicatori prestabiliti. Tutte queste criticità fanno sì che nel caso dei buoni il monitoraggio sia uno dei punti più dolenti del percorso assistenziale e che talora si riduca ad una semplice formalità.

Gli importi

Gli importi degli assegni possono essere stabiliti in misura fissa ed uguale per tutti o essere diversificati per fasce; generalmente l'entità viene ridotta se viene percepita l'indennità d'accompagnamento. Alcuni Comuni adottano un calcolo "ad personam" secondo determinate formule. La somma può variare in base all'Isee, in relazione al livello di fragilità o all'intensità del bisogno determinata dalla valutazione sociale, secondo una combinazione di entrambi o in base all'entità delle spese sostenute (ad esempio per l'assistente familiare). L'ammontare dei buoni spazia da cifre quasi simboliche (€ 50,00) a cifre decisamente significative (€ 800,00 mensili e più); in genere però si rileva che le cifre sono mediamente basse (inferiori a € 200,00) ([10]), soprattutto in caso d'importo unico. L'estrema variabilità in materia dipende dalle scelte locali operate dagli Enti con l'autonomia decisionale concessa dalla normativa regionale ([11]); ne consegue che cittadini di Comuni differenti, magari limitrofi, a parità di condizioni possono trovarsi a percepire buoni di ammontare diversissimo. Non sembri scontato sottolineare che importi troppo modesti, non costituendo un dignitoso sostegno ai costi assistenziali, rischiano di essere considerati solo come contributi di scarsa consistenza e ancor più scarso significato, prima ancora che di essere inefficaci rispetto al fine.

L'utilizzo dei buoni

Rispetto all'uso del denaro, i dati regionali evidenziano che nel 2008, oltre ad una discreta percentuale di casi (22,1%) in cui è stato utilizzato semplicemente come supplemento al reddito, il buono è stato speso principalmente per un generico so-

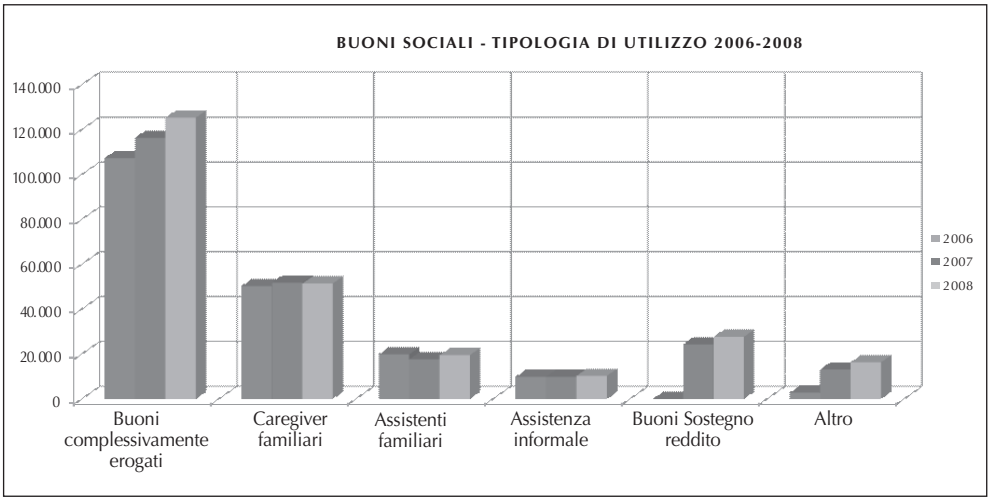
---

([10]) Ricordiamo che l'importo annuo pro-capite medio dei buoni nel 2008 è stato inferiore a € 1.500,00 (tab. 7.2).

([11]) L'unica limitazione alla libertà degli Enti nel determinare gli importi si rintraccia dal 2008 con i buoni mirati previsti dalla circolare 41/2007 per sostenere i costi delle assistenti private regolarizzate, per i quali non è possibile scendere al di sotto del minimo stabilito dalla Regione (€ 250,00 mensili).

stegno all'attività dei *caregivers* familiari (41,1%), quindi per remunerare le assistenti private (15,6%), poi per motivi vari (13 % dei casi, tra i quali rientrano spese diverse, rette di servizi diurni, costi per servizi domiciliari, ecc. ([12])) e infine per altre forme d'assistenza informale (8,2%). Quanto all'utilizzo del contributo per sostenere i costi delle assistenti familiari, giova ricordare nuovamente che prima dell'emanazione della circolare 41/ 2007 e della Dgr 8243/2008 la Regione non prevedeva un buono mirato, specificamente finalizzato alla regolazione del *care* privato (il cosiddetto "buono badanti"). La sua introduzione sul territorio regionale è tanto recente che al momento non sono ancora disponibili dati. Pertanto, quando parlando di assegni erogati durante il triennio 2006-2008 si dice che sono stati utilizzati per la retribuzione di assistenti private, non ci si riferisce ad un vincolo d'uso (tranne eventuali eccezioni previste da regolamenti locali) bensì ad uno dei possibili modi in cui le famiglie avevano facoltà di spendere il buono "tradizionale". In queste situazioni l'erogazione mirava soprattutto a sostenere la capacità di spesa e non necessariamente a far emergere il lavoro irregolare; infatti i criteri di concessione stabiliti dagli Enti locali non sempre prevedevano la comprova dell'assunzione regolare dell'assistente (richiesta da poco più di 1/3 dei Comuni). La tabella 7.4 riporta i motivi per i quali il buono è stato utilizzato dagli anziani nel triennio 2006-2008.

Tabella 7.4 - Tipologia d'utilizzo dei buoni sociali nel triennio 2006-2008



Fonte: Bilancio Sociale regionale 2008

([12]) Con riferimento a queste voci, la Regione esplicita l'intenzione di superare gradualmente il ricorso al buono per servizi che potrebbero essere voucherizzati.

7.3.2. *Il voucher sociale: diffusione*

In base all'analisi dei dati di monitoraggio la Regione constata che nel corso del triennio 2006-2008 il processo di attivazione dei voucher sociali è stato più lento e difficoltoso rispetto a quello dei buoni. A fine 2008 i voucher risultano erogati in 85 ambiti su 98; la voucherizzazione, pur non essendo ancora pienamente a regime, si sta diffondendo su tutto il territorio regionale. Un sensibile incremento si è verificato nel numero dei beneficiari, che dai 5.933 del 2006 sono passati ai 9.434 del 2007 arrivando ai 10.877 del 2008. Anche per i voucher i principali fruitori sono gli anziani (5.342), che rappresentano il 49% degli utenti totali (tabella 7.5).

Tabella 7.5 - Voucher sociali negli anni 2004-2008

VOUCHER SOCIALI					
ANNO	**N. distretti che li hanno attivati**	**% su N. Distretti**	**N. fruitori annui**	**Importi complessivamente erogati**	**Valore pro-capite medio annuo**
2004			2.249		
2005	40	41%	3.580	7.416.639,90	2.071,69
2006	51	52%	5.933	8.618.692,87	1.452,67
2007	77	78%	9.434	13.334.053,37	1.413,40
2008	**85**	**87%**	**10.877**	**18.261.809,35**	**1.678,94**

Fonte: Bilancio Sociale regionale 2008 e precedenti

È cresciuto anche il numero degli erogatori accreditati, passati dai 406 del 2006 ai 609 del 2007 per arrivare ai 711 del 2008 ([13]). È inoltre avvenuto un ampliamento dei distretti in cui è aumentata l'offerta delle agenzie accreditate.

Organizzazione dei titoli d'acquisto

La circolare regionale 6/2004 indica che i titoli sociali dovrebbero auspicabilmente essere governati a livello distrettuale con la regia dell'Ufficio di Piano. La gestione integrata, più funzionale ad attuare il complesso meccanismo richiesto dai voucher, è preferibile per vari motivi: la realizzazione di economie di scala, la creazione di volumi d'affari interessanti per gli accreditati, la progettazione e la regolamentazione comune, la maggior equità verso gli utenti favorita dall'omogeneità nell'accesso, l'opportunità di scambio e confronto professionale, ecc. Una ricerca Irer ([14]) mostra che il ricorso a forme di gestione associata per interventi rivolti agli

([13]) Su 711 agenzie accreditate al 31.12.2008, il 75% (532 unità) è rappresentato da soggetti privati no profit, il 9% (67 unità) da soggetti privati profit ed il 16% (112 unità) da soggetti pubblici.

([14]) La ricerca, partendo dai dati di monitoraggio 2007, ne approfondisce l'analisi mediante le ri-

anziani avviene nel 62,7% dei casi esaminati ([15]). I servizi erogati variano secondo le zone ma le procedure relative ai titoli sociali vedono una gestione comune solo nel 38,6% dei casi. Nonostante l'eterogeneità delle scelte locali, le attivazioni effettuate a livello di singole Amministrazioni risultano quindi abbastanza frequenti.

Obiettivi, destinatari e modalità d'accesso

La tabella 7.6 espone le scelte più ricorrenti degli Enti in materia di voucher anziani.

Tabella 7.6 - Scelte degli Enti in merito ai voucher

Obiettivi ([16])	▪ Mantenere a domicilio il soggetto fragile, evitando o posticipando il ricovero ▪ Favorire l'autonomia residua ▪ Sostenere la famiglia ▪ Sostenere la libera scelta.
Destinatari	Anziani (generalmente residenti) in condizioni di disagio e/o non autosufficienza totale o parziale.
Età	Dai 65 anni in avanti.
Reddito	Comprovato tramite Isee di soglia e tipologia stabilita dall'Ente.
Condizione di fragilità	Frequentemente comprovata da invalidità al 100% ([17]), con o senza accompagnamento. Utilizzo di altri indicatori variabili secondo l'Ente (vedi buono).
Criteri e condizioni aggiuntive	A discrezione dell'Ente.
Modalità di accesso	▪ A seguito di bando, aperto per un determinato periodo e di periodicità variabile. ▪ A sportello, lungo tutto l'arco dell'anno.
Documentazione da presentare	▪ Richiesta compilata da interessato/*caregiver* ▪ Certificazione Isee ▪ Verbale d'invalidità o altra documentazione sanitaria. ▪ Eventuale documentazione aggiuntiva stabilita dall'Ente.
Inoltro domanda	Al Comune di residenza del beneficiario anche in caso di gestione centralizzata.
Note	I regolamenti generalmente precisano se il titolo è compatibile con altri servizi o con un titolo diverso.

Fonte: Nostra elaborazione dietro consultazione di regolamenti comunali

---

sposte pervenute da 88 su 98 distretti lombardi. I risultati sono pubblicati nel volume: *Forme di gestione associata nei servizi alla persona*, a cura di Rossi G. e Boccacin L., edito da Guerini, 2009.

([15]) Il ricorso alla gestione associata avviene al 95,2% dei casi esaminati nell'area minori, al 77,1% nell'area disabili, al 62,7% nell'area anziani e nel 60,2% nell'area famiglia.

([16]) Questi obiettivi generali si riferiscono soprattutto a voucher destinati all'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare. Obiettivi diversi possono essere stabiliti per titoli destinati ad altri scopi.

([17]) In alcuni distretti può venire richiesta una percentuale inferiore d'invalidità. Non sempre questo è un requisito indispensabile; se è destinato all'assistenza domiciliare, talora al voucher si applicano le stesse condizioni d'ammissione al Sad.

Percorso assistenziale

Una volta accolta la domanda, l'Assistente Sociale, da sola o con altre figure ([18]), effettua la valutazione e formula il Pai, dopodiché il percorso assume caratteristiche diverse rispetto a quello del buono. Nel caso lo ritenga lo strumento adatto a soddisfare il bisogno rilevato, l'Assistente Sociale identifica il voucher più rispondente al livello assistenziale, la durata dell'erogazione e fornisce all'utente la lista dei soggetti accreditati tra i quali individuare chi effettuerà gli interventi. Con il voucher si pone il peculiare problema di come accompagnare il beneficiario alla scelta nel rispetto della sua autonomia. Nel modo di orientare le persone esistono stili diversi, talora raccomandati dagli Enti, talora adottati dai singoli operatori. La questione è particolarmente delicata con i soggetti più deboli, non sempre in grado di capire i propri bisogni e di operare scelte conseguenti. In queste situazioni l'affiancamento dei Servizi, oltre ad avere una valenza di orientamento, costituisce una forma di tutela assicurata all'utente per evitargli di ricevere interventi di scarsa qualità e peggiorare il suo disagio.

Da questi passaggi emerge uno dei cambiamenti più significativi del percorso assistenziale per la concessione del voucher: il ruolo di *case manager* ([19]) svolto dall'Assistente Sociale, non più referente del progetto ma regista delle diverse fasi e dei diversi attori. Il cambiamento si rispecchia anche nel monitoraggio, che non riguarda un servizio diretto bensì una relazione d'aiuto tra il beneficiario e la cooperativa, nella quale il Comune è il "terzo regolatore" (Gambino, Pasquinelli, 2006). Questo mutamento può provocare disagio negli operatori; per contro, data la specifica destinazione d'uso del voucher, la verifica oggettiva è più semplice rispetto a quella del buono. Gli elementi da accertare riguardano la correttezza del comportamento dell'erogatore, la pertinenza e la qualità dell'intervento e la soddisfazione dell'utente. Nel caso siano variate le condizioni di bisogno, è possibile riformulare un progetto che preveda nuovi livelli assistenziali. La frequenza delle verifiche può variare da trimestrale ad annuale.

Tipologia e valore dei voucher sociali

I titoli d'acquisto possono essere di tre tipi:

1) voucher a profilo, nel quale vengono stabiliti valori economici corrispondenti a differenti "pacchetti" di prestazioni attribuiti secondo l'intensità del bisogno (a condizioni di minor autosufficienza corrispondono profili di maggiore intensità). Il valore del voucher è una cifra fissa che aumenta al crescere del bisogno e può comprendere combinazioni diverse di interventi stabilite tra l'Assistente Sociale e l'uten-

---

([18]) Vale anche in questo caso quanto detto per il buono. In alcune zone l'AS di riferimento effettua la valutazione ed elabora il Pai congiuntamente al coordinatore della cooperativa prescelta.

([19]) Nell'appendice C consultabile sul sito è possibile trovare un approfondimento sul *case management*.

te (igiene personale, igiene ambientale, attività di stimolazione, ecc.). Alcuni Enti individuano fino a 5 o 6 pacchetti di valore crescente, con prestazioni d'intensità e natura via via più complessa. Ogni erogatore traduce la cifra in un certo numero di ore d'assistenza; per allettare l'utente, la cooperativa può offrire anche prestazioni aggiuntive (pulizie pesanti periodiche, utilizzo di ausili, ecc.). Questo tipo di voucher può innescare meccanismi competitivi sia nei costi sia nell'individuazione di elementi d'interesse per i destinatari. Inoltre l'articolazione dei diversi pacchetti può stimolare la creatività degli Assistenti Sociali dei Comuni o dei distretti. Agli utenti possono essere richieste quote di contribuzione al costo del servizio, che generalmente fanno riferimento alla valorizzazione economica del voucher ed all'Isee;

2) voucher orario, consistente nel controvalore di un'ora d'assistenza calcolato secondo diverse variabili. Stabilito l'importo, l'Assistente Sociale in base alla valutazione del bisogno assegna all'utente un certo numero di ore di servizio. La possibilità di differenziazione per gli erogatori deriva unicamente dalla maggior o minor qualità del servizio, che diventa elemento di concorrenza;

3) voucher a fascia unica, costituito da un solo importo stabilito in base a determinati valori medi (bisogno dell'utente, quantità di accessi, costo) di un servizio. Questo tipo di titolo viene spesso utilizzato come una specie di rimborso spese, ad esempio per trasporti o rette di servizi diurni.

Criteri di accreditamento

La Regione nella circolare 6/2004 indica alcuni requisiti minimi per gli erogatori dei voucher sociali, lasciando ai Comuni la facoltà di individuare livelli ulteriori. La situazione lombarda quindi vede Enti che si rifanno ai requisiti di base a fianco di altri che hanno stabilito criteri innovativi. Nel primo gruppo rientrano le Amministrazioni che adottano le condizioni indicate nella normativa (Gambino, Pasquinelli, 2005), di natura prevalentemente oggettiva: assenza di condanne penali per il Responsabile dell'Ente da accreditare; *mission* aziendale in linea con la specificità del settore; esperienza almeno biennale e presenza della Carta dei servizi; ricorso a personale qualificato e professionalmente idoneo. Questi requisiti delineano un livello minimo garantito di qualità e danno origine ad un meccanismo inclusivo, che permette l'entrata nel mercato di molti soggetti. Teoricamente dovrebbe venire premiato dagli utenti/clienti chi offre la migliore qualità a parità di costo.

Nel secondo gruppo rientrano gli Enti che ai requisiti di primo livello ne aggiungono altri, riferiti agli erogatori ed alle caratteristiche del servizio; anche queste condizioni ulteriori possono presentare un'estrema differenziazione locale. Tra i primi è frequente la richiesta di una sede in zona, di un certo fatturato, della copertura di un'ampia fascia oraria, della disponibilità a fornire prestazioni aggiuntive comprese nella tariffa, ecc. I secondi si riferiscono generalmente a numero ed esperienza del personale; alla presenza di coordinatori deputati al rapporto con il Servizio Sociale comunale; all'esistenza di un monte ore di formazione, supervisione, programmazione, verifica, ecc. La presenza di molte condizioni aggiuntive può portare a una

procedura restrittiva, che tende a selezionare i soggetti in entrata e potenzialmente offre all'utente maggiori garanzie di qualità.

Nel triennio 2006-2008 i distretti lombardi si sono orientati prevalentemente verso meccanismi inclusivi, come si può dedurre dal diffuso aumento del numero di agenzie per distretto: in 28 ambiti territoriali esistono 11 e più erogatori accreditati ([20]).

Servizi voucherizzati ed interventi acquistati con il voucher

La *mission* principale attribuita ai titoli dalla Regione è il sostegno alla domiciliarità. Benché il voucher si presti ad utilizzi molto differenti, quest'impostazione finora ha guidato gli Enti nell'individuazione dei servizi da voucherizzare. Oltre al Sad vero e proprio, vengono sempre più spesso erogate con questa modalità altre prestazioni che lo affiancano: trasporti, pasti, servizi di lavanderia, ecc. Il diffondersi di questa tendenza ha portato nel triennio ad un continuo e massiccio incremento nell'acquisto di prestazioni domiciliari ([21]). Un certo numero di ambiti territoriali ha deciso di destinare il voucher anche a sostenere la retta di centri diurni integrati o il costo di ricoveri di sollievo (tabella 7.7).

Tabella 7.7 - Prestazioni acquistate con voucher sociali nell'area anziani, anno 2008

Prestazioni sociali da erogatori accreditati	Altro	Lavanderia	Pasti	Ricoveri sollievo	Sostegno domiciliare assistenziale (Sad)	Trasporto	Totale
452	15.116	6	57.878	152	297.861	3.723	375.188

Fonte: nostra elaborazione su dati del Bilancio Sociale Regione 2008

Per quanto riguarda la relazione tra il Sad svolto in gestione diretta e il voucher sociale, sul territorio regionale esistono modelli diversi: alcuni Comuni decidono di voucherizzare totalmente l'assistenza domiciliare mentre altri ritengono opportuno mantenere il doppio canale. I monitoraggi indicano che il titolo in prevalenza è usato per sostituire totalmente il Sad e, in misura inferiore, per integrarlo; è invece molto ridotto il suo utilizzo a sostituzione parziale del servizio. Quando in un ambito sono presenti sia il voucher sia il SAD, sono possibili due soluzioni: 1) le due forme sono alternative ed hanno criteri d'accesso diversi; 2) viceversa sono integrative ed abbinabili secondo il bisogno e l'intensità assistenziale. La scelta viene operata nell'ambito del Pai.

([20]) Le cifre si riferiscono agli accreditati nelle varie aree.

([21]) Le prestazioni di assistenza domiciliare acquistate con voucher sono state 40.636 nel 2006; 168.056 nel 2007; 368.897 nel 2008.

7.4. Il giudizio

7.4.1. *Gli Enti locali e i titoli sociali*

Prima di procedere ad esaminare i titoli alla luce dei criteri comuni all'intero volume, conducendo per maggior chiarezza l'analisi in modo distinto, sembra opportuno esporre alcune considerazioni sulle scelte fatte dagli Enti locali in proposito e sui loro effetti.

Buono: fin dall'inizio è stata evidente la preferenza dei Comuni verso questo titolo, mentre i voucher si sono diffusi negli anni soprattutto a seguito della spinta normativa. Tra i due titoli l'assegno è quello ritenuto di più facile introduzione perché non comporta grandi cambiamenti organizzativi. Sembra essere adottato con maggior favore da alcuni Enti anche perché, essendo liberamente spendibile, può essere fonte di consensi da parte degli utenti anche quando gli importi sono modesti. Per le sue caratteristiche può consentire alle Amministrazioni di risparmiare: alcune non prevedono più i contributi sostitutivi di ricovero attribuendone la funzione al buono, nonostante l'ammontare possa essere inferiore. Sono inoltre frequenti i casi di concessione a sostegno di redditi insufficienti. La risposta a questi bisogni dovrebbe provenire tramite altri canali; eppure, nonostante sia ormai opinione condivisa che il buono debba essere uno strumento della rete dei servizi, la logica di utilizzarlo alla stregua di una mera erogazione economica è piuttosto diffusa.

Voucher: grazie alla destinazione vincolata non esiste il rischio d'uso improprio. Tuttavia la necessità di accreditare gli erogatori, investendo tempo e risorse nell'organizzazione, è uno degli elementi che più frena gli Enti dall'adottarlo. Altre ragioni per non farlo emergono in quei territori dove i servizi, pur con alcune differenze tra i vari Comuni, hanno complessivamente un livello accettabile. In queste circostanze i decisori locali non vedono il motivo di omogeneizzare forzatamente e "rivoluzionare" unità d'offerta tutto sommato soddisfacenti, le cui diversità vengono rivendicate da ogni Amministrazione come parte della storia del territorio.

Viceversa, la scelta di passare al voucher generalmente parte da una forte spinta dei decisori locali e dal desiderio, o dalla necessità, di sperimentare un modo diverso di assicurare i servizi. Si decide più facilmente d'introdurlo quando occorre porre rimedio a funzionamenti poco soddisfacenti o a disomogeneità territoriali penalizzanti per i cittadini. Questa scelta spesso viene fatta in distretti composti da Comuni molto piccoli, dove sono presenti Sad gratuiti al fianco di altri soggetti a contribuzione, o dove servizi limitrofi erogano prestazioni molto diverse. La necessità d'individuare criteri d'accreditamento omogenei in tutto l'ambito porta a definire e garantire un livello uniforme del servizio, con un generale miglioramento della qualità e dell'equità. Grazie alla sua flessibilità, il voucher viene considerato una scelta interessante anche quando lo si può adottare per servizi innovativi o difficili da ricondurre ad un'unità d'offerta precisa; un'altra decisione abbastanza frequente è quella di utilizzarlo in aggiunta ai servizi tradizionali, quasi sempre il Sad, per estenderne le prestazioni.

La decisione d'introdurre un titolo o l'altro può anche influire in modo diverso sulla propensione degli Enti ad aderire alla gestione integrata che, nonostante le indicazioni regionali, non è ancora la prassi generalizzata (cfr. par. 7.3.2). Il buono favorisce la coesione sovracomunale in misura minore, soprattutto se viene inteso come un contributo che ogni Amministrazione può continuare a erogare secondo le proprie logiche (Battistella, 2002). Il voucher e l'accreditamento, al contrario, richiedendo ai Comuni dell'ambito di effettuare riflessioni congiunte e di pervenire a visioni condivise, promuovono l'integrazione programmatoria e gestionale.

7.4.2 *Sviluppo della competizione*

Voucher. Nel triennio i soggetti accreditati sono aumentati del 75%, passando da 406 a 711. Nonostante alcuni territori molto estesi registrino la presenza di pochi erogatori, in generale è cresciuto anche il numero di agenzie presenti per distretto, benché non sempre tutte svolgano realmente il servizio. Il dato complessivo indica che, nonostante le dinamiche competitive trovino poco consenso tra le cooperative, un crescente numero di soggetti a un certo punto decide di accreditarsi. Infatti, malgrado il maggior rischio d'impresa, il nuovo sistema è ritenuto un'opportunità interessante da organizzazioni di recente costituzione, flessibili e di dimensioni limitate, decise ad entrare in certi mercati territoriali. Viceversa, viene vissuto un po' come un passaggio obbligato da cooperative più grandi e consolidate, che solitamente decidono di accreditarsi nelle stesse zone dove già operavano per non essere estromesse dal mercato. Tuttavia, se le cifre lasciano ipotizzare una situazione di maggior competizione, i fatti non sembrano dimostrare che si tratti di una realtà generalizzata. Le opinioni raccolte indicano un'estrema variabilità territoriale: in alcuni distretti la concorrenza sembra essersi veramente instaurata, in altri è più apparente che reale. Al primo gruppo appartengono soprattutto quegli ambiti dove i voucher sono stati introdotti da anni ed il mercato ha potuto crescere. In queste zone l'esperienza maturata ha permesso agli Enti di affinare le capacità di regolazione e di selezione degli erogatori, individuando modalità per creare una concorrenza virtuosa che non si basi unicamente sul prezzo. Questo è il caso di alcune zone dove, parallelamente allo svolgimento dei pacchetti assistenziali, alle cooperative viene richiesto di proporre anche prestazioni integrative; di conseguenza i diversi soggetti s'ingegnano ad individuare elementi attrattivi per i potenziali utenti e a sviluppare nei loro confronti migliori strategie comunicative per dare il massimo risalto al servizio offerto.

Negli ambiti del secondo gruppo, più che di organizzazioni in competizione si può parlare di una pluralità di erogatori e di una suddivisione informale degli utenti su base territoriale (Pasquinelli, 2009) o secondo una diversificazione nelle prestazioni. Non di rado questo stato di cose è appoggiato (talora addirittura "teorizzato") dalle stesse Amministrazioni affinché ognuno abbia un certo volume di lavoro. I Comuni infatti avrebbero difficoltà a gestire una concorrenza tale da estromettere alcune cooperative dal mercato: potrebbero risultarne compromessi i rapporti con il

Terzo Settore, con possibili ripercussioni sulla *governance* locale. Per evitare questo rischio molti decisori locali tendono a ricercare soluzioni che mantengano gli equilibri: salvaguardato un buon livello di qualità per gli utenti, una competizione spinta all'eccesso non viene ritenuta prioritaria e desiderabile.

7.4.3. *Regolazione del quasi mercato*

Voucher. Gli strumenti chiave dei quali l'Ente pubblico dispone per regolare il "quasi mercato" sono il sistema di accreditamento scelto e la messa a disposizione di dimensioni economiche significative, sia come importi dei voucher sia come volume di spesa. Riguardo quest'aspetto, si rileva un'ampia differenziazione territoriale tanto nella strutturazione del titolo quanto nell'attribuzione di valori economici e di volumi stanziati. È rara la previsione di volumi interdistrettuali che, comportando maggiori economie di scala, renderebbero più appetibile il mercato per gli erogatori.

In merito all'accreditamento, si è già detto come sia frequente l'adozione di requisiti di primo livello, dai quali derivano i meccanismi a "maglie larghe" che permettono a numerosi soggetti di entrare nel mercato. Se può essere funzionale nei territori vasti dove occorre aumentare gli erogatori, è meno facile capire perché il ricorso a procedure inclusive risulti così diffuso anche in altre zone dove possono crearsi situazioni opposte a quella preferita dai Comuni (cfr. paragrafo precedente). Quest'apparente contraddizione potrebbe trovare una spiegazione nell'ipotesi, avanzata da alcuni, che certi Enti dato il ridotto accompagnamento regionale (Avanzini, 2007) non abbiano colto appieno la conseguenza delle loro scelte. Poiché l'accreditamento può prestarsi a finalità molto diverse, se non sono ben chiari gli obiettivi e le strategie regolative a cui risponde diventa difficile comprenderne i possibili significati per il territorio. A fronte di un minor sforzo regolamentare iniziale, l'entrata nel mercato di un maggior numero di erogatori è più complessa da governare a livelli operativi e gestionali. Gli Assistenti Sociali all'unanimità dichiarano la loro difficoltà a gestire troppi soggetti, ritenendo che la garanzia di qualità derivi, più che dalla presenza di molte cooperative in competizione, da interlocutori capaci e da strutture organizzative già articolate. Considerano quindi più proficuo lavorare con un limitato gruppo di accreditati con i quali instaurare linguaggi comuni. In alcuni Enti l'impressione è che livelli diversi abbiano, consapevolmente o meno, obiettivi diversi: i decisori optano per accreditamenti con pochi vincoli, o perché li intendono come adempimenti burocratici o perché puntano ad avere un'ampia concorrenza. I funzionari e gli operatori, viceversa, preferiscono rapportarsi a meno erogatori, meglio se conosciuti, a garanzia di continuità dell'intervento e minor complessità operativa. Non sempre esiste qualcuno in grado di far sintesi delle diverse istanze. Situazioni simili possono verificarsi soprattutto nelle grandi città, dove gli operatori hanno pochissime possibilità di confronto con i livelli gerarchici superiori o con gli amministratori.

Sul fronte dei gestori, vi è chi ritiene opportuno che i Comuni fissino un numero massimo di soggetti accreditabili secondo il bacino d'utenza, consentendo agli erogatori d'agire in un contesto non eccessivamente frammentato e di limitare le diseconomie di scala. Questo pensiero prevale tra chi già opera in un territorio e spera che maggiori vincoli e controlli salvaguardino gli investimenti effettuati nell'organizzazione, permettendo una programmazione del lavoro. All'opposto, le organizzazioni più recenti e piccole, che sperano di entrare in nuovi mercati, si augurano di trovarsi di fronte meno vincoli per avere più possibilità di farsi largo.

Dal quadro delineato emerge che, nel complesso, gli ambiti distrettuali si sono impegnati nella complicata regolazione del sistema con una certa fatica, ottenendo risultati difformi. Resta sostanzialmente aperta la sfida, attribuita dal legislatore all'accreditamento, di far crescere la concorrenzialità e stimolare lo sviluppo della qualità. L'evidenza mostra che, per migliorare le capacità di regolazione, gli Enti hanno bisogno di imparare dall'esperienza, proseguendo per aggiustamenti successivi. Utili stimoli potrebbero provenire dalla possibilità di confrontare prassi ed applicazioni su base ampia nonché da un maggior ruolo di affiancamento svolto dalla Regione.

7.4.4. *Valorizzazione del Terzo Settore*

Le risorse e le competenze del Terzo Settore possono essere valorizzate sia nella funzione di produzione/gestione di servizi, sia nella partecipazione al processo programmatorio. Gli interessati tuttavia lamentano che il ruolo preminente affidato loro dalle istituzioni è quello di fornitore di servizi, come sembrerebbe confermare la crescita di soggetti accreditati avvenuta soprattutto nel privato non profit. Questo dato non è automaticamente un indice di valorizzazione, che nella pratica quotidiana dipende molto dalle scelte e dai comportamenti adottati dagli Enti locali.

Voucher. Rispetto alla gestione dei servizi, una situazione di disagio emerge nel contesto metropolitano dove dal giugno 2009 l'assistenza domiciliare, pur non essendo ancora formalmente voucherizzata, non viene più erogata a seguito di appalti bensì tramite soggetti appositamente accreditati ([22]). A queste organizzazioni vengono riconosciute tariffe inferiori del 10% a quelle precedentemente applicate con gli appalti, nonostante siano avvenuti i rinnovi contrattuali. In queste condizioni i margini operativi minimi, insieme all'impossibilità d'ipotizzare con una certa attendibilità quanti saranno gli utenti, provocano pesanti ricadute nei confronti dei dipendenti. Ulteriore insoddisfazione deriva dal ridursi delle opportunità di confronto e coprogettazione sul caso prima esistenti con gli operatori comunali; le cooperative

---

([22]) La nuova organizzazione milanese è stata introdotta sperimentalmente dalla Dgc n. 2535/2008. Le prestazioni rivolte agli anziani sono identificate in quattro gruppi, d'intensità ed articolazione diversa, assimilabili ai pacchetti dei voucher. I gruppi sono composti da un numero variabile di "moduli", ognuno dei quali corrisponde a 90 minuti di assistenza, frazionabili ed accorpabili.

ora ricevono un Pai già completamente definito e sostanzialmente devono limitarsi ad eseguire le prestazioni stabilite. Pur riconoscendo che il cambiamento è difficile da metabolizzare, e che questa è una componente importante del disagio vissuto, più di un soggetto operante nel capoluogo lombardo ritiene che non si possa parlare di valorizzazione.

Sono invece di segno opposto le opinioni di altre cooperative accreditate in centri minori di provincia, che nella voucherizzazione vedono un riconoscimento di capacità ed esperienza. Queste organizzazioni apprezzano che il titolo permetta loro di gestire interamente il servizio valutando il bisogno, elaborando il Pai e tenendo un rapporto diretto con l'utente e la famiglia. In queste situazioni gli erogatori vivono il nuovo sistema come premiante.

La situazione sul territorio regionale è quindi difforme.

Buoni e voucher. Per quanto riguarda la partecipazione al processo programmatorio, il Forum Permanente Terzo Settore Lombardia spiega che la categoria chiede di essere considerata "parte integrante – e non integrativa – delle politiche di welfare locale". In alcuni distretti esistono esperienze apprezzabili di coinvolgimento del privato sociale nei tavoli dei Piani di zona, stimolate proprio dall'introduzione dei titoli. In altre zone emerge invece insoddisfazione perché i tavoli tematici, anziché essere luoghi di confronto e coprogettazione, si riducono ad essere momenti d'incontro poco significativi. L'opinione del Forum è che, nel complesso, pubblica amministrazione e soggetti della sussidiarietà non condividano ancora un'idea di *governance* della programmazione partecipata. La conseguenza è che l'apporto del privato sociale si esplicita più nella gestione (assicurata soprattutto dalla cooperazione sociale) che nei contributi programmatori. Per contro l'altra parte in causa, rappresentata dai responsabili pubblici, ritiene che il settore abbia problemi nella propria *governance* e sia in difficoltà a trovare modalità condivise di rapportarsi ai soggetti istituzionali (Bonini, 2009). Questa valutazione è condivisa anche da esponenti del Terzo Settore, secondo i quali diverse organizzazioni (soprattutto del volontariato e dell'associazionismo) non sono ancora in grado di essere interlocutori alla pari a causa di una debolezza interna; tra loro è in atto una crescita che va ulteriormente sostenuta ed accompagnata.

7.4.5. *Valorizzazione delle figure professionali*

Le figure professionali maggiormente toccate dall'introduzione dei titoli sociali sono, da un lato gli Assistenti Sociali dei Comuni, dall'altro gli operatori dipendenti dai soggetti accreditati.

Voucher. Per quanto riguarda gli operatori delle organizzazioni fornitrici, la voucherizzazione tende a rendere più precari i rapporti lavorativi poiché è impossibile conoscere a priori quanti saranno gli utenti e per quanto tempo verranno seguiti. Cambiano anche le caratteristiche contrattuali: ai lavoratori possono venire richieste prestazioni nelle ore serali o durante il fine settimana. Per contro, con il si-

stema dei voucher l'operatore instaura con il beneficiario una relazione più diretta e individualizzata, meno vincolata dalle indicazioni della cooperativa e del Servizio Sociale, che gli consente di gestire l'intervento in maniera flessibile. Molti operatori apprezzano questo ruolo di maggior protagonismo con l'utente ma si lamentano dell'instabilità del posto di lavoro; fatto un bilancio, prevale l'opinione che la voucherizzazione, nonostante alcuni elementi positivi, non valorizzi i dipendenti delle cooperative.

Riguardo agli Assistenti Sociali, non sono pochi coloro che inizialmente accolgono l'avvio dei titoli con scarso entusiasmo, non sapendo quali cambiamenti e nuove responsabilità introdurranno. Successivamente tutti verificano che con i buoni le differenze nell'operatività sono sfumate, mentre i voucher comportano novità rilevanti e impegnative, richiedendo un gran lavoro organizzativo e tecnico fin dalla fase preliminare.

Voucher. Dopo averli sperimentati per un certo tempo adottando i debiti correttivi, gli Assistenti Sociali di alcuni distretti riscontrano che i voucher hanno prodotto ricadute positive sul piano professionale. Tra quelli più segnalati vi è un'operatività più originale e creativa, stimolata dall'accorpamento dei pacchetti assistenziali o dalla ricerca delle risorse migliori per rispondere ai bisogni; l'instaurarsi di un rapporto più attento verso gli utenti; il confronto tra colleghi. In questi casi, malgrado il persistere di alcune difficoltà, gli Assistenti Sociali affermano di lavorare in modo più qualificante e con maggior soddisfazione rispetto a prima. In altre realtà locali invece gli operatori recepiscono soprattutto l'onerosità dell'organizzazione e la fatica d'imparare a muoversi in un ruolo nuovo: uscire da schemi noti può provocare disagio e incertezza, soprattutto se non c'è stata preparazione.

Ma, pur nella diversità delle esperienze e delle opinioni, tutti gli Assistenti Sociali concordano sulla difficoltà di gestire percorsi complessi in una quotidianità spesso caratterizzata da carichi lavorativi pesanti e scarsità di tempo (Tidoli, 2009). È un dato di fatto che l'avvio di nuovi servizi non vada quasi mai di pari passo con adeguamenti organizzativi o con un potenziamento del personale. Inoltre, anche nel caso di interventi fortemente innovativi, risulta poco diffusa l'abitudine di fornire un affiancamento preliminare per agevolare l'introduzione del cambiamento. Nelle linee d'indirizzo per i Piani di Zona 2009-2011 la Regione ha rilevato la necessità di accompagnare gli Assistenti Sociali alle nuove funzioni di *case manager.* L'intenzione è sicuramente positiva. Tuttavia, se parallelamente alle nuove attribuzioni non avverrà anche una valutazione della sostenibilità operativa accompagnata dall'adozione di misure conseguenti, non è improbabile che, nonostante la formazione, vengano elaborati Pai di una riga, i monitoraggi siano pura formalità e venga ridotto al minimo lo spazio dedicato alla relazione con gli utenti, con un complessivo scadimento di qualità.

7.4.6. *Introduzione della libertà di scelta*

Con l'introduzione della libertà di scelta la Regione ha inteso dare alle persone la possibilità di decidere di quali interventi hanno necessità e da chi vogliono riceverli (Pasquinelli, 2006), nella convinzione che scegliere le soluzioni per rispondere ai propri bisogni sia un fattore di per sé gradito. I titoli sociali sono gli strumenti individuati per consentire ai soggetti fragili di esercitare tale libertà con il preciso obiettivo di restare al proprio domicilio; questa finalizzazione preclude pertanto la facoltà di scegliere un'assistenza residenziale.

Buono. Tra gli aspetti della libertà di scelta i beneficiari dell'assegno hanno colto soprattutto la facoltà di stabilire autonomamente come spenderlo. Abbiamo visto alcuni problemi che ne scaturiscono, tra cui il ricorso al mercato di cura irregolare, ed i correttivi che gli Enti cercano di introdurre limitando parzialmente le possibilità d'utilizzo.

Voucher. In merito al titolo che dovrebbe permettere di esercitare entrambe le opzioni della scelta, dagli intervistati emerge un riscontro unanime: quando un anziano si rivolge ai Servizi per richiedere assistenza, la sua priorità non è quella di poter decidere quale cooperativa se ne farà carico bensì quella di ricevere un servizio che funzioni, qualunque sia il fornitore. Se gli viene chiesto d'individuare un erogatore, l'anziano è in difficoltà: nonostante le spiegazioni non riesce a comprendere quali siano i motivi, che vantaggi potrebbe averne e su quali basi potrebbe farlo, trovandosi di fronte ad una lista di nomi perlopiù sconosciuti. Spesso l'utente diventa ansioso e vive la richiesta come una spiacevole incombenza da sbrigare per avere il servizio, piuttosto che come una facoltà che gli viene offerta. Gli anziani beneficiari di voucher sono in buona parte ultraottantenni, spesso soli, talora affetti da decadimenti cognitivi o incapaci di riconoscere i propri bisogni. Se a questa situazione già problematica si aggiungono anche le asimmetrie informative (Beltrametti, 2004), si capisce come la necessità di scegliere possa venire vissuta come un ulteriore peso. In alcuni casi gli operatori si trovano di fronte ad utenti che esplicitano chiaramente di non volerlo fare e, soprattutto, di non volerlo fare da soli (Avanzini, Ghetti, 2010); in queste ed altre situazioni di fragilità, ai Servizi si pone il problema di sostenere la capacità di scelta della persona per non lasciarla sola davanti a una libertà "pesante".

Quanto ai criteri di scelta, anche quando le situazioni sono meno gravi gli operatori segnalano che solo una piccola percentuale degli anziani è in grado di procedere con cognizione di causa; la maggioranza indica un nome a caso, oppure si basa sul passaparola, sull'ubicazione della cooperativa o sul consiglio dell'Assistente Sociale. Ne sono ben consapevoli gli erogatori, che non di rado focalizzano le proprie le strategie comunicative più verso gli operatori comunali che verso gli utenti. Più che per i beneficiari anziani o i loro coniugi, la possibilità di scelta sembra rivestire maggior interesse per i *caregivers* giovani, che apprezzano soprattutto il fatto di poter cambiare fornitore in caso d'insoddisfazione.

Da tutte le esperienze, però, così come da altri studi (Gori, 2005, Pasquinelli,

2007), emerge che la libertà di scelta non è un bisogno prioritario. L'effettivo esercizio della libera scelta appare poco praticato (Pasquinelli, 2009) dai beneficiari dei titoli e sembra suscitare in loro un ridotto interesse. All'Ente pubblico gli anziani ed i familiari chiedono per prima cosa interventi in grado di rispondere alle loro esigenze; in parallelo, chiedono anche di essere consigliati, affiancati e, quando occorre, tutelati dagli operatori dei Servizi. Se questo avviene, la possibilità di scegliere viene ritenuta un elemento positivo in linea di principio, ma non così importante nei fatti per ottenere un miglior servizio. La realtà dimostra che passare dalla "cultura dell'assistito" a quella del cliente/consumatore che sceglie e decide non è facile, per gli utenti dei Servizi.

7.4.7. *Sostegno alla famiglia*

Il sostegno che i Servizi possono offrire alla famiglia dipende dal tipo di misura erogata e dall'accompagnamento fornito per utilizzarla. Riguardo la misura, i racconti di anziani, *caregivers* ed operatori indicano che, nonostante i titoli generalmente vengano apprezzati ([23]), la sola concessione del beneficio non riesce a dare una grande percezione di supporto a famiglie impegnate nella gestione di domiciliarità difficili. Buoni e voucher, infatti, sono strumenti più o meno efficaci, secondo il contesto ed il modo in cui vengono impiegati, ma non sono di per sé risolutivi (Pasquinelli, 2009). Quello che per una famiglia può fare la differenza in termini di sostegno, invece, è ricevere l'accompagnamento dei servizi, che diventa un elemento di "valore aggiunto" al titolo.

Si riscontra infatti che per la maggioranza degli interessati è importante, mentre l'erogazione è in atto, sapere di poter contare (anche solo in caso di bisogno) su un punto di riferimento certo, rappresentato dall'Assistente Sociale. Ne sono sempre più consapevoli gli operatori che, oltre a possedere adeguate competenze, per impiegare al meglio le proprie forze in rapporto al numero dei beneficiari hanno bisogno di poter graduare natura e intensità degli interventi. Questo implica la possibilità di garantire una presa in carico complessiva alle persone fragili o sole, e di offrire, nel rispetto dell'autonomia dell'utente, un supporto "leggero" o consulenziale laddove esistano valide strategie di assistenza familiare. Anche in questi casi l'apporto professionale può migliorare l'appropriatezza nell'uso del titolo e contribuire a valutare l'efficacia della risposta.

7.4.8. *Migliori effetti per gli utenti*

Alcuni studi (Gori, 2005; Rivellini, Michelini, 2005) riferiscono che gli utenti generalmente esprimono un buon livello di soddisfazione riguardo ai titoli, come emerge dai questionari di *customer satisfaction*; anche le persone da noi ascoltate han-

---

([23]) Cfr. paragrafo seguente.

no mostrato di apprezzare diversi aspetti di buoni e voucher ([24]). Un buon gradimento è certamente un fattore positivo, ma per vari motivi non è sufficiente a valutare appieno i risultati prodotti. D'altra parte, benché misurare gli effetti degli interventi sia cruciale, nell'ambito dei servizi alla persona ciò è particolarmente difficile ([25]); in questo paragrafo ci limitiamo quindi a esporre ipotesi sugli effetti dei titoli riferendole ad alcune dimensioni di risultato (Gori, 2005), a partire dagli obiettivi generali. Le considerazioni si basano prevalentemente su quanto riferito da anziani, parenti e operatori.

Sostenere la permanenza a domicilio dei soggetti non autosufficienti, ritardando o evitando il ricovero. Per capire se e in che modo i titoli possano perseguire questo scopo, ne valutiamo dapprima gli effetti in relazione al loro concreto impiego.

Buono: quando è usato per sostenere spese legate a specifiche necessità dell'anziano (assistenza, farmaci, ausili, frequenza a Cdi, ecc.), la sua incisività dipende dalla consistenza della somma erogata in rapporto agli oneri. In caso di concorso ai costi assistenziali (generalmente per forme di accudimento informale), il denaro può contribuire a procurare una maggior copertura ma non necessariamente cure più qualificate. Tuttavia è interessante notare che i beneficiari sembrano percepire l'assegno come maggiormente significativo quando lo spendono per dare una risposta a precisi bisogni. In questi casi, anche se contribuisce alle spese solo parzialmente, la somma aiuta a migliorare la qualità di vita dell'anziano offrendogli opportunità che altrimenti non avrebbe (ricevere stimoli nel centro diurno oppure godere di un'assistenza prolungata a casa propria). Le ricadute sono invece più marginali quando l'assegno va ad integrare genericamente il reddito ([26]), tanto che alcuni utenti non sanno neppure precisare per quale motivo lo ricevono. Questi riscontri indicano che il buono produce i migliori effetti quando l'erogazione, essendo collegata ad un preciso progetto d'intervento, viene "tarata" sulla risposta a specifici bisogni e l'importo è adeguato ad incidervi.

Voucher: il discorso qui è diverso perché, trattandosi non di denaro bensì della possibilità di acquistare un servizio, solitamente l'opinione degli interessati sulla sua validità è in stretta relazione con la qualità delle prestazioni ricevute. Vengono comunque segnalati vari effetti migliorativi introdotti dal voucher rispetto ai servizi in forma diretta: la possibilità di esprimere specifiche richieste e di ottenere interventi più personalizzati e flessibili, l'estensione oraria e settimanale degli accessi domiciliari, l'opportunità di usufruire di prestazioni diversificate in precedenza non disponibili.

([24]) Gli aspetti più graditi sono risultati essere: il riconoscimento economico e la facoltà di spenderli liberamente, per i buoni; l'estensione delle prestazioni, gli orari più ampi e la possibilità di personalizzare l'intervento, per i voucher.

([25]) Una valutazione oggettiva d'efficacia e d'impatto richiederebbe un tipo di analisi qui non affrontabile.

([26]) Ciò avviene anche in considerazione dei modesti importi erogati.

Anche se spostiamo l'analisi verso l'obiettivo più generale attribuito ai titoli, evitare o ritardare il ricovero, dai diversi soggetti interpellati emergono riscontri che vanno a confermare precedenti ipotesi (OCSE, 1996, 2005) ([27]). Operatori e parenti concordano nel ritenere che nessun contributo economico e nessun servizio, per quanto utili, possano convincere una famiglia ad accudire a casa un anziano fragile, a meno che non esista già questo preciso orientamento e una sufficiente capacità di tenuta psico-fisica dei *caregivers*. La decisione viene presa a priori, indipendentemente dalla concessione del titolo, sulla base delle condizioni dell'anziano e della possibilità di gestirlo nell'ambiente domestico (Pares, 2008). Per sostenere la scelta della famiglia è poi determinante la presenza di un'adeguata gamma di interventi integrati (contributi economici, assistenza informale, interventi professionali sociosanitari ([28]), ecc.). Buoni e voucher, analogamente agli altri interventi, possono costituire un tassello che si incastra nel progetto complessivo di supporto alla domiciliarità; rafforzando la rete di aiuti, i titoli possono contribuire perlomeno a posticipare il ricovero, se non sempre ad evitarlo. Le scelte di domiciliarità, infatti, si reggono spesso su equilibri fragili, che possono "sgretolarsi" per eventi accidentali; questo avviene soprattutto quando il *caregiver* diretto è un congiunto anziano che non può contare sulla vicinanza di parenti più giovani. Se le condizioni dell'interessato peggiorano o si verificano altri imprevisti, le cure possono diventare non più sostenibili, oggettivamente o psicologicamente; in queste circostanze, né l'erogazione del titolo né altre misure riescono ad incidere nella decisione di ricorrere all'istituzionalizzazione.

Sostenere i caregivers e/o riconoscere il lavoro familiare. Tutti i soggetti interpellati condividono l'opinione che il buono non costituisca un vero sostegno o una remunerazione del lavoro di cura parentale; i modesti importi infatti non possono compensare le mancate entrate causate dall'eventuale rinuncia ad un'attività lavorativa. Il riconoscimento è di natura simbolica, più che altro è un segno di attenzione, che come tale viene gradito ma non è ritenuto determinante. I voucher, invece, rispetto ai servizi tradizionali possono produrre migliori effetti per i *caregivers* se (e nella misura in cui) rendono possibile l'acquisto di interventi progettati per rispondere maggiormente al bisogno di sollievo dei parenti (ad esempio con accessi festivi o serali).

Attenzione all'utenza. Un aspetto di miglioramento diffusamente introdotto da entrambi i titoli (anche se in misura maggiore dai voucher) è un aumento dell'attenzione nei confronti degli utenti, accompagnato da un più approfondito ascolto dei

---

([27]) Gli studi internazionali sopraccitati avanzano dubbi sulla possibilità di evitare i ricoveri mediante i servizi domiciliari.

([28]) Tra questi è il caso di menzionare particolari pacchetti di voucher sociali adottati in alcuni ambiti territoriali: composti da prestazioni pluriquotidiane ad alta complessità, insieme all'Adi si rivelano un valido supporto anche per le cure di persone gravissime.

loro bisogni. Questo avviene sia da parte degli Assistenti Sociali, che per rispondere meglio alle esigenze degli interessati pongono un maggior impegno nella personalizzazione dei progetti d'intervento, sia da parte degli erogatori.

Estensione della copertura territoriale. I voucher, nello specifico, possono diventare il mezzo per assicurare i servizi in paesi piccoli o in territori particolari, nei quali non tutti i Comuni sarebbero in grado di offrire determinati interventi. L'accreditamento degli erogatori e la gestione a livello di ambito distrettuale consentono infatti di allargare la copertura a tutto il territorio, permettendo di usufruire del servizio anche a persone che diversamente ne rimarrebbero escluse.

Sostenere e qualificare il lavoro di cura regolare. Quest'obiettivo viene esplicitamente attribuito dalla Regione solo al buono mirato istituito con la Dgr 8243/2008; il punto è cercare di capire se tale strumento, contrariamente al buono tradizionale, riesca ad indurre più famiglie a ricorrere a badanti in regola e a migliorare la qualità dell'assistenza. Nonostante l'applicazione della normativa sia così recente che non sono ancora disponibili dati ufficiali, è possibile raccogliere i riscontri di alcuni operatori dei Comuni e degli "sportelli". Analogamente a quanto riscontrato in altre analisi (Gori, Pasquinelli, 2008), in più di un distretto lombardo emerge che, in rapporto ai potenziali fruitori, il numero degli effettivi beneficiari è molto modesto. Viene segnalato che anche con l'erogazione del titolo le famiglie fanno fatica ad assumersi l'onere dell'assunzione regolare. L'ostacolo principale risiede nei costi; l'entità dell'assegno (variabile da 250,00 a € 400,00 mensili) non costituisce un reale incentivo alla regolarizzazione della badante, specie in presenza di modesti redditi familiari. Un altro problema è rappresentato dalla breve durata dell'erogazione (12 mesi), al termine della quale gli interessati devono accollarsi tutte le spese. Ciò contribuisce a tenere basso il numero dei nuclei che stipulano un contratto regolare accettando di far partecipare la badante a momenti formativi promossi dall'Ente pubblico.

Risultati migliori si rintracciano in quei territori dove le iniziative a favore del *care* privato sono state attivate già da anni, generalmente in collegamento con progetti europei, andando a precorrere il dettato regionale ([29]). Solitamente in queste zone gli importi dei buoni sono mediamente alti (oltre € 500,00 mensili), l'erogazione è rinnovabile annualmente e sia i beneficiari, sia le assistenti possono contare su varie forme di supporto e orientamento. Questo insieme di cose rappresenta un buon incentivo alla legalità contrattuale e fa man mano crescere nelle famiglie la propensione ad aderirvi.

7.4.9. *Miglioramento dell'equità*

Un sistema di welfare garantisce equità orizzontale quando le persone che si trovano nelle stesse condizioni di bisogno possono contare sulle stesse opportunità.

([29]) Vedi ad esempio il Comune di Monza.

Negli ultimi anni la concreta realizzazione dell'equità nel territorio si è spostata dal livello nazionale a quello regionale: a parità di bisogni, i cittadini devono poter ricevere il medesimo trattamento/intervento indipendentemente dal luogo della Regione in cui si trovano (Gori, Pasquinelli, 2008). Per assicurare risposte uniformi, il decisore regionale deve farsi carico di stabilire regole e criteri d'accesso ai servizi validi e vincolanti per tutti gli Enti del territorio. La possibilità del cittadino di ottenere un determinato beneficio viene poi sancita da una medesima scheda valutativa, utilizzata in tutti gli ambiti, con un punteggio-soglia che determina l'accesso alla misura. Adottando una *policy* differente da quella esposta, la Regione Lombardia quando ha introdotto i titoli sociali ha dato solo indicazioni minime, lasciando ai Comuni autonomia decisionale ed ampia libertà d'attuazione; in parallelo non sono però stati fatti sforzi per assicurare equità agli utenti. Il tema emerge indirettamente in vari punti del capitolo; l'analisi delle esperienze mette in luce che, a causa dell'adozione di criteri e regolamenti diversi, le differenze locali possono essere così marcate da causare iniquità. Con il buono, in particolare, non è inconsueto che due cittadini con analoghi bisogni, residenti in Comuni differenti (anche se contigui o talora appartenenti allo stesso distretto), ricevano assegni d'importo diversissimo, oppure che l'uno possa beneficiarne e l'altro no. L'assenza di strumenti valutativi predeterminati ed uniformi non garantisce nemmeno il realizzarsi dell'equità verticale (chi ha bisogni più gravi deve ricevere un maggior sostegno) poiché bisogni analoghi di fatto possono essere "pesati" in modo diverso. Si rileva invece che l'equità può essere favorita da livelli dei servizi omogenei e da regolamenti comuni, solitamente presenti in caso di gestione distrettuale dei titoli.

Recentemente la Regione si è mossa in direzione di una maggior omogeneità ed equità, perlomeno su base distrettuale; le linee di programmazione dei Piani di Zona 2009-2011 danno indicazioni agli ambiti territoriali di assicurare un accesso uniforme alle unità d'offerta della rete. A tal fine devono essere stilati protocolli a valenza distrettuale che stabiliscano regole uniformi per tutti i Comuni dell'ambito in merito a criteri d'accesso, modalità di fruizione e partecipazione alla spesa da parte dei cittadini di uno stesso territorio.

Bibliografia

Avanzini K., *L'assegno di cura in una logica promozionale*, in Pasquinelli S. (a cura di), *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie: assegni di cura e voucher sociali*, Carocci, Roma, 2007.

Avanzini K., Ghetti V. (2010), *Accreditamento nel sociale: quale strategia?*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 5, 2010.

Battistella A., *Buoni servizio e assegni di cura: utilità e rischi*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 8, 2002.

Beltrametti L., *Vouchers: presupposti, usi e abusi*, Il Mulino, Bologna, 2004.

Bonini R., *Le forme di gestione associata tra sussidiarietà e tentazioni monopolistiche,* in: Pesenti L., De Ambrogio U. (a cura di), *Piani di zona in Lombardia,* Guerini, Milano, 2009, pagg. 125-137.

Gambino A., Pasquinelli S., "Il voucher sociale", in Gori C., (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra*, Carocci, Roma, 2005, pagg. 181-201.

Gambino A., Pasquinell, S., *Voucher sociali: la difficile regolazione del mercato*, in Pasquinelli S. (a cura di), *Buoni e voucher sociali in Lombardia*, Franco Angeli, Milano, 2006, pagg. 123-142.

Gori C., *Il voucher socio-sanitario*, in Gori C., (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra*, Carocci, Roma, 2005, pagg. 203-229.

Gori C., Pasquinelli S., *Gli assegni di cura*, in Gori C., (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci press online, 2008, pagg. 157-182.

Ocse, *Caring for frail elderly people. Policies in evolutio*n, OCSE, Paris, 1996.

Id., *Long-term care policies for older people*, OCSE, Paris, 2005.

Pares (a cura di), *Attività di valutazione dei titoli sociali. Rapporto conclusivo,* promosso da Offertasociale, Azienda Territoriale dei Servizi alla Persona del Vimercatese e del Trezzese, 2008.

Pasquinelli S. (a cura di), *Buoni e voucher sociali in Lombardia*, Franco Angeli, Milano, 2006.

Pasquinelli S., *Buoni servizio: una buona idea?*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 13, 2007.

Pasquinelli S., *I titoli sociali: sostegno economico e promozione dell'autonomia,* in Pesenti L., De Ambrogio U. (a cura di), *Piani di zona in Lombardia*, Guerini e Associati, Milano, 2009, pagg. 115-124.

Rivellini G., Micheli G., *Valutazione e strategie di utilizzo: "customer satisfaction" sulla fruizione dei contributi di welfare*, in "Fuori dall'ombra", Edizioni lavoro, pagg. 147-161.

Rossi G., Boccaccin L. (a cura di), *Forme di gestione associata nei servizi alla persona*, Guerini, 2009.

Rusmini G., *I buoni sociali: diffusione, organizzazione, utenza e spesa*, in Pasquinelli S. (a cura di), *Buoni e voucher sociali in Lombardia*, Franco Angeli, Milano, 2006, pagg. 25-39.

Tidoli R., *Le metamorfosi dell'assistenza domiciliare*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 4, 2006.

Tidoli R., *L'assegno di cura per la signora Piera*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 21, 2009.

8. Il voucher socio-sanitario

Fabrizio Giunco

8.1. Introduzione

L'assistenza domiciliare è stata profondamente riformata nel corso della legislatura 2000-2005. Preceduti da quattro anni di sperimentazione di diversi buoni e assegni di cura ([1]), nel 2003 sono stati introdotti i voucher socio-sanitari. Nelle intenzioni del legislatore, si è trattato di un passaggio importante, orientato non solo alla riorganizzazione del precedente sistema di assistenza domiciliare integrata (Adi) ma anche a raggiungere obiettivi di sistema più ampi. Da un lato, la progressiva separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo (Pac) delle Asl da quelle di produzione diretta di servizi. Dall'altro, la diffusione sull'intero territorio regionale di una rete di erogatori accreditati dai quali le famiglie potessero direttamente richiedere, avvalendosi dei voucher, i servizi domiciliari necessari.

Le pagine che seguono propongono una riflessione d'insieme sulla riforma. Nei paragrafi introduttivi saranno richiamati i passaggi normativi che ne hanno permesso l'avvio ([2]) e quelli che hanno caratterizzato la sua successiva evoluzione. Saranno quindi brevemente descritti i suoi effetti sugli interventi domiciliari socio-sanitari indirizzati agli anziani non autosufficienti ([3]). Infine, il sistema sarà analizzato alla luce degli otto criteri valutativi che il gruppo di lavoro ha adottato come riferimento (cfr. capitolo 2).

Per gli scopi di questo capitolo sono state utilizzate le delibere, note e circolari regionali diffuse nel periodo 2004-2009 ([4]), oltre ai dati forniti dalla Direzione gene-

---

([1]) Si ricordano la sperimentazione dell'assegno di cura per anziani non autosufficienti nelle Asl di Monza e Legnano (1999-2000), quella del buono socio-sanitario in tutte le Asl lombarde (2001) e la sperimentazione del voucher socio-sanitario nelle Asl di Monza e Lecco (2002).

([2]) Un'analisi più dettagliata della fase di avvio della nuova misura si trova in Gori, 2005.

([3]) Sono stati analizzati i servizi domiciliari socio-sanitari direttamente destinati alla popolazione anziana. Saranno quindi citati solo occasionalmente quelli più orientati in senso sanitario, come l'ossigenoterapia, la nutrizione o ventilazione artificiali o i servizi di cure palliative.

([4]) Non sono stati presi in considerazione i provvedimenti successivi all'ultimo trimestre del 2009, dato che i loro effetti saranno stimabili solo nella legislatura successiva. In particolare, saranno solo citate le delibere che avviano, dal dicembre 2009, i Centri per l'assistenza domiciliare (CeAD). Ad essi viene dedicato un maggior spazio nell'Appendice G di questo capitolo.

rale (DG) Famiglia ([5]) e dalle Asl, direttamente o attraverso i molti documenti pubblicati ([6]). Queste informazioni sono state integrate da interviste a attori privilegiati, molti dei quali hanno condiviso documenti e rapporti originali ([7]). Infine, sono stati analizzati i questionari compilati da 160 fra medici di medicina generale (Mmg), geriatri ospedalieri e operatori dei servizi domiciliari ([8]).

La lettura del presente capitolo può essere integrata da quella delle appendici, che contengono maggiori informazioni su temi specifici: passaggi normativi, dati di attività, ruolo e punti di vista di erogatori e Mmg, articolazione del modello nelle diverse Asl. Le appendici sono liberamente consultabili sul sito www.lombardiasociale.it.

8.2. I voucher socio-sanitari

I voucher socio-sanitari sono titoli economici non in denaro, utilizzabili dalle famiglie per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria da enti erogatori accreditati ([9]). Non prevedono limiti di età né di reddito dei beneficiari, mentre le prestazioni devono essere svolte da *caregiver* professionali. I titoli sono emessi dall'Asl, su richiesta del Mmg, al termine di una fase istruttoria organizzata in modo diverso nelle varie Asl. Ottenuto il titolo, la famiglia può scegliere l'erogato-

---

([5]) Un particolare ringraziamento, per la disponibilità personale e la condivisione di dati e informazioni, a Graziana Ponte, Cinzia Gagliardi e Annamaria Plantamura, della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia.

([6]) Fra questi i Documenti di programmazione e coordinamento 2010 dei servizi sanitari e socio-sanitari, diffusi da tutte le Asl e liberamente consultabili sui rispettivi siti Internet; la maggior parte dei siti contiene anche informazioni dettagliate sui modelli di organizzazione locale delle cure domiciliari.

([7]) Un ringraziamento particolare a Gianlorenzo Scaccabarozzi, direttore del Dipartimento delle fragilità dell'Asl di Lecco e a Vincenza Iannone, responsabile del servizio Adi dell'Asl di Monza e Brianza. A Antonio Guaita, direttore della Fondazione Golgi Cenci e presidente regionale lombardo della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (Sigg). A Clotilde Somenzi e alla Direzione dell'Asl di Mantova. A Lucia Cassani di Mosaico Cure Domiciliari. A Pierangelo Lora Aprile, della Società Italiana di Medicina Generale (Simg); a Alberto Aronica, responsabile per la Lombardia del Consorzio Sanità (Co.S); a Aurelio Limonta (Fimmg); a Marina Bosisio, del Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale (CSeRMEG). Inoltre, a Quintino De Toma, di Vivisol Home Care Services; a Carlo Castiglioni, di Medicasa-Airliquide; a Rino Marengo della Fondazione Don Gnocchi di Milano; a Tino Fugamalli e Sergio Pizzi della Fnp Cisl Lombardia; a Mariella Zanetti, del Centro Geriatrico San Pietro di Monza. Infine, a Rosaria Marotta per il contributo ricevuto nella conduzione e nell'analisi del Focus Group con gli enti gestori.

([8]) Una descrizione completa della rilevazione è disponibile nell'Appendice C di questo capitolo. Nelle pagine che seguono saranno utilizzati singoli dati quantitativi, coerenti con gli argomenti di volta in volta affrontati, ma anche i giudizi e commenti, anche particolarmente dettagliati, che molti Mmg e operatori hanno voluto integrare alle mail o lettere di accompagnamento o che hanno espresso nel corso dei contatti telefonici intercorsi o nelle risposte alle domande aperte del questionario.

([9]) La delibera istitutiva è la Dgr n. 12902 del 9 maggio 2003.

re fra le organizzazioni accreditate nel proprio distretto ([10]). I titoli hanno una durata predeterminata e sono rinnovabili più volte, in relazione alle esigenze della persona.

La Dgr 12902/2003 articola le prestazioni acquistabili in tre profili di diversa intensità e valore economico (tabella 8.1) ([11]). I profili originali prevedono la formulazione di un Piano di assistenza individuale (Pai) e possono comprendere prestazioni infermieristiche, riabilitative e di medicina specialistica, oltre che interventi di aiuto infermieristico e assistenza tutelare da parte di ausiliari socio-assistenziali (Asa) o operatori socio-sanitari (Oss).

I voucher socio-sanitari in senso stretto rappresentano solo una parte del sistema di cure domiciliari. Soprattutto nella fase di avvio, sono stati sperimentati e portati a regime altri titoli di minore o maggiore intensità rispetto ai tre profili originali. Inoltre, una volta separate le funzioni Pac da quelle di erogazione diretta dei servizi, la maggior parte delle Asl ha mantenuto la gestione autonoma dei servizi Adi già attivi in precedenza, modificando in misura diversa i rispettivi modelli organizzativi e limitando in genere il loro raggio d'azione a popolazioni con caratteristiche specifiche, come i pazienti più complessi. Forme d'intervento più specifiche riguardano, infine, i servizi di ossigenoterapia, di nutrizione o ventilazione artificiali e di cure palliative. Nel complesso, per descrivere l'insieme di questi servizi si parla più spesso di sistema Adi/Voucher.

Tabella 8.1 - I voucher socio-sanitari. Tariffe transitorie

Tipologia	Valore economico
I profilo	362 euro
II profilo	464 euro
III profilo	619 euro

Fonte: Regione Lombardia, Dgr n. 12902/2003

8.3. Erogatori e patto di accreditamento

Possono accreditarsi come erogatori, soggetti pubblici e privati, profit e no profit, in possesso di alcuni requisiti di base ([12]). La loro idoneità professionale e organizzativa è verificata dall'Asl del territorio di competenza. I requisiti sono definiti

([10]) Gli erogatori si accreditano presso un'Asl, ma possono scegliere di limitare la propria attività a uno o più distretti.

([11]) Per intensità s'intende il numero di accessi domiciliari che possono essere erogati nel periodo di riferimento del titolo (fino al 2008 limitato a un mese). Il valore economico di ogni profilo è quello definito dalla Dgr 12902/2003. Ogni profilo prevede un numero minimo e un numero massimo di accessi erogabili a parità di valore economico.

([12]) I requisiti di base sono definiti dalla delibera 12902/2003: assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso del rappresentante legale; scopo sociale in linea con la specificità

dal legislatore regionale ma ogni Asl ha la facoltà di modificarli o ampliarli in relazione alle proprie particolari esigenze. Asl e erogatori stipulano un Patto di accreditamento ([13]) che definisce la reciproca "relazione fiduciaria". L'ente erogatore s'impegna al rispetto dei contenuti del Patto (tabella 8.2), accetta i controlli sulla qualità organizzativa e l'appropriatezza delle prestazioni effettuate e i doveri collegati al debito informativo. Questi, prevedono la trasmissione periodica all'Asl dell'elenco delle prestazioni effettuate, della scheda di valutazione dei bisogni dell'utente e dei questionari di customer satisfaction. L'Asl mantiene i compiti di vigilanza e controllo; l'esito delle verifiche può determinare sanzioni fino alla possibile revoca dell'accreditamento.

Tabella 8.2 - I contenuti del Patto di accreditamento

- definizione con la famiglia del programma personalizzato di assistenza;
- individuazione delle prestazioni socio-sanitarie necessarie;
- erogazione delle prestazioni attraverso caregiver professionali;
- rispetto della centralità del "cliente, paziente e cittadino" da parte dell'operatore (competenza, diligenza, rispetto del credo religioso e della riservatezza delle informazioni, valorizzazione delle risorse familiari) e dell'organizzazione (coerenza delle scelte gestionali e di comunicazione, corretta informazione);
- disponibilità di protocolli operativi a tutela della qualità delle prestazioni e della relazione di aiuto;
- accettazione della libera scelta della famiglia e del diritto all'individuazione di un diverso erogatore in caso di insoddisfazione.

Fonte: Regione Lombardia, 2003

8.4. L'evoluzione normativa ([14])

Dopo l'introduzione dei voucher socio-sanitari, il quinquennio 2000-2005 si è chiuso con minimi interventi del legislatore. In particolare, nel 2003, una nota tecnica della Direzione generale Famiglia ha introdotto in via sperimentale il cosiddetto credit. Si tratta di un nuovo titolo economico che permette l'acquisto di prestazioni esclusivamente sanitarie di minore intensità rispetto al voucher di primo profilo. Il valore economico proposto era, nel 2003, di 250 euro.

La legislatura successiva introduce cambiamenti più sostanziali. Dal 2006 l'attività degli enti erogatori viene sottoposta alla negoziazione annuale del budget, at-

---

del settore; operatività nel settore da almeno due anni; adeguata qualificazione del personale professionale.

([13]) I criteri di accreditamento e i relativi contratti sono liberamente consultabili sui siti internet della maggior parte delle Asl. Il patto di accreditamento deve rispettare i requisiti descritti nell'allegato B della Dgr 12902/2003, ma ai Direttori generali è stata data ampia facoltà di apportare integrazioni in rapporto alle caratteristiche e esigenze peculiari del proprio ambito territoriale.

([14]) Il paragrafo riporta solo una breve sintesi dell'evoluzione normativa. Una descrizione più completa è contenuta nell'Appendice A.

traverso la definizione di un contratto integrativo del Patto di accreditamento. In pratica, ogni Asl è chiamata a ripartire fra gli enti erogatori il finanziamento che la Regione mette a disposizione per l'annualità in corso. Le delibere regionali non definiscono i criteri che le Asl devono seguire per questa ripartizione, affidata alla diversa interpretazione locale della fase della negoziazione. Questa avviene nei primi mesi dell'anno e porta alla definizione, per ogni erogatore, di un "valore di produzione" la cui consistenza economica viene contrattata sulla base delle prestazioni fatturate nel corso dell'anno precedente e di quelle che Asl e erogatore stimano possibili per l'anno in corso. Il contratto integrativo impone condizioni vincolanti sia per l'Asl che per gli erogatori; superato il valore di produzione assegnato, le prestazioni ulteriormente erogate non sono remunerabili, fatta salva la possibilità di nuovi accordi che devono essere formulati in forma scritta e sentita la DG Famiglia.

Dal 2007 diventa possibile negoziare quote aggiuntive per il finanziamento di progetti innovativi e sperimentali destinati a malati di Sla, malati terminali o verso progetti di assistenza domiciliare attivati in contesti di residenzialità sociale alternativa al domicilio.

Altri interventi normativi riguardano la definizione dei profili. Dal 2006 la sperimentazione dei credit viene estesa a tutto il territorio regionale. Dal giugno 2008 il voucher socio-sanitario assume la valenza di "Unità d'offerta socio-sanitaria". Dal novembre 2008 ([15]) diventa possibile erogare i credit nei medesimi tre profili e con la stessa entità economica dei voucher socio-sanitari ([16]). Sono inoltre introdotti i concetti di flessibilità e estensibilità dei profili. In pratica, i credit e voucher di terzo profilo possono essere erogati con "cadenza anche inferiore al mese"; diventa cioè possibile emettere, nello stesso mese e per lo stesso paziente, fino ad un massimo di tre credit o voucher, integrati in schemi assistenziali di alta intensità ([17]). I credit e i voucher di primo profilo possono invece essere erogati anche con cadenza "superiore al mese": gli 8-13 accessi previsti dal primo profilo, cioè, possono essere distribuiti su più mesi, raggruppando in un unico titolo gli adempimenti necessari a programmi di minore intensità.

La delibera del novembre 2008 assegna ai credit un valore economico e un significato molto diversi da quelli sperimentati nei diversi distretti a partire dal 2003. Fino al novembre 2008, infatti, il credit permetteva l'acquisto di prestazioni d'intensità in-

---

([15]) Le modifiche descritte erano già state introdotte nell'agosto 2008 per le persone con Sla o al termine della vita. La delibera di novembre estende lo stesso provvedimento a tutti gli utenti del sistema Adi/Voucher.

([16]) Nella delibera del novembre 2008 il credit viene definito come: "forma di intervento che prevede il Piano di assistenza individualizzato, caratterizzata da un insieme di prestazioni esclusivamente sanitarie con intensità assistenziale di vario livello e che, diversamente dal voucher socio-sanitario, non sono associate a prestazioni di natura socio-sanitaria da parte dell'Operatore socio-sanitario (Oss) nonché dall'Ausiliario socio-assistenziale (Asa)".

([17]) La somma di tre titoli permette di erogare fino ad un massimo teorico di 72 accessi nello stesso mese.

feriore a quella prevista dal primo profilo voucher. Sotto questa forma, è diventato il titolo più utilizzato dopo le prestazioni estemporanee. Dal 2009, la gamma di accessi possibili viene estesa fino a sovrapporsi a quella dei voucher; la vera differenza fra i due titoli resta quella del tipo di prestazioni erogabili: solo sanitarie per i credit, anche Asa e Oss per i voucher. Questa differenza ha un peso limitato nella pratica quotidiana: fra il 2003 e il 2008 l'erogazione di prestazioni Asa/Oss coi voucher socio-sanitari si era già ridotta fino a proporzioni marginali. Il cambiamento ha un maggiore significato politico: per la loro frequenza di erogazione i credit si avviano a sostituire i voucher socio-sanitari come titolo di riferimento del modello, sottolineando il carattere essenzialmente sanitario delle prestazioni erogate dal sistema Adi/voucher.

8.4.1. *Il caso dei credit: sistema unico o somma di sistemi locali?*

Nel corso della riforma, la Regione Lombardia ha fornito alle Asl solo alcune indicazioni generali, garantendo ad esse un'ampia facoltà di sperimentare soluzioni diverse (Gori, 2005). Quest'impostazione ha permesso una notevole flessibilità, ma ha anche determinato uno sviluppo quanto mai eterogeneo delle diverse applicazioni locali. La storia dei credit è, sotto questo aspetto, emblematica. A partire dalla loro introduzione, le Asl hanno cominciato a sperimentare nuovi raggruppamenti di accessi o prestazioni. L'Asl Città di Milano aveva introdotto nel 2004 5 livelli credit e 3 profili personalizzati, con valori economici dei titoli compresi fra i 30 e i 250 euro per i credit e i 900 e i 1500 euro per i profili personalizzati. L'Asl di Bergamo aveva adottato nel 2005 un Credit da 250 euro mensili e un Minicredit da 150 euro, entrambi con Pai. In altre Asl il credit non prevedeva il Pai, mentre il numero di accessi mensili andava dai 4 ai 12. Nel 2008, l'Asl Milano 1 ([18]), prevedeva credit senza Pai per prelievi domiciliari (13 euro ad accesso), per altre prestazioni sanitarie estemporanee (da 13 a 22 euro) o per pacchetti di prestazioni con valore economico fino a 40 euro ad accesso. Inoltre, credit con Pai per prestazioni sanitarie a bassa o media intensità (fino a 8 e fino a 12 accessi, 260 e 362 euro/mese) e 3 moduli Complex con intensità superiore ai profili voucher e tariffe fino a 830 euro/mese.

La tabella 8.3 riassume i profili e le remunerazioni 2009 delle Asl di Milano, Monza, Pavia e Melegnano ([19]). È evidente una situazione piuttosto confusa, che complica la gestione amministrativa delle Asl e degli enti erogatori e la stima della remunerazione reale degli accessi, ma anche la comprensibilità del sistema per le famiglie e per gli altri attori del sistema, come i Mmg.

([18]) È possibile citare il documento d'informazione ai Mmg dell'Asl Milano 1: "Cure domiciliari secondo il sistema voucher socio-sanitario" nella versione del 12.2.2008. Il documento afferma che: "I titoli d'acquisto sono predefiniti dalla Regione Lombardia (tre livelli economici di voucher socio-sanitario) e dalle Asl (altri titoli come Credit, Complex, ecc.)".

([19]) I dati sono di Mosaico Cure Domiciliari: 2.885 persone assistite nel corso del 2009, 10.535 voucher, 115.882 accessi complessivi.

8.4.2. *Variabilità dei profili e della remunerazione degli accessi*

La moltiplicazione dei titoli si spiega con il tentativo delle Asl di adattare la struttura rigida dei tre profili voucher alle più variabili esigenze dei pazienti.

Non sono noti i criteri che hanno guidato il legislatore nella progettazione dei profili, le cui caratteristiche non fanno riferimento a modelli sperimentati in altre Regioni o già attivi sul territorio lombardo ([20]). Il numero di accessi previsto per ogni profilo mantiene quindi un certo grado di arbitrarietà, che le Asl sono state chiamate a rimodulare in risposta alla domanda e alla relazione dinamica con gli erogatori. Queste difficoltà sono state recepite dal legislatore con l'introduzione dei concetti di flessibilità e estensibilità, che permettono di erogare oggi, attraverso i tre profili base, una gamma di interventi molto più ampia della precedente. Le ricadute sulla complessità descritta nella tabella 8.3 sono state però limitate; in assenza di più precise indicazioni regionali, la misura ha introdotto ulteriori elementi di variabilità applicativa.

Oltre alle caratteristiche dei profili, anche la struttura tariffaria del sistema ha determinato applicazioni diverse. Il pagamento delle prestazioni, infatti, non è collegato al numero di accessi effettuato dall'erogatore, ma al valore economico del titolo emesso; assegnato questo, il numero di accessi che può essere richiesto oscilla entro un range piuttosto ampio. Ad esempio, il primo profilo voucher ha un valore di 362 euro, con il quale sono acquistabili da 8 a 13 accessi ([21]): la remunerazione effettiva di ogni singolo accesso può quindi variare da 45,25 a 27,85 euro, con una differenza fra i due valori di poco inferiore al 40%.

Questa variabilità è ulteriormente influenzata dalle diverse interpretazioni locali. Molte Asl hanno utilizzato la relazione fra numero degli accessi e valore economico del profilo anche come strumento di governo del sistema o di contenimento della spesa ([22]). Ad esempio, il numero di accessi che l'Asl di Monza richiede media-

---

([20]) Oltre a un'ampia letteratura nazionale e internazionale, è possibile citare l'esperienza del sistema di cure domiciliari di Merate prima, e di Lecco poi, che hanno prodotto rapporti sistematici sulla composizione dei profili di cura, sulla definizione dei carichi assistenziali e sulla valorizzazione economica degli accessi e delle giornate di assistenza. Le indicazioni di Gianlorenzo Scaccabarozzi, sono un punto fermo nella progettazione dei sistemi di cura domiciliari e si ritrovano nel documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza del Ministero per la Salute (si veda anche Scaccabarozzi, 2007). L'Asl di Lecco utilizza le versioni più recenti degli stessi criteri per il governo e la regolazione del sistema, con risultati ormai consolidati.

([21]) Nel modello voucher, è normalmente l'Asl che decide, attraverso il Pai, il numero di accessi che l'erogatore dovrà garantire entro i confini del titolo emesso. Nel Paragrafo 8.6.3 sono descritte alcune varianti di questa applicazione.

([22]) Il numero di accessi è teoricamente collegato all'analisi oggettiva delle esigenze dei pazienti. Nella pratica, alcune Asl più di altre, integrano questa valutazione con logiche orientate verso il governo del sistema e il controllo del budget. Ad esempio, alcune Asl preferiscono concentrare il maggior numero di accessi possibili in un profilo inferiore, piuttosto che emettere un titolo più costoso. In altre è invece più frequente l'emissione di un profilo di livello superiore. In altre ancora, come a Milano città, il numero di accessi è affidato alla responsabilità dell'erogatore, mentre l'Asl

mente agli erogatori quando emette un voucher di primo profilo è di 15 al mese, contro i 9 di Milano, i 10 di Melegnano o gli 11 di Pavia. Diversità simili si registrano per i credit e per i voucher di secondo e terzo profilo. Così, la remunerazione effettiva delle prestazioni richieste agli erogatori non cambia solo in relazione alla struttura del profilo, ma anche alle abitudini operative del territorio: nelle Asl citate, la remunerazione media per accesso di un voucher di terzo profilo varia dai 25,79 euro dell'Asl di Monza ai 41,27 euro di quella di Milano; quella di un voucher di secondo profilo dai 24,42 ai 42,18 euro. Si tratta di una variabilità prossima al 60%, che ha ricadute dirette sull'interesse degli erogatori a operare nel nuovo mercato o a privilegiare alcuni territori o profili rispetto ad altri.

Tabella 8.3 - Struttura dei profili di assistenza e delle remunerazioni nelle Asl di Melegnano, Monza, Pavia e Milano

				Accessi (23)		Remunerazione (24)			
Asl	*Tipo di voucher*	*Valore*	*Durata del profilo*	*Min*	*Max*	*Min*	*Max*	*Operatori*	*Frequenza* (25)
MI2 Melegnano	profilo 1 credit FKT	27,84 € ad accesso	ad esaurimento accessi		10		€ 27,84	FKT	2/7 – 3/7
	profilo 1 (Credit a bassa intensità)	27,84 € ad accesso	ad esaurimento accessi		13		€ 27,84	IP	1/7 – 1/15 – 1/30
	profilo 1 (Credit/ Voucher)	€ 362	Un mese	10	13	€ 36,20	€ 27,85	Misto	3/7
	profilo 1 flex (Credit/Voucher)	€ 362	6 settimane	12	13	€ 30,17	€ 27,85	Misto	2/7 per 6 settimane
	profilo 2 (Credit/ Voucher)	€ 464	Un mese	16	20	€ 29,00	€ 23,20	Misto	4/7 – 5/7
	profilo 3 (Credit/ Voucher)	€ 619	Un mese	24	28	€ 25,79	€ 22,11	Misto	6/7
	profilo 3 flex (Credit/Voucher)	€ 619	ad esaurimento accessi, meno di un mese		28		€ 22,11	Misto	7/7 e oltre, al bisogno

(*segue*)

definisce il profilo *ex post*, successivamente alla rendicontazione da parte del gestore degli accessi effettivamente eseguiti. Queste dinamiche influenzano in modo variabile l'equilibrio complessivo fra controllo del budget, soddisfazione dei pazienti (favorita dal ricevere un numero più elevato di accessi) e soddisfazione degli erogatori (favorita dalla maggior remunerazione effettiva di ogni accesso). Questi concetti sono richiamati anche nella Nota 46 e nel Paragrafo 8.6.3.

(23) Si intende il numero minimo e il numero massimo di accessi che ogni Asl decide di richiedere per ogni profilo. Può essere diverso dai valori previsti dalla delibera 12902/2003.

(24) Si intende la remunerazione per accesso calcolata dividendo il valore del profilo, rispettivamente per il numero minimo e il numero massimo di accessi indicati nelle due colonne precedenti. Per i profili che prevedono un numero fisso di accessi la remunerazione corrispondente è indicata solo nella colonna Max.

(25) Con frequenza si intende il numero di accessi richiesto ogni settimana, ogni 15 giorni o ogni mese: 2/7 vuol dire 2 accessi ogni 7 giorni; 2/15 2 accessi ogni 15 giorni; 2/30 2 accessi al mese.

				Accessi [23]		Remunerazione [24]			
Asl	*Tipo di voucher*	*Valore*	*Durata del profilo*	*Min*	*Max*	*Min*	*Max*	*Operatori*	*Frequenza* [25]
MI3 Monza Brianza	Estemporaneo	23 € ad accesso	ad esaurimento accessi	1	11		€ 23,00	Solo IP o FKT	al bisogno
	Riabilitazione a Lungo termine	€ 362	ad esaurimento accessi	10	14	€ 36,20	€ 25,86	FKT	2/7 – 3/7 per 3 cicli/ anno
	profilo 1 (Credit/ Voucher)	€ 362	ad esaurimento accessi	12	18	€ 30,17	€ 20,11	Misto	3/7
	profilo 2 (Credit/ Voucher)	€ 464	Un mese	19	24	€ 24,42	€ 19,33	Misto	5/7
	profilo 3 (Credit/ Voucher)	€ 619	Un mese	25	31	€ 24,76	€ 19,97	Misto	6/7 – 7/7
PAVIA	credit 1	€ 250	Un mese	8	9	€ 31,25	€ 27,78	Solo IP o FKT	2/7
	credit 2	€ 330	Un mese	10	12	€ 33,00	€ 27,50	Solo IP o FKT	3/7
	profilo 1	€ 362	Un mese	12	14	€ 30,17	€ 25,86	Misto	3/7
	profilo 2	€ 464	Un mese	15	18	€ 30,93	€ 25,78	Misto	4/7
	profilo 3	€ 619	Un mese	>19		€ 32,58	€ 20,63	Misto	5/7 – 6/7 – 7/7
MI CITTÀ	Credit 1 Variabile	40,22 € ad accesso	Un mese	1	9		€ 40,22	Solo IP o FKT	al bisogno
	Credit 1	€ 362	Un mese	10	16	€ 36,20	€ 22,63	Misto	3/7
	Credit 2	€ 464	Un mese	17	23	€ 27,29	€ 20,17	Misto	4/7 – 5/7
	Credit 3	€ 619	Un mese	24	31	€ 25,79	€ 19,97	Misto	6/7 – 7/7
	Voucher 1 Variabile	32,91 ad accesso	Un mese	1	11		€ 32,91	Solo IP o FKT	al bisogno
	Voucher 1	€ 362	Un mese	12	18	€ 30,17	€ 20,11	Misto	3/7 – 4/7
	Voucher 2	€ 464	Un mese	19	25	€ 24,42	€ 18,56	Misto	5/7 – 6/7
	Voucher 3	€ 619	Un mese	26	31	€ 23,81	€ 19,97	Misto	7/7
se autorizzato	Credit o Voucher 3 Variabile	30,95 ad accesso	Un mese	20	x		€ 30,95	Misto	al bisogno

Fonte: Mosaico, Cure domiciliari. Dati al 31.12.2009

8.5. Popolazione raggiunta, composizione dei profili, finanziamento [26]

A partire dal 2003, i nuovi titoli economici si sono diffusi in tutte le Asl, garantendo interventi domiciliari anche in territori che non disponevano in precedenza di servizi Adi o ne disponevano in misura ridotta. Il numero di persone complessivamente raggiunte dal sistema Adi/Voucher è aumentato fra il 2004 e il 2008 del 16,7%

[26] Una descrizione più dettagliata dei dati di attività del sistema Adi/Voucher è contenuta nell'Appendice B.

(tabella 8.4). Il tasso di crescita è superiore a quello della popolazione ultra65enne (+10%) ma inferiore a quello della popolazione 75+, aumentata nello stesso periodo del 18,4%. Il sistema raggiunge quindi più persone ma fatica a tenere il passo con l'incremento della popolazione in età più avanzata.

Non sono disponibili dati regionali dettagliati sulla distribuzione della popolazione per sesso o per classi di età ([27]). Secondo altre fonti, la popolazione raggiunta ha un'età superiore a 65 anni nell'85-93% dei casi ([28]). A partire da questo dato è possibile stimare che i servizi Adi/Voucher raggiungano oggi il 4,6-5,2% della popolazione ultra65enne ([29]), con un aumento di circa due punti percentuali rispetto al numero di anziani lombardi che ricevevano servizi Adi nel 2000 ([30]).

Tabella 8.4 - Sistema Adi/Voucher. Persone assistite in Regione Lombardia nel periodo 2004-2008 (dati al 31.12.2008)

			Voucher socio-sanitari						
Anno	**Adi Tradizionale**	**Estemporanea**	**1° prof**	**2° prof**	**3° prof**	**Totale Voucher**	**Credit**	**Cure Palliative**	**Totale**
2004	12.477	43.797	8.427	4.732	5.028	18.187	11.558	4.057	90.076
	13,9%	*48,6%*	*9,4%*	*5,3%*	*5,6%*	*20,2%*	*12,8%*	*4,5%*	*100,0%*
2008	7.045	52.936	10.465	3.905	4.703	19.073	20.776	5.296	105.126
	6,7%	*50,4%*	*10,0%*	*3,7%*	*4,5%*	*18,1%*	*19,8%*	*5,0%*	*100,0%*
Δ*	***– 43,5***	***+ 20,9***	***+ 24,2***	***– 17,5***	***– 6,5***	***+ 4,9***	***+ 79,8***	***+ 30,5***	***+ 16,7***

Fonte: Regione Lombardia, 2010

([27]) L'analisi dei dati di attività è resa più difficile dall'eterogeneità delle applicazioni locali e dall'impostazione essenzialmente amministrativa dei flussi informativi fra Asl e Regione. In particolare, la DG Famiglia non sottopone a osservazione sistematica le caratteristiche anagrafiche, cliniche e funzionali delle persone raggiunte e le effettive prestazioni erogate, che possono essere ricavate in modo parziale solo da alcune Asl o dagli erogatori accreditati. Questa impostazione è destinata a cambiare con l'introduzione del Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare, previsto dal decreto del 17 dicembre 2008 del Ministero del Welfare (G.U. 9 gennaio 2009, n. 6). Il sistema richiede alle Regioni flussi informativi mensili stabiliti da un preciso disciplinare tecnico.

([28]) In assenza di dati di fonte regionale, questa stima e quelle immediatamente successive sono state ricavate dall'analisi dei Piani di programmazione e coordinamento 2010 delle diverse Asl e dai dati di attività di alcuni gestori accreditati.

([29]) Secondo le informazioni raccolte, le persone che al 31.12.2008 hanno ricevuto servizi Adi/Voucher sono 105.126, l'85-93% dei quali ha più di 65 anni; in numero assoluto si va quindi da 89.357 a 100.920 ultra65enni. Questo numero corrisponde al 4,6-5,2% della popolazione lombarda nella stessa classe di età.

([30]) Secondo il Pssr 2002-2004 il sistema Adi raggiungeva nel 2000 46.229 cittadini lombardi ultra65enni, il 3% della popolazione ultra65enne alla stessa data.

Successivamente all'avvio della riforma, il sistema Adi/Voucher si sviluppa quindi sotto il piano quantitativo, raggiungendo più persone e nuovi territori, ma si modifica sotto il piano qualitativo (figura 8.1). Nell'intervallo analizzato, infatti aumentano soprattutto le persone raggiunte dalle prestazioni estemporanee (+20,9%) e dai profili di minore intensità, come i credit pre-2009 (+79,8%) ([31]), mentre si riducono i voucher di secondo e terzo profilo. I voucher socio-sanitari in senso stretto rappresentano oggi solo il 18,1% dell'intero sistema.

Il processo di sviluppo, inoltre, non è uniforme. La figura 8.2 distribuisce il totale dei titoli emessi nelle varie Asl in proporzione alla popolazione ultra75enne. La figura 8.3 divide la popolazione che ha ricevuto solo prestazioni estemporanee o credit da quella oggetto di interventi più impegnativi ([32]). I due indicatori sono diversamente collegati. Ad esempio, le Asl della Valcamonica o di Sondrio, che in numero assoluto sembrano raggiungere molti anziani, lo fanno essenzialmente attraverso prestazioni occasionali o di ridotta intensità. Altre Asl hanno ricercato un maggiore equilibrio o hanno privilegiato i servizi a maggiore intensità, ad esempio garantendo maggiori risorse ai servizi Adi preesistenti.

Due terzi degli accessi complessivi sono comunque di tipo infermieristico, un terzo fisioterapico, minima la frequenza di utilizzo dei medici specialisti. Secondo gli erogatori intervistati il tempo medio di durata degli accessi infermieristici è intorno ai 25 minuti, 45 per quelli riabilitativi o Asa/Oss. La durata complessiva dei programmi è ridotta: il 60% si esaurisce entro i due mesi mentre solo il 10% dura oltre i 9 mesi ([33]).

L'utilizzo di Asa e Oss non supera il 5-7% degli accessi registrati nel 2008 dai gestori intervistati, l'1,3% di quelli effettuati nel 2009 nell'Asl di Monza e Brianza. Questo dato descrive il progressivo allontanamento del sistema dall'obiettivo di integrare, in un unico modello, prestazioni sia sanitarie che di assistenza tutelare.

Sotto il piano economico, il finanziamento del sistema aumenta fra il 2004 e il 2008 del 12% (tabella 8.5). La crescita è stata più consistente fino al 2006, quando l'introduzione della negoziazione dei budget ha determinato la sua stabiliz-

---

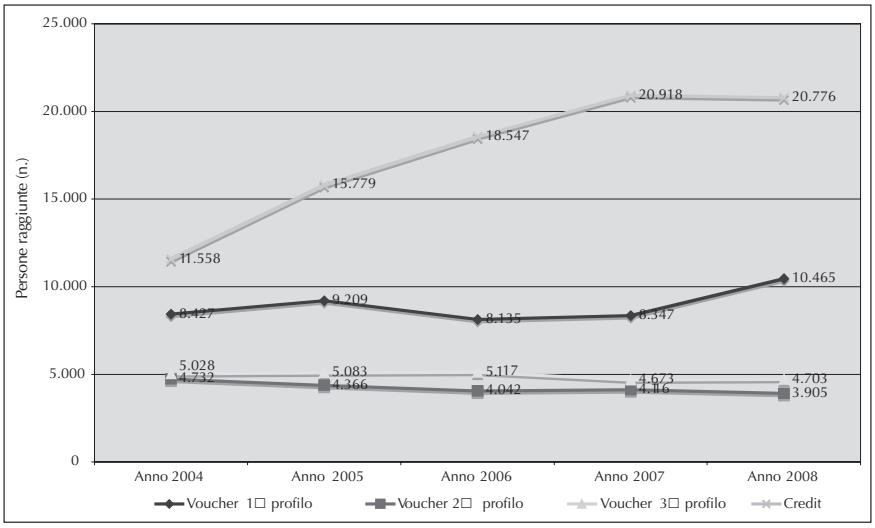
([31]) I credit pre-2009 permettevano solo un'intensità inferiore agli 8 accessi al mese.

([32]) Le prestazioni sanitarie garantite attraverso interventi occasionali, o raccolte in brevi cicli, non sono meno utili di quelle offerte attraverso i profili di maggiore intensità e durata. Hanno solo obiettivi diversi. L'Appendice F contiene alcune osservazioni specifiche.

([33]) L'informazione è ricavata dall'analisi dei dati di attività di singole Asl o enti erogatori. Questa informazione va assunta con cautela: interventi estemporanei, credit e voucher possono essere ripetuti anche più volte sulla stessa persona; quindi, la durata complessiva dei programmi di cura può essere più lunga di quella che è possibile ricavare dall'analisi dei dati di fonte pubblica. La durata aumenta se si prendono in considerazione le prestazioni di ossigenoterapia, nutrizione artificiale e ventiloterapia, che non sono state analizzate in questo capitolo.

zazione intorno ai valori programmati. Anche in questo caso, l'incremento maggiore è legato alla crescita dei credit pre-2009 (+175%), mentre il finanziamento persona/giorno si riduce complessivamente del 6,9% (tabella 8.6) ([34]). Quest'ultimo dato è il frutto di due tendenze diverse: da un lato la diminuzione del costo delle prestazioni estemporanee; dall'altro la crescita di quello dei sistemi Adi, dei voucher e dei credit. Nel complesso si tratta di un buon risultato: può esprimere una migliore allocazione di risorse verso gli interventi più complessi e una maggiore efficienza nella gestione delle prestazioni più semplici.

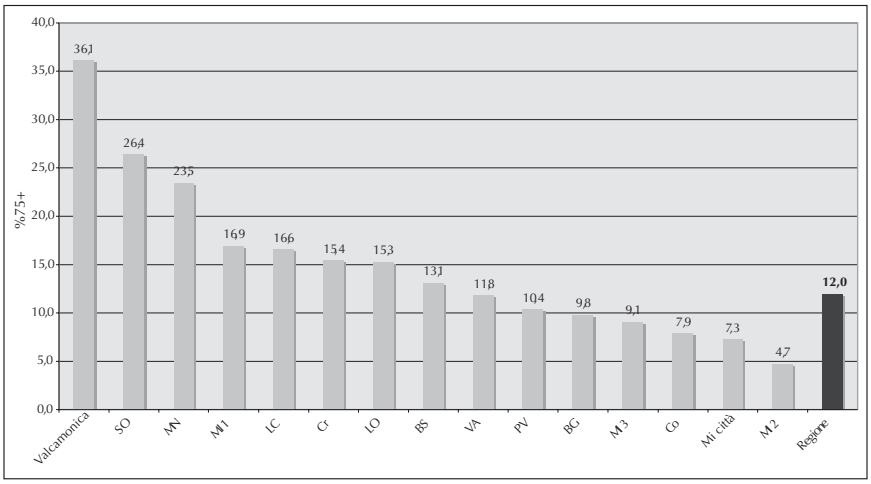
Figura 8.1 - Regione Lombardia. Persone raggiunte dai voucher socio-sanitari o credit pre-2009 (intervallo 2004-2008)



Fonte: Elaborazione personale su dati regionali

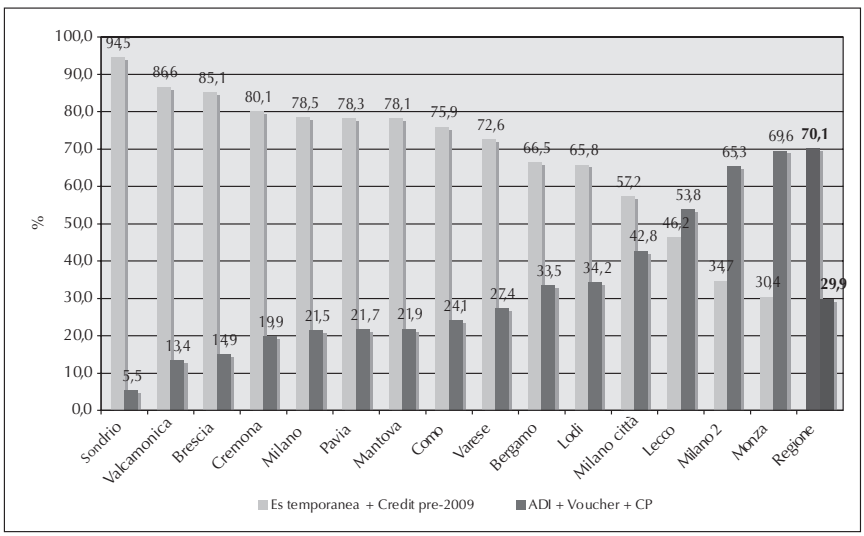
([34]) Il finanziamento 2008 dei programmi Adi tradizionali corrisponde a 6,3 euro/persona/giorno, superiore del 29% rispetto a quello del voucher di terzo profilo (4,9 euro) e dell'80% rispetto al costo medio dei profili voucher (3,5 euro).

Figura 8.2 - Distribuzione per Asl dei servizi Adi/voucher rispetto alla popolazione con 75 anni o + (dati di attività al 31.12.2008, popolazione all'1.1.2008)



Fonte: Elaborazione personale su dati regionali

Figura 8.3 - Distribuzione per Asl dei servizi Adi/voucher. Proporzione relativa fra titoli di ridotta intensità (estemporanea e credit pre-2009) e prestazioni più complesse (Adi, voucher e cure palliative)



Fonte: Elaborazione personale su dati regionali

Tabella 8.5 - Finanziamento ambito Adi/Voucher socio-sanitario, anni dal 2004 al 2008

			Voucher socio-sanitari										
Anno	**Adi**	**Spec.**	***1° prof***	***2° prof***	***3° prof***	**Totale**	**Credit**	**Estemp**	**CP**	**Ossigeno**	**NAD**	**Pac**	**TOTALE**
2004	€ 24.777.680	€ 459.943	€ 6.966.395	€ 5.555.443	€ 7.760.542	€ 20.282.380	€ 7.848.684	€ 7.795.410	€ 7.406.497	€ 384.053	€ 1.666.552	€ 10.589.239	€ 81.210.438
2005	€ 20.327.592	€ 331.681	€ 9.386.811	€ 6.319.744	€ 9.468.251	€ 25.174.806	€ 15.123.795	€ 5.416.609	€ 6.748.122	€ 465.053	€ 1.723.289	€ 11.269.359	€ 86.580.305
2006	€ 20.309.408	€ 302.825	€ 9.019.005	€ 6.008.008	€ 8.822.077	€ 23.849.090	€ 18.505.816	€ 5.468.252	€ 6.567.992	€ 653.546	€ 1.608.644	€ 12.114.079	€ 89.379.652
2007	€ 18.669.224	€ 257.112	€ 9.081.662	€ 6.258.844	€ 7.985.030	€ 23.325.536	€ 20.918.285	€ 4.991.057	€ 6.384.703	€ 852.034	€ 1.757.002	€ 11.923.556	€ 89.078.509
2008	€ 15.906.152	€ 265.278	€ 9.625.963	€ 6.211.976	€ 8.480.267	€ 24.318.206	€ 21.553.937	€ 5.602.140	€ 6.854.378	€ 773.991	€ 1.984.012	€ 13.454.883	€ 90.712.977
Δ	-36%	-42%	+38%	+12%	+9%	+20%	+175%	-28%	-7%	+102%	+19%	+27%	+12%
%	18%	0%	11%	7%	9%	27%	24%	6%	8%	1%	2%	15%	100%

Legenda:
***Adi**: si intende l'Adi tradizionale. Gli oneri indicati in questa voce sono relativi ai cosiddetti "costi di produzione" per gli interventi direttamente gestiti dal Servizio Asl, compresi quelli erogati con il Voucher socio-sanitario e con il Credit (spese per il personale più spese complementari quali: farmaci, presidi e materiale sanitario, riscaldamento, telefono, ecc.)*
***Spec.**: prestazioni di medicina specialistica in Adi tradizionale*
***Estemp**: assistenza estemporanea*
***Ossigeno**: ossigenoterapia domiciliare*
***NAD**: nutrizione artificiale domiciliare*
***Pac**: funzioni Asl di programmazione, acquisto e controllo*

Fonte: Regione Lombardia, 2010

Tabella 8.6 - Regione Lombardia. Finanziamento del sistema Adi/Voucher al 31-12-2008. Costo per profilo e per persona/giorno

			Voucher socio-sanitari						
Anno	**Adi**	**Estemp**	***1° prof***	***2° prof***	***3° prof***	**Totale**	***Credit***	**CP**	**Totale**
2004	5,5	0,5	*2,3*	*3,2*	*4,2*	3,1	1,9	5,0	2,1
2008	6,3	0,3	*2,5*	*4,4*	*4,9*	3,5	2,8	3,5	1,9
Variazione %	*+13,5*	*-40,5*	*+11,3*	+35,5	+16,8	+14,3	+52,8	-29,1	-6,9

Fonte: Elaborazione personale su dati regionali (NB: la voce Adi è la somma del finanziamento Adi tradizionale + Medicina specialistica in Adi)

8.6. Alcune valutazioni

8.6.1. *Sviluppare la libertà di scelta*

Pazienti e famiglie possono oggi scegliere fra erogatori diversi, grazie alla diffusione sul territorio regionale dei voucher e di una consistente rete di gestori accreditati.

La scelta dell'erogatore avviene subito dopo la consegna del titolo da parte degli operatori Asl; ai familiari viene consegnato un elenco dei gestori attivi nel proprio distretto, completo di riferimenti e recapiti telefonici. A richiesta, alcune Asl possono fornire brochure o carte dei servizi dei singoli erogatori. A partire da questo momento, è compito della persona o dei suoi familiari contattare l'erogatore selezionato, verificarne la disponibilità a attivare il servizio e concordare i passaggi successivi (prima valutazione, adempimenti amministrativi, orario e calendario degli accessi).

Secondo gli operatori e i Mmg intervistati, le famiglie incontrano alcune difficoltà a gestire in autonomia questa fase del processo. Soprattutto dove gli erogatori sono più numerosi, la conoscenza diretta della loro qualità o affidabilità è infatti ridotta. In assenza di altre fonti d'informazione, i criteri di scelta più diffusi sono così il caso, la posizione dell'erogatore nella lista o il passa-parola di comunità, ma sono note le asimmetrie informative che caratterizzano il rapporto fra cittadino e sistemi di cura professionali (Fazzi, 1999).

Nella maggior parte delle Asl, gli operatori dei distretti non possono esprimere giudizi sulla qualità dei singoli erogatori, nel rispetto del ruolo terzo che le Asl sono chiamate ad assumere. È una scelta ricca di implicazioni, che sottrae alle famiglie una prima fonte di orientamento. In altri sistemi sono stati sperimentati o adottati modelli di *case management* che sostengono gli utenti, soprattutto quelli più vulnerabili, in questa e nelle altre fasi della pianificazione delle cure (Eklund, 2009). Le funzioni di *case management* sono coerenti con la tradizione delle Asl lombarde, ma la riforma ha chiesto loro di privilegiare soluzioni diverse. La maggior parte delle Asl applica oggi il principio della separazione delle funzioni proposto dal legislatore, lasciando che l'interazione fra utenti e erogatori proceda in modo autonomo. Una proporzione ridotta continua ad accompagnare le famiglie con consigli e interventi concreti, che contemplano la ricerca condivisa delle migliori soluzioni di cura e la mediazione con gli erogatori e gli altri attori della rete. Altre ancora, adottano sistemi ibridi, che prevedono la diretta interazione fra famiglie e erogatori per le esigenze meno impegnative, come i prelievi a domicilio o le medicazioni più semplici, ma la gestione diretta del caso nelle situazioni di maggior complessità assistenziale.

Le funzioni d'informazione e di accompagnamento sono congeniali anche al ruolo istituzionale dei Mmg, ma solo il 20% di quelli raggiunti dalla nostra rilevazione dichiara una buona capacità in questo senso; perché, a loro volta, non cono-

scono tutti i gestori o non sono in grado di giudicarne l'effettiva qualità. Inoltre, nonostante gli evidenti sforzi di comunicazione di Regione e Asl ([35]), i Mmg (ma anche i geriatri ospedalieri che orientano le dimissioni protette) riferiscono una ridotta conoscenza del sistema (Appendice C), elemento che influenza negativamente la loro capacità di accompagnare le famiglie verso un utilizzo più consapevole delle sue potenzialità ([36]).

Altri aspetti limitano in modo indiretto la libertà di scelta dell'erogatore. Come meglio descritto in altri paragrafi, il cittadino può scegliere il gestore fra quelli disponibili nel suo distretto, ma il loro numero e la loro qualità dipendono dalle politiche regolative locali e dall'interesse degli erogatori a operare in quel territorio. La stessa negoziazione del budget può interferire con le intenzioni delle famiglie: i gestori migliori possono esaurire il loro budget prima di aziende meno ricercate e, a partire da tale momento, non possono accettare le nuove richieste di chi vorrebbe avvalersi delle loro prestazioni.

Inoltre, operatori e medici segnalano come le famiglie, piuttosto che un'azienda erogatrice, preferirebbero in realtà scegliere un determinato operatore, quello con cui hanno stabilito o consolidato un rapporto personale positivo. Questa osservazione contrasta con una delle criticità dell'attuale sistema di offerta: tutti gli intervistati riferiscono il frequente turn-over degli operatori, indipendente dai desideri dalle famiglie e motivato da esigenze organizzative e di gestione del personale. Al contrario, le famiglie utilizzano raramente la possibilità di cambiare erogatore una volta attivato il servizio.

Resta da chiedersi se la libertà di scelta dell'erogatore rappresenti un'effettiva priorità delle famiglie. In effetti, molte ricerche segnalano l'importanza, per pazienti e care-giver, della sensazione soggettiva di controllo della situazione; se garantita, sembrano ridotti i rischi di sovraccarico emotivo e, indirettamente, di istituzionalizzazione o di ospedalizzazione improprie (Brereton, 2002). Quando possibile, le persone privilegiano le soluzioni che tutelano la propria autonomia.

([35]) La qualità comunicativa delle pubblicazioni regionali e di quelle di molte Asl è oggettivamente elevata. I siti internet della Regione e delle Asl, le brochure pubblicate e il materiale cartaceo distribuito nei distretti contengono tutte le informazioni necessarie a comprendere e gestire il sistema.

([36]) In realtà, non sono in gioco solo la conoscenza specifica del sistema (titoli e servizi forniti) e delle sue modalità di attivazione e gestione. La riforma ha influito solo parzialmente sulle relazioni reciproche fra i diversi attori o unità d'offerta del sistema, che non sono sempre facili. Mmg, erogatori e servizi ospedalieri dichiarano obiettivi diversi, spesso in concorrenza o competizione fra di loro. Queste dinamiche possono interferire con la qualità complessiva del percorso di cura e dell'accompagnamento delle famiglie. Alcune osservazioni più specifiche sono contenute nell'Appendice D, che descrive alcuni aspetti del disagio verso il sistema voucher dei Mmg; altre nell'Appendice E, che analizza, al contrario, il punto di vista degli erogatori e dei loro operatori sulla medicina di famiglia nel suo complesso e sulle potenzialità o criticità della collaborazione con i singoli Mmg entro i confini di un progetto di cure domiciliari.

Ad esempio, nell'assicurazione di cura tedesca più di due terzi delle famiglie scelgono l'opzione dei trasferimenti monetari di sostegno al proprio lavoro di cura, piuttosto che la possibilità di avvalersi di servizi professionali (Crepaldi, 2005). Non va trascurato il fatto che, soprattutto nelle situazioni più complesse, gli interventi nelle case interferiscono con la vita quotidiana delle persone che le abitano. In questo senso, sono in generale poco graditi i sistemi governati con soluzioni troppo rigide o che non prestino attenzione al loro impatto sui molti equilibri in gioco; dalle famiglie possono essere vissuti come autoreferenziali, intrusivi nella propria quotidianità, poco attenti agli aspetti relazionali del lavoro di cura, poco controllabili rispetto alla scelta degli operatori, dei ritmi della giornata, delle possibilità assistenziali (Doody, 2001).

Il desiderio di autonomia delle famiglie sembra così riguardare, più che la semplice scelta dell'erogatore, quella di altri aspetti assistenziali: orari, intensità, durata, figure di riferimento, professionalità coinvolte, qualità degli operatori. In effetti, legislatore e Asl hanno prestato molta attenzione alla libertà di scelta dell'erogatore; molto meno a quella delle modalità assistenziali, che pure rappresenta uno degli obiettivi primari della riforma. A questo livello, la libertà di scelta delle famiglie è oggi molto limitata. Ad esempio, non è il cittadino che può scegliere di avvalersi dei voucher; è il distretto Asl che sceglie il titolo e più spesso preferisce credit e prestazioni estemporanee. La stessa durata dei programmi e la frequenza degli accessi non rientrano nell'autonomia della persona: è sempre il distretto che li decide; più raramente l'erogatore. Anche se la famiglia lo desidera, raramente può avvalersi di prestazioni di aiuto infermieristico o di tipo tutelare (Asa/Oss): più spesso, è il sistema dei servizi nel suo complesso che condiziona la scelta, non utilizzando i voucher per proprie scelte politiche e definendo i limiti di reddito oltre i quali non è possibile usufruire dei servizi domiciliari comunali. Infine, pazienti e famiglie non sono davvero libere di scegliere fra assistenza domiciliare e ricovero in Rsa. In assenza di servizi particolarmente efficaci, il ricorso all'istituzionalizzazione è condizionato da variabili solo in parte dipendenti dalla loro volontà e influenzate in minima parte dalle possibilità attuali del sistema Adi/Voucher ([37]).

8.6.2. *Diffondere il quasi-mercato*

Il tema della libertà di scelta è collegato a quello della disponibilità di gestori accreditati. Nella fase di avvio della riforma, le Asl sono state sollecitate a sostenere il nuovo modello, ricercando nuovi attori e favorendo il loro ingresso nel sistema ([38]). Negli anni successivi, gli erogatori sono cresciuti di numero e si sono

---

([37]) Fra le più importanti indicate dalla letteratura: la struttura della rete familiare, la tenuta emotiva del caregiver di riferimento, il livello di disabilità della persona, la presenza di demenza, le caratteristiche dell'abitazione, il livello culturale e di reddito (Goodlin, 2004).

([38]) Prima del 2003, in molte Asl operavano già organizzazioni del Terzo Settore che coopera-

diffusi sull'intero territorio regionale (tabella 8.7); oggi sono numerosi e la tendenza è verso l'ulteriore aumento. Si tratta di un mondo vivace, che comprende società di servizi multinazionali, realtà di lunga esperienza e piccole organizzazioni spontanee ([39]). Cooperative sociali e fondazioni rappresentano oltre il 70% delle forme d'impresa; minima o residuale la presenza di Ospedali e Asp ([40]). Le Rsa ancora utilizzate come base operativa per i servizi domiciliari sono 85, ridotte rispetto alle 115 del 2006 ([41]).

La distribuzione dei gestori accreditati nelle diverse Asl è comunque eterogenea (tabella 8.8): da 1 a 9 erogatori ogni 10.000 residenti in età 75+, con una media regionale di 2,7 ([42]). La distribuzione può variare considerevolmente anche nei diversi distretti di una stessa Asl. Nelle Asl dove gli erogatori sono più numerosi, sono favorite sia la competizione che le possibilità di scelta, ma anche lo sviluppo di alcune criticità (tabella 8.9).

La diversa distribuzione degli erogatori ha cause diverse. Oltre al maggiore o minore interesse dei gestori a operare in un determinato territorio, sono in gioco anche alcune incertezze d'identità del sistema: la maggior parte delle Asl ha accolto con decisione l'invito a favorire l'ingresso di nuovi erogatori; altre hanno adottato politiche più restrittive, selezionando la qualità delle organizzazioni o la controllabilità del sistema, più facile in presenza di un minor numero di erogatori; altre ancora hanno privilegiato il modello Adi preesistente, permettendo l'ingresso di un numero limitato di erogatori cui demandare compiti di minor contenuto organizzativo, come l'esecuzione delle prestazioni sanitarie estemporanee.

Nel complesso, queste incertezze si riflettono su molti aspetti della regolazio-

---

vano coi servizi Adi attraverso il meccanismo degli appalti o delle convenzioni. La maggior parte di esse ha modificato la propria organizzazione per entrare nel nuovo sistema. Ad esse si sono aggiunte realtà del tutto nuove, fra cui organizzazioni e società di servizi private, anche multinazionali. Molte di queste organizzazioni operavano in precedenza in settori diversi, come la ristorazione aziendale, la pulizia e sanificazione, la distribuzione di gas medicali.

([39]) Nella fase preparatoria di questo capitolo, si è tenuto un focus group con i referenti di alcuni enti erogatori. L'intervista ha permesso di raccogliere i rispettivi punti di vista su molti aspetti organizzativi e di relazione con il sistema. Una descrizione più completa dei suoi contenuti si può trovare nell'Appendice E.

([40]) Aziende speciali di servizi alla persona (Asp).

([41]) I gestori di Rsa sembrano in difficoltà a offrire servizi esterni, vissuti come un appesantimento di una gestione già impegnativa e meno remunerativa che in passato: l'erogazione dei servizi voucher sottrae ai compiti ordinari operatori non facili da reperire sul mercato, senza garantire ricavi adeguati e imponendo un ulteriore aggravio di compiti amministrativi.

([42]) Il calcolo di questa proporzione è evidentemente arbitraria; il dato andrebbe riferito più correttamente al numero di operatori che ogni erogatore mette a disposizione di ogni territorio. L'indicatore permette comunque di mettere in relazione la distribuzione dei gestori accreditati rispetto alla numerosità della popolazione. Offre anche una stima indiretta delle difficoltà che i familiari potrebbero incontrare nella fase di selezione dell'erogatore e di quelle dei Mmg a formarsi un giudizio rispetto alla qualità dei diversi gestori attivi nel proprio distretto.

ne locale: maggiore o minore rigidità dei criteri di accreditamento ([43]), caratteristiche delle prestazioni gestite in proprio e di quelle esternalizzate, organizzazione e tariffazione dei profili, obiettivi e struttura dei controlli e della negoziazione del budget.

Soprattutto quest'ultima, meglio discussa nel paragrafo successivo, rappresenta uno strumento importante di relazione reciproca fra Asl e erogatori; rispecchia anche la maggiore o minore propensione delle aziende locali a favorire la diffusione di meccanismi di mercato nel territorio di propria competenza.

Superata la fase di accreditamento, la maggior parte delle Asl garantisce a ogni nuovo erogatore un budget d'ingresso, in genere limitato a poche migliaia di euro. Negli anni successivi, il budget viene progressivamente adeguato, in relazione all'evoluzione delle prestazioni erogate nelle annualità precedenti e alla stima di quelle prevedibili per l'anno in corso. In questa fase possono essere negoziati dagli operatori più attivi integrazioni del budget, che le Asl possono recuperare dalle quote non utilizzate dagli erogatori meno richiesti. In questo senso, le Asl hanno a disposizione uno strumento efficace ma discrezionale: possono favorire l'ingresso nel mercato locale di nuovi erogatori o privilegiare un numero ristretto di gestori che esprimano servizi di maggiore qualità o più coerenti con il proprio modello specifico.

La relazione fra Asl e erogatori è comunque in divenire. Come già accaduto nel mondo della sanità ospedaliera, la competizione fra i diversi attori si gioca oggi a più livelli. Oltre alla qualità professionale e alla capacità di attrarre nuovi clienti, sembra importante anche quella di utilizzare al meglio i meccanismi di regolazione locale (Appendice E): stabilendo buone relazioni con gli operatori dei distretti, rispettando il sistema dei controlli, esprimendo più o meno efficacemente le proprie esigenze nella fase della negoziazione.

Tabella 8.7 - Evoluzione dal 2004 al 2008 degli enti erogatori

	Totale soggetti accreditati (n.)		
Anno	***Non Profit***	***Profit***	**Totale generale**
2004	131	31	**162**
2008	184	55	**239**
% Anno 2008	77,0	23,0	**100,0**
Variazione 2008/2004 (%)	**+40%**	**+77%**	**+48%**

Fonte: Regione Lombardia. Modificata

([43]) È già stato ricordato che i Direttori generali hanno ampia facoltà di modificare o ampliare i criteri previsti come traccia base dalla delibera 12902/2003.

Tabella 8.8 - Distribuzione degli erogatori per Asl, in numero assoluto e rispetto alla popolazione 75+ (x 10.000)

Asl	Distretti (n.)	Popolazione 75+	N. erogatori	%	Erogatori/10.000 75+
Valcamonica	1	8.570	8	3,3	9,3
Pavia	9	59.639	37	15,5	6,2
Cremona	3	37.082	18	7,5	4,9
Milano 1	7	75.874	35	14,6	4,6
Sondrio	5	16.781	7	2,9	4,2
Bergamo	14	82.556	29	12,1	3,5
Como	9	52.231	17	7,1	3,3
Mantova	6	43.498	13	5,4	3,0
Varese	12	79.665	17	7,1	2,1
Brescia	12	93.454	19	7,9	2,0
Milano 3	8	89.311	14	5,9	1,6
Lodi	1	19.516	3	1,3	1,5
Lecco	3	29.691	4	1,7	1,3
Milano 2	7	37.742	5	2,1	1,3
Milano città	1	150.465	13	5,4	0,9
Regione	**98**	**876.075**	**239**	**100,0**	**2,7**

Fonte: Regione Lombardia. Bilancio Sociale 2008 (modificata). Dati al 31.12.2008 riferiti alla popolazione all'1.1.2008

Tabella 8.9 - Possibili criticità della proliferazione degli enti gestori

- ingresso nel sistema di gestori improvvisati o con una minor cultura dei servizi domiciliari;
- difficoltà di scelta delle famiglie;
- relazioni più deboli fra gli attori del sistema locale;
- minore conoscenza degli erogatori da parte dei Mmg;
- minore efficacia della condivisione di obiettivi fra gestori e Asl;
- difficoltà per le Asl nella gestione dei controlli, nella ripartizione del budget e nel riconoscimento della qualità dei gestori migliori.

8.6.3. *Migliorare la regolazione: fra mercato e esigenze di cura*

La competizione non determina automaticamente equità e cure appropriate. Gli scenari di quasi-mercato impongono una particolare attenzione ai meccanismi di regolazione. Come anticipato nel paragrafo precedente, il legislatore ha attribuito una particolare importanza alla negoziazione del budget. La negoziazione è stata introdotta nel 2006 sulla scorta di alcune preoccupazioni: il finanziamento richiesto dal sistema era aumentato da 81 a 89 mln di euro (tabella 8.5), il costo dei voucher era cresciuto di quasi 5 mln di euro e quello dei credit da 7,8 a 15 mln di euro ([44]).

([44]) Nel 2007 sono stati bloccati per un anno anche gli accreditamenti di nuovi erogatori.

Con l'introduzione della negoziazione, le Asl sono state chiamate a un compito non facile: comprimere lo sviluppo che il sistema stava naturalmente assumendo e ripensare la relazione con gli enti erogatori. Negli anni successivi il finanziamento del sistema si posiziona sui valori programmati, con ripercussioni a cascata sui titoli emessi: si stabilizza la spesa per le prestazioni estemporanee e per i voucher, riprende la contrazione dei servizi Adi tradizionali (che si era arrestata fra il 2005 e il 2006), resta invariata la crescita dei credit e dei costi Pac. Date le premesse, sono state inevitabili alcune difficoltà iniziali, come l'esaurimento delle risorse economiche e problemi nell'emissione di nuovi titoli nell'ultimo trimestre dell'anno. Sono stati successivamente introdotti alcuni aggiustamenti, nati dalla complessiva interazione fra DG Famiglia, Asl e erogatori: ripartizione in mensilità del budget negoziato, definizione di una quota di riserva per integrare eventuali difficoltà nel secondo semestre dei gestori migliori, nuova ripartizione delle quote non utilizzate dagli erogatori che restano sotto budget, definizione di una quota extra-budget per tutelare le esigenze delle popolazioni più complesse. Le interviste riferiscono il progressivo miglioramento delle capacità, sia delle Asl che degli erogatori, di gestire il processo di negoziazione e quello di amministrazione del budget.

Non sono però chiari i criteri che guidano la stima del budget complessivo da parte del programmatore regionale e la sua ripartizione fra i diversi erogatori nella varie Asl. In particolare, la sua consistenza non sembra calcolata, a nessun livello, in relazione a bisogni misurabili o a criteri di appropriatezza delle prestazioni ([45]).

Questo passaggio è cruciale. Come per la sanità ospedaliera, anche la domanda di servizi domiciliari è potenzialmente maggiore dell'offerta. In questo senso, tutti i sistemi sanitari sono alla ricerca di un equilibrio sostenibile fra l'esigenza di rispondere a una domanda in crescita e quella di utilizzare al meglio le più limitate risorse economiche (OECD, 2007). Il giudizio di appropriatezza delle prestazioni erogate e una buona analisi della domanda sono necessari per indirizzare la spesa verso interventi efficaci e verso obiettivi coerenti con le esigenze della popolazione. Sono anche indispensabili per limitare la diffusione nei quasi-mercati di tendenze commerciali non collegate a bisogni di salute o il finanziamento con risorse pubbliche di prestazioni inappropriate o inefficaci (Domenighetti, 2004). Una progettazione dei budget che non tenga conto di queste dinamiche e faccia riferimento solo alla necessità di limitare la spesa, introduce nel sistema logiche di razionamento implicito piuttosto che di governo ([46]), comprimendo i servizi indi-

---

([45]) Uno dei criteri più utilizzati per la definizione del budget è la "spesa storica". Sia a livello regionale che locale, la spesa degli anni precedenti rappresenta il riferimento per la stima del fabbisogno per l'annualità successiva e come base di calcolo per negoziare con i singoli gestori l'aumento o la riduzione della quota di budget assegnata.

([46]) Oltre agli incentivi alla concorrenza e alla separazione delle funzioni, anche l'appropria-

scriminatamente invece che orientandoli verso soluzioni coerenti con gli obiettivi dichiarati ([47]).

Questa tendenza è pericolosa almeno per due motivi. Il primo è legato al fatto che, se il budget a disposizione delle Asl è sottodimensionato rispetto alle esigenze reali e se la sua ripartizione non è guidata da valutazioni epidemiologiche o di appropriatezza delle prestazioni erogate, possono essere pagate prestazioni che non hanno ricadute dirette sugli obiettivi primari del legislatore, come il ritardo dell'istituzionalizzazione. Investimenti non sufficienti possono anche determinare, indirettamente, un aumento dei costi complessivi che il legislatore è chiamato a governare: ad esempio, è dimostrato che a bassi livelli di spesa territoriale corrispondano tassi di ricovero ospedalieri più elevati e una cattiva qualità dei processi di dimissione (FIASO, 2008).

Il secondo motivo riguarda il tema della selezione del rischio. Nel sistema dei voucher, gli erogatori possono limitare in molti modi la propria attività a territori e popolazioni più interessanti ([48]). È un problema tipico dei sistemi di quasi-mercato; è noto che essi determinano il pericolo di una competizione negativa fra i suoi attori (Longo, 1997), attraverso meccanismi di attrazione a sé delle popolazioni più remunerative e di trasferimento ad altri (soprattutto ai sistemi pubblici) dei costi e delle responsabilità di quelle più impegnative (Boult, 2000) ([49]). Il sistema dei voucher of-

---

tezza delle tariffe rispetto alla qualità dei servizi che si vogliono acquistare, influenza l'efficacia dei sistemi sanitari contrattualizzati (Zamagni, 1997). Anche questo tema rimanda al sistema DRG: è noto come esso richieda un'azione costante di aggiornamento delle tariffe, in assenza della quale il governo dell'offerta può determinare risultati negativi. I voucher socio-sanitari non sono DRG, ma nel modello lombardo hanno molte analogie con un sistema di pagamento prospettico a governo professionale. Se tariffe e budget sono predefiniti e non collegati ad un'efficace analisi della domanda, l'offerta tende a orientarsi verso la remunerazione e può allontanarsi dalla domanda. L'evoluzione dei profili nelle Asl sembra sottintendere la ricerca di correttivi a quest'anomalia, attraverso l'adattamento delle tariffe ai profili e dei profili alle richieste del territorio, ma in modo non sempre coerente con gli intendimenti e le soluzioni di governo proposte dal legislatore.

([47]) Soprattutto a partire dal 2006, le aziende erogatrici segnalano l'avvio di una sorta di corsa al ribasso delle Asl, legata alla necessità di restare entro i confini del budget programmato. Gli accessi richiesti sono più spesso il massimo per il profilo richiesto, ma mai sufficienti a passare al profilo successivo; alcune Asl hanno aumentato il numero di accessi previsto per i profili inferiori e altre si sono allineate a chi ha proposto la soluzione economicamente più favorevole. Anche la flessibilità introdotta nel 2008 è stata più spesso gestita verso il basso (estendendo la durata del primo profilo), che per assicurare cure più complete a persone con esigenze maggiori. Infine, le prestazioni di medicina specialistica sono normalmente richieste con tariffe troppo basse e fuori mercato. Questa situazione è ulteriormente aggravata dal fatto che il valore economico dei profili non è mai stato adeguato dal 2003 ad oggi.

([48]) Non si tratta solo di una possibilità teorica, ma di un modello di lavoro che le aziende, soprattutto quelle ad impostazione profit o che operano su scala nazionale o multinazionale, utilizzano in modo efficace per massimizzare le risorse e garantirsi un rapporto più favorevole fra costi e ricavi.

([49]) È un fenomeno che ha già caratterizzato l'evoluzione del sistema sanitario. L'introduzio-

fre alle Asl strumenti di regolazione teoricamente efficaci, ma in pratica limitati, perché anche il regolatore locale può trovare conveniente adottare criteri impliciti di selezione delle popolazioni: se l'obiettivo prioritario è quello di restare entro i confini del budget, le considerazioni economiche e di opportunità politica possono prevalere sulla valutazione oggettiva della domanda ([50]), disincentivando la sperimentazione di interventi più complessi, limitando lo sviluppo di servizi coerenti con l'evoluzione dei bisogni e determinando aree più o meno estese di domanda inevasa ([51]).

In questo scenario, soprattutto gli operatori del sistema pubblico segnalano il pericolo di pagare accessi poco utili, perché non collegati alla lettura oggettiva del bisogno. Si ripropone, a questo livello, il confronto fra l'agire clinico e l'azione amministrativa. Logiche e obiettivi sono diversi e gli esperti suggeriscono cautela nel trasferimento dei meccanismi di mercato ai sistemi sanitari (Caro, 2002; Enthoven, 2003). D'altro canto, il voucher socio-sanitario resta uno strumento ibrido ([52]), senza sicuri riferimenti rispetto a modelli già sperimentati o al patrimonio consolidato della ricerca gerontologica. Questa suggerisce una particolare attenzione alla valutazione oggettiva e multidimensionale dei bisogni espressi, per progettare a partire da essa interventi proporzionati alle risorse delle persone e a quelle delle loro re-

---

ne dei modelli aziendalizzati, di quasi-mercato e di pagamento prospettico secondo Drg, ha modificato la struttura dell'offerta dei servizi ospedalieri, oggi decisamente orientata verso le prestazioni di breve durata, soprattutto chirurgiche. Sono comparse anche complesse dinamiche di selezione dei pazienti e delle specializzazioni, di spostamento (shift) delle prestazioni fra modalità di offerta più o meno remunerative (ambulatoriali, di day hospital, di ricovero breve o di maggiore durata) o di adattamento utilitaristico della compilazione delle schede di dimissione ospedaliera (Sdo). Si è aperto anche un nuovo capitolo di interventi della magistratura, con ipotesi di reato e condanne legate all'utilizzo distorto del sistema da parte di professionisti o erogatori. Il controllo di questi meccanismi ha imposto alle Asl un notevole impiego di risorse umane e economiche, e alla Regione il costante aggiornamento del sistema tariffario, ma con risultati non del tutto soddisfacenti rispetto all'obiettivo di contenere la crescita della domanda e dei costi.

([50]) Il cambiamento nell'evoluzione dei profili emessi dalle Asl successivamente al 2006, può trovare una spiegazione anche in questa motivazione. Dopo l'iniziale contrazione, il sistema stava evolvendo verso la stabilizzazione dei sistemi Adi tradizionali ed il progressivo maggiore utilizzo dei nuovi profili voucher; entrambi i servizi sono costosi ma probabilmente coerenti con le richieste dei pazienti e delle famiglie. Dopo l'introduzione dei budget la tendenze si modificano, avvantaggiando i profili e i titoli di minore intensità e costo; questo, indipendentemente da cambiamenti demografici o epidemiologici che giustifichino altrimenti quest'evoluzione.

([51]) La relazione fra domanda e offerta nel sistema Adi/Voucher è meglio discussa nel paragrafo 8.6.5.

([52]) Il voucher socio-sanitario non può essere del tutto assimilato a un sistema di pagamento prospettico isorisorse a governo professionale, come i Drg ospedalieri. È piuttosto descritto come uno strumento di sostegno alla capacità di spesa della famiglia, ma assegna budget agli erogatori e governa direttamente l'offerta attraverso la definizione del Pai e l'erogazione di titoli di diverso valore economico. Certamente, regola il mercato e ne influenza la struttura quantitativa e qualitativa. Come tale, è difficile pensare che possa prescindere da strumenti di analisi del bisogno e della struttura tariffaria di complessità analoga a quella del sistema Drg o di altri sistemi di governo prospettico della spesa (Taroni, 1996).

ti di sostegno. Questa metodologia ha già dimostrato di essere efficace (Stuck, 1999), anche se la sua applicazione più diretta nel sistema lombardo è stata in passato incostante e spesso inadeguata. Molte Unità di valutazione geriatrica (Uvg) si sono limitate a una valutazione amministrativa o cartacea; altre hanno adottato modelli valutativi di particolare complessità, spesso sproporzionati rispetto all'effettiva qualità e quantità delle prestazioni erogabili; altre ancora hanno disatteso la ricerca di soluzioni condivise con pazienti e famiglie.

La ricerca di strumenti di analisi della domanda e di appropriatezza dell'offerta, potrebbe rappresentare un obiettivo privilegiato del dibattito futuro, per sostenere il legislatore nella stima delle risorse economiche da destinare al sistema e nella ricerca di soluzioni idonee alle richieste della popolazione anziana non autosufficiente.

8.6.4. *Valorizzazione del Terzo Settore*

La maggior parte degli enti erogatori appartiene oggi al settore non profit, ma le organizzazioni commerciali crescono a una velocità quasi doppia (tabella 8.7). Il modello lombardo sembra favorire questa evoluzione, in analogia a quanto già accaduto nel sistema sanitario o nel mondo delle Rsa.

Lo scenario è in rapida evoluzione e i meccanismi ancora difficili da analizzare, a volte contraddittori. Ad esempio, gli erogatori più importanti possono ottimizzare risorse e servizi, ma sono in difficoltà ad adattarsi ai meccanismi locali ([53]); il contrario accade alle aziende più piccole, soprattutto no profit, che fanno del proprio radicamento e della conoscenza del territorio un punto di forza. Queste ultime, però, faticano a realizzare economie di scala e ad applicare modelli di gestione evoluti, indispensabili di fronte alla maggiore delicatezza della gestione aziendale imposta dal nuovo sistema: complessità amministrativa, crescita dei costi, valore economico dei profili bloccato dal 2003. Soprattutto in alcuni territori, anche la remunerazione degli accessi può essere inadeguata a sostenere gli standard operativi costruiti faticosamente nel tempo dalle organizzazioni migliori, facilitando il sovraccarico emotivo o crisi motivazionali dei loro dirigenti e operatori (Appendice I).

Nel complesso, sono in gioco aspetti cruciali delle politiche regolative, che possono avvicinare o allontanare dal sistema le realtà meno orientate in senso commerciale ([54]). Regione e Asl hanno dedicato molta attenzione alla precisione del Patto di accreditamento e al rispetto degli standard richiesti, con penali e meccanismi di so-

---

([53]) L'eterogeneità delle procedure collegate all'emissione dei voucher (governo dei profili, gestione del debito informativo, organizzazione dei controlli, rendicontazioni e emissione delle fatture), può richiedere operatori amministrativi dedicati ad una specifica Asl o distretto. In questo senso, le aziende a rilevanza nazionale o internazionale sono favorevoli a procedure più omogenee e standardizzabili.

([54]) Su queste dinamiche incidono le scelte regolative delle Asl in tema di politiche degli ac-

spensione dei gestori meno attenti. I criteri previsti nel patto sono però generali; non possono prefigurare la qualità delle prestazioni e delle motivazioni. Questa è affidata ai controlli sul campo, a loro volta eterogenei per organizzazione e obiettivi.

Non è un passaggio trascurabile. Il modello lombardo trasferisce a erogatori esterni servizi a finanziamento pubblico, che impongono un utilizzo coerente con gli interessi delle comunità. I controlli sono impegnativi, ma vissuti dagli erogatori e dai loro operatori come uno stimolo positivo, soprattutto quando orientati a misurare la qualità effettiva del lavoro e della relazione di cura (Appendice E). Erogatori e operatori segnalano, però, come le verifiche sul paziente e sulla qualità tecnica dei programmi siano in riduzione o del tutto assenti in molte Asl, rispetto alle più frequenti verifiche sul processo amministrativo o sulla struttura aziendale. A detta degli intervistati, la maggior parte delle Asl sembra preferire un rapporto formale con gli erogatori, mentre gli strumenti a disposizione dei servizi Pac sono più idonei a misurare la qualità amministrativa delle organizzazioni piuttosto che il radicamento territoriale, l'intensità anche affettiva della relazione di cura o la qualità degli esiti degli interventi.

Nel complesso, proprio gli erogatori non profit esprimono la richiesta di uno sviluppo più controllato del sistema. Non sembra trattarsi solo di un meccanismo di difesa rispetto ai rischi del mercato. Piuttosto, esprime la richiesta di una maggiore tutela rispetto alla diffusione di aziende competitive perché più spregiudicate o meno attente agli interessi generali del sistema e a quelli particolari degli utenti e degli operatori.

8.6.5. *Migliori effetti per gli utenti*

Resta da chiedersi se l'introduzione del sistema voucher abbia migliorato l'efficacia dei precedenti modelli Adi. Poco dopo l'introduzione della nuova misura, erano già state espresse alcune considerazioni al proposito (Gori, 2005), che possono oggi trovare conferma nella diretta osservazione dei suoi risultati.

L'obiettivo primario che il legislatore attribuisce ai voucher è quello di ritardare l'istituzionalizzazione. È un obiettivo ricco di incertezze; molti commentatori hanno già espresso dubbi sul fatto che la semplice offerta di servizi domiciliari, per quanto efficaci, possa rappresentare una concreta alternativa al ricovero in Rsa ([55]). Per otte-

---

creditamenti, organizzazione dei controlli, negoziazione del budget. Incide anche la variabilità della remunerazione effettiva degli accessi descritta nel paragrafo 8.4.2.

([55]) Oltre a Gori, è possibile citare i rapporti dell'OCSE (1996, 2005) e i molti interventi di Guaita, fra cui le sue riflessioni nei rapporti annuali del Network per la Non Autosufficienza. Altre indicazioni sono contenute nella revisione di letteratura descritta in Giunco, 2005. La relazione fra servizi domiciliari e rischio di ospedalizzazione e istituzionalizzione è una una relazione complessa, collegata più alla struttura globale della rete dei servizi e alla sua relazione dinamica con la struttura di popolazione e la consistenza delle reti familiari, che con l'offerta di singoli servizi di cura. In generale, i servizi domiciliari, semiresidenziali, residenziali sociali e socio-sanitari si comportano

nere questo risultato i servizi domiciliari devono interagire efficacemente con le variabili già descritte nella Nota 37, la maggior parte delle quali non sono influenzabili dagli strumenti a disposizione del sistema Adi/Voucher lombardo. In ogni caso, i dati a disposizione confermano un ridotto impatto della riforma regionale sui tassi di ricovero, sia ospedalieri che in Rsa ([56]).

Sono già stati discussi gli esiti altrettanto incerti della riforma sugli altri obiettivi ipotizzati dal legislatore, fra cui la libertà di scelta delle modalità di assistenza. Sicuramente migliorati sono invece la distribuzione degli interventi domiciliari sul territorio regionale, la diffusione degli erogatori e alcuni indicatori qualitativi dell'erogazione; fra questi la tempestività di attivazione, che tutti gli attori descrivono in termini positivi. Altri ambiti restano problematici; ad esempio, gli orari degli interventi o la loro distribuzione nella settimana non coincidono sempre con le esigenze dei caregiver; in particolare, la copertura dei fine settimana o la reperibilità degli operatori sulle 24 ore sono poco diffuse o appartengono solo a modelli specifici, come quello delle cure palliative o del sostegno alla ventilazione artificiale ([57]).

I limiti più evidenti del sistema attuale riguardano in ogni caso l'eterogeneità applicativa e, soprattutto, il contrasto fra la semplificazione che il sistema persegue e la complessità dei problemi intercettati.

Rispetto ai sistemi Adi tradizionali, il modello voucher vuole essere soprattutto facile da erogare e agile da gestire. Sostanzialmente, si tratta di una diversa modalità amministrativa di gestione delle relazioni con i pazienti, che responsabilizza famiglie, erogatori e Mmg e riduce il ruolo delle Asl nel governo diretto del caso e delle prestazioni. È già stato discusso come questa semplicità sia più nelle intenzioni del legislatore che nella struttura del modello; non a caso, la sua traduzione concreta nei diversi contesti locali è stata estremamente articolata, ricca di eccezioni e difficile da descrivere.

---

più spesso in modo sinergico e integrato, che alternativo o sostitutivo. Altre variabili, come la qualità di governo della rete e dei piani di cura, sono altrettanto determinanti rispetto agli esiti attesi.

([56]) I Piani di programmazione delle Asl confermano il maggior utilizzo delle prestazioni ospedaliere nelle classi di età più elevate; successivamente al 2003 non si registrano tendenze verso la stabilizzazione o l'inversione di questo fenomeno. Anche i tassi di ricovero in Rsa sembrano stabili e condizionati più dalla politica degli accreditamenti e dalla diffusione geografica delle strutture che dalla distribuzione e qualità dei sistemi Adi/Voucher o dai cambiamenti del sistema domiciliare.

([57]) Solo i modelli più evoluti di erogazione delle cure domiciliari, come quello di Lecco, identificano con chiarezza i profili di assistenza che contemplano la copertura sui 7 giorni e la reperibilità medica o infermieristica sulle 24 ore. Più spesso si tratta di una soluzione non prevista dai modelli locali o limitata a specifiche soluzioni di cura, come le cure palliative, che raramente intercettano le esigenze più diffuse della popolazione anziana non autosufficiente. Ad esempio, nessun modello include a questo livello le possibili crisi domestiche collegate ai problemi di comportamento delle persone con demenza. Queste rappresentano uno dei problemi più frequenti e in più rapida crescita proposto dalle famiglie.

Oltre a queste caratteristiche amministrative, il sistema Adi/Voucher è, oggi più di ieri, un sistema orientato verso le prestazioni. Risponde efficacemente ad aspetti parziali della domanda di cura della popolazione anziana a ridotta autonomia, quella collegata a problemi clinici che possono essere affrontati con interventi di ridotto impegno complessivo. Le prestazioni offerte sono di breve durata: nei 25 minuti medi di un intervento infermieristico può essere effettuato un prelievo a domicilio, sostituito un catetere vescicale o completata una medicazione. Si tratta di esigenze che possono essere effettivamente gestite con interventi di ridotta intensità e durata, come confermato dall'evoluzione dei titoli e dai dati sulla durata media dei programmi, inferiore ai due mesi nella maggior parte dei casi.

Il sistema non sembra affrontare, invece, aspetti più delicati della cura a malati complessi o anziani non autosufficienti. La breve durata e la ridotta intensità degli interventi, come anche la mancata copertura sui sette giorni o sulle 24 ore, non rispondono ad altri e più impegnativi bisogni: il sostegno emotivo ai caregiver, il tempo di dialogo necessario a condividere informazioni e scelte di cura, l'intervento tempestivo e efficace nelle fasi critiche, l'osservazione clinica nelle fasi di instabilità. Non si tratta di variabili accessorie; sono quelle che la letteratura e i modelli di buone prassi, collegano più direttamente al ricorso inappropriato ai servizi di emergenza/urgenza, al ricovero ospedaliero o alle riammissioni precoci in ospedale successive alle dimissioni protette (Giunco, 2005). L'impostazione prestazionale, inoltre, frammenta l'assistenza ai malati più complessi: medicazioni, nutrizione artificiale, ventilazione meccanica, ossigenoterapia, gestione di Peg e tracheostomie, sono spesso demandati a operatori o servizi diversi, che intervengono in diversi momenti della giornata e della settimana e che sono raramente integrati in un programma organico, per questo motivo difficilmente governabile dai familiari, ma anche dai Mmg e dagli operatori dei distretti.

Il sistema non risponde, inoltre, ai bisogni più diffusi dei pazienti anziani non autosufficienti: cure personali, assistenza tutelare, problemi di comportamento delle persone con demenza, disturbi della deglutizione, mobilizzazione in carrozzina o sostegno alla deambulazione, gestione dei cambiamenti di posture, prevenzione dei decubiti o delle cadute. Queste variabili non esprimono l'esigenza di un generico supporto sociale; hanno dirette ricadute sulla salute clinica, sugli indicatori di esito maggiori (mortalità, evoluzione dei danni terziari, ospedalizzazione, istituzionalizzazione), sulla tenuta fisica e emotiva dei care giver e del sistema di cure domestico. Per questo motivo, richiedono interventi professionali e specialistici ben descritti in letteratura e normalmente garantiti dalle Rsa, ma che non fanno parte dell'organizzazione del sistema Adi/Voucher, nonostante le rispettive popolazioni siano sotto molti aspetti sovrapponibili (Nna, 2009).

Sotto questa luce, i risultati oggettivi della riforma del sistema Adi/Voucher non sembrano coerenti con le aspettative del legislatore.

In ogni caso, secondo i principi della riforma è il cittadino a valutare la quali-

tà del sistema. Può scegliere l'erogatore, può cambiarlo se non incontra il suo gradimento, può esprimere giudizi. Il legislatore attribuisce molto peso ai questionari di customer satisfaction: questi sono consegnati a tutti gli utenti al momento dell'attivazione del servizio e restituiti una volta completate le prestazioni richieste. È compito dell'erogatore gestire consegna e ritiro, consegnando poi i questionari compilati all'Asl, che li elabora e trasmette i risultati alla DG Famiglia. Oltre il 90% delle persone che restituiscono il questionario, esprime un giudizio positivo sul servizio nel suo complesso, sulla tempestività di attivazione, sulla qualità delle informazioni ricevute, sull'azione delle diverse figure professionali.

Alcuni limiti dello strumento sono già stati segnalati ([58]) (Gori, 2005). Il dato più evidente è quello dei questionari non restituiti, numero ormai stabilizzato sui due terzi del totale ([59]), mentre la percentuale di mancate risposte alle diverse domande oscilla stabilmente fra l'8% e il 10% ([60]). Nel complesso, si tratta di un campione poco rappresentativo; resta da chiedersi se questa tendenza rifletta il disinteresse degli utenti, una cattiva informazione o altri aspetti ancora da definire, fra cui il possibile conflitto d'interesse da parte degli erogatori.

Il giudizio positivo sul sistema è comunque confermato dai dati raccolti per la stesura di questo capitolo, ricavati da interviste e questionari indirizzati a Mmg, erogatori e operatori (tabella 8.10). I giudizi negativi sono marginali e prevalentemente inerenti alcuni aspetti amministrativi. Ai suoi attori il sistema sembra agile, immediato; garantisce risposte a problemi facilmente identificabili senza richiedere modelli organizzativi di particolare complessità.

Interviste e questionari raccolgono però un giudizio soggettivo, limitato alla qualità percepita del processo e delle singole prestazioni. Pazienti e familiari sono soddisfatti perché ricevono interventi gratuiti da parte di operatori gentili e tempestivi; non hanno però gli strumenti per giudicare la qualità professionale delle prestazioni ricevute o l'impatto complessivo del sistema sul percorso di cura. Anche lo strumento di customer satisfaction adottato dal legislatore sembra più orientato a valutare la qualità percepita della relazione con il sistema e con gli operatori, che ad analizzare con strumenti professionali quella tecnica dell'assistenza garantita.

In questo senso, traspare la divergenza fra gli obiettivi dichiarati del sistema e gli strumenti adottati per l'analisi dei suoi effetti. Il sistema misura soprattutto il gradi-

---

([58]) Chi risponde ha un'età spesso elevata e un livello d'istruzione ridotto; nei rapporti che è stato possibile analizzare, nel 70-80% dei casi il livello di scolarità non supera in media la scuola dell'obbligo. Il compilatore è più spesso un familiare, non necessariamente il care-giver più coinvolto nelle prestazioni di cura.

([59]) Il dato di adesione alla compilazione è riportato regolarmente sul Bilancio Sociale della DG Famiglia.

([60]) Il dato è ricavato dai rapporti Asl che è stato possibile analizzare, fra cui quelli dell'Asl di Monza e Brianza e dell'Asl Milano 1. In essi, la proporzione di questionari restituiti nel 2008 è ancora più bassa di quella riferita dalla DG Famiglia: rispettivamente 27 e 22,7%.

mento delle prestazioni, la qualità delle relazioni fra famiglie ed erogatori e la complessiva qualità organizzativa dell'erogazione. Anche i dati sottoposti a osservazione sistematica da parte delle Asl e della DG Famiglia, sono essenzialmente orientati in senso amministrativo([61]). La qualità globale dei servizi e l'analisi delle loro ricadute sugli obiettivi attesi ricevono invece meno attenzione, mentre le considerazioni espresse in questo paragrafo suggeriscono risultati oggettivi nel complesso incerti o limitati, poco confrontabili con quelli di altri sistemi europei sotto il profilo gerontologico.

Tabella 8.10 - I punti di forza del sistema secondo Mmg, operatori, erogatori

- estensione dell'assistenza domiciliare all'intero territorio regionale;
- flessibilità e adattabilità alle diverse esigenze locali;
- risposta immediata alle principali esigenze di cura;
- nuovi spazi di mercato per aziende e società
- controllabilità della spesa.

8.6.6. *Valorizzazione delle figure professionali*

I sistemi Adi tradizionali gestiti direttamente dalle Asl mantengono un costo superiore ai voucher socio-sanitari di terzo profilo (Appendice B). Un luogo comune vuole le aziende pubbliche meno efficienti, ma una parte di questi maggiori costi sono collegati alla normativa del lavoro e ai contratti della sanità e del pubblico impiego: la rigidità degli orari, i riposi, le ferie, le sostituzioni, le maternità. Le particolarità del lavoro di cura domiciliare impongono una flessibilità non sempre coerente con la struttura dei normali rapporti di lavoro del sistema pubblico (tabella 8.11).

Tabella 8.11 - Alcune specificità del lavoro di cura domiciliare

- disponibilità a orari di lavoro distribuiti sulle 12 ore e sui 7 giorni;
- possibile reperibilità telefonica e pronta disponibilità sulle 24 ore;
- frammentazione delle prestazioni e distribuzione quotidiana anche in orari atipici;
- attitudine al lavoro in solitudine e alle decisioni in autonomia;
- gerarchie e ruoli meno chiari, frequenza incertezza decisionale;
- l'operatore si muove nel territorio del paziente, è meno protetto dal ruolo e dall'organizzazione professionale;
- il confronto con pazienti e familiari è immediato; le relazioni sono personalizzate e di elevato contenuto emotivo.

Questi compiti sono stati trasferiti a erogatori privati che hanno contratti di lavoro più flessibili e meno costosi o utilizzano in modo più diffuso la libera professione. In questa visione, le aziende erogatrici non sono interpretate come enti originali, con ognuno dei quali intraprendere un percorso virtuoso di crescita reciproca

([61]) Cfr. nota 27.

a beneficio dei pazienti e delle loro famiglie. Piuttosto, si tratta di prestatori d'opera da cui acquistare prestazioni, singole o in pacchetti limitati, a condizioni favorevoli. Erogatori con ridotto potere contrattuale, grazie al meccanismo dei budget e all'asimmetria del potere regolativo.

Nel complesso, queste dinamiche non sono negate dagli intervistati e rappresentano una componente implicita dei rapporti di mercato fra un grande acquirente e i produttori di beni o servizi. Resta da vedere se sono compatibili con la costruzione di un sistema d'intervento delicato come quello delle cure domiciliari a pazienti fragili e complessi, che richiede strumenti e formazione specifici, motivazioni particolari, supervisione adeguata. Esiste un lato oscuro di questa impostazione. Soprattutto quando gestiti da aziende meno organizzate, sono oggi diffusi rapporti di lavoro precari, discontinui, a domanda; più in generale meno tutelanti per gli operatori. Esistono anche spazi di possibile elusione, d'interpretazione della normativa fiscale e del lavoro, di doppio e triplo lavoro di dipendenti di altri comparti, anche pubblici. Sono dinamiche contrastate dai controlli che le Asl eseguono periodicamente, efficaci ma costosi in termini di risorse umane e economiche.

In ogni caso, gli operatori intervistati giudicano positivamente il riconoscimento del ruolo professionale e la remunerazione che il sistema voucher garantisce (Appendice C). La flessibilità del lavoro domiciliare, soprattutto in regime libero-professionale, permette di gestire rapporti con più committenti con maggiori compensi complessivi. Gli orari di lavoro flessibili e la gestione casa per casa permettono una migliore organizzazione personale di vita e di lavoro e la possibile costruzione di un mercato privato parallelo. Sono comunque segnalate alcune criticità ricorrenti nella definizione del rapporto di lavoro (tabella 8.12).

Tabella 8.12 - Alcune criticità del lavoro di cura con i gestori accreditati

- gli operatori utilizzano mezzi di trasporto personali; le retribuzioni prevedono raramente il rimborso totale delle spese di spostamento;
- le dotazioni tecniche (borsa, strumentario di base) sono più spesso personali;
- i tempi di spostamento da un paziente all'altro e quelli necessari per gli adempimenti amministrativi non sempre sono inclusi nel calcolo del compenso;
- le retribuzioni libero-professionali non prevedono durate minime dei contratti o compensi in caso di malattia;
- le polizze assicurative di responsabilità civile possono tutelare l'azienda e i dipendenti, ma prevedere il diritto di rivalsa sui professionisti. Resta la necessità di disporre di un'onerosa assicurazione personale.

8.6.7. *Sostegno alla famiglia*

Le scelte del legislatore sostengono la famiglia in un ambito circoscritto, con interventi domiciliari orientati in senso prestazionale e essenzialmente sanitario. Resta invece insoluto il tema del governo complessivo della rete dei servizi e dell'integrazione con gli interventi sociali. Per ora le Asl hanno progressivamente abbandonato

le risposte ai bisogni di assistenza tutelare, senza che i Comuni abbiano ampliato le loro capacità di sostegno alle famiglie ([62]).

Un esempio paradigmatico sono, a questo proposito, le incertezze che ruotano attorno alla definizione del Piano di assistenza individuale (Pai). Il Pai è un momento chiave della progettazione degli interventi su persone anziane a ridotta autonomia; questo vale in ogni contesto di cura e non a caso viene richiesto dal legislatore regionale come standard di accreditamento per le altre unità d'offerta della rete dei servizi per anziani. Ci si potrebbe attendere, in questo senso, un'attenzione equivalente, data anche la maggior complessità degli interventi domiciliari, chiamati a rappresentare l'interfaccia verso altri sistemi e sotto-sistemi (Comuni, Aziende ospedaliere, Medicina generale, sistema privato). Governo della rete e gestione del caso sono a questo livello determinanti e strettamente collegati all'efficacia delle soluzioni e alla loro efficienza, anche economica.

Nel sistema Adi/Voucher la progettazione del piano di cura è oggi particolarmente semplificata, oltre che articolata in modo diverso nelle varie Asl e distretti (Appendice H). In generale, programmazione e governo del caso non sono sempre in mano a chi conosce la persona e la sua situazione contingente. Il Mmg è un riferimento istituzionale obbligato, ma spesso poco presente in questa fase: può limitarsi a compilare una prescrizione su richiesta dei familiari. La formulazione del Pai segue percorsi diversi nelle diverse Asl e non sempre implica una valutazione domiciliare; può essere redatto a partire dalle sole informazioni amministrative. Ad esempio, nell'Asl Milano 2 il Mmg fa la sua richiesta, il familiare la porta al distretto che valuta la proposta sotto il piano amministrativo, assegna il profilo, formula il Pai e emette il titolo. A Monza la procedura è più articolata e la fase istruttoria integra una valutazione domiciliare iniziale, ripetuta periodicamente. Lecco gestisce in modo autonomo e con strumenti di valutazione globale anche raffinati l'intero processo. Nella maggior parte dei casi sono le Asl a decidere il profilo e formulare il Pai, altre seguono un procedimento ibrido: assegnano il profilo ma lasciano che il Pai sia formulato dall'ente erogatore che però non può modificare il profilo assegnato. Milano ha di recente adottato una procedura a posteriori: il gestore è libero di programmare il numero di accessi e l'intensità dei programmi, mentre l'Asl verifica la qualità dell'azione e dei risultati. Il profilo viene assegnato successivamente alla comunicazione del numero degli accessi. Nel complesso, la relazione fra Pai e profili non è univoca. Il profilo può essere emesso prima del Pai, prescindere dal Pai o essere ricavato dal Pai. Il Pai dovrebbe determinare anche il governo delle richieste ad altri

([62]) Resta da vedere se l'istituzione dei Centri di Assistenza Domiciliari (CeAD) introdotti al termine del 2009 (Appendice G), sarà in grado di determinare un cambiamento sostanziale nel dialogo fra servizi domiciliari sociali e socio-sanitari. Il pericolo resta quello di immettere sul territorio un'ulteriore agenzia di informazione e orientamento, senza l'autorevolezza o il potere necessari ad affrontare, insieme alla famiglia, la più complessa azione di problem solving quotidiano e il governo effettivo degli interventi di rete.

attori; una parte delle prestazioni necessarie può essere demandata all'azione degli enti erogatori, una parte viene assolta dai familiari o da loro risorse (come le badanti), un'altra ancora può essere rinviata alle competenze comunali.

È a questo livello che si giocano gran parte delle interazioni destinate a tradursi in qualità reale delle soluzioni di cura e che dovrebbero essere impegnate le professionalità più qualificate, per sostenere efficacemente la famiglia con risposte organiche, condivise, dedicate. Al contrario, il governo di questa complessità è più spesso della famiglia, case-manager di se stessa, come richiamato più volte dagli intervistati e confermato da molti e autorevoli rapporti.

8.6.8. *Migliorare l'equità*

Gli interventi del legislatore hanno permesso la diffusione dei servizi Adi/Voucher sull'intero territorio regionale, contribuendo a garantire le stesse opportunità a tutti i cittadini lombardi ([63]). È un risultato positivo, che trova però un limite nell'eterogeneità delle applicazioni locali; nei 98 distretti lombardi le famiglie incontrano oggi sistemi oggettivamente diversi, più o meno accessibili e più o meno efficaci rispetto alle proprie esigenze ([64]). È prevedibile che, nei prossimi anni, il legislatore sarà chiamato a orientare la propria attenzione verso una maggiore standardizzazione del modello di erogazione delle cure domiciliari.

Anche l'equità verticale merita una particolare attenzione. Il sistema Adi/voucher in sé tutela la proporzionalità degli interventi rispetto alla gravità della situazione clinica e assistenziale delle persone: Mmg e distretti hanno gli strumenti per modificare in modo puntuale l'intensità, la composizione e la durata delle risposte offerte a pazienti e famiglie. Alcune criticità implicite nella frammentazione dei servizi, nella regolazione locale e nei meccanismi di selezione del rischio, introducono però principi di diseguaglianza verso i pazienti o le prestazioni che il sistema rende meno interessanti o remunerativi.

In questo senso, i voucher non correggono una criticità già presente nel precedente sistema Adi. Ad esempio, le cure palliative al paziente oncologico, sono meglio strutturate di quelle rivolte ad altri sottogruppi con necessità altrettanto impegnative; fra queste, malattie di lunga durata che riguardano da vicino la popolazione

---

([63]) Un limite dei precedenti sistemi Adi era la ridotta diffusione territoriale dei servizi e la loro diversa qualità. Alcune Asl disponevano, ma solo in alcuni distretti, di servizi Adi di ottima qualità; altre di sistemi semplificati o del tutto assenti.

([64]) Le variabili in gioco sono molte e decisive per l'efficacia e l'accessibilità dei servizi. In relazione alle scelte locali, gli *iter* burocratici possono essere più o meno complessi; le scelte in tema di emissione dei profili possono essere più o meno favorevoli rispetto all'intensità e durata delle cure che la persona può ottenere; la valutazione del caso può essere professionale e domiciliare o amministrativa e cartacea; la gestione del paziente da parte degli operatori dei distretti più o meno distaccata; la diffusione, qualità e motivazione degli erogatori e dei loro operatori diversa e diversamente controllata.

più anziana: demenze, cardiopatie, malattie respiratorie e neurologiche, nefropatie. È in corso la ricerca di correttivi rispetto a sottogruppi di popolazione specifici, come i malati di Sla o in stato vegetativo, ma il limite resta quello di procedere per ambiti di patologia, piuttosto che ricercare una relazione più lineare fra l'intensità delle cure che possono essere fornite e le esigenze e i limiti funzionali delle persone e delle loro reti di sostegno. Il pericolo è che, persone che propongono carichi assistenziali equivalenti, non possano accedere a servizi di pari qualità quando le esigenze di cura derivino da malattie diverse.

Nel complesso, il sistema lombardo sembra in grado di adattarsi più facilmente alla gravità clinica che a quella assistenziale. Come descritto nel paragrafo 8.6.5, le esigenze di una persona non autosufficiente sono più ampie di quelle intercettate dal sistema dei voucher. Le restanti sono a carico della famiglia, proporzionali alle risorse di cui dispone autonomamente, integrate dalle diverse provvidenze e servizi che può ottenere da altri ambiti di sistema, fra cui gli interventi domiciliari di competenza dei Comuni.

A questo livello, due difficoltà intercettano il tema dell'equità. La prima è collegata alle caratteristiche del sistema. Tanto più aumentano le esigenze di assistenza tutelare, tanto più le persone sono costrette a ricercare autonomamente le risposte in ambito privato; questo perché il sistema Adi/Voucher le riconosce sempre meno come di propria competenza ([65]), senza che quello comunale sia pronto ad accoglierle, a meno che la persona e la sua famiglia non abbiano un reddito inferiore alla soglia di accesso ai suoi servizi prevista localmente. Paradossalmente, le criticità maggiori coinvolgono le famiglie a medio reddito, cioè la maggioranza delle famiglie lombarde; le loro risorse possono essere inadeguate a far fronte ai costi crescenti dell'assistenza privata, ma troppo elevate per poter accedere ai servizi comunali.

Una seconda difficoltà è invece legata alla struttura familiare. Come meglio trattato in altri capitoli di questo libro, è sempre necessario un notevole sforzo da parte dei caregiver di persone anziane non autosufficienti, per ottenere le informazioni necessarie a costruire un programma di cure domiciliari, avviare gli *iter* amministrativi necessari e gestire gli adempimenti collegati. Più forte è il gruppo familiare, più solido è il risultato complessivo, meno efficace nelle situazioni di maggiore debolezza, che richiedono attenzioni e tutele che il sistema fatica a oggi a sostenere. In particolare, limitandosi al solo sistema Adi/Voucher, gli anziani più vulnerabili e le famiglie più deboli sono in difficoltà a gestire autonomamente molti aspetti del nuovo processo: formulazione della richiesta di aiuto, interazione con il proprio Mmg, richiesta all'Asl dell'emissione del titolo economico, ricerca e selezione dell'erogatore, progettazione del piano di cura, integrazione delle prestazioni finan-

([65]) Questa tendenza è collegata alla progressiva riduzione dell'emissione dei voucher rispetto alla costante crescita dei credit, che si avviano a diventare il titolo di riferimento del sistema ma che permettono l'acquisto di prestazioni solo sanitarie.

ziate con il titolo con le altre prestazioni necessarie a sostenere le proprie fragilità o disabilità. Il sistema dei voucher introduce, quindi, meccanismi originali ma anche nuove difficoltà, impegnative da superare proprio per gli anziani più fragili.

Bibliografia

Boult C. (2000), *Managed care of chronically ill older people: the US experience*, BMJ, 321:1011.

Brereton L. (2002), *Seeking: a key activity for new family carers of stroke survivors*, J Clin Nur, 11:22.

Caro FG. (2002), *Home health and home care in Massachusetts after the Balanced Budget ACT of 1997: implications of cost containment pressures for service authorizations*, Home Health Care Serv Q, 21:47.

Crepaldi C. (2005), *Anziani, istituzionalizzazione e cure domiciliari. Il caso lombardo*, Franco Angeli, Milano.

Domenighetti G. (2004), *Il mercato della salute*, CIC, Roma.

Doody R.S. (2001), *Practice parameters. Management of dementia (an evidence based review)*, Neurology, 56:1154.

Eklund K. (2009), *Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials*, Health Soc Care Community, 17(5):44.7

Enthoven A. (2003), *Employment-based health insurance is failing. Now what? A strategy, based on managed competition, to free employers from the health care cost spiral and produce effective managed care*, Health Affairs, W3:237.

Fazzi L. (1999), *Modelli di welfare mix*, Franco Angeli, Milano.

Fiaso, Cergas Bocconi (2008), *Risultati dal laboratorio di ricerca. Un modello di governo del territorio delle Aziende Sanitarie*, Economia Sanitaria, Milano.

Giunco F. (a cura di), (2005), *Cure e assistenza a domicilio*, Utet, Torino.

Goodlin S. (2004), *Who Will Need Long-Term Care? Creation and Validation of an Instrument that Identifies Older People at Risk*, Disease management, 7 (4):267.

Gori C., *Il voucher socio-sanitario*, in Id. (a cura di), (2005), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma.

NNA-Network Non Autosufficienza (2009), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Rimini.

Oecd (2007), *Health data 2007: statistics and indicators for 30 countries*, OECD, Parigi.

Scaccabarozzi G. (2007), *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*, I luoghi della cura, 4:14.

Stuck AE. (1999), *Risk factor for status decline in community-living elderly people: a systematic literature review*, Soc Sci Med, 48:445.

Taroni F. (1996), *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Zamagni S. (1997), *Questioni aperte nel sistema sanitario italiano e linee di intervento*, Commissione per l'analisi della compatibilità macroeconomica della spesa sociale, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma.

9. **I servizi residenziali** [1]

Gianbattista Guerrini

9.1. Premessa

A partire dall'inizio del millennio i servizi residenziali per gli anziani della Regione Lombardia sono stati investiti da un profondo processo di trasformazione ben illustrato nel volume "Politiche sociali di centro destra. La riforma del welfare lombardo" (Guaita, 2005). Il grosso della produzione legislativa relativa al sistema socio-sanitario risale a questo periodo, compreso tra il 2000 ed il 2005; il quinquennio successivo, oggetto della nostra riflessione, si caratterizza come una fase di consolidamento di tale processo di trasformazione, culminato nella l.r. n. 3 del 12.3.2008 sul "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario" e nella successiva Dgr n. 8496 del 26.11.2008 che, in attuazione delle indicazioni contenute in tale legge, contiene "Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta socio-sanitarie".

La valutazione, che le pagine seguenti proporranno, delle politiche regionali relative ai servizi residenziali per gli anziani nel quinquennio 2005-2010 rappresenta pertanto l'occasione per un bilancio più completo dell'impatto della riforma lombarda sul sistema delle residenze e sui relativi bisogni della popolazione anziana. A questo fine, utilizzando i criteri valutativi comuni a tutto il libro introdotti nel capitolo 2, saranno presi in esame tanto gli obiettivi che il Governo regionale ha posto al centro della sua riforma quanto alcune dimensioni che chi scrive ritiene fondamentali.

---

[1] Ringrazio i colleghi Antonio Guaita, Silvano Lopez, Giovanni Gelmini, Anna Maria Scotuzzi. I funzionari della Regione Lombardia Cinzia Gagliardi, Sergio Rocca e Giuseppe Corsini. I responsabili dei servizi di vigilanza e controllo sulle Rsa delle seguenti Asl: Bergamo (Giuseppina Frigeri), Brescia (Anna Nadalini), Como (Adriano Lunini), Cremona (Adriano Schiavi), Lecco (Enzo Turani), Lodi (Carolina Maffezzoni), Mantova (Elena Politano), Milano 1 (Silvano Lopez), Milano 2 (Antonio Colaianni), Sondrio (Lino Buratti), Valcamonica-Sebino (Pierangelo Troletti). I funzionari della FP Ggil Gloria Baraldi, Luciano Pedrazzani e Donatella Cagno.

9.2. Sviluppare la libertà di scelta

Il nuovo modello di welfare della Regione Lombardia assegna un rilievo particolare alla "libertà di scelta" dei destinatari dei servizi, la persona e la sua famiglia, che considera sempre meno "utenti" e sempre più "clienti". Riconoscendo ai cittadini, in una situazione in cui erogatori pubblici e privati competono ad armi pari, la possibilità di scegliere liberamente l'unità di offerta che più risponde alle loro esigenze, la Regione affida loro un'importante funzione di regolazione del "quasi mercato" della sanità e dei servizi, spostando decisamente dal versante dell'offerta a quello della domanda la centralità del sistema.

A questa opzione di fondo, introdotta in Sanità dalla legge 31 del 1997, fa riferimento nei servizi residenziali il superamento di quei meccanismi di regolazione in precedenza in capo all'Asl – l'autorizzazione rilasciata dalle Unità di Valutazione Geriatrica o "Multidimensionale" (Uvg/Uvm) e la definizione di una graduatoria tramite liste d'attesa centralizzate per distretto – in precedenza preposti ai ricoveri in Rsa; l'ammissione ad una residenza è ora affidata alla contrattazione privata tra l'utente (l'anziano e la sua famiglia) ed il gestore, senza alcun intervento del servizio pubblico e senza che tale ammissione sia collegata alla valutazione del bisogno così come si verifica – pur con risultati contrastanti – nelle altre Regioni italiane (Guaita, 2009).

Una simile impostazione è stata indubbiamente favorita dalla deriva burocratica di non poche Uvg, che alla valutazione multidimensionale della persona e del suo ambiente avevano sostituito una pratica di mera autorizzazione amministrativa all'ammissione ai servizi (spesso basata sulla valutazione "delle carte" anziché della persona).

La cancellazione delle Uvg ha però comportato, al tempo stesso, la rinuncia alla funzione di "consulenza", di orientamento e di accompagnamento nella rete dei servizi che un'efficace unità di valutazione può e deve garantire (Guerrini, 2001; Guaita, 2009): soprattutto ad un'utenza "debole" come l'anziano non autosufficiente e come una famiglia traumatizzata dalla drammaticità di una disabilità "catastrofica" o logorata da una prolungata assistenza a casa. E non pare che il "segretariato sociale" che i Comuni sono tenuti ad organizzare, d'intesa con le Asl, a norma della legge 12.3.2008 n. 3, sia in grado di sostituire tale valutazione multiprofessionale e multidimensionale (si tratta fondamentalmente di sportelli di orientamento e di informazione sulle modalità di accesso alle diverse unità di offerta e sui relativi costi), se non ripristinando nei fatti ciò che era stato formalmente abolito.

Inoltre l'accesso diretto dell'utenza alle Rsa fa sì che i Comuni "si vedono inoltrare, dai familiari o direttamente dai gestori delle Rsa, domande di integrazione del pagamento della retta di persone già ricoverate", senza aver avuto "la possibilità di valutare l'appropriatezza del ricovero" né "l'opportunità di proporre eventuali interventi alternativi" (Irer, 2009).

In realtà, l'effettiva espressione della libertà di scelta è limitata da due ordini di fattori:

– in primo luogo dalla carenza di posti letto e dal divario tra la domanda e l'offerta di residenzialità;

– in secondo luogo dalla difficoltà, per utenti con grave compromissione psicofisica e per le loro famiglie, di valutare in modo realistico la complessità della situazione, di individuare le risposte più adeguate ai propri bisogni di assistenza e cura e di muoversi autonomamente nel difficile sistema dei servizi socio-sanitari.

La disponibilità di posti letto nelle Rsa lombarde, pur nettamente superiore a quella delle altre Regioni, è oggi del 10% inferiore a quella indicata dal Pssr del 2002 (6.3 anziché 7 posti letto ogni 100 anziani ultrasettantacinquenni); se a ciò aggiungiamo le trasformazioni che hanno investito la famiglia e la carenza di servizi domiciliari (quando ne paragoniamo le dimensioni a quelle di altre realtà europee simili alla Lombardia per livello di sviluppo socio-economico) non stupisce il divario tra la domanda e l'offerta di posti letto, nonostante il largo impiego a domicilio di personale di assistenza privato (le cosiddette badanti) ([2]).

Ne sono conferma l'elevato numero di persone inserite nelle liste d'attesa, il lungo periodo di tempo che separa l'inserimento in lista dall'effettiva ammissione ([3]) e la disponibilità delle famiglie ad accollarsi gli oneri nettamente maggiori tanto delle Rsa a gestione privata (profit) quanto dei posti letto autorizzati e non accreditati ([4]). Per quanto poi riguarda l'effettiva capacità dell'utenza di orientarsi nella rete dei servizi è importante osservare come la valutazione da parte di un'équipe multiprofessionale e l'eventuale organizzazione di liste d'attesa centralizzate, oltre a consentire alle Asl il controllo sulle ammissioni e a garantire l'accesso prioritario alle persone in condizioni di maggior bisogno ([5]), avesse – ed abbia

---

([2]) Il numero preciso di assistenti familiari ("badanti") in Lombardia non è facile da calcolare, anche perché rimane elevata la percentuale di badanti clandestine. Uno studio condotto da Mesini, Pasquinelli e Rusmini nel 2006 calcolava in 126.000 le assistenti familiari a pagamento, il 18.2% del personale privato di cura presente nel Paese, 7 badanti per ogni 100 anziani residenti nella nostra Regione.

([3]) A fronte di 34,2 persone in lista d'attesa ogni 100 posti letto il turn-over registrato nei 54.545 posti letto accreditati della Regione Lombardia (Rocca, 2009) è, nel 2007, del 35,6%.

([4]) Da un'indagine condotta con i responsabili Asl dei servizi di vigilanza e controllo sulle Rsa (vedi Appendice A, in www.lombardiasociale.it) emerge che il tasso di occupazione delle Rsa a gestione profit è inferiore al 90% in una sola delle Asl in cui sono presenti tali realtà (9 su 11); analogamente i posti letto autorizzati e non accreditati hanno un'occupazione superiore al 75% in 9 Asl su 11. Commentando una ricerca condotta nella provincia di Milano (Facchini, 2003), Facchini e Guaita (2004) segnalano del resto una maggior disponibilità di accoglienza e parallelamente un aumento del turn-over degli ospiti "presso le strutture più costose e più grandi, che così possono venir scelte non in via definitiva, ma come soluzione "tampone" perché immediata, in attesa di una soluzione migliore: il ritorno dell'anziano al domicilio con assistenza a pagamento ... oppure l'ingresso in una struttura meno costosa".

([5]) Questa esigenza era particolarmente avvertita quando le classi di utenza (e di contribuzio-

– proprio la funzione di aiutare l'utente e la famiglia non solo ad individuare più facilmente la disponibilità di un posto letto, evitando loro di sobbarcarsi una molteplicità di contatti con i diversi gestori (ognuno dei quali chiede la compilazione di differenti domande di ammissione) ([6]), ma anche ad affrontare con soluzioni alternative l'attesa del ricovero.

Sembra significativo il fatto che, mentre la maggior parte delle Asl ha rinunciato al governo degli accessi e gli utenti contrattano direttamente il loro ingresso con le Rsa, liste d'attesa centralizzate siano tuttora in funzione nelle Asl di Cremona e di Brescia (rispettivamente su tutto il territorio ed in 8 distretti su 12), e in 2 distretti dell'Asl di Bergamo ([7]). Mentre per l'Asl di Brescia si tratta di liste gestite ancora dall'Asl in collaborazione con gli Enti gestori (ma nel distretto che comprende il capoluogo sta nascendo proprio in questi mesi sulla base di un'intesa tra il Comune e gli Enti di maggiori dimensioni), a Bergamo e Cremona l'iniziativa è nata nell'ambito dei "tavoli" del Piano di zona, evidentemente interpreti del gradimento tanto degli utenti che degli Enti gestori (realtà entrambe rappresentate a questi "tavoli").

9.3. Diffondere il "quasi mercato"

Da ormai quasi 15 anni le politiche socio-sanitarie della Regione Lombardia perseguono con coerenza il superamento di quel modello di "stato sociale" fortemente accentrato e governato che ne aveva caratterizzato la produzione normativa nel decennio precedente e l'introduzione nel sistema socio-sanitario del "quasi mercato" quale motore dell'aumento di efficacia ed efficienza del sistema stesso, grazie alla "presenza di diversi erogatori – accreditati dall'ente pubblico – che competono tra loro per attrarre l'utente, libero di scegliere quello che preferisce" (Gori, 2005). La rinuncia delle Asl ad ogni ruolo di gestione diretta dei servizi (all'Asl restano in capo solo compiti di programmazione, di acquisto delle prestazioni e di controllo *ex post*), l'equiparazione delle strutture pubbliche – a loro volta trasformate in aziende – con quelle private e la competizione dei diversi soggetti pubblici e privati nell'ambito di regole comuni rappresentano per la Regione la strada per superare le inefficienze del pubblico e per liberare le energie presenti nel tessuto sociale.

---

ne) erano solo 2 (Nap e Nat); l'attuale sistema Sosia riduce il rischio di una selezione "opportunistica" dell'utenza, agevolando al contrario l'accoglienza di persone con maggiori esigenze assistenziali, appartenente a classi Sosia meglio remunerate.

([6]) D'altra parte proprio la carenza di posti letto induce gli anziani e le loro famiglie a "moltiplicare" le richieste di ricovero per aumentare le chance di inserimento; a titolo esemplificativo, nella rilevazione delle liste d'attesa effettuata dall'Asl di Brescia nel settembre 2009 emerge che ogni persona presenta in media la domanda in 2.8 residenze (Asl Brescia, 2009).

([7]) Vedi Appendice A (in www.lombardiasociale.it).

A questo indirizzo politico risponde la rinuncia da parte dell'Asl (ne abbiamo accennato nel paragrafo precedente) alla regolazione degli accessi alle Rsa, sostituita dal controllo *ex post* dell'appropriatezza del ricovero con la verifica del corretto inserimento dell'utente in una delle classi Sosia (vedi oltre). Alla liberalizzazione del mercato mirano anche il superamento del valore vincolante dell'indice di fabbisogno di posti letto e la separazione dell'autorizzazione al funzionamento dall'accreditamento. Tutti i soggetti cioè, a prescindere dall'effettivo bisogno di posti letto, possono realizzare strutture residenziali ed ottenere dall'Asl l'autorizzazione al funzionamento se rispettano i requisiti strutturali e gestionali previsti dalla normativa. La Regione riserva a sé la possibilità di procedere all'accreditamento di nuovi posti letto, in rapporto agli indici di fabbisogno declinati su base Asl (e non più distrettuale) e soprattutto alle risorse economiche disponibili; le Asl sono chiamate a stipulare con gli enti gestori di servizi accreditati un contratto che li vincola al rispetto dei requisiti per l'accreditamento e alla restituzione di un debito informativo, pena la risoluzione del contratto stesso.

Sulla base di tale impostazione è stato possibile realizzare nuove residenze (spesso a gestione privata "for profit") anche in Asl già dotate di un adeguato numero di posti letto rispetto agli standard programmatori. In prospettiva la non corrispondenza tra autorizzazione al funzionamento ed accreditamento dovrebbe rappresentare uno stimolo alla competizione tra le diverse Rsa nell'accesso a risorse limitate, con un possibile vantaggio per l'utenza in termini di costi e di qualità del servizio.

9.3.1. *La regolazione del sistema e il controllo di qualità*

Nel secondo quinquennio della "riforma del welfare lombardo" la Regione ha ritenuto di precisare meglio, ampliandole, le modalità di verifica e controllo sul sistema delle Rsa.

A questo obiettivo risponde la Dgr 26.11.2008 n. 8/8496 "Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta socio-sanitarie" in applicazione delle l.r. 3/2008.

I punti salienti di tale Dgr, che rappresenta anche uno strumento di riordino di normative già in parte emanate, sono:

– la possibilità per un soggetto gestore di avviare un'attività previa presentazione di una denuncia d'inizio attività (Dia), che viene a sostituire l'autorizzazione al funzionamento. L'attività di una nuova unità d'offerta a carattere residenziale (e semiresidenziale) può "essere avviata trascorsi 30 giorni dalla decorrenza della Dia", termine entro il quale devono essere effettuati il sopralluogo di vigilanza e la verifica dei requisiti;

– la permanenza in capo alla Regione delle competenze in merito all'accreditamento istituzionale, "presupposto necessario per poter accedere al contratto e, quindi, per ottenere la remunerazione delle prestazioni da parte del sistema socio-sanitario";

– la definizione di un testo tipo di contratto tra l'Ente gestore e l'Asl, che vincola in particolare l'Ente gestore al rispetto delle indicazioni della l.r. 3/2008 ([8]);

– l'enunciazione analitica dei compiti della vigilanza, chiamata a verificare oltre agli aspetti amministrativi ed al possesso dei requisiti strutturali e gestionali le modalità organizzative messe in campo dall'ente gestore (Contratto d'ingresso, Piano di Assistenza Individuale, Fascicolo Socio-Sanitario, linee guida e protocolli, customer satisfaction);

– l'organizzazione ed il contenuto dell'attività di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni.

Con questa delibera la Regione da una parte conferma il suo orientamento – da valutare in modo globalmente positivo – a semplificare le procedure per l'inizio di nuove attività; dall'altra sembra perseguire un più stringente controllo non solo sul possesso dei requisiti e sulla congruenza dell'assegnazione degli ospiti alle classi Sosia, ma anche sulla qualità complessiva del servizio erogato dalle residenze. Alle Rsa viene chiesta una particolare attenzione al coinvolgimento dell'utente e dei suoi familiari (contratto d'ingresso, Pai, customer satisfaction). A loro volta le Asl, nel definire il campionamento degli ospiti per le verifiche di appropriatezza delle prestazioni erogate, sono sollecitate ad utilizzare indicatori di rischio riferiti non solo ai processi assistenziali (quale l'utilizzo di strumenti di protezione e tutela) ma soprattutto agli esiti (come il rapporto tra la percentuale di decessi e il livello di "fragilità" dei ricoverati, o la prevalenza di cadute e di piaghe da decubito). Si tratta di uno sforzo lodevole da parte della Regione, date le difficoltà che pone la valutazione della qualità effettiva dell'assistenza erogata in un presidio di degenza continuativa come le Rsa ([9]) e l'insufficiente corrispondenza tra la qualità "tecnica" e la

---

([8]) In particolare il contratto, nel precisare gli obblighi dell'ente gestore, insiste su due aspetti: assicurare l'appropriatezza del ricovero in raccordo con la rete dei servizi ("rispettare i criteri di accesso prioritario alle prestazioni stabiliti a livello locale"; "informare le persone e le famiglie ... sulla possibilità di accedere ad altre unità d'offerta accreditate"; "assicurare che la presa in carico della persona assistita avvenga secondo criteri di appropriatezza e favorendo la continuità assistenziale, segnalando eventuali situazioni complesse all'Asl ed al Comune"; "informare il competente ufficio dell'Asl ... qualora si rinvenga la necessità della nomina di un tutore o di un amministratore di sostegno") e coinvolgere attivamente l'assistito ed i suoi familiari ("prendere in carico l'assistito in maniera personalizzata e continuativa e coinvolgerlo nella formulazione dei relativi progetti di assistenza"; "fornire all'assistito una valutazione globale, scritta, del proprio stato di bisogno"; "assicurare la presenza dei familiari ... e ... la costante informazione sulle condizioni degli assistiti e sulla assistenza praticata"; "informare le persone e le famiglie ... sulle modalità per esprimere il consenso informato").

([9]) La stessa presenza di eventi "sentinella" quali le cadute e le piaghe da decubito debbono peraltro essere rapportate alla tipologia degli ospiti ed all'evoluzione nel tempo delle loro condizioni cliniche, che molto difficilmente possono essere riassunte, come si vedrà in seguito, da uno strumento di valutazione sintetico come il Sosia. Lo stesso sistema "compare" (www.medicare.gov/nhcompare/), utilizzato da Medicare negli Stati Uniti, che valuta come esito lo scostamento di questi eventi da uno standard previsto sulla base di una media rilevata, appare difficilmente applicabile in una realtà come quella lombarda caratterizzata prevalentemente da strutture di piccole dimensioni, nelle quali anche pochi casi possono spostare la percentuale in modo significativo.

qualità "percepita" rilevabile attraverso la verifica della soddisfazione degli utenti (Tanese *et al.*, 2003).

Sempre a proposito della promozione della qualità, alcune novità emergono dalle più recenti deliberazioni relative alla "remunerazione della qualità aggiunta" delle Residenze. Innanzitutto il "premio qualità" non viene più subordinato all'entità della retta di degenza (si premiano solo le Rsa con le rette più basse); vengono inoltre valorizzati parametri di qualità legati alla struttura, all'amministrazione ed alla gestione (tra questi ultimi anche il basso turn over del personale e la presenza di figure dell'area sanitaria) ma anche progetti innovativi di assistenza, relativi in particolare all'assistenza ai dementi, alla gestione del lutto, alla continuità assistenziale e al miglioramento degli aspetti relazionali.

9.4. Valorizzare il Terzo Settore

Nel comparto delle residenze per anziani la forte valorizzazione del Terzo Settore era già stata realizzata con la legge di riforma delle Ipab del 2003 che aveva favorito la trasformazione della quasi totalità di questi soggetti di diritto pubblico in Fondazioni di diritto privato, mentre solo una ventina di Ipab optava per l'Azienda di Servizi alla Persona (Asp) di diritto pubblico.

Tabella 9.1 - Natura giuridica degli Enti gestori delle Rsa nel 2001, 2004 e 2010 *(per i dati 2001 e 2004: Guaita, 2005; per i dati 2010 (marzo), Regione Lombardia, DG Famiglia)*

Ente gestore	2001		2004		2010	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ipab	239	46.1	2	0.3		
Asp	1	0.2	24	4.2	20	3.1
Asl	2	0.4	3	0.5	2	0.3
azienda speciale ente locale	3	0.6	5	0.9	17	2.6
comunale	59	11.4	54	9.4	30	4.6
consorzio di enti locali	2	0.4	2	0.3	1	0.1
srl – spa socio pubblico			2	0.3	4	0.8
Totale pubblico	**306**	***59.1***	**92**	***15.9***	**74**	***11.5***
ente ecclesiastico	83	16.0	79	*13.7*	46	7.1
ente morale di diritto privato	7	1.8	9	*1.6*	27	4.2
fondazione	47	9.1	271	*46.9*	286	44.4
associazione	11	2.1	16	*2.8*	21	3.3
cooperativa	37	7.0	62	*10.7*	95	13.2
Totale privato non profit	185	35.7	437	75.7	465	72.2
impresa individuale			1	*0.2*	5	0.8
srl	27	5.2	48	*8.3*	81	12.6
società consortile – sas – spa					19	2.9
Totale privato for profit	27	5.2	49	8.5	105	16.3
Totale privato	**212**	***40.9***	**486**	***84.1***	**570**	***88.5***
TOTALE	**518**	***100***	**578**	***100***	**644**	***100***

Dall'inizio della legislatura al 2004 la percentuale di residenze a gestione pubblica si riduceva pertanto dal 59.1% al 15.9%. Al marzo del 2010 si assiste ad un'ulteriore riduzione dei gestori pubblici, che rappresentano solo l'11.5% del totale; aumenta in modo significativo il numero di Rsa gestite da cooperative sociali (che raddoppia percentualmente, dal 7.1% al 14.7% dal 2001 al 2010) e soprattutto da società a scopo di lucro, più che triplicate nello stesso periodo (dal 5.2% al 16.3% del totale) (tabella 9.1).

È interessante rilevare come al marzo 2010 siano 21 i soggetti gestori riconosciuti dalla Regione come "ente unico", in quanto gestori di più Rsa. Tra questi i soggetti privati profit ammontano a 5, per un totale di 17 Rsa gestite (con complessivi 1.765 posti letto).

Questi dati mostrano come nel corso del primo decennio del 2000 la riduzione della presenza pubblica nel settore socio-sanitario si sia accompagnata al deciso sviluppo del Terzo Settore ed alla crescita di un comparto, il privato for profit, fino a pochi anni fa assolutamente minoritario, a sua volta orientato a modelli operativi pluricentrici. Anche nel settore delle residenze per anziani sembrano in atto dinamiche simili a quelle che hanno investito la sanità lombarda, che ne stanno modificando radicalmente l'assetto complessivo, basato su strutture di piccole dimensioni (il 41% delle Rsa lombarde non supera i 60 posti letto; altrettante hanno una dimensione compresa tra 60 e 120) (Rocca, 2009) amministrate da una molteplicità di singoli enti gestori a forte radicamento locale. In direzione di un riassetto quanto meno gestionale spingono anche le difficoltà di natura economica di un comparto che per quasi due decenni aveva goduto di un costante adeguamento dei finanziamenti regionali. Alla riduzione reale dei trasferimenti regionali negli ultimi anni (tabella 9.2) fanno infatti riscontro una dinamica costante di incremento dei costi e l'impossibilità per le residenze di aumentare ulteriormente le rette di degenza in una situazione di ristrettezze economiche che colpiscono non solo le famiglie ma anche i Comuni. Grava sulle Rsa l'impegno dell'adeguamento ai requisiti strutturali, che ha comportato per molti enti gestori la rinuncia a buona parte del patrimonio e per le Fondazioni ex Ipab, ormai tenute ad una contabilità di natura privatistica, la necessità di esporne i costi a bilancio come quote di ammortamento, con una ricaduta diretta sull'importo della retta. Vanno inoltre crescendo gli oneri connessi all'osservanza di una normativa sempre più complessa (basta pensare alle problematiche relative alla sicurezza, alla privacy, alla qualità, ma anche al rispetto del debito informativo, al Crs-Siss, ...) che impone un potenziamento della struttura amministrativa o il ricorso a consulenze esterne. L'aumento medio dei contributi regionali, tenendo conto della distribuzione degli utenti nelle diverse classi Sosia (Rocca, 2009), è del 3,08% mentre la variazione dell'indice dei prezzi è stata, nel periodo considerato, dell'11.92% (Istat, 2010) (tab. 9.2).

Tabella 9.2 - Finanziamenti regionali (in €) per classe di Sosia (2003-2009) e distribuzione per classi di Sosia (anno 2007) del totale dei residenti delle Rsa lombarde.

	Alzh.	Cl. 1	Cl. 2	Cl. 3	Cl. 4	Cl. 5	Cl. 6	Cl. 7	Cl. 8
2003	52,00	47,50	43,50	37,50	33,50	37,00	33,00	27,00	23,00
2009	52,00	47,50	45,30	39,10	35,00	38,60	34,50	28,80	24,70
var. %	–	–	+ 4,14	+4,27	+ 4,48	+ 4,32	+ 4,54	+6,67	+7,39
Cl. / tot %	3,10	27,20	1,85	32,34	2,90	6,01	2,02	19,59	6,99

Alla luce di queste considerazioni non stupisce il dato fornito da un report dell'UO Accreditamento e Qualità della DG Famiglia e Solidarietà Sociale (Rocca, 2009), secondo il quale il 52.3% delle 614 strutture censite nel 2007 chiude il bilancio con un disavanzo; semmai può sorprendere che, ad onta dei modelli economici che collocano tra 60 e 120 le dimensioni ottimali di una struttura, il problema appaia interessare le Rsa di grandi dimensioni più di quelle piccole (tabella 9.3). In mancanza di dati che permettano di incrociare le dimensioni delle Rsa con la loro natura giuridica si possono solo avanzare alcune ipotesi sui motivi di una simile situazione. Mentre per le strutture di grosse dimensioni possono giocare negativamente una struttura amministrativa troppo pesante e/o il costo del lavoro di una mano d'opera più tutelata sindacalmente, la maggior capacità delle strutture più piccole di mantenere l'equilibrio di bilancio potrebbe essere favorita da un ruolo più attivo del volontariato (gli stessi amministratori si fanno spesso carico di compiti operativi) e da un più forte radicamento nella realtà locale, che favorisce l'accesso a donazioni da parte di privati e a contributi economici da parte dei Comuni.

Tabella 9.3 - Distribuzione delle Rsa delle Regione Lombardia per risultato della gestione 2007 e dimensioni della struttura (da Rocca, 2009, modif.)

Risultato di gestione	**< 60 p. l.**		**61-120 p. l.**		**> 120 p. l.**		**TOTALE**	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Utile	119	*47,6*	124	*37,6*	13	*38,3*	256	*41,7*
Pareggio	18	*7,2*	18	*5,4*	1	*2,9*	37	*6,0*
Disavanzo	113	*45,2*	188	*57,0*	20	*58,8*	321	*52,3*
TOTALE	250	*100*	330	*100*	34	*100*	614	100

Lo sforzo di contenere i costi del servizio accomuna comunque tutti gli Enti gestori: e se si considera che le pur auspicabili economie di scala derivanti da eventuali operazioni di fusione o di cooperazione tra le Fondazioni in grado di aumentarne le capacità operative e gestionali (Giorgi, 2008) hanno un'efficacia molto limitata in servizi il cui costo è legato per il 70-80% alla spesa per il personale (Brizioli e Trabucchi, 2009), le manovre di risparmio finiscono per concentrarsi sul fattore lavoro, attraverso la rigorosa razionalizzazione delle risorse umane, l'utilizzo di contratti di lavoro meno onerosi o l'affidamento a cooperative sociali, da parte di Fondazioni ex Ipab,

della gestione di "rami d'azienda" o di tutto il servizio (vedi oltre). Operazioni che confermano la tendenza ad accentuare il peso nel settore socio-sanitario delle realtà della cooperazione e del privato commerciale. Così come potrebbe diventare strategica, in prospettiva, la possibilità di sostenere una congiuntura negativa in forza di una capacità finanziaria propria di realtà commerciali più solide e diversificate.

Sulla base di queste considerazioni l'ulteriore valorizzazione del Terzo Settore, obiettivo ripetutamente affermato dalla Regione e già decisamente realizzato con la trasformazione delle Ipab in Fondazioni di diritto privato, appare per lo più "strumentale" al contenimento dei costi, mentre si profila un protagonismo crescente del privato for profit che non può non destare perplessità proprio alla luce del difficile equilibrio economico delle Residenze, che sembra consentire adeguati margini al profitto solo a prezzo di un contenimento del costo del servizio difficilmente compatibile con la sua qualità e/o di un incremento delle rette insostenibile per la maggior parte delle famiglie.

9.5. Sostenere la famiglia

Il sostegno alla famiglia e la sua valorizzazione come soggetto attivo, che rappresentano la declinazione principale del principio di sussidiarietà alla base delle politiche sociali della Regione Lombardia nell'ultimo quindicennio, trovano costante espressione anche nella normativa relativa alle Rsa.

Già abbiamo accennato al riconoscimento della libertà per la persona e per la sua famiglia di scegliere autonomamente la struttura di ricovero, con l'unico vincolo del rispetto del "requisito dell'appropriatezza delle prestazioni" (l.r. 3/2008). Proprio quest'ultima legge sul governo della rete, nel riaffermare la famiglia tra i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete stessa, ne amplia ulteriormente il ruolo sottolineando tra i "diritti della persona e della famiglia" quelli di "essere prese in carico in maniera personalizzata e continuativa ed essere coinvolte nella formulazione dei relativi progetti" ed impegnando le unità d'offerta ad assicurare "la presenza dei familiari o delle persone di fiducia da loro delegate e la costante informazione sulla condizione degli utenti medesimi e sulle cure ad essi prestate".

Si tratta, indubbiamente, di un importante richiamo alla necessità per le residenze che accolgono persone non autosufficienti di coinvolgere nei progetti di cura anche i familiari, in un'alleanza terapeutica che, sia pure con difficoltà, è da tempo perseguita dalle realtà culturalmente più dinamiche. Una sollecitazione che va nella stessa direzione dell'obbligo per le residenze, già previsto dalla precedente normativa regionale, di assicurare agli utenti ed alle loro famiglie un'adeguata informazione (carta dei servizi, contratto d'ingresso), di rilevare periodicamente la loro valutazione sul servizio erogato (*customer satisfaction*) e di garantire l'accesso alla struttura su un arco orario molto ampio (dalle 8 alle 20): un'apertura molto gradita ai familiari che valorizza peraltro la validità anche terapeutica della presenza accanto al pa-

ziente di una persona cara, validità dimostrata, in ambiente geriatrico, perfino in servizi di terapia intensiva ([10]).

Proprio in questa capacità delle residenze di rappresentare per la famiglia un sostegno anziché una controparte si gioca, d'altronde, una delle sfide principali della qualità del servizio.

È importante ricordare come per lo più i familiari giungano al momento del ricovero già molto provati dal precedente impegno assistenziale e dai conflitti (inter- ed intra-individuali) che accompagnano la scelta dell'istituzionalizzazione. La progressiva fragilità delle persone ricoverate nelle Rsa accentua inoltre nel familiare l'angoscia ed il senso di colpa che egli avverte nell'affidare (abbandonare?) il proprio congiunto a persone estranee, ad una situazione nella quale non è riproducibile il modello di assistenza personalizzata che vigeva a domicilio; chi approda a queste strutture ha difficoltà a comprendere e ad accettare la razionalità (quando c'è!) dei modelli organizzativi che le reggono, guarda con diffidenza all'alternarsi quotidiano del personale turnista, teme – o avverte – la precarietà dei sistemi reali di comunicazione. Se a tutto questo aggiungiamo il crescente impegno economico che il ricovero richiede alle famiglie si comprende facilmente il costante aumento delle loro richieste (delle pretese) segnalato da molti operatori ([11]) e l'importanza di un percorso che assuma come obiettivo l'alleanza terapeutica tra la residenza e la famiglia ([12]).

Il sostegno concreto alle famiglie dovrebbe però prevedere, oltre alla prescrizione di "buone pratiche" ed al controllo della loro attuazione, anche un intervento economico della Regione atto a contrastare il costante aumento nel tempo delle rette di ricovero.

In questi anni, in mancanza di un adeguamento dei contributi regionali (tabella 2), ai crescenti costi del servizio è corrisposto infatti un continuo aumento delle rette delle Rsa, giunte ormai a livelli difficilmente sostenibili per molte famiglie. Dal 2001 al 2007 la retta media ponderata delle Rsa lombarde passa da 39,99 euro (Guaita, 2005) a 51,28 euro (Rocca, 2009), con un aumento del 28,2% (tabella 4). Nello stesso periodo 2001-2007 l'aumento della tariffa media erogata dalla Regione, al netto

---

([10]) Un lavoro condotto dal gruppo di Marchionni (Fumagalli *et al.*, 2006) su 226 pazienti anziani di un'unità coronarica ha dimostrato che la liberalizzazione delle visite dei parenti non solo non ha comportato per i pazienti un aumento delle infezioni ma ne ha anche ridotto significativamente le complicanze cardio-vascolari, probabilmente grazie alla netta riduzione dello stato ansioso connesso al ricovero.

([11]) Non è solo questa modalità "rivendicativa" a rendere complesso il rapporto tra la famiglia e l'équipe di assistenza; altrettanto problematiche sono la "delega totale" alla struttura di tutte le decisioni e di tutti i problemi, anche i più banali, o, al contrario, l'esplicita o implicita richiesta alla residenza di farsi carico dell'intero nucleo familiare "in difficoltà".

([12]) Proprio la capacità di coinvolgere effettivamente la famiglia rappresenta, a parere dei responsabili Asl dei servizi di vigilanza e controllo sulle Rsa (vedi nota 3), una criticità del sistema delle Rsa (appendice A).

del premio qualità, è solo del 15.2% ([13]), da 34,17 euro a 39,36 euro (40,01 euro se si comprende il premio qualità).

Tabella 9.4 - Tariffe regionali (al netto del premio qualità) e rette medie delle Rsa lombarde negli anni 2001, 2004 e 2007 (Guaita, 2005; Rocca, 2009)

	2001	2004	04 su 01	2007	07 su 04	07 su 01
Tariffe	34,17	36,61	+ 7,1%	39,36	+ 7,5%	+ 15,2%
Rette	39,99	45,46	+ 13,7%	51,28	+ 12,8%	+ 28,2%

Dal 2007 al 2009 non si registra alcun aumento né delle tariffe Sosia né dell'ammontare complessivo del premio qualità, mentre le rette medie ponderate raggiungono, nel primo semestre del 2009, i 54,87 euro.

È importante ricordare che la normativa nazionale sui livelli essenziali di assistenza (d.P.C.M. 29.11.2001) prevede per le "forme di lungoassistenza semiresidenziali e residenziali il 50% del costo complessivo a carico del Ssn". Sulla base dei dati sopra riportati la partecipazione ai costi da parte del fondo sanitario regionale sarebbe in realtà – al 2009 – di poco superiore al 40% (41.8%). Si potrebbe obiettare che tale norma fa "riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi degli standard regionali" e che la grande maggioranza delle Rsa lombarde operano con livelli assistenziali superiori a quelli minimi indicati dalla Regione (vedi paragrafo 9.6). Ma proprio il riscontro che la quasi totalità delle residenze supera gli standard minimi prescritti non solo sta ad indicare, come si argomenterà in seguito, l'inadeguatezza di tali standard in relazione ai bisogni dell'utenza, ma autorizza la richiesta alla Regione di un adeguamento delle tariffe che consenta di ridurre la percentuale dei costi oggi a carico delle famiglie.

A sostegno delle famiglie si muove anche la normativa più recente sull'accoglienza in Rsa dei pazienti in stato vegetativo persistente (Svp) e affetti da malattia del motoneurone (in particolare da Sclerosi Laterale Amiotrofica), che pone a carico del servizio sanitario regionale l'intero onere dell'assistenza. Anche in questo caso si tratta di norme che, pur con alcune ambiguità (un regime transitorio piuttosto complesso nel caso degli Svp), hanno offerto una risposta concreta a problemi di particolare rilievo sia per gli utenti che per gli enti gestori, anche se hanno messo in luce alcuni limiti (quali, ad esempio, la gestione in regime di ricovero definitivo di pazienti affetti da altre patologie neuro-degenerative di analogo impegno assistenziale) che la Regione era impegnata ad approfondire nella legislatura regionale appena conclusa grazie ad appositi gruppo di studio.

([13]) A determinare questo aumento contribuiscono, oltre all'incremento delle tariffe Sosia che, come si è visto, è più contenuto, il cambiamento nel tempo del mix degli utenti e il superamento graduale delle classi Nat e Nap (la cui tariffa era globalmente inferiore alla media delle tariffe delle classi Sosia corrispondenti).

9.6. Effetti sugli utenti

Si è cercato fino ad ora di verificare l'effettiva capacità della "riforma lombarda" di realizzare gli obiettivi che ne erano alla base. Ma è possibile valutarne le ricadute sulla qualità della vita e sulla salute degli utenti del sistema?

Tra i meriti delle politiche sociali lombarde deve essere senz'altro annoverato l'aumento del numero di posti letto disponibili sul territorio regionale: aumento che, in un periodo di difficoltà economiche ed in un quadro nazionale di stabilità della disponibilità di posti letto, pur non riuscendo a tenere il passo con l'aumento degli ultrasettantacinquenni, è quanto meno riuscito a garantire agli anziani lombardi un indice di dotazione nettamente superiore a quello nazionale ([14]).

Un altro elemento positivo è rappresentato dal significativo e generalizzato miglioramento della qualità residenziale ed alberghiera delle Rsa. Oggi più dell'80% delle residenze lombarde (tabella 9.5) ha completato il percorso di adeguamento ai requisiti necessari per ottenere l'accreditamento ed è in possesso di standard strutturali (nuclei funzionali di dimensioni contenute, dotati di tutti i servizi; camere ad 1 o 2 letti con bagno contiguo; servizi sanitari e aree di soggiorno e socializzazione di nucleo e comuni; adeguate dotazioni tecnologiche) meglio rispondenti tanto alle necessità assistenziali quanto alla richiesta di qualità alberghiera dell'utenza.

Tabella 9.5 - Piani di adeguamento strutturale delle Rsa; confronto tra l'anno 2003 e l'anno 2010

	totale p.l.	**Rsa accreditate**	**Rsa a norma**		**p.l. a norma**		**p.l. non a norma**	
	n.	n.	n.	%	n.	%	n.	%
dicembre 2003	49.176	564	200	35,5	16.825	34,2	32.351	65.8
gennaio 2010	56.420	647	523	80,8	45.890	81,3	10.530	18,7
diff. 2010/2003	*+ 7.244*	*+ 83*	*+ 323*		*+ 20.065*		*– 21.821*	

Non è disponibile un analogo confronto dell'andamento nel tempo degli standard gestionali. I dati relativi all'anno 2007 forniti dalla Regione (Rocca, 2009) evidenziano però che a fronte dei 901 minuti settimanali per ospite prescritti come standard assistenziale minimo le Rsa lombarde garantiscono in media 1.110,9 minuti (+ 23,3%). Se si confrontano i minuti settimanali di assistenza erogati ad ogni ospite con lo standard che era stato prescritto dalla Dgr 7/7453 del 2001 (poi superata dalla citata Dgr 7/12618 del 2003) ([15]) emerge nello specifico un aumento significativo della

([14]) I dati più recenti forniti dall'Istat sulla disponibilità di posti letto a livello nazionale, relativi solo all'1.1.2005, evidenziano una sostanziale stabilità degli anziani ricoverati rispetto al 1999, con una dotazione media di posti letto (2.3 per 200 ultrasessantacinquenni) nettamente inferiore a quella lombarda (2.9 nel 2005) (Gori e Guaita, 2007; Pesaresi e Brizioli, 2009).

([15]) Quest'ultima Dgr dispone il superamento degli standard assistenziali differenziati per le diverse figure professionali e prevede per l'accreditamento uno standard assistenziale globale (901

presenza degli animatori (il cui standard era peraltro particolarmente basso), ma anche dei medici e degli infermieri (tabella 9.6), mentre solo i tecnici della riabilitazione hanno nelle Rsa una presenza di poco inferiore allo standard citato.

Tabella 9.6 - Minuti di assistenza settimanali garantiti dalle Rsa lombarde nel 2007 *(da Rocca, 2009)*

Figura professionale	Standard ex Dgr 7453/2001	Assistenza erogata	Diff. %	Standard Nuclei Alzheimer
	min/sett/ospite	min/sett/ospite		min/sett/ospite
Medici	28	36.9	+ 31.8	42
Tecnici della riabilitazione	42	41.7	– 0.7	
Infermieri	140	196.0	*+ 40.0*	252
Asa/Oss	674	801.8	+ 19.0	842
Animatori	17	30.3	+ 78.2	84
Totale	901	1.110.9*	+ 23.3	1220

* il dato comprende anche 4.2 min settimanali erogati da "personale vario da standard"

Questi dati sembrano smentire le previsioni più pessimistiche relative all'applicazione della citata Dgr 7/12618 del 2003 che consente ai singoli gestori di decidere autonomamente il mix delle diverse figure professionali all'interno di un tempo minimo di assistenza garantito (901 min/settimana per ospite). Se infatti aveva destato preoccupazione che tale norma sancisse, ad esempio, solo l'obbligo di reperibilità del medico, senza precisarne una presenza minima, conforta il comportamento delle residenze lombarde, che prevedono in media una presenza medica del 32% superiore ai 28 minuti settimanali previsti dalla normativa precedente (standard corrispondente a 28 ore garantite alla settimana di un medico per 60 ospiti).

Anche la modesta riduzione della presenza dei terapisti della riabilitazione può esser letta alla luce del cambiamento progressivo delle condizioni e dei bisogni dei ricoverati: la crescente prevalenza di persone affette da demenza può infatti giustificare un investimento maggiore su figure professionali dell'area "educativa" (Lopez e Sibilano, 2009) e socio-sanitaria; a sua volta il crescente numero di ospiti con autonomia motoria gravemente compromessa chiede alla riabilitazione nelle Rsa un ripensamento dei propri obiettivi, sempre meno coincidenti con il "recupero funzionale" e sempre più indirizzati al supporto da parte dei fisioterapisti a tutta l'équipe (Asa e Oss in particolare) nelle quotidiane attività di mobilizzazione e di posizionamento degli ospiti, a tutela tanto del mantenimento delle capacità funzionali residue e del benessere dei ricoverati quanto dell'integrità fisica di chi se ne cura (Gelmini *et al*., 2009).

---

minuti settimanali per ospite), con la garanzia " di personale infermieristico nell'arco delle 24 ore" e dell'assistenza medica "nell'arco dell'intera giornata, anche utilizzando lo strumento della reperibilità".

I dati riportati nella tabella 5 consentono però un'altra considerazione. Si è già accennato alla necessità per le residenze, a fronte della sostanziale stabilità negli ultimi anni dei finanziamenti regionali, di contenere i costi del servizio per evitare eccessivi aumenti delle rette. Il fatto che nonostante ciò le Rsa mantengano livelli assistenziali superiori a quelli prescritti dalla normativa regionale sta ad indicare una sostanziale inadeguatezza degli standard minimi previsti (e dei finanziamenti che a tali standard sono collegati) nel rispondere all'evoluzione dei bisogni dei ricoverati. E sollecita ancora una volta – se pure ce ne fosse bisogno – un aggiornamento delle tariffe regionali al progressivo aumento dei bisogni (soprattutto sanitari) degli anziani ricoverati.

9.7. Migliorare l'equità

9.7.1. *L'equità verticale*

Uno dei requisiti fondamentali di un sistema di welfare è la sua capacità di garantire un maggior sostegno alle persone con bisogni più gravi e/o in condizioni economiche più precarie (equità verticale) e di offrire le stesse opportunità a chi vive il medesimo bisogno (equità orizzontale).

La riforma lombarda ha indubbiamente migliorato l'equità verticale del sistema. Il nuovo meccanismo di finanziamento delle Rsa, basato su 8 classi di retribuzione graduate sulla gravità complessiva delle condizioni dell'anziano, incentiva infatti l'accoglienza di persone in maggiori condizioni di bisogno, evitando il rischio di comportamenti opportunistici da parte delle Residenze, senz'altro più facile quando all'ampia classe dei non autosufficienti totali (Nat) si potevano correttamente assegnare pazienti con livelli molto diversificati di bisogni assistenziali e sanitari.

Tra il 2003 ed il 2007 (ultimo anno per il quale sono disponibili i dati relativi) la percentuale degli ospiti appartenenti alle classi 1 e 3 del Sosia – le classi più rappresentate, e a più elevato carico assistenziale – passano infatti dal 52.7% al 59.5% (tabella 9.7) mentre calano dal 28.3% al 26.6% quelli appartenenti alle classi 7 ed 8, relative agli ospiti meno impegnativi.

Tabella 9.7 - Distribuzione percentuale degli anziani ricoverati nelle Rsa lombarde per classe di Sosia negli anni 2003 e 2007 (% sul totale escluse classi Nat, Alzheimer, Svp)

anno	Cl. 1	Cl. 2	Cl. 3	Cl. 4	Cl. 5	Cl. 6	Cl. 7	Cl. 8
2003	25,94	5,15	26,77	6,37	4,48	2,65	16,24	12,10
2007	27,20	1,85	32,34	2,90	6,01	2,02	19,59	6,99

Questo dato, se da una parte rispecchia il progressivo aggravamento dell'utenza delle Rsa (con tutte le conseguenze già citate in termini di livelli assistenziali), conferma anche l'utilizzo appropriato di questi servizi, più strutturati e "pesanti", a favore degli anziani più in difficoltà.

Merita peraltro una riflessione anche quel 26.6% di ospiti delle Rsa appartenenti alle classi 7 e 8 di Sosia, persone cioè che solo per le condizioni sanitarie (classe 7) o nemmeno per quest'ultima (classe 8) sono giudicate portatrici di bisogni rilevanti ([16]). È importante premettere che in queste classi a "bassa intensità assistenziale" finiscono per essere collocati anche pazienti con patologie psichiatriche, espulsi dalla rete dei servizi psichiatrici per l'età, spesso in condizioni cliniche tutt'altro che stabilizzate; quando non addirittura persone affette da demenza negli stadi iniziali, in condizioni di autonomia funzionale ancora discrete, ma non per questo meno bisognose di sorveglianza e di assistenza finalizzata proprio al mantenimento dei margini di autonomia residui (vedi oltre). Resta però nelle Rsa una quota di persone che, talvolta anche a seguito di un recupero funzionale promosso dalla struttura stessa, hanno minori bisogni assistenziali e potrebbero giovarsi di alternative residenziali più "leggere" e meno costose (uso della domotica, vicinato solidale, alloggi protetti, comunità alloggio, ...). Lo sviluppo più deciso di simili alternative potrebbe contenere il trend di incremento dei costi del sistema (Brizioli e Trabucchi, 2009), aumentare la disponibilità di posti letto in Rsa per le situazioni più gravi e superare la necessità per le famiglie di sostenere oneri anche molto elevati (strutture più costose, posti letto non accreditati) pur di avere una risposta tempestiva ai loro bisogni. Soluzione oggi consentita, ovviamente, solo a chi ne ha la disponibilità economica.

9.7.2. *L'equità orizzontale*

Per quanto riguarda l'altra declinazione dell'equità – quella orizzontale – l'aspetto più cruciale è rappresentato dalle dimensioni delle differenze territoriali, nonostante lo sforzo da parte della Regione di riequilibrare la distribuzione dei posti letto nelle diverse Asl. Dal 2001 al 2009 tali differenze si sono indubbiamente ridotte, con un aumento in particolare della disponibilità di posti letto nell'area milanese, decisamente in sofferenza all'inizio del millennio. A fronte, infatti, di un aumento del 37.0% dei posti letto su tutto il territorio regionale l'incremento nelle 4 Asl dell'area milanese (Milano città, Milano1 e 2, Monza) è del 62.4% (tabella 9.8). In quest'area la dotazione di posti letto in rapporto alla popolazione ultrasettantacinquenne resta peraltro ben inferiore alla media regionale: e ciò spiega perché proprio dalle Asl della zona metropolitana si riscontrino i tassi più elevati di anziani costretti a cercare accoglienza nelle Rsa di altre Asl, e non solo nelle Province limitrofe (tabella 9.9) ([17]).

([16]) Come è noto il sistema Sosia valuta in maniera dicotomica (lieve e grave) tre dimensioni – l'autonomia nelle attività della vita quotidiana (*Mobilità*), la situazione sanitaria (*Severità-comorbosità*) e la presenza di problematiche cognitivo-comportamentale (*Cognitività*) – e dalla combinazione di queste 3 dimensioni costruisce 8 classi di distribuzione degli ospiti, cui corrispondono 8 diverse tariffe (nella classe 1 tutte e 3 le dimensioni si trovano a livello "grave", nella classe 8 tutte e 3 a livello "lieve").

([17]) Anche l'abbandono del distretto quale ambito di riferimento della programmazione (fino alla metà degli anni '90 il fabbisogno dei servizi era rapportato alla popolazione del distretto) e

Tabella 9.8 - Evoluzione della dotazione di posti letto nelle Asl lombarde dal 2001 al 2009 (dal 2009, a seguito dell'istituzione delle nuova Provincia di Monza e Brianza, sono mutati i confini territoriali delle Asl dell'area milanese)

Asl	Dotazione di posti letto			variazione % 2009 /2001	p.l. % . ≥ 75 aa (2009)
	31.12.2001	31.12.2005	31.12.2009		
Bergamo	4.844	5.122	5.219	+ 7.7	6,1%
Brescia	5.696	5.960	6.054	+ 6.3	6,3%
Bs Valcamonica	737	737	786	+ 6.7	6,0%
Como	3.261	4.161	4.357	+ 33.6	8,9%
Cremona	3.639	3.720	3.746	+ 2.9	8,1%
Lecco	1.749	1.905	1.915	+ 9.5	9,9%
Lodi	1.061	1.194	1.271	+ 19.8	6,2%
Milano	4.208	6.047	8.808	+ 109.3	4,9%
Milano 1	2.864	3.899	4.131	+ 44.3	5,5%
Milano 2	1.560	1.904	2.462	+ 57.8	5,6%
Monza e Brianza	2.673	3.815	3.059	+ 14.4	4,5%
Mantova	2.410	2.951	3.135	+ 30.1	6,4%
Pavia	4.139	4.961	5.165	+ 24.8	7,1%
Sondrio	1.377	1.396	1.405	+ 2.0	8,5%
Varese	4.188	4.674	4.882	+ 16.6	8,2%
Totale	**44.403**	**52.446**	**56.395**	**+ 37.0**	**6,3%**

Tabella 9.9 - Persone ricoverate nelle Rsa delle diverse Asl della Lombardia in rapporto all'Asl di residenza (2007) (da Rocca, 2009)

	ASL RESIDENZA UTENTI SU PL ACCREDITATI																	
ASL STRUTTURA	BG	BS	CO	CR	LC	LO	MN	MI	MI 1	MI 2	MI 3	PV	SO	VA	VALC	EXTRA REGIONE	TOTALE	SALDO MOBILITA'
BG	6.469	38	11	18	35	2	1	234	14	110	211	6	2	14	2	9	7.167	+ 419
BS	51	8.037	3	21	2	5	23	66	13	19	21	5		6	10	23	8.282	+ 23
CO	10	3	4.656	5	220	2	2	463	105	30	289	6	39	201	1	7	6.032	+ 1.106
CR	29	69	2	3.644	6	72	71	320	32	323	178	4	1	4	1	8	4.756	+ 964
LC	35	1	37	1	2.274	2		150	8	18	237	3	6	4		2	2.776	+ 114
LO	2		2	12		1.428	2	43	3	68	5	13				-	1.578	- 53
MN	2	51	2	26			3.991	101	3	4	17	1		1		9	4.199	+ 86
MI	26	10	29	26	25	24	7	8.319	317	161	473	35	28	46	1	17	9.527	- 3.873
MI 1	11	3	30	7	7	3	3	621	4.280	51	170	27	2	131		9	5.346	- 381
MI 2	13	3	5	22	8	68	3	1.102	48	1.498	198	16	3	9		12	2.996	+ 343
MI 3	32	4	51	3	71	3	2	564	130	93	4.346	8	3	31	1	10	5.342	- 1.001
PV	7	5	4	3	3	20	5	933	395	251	115	5.322		16		27	7.079	+ 1.626
SO	2	1	7		4			35	3		5		1.764	1		3	1.822	- 32
VA	19	3	86	3	7	1	1	419	370	21	58	5	6	5.599	1	14	6.599	+ 533
VALC	40	31	1	1		1	2	30	6	6	20	2		3	871	3	1.014	+ 126
TOTALE	6.748	8.259	4.926	3.792	2.662	1.631	4.113	13.400	5.727	2.653	6.343	5.453	1.854	6.066	888	153	74.515	

la sua sostituzione con il territorio dell'Asl contribuiscono, nelle Asl di grandi dimensioni, a favorire significative "migrazioni" di anziani non autosufficienti verso residenze anche molto distanti da casa.

All'ineguale dotazione di posti letto fanno riscontro, ovviamente, tempi d'attesa molto diversificati sul territorio regionale. Da una rilevazione condotta nel settembre del 2009 da tutte le Asl della Lombardia emerge come ogni 100 letti di Rsa risultassero in lista d'attesa 34.2 persone ([18]), corrispondenti a più del 2% degli ultrasettantacinquenni lombardi ([19]) con marcate differenze territoriali.

È interessante osservare come il numero di persone in lista d'attesa non presenti una relazione univoca con la disponibilità di posti letto: ad un'elevata dotazione di posti letto corrisponde in alcune Asl un basso numero di persone in lista (è il caso di Como e di Cremona), in altre una percentuale più elevata (Sondrio, Lecco e Varese, che probabilmente risentono della "domanda" dell'area milanese). L'apparente casualità di questa relazione non si modifica se si aggiunge il dato relativo al costo della retta: se Milano Città, Asl con le rette più alte, presenta il numero minimo di persone in lista d'attesa, nonostante la carenza di posti letto, opposta è la situazione dell'Asl di Monza, altrettanto carente, dove la percentuale di persone in lista è doppia, nonostante le rette siano di poco inferiori (tabella 9.10).

Tabella 9.10 - Persone in lista d'attesa nelle Rsa della Lombardia confrontate con la dotazione di posti letto e con le rette medie (1: dati al 31.12.2009, Regione Lombardia, DG Famiglia; 2: dati al 30.9.2009, id; 3: dati al 30.6.2008, Rocca 2009)

Asl	Dotazione di p.l. % (1)	Persone in lista d'attesa × 100 p.l. (2)	Rette medie (Euro) (3)
Bergamo	6,1%	37,00	47,73
Brescia	6,3%	49,18	46,21
Como	8,9%	23,50	53,69
Cremona	8,1%	24,16	47,67
Lecco	9,9%	43,66	52,78
Lodi	6,2%	48,21	43,84
Mantova	6,4%	38,60	44,97
Milano	4,9%	12,19	66,63
Milano 1	5,5%	43,28	55,57
Milano 2	5,6%	37,29	63,16
Monza e Brianza	4,5%	50,05	60,81
Pavia	7,1%	27,74	46,76
Sondrio	8,5%	52,88	38,50
Varese	8,2%	40,44	55,93
Vallecamonica	6,0%	41,86	36,76
TOTALE	**6,3%**	**34,20**	**52,91**

Un ultimo elemento di diseguaglianza, a parità di condizioni di bisogno assistenziale, è legato alle condizioni economiche dell'utente e della sua famiglia; la ri-

([18]) Il dato è reale, in quanto depurato dai nominativi di persone inserite nelle liste di più Rsa o già accolte in altra struttura o decedute.

([19]) Vedi Appendice B nel sito www.lombardiasociale.it.

chiesta al Comune di un contributo economico fa scattare da parte di quest'ultimo la prova dei mezzi ("means test"), la richiesta cioè di una partecipazione alle spese dell'utente e dei familiari "tenuti agli alimenti" proporzionale al loro reddito (Irer, 2009) che costituisce, soprattutto in presenza di conflitti famigliari, un ulteriore ostacolo alla fruizione di un diritto.

9.7.3. *Equità e sistema di tariffazione*

Dal 2003 la Regione Lombardia utilizza, per la classificazione dell'utenza delle Rsa e per la relativa tariffazione, un nuovo sistema – la Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza, Sosia – che sulla base di tre dimensioni di valutazione (l'autonomia nelle attività quotidiane, le funzioni cognitivo-comportamentali e lo stato di salute) suddivide gli utenti in 8 classi di bisogno assistenziali cui corrispondono 8 diverse tariffe.

Va da sé che un sistema di tariffazione dovrebbe essere in grado di rappresentare la realtà degli utenti delle Rsa in modo equo ed efficace. L'esperienza dei primi anni di impiego del Sosia ha messo in luce, in realtà, non poche criticità.

Un primo limite si è individuato nella difficoltà del Sosia a valorizzare le problematiche sanitarie degli ospiti delle Rsa. La complessità dei bisogni sanitari dei ricoverati deriva infatti dalla compresenza di patologie croniche multiple (*comorbosità*), che necessitano di trattamento medico-infermieristico e/o hanno un impatto sull'autonomia della persona (*severità*) e che richiedono un monitoraggio nel tempo in ragione della loro *instabilità*. Nel Sosia la gravità dei bisogni sanitari è valutata sulla base dell'indice di comorbosità tratto dalla Cirs, Cumulative Illness Rating Scale (Linn *et al.*, 1968), cioè sul numero di patologie con uno score da 3 (moderata) a 5 (molto grave) assegnando maggior peso alle patologie dell'apparato genito-urinario, del sistema muscolo-scheletrico-cute e del sistema nervoso. Si tratta di uno strumento in grado di rappresentare il numero delle patologie attive e la loro severità ([20]) ma non l'instabilità clinica (Bagarolo e Bellocci, 2007; Lopez *et al.*, 2009) e la frequenza degli eventi avversi che accompagnano la storia naturale degli ospiti delle Rsa (Bernardini *et al.*, 1993; Bagarolo e Bellocci, 2007). Secondo questi ultimi autori tra i 1131 eventi clinici avversi documentati in 3 mesi nei 544 ospiti di 3 Rsa milanesi solo quelli più gravi mostrerebbero infatti una modesta correlazione con le classi Sosia ([21]).

([20]) La polipatologia cronica è un riscontro comune tra gli ospiti delle residenze. Bagarolo e Bellocci (2007) hanno rilevato in 544 ospiti di 3 Rsa della città di Milano un indice di comorbilità medio di 5.3 ± 2.04; analogamente l'Uoc Vigilanza e Controllo dell'Asl MI 1 documenta 5 o più patologie con punteggio ≥ 3 allo staging di gravità della scala Cirs nel 91.1% di un campione di 426 ospiti delle Rsa del loro territorio (Lopez *et al.*, 2009).

([21]) Secondo la Commissione Lea sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali (2007) "le strutture residenziali *devono* essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o polipatologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza dell'anziano, nonché problematiche intercorrenti, anche acute, gestibili in ambiente extra-ospedaliero" ... "la

D'altra parte uno studio condotto su un campione rappresentativo di anziani lombardi ha dimostrato che proprio l'instabilità clinica e la presenza di disturbi comportamentali associati alla demenza, con il loro carico di complessità e di imprevedibilità, rappresentano la causa principale di stress per i familiari che assistono a domicilio anziani non autosufficienti ed un fattore decisivo nella scelta dell'istituzionalizzazione (Guaita e Pucci, 2001).

Un'altra criticità del Sosia è rappresentata dal peso preminente assegnato alla disabilità e dal conseguente paradosso che l'impegno della residenza nel migliorare i livelli funzionali abbia ad essere penalizzato, anziché premiato, con una riduzione della tariffa. Resta infine discorde – con conseguenze concrete del tutto evidenti – la modalità con la quale valutare correttamente la conservata funzione motoria dei dementi: la valutazione della sola autonomia funzionale, che non tenga conto della loro capacità di "finalizzare" tale autonomia, porta infatti ad escluderli dalle prime 4 classi del Sosia, mortificando il rilevante impegno per la sorveglianza (e per il mantenimento delle altre funzioni solo parzialmente compromesse) richiesto da quella peculiare "dipendenza senza riduzione di mobilità" (Guaita, 2008) che caratterizza la demenza e che è alla base del modello di cura dei Nuclei Alzheimer istituiti dal Piano Alzheimer del 1995 ([22]). Da una rilevazione condotta con i responsabili dei servizi incaricati della vigilanza e del controllo sulle Rsa solo in due delle 11 Asl che hanno fornito i dati il paziente demente con deambulazione afinalistica ("wandering") viene classificato in classe 1 di Sosia, mentre da tutti gli altri viene assegnato alla classe 5 ([23]).

Alla luce di queste ultime considerazioni, appare auspicabile da parte della Regione – oltre ad un chiarimento sulla corretta classificazione del demente "deambulante" – la ripresa del finanziamento (a fronte di standard gestionali maggiori) di altri posti letto in Nuclei Alzheimer: Nuclei che, pur con alcuni limiti (da individuare soprattutto nella loro scarsa propensione a dimettere gli ospiti nei quali l'evoluzio-

---

prestazione 'residenziale' non si differenzia necessariamente da quella 'ospedaliera' per un minor gradiente di assistenza. Sussistono infatti condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il gradiente assistenziale richiesto può risultare anche superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie".

([22]) Considerazioni analoghe valgono per i disabili adulti, che spesso accedono alle Rsa col venir meno della rete familiare, e per i pazienti psichiatrici ultrasessantacinquenni, che i servizi psichiatrici dirottano volentieri sulle Rsa considerandone "stabilizzata" (non sempre correttamente) la patologia specifica. In tutti e due i casi si tratta di soggetti con margini di autonomia nella Adl ancora discreti ma con rilevanti problemi di natura relazionale e con disturbi comportamentali fortemente influenzati dal contesto di vita: che chiedono al personale di assistenza, all'interno di un progetto di cura teso al mantenimento delle capacità funzionali residue, competenza specifiche e capacità operative tutt'altro che semplici da costruire ed un impegno assistenziale spesso non inferiore a quello richiesto dai pazienti più gravemente dipendenti nelle Adl.

([23]) Vedi Appendice A nel sito www.lombardiasociale.it.

ne della malattia faccia venir meno i disturbi comportamentali), hanno dimostrato la capacità di ridurre i disturbi comportamentali limitando al tempo stesso il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica (Bellelli *et al.*, 1998; Nobili, 2007; Colombo *et al.*, 2007).

Ai 1.222 posti letto realizzati subito dopo l'approvazione, nel 1995, del Piano Alzheimer, se ne sono aggiunti nel 2006, dopo un decennio di stallo, soltanto 435: 1.657 posti letto destinati alla cura di pazienti dementi con disturbi comportamentali sugli oltre 56.000 posti letto accreditati delle Rsa (il 2.9% del totale) appaiono in realtà decisamente insufficienti ad affrontare una domanda in drammatico aumento. Una conferma sembra venire dal riscontro che numerose Rsa abbiano deciso di realizzare, senza finanziamenti regionali, Nuclei speciali per pazienti affetti da demenza ([24]) e che la stessa Regione abbia inserito negli ultimi anni i progetti di cura per le demenze tra quelli meritevoli del premio qualità. Purtroppo, in assenza di un finanziamento specifico e certo, il maggior costo dei nuclei speciali non ricompresi nel Piano Alzheimer resta a carico degli utenti.

9.8. Valorizzare le figure professionali

Il precedente rapporto sulle politiche relative alla residenzialità per gli anziani della Regione Lombardia (Guaita, 2005) esprimeva una valutazione preoccupata del superamento degli standard obbligatori per ogni figura professionale ed il timore che ragioni di bilancio, oltre alle carenze del mercato del lavoro, avrebbero indotto gli Enti gestori a ridurre nelle Residenze la presenza degli operatori più qualificati, pur in presenza di bisogni sanitari crescenti.

Abbiamo già visto (tabella 9.6) come, almeno fino al 2007, tale eventualità non si sia verificata ([25]).

È innegabile, peraltro, che in realtà come le Rsa, dove il personale rappresenta il 75-80% dei costi e la qualità del servizio poggia fondamentalmente sulla qualità delle relazioni, sia fondamentale la partecipazione di tutte le figure professionali ad un progetto di cura condiviso; e che tale partecipazione sia quanto meno favorita dalla stabilità del personale che vi opera.

I dati forniti dalla Regione per l'anno 2007 (Rocca, 2009) offrono a questo proposito un dato meno confortante: solo il 52.2% del personale a standard che opera

---

([24]) I dati in proposito non sono univoci. L'osservatorio Fnp Cisl Lombardia sulle Rsa (Fnp Cisl, 2010) riporta 1.821 posti letto in totale sul territorio regionale, 164 posti letto in più di quelli accreditati (vedi tabella 12); secondo i responsabili dei servizi di vigilanza sulle Rsa i posti in Nuclei Alzheimer non accreditati come tali sarebbero, in 11 Asl, oltre 550.

([25]) Anche se una recente tendenza alla riduzione della presenza, oltre che dei fisioterapisti, anche di medici, infermieri ed animatori è segnalata dai responsabili della vigilanza delle Asl interpellate.

all'interno delle Rsa è alle dipendenze dirette dell'ente gestore; una percentuale che scende al 51.8% per i fisioterapisti, al 46,2% per gli animatori, al 35% per gli infermieri, addirittura al 9.8% per i medici. Più di un terzo del personale che opera è dipendente di cooperative (in particolare Asa/Oss, animatori ed infermieri), l'11.2% lavora sulla base di un contratto libero-professionale (la larga maggioranza dei medici ed una quota significativa di infermieri e di fisioterapisti).

Certo, le modeste dimensioni medie delle Rsa lombarde possono giustificare l'utilizzo di personale non strutturato, soprattutto tra le figure professionali a più basso standard. Ma resta il dubbio che il ricorso a personale precario sia motivato soprattutto dalla necessità di contenere i costi del servizio e che proprio i bassi salari, insieme all'impegno psico-fisico che il lavoro in Rsa comporta, siano alla base dell'elevato turn-over del personale di queste strutture.

Preoccupa in particolare, alla luce dei crescenti bisogni sanitari degli ospiti delle Rsa, la precarietà delle figure sanitarie. La situazione più critica appare quella degli infermieri. In una Regione nella quale è ben nota la carenza di infermieri ([26]), non desta stupore leggere che il 65.1% delle Rsa lamentino difficoltà nel trovare infermieri e nel ridurne il turn-over a livelli tollerabili (Lo Schiavo *et al.*, 2009). Rispetto alle strutture ospedaliere – che soffrono peraltro in Lombardia di analoghi disagi – le Rsa appaiono infatti contrattualmente più deboli nell'attrarre e nello stabilizzare gli infermieri, non solo in ragione delle condizioni economico-contrattuali che possono loro offrire, ma anche perché il lavoro in Rsa appare meno gratificante sul piano delle opportunità professionali e del riconoscimento sociale e più gravoso in termini psico-fisici ([27]). In questa situazione molte residenze debbono affidarsi – magari con l'intermediazione di cooperative o di studi professionali – a personale infermieristico proveniente da paesi extracomunitari, con una preparazione professionale ed una padronanza della lingua italiana spesso insufficienti. Questa difficoltà per le Rsa a reperire infermieri – per le carenze del mercato del lavoro, ma anche per le basse remunerazioni – viene segnalata anche dai responsabili della vigilanza delle Asl, che segnalano anche l'incongruenza della presenza notturna dell'Oss in sostituzione dell'infermiere ([28]), dati i crescenti bisogni sanitari degli ospiti.

([26]) È stata stimata per la Lombardia una carenza di quasi 17 mila infermieri (Collegio IPASVI Como Cremona Mantova e Pavia, 2007).

([27]) Sulla base di una serie di interviste condotte a "testimoni privilegiati" (responsabili di Rsa, coordinatori infermieristici, …) gli autori di questa indagine sulla professione infermieristica nelle Rsa lombarde (Lo Schiavo *et al.*, 2009) suggeriscono che "la leva dell'incentivo economico deve essere accompagnata dall'impiego di altre leve (quali ad esempio l'organizzazione del lavoro, il tipo di compiti assegnati, la costruzione di team) che, a seconda delle singole realtà, possono, nel tempo, concorrere a ridurre il turn-over, rendere più attraente una struttura, favorire investimenti degli operatori nei processi di cura".

([28]) Consentita dalla normativa regionale – purché sia assicurata la reperibilità infermieristica – nelle Rsa con posti letto inferiori a 60.

Problematica appare anche la situazione dei medici, la maggior parte dei quali svolge all'interno delle Rsa solo una parte della sua attività, legati alla struttura da un contratto di natura professionale ([29]) per lo più di breve durata, spesso soggetto alle imprevedibili decisioni degli organi amministrativi. Medici che, non di rado (viste le dimensioni medie delle Rsa e gli standard di riferimento) operano da soli, in una condizione oggettivamente "marginale" nella rete dei servizi sanitari, con scarse possibilità di interazione e di confronto professionale: tutte condizioni che non facilitano né l'investimento su un'attività lavorativa certamente complessa né lo sviluppo del senso di appartenenza al gruppo e della condivisione di un progetto comune che il ruolo delicato del medico in Rsa richiede. Stupiscono, semmai, la carica motivazionale e l'impegno dimostrati da molti medici delle Rsa, nonostante la frequente casualità del loro approdo a questo impegno professionale e la citata precarietà della loro condizione. La carenza di medici specialisti, soprattutto in Geriatria (Trabucchi, 2010), non lascia peraltro intravedere alcun miglioramento di questa situazione, almeno nei tempi medi.

Le politiche di gestione del personale sono poi fortemente influenzate, nelle Rsa, dall'ormai cronica carenza di risorse economiche, cui si è già fatto cenno nel paragrafo 9.4. La necessità di contenere le rette di degenza, in mancanza di un'adeguata integrazione della quota sanitaria, impone una riduzione del principale capitolo di spesa delle residenze, quello per il personale, ponendo di fatto in conflitto il diritto dell'utenza ad un servizio a prezzi accessibili con il diritto dei dipendenti ad un trattamento economico appropriato all'impegno richiesto. Tra l'altro, alla mancata definizione di un "autonomo comparto di contrattazione" per il "personale delle Ipab che si trasformano in persone giuridiche di diritto privato" previsto dalla legge regionale 13 febbraio 2003 n. 1 sul "Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza" ([30]) fa riscontro la presenza in questo settore di una molteplicità di contratti di lavoro ([31]), con garanzie per i dipendenti ed oneri per i gestori molto diversificati ([32]). La "competizione" tra le diverse Rsa finisce così per svolgersi sul versante del costo del lavoro, sulle spalle dei lavoratori. In questa situa-

---

([29]) Si trova in questa condizione, nel 2007, quasi l'80% dei medici in servizio nelle Rsa lombarde (Rocca, 2009).

([30]) La seconda parte del comma 13 dell'articolo 18, che prevedeva "l'applicazione dei contratti in essere o di contratti compatibili ed omogenei con quelli applicati al personale già in servizio" anche "al personale assunto successivamente alla trasformazione" è stato abrogato dalla sentenza della Corte costituzionale n. 411 del 14.12.2008.

([31]) In una rassegna della situazione contrattuale delle Rsa lombarde abbiamo potuto elencare i seguenti contratti: Autonomie Locali, Sanità pubblica, Sanità privata, Uneba, Anaste, Agidae, Cooperative Sociali.

([32]) A titolo esemplificativo, un Asa con 10 anni di anzianità che opera sui 3 turni giornalieri aveva nel 2008 un costo globale per l'Ente di quasi il 15% in meno (4.500,00 euro circa in meno) nel contratto Uneba rispetto al contratto delle autonomie locali (vedi appendice C nel sito www.lombardiasociale.it).

zione le difficoltà maggiori si sono registrate per le Fondazioni ex Ipab, storicamente tenute all'applicazione del più oneroso contratto delle Autonomie Locali. Non è infatti sufficiente a contenere i costi l'affidamento in outsourcing dei servizi alberghieri e di supporto. Molti enti gestori hanno finito per sostituire, o più spesso per affiancare per i nuovi assunti, un altro contratto – in genere quello dell'Uneba – meno oneroso per l'ente ma anche meno vantaggioso per gli operatori. Altre Fondazioni si sono invece orientate alla realtà delle cooperative, affidando loro parte del servizio specifico (uno o più nuclei), quando non la gestione completa della Rsa: obbligando in questo caso i dipendenti – fatta salva la salvaguardia dei diritti acquisiti – ad aderire al nuovo contratto di lavoro ([33]).

È evidente come queste scelte, motivate nel caso delle Fondazioni ex Ipab dalla necessità di contenere i disagi per gli utenti, siano fonte di conflitto tra questi ultimi e chi li assiste e di disparità tra operatori che lavorano fianco a fianco: disparità che non aiuta certo a mantenere quel clima di collaborazione essenziale ad un'efficace organizzazione dell'assistenza.

9.9. Conclusioni

Da oltre 20 anni le politiche sociali della Regione Lombardia hanno saputo valorizzare la storica propensione delle comunità lombarde alla solidarietà, che aveva dotato il territorio regionale di un fitto tessuto di istituzioni caritatevoli, favorendone la progressiva trasformazione in una rete di residenze per gli anziani non autosufficienti che non ha eguali nel nostro Paese (2.9 posti letto ogni 100 ultrasessantacinquenni contro i 2.26 del resto dell'Italia nel 2005, ultimo anno per il quale è possibile un confronto con le altre Regioni) e che la avvicina, unica Regione in Italia, ai Paesi dell'Europa centrale (Pesaresi e Brizioli, 2009).

Oltre ad un attento utilizzo della leva economica (con finanziamenti adeguati sia in conto capitale che in conto gestione), si sono dimostrate vincenti a giudizio di chi scrive due scelte di fondo: aver ricompreso sotto il termine di Rsa tutti i presidi deputati ad accogliere le persone non autosufficienti (affidando l'intervento riabilitativo "a termine" agli Istituti di Riabilitazione ex articolo 26/833, poi confluiti con i servizi ospedalieri nella rete della riabilitazione) ([34]) e aver tempestivamente riconosciuto la valenza sanitaria delle Rsa, prevedendo per questi presidi l'obbligo di dotarsi di un'organizzazione sanitaria propria e di garantire la presenza di un medico responsabile dei processi di cura, legato alla struttura da un rapporto di dipendenza formale.

([33]) Vedi Appendice D nel sito www.lombardiasociale.it.

([34]) Altre Regioni italiane destinano le Rsa all'accoglienza temporanea a carattere riabilitativo, prevedendo altre tipologie di residenza (Strutture Protette, Case Protette, ...) per il ricovero di persone non autosufficienti.

Queste politiche regionali hanno favorito – e ne sono state sollecitate, in una dinamica "virtuosa" – la crescita e la diffusione nelle residenze destinate agli anziani non autosufficienti di una cultura e di una pratica assistenziali ispirate ai principi gerontologici e geriatrici ([35]), capaci di innovare un modello puramente "custodialistico" di assistenza e di proiettare le Rsa sul territorio come protagoniste della costruzione di una rete diversificata dei servizi ([36]).

Le nuove politiche regionali, a partire dalla fine del secolo scorso, hanno cercato di promuovere anche nel settore socio-sanitario quel "quasi mercato" che rappresenta la specificità della sanità lombarda, fondato sulla possibilità (libertà) per tutti i gestori di inserirsi nel sistema, sull'equiparazione di pubblico e privato, con un forte impulso al Terzo Settore ed una decisa e del tutto nuova apertura al privato for profit, e sulla libertà di scelta da parte dell'utenza come "regolatore" del sistema.

Nelle intenzioni del legislatore regionale questo disegno era destinato ad aumentare la competitività tra i diversi soggetti e a favorire la selezione di chi sa meglio rispondere alla domanda, ma puntava anche a migliorare l'efficienza complessiva di un sistema in buona parte "condizionato" da logiche di natura pubblica ed esentato dalla necessità di "procurarsi" l'utenza, vista la netta prevalenza della domanda sull'offerta di posti letto.

La leva principale per il conseguimento di questi due obiettivi si è dimostrata, ancora una volta, quella economica: il persistente divario tra domanda ed offerta ha di fatto impedito, fino ad oggi, una reale competizione tra i gestori ([37]). Sull'altro versante, la riduzione dei trasferimenti dalla Regione alle Rsa, insieme ad una normativa sempre più rigorosa ed alla crescente richiesta di qualità (oltre che, per quanto riguarda le Ipab, la loro trasformazione in Fondazioni di diritto privato) ha obbligato tutte le residenze a concentrarsi sui fattori produttivi e sugli aspetti organizzativi e gestionali, con una costante attenzione all'equilibrio tra la qualità del servizio reso e la compatibilità dei suoi costi.

Si è trattato, per molti versi, di un percorso virtuoso, che ha stimolato in molte Rsa una crescita delle capacità gestionali e della qualità assistenziale. Gli stessi operatori Asl deputati alla vigilanza ed al controllo delle residenze, per questo loro ruolo testimoni privilegiati del sistema dei servizi, confermano la crescita qualitativa del complesso delle residenze.

Ma si è anche sottolineato, nelle pagine precedenti, quanto l'insufficienza dei finanziamenti regionali abbia ormai superato il livello di guardia, inducendo molte Rsa a mettere in campo – soprattutto nella gestione delle risorse umane – operazioni che rischiano di far venir meno la continuità e la qualità del servizio. Mentre

---

([35]) Una cultura nata e sviluppatasi in Lombardia per lo più al di fuori del sistema ospedaliero dove, fino a pochi anni fa, si registrava l'assenza pressoché totale di unità operative geriatriche.

([36]) Vedi Appendice E.

([37]) Nell'attuale situazione, come si è visto, nemmeno le rette più elevate rappresentano un ostacolo alla piena occupazione dei posti letto.

crescono la complessità dei bisogni degli utenti e le richieste/aspettative delle famiglie chiamate ad un contributo sempre più oneroso ai costi del servizio, una politica di risparmio basata solo sulla riduzione del costo del personale rischia infatti di aumentare l'insoddisfazione, la demotivazione ed il turn-over degli operatori e di vanificare gli sforzi per migliorare una qualità complessiva che, proprio in questi servizi, dipende fondamentalmente dalla qualità delle relazioni.

Un'altra conseguenza delle politiche "aziendalistiche" della Regione Lombardia è l'affievolirsi del ruolo, proprio dell'Asl, di regia degli accessi alle diverse articolazioni della rete, con una sorta di scollamento tra di loro dei singoli servizi, visti sempre più come erogatori di specifiche prestazioni. In queste condizioni infatti alla libertà degli utenti di rivolgersi direttamente alle Rsa fanno da contraltare non solo, come abbiamo visto, la difficoltà per loro di muoversi nella realtà complessa dei servizi ma anche la ridotta possibilità per il sistema di proporre alternative al ricovero in Rsa (e di promuoverle quando mancano: molte esperienze nella nostra Regione hanno dimostrato come una regia unitaria degli accessi alle unità di offerta abbia facilitato la sperimentazione e la realizzazione di servizi innovativi). Ci sembra che anche la Regione abbia colto questo limite, quando sollecita, con la recente legge 3 del 2008 e la citata Dgr 8496/2008, un più stretto raccordo delle Rsa con la rete dei servizi (vedi nota 6).

Il senso di appartenenza a tale rete dei servizi ci sembra, per le Rsa, un patrimonio ed un valore da conservare e da promuovere. La natura privatistica delle Fondazioni ex Ipab – ma anche di altri soggetti gestori, soprattutto non profit – non deve far passare in secondo piano la loro funzione sostanzialmente pubblica (di risposta, cioè, a bisogni che nascono nella comunità e ai quali la comunità risponde con la rete dei servizi); allo stesso modo la necessaria qualificazione tecnico-organizzativa delle Rsa – che può anche accompagnarsi ad un percorso di specializzazione nel rispondere a bisogni specifici (Alzheimer, Svp, Sla, …) – non deve entrare in conflitto con il loro radicamento locale, con la ricerca da parte loro di una costante collaborazione con i servizi sociali e sanitari, con la loro capacità di continuare ad interpretare i bisogni del territorio mettendo a disposizione il proprio bagaglio di professionalità e di esperienza.

Un'ultima considerazione merita la segnalata carenza di posti letto sul territorio lombardo: mentre si è arrestato, negli ultimi anni, il processo di adeguamento dell'offerta di posti letto alle dinamiche della domanda non hanno avuto adeguato sviluppo i servizi domiciliari o le possibili opzioni residenziali più "leggere" capaci di allentare la pressione verso le Rsa senza lasciare sulle sole famiglie il peso dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Il progressivo ridursi delle capacità di cura di una famiglia di dimensioni sempre più contenute e l'incertezza che tuttora avvolge il futuro del fenomeno "badanti" consiglia quanto meno di garantire la stabilità della dotazione dei posti letto in rapporto all'incremento quantitativo dell'utenza potenziale. Lo sforzo economico richiesto dall'ulteriore sviluppo di servizi sia residenziali che domiciliari crediamo possa essere sostenuto – ad esempio con l'istituzione di un adeguato Fondo per la non autosufficienza – da una Regione, come la nostra, ricca tanto di risorse economiche quanto di capacità di affrontare con successo i problemi più complessi.

Bibliografia

ASL BRESCIA, *Monitoraggio liste d'attesa e rette Rsa*, 2009.

BAGAROLO R., BELLOCCI F., *Gestione della complessità e instabilità clinica in Rsa*, *I luoghi della cura*, 5(2):12-15, 2007.

BELLELLI G., FRISONI G.B., BIANCHETTI A., BOFFELLI S., GUERRINI G., SCOTUZZI A., RANIERI P., RITONDALE G., GUGLIELMI L., FUSARI A., RAGGI G., GASPAROTTI A., GHEZA A., NOBILI G., TRABUCCHI M., *Special care units for demented patients: a multicenter study*, *Gerontologist*, 38:456-462, 1998.

BERNARDINI B., MEINECKE C., ZACCARINI C., BONGIORNI N., FABBRINI S., GILARDI C., BONACCORSO O., GUAITA A., *Adverse clinical Events in dependent long term nursing home residents*, J Am Geriatr Soc, 41:105-111, 1993.

BRIZIOLI E., TRABUCCHI M., *Gestire le strutture residenziali nel 2020*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Rimini, 2009.

COLLEGIO IPASVI COMO, CREMONA, MANTOVA E PAVIA, *Proposte per lo sviluppo e la valorizzazione professionale dell'infermiere*, dicembre 2007.

COLOMBO M., VITALI S., CAIRATI M., VACCARO R., ANDREONI G., GUAITA A., *Behavioral and psychotic symptoms of dementia (BPSD) improvements in a special care unit: a factor analysis*, *Arch Gerontol Geriatr*, 44 (suppl. 1):113-120, 2007.

FACCHINI C., *Anziani e rete dei servizi. La residenzialità*, Provincia di Milano, 2003.

FACCHINI C., GUAITA A., *Tramonto o crisi di crescita delle Rsa di grandi dimensioni? Considerazioni in margine ad una ricerca nella provincia di Milano*, *I luoghi della cura*, 2(1):11-15, 2004.

FNP CISL, OSSERVATORIO FNP CISL LOMBARDIA SULLA ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA RESIDENZIALE (RSA), *Report sulle Rsa lombarde: posti letto, liste d'attesa, costi e servizi*, http://www.fnplombardia.cisl.it/sito/osservatorio.asp, 2010.

FUMAGALLI S., BONCINELLI L., LO NOSTRO A., VALOTI P., BALDERESCHI G., DI BARI M., UNGAR A., BALDASSERONI S., GEPPETTI P., MASOTTI G., PINI R., MARCHIONNI N., *Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an Intensive Care Unit*, *Circulation*, 113:946-952, 2006.

GELMINI G., BOTTURA R., VANOLI E., GUERRINI G., *La riabilitazione nelle strutture residenziali* in BELLELLI G. e TRABUCCHI M. (a cura di), *Riabilitare l'anziano*, Carocci, Roma, 2009.

GIORGI F., *Le politiche socio-assistenziali in Lombardia. Strutture e prestazioni socio-sanitarie*, "Foglio informativo Welfare Cisl", 1:3-6, 2008.

GORI C., *Gli obiettivi della riforma*, in GORI C. (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma, 2005.

GORI C., GUAITA A., *Perché diminuiscono gli anziani nelle strutture residenziali?*, *I luoghi della cura,* 5(3):5-6, 2007.

GUAITA A., *La residenzialità per anziani*, in GORI C (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma, 2005.

GUAITA A., *I bisogni ed i diritti del cittadino anziano con patologia psicogeriatrica*, *Psicogeriatria*, 3(3):7-13, 2008.

GUAITA A., *Le Uvg tra benessere dell'anziano ed efficienza della rete*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Rimini, 2009.

Guaita A., Pucci D., *Le motivazioni alla richiesta di ricovero presso una struttura residenziale sanitaria: dimensione qualitativa e quantitativa*, *Tendenze Nuove*, 2-3:243-250, 2001.

Guerrini G., *Ripensare le Unità di Valutazione Geriatrica: le ragioni di una crisi e le ipotesi per il futuro. Riflessioni sull'esperienza lombarda*, *G. Gerontol*, 49:281-284, 2001.

Irer, *La Rsa: governo della risorsa sociale tra crescita, controllo e sviluppo qualitativo*, Regione Lombardia, Milano, 2009.

Irer, *Le famiglie lombarde e la rete degli interventi*, in *Lombardia 2010. Società, governo e sviluppo del sistema lombardo*, 2010, http://www.Irer.it/lombardia2010.

Istat, *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005,* Roma, 2007

Istat, I*ndice dei prezzi al consumo FOI al netto dei tabacchi,* 2010, http://www.istat.it/prezzi/precon/rivalutazioni/

Linn B.S., Linn M.W., Gurel L., *Cumulative Illness Rating Scale*, J Am Geriatr Soc, 16:622-626, 1968

Lo Schiavo M., Cicoletti D., Turati G., *La professione infermieristica nelle Rsa lombarde. Una prima indagine esplorativa*, IRS, Milano, 2009.

Lopez S., Sibilano M.G., Stefanoni G., Gazzardi R., Balconi R., Guaita A., *La complessità e l'instabilità clinica nell'anziano istituzionalizzato*, *G. Georontol*, 57:23-32, 2009.

Lopez S., Sibilano M.G., *Vigilanza e controllo sono funzionali al miglioramento della qualità in Rsa?*, *I luoghi della cura*, 7(3):18-27, 2009.

Maggi S., Marzari C., Noale M. et al., *Epidemiologia dell'invecchiamento*, in Gensini G.F., Rizzini P., Trabucchi M., Vanara F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, Il Mulino, Bologna, 2005.

Manton K.G., Gu X., Lamb V.L., *Changes in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population*, *PNAS*, 103(48):18374-18379, 2006.

Mesini D., Pasquinelli S., Rusmini G., *Il lavoro privato di cura in Lombardia. Caratteristiche e tendenze in materia di qualificazione e regolarizzazione*, Istituto per la Ricerca Sociale, Milano, 2006.

Ministero della Salute, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, *Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali*, Roma, 2007.

Nobili A., *Il malato di demenza in Rsa: risultati di una valutazione comparativa tra i pazienti degenti nei Nuclei Alzheimer e in Rsa senza Nuclei Alheimer*, in Aa.Vv., *Informazione Alzheimer. Alla ricerca di nuove connessioni nella rete lombarda dei servizi alle demenze*, Franco Angeli, Milano, 2007.

Pesaresi F., Brizioli E., *I servizi residenziali*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Rimini, 2009.

Rocca S., *Andamento e monitoraggio dei costi nelle Rsa lombarde*, Regione Lombardia, DG Famiglia e Solidarietà Sociale, 2009.

Tanese A., Negro G., Gramigna A., Dipartimento della Funzione Pubblica (a cura di), *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche. Valutare la qualità percepita dai cittadini*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2003.

Trabucchi M., *Cercasi medici*, *grg-news*, 4, 2010 (www.grg-bs.it).

Zanetti E., Trabucchi M., *Strutture residenziali per anziani: quale futuro*, *I luoghi della cura*, 6(2):5-7, 2008.

10. **Uno sguardo d'insieme**

Fabrizio Giunco, Cristiano Gori, Gianbattista Guerrini e Rosemarie Tidoli

10.1. Introduzione

I capitoli precedenti hanno discusso singolarmente i più diffusi servizi a (almeno parziale) finanziamento pubblico rivolti agli anziani non autosufficienti in Lombardia. Per concludere la parte dedicata a queste persone e ai loro bisogni vogliamo affrontare alcune tematiche concernenti il sistema nella sua globalità, tematiche che riguardano il rapporto tra i diversi servizi e che possono, pertanto, essere esaminate solo attraverso una sguardo d'insieme. Si tratta dell'allocazione delle risorse, cioè di come le risposte pubbliche vengono distribuite tra le varie tipologie di servizi (paragrafo 10.2) ([1]), e della regolazione del sistema locale di welfare, qui con l'attenzione concentrata sulle diverse fasi del percorso assistenziale (paragrafo 10.3).

10.2. La distribuzione delle risposte

10.2.1. *Bisogni e interventi*

In che misura il mix d'interventi messo in campo dall'amministrazione regionale ha risposto alle esigenze degli anziani lombardi? Quali sono i bisogni più coperti e quali quelli meno coperti? Per rispondere è necessario ricondurre in un unico puzzle le analisi dei capitoli precedenti.

L'offerta di Rsa è ampia e di qualità ([2]). Le problematiche di sostenibilità finanziaria che molte strutture stanno affrontando da qualche tempo non possono oscurare lo sviluppo ottenuto – nel decennio – in termini di estensione dell'utenza e qualità. Sul piano quantitativo, le analisi del capitolo 3 hanno mostrato che la spesa

---

([1]) Il paragrafo 10.2 permette di puntare l'attenzione anche sui servizi intermedi e semi-residenziali, cruciali nel futuro del welfare lombardo e ai quali – per mancanza di spazio – non si è potuto dedicare un intero capitolo.

([2]) Qui, come nel prosieguo del paragrafo, quando si esprimono giudizi su Rsa e Adi senza dettagliarli ci si riferisce a quanto già scritto rispettivamente nei capitoli 8 e 9.

socio-sanitaria dedicata alla residenzialità per anziani risulta nella nostra Regione superiore alla media del Nord Italia ([3]).

Sempre il terzo capitolo indica che la spesa dedicata all'assistenza domiciliare, invece, è inferiore alla media del Nord Italia, risultato che si ritrova nei più recenti dati disponibili sull'ampiezza dell'utenza e sull'intensità degli interventi ([4]). Il confronto con le altre Regioni, peraltro, non fa altro che confermare una marginalità dell'Adi nel sistema già evidenziata dalla nostra analisi. Una marginalità, inoltre, che resiste negli anni. La tabella 10.1 indica l'incidenza percentuale della spesa dedicata all'Adi rispetto al totale della spesa sanitaria, nelle Regioni del Centro Nord. Si tratta di un indicatore di priorità politica, cioè dello spazio che si assegna alla domiciliarità nella complessiva allocazione delle risorse sanitarie. La tabella indica che la percentuale assegnata in Lombardia è rimasta sostanzialmente stabile nel decennio, senza crescere. Le difficoltà incontrate dalla Lombardia, peraltro, sono condivise anche da altre Regioni, come a dire che – al di là dell'enfasi retorica sul ruolo della domiciliarità – quando si distribuiscono gli stanziamenti pubblici s'incontrano molti ostacoli nell'assegnarle un ruolo di maggior rilievo.

Tabella 10.1 - Incidenza percentuale del costo Adi sul totale della spesa sanitaria, Centro-Nord, 2001 e 2008

Regione	Differenza 2008-2001	2008	2001
Emilia-Romagna	+ 1,0	2,1	1,1
Friuli-Venezia Giulia	+ 0,8	3,0	2,2
Piemonte	+ 0,5	1,3	0,8
Veneto	+ 0,3	1,1	0,8
Liguria	+ 0,2	0,7	0,5
Lombardia	– 0,1	0,7	0,8
Toscana	– 0,4	1,2	1,6
Umbria	– 0,9	1,2	2,1
Marche	-1,1	1,4	2,5

Fonte: Ministero della Salute

([3]) La spesa annua per Lea socio-sanitari per anziano dedicata all'assistenza residenziale è pari a 426,9 euro in Lombardia (81% della spesa socio-sanitaria totale) rispetto a 384,86 nel Nord Italia (73% della spesa socio sanitaria totale) (Age.na.s, 2009). I dati si riferiscono al 2007 e sono da considerate con cautela, dato che negli anni successivi è ragionevole stimare un peggioramento della nostra rispetto alle altre Regioni italiane (cfr. cap. 21). La tendenza mostrata di un robusto investimento sulle Rsa ed uno sforzo minore a favore dell'Adi (cfr. prossima nota), in ogni modo, pare ancora valida e confermata dagli altri dati disponibili, così come dalle nostre analisi.

([4]) La spesa per Lea socio-sanitari per anziano dedicata all'Adi è pari a 75 euro in Lombardia (14% della spesa socio-sanitaria totale) rispetto a 102 euro nel Nord Italia (19% della spesa socio-sanitaria totale). Rispetto all'utenza, mentre la percentuale di utenti (4% degli anziani) non risulta particolarmente bassa rispetto al settentrione, molto ridotta è l'intensità media (16 ore per caso).

Per quanto concerne le altre tipologie di servizi, approfondite di seguito, il decennio lascia un'eredità in chiaroscuro. Da una parte l'offerta di centri diurni integrati (Cdi) è cresciuta, collocando il nostro paese al di sopra della media del Nord Italia. La sfida, mostrerà il prossimo paragrafo, consiste in un ulteriore miglioramento quantitativo e in un affinamento della qualità, ma intanto un certo passo in avanti è già stato realizzato. Ancora da scoprire, invece è il terreno delle strutture intermedie e di residenzialità sociale.

10.2.2. *I Cdi*

I centri diurni sono nati in Italia nei primi anni '80 grazie all'intuizione di alcune organizzazioni non profit, rappresentando un modello d'intervento in linea con il dibattito internazionale dell'epoca e con l'avvio di sperimentazioni estere analoghe, soprattutto canadesi. I primi centri diurni (CD) sono stati orientati verso le esigenze di anziani autonomi o con iniziali limitazioni dell'autonomia, garantendo soprattutto interventi di animazione e socializzazione. Negli anni successivi, la popolazione di riferimento è gradualmente cambiata e sono aumentate le richieste provenienti da anziani con maggiori limitazioni dell'autonomia e con demenza. I CD hanno, quindi, trovato uno sbocco naturale nella successiva esperienza dei centri d'aggregazione e dei centri sociali per anziani, tuttora molto diffusi e frequentati nell'intero territorio regionale, mentre il "Progetto obiettivo anziani" regionale del 1995/1997 avviava la sperimentazione dei Centri Diurni Integrati (Cdi). Questa si è conclusa nel 2002, con la definizione dei requisiti necessari per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento e il definitivo ingresso di questa nuova unità d'offerta della rete dei servizi per anziani.

Rispetto ai precedenti CD, i Cdi integrano interventi sociali con interventi medico-infermieristici, servizi riabilitativi e servizi alla persona (Asa/Oss) erogati secondo i precisi standard architettonici e gestionali previsti dalla nuova normativa regionale. Nel 2003, la Regione ha deciso d'integrare la tariffa a carico degli utenti o dei Comuni di residenza, con un contributo a carico del Fondo sanitario regionale che raggiunge i 29 euro a giornata di presenza quando il Cdi garantisca un'accoglienza di almeno 8 ore consecutive giornaliere. Si tratta di una decisione del tutto condivisibile del legislatore, che ha scelto di assegnare ai Cdi un contributo sanitario di valore superiore a quello del livello Sosia più basso ([5]) (la classe tariffaria Sosia 8 ha infatti un valore economico di 23 euro). Il legislatore ha introdotto così un incentivo all'accoglienza nei Cdi di anziani con disabilità e fragilità di minore entità, nell'intenzione di favorire un maggiore utilizzo dei Cdi da parte degli anziani con maggiore autonomia residua e di ridurre l'utilizzo potenzialmente improprio delle Rsa.

Sotto il piano quantitativo, i Cdi sono stati oggetto di un significativo potenziamento delle risorse destinate dal legislatore. La tabella 10.2 descrive la crescita del

---

([5]) Si ricorda che la classificazione Sosia è quella che permette di attribuire gli ospiti di Rsa a diverse classi clinico-funzionali e a corripondenti diverse tariffe a carico del Fsr.

numero dei Cdi e dei posti a disposizione nell'intervallo 2003-2009. Il punto di partenza era rappresentato dai 151 CD già attivi in Lombardia nel 2002 ([6]), la maggior parte dei quali ha successivamente chiesto l'accreditamento come Cdi.

Tabella 10.2 - Evoluzione del numero di Cdi e del numero di posti a disposizione in Regione Lombardia

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
N.	121	174	195	218	224	238	256
Posti	2522	3659	4220	4735	4930	5288	5748
% 75 +	0,34	0,48	0,53	0,58	0,58	0,6	0,64

Fonte: Bilancio Sociale Regione Lombardia e sito internet della Direzione generale Famiglia

Successivamente al 2003, la dotazione di Cdi è cresciuta significativamente, anche se, nonostante lo sforzo economico sostenuto dalla Regione Lombardia, la quota di popolazione ultra65enne raggiunta da questa unità di offerta è tuttora ridotta (0,3%), lontana dall'incisività e dalla presenza territoriale del sistema delle Rsa o di quella del sistema Adi/Voucher. La tabella 10.3 confronta il numero e i posti disponibili per gli anziani lombardi nella Rsa e nei Cdi distribuiti nelle diverse Asl.

Tabella 10.3 - Numero e posti disponibili nelle Rsa e nei Cdi lombardi, in numero assoluto e in proporzione alla popolazione 75 +

		N.		Posti a disposizione		% 75 +	
Asl	**75+**	***Rsa***	***Cdi***	***Rsa***	***Cdi***	***Rsa***	***Cdi***
BG	85.073	59	24	5.219	578	6,1	0,7
BS	96.119	86	48	5.986	860	6,2	0,9
CO	53.570	55	16	4.337	358	8,1	0,7
CR	37.932	30	21	3.746	490	9,9	1,3
LC	30.660	25	5	1.915	97	6,2	0,3
LO	19.986	14	5	1.232	120	6,2	0,6
MN	44.172	44	19	3.135	302	7,1	0,7
Milano	178.221	55	27	8.721	687	4,9	0,4
MI 1	74.529	45	17	4.131	522	5,5	0,7
MI 2	44.175	15	8	2.462	187	5,6	0,4
MB	68.110	44	20	3.047	539	4,5	0,8
PV	60.949	76	22	5.152	540	8,5	0,9
SO	17.166	19	4	1.405	71	8,2	0,4
VA	81.764	50	13	4.867	297	6,0	0,4
Vallecamonica	8.801	14	7	786	100	8,9	1,1
Regione Lombardia	901.227	631	256	56.141	5748	6,2	0,6

Fonte:Regione Lombardia. Dati Rsa al 30.9.2009. Dati Cdi al 24.2.2010. Popolazione all'1.1.2009.

([6]) Regione Lombardia, Bilancio Sociale 2004.

Il modello privilegiato dal legislatore lombardo è stato quello di un centro diurno "integrato" entro i confini di una Rsa, funzionale a un'impostazione che vede in quest'ultima, e non in altri servizi o strutture, il centro della rete dei servizi socio-sanitari. L'integrazione auspicata, in questo caso, non riguarda tanto la messa in comune d'interventi sociali e sanitari ma, piuttosto, la condivisione funzionale di spazi, servizi e operatori fra due modelli visti come complementari.

Un siffatto modello, in realtà, non è mai decollato del tutto: molti gestori di Rsa, che hanno attivato Cdi, hanno incontrato numerose difficoltà nel raggiungere la piena occupazione dei posti disponibili, sperimentando problemi gestionali più frequenti o più gravi rispetto a quelle dei Cdi indipendenti da Rsa e collocati in contesti più integrati nella comunità. Ad ogni buon conto, questi problemi non riguardano solo i Cdi integrati con una Rsa; alcuni sono, invece, strettamente collegati con la normale gestione di questa unità d'offerta; essa impone a gestori e operatori conoscenze e attenzioni specifiche, oltre che l'adozione di criteri originali nella selezione dei casi e nella progettazione dei piani di assistenza. Questi criteri non sono ancora diffusi nella cultura delle famiglie e nelle modalità operative dei case manager e dei gate-keeper anche istituzionali, come i Mmg (box 1).

Box 1 - Alcune difficoltà collegate all'integrazione dei Cdi all'interno delle Rsa o segnalate dai gestori di Rsa come difficoltà specifiche nella gestione dei Cdi

- Irregolarità nel tasso di occupazione dei posti disponibili nella giornata, nella settimana e nelle diverse stagioni
- Distribuzione irregolare delle presenze nell'arco della giornata, della settimana e nelle diverse stagioni
- Difficoltà nel raggiungere o mantenere la piena occupazione dei posti disponibili
- Stabilità del personale necessario e dei costi di gestione imposti dagli standard regionali rispetto all'incostante occupazione dei posti disponibili
- Complessità normativa e onerosità del debito informativo collegato all'accreditamento
- Elevato turn-over delle persone accolte nei Cdi e delle incombenze amministrative e organizzative collegate con procedure di ammissione e dimissione rispetto alla maggior stabilità dei residenti in Rsa
- Onerosità e complessità gestionale dei servizi di trasporto (gestione dei mezzi e degli operatori con funzioni di autista)
- Sostanziale sovrapponibilità della situazione clinica e funzionale delle persone accolte in Cdi e Rsa
- Implicito orientamento del gestore a suggerire o favorire il passaggio in Rsa
- Cambio di ruolo dei Cdi: da sostegno al prolungamento dell'esperienza domiciliare a accoglienza "di attesa" del posto letto in Rsa
- Maggiore autoreferenzialità dei Cdi integrati in Rsa rispetto a quelli di comunità
- Ridotto dialogo reciproco fra Cdi e rete dei servizi, minor senso di appartenenza
- Ridotta pubblicizzazione dei servizi e degli obiettivi specifici dei Cdi
- Confusione di ruolo degli operatori impegnati in funzioni miste (Cdi e Rsa), minori competenze e esperienza nelle funzioni specifiche dei Cdi

Infatti, nonostante una discreta letteratura e la diffusione di buone prassi e di modelli con esperienza anche pluridecennale, i confini e le potenzialità dei Cdi sono

ancora poco compresi, anche dagli stessi attori della rete dei servizi. Il box 2 riassume alcune difficoltà specifiche che una famiglia deve superare o affrontare quando un Cdi viene introdotto nel progetto di cura del proprio congiunto anziano. Anche per questi motivi, non va sottovalutato il fatto che la proposta di frequenza di un Cdi vada pianificata con attenzione in quanto può più facilmente determinare resistenze da parte delle persone e della famiglia, rispetto alla più semplice permanenza nella propria casa con l'assistenza di una badante. Alcune resistenze sono certamente maggiori quando il Cdi è integrato in una Rsa; questa collocazione rafforza infatti la percezione del Cdi come di una sorta di naturale "anticamera" dell'istituzionalizzazione definitiva, ma rende anche più confusa la percezione del Cdi come naturale sostegno al prolungamento dell'esperienza domiciliare o come concreta alternativa alla Rsa. Nel paragrafo successivo sarà descritta l'integrazione dei Cdi entro i confini delle nuove strutture intermedie fra la casa e le Rsa. È una ipotesi già verificata nella sua efficacia da diverse sperimentazioni attive in Lombardia, motivata dalla ricerca di un modello di gestione alternativo alla Rsa, efficiente e sostenibile ma anche gradito da persone e famiglie.

Box 2 - Alcune difficoltà possibili nell'utilizzo di un Cdi e nell'attitudine delle persone a utilizzarli più tempestivamente o con maggiore frequenza

- Resistenza implicita delle famiglie e delle persone più anziane all'ingresso nel recinto fisico di una Rsa
- Ridotta conoscenza dell'esistenza e delle potenzialità dei Cdi
- Confusione rispetto ai servizi e agli obiettivi delle Rsa
- Ritardo nel ricorso ai Cdi, che condiziona una maggiore gravità delle limitazioni funzionali delle persone al momento della prima accoglienza
- Disagi per la persona collegati allo spostamento dalla propria abitazione e al trasporto su pulmini non sempre adeguati
- Diffusione delle badanti e maggiore comodità-controllabilità dell'assistenza di tipo domestico
- Disagi collegati a possibili disagi atmosferici, maggiori nei mesi più freddi o più caldi. Resistenza psicologica a uscire di casa
- Possibile imprevedibilità della frequenza della persona in caso di malesseri, malattie, problemi di salute maggiori, incidenti, resistenze emotive occasionali. Necessità ricorrente per le famiglie di provvedere a soluzioni sostitutive
- Concorrenzialità economica fra tariffe dei Cdi e remunerazione delle badanti
- Frequente necessità, per le famiglie, di dovere mantenere o utilizzare entrambi i servizi contemporaneamente
- Il costo complessivo dei due servizi (Cdi + badante) può superare quello del ricovero in Rsa
- Possibile ridotta coincidenza fra orari di vita delle persone e orari di apertura dei Cdi
- Possibilità di impatto negativo degli spostamenti sulle anomalie comportamentali della persona con demenza
- Equilibrio incostante fra il bisogno di stabilità delle persone con demenza e l'instabilità implicita degli spostamenti fra casa e Cdi

10.2.3. *Le strutture intermedie di residenzialità sociale*

Soprattutto fino ai primi anni '90, la stessa Lombardia poteva vantare una discreta diffusione di forme d'intervento residenziale alternativo alle Rsa: comunità alloggio, case albergo, case di riposo e strutture protette appartengono alla tradizione locale di protezione sociale dei più anziani. Solo negli anni successivi il legislatore ha scelto di procedere in controtendenza rispetto all'evoluzione della domanda e agli orientamenti degli altri paesi a economia avanzata, orientandosi verso un'estrema semplificazione del sistema, sia sotto il piano normativo sia sotto quello del governo delle risorse economiche. Le case di riposo e le strutture protette sono state assimilate alla sola Rsa, mentre case albergo e altre soluzioni più leggere, previste fino al Progetto obiettivo Anziani regionale del 1995 (Regione Lombardia, 1995), sono progressivamente scomparse dai documenti programmatori. La rete dei servizi lombardi dispone oggi, quindi, di ridotte alternative rispetto alle Rsa, nonostante questa ricchezza, anche culturale, avesse in qualche modo anticipato l'evoluzione di quei servizi che oggi rappresentano la struttura portante della rete di servizi di molti paesi, e il cui sviluppo è stato a suo tempo animato dalla ricerca e dalla libera iniziativa di molte realtà del Terzo Settore.

Ciononostante, il territorio regionale dispone ancora di alcune residenze sociali che ricalcano l'impostazione di vari modelli europei innovativi ([7]). Si tratta di alcune decine di strutture, qualcuna con un'esperienza pluridecennale, gestite quasi esclusivamente da soggetti *non profit*. La maggior parte si configura come appartamenti protetti**,** alloggi autonomi di dimensioni ridotte, senza barriere architettoniche, arricchiti da spazi comuni, iniziative di socializzazione e interventi di volontari. Altri, più organizzati, integrano l'accoglienza abitativa con servizi di portineria sociale e con la possibilità di fornire agli anziani ospiti servizi accessori: collaborazione domestica, badanti, segretariato sociale, telesoccorso. Questi modelli si prestano particolarmente all'applicazione di soluzioni di domotica e teleassistenza, a facilitare l'azione dei servizi territoriali e ad attuare interventi di mediazione di rete e *case-management* leggero.

Una realtà più specifica è quella della comunità alloggio che, come nell'area della disabilità o della psichiatria, può garantire accoglienza abitativa, protezione sociale, sostegno alberghiero e servizi alla persona ad anziani con esigenze di accoglienza temporanea, anche di sollievo. In Lombardia come in altre Regioni che prevedono soluzioni analoghe (ad es. Veneto o Emilia-Romagna) queste comunità non superano abitualmente i 20 posti letto; oltre alle camere, a uno o due letti, sono previsti spazi e servizi comuni. Questi servizi si propongono di perseguire alcune fra le possibili strategie di sostegno abitativo alternative all'istituzionalizzazione (box 3). Come per i Cdi, si tratta di soluzioni nelle quali l'anziano resta in tutto e per tutto

---

([7]) Alcune esperienze estere sono presentate nell'appendice a questo capitolo in www.lombardiasociale.it.

a carico dei servizi di comunità (Mmg, servizi domiciliari sociali e sanitari, provvidenze e previdenze).

Box 3 - Strategie di sostegno abitativo alternative alla Rsa

- mantenimento al domicilio d'origine integrato da servizi accessori
- trasferimento in un nuovo domicilio meglio attrezzato
- ricorso a modelli alternativi come il domicilio sociale o gli stabili di vita comunitaria
- soluzioni temporanee di sollievo in momenti di crisi e di bisogni più acuti, a maggiore o minore protezione sociale e sanitaria
- riconversione e apertura al territorio delle Rsa, con servizi semiresidenziali e residenziali proiettati verso la comunità

Fonte: Costa, 2005 (modificata)

Le soluzioni più recenti sperimentano l'integrazione in un unico complesso di unità d'offerta diverse ma omogeneamente orientate a sostenere la dimensione abitativa. Le unità più frequentemente aggregate sono mini-appartamenti, comunità alloggio, Cdi, servizi di portierato sociale, *case-management* e mediazione di rete. L'integrazione di questi servizi risponde ad alcune esigenze, la più importante delle quali ha a che vedere con la ricerca di una maggiore efficienza gestionale. Aggregare unità d'offerta diverse permette di ottimizzare spazi e risorse professionali e di avvalersi delle possibilità di accreditamento istituzionale previste per alcune di esse, come i Cdi, per dare forza alla gestione d'insieme del complesso. Altrettanto importante è la possibilità di garantire alle persone che vengono incontrate un maggior ventaglio di soluzioni, meglio adattabili alle necessità specifiche degli anziani residenti e al loro mutare nel tempo: accoglienza abitativa di lungo periodo, ricoveri di sollievo temporaneo, accoglienza solo diurna o solo notturna. Nel complesso, si tratta di soluzioni di comunità (gli ospiti mantengono il proprio Mmg e il diritto a usufruire dei servizi domiciliari) che permettono di ampliare il raggio di azione dei servizi tradizionali, rendendo più semplice la gestione dei servizi Adi/Voucher, dei SAD comunali, della medicina generale. Nella loro formulazione più evoluta possono svolgere funzioni di Ospedale di comunità *(country-hospital o low-care unit).*

Le denominazioni abituali (casa albergo, comunità alloggio, abitazioni protette), sembrano ormai inadatte a descrivere la realtà di servizi anche di notevole complessità, entro i confini dei quali possono essere facilmente integrati centri di ascolto, segretariato sociale, patronati, associazioni di familiari e di volontariato, gli sportelli di servizi sociali comunali, centrali di erogazione di servizi domiciliari o i nuovi Centri per l'Assistenza Domiciliare (CeAD) istituiti nel 2010. Più spesso, si preferisce parlare oggi di strutture intermedie, a cavallo fra gli interventi domiciliari tradizionali e le Rsa ([8]). Il

([8]) Il termine strutture intermedie può creare alcuni equivoci, in effetti, rispetto agli analoghi interventi sanitari che la Regione Lombardia propone in forma sperimentale nel settore ospedaliero, come forma di intervento sanitario per acuti di minore intensità o alla terminologia scientifica,

numero esatto di questi servizi non è noto ma le ricerche più recenti ([9]) riportano i dati di attività di alcune decine di unità d'offerta, alle quali vanno aggiunte le esperienze di case albergo e alloggi protetti promossi da Comuni o altri enti pubblici e privati. Nel complesso queste strutture hanno intercettato fino ad oggi alcune migliaia di anziani offrendo loro, nei percorsi di vita o di malattia, servizi che sembrano assolvere efficacemente alle loro esigenze.

Le realtà intermedie sono – per loro natura – aperte e proiettate verso la comunità. Lo stesso Cdi, in questo caso, trova una collocazione naturale, facilitando il superamento delle resistenze al suo utilizzo da parte di anziani e famiglie già descritte nel paragrafo precedente e agevolando lo sviluppo di reti locali d'intervento orientate al prolungamento della domiciliarietà. Il Rapporto 2008 dell'Osservatorio sull'Esclusione Sociale dell'Irer afferma: "Rispetto al successo delle iniziative appare chiaro che mini-alloggi e comunità alloggio sono in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni degli anziani e delle loro famiglie, soprattutto quando costituiscono il nodo di una rete territoriale di servizi per gli anziani".

Il legislatore lombardo comincia a dimostrare interesse verso queste iniziative. Nel 2010 è stata emanata la Dgr 8/11497, che definisce alcuni requisiti minimi per l'esercizio di alloggi protetti per anziani. La delibera sottolinea come essi rispondano soprattutto a fragilità sociali, escludendo l'accoglienza di anziani soli non autosufficienti che richiedano assistenza socio-sanitaria continua. Quest'evoluzione propone temi originali ma contemporaneamente è figlia di alcuni timori dell'amministrazione regionale, preoccupata dalla possibilità di introdurre nel sistema dei servizi un'altra fonte di spesa destinata ad ampliare ulteriormente il budget destinato agli anziani. È una preoccupazione comprensibile, anche se alcune osservazioni già riportate in altri capitoli del volume suggeriscono anche possibili spazi di razionalizzazione e di migliore utilizzo delle risorse più costose.

Ad esempio, se si analizza la distribuzione Sosia dei residenti nelle Rsa lombarde, emerge come poco più di un quinto dei 19 milioni di giornate di degenza in Rsa rendicontati nel 2007 riguardino persone appartenenti alle classi Sosia 7 e 8; una

---

che descrive le *"intermediate care" o "transitional care"* come soluzioni idonee a sostenere la fase di dimissione ospedaliera e di riconsegna della persona ai servizi formali di comunità.

([9]) È possibile citare la ricerca promossa da Caritas Ambrosiana nel 2000 che ha censito e analizzato la popolazione storica, i dati di attività e i modelli organizzativi di 10 comunità alloggio diffuse su tutto il territorio regionale. O i dati ricavabili dal rapporto finale 2008 dell'Osservatorio regionale sull'esclusione sociale dell'Irer "Mappatura dei servizi socio-assistenziali rivolti a contrastare la povertà estrema e le nuove forme di povertà nonché le condizioni di fragilità in particolare degli anziani", che analizza le caratteristiche e gli obiettivi di 24 fra comunità alloggio e minialloggi protetti lombardi. O, infine, il rapporto "Abitare e anziani: dal ventaglio di soluzioni a una proposta di azioni", curato dal Laboratorio Politiche sociali del Politecnico di Milano per il progetto *Healthy Urban Planning – Healthy Cities 2005-2007,* che ha preso in considerazione le strutture attive sul territorio di Milano.

parte di queste potrebbe probabilmente trovare accoglienza anche in strutture di minore intensità. Il tema è complicato da alcuni limiti strutturali del Sosia, che rendono incompleta la relazione fra classe assegnata e gravosità assistenziale, soprattutto nei pazienti con demenza. La maggior parte degli ospiti dei nuclei Alzheimer, infatti, si distribuisce fra le classi 5 e 7, e molti di questi ultimi presentano problemi poco compatibili con l'accoglienza in una struttura residenziale gestita con modalità tradizionali. Il quadro cambia se la struttura adotta modelli d'intervento dedicati: persone con demenza e capacità di deambulazione conservate potrebbero essere accolte anche in residenze sociali di primo livello, quando queste abbiano caratteristiche architettoniche e una formazione del personale idonea a un approccio protesico e non contenitivo ([10]). Ne potrebbero beneficiare soprattutto gli anziani con comportamenti meno problematici, come il vagabondaggio o l'affaccendamento afinalistico. Dall'altra parte, una parte degli ospiti di Rsa assegnati alle classi Sosia più gravi (da 1 a 4) potrebbero far parte di un target potenziale di collocazione alternativa alle Rsa, quando non siano presenti instabilità cliniche o specifiche patologie di particolare complessità.

Nell'insieme, è evidente che si tratta di un mondo in rapida evoluzione, che sta già in buona misura disegnando lo scenario dei servizi futuri. Saranno necessari il superamento di alcune abitudini culturali e il coraggio di dare fiducia ai risultati ormai convincenti di sperimentazioni e buone prassi: il sostegno finanziario del Fondo sanitario, a copertura degli oneri riferibili all'assistenza diretta, eserciterebbe un forte stimolo sullo sviluppo di queste alternative, a costi comunque molto più contenuti rispetto a quelli delle Rsa.

10.3. Il percorso assistenziale

Nel capitolo 6 si è visto come in Lombardia la valutazione, la progettazione dell'intervento e la presa in carico di bisogni "semplici" avvengano perlopiù mediante procedure e risposte codificate all'interno dello specifico settore interessato (sociale, sanitario o socio-sanitario). Per il bisogno "complesso" e multifattoriale, che necessita di più prestazioni integrate fra loro, invece, mancano sia un punto d'accesso unico sia un'équipe che abbia una visione unitaria del problema.

([10]) Secondo i modelli più aggiornati ed efficaci di cura delle persone con demenza, l'ambiente rappresenta uno degli ostacoli più frequenti alla normale espressione delle esigenze di una persona con demenza, fonte di stress per l'interessato e per i caregiver più esposti; a volte, è proprio l'ambiente o l'atteggiamento dei caregiver la fonte primaria delle anomalie del comportamento più difficili da controllare. Un setting di cura ben orientato, una progettazione architettonica adeguata buone scelte ambientali e di contesto possono sostenere le difficoltà specifiche della persona con demenza, permettendo una buona qualità di vita complessiva senza dover ricorrere a presidi di contenzione fisica o farmacologica.

In passato, al contrario, il Progetto Obiettivo Anziani approvato dalla Regione Lombardia nel 1995 (Regione Lombardia, 1995) aveva affidato le funzioni di regia degli accessi alla rete dei servizi e quelle d'integrazione tra sociale e sanitario all'Unità di Valutazione Geriatrica (Uvg), della quale una successiva delibera di indirizzi – del 1998 – precisava:

- le finalità: la definizione del "piano di intervento globale personalizzato";
- gli obiettivi, riferiti al singolo caso ("la valutazione, il più possibile omogenea, razionale e complessiva, dei bisogni sanitari e socio-assistenziali di chi richiede di poter accedere alla rete dei servizi") e di rete ("l'utilizzo ottimale dei servizi e delle risorse disponibili, al fine di rispondere alle singole richieste con efficacia, senza discriminazioni, con efficienza e integrando le diverse componenti");
- le modalità operative: la continuità tra valutazione e intervento (criterio di composizione dell'Uvg è "la possibilità di saldare il momento della valutazione a quello della presa in carico e della "gestione" del caso, attraverso il coinvolgimento delle figure professionali rappresentative delle principali articolazioni della rete");
- la collocazione, a livello distrettuale e sull'interfaccia tra sistema sanitario e sistema socio-assistenziale.

Tuttavia, la realizzazione concreta delle Uvg sul territorio lombardo – complice anche un insufficiente ruolo di verifica e di controllo da parte della stessa Regione – fu solo in scarsa misura influenzata dalle indicazioni sopra ricordate riguardanti la sua composizione, le competenze valutative dei propri membri e il coinvolgimento delle figure professionali rappresentative dei servizi. Pur in una realtà molto differenziata, non priva di situazioni locali di eccellenza, prevalsero sovente logiche e modelli di natura burocratico-autorizzativa. Si perse così di vista la reale funzione della valutazione multidimensionale come strumento per definire, in risposta ai bisogni ed alle risorse del singolo anziano e del suo nucleo familiare, le concrete possibilità di intervento della rete dei servizi. Come scrisse uno di noi circa 10 anni fa, "in molte realtà della nostra Regione l'Uvg è stata attivata solo in funzione dell'avvio di specifici servizi, quale strumento di autorizzazione all'ammissione ad essi (l'Adi in un primo tempo, quando le possibilità di ottenere i relativi finanziamenti erano subordinate alla sua attivazione; poi l'ammissione alle Rsa, con l'intervento dell'Uvg richiesto per lo più "a sanzione" di una decisione già presa, in funzione solo dell'autorizzazione al ricovero e della classificazione dell'utenza: vera e propria "commissione" chiamata a valutare non la persona anziana ma la sua documentazione …)" (Guerrini, 2001).

Questa situazione, in una sorta di eterogenesi dei fini, vide la valutazione (meglio, l'applicazione di strumenti di valutazione) diventare, nei fatti, l'obiettivo dell'Uvg, anziché rappresentarne lo strumento fondamentale per conseguire il vero fine, cioè la definizione di un progetto capace di garantire all'anziano la risposta più adeguata ai suoi bisogni; la pur doverosa preoccupazione per l'appropriatezza degli accessi e per l'uso ottimale delle risorse prese il sopravvento sullo scopo primario, quello di garantire il difficile equilibrio tra il soddisfacimento dei bisogni del singolo e l'utilizzo equo e razionale delle limitate risorse disponibili.

La decisione dell'amministrazione regionale – presa all'inizio del decennio in esame – di abolire le Uvg non è sembrata, però, originare principalmente dall'analisi critica delle loro modalità operative e dalla verifica dei risultati conseguiti. Se si fosse voluto affrontare i problemi delle Unità Valutative, infatti, numerosi sarebbero stati gli interventi correttivi possibili, come valorizzare le pur diffuse "buone pratiche" e vincolare i finanziamenti al rispetto degli indirizzi definiti.

Il punto principale, infatti, non era che le Uvg incontravano alcune difficoltà, bensì che la loro presenza non risultava coerente con il disegno della riforma lombarda. Una funzione di definizione di un progetto globale d'intervento e di filtro/autorizzazione/regia degli accessi alla rete dei servizi socio-sanitari entrava in contraddizione con alcuni capisaldi delle nuove politiche sociali, in particolare: *a*) la libertà, da parte delle persone che accedono alla rete, di decidere autonomamente la tipologia del servizio che più risponde alle loro esigenze e di scegliere (non solo per i servizi residenziali, ma anche per quelli domiciliari) a quale soggetto erogatore rivolgersi, *b*) la competizione, nel "quasi mercato" dei servizi, tra i diversi gestori accreditati. L'abolizione dell'Uvg diventava allora la conseguenza logica dell'importanza assegnata alla libertà di scelta e del primato riconosciuto, nelle enunciazioni, alla domanda nei confronti dell'offerta. Si è notato, peraltro, nei capitoli precedenti, come l'effettiva espressione della libertà di scelta degli utenti e delle loro famiglie sia limitata non solo dalla carenza dei servizi disponibili ma anche dalla difficoltà, per gli utenti in condizioni di particolare "fragilità" e per i loro parenti, di individuare le risposte più adeguate ai bisogni e di orientarsi nel complesso sistema dei servizi.

Su un piano sistemico, la rinuncia da parte della Regione Lombardia – unica in Italia (Guaita, 2009) – a uno strumento di regia degli accessi, in grado di mettere a confronto i bisogni complessi degli anziani con le reali possibilità d'intervento dei vari servizi (e delle reti informali) e di promuovere l'integrazione e la collaborazione operativa tra sociale e sanitario e tra le diverse unità di offerta, segnò l'allontanamento dalla logica delle "rete" integrata e l'abbandono di un percorso, faticoso, di condivisione di un approccio sistemico e di coinvolgimento in un progetto globale.

Il tema del percorso assistenziale è stato affrontato in alcuni passaggi dei precedenti tre capitoli dal punto di vista dei singoli servizi mentre nel capitolo 6 lo si è discusso con riferimento alla complessiva riforma lombarda ([11]). Rimandando a tali contributi per gli specifici approfondimenti qui è parso opportuno richiamarlo – seppur brevemente – così da sottolinearne la centralità nel cambio di modello dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

([11]) Oltre che nel capitolo 6 – interamente dedicato a esso – alcuni spunti sul percorso assistenziale si trovano pure nel 4 e nel 5. Questi capitoli mostrano anche come – almeno a livello di enunciazioni generali – la seconda parte dell'ultima legislatura abbia visto una maggiore attenzione, da parte dell'amministrazione regionale, verso l'argomento; in merito si veda pure il capitolo 1.

Bibliografia

Costa G. (2006), *Abitare e anziani. Dal ventaglio di soluzioni a una proposta di azioni*, Consulenza DIAP-Politecnico di Milano, *Healthy Urban Planning – Healthy Cities 2005-2007*.

Guaita A. (2009), *Le Uvg tra benessere dell'anziano ed efficienza della rete*, in NNA Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli.

Guerrini G., *Ripensare le Unità di Valutazione Geriatrica: le ragioni di una crisi e le ipotesi per il futuro. Riflessioni sull'esperienza lombarda*, *G. Gerontol*, 49:281-284, 2001.

Irer (2008), *Osservatorio regionale sull'esclusione sociale: mappatura dei servizi socio-assistenziali rivolti a contrastare la povertà estrema e le nuove forme di povertà nonché le condizioni di fragilità in particolare degli anziani,* Milano.

Regione Lombardia, 1995, *Progetto obiettivo anziani*, Milano, Regione Lombardia.

11. L'offerta di servizi e il percorso di vita

Laura Abet, Renzo Bagarolo, Diletta Cicoletti e Giovanni Merlo

11.1. Premessa

Inizia qui la sezione del volume dedicata agli interventi rivolti alle persone con disabilità, composta da quattro capitoli. Il primo, questo, riporta l'insieme dell'offerta dei servizi. Il secondo discute le risposte del territorio e del sistema semiresidenziale a ciclo diurno, il terzo esamina i servizi residenziali e il quarto capitolo, conclusivo, propone una valutazione sull'insieme delle politiche per le persone con disabilità. Come nel resto del libro, si esamina sia la legislatura 2005-2010, che il recente decennio di riforma del welfare lombardo.

Questo capitolo tratteggia lo scenario in cui collocare le successive analisi. Da una parte, descrive il sistema complessivo dell'offerta, come si configura dopo i numerosi cambiamenti degli ultimi anni. Dall'altra illustra il percorso di vita delle persone con disabilità, con particolare attenzione ai suoi passaggi più critici. Si vuole cominciare a mettere a confronto la realtà dell'offerta dei servizi e le esigenze di chi vive la disabilità, nelle diverse fasi della propria esperienza. Capire se – e come – le politiche di welfare in Lombardia riescano a far effettivamente incontrare offerta e bisogni, costituisce l'interrogativo di fondo del nostro percorso concernente la disabilità: qui lo mettiamo sul tappeto, nei prossimi due capitoli lo affrontiamo con riferimento a servizi diversi e nell'ultimo della sezione proponiamo una risposta globale.

11.2. L'offerta di servizi

In coincidenza con lo svolgersi delle legislature regionali 2000 – 2010 sono intervenute importanti novità destinate a cambiare radicalmente il concetto stesso di disabilità. L'evoluzione culturale e scientifica ha modificato in profondità l'approccio alla disabilità, non più descritta come condizione individuale e soggettiva della persona ma come "relazione tra una persona con una menomazione e barriere ambientali e comportamentali che ne impediscono il pieno sviluppo e la partecipazione alla vita sociale".

Questo approccio ha trovato piena realizzazione nella Convenzione Onu sui

diritti delle persone con disabilità (2006) ([1]), ratificata dal Parlamento con legge n. 18 del 3 marzo 2009, divenendo così – a tutti gli effetti – parte dell'ordinamento italiano. La Convenzione riconosce la disabilità come forma specifica di discriminazione ed è anche uno strumento di azione perché impegna gli Stati ad attivarsi per *"promuovere, proteggere e garantire il pieno ed eguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità"* ([2]) Per quanto riguarda l'orientamento delle politiche sociali e il funzionamento dei servizi, l'articolo 19 riconosce *".. il diritto di tutte le persone con disabilità … di scegliere … il proprio luogo di residenza, dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione"* ([3]).

Indicando la parità di opportunità e la piena inclusione sociale dei diritti umani, che devono essere garantiti a tutte le persone con disabilità, la Convenzione Onu offre una serie di indicatori, precisi e vincolanti, per valutare se e in che misura le politiche sociali stiano effettivamente promuovendo e rispettando i diritti delle persone che ad essi fanno riferimento.

Nella seduta del 3 marzo 2009 il Consiglio Regionale della Lombardia ha approvato all'unanimità una mozione che impegna il Presidente e la Giunta regionale a verificare che si attuino i principi sanciti nella Convenzione Onu nei differenti settori dell'Amministrazione ([4]). Con questa mozione si sancisce l'obbligo di occuparsi di progettazione e programmazione degli interventi in favore delle persone con disabilità seguendo i principi di "Inclusione sociale, parità di trattamento, parità di opportunità, non discriminazione e vita indipendente" ([5]). L'intervento è ancor più necessario perché rimangono a tutt'oggi diffuse le violazioni dei diritti umani fondamentali dei cittadini con disabilità, tanto da avere previsto una specifica legge antidiscriminatoria a livello nazionale oltre alle norme costituzionali già previste ([6]). La

---

([1]) L'Italia ha firmato la Convenzione il 30 marzo 2007.

([2]) Art. 1 Convenzione Onu.

([3]) La Convenzione Onu inoltre indirizza e vincola l'attività dei servizi sociali nel *"consentire loro di vivere nella società e di inserirsi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione"*. Dichiara che tutti i *"servizi e le strutture sociali siano messe a disposizione … delle persone con disabilità e siano adattate ai loro bisogni" (Art. 19 lettera b, c)*

([4]) Deliberazione VIII/0813 "il Presidente e la Giunta regionale si impegnano a verificare che si attuino i principi sanciti nella Convenzione Onu nei differenti settori dell'Amministrazione (…) costruendo percorsi di studio e di ricerca perché ci sia la completa attuazione della Convenzione nella legislazione, nei regolamenti, negli atti amministrativi regionali, a coinvolgere attivamente le persone con disabilità e le loro organizzazioni più rappresentative in ogni processo connesso all'attuazione della Convenzione".

([5]) Art. 3 Convenzione Onu.

([6]) Legge 67 del 1° marzo 2006, "Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni", intende promuovere la piena attuazione del principio di parità di trattamento e di pari opportunità nei confronti delle persone con disabilità, al fine di garantire alle stesse il pieno godimento dei loro diritti civili, politici, economici e sociali. Ha inoltre introdotto una procedura snella e semplice che le persone con disabilità possono utilizzare per contrastare le discriminazioni subite a loro danno.

disamina di quanto avvenuto in Lombardia negli ultimi anni non poteva che partire da questo cruciale atto del Consiglio. Vediamo ora come si presenta oggi il quadro dell'offerta.

Il precedente volume ([7]) esaminava l'evoluzione della normativa regionale nel periodo 2000-2005, in cui in particolare l'azione regionale si era evoluta a partire dal 2002 attraverso le delibere attuative della legge 328/2000. Ma solo nel 2008 si è giunti alla definizione di una legge regionale sul sistema complessivo dei servizi. Nello specifico la Regione Lombardia si è dotata della legge quadro "Legge Regionale 12-3-2008 n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario", che si occupa di regolare la rete dei servizi per *"promuovere condizioni di benessere e inclusione sociale della persona famiglia e della comunità e prevenire e rimuovere o ridurre situazioni di disagio dovute a condizioni economiche psicofisiche o sociali"*. L'art. 11 attribuisce alla Giunta regionale il compito di individuare la "rete di offerta sociale" e quella "dei servizi socio-sanitari". Nel settore disabilità in realtà queste deliberazioni erano già state effettuate e quindi l'approvazione della legge non ha modificato sostanzialmente la realtà di un sistema di servizi di per sé già riformato e riordinato dall'attività della Giunta regionale negli anni precedenti.

11.2.1. *Unità di Offerta (UO) Sociali* ([8])

Il sistema di Unità d'offerta Sociali (UO sociali) è costituito dalle Comunità Alloggio e dai Centri Socio Educativi ([9]) oltre che dai Servizi Formativi all'Autonomia ([10]).

Lo *Sfa (Servizio per la formazione all'autonomia in regime diurno)* è un servizio sociale territoriale rivolto a persone con disabilità che non necessitano di servizi ad alta protezione, ma di interventi a supporto e sviluppo di abilità utili a creare maggiori autonomie spendibili per il proprio futuro, nell'ambito del contesto familiare, sociale, professionale.

Questo servizio si rivolge a persone con disabilità di età compresa tra i 16 e i 35 anni, e a persone di età superiore ai 35 anni con esiti da trauma o da patologie invalidanti che, dimessi dal sistema sanitario o socio-sanitario, necessitino, per una loro inclusione sociale, di un percorso di acquisizione di ulteriori abilità sociali. Non possono accedere allo Sfa persone con prevalenza di patologie psichiatriche o in situazione di dipendenza da sostanze.

([7]) *Politiche sociali di centro-destra La riforma del welfare lombardo*, a cura di Cristiano Gori, Carocci.

([8]) Dgr 7437 13.6.2008 Individuazione unità di offerta sociali ex art. 4 l.r. 3/2008. La stessa Dgr afferma: "è un elenco meramente ricognitivo delle diverse tipologie di Offerta Sociali presenti in Regione Lombardia, individuate con precedenti provvedimenti amministrativi, ad eccezione della nuova UO Servizio di Formazione all'Autonomia" (Dgr 20736/2005 Centri Socio Educativi – Cse e Dgr 20763/2005 Comunità Alloggio – CA).

([9]) Entrambi i servizi fanno riferimento alla Dgr 20763/2005.

([10]) Dgr 7433/2008 Servizio Formazione all'Autonomia – Sfa.

– *I Centri Socio Educativi in regime diurno (Cse)* sono servizi diurni, con una lunga storia regionale, che accolgono persone con diversi gradi di fragilità, non compresi tra quelli riconducibili al sistema socio-sanitario. Sono assicurati interventi educativi e sociali in forma continuativa, finalizzati all'autonomia personale, alla socializzazione, al mantenimento del livello culturale, propedeutici all'inserimento nel mercato del lavoro. I requisiti di autorizzazione al funzionamento e i criteri per l'accreditamento spettano ai Comuni, come accade anche per lo Sfa.

– *Le Comunità Alloggio* invece sono UO sociali nell'ambito della residenzialità e accolgono persone con disabilità la cui fragilità non sia compresa tra quelle riconducibili al sistema socio-sanitario; i requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e i criteri per l'accreditamento spettano ai Comuni. Le tipologie di intervento riguardano: interventi educativi, abilitativi di mantenimento, finalizzati all'autonomia e socializzazione con un massimo di capacità di 30 utenti e un finanziamento attuato mediante i Fondi conferiti ai Pdz e gli altri costi a carico dei Comuni, che si rivalgono in tutto o in parte sulle famiglie.

Questa unità d'offerta, di per sé caratterizzata da un elevato grado di flessibilità, rappresenta ancora una minima parte del complessivo sistema d'offerta sociale.

All'interno del sistema generale rientrano anche i buoni sociali, che sono una provvidenza economica compensativa dell'assistenza resa dalla famiglia, la cui gestione è affidata ai Comuni. I buoni sono distribuiti in base all'Isee per favorire la domiciliarietà e diversificare l'offerta dei servizi.

11.2.2. *Unità di Offerta (UO) socio-sanitarie* [11]

L'altra parte del sistema d'offerta è costituito dai servizi che rientrano nell'area socio-sanitaria.

– *I Centri Diurni per persone con Disabilità (Cdd)* rappresentano attualmente la parte maggiore in termini quantitativi del sistema di offerta di servizi diurni: sono servizi semiresidenziali che assicurano prestazioni socio-sanitarie e accolgono persone con disabilità classificati nelle 5 classi Sidi [12] (strumento di valutazione per l'accesso in struttura), di età superiore ai 18 anni e, di norma, fino ai 64.

La Dgr 8501 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2009", all. 17 "Linee di indirizzo per i servizi socio-sanitari" – riporta alcune opportunità di miglioramento per le attività prestate nei Cdd, ampliando giornate e orari di apertura e offrendo ulteriori servizi alla persona, come il servizio di *case manager,* l'attivazione o progettazione di interventi innovativi sulla cronicità, l'offerta di un servizio di ricoveri notturni temporanei. La stessa flessibilità si prevede anche per Css, Rsa e Cdi (Unità di offerta socio-sanitarie per anziani).

---

(11) Dgr 7438 13.6.2008 Individuazione unità di offerta socio-sanitarie *ex* art. 5 l.r. 3/2008 (Dgr 18334/2004 Centri Diurni per persone con Disabilità – Cdd e Dgr 12620/2003 Residenze Sanitarie assistenziali per Disabili – Rsd).

(12) Si parlerà per esteso dello strumento Sidi nel corso di questo capitolo.

– *Le Residenze Sanitarie assistenziali per Disabili (Rsd)* rappresentano, come i Cdd, una parte consistente delle UO socio-sanitarie presenti in Lombardia. Sono servizi residenziali e accolgono persone con disabilità grave, non assistibili a domicilio, classificati nelle 5 classi Sidi, di età compresa tra 18 e, di norma, i 64 anni. Le prestazione sono ad elevato grado di integrazione sanitaria, prevedendo interventi riabilitativi per una residenzialità che può diventare anche permanente, ma sempre sulla base di programmi individualizzati predisposti dalla struttura stessa.

– *Le Comunità Alloggio Socio Sanitarie (Css)* ([13]) a differenza delle altre UO socio-sanitarie, rappresentano quantitativamente una minima parte del sistema. Le Comunità possono accogliere persone con disabilità con diversi gradi di fragilità e sono considerate come luogo di abituale dimora per persone con disabilità privi di sostegno familiare. Sono comunità per adulti caratterizzate da flessibilità organizzativa per il miglioramento della qualità della vita, attraverso sostegno e sviluppo delle abilità individuali per lo svolgimento autonomo delle basilari attività della vita quotidiana.

– *Il voucher socio-sanitario*: è un titolo d'acquisto istituito con l'obiettivo di sostenere l'assistenza domiciliare integrata (Adi), svolta da soggetti accreditati presso l'Asl, pubblici e privati, profit e non profit, che consente di avere un supporto alla fragilità al domicilio e di scegliere liberamente la modalità e gli erogatori dell'assistenza ([14]).

Un'ulteriore delibera ([15]) ha stabilito poi che le prestazioni socio-sanitarie di lungo assistenza per le Comunità socio-sanitarie sono acquistabili dalla persona tramite il voucher socio-sanitario. Gli operatori individuati dall'Asl e la Comunità predispongono il progetto individualizzato che contiene il tipo di assistenza e la frequenza dell'erogazione.

11.2.3. *Altre opportunità nel complessivo sistema d'offerta*

La progressiva riforma del sistema d'offerta di servizi per le persone con disabilità e la recente normativa ha aperto la strada ad opportunità ancora in via di sviluppo, che non sono un'assoluta novità nello scenario regionale, ma che possono rappresentare un'ulteriore occasione per la tutela dei diritti di accesso al sistema dei servizi rivolti alle persone con disabilità.

– *Lo Sportello Disabili* assolve le funzioni divulgative fornendo informazioni e consulenza personalizzata, attraverso la diffusione di notizie e appuntamenti su si-

---

([13]) Le Css non sono menzionate nella Dgr 7438 13.6.2008, ma previste nell'All. b della Dgr 8496/2008 "Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento contratto e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle UO socio-sanitarie", facendo riferimento alla Dgr 18333/2004 Comunità Alloggio Socio-Sanitarie per persone con Disabilità.

([14]) Dgr 12902/2003 Voucher socio-sanitario.

([15]) Dgr 18333/2003 Voucher socio-sanitario di lungo assistenza per comunità socio-sanitarie.

ti internet e newsletter ed è presente sul territorio lombardo grazie al Camper Mobile dello Sportello Disabili.

Nel corso del 2009 sono stati evasi 13.289 quesiti, dato che fa emergere da un lato il successo dell'iniziativa, dall'altro l'elevato bisogno di informazione e di orientamento presente sul territorio regionale.

– *L'ufficio di Protezione Giuridica* ([16]) si rivolge alle persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi, e prevede lo sviluppo di servizi e iniziative per garantire il diritto ad avere al proprio fianco un Amministratore di sostegno (legge n. 6/2004).

– *L'Ufficio di Pubblica Tutela* ([17]), istituito presso le Asl e le Aziende Ospedaliere, è uno spazio per la promozione dei diritti del cittadino con disabilità, che fornisce agli utenti (persone con disabilità e loro famiglie) un supporto nella tutela dei loro diritti. L'Upt interviene mediante l'esame, lo studio e l'indagine di casi concreti, al fine di consentire agli utenti di tutelare i propri diritti inerenti alle prestazioni in materia sanitaria e socio-sanitaria.

– *Il Cpv – Centro per la Vita autonoma e indipendente* accompagna le persone con disabilità fisica nella definizione di un proprio progetto di vita. È un'iniziativa sperimentale che fa parte di un più ampio contesto riguardante la progettazione personalizzata di percorsi di vita autonoma ed indipendente per persone con disabilità fisica a prevalenza motoria.

11.3. Il percorso di vita

Il fenomeno della disabilità attraversa tutte le fasi della vita. Si può "diventare disabili" in qualunque momento, ma ciò che determina la disabilità non è la comparsa di una menomazione, bensì l'incontro con le "barriere di diversa natura" che "possono ostacolare la … piena ed effettiva partecipazione nella società su base di eguaglianza con gli altri" ([18]).

In questa prospettiva, come anticipato, pare opportuno incrociare l'offerta di servizi con il percorso di vita individuale. Può essere utile delineare alcune situazioni comuni e descrivere le risorse che il sistema dei servizi in Lombardia mette in campo per sostenere i percorsi di vita delle persone con disabilità.

11.3.1. *L'avvio del percorso di vita e la presa in carico dei servizi specialistici*

Dopo la diagnosi, che per le famiglie rappresenta un momento particolarmente difficile, di sofferenza e di accettazione, il servizio pubblico di riferimento per i bam-

---

([16]) Circ. n. 9 27.6.2008 in applicazione art. 9 l.r. 3/2008.

([17]) Dgr. 10884 23.12.2009 Linee guida relative all'organizzazione e al funzionamento degli Uffici di Pubblica Tutela (Upt) delle aziende sanitarie.

([18]) Convenzione Onu, Preambolo, lettera *e*).

bini con disabilità è l'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Uonpia), un soggetto specialistico che svolge attività nell'ambito della tutela della salute e del "benessere" nell'infanzia e nell'adolescenza. Oltre al servizio pubblico le attività di carattere riabilitativo possono essere svolte anche da strutture private accreditate. Gli enti gestori (prevalentemente del privato sociale) possono offrire tra gli 0 e i 18 anni, anche grazie ai provvedimenti varati nel corso di quest'ultima legislatura, una vasta gamma di proposte e iniziative. Il compito della presa in carico è formalmente in carico ai Comuni, ma la gran parte dei servizi sociali comunali sostengono solo le situazioni sociali più difficili, attraverso interventi di carattere economico o assistenziale.

La presa in carico ha un approccio sostanzialmente sanitario, dedicato alla cura ed alla riduzione degli effetti "invalidanti" della menomazione: gli interventi si occupano del potenziamento delle capacità complessive del bambino.

Quando sono attivi, gli Asili Nido rivelano una particolare capacità di accoglienza dei bambini con disabilità: sono ancora molti, però, i bambini che affrontano il primo vero distacco dalla famiglia all'età di 3 anni, con l'ingresso nella scuola dell'infanzia.

Attraverso il processo di certificazione i bambini con disabilità possono avere accesso ad una serie di benefici e opportunità previste dalle diverse normative in vigore. Anche nel mondo scolastico, nonostante le difficoltà dovute a drastiche riduzioni di risorse, si conducono processi di inclusione significativi. Questi ultimi hanno visto un progressivo estendersi di occasioni di inclusione sociale dall'ambito della scuola a quelli educativi, sportivi e del tempo libero. A fronte di una serie di opportunità che i bambini con disabilità hanno è necessario evidenziare le criticità ancora presenti e in alcuni casi emergenti. In particolare si riscontra la condizione di solitudine delle famiglie al di fuori di spazi e momenti organizzati dei figli e soprattutto nei diversi momenti di passaggio nella vita dei bambini, mancando di fatto un punto di riferimento unitario e riconosciuto che si ponga al fianco delle famiglie che verifichi l'utilizzo delle risorse e l'efficacia degli interventi. In generale in questa fase l'attenzione ai genitori è residuale ed è solo in funzione dei problemi del figlio: non esiste infatti un luogo in cui i genitori possano trovare sostegno personale per affrontare i nodi che determinano e determineranno sempre di più le condizioni di disabilità del figlio.

Anche l'integrazione scolastica vede i bambini con situazioni complesse sempre più relegati fuori dalla classe, in ambiti riservati (aule di sostegno, classi potenziate, scuole speciali) nonostante la legge tuteli il diritto alla piena integrazione scolastica.

Inoltre, con frequenza sempre più crescente, si ricorre all'inserimento dei bambini in strutture semiresidenziali socio-sanitarie o socio educative (i cosiddetti "Cdd / Cse *piccoli*") che, nel complessivo sistema dei servizi e delle prestazioni, rappresentano un'unità di offerta non definita in modo standardizzato, per la quale è pre-

visto un accreditamento struttura per struttura: l'obiettivo è quello di favorire l'integrazione del bambino con disabilità promuovendone l'autonomia e le potenzialità relazionali. Queste strutture sopperiscono in parte alle carenze della scuola, offrendo servizi specialistici, in grado di portare avanti progetti educativi. Una scelta effettuata in assenza di un vero dibattito pubblico e di una verifica sul rispetto della normativa in vigore sull'obbligo scolastico.

11.3.2. *L'adolescenza e l'ingresso nella vita adulta*

Nell'età compresa tra i 15 ed i 25 anni i ragazzi con disabilità ed i loro familiari prendono contatto con l'insieme di diritti e servizi che contraddistingueranno la vita adulta. Il sistema di tutela offerto dalla scuola viene meno, le attività riabilitative vedono via via esaurire la loro funzione e anche le relazioni sociali si complicano con il progressivo accentuarsi dell'importanza della performance nelle attività extra scolastiche dei ragazzi e per tendenze protettive ancora presenti in molte famiglie nei confronti dei figli con disabilità. Nel vissuto di molti ragazzi e dei genitori si tratta di una seconda fase di incontro con la disabilità: nel momento in cui i ragazzi sentono il desiderio di uscire di casa, di prendere le distanze dai genitori, di sperimentarsi in diverse situazioni, le porte iniziano a chiudersi.

L'entrata nella maggiore età per le persone con disabilità significa il passaggio da un sistema di servizi e opportunità protettivo e inclusivo, ad un sistema rigido in cui, a seconda del "grado" di disabilità si prevede un percorso di vita prestabilito.

Il sistema di welfare in Lombardia, analogamente a quello nazionale, muove dall'assunto che sia bene favorire "la permanenza a domicilio della persona con disabilità", e in questa ottica si prevedono servizi di assistenza domiciliare, che sostengono il prolungamento nel tempo del compito assistenziale della famiglia, offrendo diversi benefici a supporto di questa funzione.

Per il momento l'attenzione della Giunta regionale sul tema delle promozione della vita indipendente si è concentrata più sugli aspetti culturali e informativi che su quelli di carattere economico, attraverso la realizzazione di sportelli dedicati presso tutte le Asl e alla promozione di due Centri per la progettazione della vita autonoma e indipendente a Brescia e a Milano.

11.3.3. *La vita adulta delle persone con disabilità*

La vita adulta delle persone con grave disabilità in Lombardia prevede la permanenza prolungata nel proprio nucleo familiare d'origine, l'inserimento lavorativo o la frequenza in un servizio diurno con un diverso grado di protezione. La tradizionale ricchezza lombarda di organizzazioni di Terzo Settore favorisce inoltre la frequenza in attività di tempo libero "dedicate" oppure la partecipazione a società sportive.

Il sistema dei servizi sociali diurni in Lombardia (Sfa – Cse – Cdd), pur non prevedendolo esplicitamente, si è progressivamente plasmato prevalentemente sul-

le caratteristiche delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e in alcuni casi delle persone con disabilità neuromotorie complesse.

La vita adulta delle persone con grave disabilità appare un lungo "unicum" che inizia dal momento dell'inserimento in una struttura, in genere tra i 16 ed i 25 anni, fino al compimento dei 65 anni o al momento in cui la famiglia non riesce più a sostenere autonomamente l'assistenza personale. Il percorso di vita tiene insieme forti legami con il territorio e per contro una scarsa interazione con l'insieme della comunità sociale di appartenenza. È garantita una forma di "benessere quotidiano", ma non si consente alla persona di proiettarsi in un futuro dinamico, non permettendo o non favorendo l'espressione di proprie ambizioni, desideri e progetti.

11.3.4. *La terza età e il sistema residenziale*

Fino a pochi anni fa il tema della terza età delle persone con disabilità non era all'ordine del giorno. Oggi sta diventando il tema e la sfida centrale del sistema di welfare: lo mostrano i dati ([19]) e lo dice l'esperienza degli operatori dei servizi semiresidenziali e residenziali della Lombardia. Si sta infatti affacciando alle porte della terza età la prima generazione di persone con disabilità che hanno sperimentato e vissuto in condizioni di integrazione mai raggiunti dalle generazioni precedenti, precocemente istituzionalizzate.

A queste persone il sistema di welfare regionale mette a disposizione un'offerta residenziale dedicata, mentre il supporto specifico alla vita indipendente (legge 162/1998) è lasciato ad iniziative autonome delle amministrazioni comunali. A oggi la persona con disabilità adulta o anziana, nel momento in cui lascia il suo nucleo familiare originario, può verificare la possibilità di entrare – a seconda del livello di gravità e in base ai posti disponibili – in una delle unità di offerta residenziale (Csa, Css, Rsd). L'alternativa è l'inserimento nelle strutture residenziali per anziani (Rsa), ma con possibili problemi di adattamento ad ambienti pensati sulle caratteristiche di anziani ultraottantenni in condizioni di grave non autosufficienza.

La Regione Lombardia propone nei bilanci sociali 2005-2008 (tabella 11.1) un proprio disegno di risposte a disposizione delle persone con disabilità, in relazione al momento della vita che le persone (e loro famiglie) attraversano. La variabile determinante risulta, in questo quadro, la presenza o meno del sostegno familiare incrociata con l'autosufficienza o la non autosufficienza della persona con disabilità. Se la persona è priva di sostegno familiare (quindi prevalentemente nelle fasce d'età 19-65 anni e over65 anni) la proposta di residenzialità è univoca e prevede l'ingresso in Rsd, in Css o in C.A. I dati a nostra disposizione – come vedremo – indicano che la risposta di residenzialità prevalente è l'Rsd.

([19]) Si veda www.disabilitàincifre.it e Istat, 2009. Istat, 2009, *La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale*, Roma, Istat.

Tabella 11.2 - Il percorso di vita

Età	0-14 anni	15-18 anni	19-65 anni	Over65 anni
AUTOSUFFICIENTE con sostegno familiare	Sostegno scolastico	Sostegno scolastico	Soggettività a partecipazione diretta della costruzione del proprio percorso di vita	
	Cure sanitarie	Cure sanitarie	Cure sanitarie	Cure sanitarie
	Riabilitazione	Riabilitazione	Riabilitazione	Riabilitazione
	Mobilità (trasporti)	Mobilità (trasporti)	Mobilità (trasporti)	
			Formazione all'autonomia	
			Inserimento lavorativo	
	Interventi di sostegno alla persona finalizzati all'integrazione sociale	Interventi di sostegno alla persona finalizzati all'integrazione sociale	Interventi di sostegno alla persona finalizzati all'integrazione sociale	
Se privo di sostegno familiare	Residenzialità	Residenzialità	Residenzialità (dal 2006: Soggettività a partecipazione diretta della costruzione del proprio percorso di vita)	Residenzialità
NON AUTOSUFFICIENTE con sostegno familiare	Sostegno scolastico	Sostegno scolastico	Soggettività a partecipazione diretta della costruzione del proprio percorso di vita	
	Cure sanitarie	Cure sanitarie	Cure sanitarie	Cure sanitarie
	Riabilitazione	Riabilitazione	Riabilitazione	Riabilitazione
	Mobilità (trasporti)	Mobilità (trasporti)	Mobilità (trasporti)	
			Formazione all'autonomia	
			Inserimento lavorativo	
	Interventi di sostegno alla persona finalizzati all'integrazione sociale	Interventi di sostegno alla persona finalizzati all'integrazione sociale	Interventi di sostegno alla persona finalizzati all'integrazione sociale	
Se privo di sostegno familiare	Residenzialità	Residenzialità	Residenzialità (dal 2006: Soggettività a partecipazione diretta della costruzione del proprio percorso di vita)	Residenzialità

Fonte: Bilancio sociale 2008, Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale, Regione Lombardia

11.3.5. *La questione della presa in carico*

Il tema della "presa in carico" attraversa tutto l'arco della vita delle persone con disabilità. L'impostazione generale della Giunta regionale tende a privilegiare il rapporto diretto tra utente/famiglia ed ente gestore del servizio. Tale tendenza va in direzione contraria a quanto richiamato dalla normativa nazionale (art. 14,

l. 328/2000) e dalla più recente normativa regionale (art. 6 l.r. 3/2008): in entrambi i casi la regia della presa in carico è data ai Comuni.

In altre parole l'inserimento di una persona in una "Unità di offerta" (ad esempio un Cdd o una Rsd) non passa più necessariamente da un invio da parte del Servizio sociale comunale; esercitando la libera scelta, infatti, il cittadino è messo nelle condizioni di accorciare il tempo che intercorre tra emersione del bisogno e risposta sociale. Le persone con disabilità e le loro famiglie spesso segnalano una mancanza di regia della presa in carico, una scarsa informazione rispetto a quanto effettivamente presente sul territorio, nonché una difficile relazione con i servizi che assumono nei fatti la presa in carico.

La recente l. r. n. 3/2008 riconduce la necessità di una presa in carico da parte dell'ente pubblico, a garanzia di equità e tutela degli utenti. Nello specifico l'articolo 6, comma 4, istituisce il Segretariato sociale finalizzandolo "alla presa in carico della persona" ([20]). La legge regionale attribuisce al Segretariato sociale gestito dai Comuni, in accordo e su richiesta delle persone e dei loro familiari, il ruolo di regia e coordinamento degli interventi attuati da una rete di servizi, sempre più articolata e frammentata. Ad oggi si osserva sul territorio una scarsa possibilità di sviluppo della effettiva funzione di presa in carico, che per essere realizzata appieno, avrebbe bisogno di un incremento di risorse sia in termini economici che di competenze, e di un forte riconoscimento di ruolo che permetta di coinvolgere l'insieme delle realtà sociali attive nel campo della disabilità. Ad oggi il Segretariato sociale svolge le funzioni di un punto informativo, di indirizzo e di avvio della pratica di presa in carico: difficilmente gli operatori riescono a gestire il percorso di presa in carico e a coordinare le azioni.

Ai Comuni in campo socio-assistenziale e sociale sono attribuite le funzioni di controllo di appropriatezza relativamente alle procedure di autorizzazione al funzionamento e accreditamento (con la recente normativa che definisce i requisiti di base per l'accreditamento di alcune unità d'offerta quali Cse e Sfa). Alle Asl in campo socio-sanitario sono attribuite le funzioni di vigilanza e controllo per i servizi semiresidenziali e residenziali quali Cdd e Rsd.

([20]) Per ulteriori approfondimenti sullo sviluppo del Segretariato sociale sul territorio regionale si veda capitolo 6 di Katja Avanzini.

12. Il territorio e il sistema semiresidenziale a ciclo diurno

Laura Abet, Diletta Cicoletti e Giovanni Merlo

In questo capitolo si analizzeranno i dati del sistema dei servizi semiresidenziali a ciclo diurno per le persone con disabilità. Questi dati mettono in luce il percorso di cambiamento che ha coinvolto il mondo dei servizi per le persone con disabilità nelle due ultime legislature. Definito il passaggio dai Centri Socio Educativi ai Centri Diurni per Disabili, il percorso normativo sembra essersi chiuso con la Dgr 7433 del 13 giugno 2008, che definisce i requisiti minimi autorizzativi degli Sfa.

A oggi i servizi più diffusi sul territorio regionale sono i Centri Diurni per Disabili, i Cdd; a queste strutture vengono applicate le norme di accreditamento indicate dalla Dgr 18334/2004: gli standard gestionali per l'accreditamento riguardano le figure professionali (ausiliari, educatori, riabilitatori, infermieri, medici, psicologi e volontari qualificati, ma anche operatori specializzati in attività espressive e sportive e maestri d'arte) e i cosiddetti minuti di assistenza per ogni ospite (minimo 900). Sono strutture che provvedono all'erogazione di prestazioni di carattere socio-sanitario a elevato grado di integrazione e alla realizzazione di attività di carattere socio-riabilitativo, riabilitativo ed educativo. Le attività devono essere definite in base a Progetti individualizzati, che prevedano il coinvolgimento delle famiglie, e che devono durare per almeno 35 ore alla settimana e per 47 settimane annue, rivolte a persone con disabilità, dipendenti da qualsiasi causa, la cui fragilità sia compresa nelle 5 classi Sidi, di età compresa tra i 18 anni e i 65 anni.

12.1. Strutture e posti autorizzati (e accreditati) nell'offerta di servizi semiresidenziali a ciclo diurno in Regione Lombardia [1]

A seguito della delibera istitutiva dei Cdd, quasi tutti i Cse si sono adeguati ai nuovi standard per trasformarsi in Cdd; sono pochissime le strutture rimaste allo stato originario, in attesa della successiva delibera.

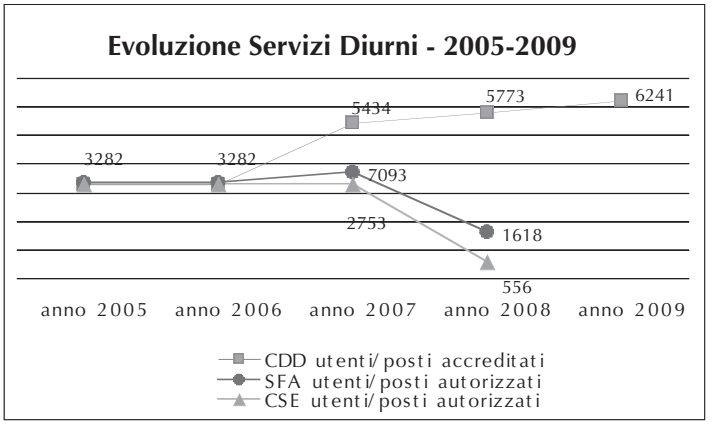
---

[1] La procedura di autorizzazione al funzionamento coinvolge tutte le strutture che vogliano avviare la propria attività. Nel capitolo 11 del presente libro si specifica meglio che la procedura di accreditamento attualmente è normata a livello regionale per i servizi socio-sanitari (e sanitari). In questo caso Cse e Sfa sono tutti autorizzati, in attesa di procedure di accreditamento che possono essere declinate per ogni ambito territoriale, i Cdd sono strutture accreditate dalla Regione Lombardia.

Dal punto di vista quantitativo queste trasformazioni negli anni hanno prodotto una differente distribuzione dei servizi: si è infatti passati da un numero di utenti di Cse pari a 3.275 (anni 2005, 2006, 2007) ad un numero pari a 556 unità, dopo la trasformazione in Cdd. Questi ultimi accrescono la propria utenza di quasi il doppio tra il 2005 e il 2009, segno del passaggio di utenti da una tipologia di servizio come il Cse, ancora orientato al territorio e alla socializzazione ed integrazione sociale, ad un servizio che ad oggi rischia di essere considerato prevalentemente una struttura di accoglienza per l'assistenza delle persone con disabilità.

Infine gli Sfa sono in lieve incremento in termini di numero di unità di offerta, ma in calo in termini di numero di utenti (– 2.109 unità).

Figura 12.1 - Trend di servizi semiresidenziali sociali e socio-sanitari in Regione Lombardia – Anni 2005-2009 *



Fonte: DG Famiglia – Regione Lombardia

* i dati al 31.12.2009 sulle strutture e i posti autorizzati e accreditati sono disponibili solo per Cdd. Per Sfa e Cse i dati si fermano al 31.12.2008, poco prima o a cavallo della Dgr di modifica degli Sfa.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale delle strutture semiresidenziali diurne, permangono le difficoltà di costruzione dell'indice di fabbisogno, derivante dalla complessità del processo d'individuazione e di quantificazione delle persone con disabilità e dei loro molteplici "bisogni"; a livello locale questo dato sembra poter essere più controllabile e verificabile, partendo dall'esperienza delle singole unità d'offerta, dalla mappatura dei servizi sociali e dalle attività di programmazione promosse dagli uffici di piano. Pertanto la distribuzione territoriale dei servizi per ciascuna Asl è il risultato di un equilibrio proprio di ciascun territorio, che provvede a rispondere in base alle risorse e in funzione della presenza degli enti gestori. In questi termini l'Asl città di Milano, ad esempio, ha un'offerta di Cdd decisamente superiore alle altre Asl (913 utenti al 31.12.2008) e la gestione è rimasta prevalentemente in capo al Comune di Milano. Qui ad esempio tutti i Cse sono stati riconvertiti in Cdd, con la conseguente riorganizzazione dei servizi per adeguarli agli stan-

dard strutturali e gestionali – organizzativi previsti dalla Dgr. Complessivamente la provincia di Milano (Asl Mi città, Mi1, Mi2, Mi3) raccoglie il 41,6% di posti autorizzati per Cdd dell'intera Regione.

Tabella 12.1 - Dati distribuzione territoriale strutture semiresidenziali diurne, anno 2008

Distretti Asl	Cse		Sfa		Cdd		Totale Asl	
	n. strutture	n. posti autorizzati	n. strutture	n. posti autorizzati	n. strutture	n. posti autorizzati e accreditati	n. strutture	n. posti autorizzati
BG	1	7	47	383	20	475	68	865
BS	4	45	17	131	29	722	50	898
CO	4	90	11	170	13	351	28	611
CR	6	111	5	135	10	165	21	411
LC	1	6	5	146	9	207	15	359
LO	4	80	4	49	5	120	13	249
MN	1	15	8	88	12	297	21	400
Mi città	3	41	20	–	34	913	57	954
Mi1	1	15	32	159	21	567	54	741
Mi2	1	30	16	0	10	238	27	268
Mi3	4	27	22	14	27	684	53	725
PV	1	1	8	86	12	330	21	417
SO	2	10	3	26	8	187	13	223
VA	6	78	14	201	17	431	37	710
Val Cam	–	–	3	30	4	86	7	116
Totale Strutture e Posti autorizzati V. A.	39	556	215	1.618	231	5.773	485	7.947

In termini di posti autorizzati i Cdd in Regione Lombardia, ad oggi, rappresentano complessivamente il 72,6% dell'offerta semiresidenziale - diurna, mentre gli Sfa rappresentano il 20,4% e i Cse il rimanente 7%. Possiamo quindi affermare con certezza che rispetto al 2005 gli equilibri si sono definitivamente assestati a favore dei Cdd.

Una tendenza che ha, probabilmente, motivazione anche di carattere gestionale, visto che i Cdd sono servizi di carattere socio-sanitario e possono quindi contare, per il loro finanziamento, su una quota del fondo regionale sanitario, mentre i Cse, essendo unità d'offerta socio-assistenziali sono sostenuti esclusivamente dalle risorse comunali e dalle richieste di partecipazione alla spesa verso gli utenti e spesso le loro famiglie ([2]).

([2]) Un confronto con le altre Regioni si trova in Aa.Vv. 2009.

12.1.1. *I progetti di vita indipendente l. 162/1998: l'esperienza lombarda*

La legge 162/1998 ha modificato alcuni articoli della l. 104/1992, introducendo la possibilità per gli enti locali di organizzare servizi e prestazioni per la tutela e l'integrazione sociale delle persone con disabilità grave, qualora venga meno il sostegno familiare. In Lombardia la gestione di questo finanziamento, precedentemente di competenza delle Asl, è dal 2006 di competenza degli ambiti territoriali (e titolarità dei Piani di Zona), che hanno dovuto decidere se procedere con l'assegnazione dei fondi tramite bando oppure se utilizzare il budget per alimentare l'offerta di altre tipologie di prestazioni o servizi esistenti sul territorio.

È stata condotta una rilevazione dall'Irs (Istituto per la ricerca sociale), proprio in occasione della preparazione di questo testo, coinvolgendo gli ambiti territoriali della Regione Lombardia. Attraverso poche domande si poneva l'attenzione su eventuali progetti individuali finanziati attraverso i bandi l. 162/1998. A questa rilevazione hanno partecipato 21 ambiti territoriali sui 98 presenti in Lombardia. Di questi 2 non hanno fatto bandi utilizzando la l. 162/1998.

Tabella 12.2 - Ambiti territoriali che hanno partecipato alla rilevazione campionaria

Ambiti territoriali coinvolti	Mappa territoriale
CREMONA CASALMAGGIORE MELZO AZZATE DALMINE SONDRIO DESIO CERNUSCO SUL NAVIGLIO PIOLTELLO GARBAGNATE GHEDI MILANO MORBEGNO OLGIATE OSTIGLIA PALAZZOLO SULL'OGLIO ROZZANO VIMERCATE LODI CAMPIONE D'ITALIA VIGEVANO	

Data la non omogeneità delle risposte (alcuni hanno indicato il numero di progetti finanziati per i diversi ambiti di intervento, altri l'entità economica di ciascun progetto, altri ancora l'entità economica del complessivo finanziamento sulle tre annualità richieste) riprendiamo in questa parte alcune osservazioni e valutazioni delle esperienze, che ancora una volta accompagnano l'analisi, mantenendo il doppio focus su percorso di vita e offerta dei servizi, non prima di restituire una fotografia rispetto al n. di progetti finanziati attraverso i bandi nelle 4 annualità 2006-2007-2008-2009 per ambito di intervento (tabella 12.3).

Tabella 12.3 - Numero di progetti finanziati attraverso bandi legge 162/1998 per le 4 annualità in cui il finanziamento è stato gestito dall'ufficio di piano – 21 ambiti rispondenti

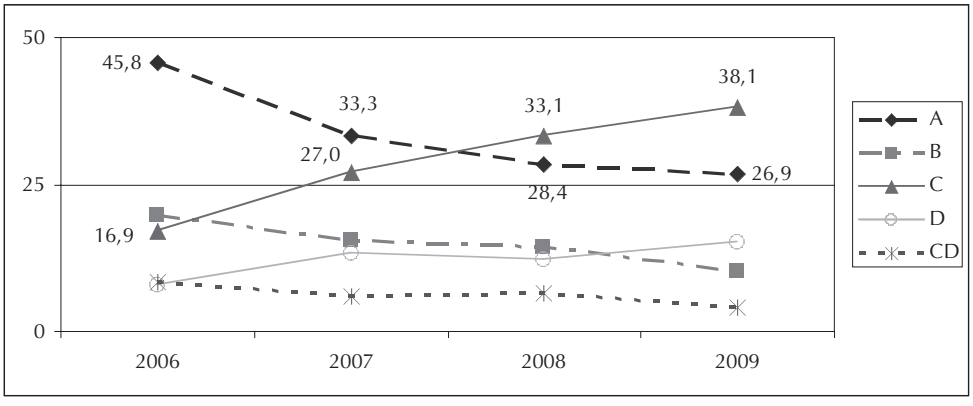
	Anno del bando					
	2006	**2007**	**2008**	**2009**	**TOTALE progetti per area di intervento**	
Ambiti di intervento	**n.**	**n.**	**n.**	**n.**	**n.**	**%**
A. attività di **sostegno** alla persona disabile ed alla sua famiglia mediante interventi di servizio di assistenza domiciliare, in forma indiretta, e progettualità particolarmente complesse che prevedano assistenza indiretta, servizi al domicilio e servizi semi-residenziali. I servizi a domicilio possono essere realizzati sia presso la dimora familiare sia in alloggi protetti ovvero convivenze assistite;	65	89	95	96	345	31,3
B. percorsi di "**accompagnamento**" sia del richiedente, sia della sua famiglia che promuovano forme di emancipazione della persona disabile dal contesto familiare; questo percorso può riguardare anche persone che vivono già autonomamente e che hanno come obiettivo la propria indipendenza;	28	41	48	37	154	14,0
C. interventi di **sollievo** alle famiglie di persone disabili, realizzati attraverso l'accoglienza della persona presso strutture residenziali esistenti, nonché presso strutture anche di tipo alberghiero in località climatiche e centri estivi;	24	72	111	136	343	31,2
D. interventi di "**avvicinamento alla residenzialità**" in una prospettiva di distacco dal nucleo familiare da realizzare attraverso l'utilizzo di strutture residenziali e/o comunitarie.	11	35	41	54	141	12,8
C/D	12	16	22	14	64	5,8
Prestazioni assistenziali aggiuntive	2	2	1	0	5	0,5
Altri progetti non specificati		12	17	20	49	4,5
TOTALE progetti finanziati	**142**	**267**	**335**	**357**	**1101**	100,0

L'utilizzo prevalente della modalità progettuale ricade nell'area "sostegno alla domiciliarietà" e quindi alla famiglia, attraverso la garanzia di una adeguata assistenza domiciliare indiretta, servizi al domicilio e servizi semiresidenziali (31,3% dei progetti finanziati sulle 4 annualità).

Osservando il trend delle 4 annualità considerate, notiamo che i progetti finanziati in quest'area (A) sono in diminuzione rispetto per esempio ai progetti finanziati in ambito C, equivalente agli "interventi di sollievo alle famiglie di persone disabili, realizzati attraverso l'accoglienza della persona presso strutture residenziali esistenti, nonché presso strutture anche di tipo alberghiero in località climatiche e centri estivi".

Rispetto ai progetti in ambito A e C (A-sostegno C-sollievo) quelli in ambito B e D (B-accompagnamento D- avvicinamento alla residenzialità) rappresentano percentuali inferiori. I "progetti di vita indipendente", che dovrebbero rappresentare il nucleo forte di questi finanziamenti, sono invece solo il 14% del totale dei progetti finanziati, e hanno un trend in calo (da 19,7% nel 2006 a 10,4% nel 2009). Una delle possibili spiegazioni di questo fenomeno può essere data dall'inadeguatezza strutturale dei bandi della legge 162/1998 a sostenere progetti di questa natura. I progetti di vita indipendente possono essere infatti complessi, spesso onerosi e contemplano un orizzonte temporale pluriennale. I bandi 162 hanno, invece, un carattere annuale e quindi, per sua natura, precario ed arrivano a coprire fino ad un massimo di circa 10.000 € l'anno anche per persone che potrebbero avere necessità di assistenza continuativa. Risulta difficile pensare ad una copertura totale dei bisogni delle persone con disabilità attraverso questa unica modalità di finanziamento: è necessario considerare un progetto che coinvolga l'intero sistema dei servizi e che sia in grado di personalizzare le iniziative proprio a partire da un'analisi delle opportunità esisten-

Figura 12.2 - Trend di progetti finanziati per ambito d'intervento nelle annualità 2006-2007-2008-2009. – 19 ambiti rispondenti.



Legenda: A/sostegno, B/accompagnamento, C/sollievo, D/residenzialità

ti e verificando come si possano orientare al fine di sostenere progetti di vita indipendente, che mettano veramente al centro della loro attenzione i bisogni, i diritti, le aspettative ed i desideri delle persone con grave disabilità. In alcune situazioni i progetti hanno seguito percorsi del tutto simili a quelli dei buoni, consentendo di finalizzare le risorse verso situazioni in difficoltà e di integrare lo strumento l. 162/1998 con il Buono Disabilità del Fnps.

Complessivamente, forse proprio a causa delle criticità appena esposte, si è registrato uno scarso accesso alla misura, con un numero di domande esiguo rispetto alle dimensioni territoriali. In alcuni territori si registrano risorse residue per l'anno 2009, che andranno a valere per l'anno 2010.

Alcune ipotesi di miglioramento emerse nella rilevazione sul territorio sono le seguenti:

- potenziare ed omogeneizzare il grado di pubblicizzazione della misura attraverso tutti i canali possibili, anche attraverso il coinvolgimento dei medici di base (Giancaterina, 2006);
- consolidare il raccordo dei servizi sociali territoriali con gli enti che gestiscono unità d'offerta e con le associazioni di rappresentanza, per individuare in modo mirato le persone con disabilità interessate e per sperimentare progetti che possano avvalersi della collaborazione con le organizzazioni e dei loro servizi;
- valorizzare i progetti personali di Vita Indipendente, prevedendo l'integrazione delle risorse della legge 162 con l'insieme delle altre misure che possano garantirne la sostenibilità economica nel tempo ([3]).

L'assegnazione regionale del Fondo per la non autosufficienza, negli ultimi anni, ha consentito l'attuazione di interventi specifici a sostegno della domiciliarità. Ne è derivata la possibilità, nel 2008 e 2009, di attuare sperimentazioni territoriali con una connotazione più progettuale, che assistenziale: alcuni ambiti hanno scelto di sostenere progettazioni innovative del Terzo Settore, anche in collegamento con servizi diurni e semiresidenziali, con obiettivi a medio e lungo termine, evitando il frazionamento di risorse per piccole e singole iniziative. È l'esempio del distretto di Lodi e Casalpusterlengo, ma anche dell'ambito di Brescia: in entrambi i casi le attività formative hanno consentito di accompagnare percorsi di sperimentazione per migliorare i percorsi di vita delle persone con disabilità, nei passaggi verso la maggiore età e verso la terza età.

In definitiva, in termini numerici, i progetti che riescono ad ottenere un finanziamento sono molto limitati così come le risorse destinate per sostenere percorsi di autonomia della persona con disabilità, risultano essere insufficienti per coprire le spese e le ore di prestazioni professionali necessarie.

([3]) L'esperienza dei progetti di vita indipendente nelle altre Regioni italiane è discussa in Caffarena, 2008.

12.2. La storia e l'evoluzione dei Cdd – Centri Diurni per persone con disabilità

Lo sviluppo dell'offerta di Centri diurni per le persone con disabilità ha inizio in corrispondenza della chiusura delle scuole speciali e con la conseguente (e coerente) necessità di offrire a ragazzi e giovani con grave disabilità un'alternativa credibile alla precoce istituzionalizzazione.

Con il passare degli anni, anche a fronte di una crescita di richieste delle famiglie e delle loro organizzazioni, le amministrazioni comunali aprirono progressivamente sempre nuovi centri che rapidamente assunsero la dizione di Centri Socio Educativi ([4]).

Sulla base delle indicazioni regionali, successivamente riprese nel Piano Socio Assistenziale 1988-1990, si assistette all'incremento esponenziale di Centri Socio Educativi, sia in termini di strutture che in termini di posti disponibili e persone accolte.

Nei Cse venivano accolte prevalentemente persone con grave disabilità intellettiva o con disabilità neuromotoria a cui veniva offerta la frequenza dal lunedì al venerdì in un orario indicativamente dalle 9 alle 16, in un luogo spesso collocato nelle vicinanze della propria abitazione, dove partecipare ad attività specifiche, che caratterizzavano i singoli Cse: dalle attività laboratoriali, a quelle espressive, di apprendimento finalizzato allo sviluppo ed al mantenimento delle autonomie personali. In alcuni casi i centri consentivano di partecipare ad attività territoriali di piccolo gruppo, momenti che avvicinavano le persone con disabilità alla comunità e al territorio.

Con il tempo e l'esperienza dei Cse l'interazione con la comunità e con il territorio, che aveva contraddistinto la mission degli operatori dei primi centri, si vede ristretta ad alcune specifiche attività per un campione selezionato di utenti. Nei primi anni di vita di questi servizi alcune persone con disabilità vengono dimesse o per la riuscita di percorsi di integrazione sociale e lavorativa o perché indirizzate a servizi di altro genere come l'assistenza domiciliare e i servizi per l'inserimento lavorativo: i Cse diventano progressivamente luoghi di accoglienza per *"soggetti che presentino notevole compromissione dell'autonomia delle funzioni elementari, abbisognino di una specifica e continua assistenza"*. Sembrano venir meno in termini di investimento e di ricerca le modalità per poter raggiungere anche parzialmente l'obiettivo fissato per legge ovvero *"il superamento della condizione di irrecuperabile […] nella prospettiva di una progressiva e costante socializzazione" (legge 1/1986).*

([4]) Nella legge regionale 1/1986 venero definiti come (art. 77, comma 3, punto a):

"centri socio-educativi per handicappati, che accolgono senza limiti di età soggetti che presentino notevole compromissione dell'autonomia delle funzioni elementari, abbisognino di una specifica e continua assistenza e non possano essere utilmente inseriti nel normale ambiente lavorativo; il centro socio-educativo ha come obiettivo il superamento della condizione di irrecuperabile e mira alla crescita evolutiva dei soggetti nella prospettiva di una progressiva e costante socializzazione".

I Cse verso la fine degli anni '90 sono divenuti stabilmente dei centri di accoglienza di ridotte dimensioni, collocati a livello territoriale per persone con gravi disabilità prevalentemente intellettive con l'obiettivo di offrire contemporaneamente sollievo al carico assistenziale dei familiari e un'opportunità di raggiungimento del massimo benessere possibile alla persona.

Nel 2004 viene definita la nuova Unità di offerta Cdd – Centro Diurno per persone con Disabilità, con i relativi requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento ([5]).

La Regione definisce i Cdd in modo molto essenziale quali "unità di offerta semiresidenziali per disabili gravi rivolte all'accoglienza di persone disabili di età superiore ai 18 anni". La definizione dei requisiti organizzativi prevede l'erogazione di prestazioni di carattere socio-sanitario ad elevato grado di integrazione e la realizzazione di attività di carattere riabilitativo, socio-riabilitativo ed educativo. Queste attività devono essere definite in base a Progetti individualizzati. Come per gli altri servizi residenziali socio-sanitari è previsto l'utilizzo della scheda Sidi, che consente di verificare il grado di fragilità della persona con disabilità e gli elementi connessi alla sua storia, stabilendo i minuti di assistenza e la tipologia degli operatori, individuando gli standard gestionali e organizzativi della struttura. Ad oggi, forse ancor più che nel caso del sistema residenziale, l'utilizzo del Sidi contribuisce a mettere in luce le difficoltà che i servizi a ciclo diurno hanno nel seguire progettualità che tengano conto dei dati personali e individuali, ma anche di gruppo delle persone che frequentano i centri. La dimensione burocratica-rendicontativa sembra superare la dimensione della personalizzazione degli interventi e dei progetti, anche per le caratteristiche che le persone con disabilità presenti nei Cdd hanno.

12.2.1. *La scheda Sidi*

In effetti il sistema di valutazione introdotto dalla Regione Lombardia dopo una breve sperimentazione (Bagarolo, 2005) ha messo a disposizione uno strumento codificato di lettura del bisogno, introducendo una "standardizzazione" del sistema di offerta residenziale per le persone con disabilità, riconoscendo all'interno di ogni singola tipologia di servizio le differenti condizioni di bisogno e risorse dedicate (tariffe).

In questi anni il sistema di valutazione Sidi ha trovato diffusione con diverse articolazioni presso altri servizi, sia residenziali (Rsd e Css) che semiresidenziali (Cdd) e domiciliari (Voucher).

Il Sidi valuta la condizione ed i bisogni della persona con disabilità in relazione al servizio di cui usufruisce ed al contesto in cui è inserito, quindi a valle del percorso di cura e non può essere utilizzato come strumento di progettazione

([5]) Dgr 17850 dell'11 giugno 2004.

e "governo" del percorso stesso. Lo strumento non permette una definizione della condizione della persona con disabilità di per sé, indipendentemente dal servizio di cui usufruisce.

Si è dimostrato un affidabile strumento gestionale nell'ottica regionale del riconoscimento tariffario delle prestazioni erogate, ma uno strumento non del tutto adeguato per la valutazione ed il riconoscimento dei bisogni della persona con disabilità, non utilizzabile per definire percorsi di cura integrati alle condizioni di vita. Regione Lombardia ha tralasciato per ora la possibilità di avvalersi dell'Icf, strumento sicuramente più completo e mirato, anche se non di semplice utilizzo.

L'approccio Icf resta un riferimento fondamentale per tutti i servizi, gli operatori e le attività rivolte alle persone con disabilità. Al di là del confluire in uno strumento unico, infatti occorre ricordare l'importanza del riconoscimento internazionale di un approccio che connette la dimensione individuale e psicologica con quella ambientale e socio-relazionale.

Nel maggio 2001 l'Oms ha pubblicato la "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità", l'Icf, riconosciuto da 191 Paesi come il nuovo strumento per descrivere e misurare la salute e la disabilità delle popolazioni.

La Classificazione Icf rappresenta un'autentica rivoluzione nella definizione e quindi nella percezione di salute e disabilità, i nuovi principi evidenziano l'importanza di un approccio integrato, che tenga conto dei fattori ambientali, classificandoli in maniera sistematica.

Il nuovo approccio permette la correlazione fra stato di salute e ambiente arrivando così alla definizione di disabilità come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole.

Tabella 12.4 - Tariffe in base a Sidi

Classe	1	2	3	4	5
Minuti di assistenza a settimana per ospite	1.300	1.100	900	750	600
Tariffa sanitaria giornaliera pro-capite	€ 55,00	€ 52,00	€ 49,00	€ 46,00	€ 44,00

Nella valutazione viene purtroppo considerata solo la dimensione funzionale e personale, mentre quella sociale non è valutata: alla luce dei principi della Convenzione Onu, dovrebbe essere invece evidente che l'integrazione dipende da variabili interne alla struttura in cui la persona con disabilità è inserita ma anche esterne, del collegamento con il territorio.

Mille criticità sono intrinseche alla valutazione Sidi, che è soggetta a critiche non solo da parte delle Associazioni a tutela delle persone con disabilità, ma anche da parte degli operatori e degli Enti gestori.

Si ha la ragionevole certezza che la valutazione Sidi funzioni per automatismi: permanenza nel servizio, per cui ogni quinquennio viene attribuita una Classe più

"lieve", a cui corrispondono minori prestazioni, nonostante tipicamente la disabilità non regredisca ed anzi solitamente si aggravi; relazione con l'età anagrafica: con l'avanzamento dell'età viene attribuita una Classe più lieve, diminuendo così l'assistenza. Il sospetto è che tali automatismi siano un mero meccanismo di controllo della spesa.

Al di là di queste semplici indicazioni, il punto di arrivo deve essere la progettazione personalizzata, pensata e definita in un'ottica di ascolto e osservazione. Questo al fine di capire quale possa essere la prospettiva migliore per la persona, in un'ottica di progetto di vita che risponde non solo ai bisogni di carattere sanitari, ma anche alla realizzazione dei suoi desiderata, quindi più legati al contesto socio-ambientale.

12.3. La trasformazione dei servizi diurni: cosa si è perso e cosa si è guadagnato

La nuova organizzazione definita dalla Regione ha richiesto a tutti i centri diurni un processo di adeguamento verso l'alto degli standard strutturali e gestionali: qualifica del personale, livello delle strutture, definizione delle procedure.

Giunti al termine del processo di riordino innescato dalla delibera che li introduceva e ne definiva gli standard (2004), i Cdd sono oggettivamente diventati luoghi migliori dove vivere e il livello qualitativo dell'assistenza offerta si è complessivamente innalzato. Si è avviato, e ormai anche concluso, un percorso di omogeneizzazione delle caratteristiche dell'offerta, che prima della delibera sicuramente non erano simili tra i diversi territori e tra servizio e servizio.

Con altrettanta evidenza, esce fortemente ridimensionato dall'orizzonte della missione dei Cdd l'aspetto di socializzazione, che risultava centrale nell'esperienza dei Cse. Il collegamento con la comunità e con il territorio ha infatti rappresentato uno degli obiettivi principali dei Cse, mentre fatica molto ad esserlo per i nuovi Cdd. Tutte le attività rimangono comunque orientate al benessere della persona con disabilità, ma spesso lontano dal contesto sociale e comunitario in cui il Centro Diurno si inserisce: di fatto si considerano prevalentemente e prioritariamente le esigenze assistenziali, riabilitative ed educative a cui il Cdd deve far fronte.

Tuttavia ogni centro può, in autonomia e in base alle proprie risorse, decidere se, con chi e in che misura svolgere attività esterne o in collegamento con la comunità, mantenendo tutti gli obiettivi della persona. Se però queste attività non sono riconosciute nell'accreditamento regionale, non vengono nemmeno sostenute finanziariamente dalla Regione e pertanto la libera iniziativa dei centri diurni rispetto all'apertura verso il territorio, anche con semplici uscite, è fortemente condizionata, dunque, dalla sostenibilità economica: il finanziamento di queste attività potrebbe ricadere quasi interamente sulla famiglia, andando ad incidere interamente sulla retta.

12.3.1. *Cdd: le ragioni del successo*

Al 31.12.2008 gli utenti dei Cdd, in tutta la Regione, erano 6.000. Il percorso intrapreso dall'amministrazione lombarda ha chiarito, con il passare del tempo e attraverso le delibere che si sono susseguite, il ruolo e le funzioni di questa tipologia di servizio, e che cosa effettivamente comportasse il passaggio da Cse a Cdd. Non è stato da subito chiaro che cosa sarebbe accaduto alle strutture che optassero per il mantenimento della forma Cse, cioè che permanessero nell'ambito sociale.

Questi passaggi ad oggi si rilevano dalle analisi territoriali (Piani di Zona): quasi tutti i Cse pre-esistenti hanno optato per procedere all'accreditamento come Cdd. Un processo atteso e comprensibile, date le caratteristiche delle persone generalmente in carico e date le garanzie che il far parte del sistema socio-sanitario fornisce anche in termini economici.

Anche dal punto di vista dei familiari l'inserimento della persona con disabilità in una struttura socio-sanitaria comporta maggiori garanzie nel livello di "protezione" (gli standard assistenziali sono ovviamente più elevati), nella durata – continuità dell'intervento (vista la garanzia di far parte di un sistema codificato a livello regionale e non comunale), ma anche dal punto di vista economico, perché pur in presenza di sempre maggiori richieste di partecipazione alla spesa da parte dei Comuni, la quota maggiore viene comunque erogata dalla Regione.

In mancanza di Lep – livelli essenziali per le politiche sociali – regionali e nazionali, e di conseguenti finanziamenti dedicati, l'accesso, la frequenza e la fruizione di servizi socio-assistenziali diurni e ancora di più per quelli domiciliari e residenziali risulta invece più difficile, con minori garanzie di presa in carico e continuità, date le sempre più precarie condizioni economiche in cui versano i Comuni.

Bibliografia

Aa.Vv. (2009), *I centri diurni per disabili: una costante evoluzione*, Numero monografico di "Prospettive sociali e sanitarie", 13.

Caffarena C. (2008), *I progetti di vita indipendente*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci, pagg. 211-233.

Giancaterina F. (2006), *Come evitare il giro dell'oca dell'assistenza. Riflessioni in forma di glossario sugli interventi per le persone disabili*, Milano, Franco Angeli.

13. **I servizi residenziali**

Renzo Bagarolo

13.1. Premessa

Nel considerare i servizi residenziali rivolti alle persone con disabilità, riparto dalle conclusioni a cui ero giunto nel capitolo dedicato al medesimo tema contenuto nel volume del 2005 (Bagarolo, 2005). È utile ripartire dalle conclusioni a cui si era giunti allora per proseguire con continuità di analisi e coerenza di valutazione, e cogliere fin da ora la rilevanza strategica che ha rappresentato questo settore, in particolare i servizi di degenza riabilitativa, nel riequilibrio dell'intero sistema di offerta di cure sanitarie e socio-sanitarie regionale.

Nel precedente capitolo sui servizi residenziali per persone con disabilità, dunque, si giungeva alle conclusione che:

- la dichiarata necessità da parte della Regione di operare una profonda revisione del sistema dei servizi residenziali dedicato alle persone con disabilità, al fine di introdurre maggiore "flessibilità" e "appropriatezza" e di ampliare volumi e tipologia di offerta, si doveva svolgere in maniera non traumatica e al riparo da un'applicazione rigida di un sistema di regole di mercato che avrebbe potuto "snaturare" in profondità una rete di servizi essenzialmente fondata sul privato sociale per natura e tradizione votato al no-profit;
- anche se la complessità della trasformazione e la transizione in corso permettevano di esprimere un giudizio solo parziale (pochi i dati disponibili allora) sulla ricaduta per utenti e gestori dei servizi, si potevano evidenziare alcune criticità: a) la frammentazione dei riferimenti istituzionali e il debole coordinamento tra le diverse fasi di pianificazione, programmazione e attuazione normativa; b) l'assenza di coinvolgimento degli utenti e la scarsa considerazione del loro giudizio (es. consultazione delle associazioni); c) la sovrapposizione di competenze istituzionali (assenza di delega e poca sussidiarietà verticale); d) la difficoltà di dialogo e d'integrazione fra cultura sanitaria e sociale contemporaneamente utili per la lettura dei bisogni della persona disabile, con prevaricazione della prima sulla seconda e rischio di risposta impropria a bisogni propri;
- nella fase di cambiamento troppo spesso il legislatore aveva confidato nella capacità di scelta e di "auto-soddisfacimento" del bisogno da parte della persona disa-

bile, dove invece la condizione di "fragilità" in senso ampio implicava l'incapacità di funzionare in assenza di una qualche forma di "sostegno" o "protezione";

- si auspicava, soprattutto da parte delle associazioni delle persone con disabilità, di superare la cultura "collocativa" tendente alla istituzionalizzazione a favore di risposte di servizio dove vita e cure si potessero integrare in un contesto "normale", più simile a servizi di tipo familiare piuttosto che comunitario;
- veniva evidenziata la necessità di una incisiva azione di formazione degli operatori perché non si riproponessero, dietro nuove etichette, le vecchie pratiche di cura, più simili all'accanimento "terapeutico/educativo" e non finalizzate al benessere personale;
- la valutazione positiva del percorso di accreditamento e dei requisiti strutturali, tecnici, organizzativi e gestionali come presupposto per il miglioramento della qualità dei servizi erogati, non nascondeva le molte perplessità sollevate in merito all'adeguatezza dello strumento di valutazione della disabilità proposto (Sidi). Il Sidi si è dimostrato inefficace e inutilizzabile come strumento di valutazione dei bisogni, degli interventi e dei sostegni da attivare per la persona disabile;
- nel nuovo sistema residenziale che si andava approntando veniva "riconosciuto" agli Enti gestori del Terzo Settore, storicamente presenti e prevalenti in questi servizi, un ruolo di attori principali, ma veniva loro richiesta una disponibilità al cambiamento in senso aziendale e l'abbandono da rendite di posizione. Si auspicava, quindi, un'effettiva azione di "sostegno" e "accompagnamento" verso gli Enti gestori da parte del programmatore in questa delicata fase di cambiamento;
- si chiedeva, infine, una maggior attenzione alle sperimentazioni innovative che alcune realtà del Terzo Settore no profit e profit stavano conducendo nell'ambito dei servizi, all'insegna dell'accompagnamento individuale e del progetto personalizzato per la persona disabile (Domiciliarità, Microcomunità, Condominio solidale) (Bagarolo, 2005).

13.2. Un quadro epidemiologico in cambiamento

Il quadro epidemiologico della condizione di disabilità in Italia e nella nostra Regione si è andato in questi anni modificando (Istat, 2005 e 2009). L'invecchiamento della popolazione disabile e l'impatto sociale delle nuove disabilità "acquisite" (gravi cerebro-lesioni, malattie degenerative come la Sla), si sono confermate le due principali tendenze del cambiamento epidemiologico in atto, come già era emerso da precedenti analisi (Bagarolo, 2007). Negli ultimi anni, il miglioramento continuo delle condizioni di vita e delle cure e l'efficacia degli interventi sanitari nel campo dell'emergenza e delle tecniche di rianimazione, stanno favorendo sia il progressivo invecchiamento della popolazione disabile "congenita" (es. Disabilità Intellettiva) sia determinando il progressivo aumento del numero di persone affette da disabilità "catastrofica", esito di traumi o patologie neurologiche acute gravemente invali-

danti (Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza). A queste condizioni si associa la maggior sopravvivenza delle persone affette da patologie neuromuscolari di tipo degenerativo a insorgenza precoce e lenta progressione (Sla, Corea di Huntigton, ecc.) o infine le patologie di tipo neuro-psichiatrico (autismo, disturbo di adattamento, ecc.) che contribuiscono a incrementare le condizioni di disabilità in età giovane-adulta. Tutti questi mutamenti concorrono ad aumentare la richiesta di sostegno e la diversificazione delle risposte.

D'altra parte, il processo d'invecchiamento che in questi anni interessa il "sistema famiglia" che sostiene la persona con disabilità deve essere considerato nella dinamica epidemiologica e di programmazione dei servizi. Infatti, questo fattore rischia di pesare nella scelta di ricovero in residenza molto più dello stato di salute o del peggioramento funzionale della persona disabile. In termini numerici la disabilità dei genitori anziani avanza a velocità almeno doppia rispetto a quella dei figli con disabilità, influenzandone di conseguenza il ricorso alla residenzialità (tabella 13.1).

Tabella 13.1 - Lombardia - Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia per tipo di disabilità e classi di età

Anno	Confinamento individuale			Difficoltà nel movimento			Difficoltà nelle funzioni			Difficoltà vista, udito, parola		
	classi di età			*classi di età*			*classi di età*			*classi di età*		
	6-64	65-74	75 e +	6-64	65-74	75 e +	6-64	65-74	75 e +	6-64	65-74	75 e +
2000	54000	24000	91000	33000	35000	82000	37000	36000	114000	19000	18000	37000
2005	14000	23000	103000	27000	27000	104000	34000	33000	138000	27000	10000	41000

Fonte: Istat, Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 1999-2000 e 2004-2005

Negli ultimi 30 anni, la maggior parte di tali famiglie in Lombardia, passando attraverso grandi cambiamenti socio-culturali, ha coraggiosamente sostenuto l'inclusione e l'integrazione sociale dei figli con disabilità, facendosi carico di vita e cure. Oggi questi genitori – invecchiati e stanchi – si chiedono con preoccupazione a chi passare il "testimone" di un figlio disabile spesso mai diventato "adulto".

13.3. Le scelte dell'amministrazione regionale

La legislatura regionale 2005-2010, per quanto riguarda gli interventi a favore delle persone con disabilità, si è caratterizzata principalmente per tre azioni strategiche: 1) implementazione e consolidamento del sistema di offerta residenziale e riabilitativo, i cui cambiamenti principali erano stati introdotti nella legislatura precedente; 2) sviluppo di interventi a sostegno delle nuove disabilità; 3) definizione di regole di "governo" della rete dei servizi socio-sanitari e sociali per la piena attuazione dei

principi di sussidiarietà (verticale e orizzontale), cui l'azione del programmatore ha fatto spesso riferimento in questi anni per il passaggio da un welfare "statale" centralizzato ad un welfare "comunitario" diffuso.

Nella prima metà dei cinque anni di quest'ultima legislatura è stato portato a termine, e consolidato, il programma di revisione dei servizi residenziali intrapreso nella legislatura 2000-2005; questa azione è stata condotta in coerenza con il riordino del sistema di offerta delle attività riabilitative. L'intervento di riordino delle attività riabilitative si è dimostrato "strategico" per dotare il sistema sanitario e socio-sanitario regionale di una rete di cure intermedie post-sub acuzie, che svolgano una funzione di ponte fra le cure ospedaliere e quelle territoriali e domiciliari. La pianificazione regionale di questi interventi si è sviluppata, oltre che attraverso normative specifiche [1], con atti definiti all'interno della più complessa programmazione del servizio socio-sanitario lombardo tramite le cosiddette "delibere delle regole" che annualmente definiscono indirizzi di programmazione e criteri gestionali della sanità regionale [2].

Le "nuove" disabilità acquisite o disfunzionali di lungo periodo hanno impegnato la Regione in un importante ripensamento della modalità di erogazione dei servizi per la disabilità, in ragione della diversa condizione esistenziale delle persone coinvolte. Assente lo "stigma sociale" della "incapacità naturale" proprio della disabilità connatale/congenita, le persone colpite da disabilità "acquisita" vivono spesso inserite in contesti sociali e famigliari in grado di esprimere bisogni e rivendicare diritti senza mediazioni o tutele. Per molte di queste persone può valere quanto sostenuto dalla Regione in termini di capacità di scelta e di "auto-soddisfacimento" del bisogno. La Regione Lombardia dal 2007 è intervenuta con atti e stanziamenti di risorse specifici, sia per definire percorsi di cura che per costruire network di patologia. Per alcune condizioni come lo stato vegetativo, l'attuazione dell'intervento è in fase avanzata e siamo di fatto al monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni regionali, per altre condizioni come la Sla siamo nella fase di implementazione dell'intervento, infine per l'autismo dopo la fase conoscitiva del problema siamo alla definizione del piano di intervento (si veda oltre).

Nella seconda parte di legislatura il programmatore ha anche intrapreso il percorso necessario per attuare una reale integrazione fra servizi socio-sanitari e sociali, vera criticità del sistema dei servizi alla persona. L'assenza di integrazione fra i diversi servizi viene considerata fra le principali cause di utilizzo improprio e inefficiente dei servizi socio-sanitari e sanitari (Pssr, 2007-2009). Gli interventi per il "governo della rete", concepiti all'interno di una decisa azione di promozione e implementazione della sussidiarietà verticale e orizzontale, vengono consi-

---

(1) Dgr 12620/2003 e Dgr 19883/2004.
(2) Dgr 1375/2006; Dgr 3776/2006; Dgr 5743/2007, Dgr 8501/2008; Dgr 10804/2009.

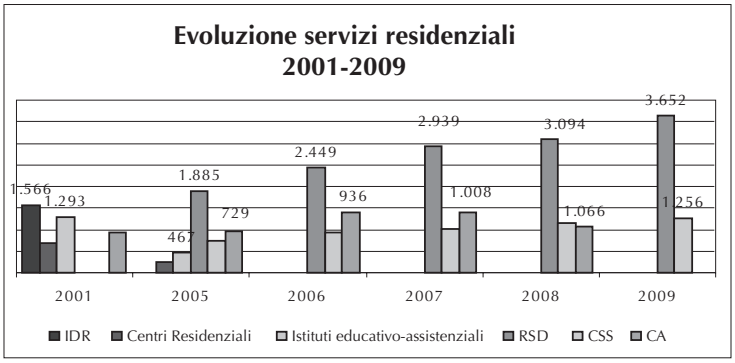
derati dal legislatore un passaggio centrale e trasversale a tutto il sistema dei servizi alla persona (residenziali, semiresidenziali e domiciliari). I passaggi strategici di questa azione si possono considerare: a) la definizione di regole di "governo" della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario (l.r. 3/2008), b) la riorganizzazione e implementazione del sistema di offerta sociale tramite la definizione di regole e standard per l'autorizzazione, l'accreditamento e la remunerazione di tutti i servizi sociali e fra questi i servizi residenziali rivolti alle persone con disabilità, c) la valutazione dei costi standard di servizio (questione molto dibattuta come fulcro del modello federale in ambito sanitario e socio-sanitario che non sarà qui trattata per la scarsa disponibilità di dati e informazioni certe).

13.4. L'evoluzione della residenzialità

Tra il 2005 e 2009 si è consolidato il percorso di trasformazione del sistema di offerta residenziale per le persone con disabilità intrapreso all'inizio della precedente legislatura. Ciò è avvenuto attraverso la riorganizzazione dei servizi residenziali socio-sanitari e assistenziali già esistenti (Istituti Educativo-Assistenziali, Centri Residenziali e Comunità Alloggio) attivati con il primo Piano Socio-Assistenziale (Psa 1988/1990). Questi servizi necessitavano da tempo di una profonda revisione, alla luce sia dell'evoluzione del contesto socio-culturale che per rispondere ai nuovi bisogni delle persone con disabilità; non ultimo dovevano essere recepite le indicazioni normative nazionali in merito ai servizi sociali e socio-sanitari ([3]). L'obiettivo perseguito dal legislatore regionale è stato di porre fine all'eccessiva diversificazione dei servizi residenziali, semplificando la tipologia di offerta di servizio, rendendola più flessibile, omogenea ed equa, e allo stesso tempo meglio distribuita sul territorio regionale. Nella logica del programmatore questo nuovo sistema di offerta residenziale, graduato per livello di autonomia e complessità sanitaria (Rsd – Residenza Sanitaria Disabili e Css – Comunità Socio Sanitaria), è stato, in una prima fase, rivolto prevalentemente ad accogliere persone con disabilità prive di sostegno famigliare e/o già istituzionalizzate (provenienti dalla riconversione di strutture riabilitative o psichiatriche ex art. 26/833). Dopo la fase iniziale di accoglienza di persone con disabilità "storiche" a questi servizi residenziali vengono oggi indirizzate persone affette dalle "nuove" disabilità (acquisite e/o disfunzionali) con tutto il loro carico di nuovi bisogni di cura e di diversa condizione esistenziale.

([3]) L. 308/2000; d.P.C.M. 29.11.2001.

Grafico 13.1 - Evoluzione dei servizi residenziali 2001-2009 – numero di posti letto accreditati (per l'anno 2009 non è disponibile il dato sulle Comunità Alloggio)



Si può osservare nel grafico (grafico 13.1) come si sia andato modificando in questi anni il sistema di offerta residenziale per le persone con disabilità: nel 2001 i servizi residenziali erano rappresentati da degenze presso riabilitazione e Centri Residenziali per Handicap per il sistema socio-sanitario e Istituti Educativo-Assistenziali per il sistema socio-assistenziale, dal 2005 in poi l'offerta residenziale per disabili adulti è composta prevalentemente da Rsd e Css nell'area socio-sanitaria e dalle Comunità Alloggio nell'area sociale. I servizi del sistema socio-sanitario, le Residenze Sanitarie per disabili (Rsd) ed i Centri Diurni per Disabili (Cdd, si veda il capitolo precedente) sono i perni su cui è poggiata la revisione del sistema di offerta di servizi per le persone con disabilità, mentre le Comunità Socio-Sanitarie (Css) e le Comunità Socio-Educative (Cse), del sistema di offerta sociale, hanno avuto – e continuano ad avere – un ruolo marginale all'interno del sistema, sia in termini di numero di posti letto che di impatto economico (tabella 13.2).

Tabella 13.2 - Le risorse destinate alle unità di offerta residenziale socio-sanitarie

Tipologia di struttura	2001	2005	2006	2007	2008
Rsd * (nel 2001 CRH+IEAH)	*32.862.000	53.828.605	60.725.885	63.441.383	90.990.381
Css	0	1.280.769	3.505.495	4.347.885	5.047.158

Vale la pena ribadire le caratteristiche e le differenze fra le diverse tipologie di offerta residenziale. La Rsd viene proposta come offerta di servizio residenziale per adulti fino ai 65 anni ad elevata protezione sanitaria in continuità con altri servizi della "filiera" sanitaria e socio-sanitaria dedicata alle persone con disabilità adulte. Sono residenze in media tra i 40-60 posti letto, generalmente gestite da Enti del Terzo Settore, che accolgono persone adulte con età media prevalente fra i 40 e 50 anni a cui devono garantire il sostegno attraverso l'operato di un'équipe multidisciplinare con competenze sanitarie, educative e assistenziali. La maggior parte delle Css pro-

vengono dalla riconversione, secondo le indicazioni regionali, di Comunità Alloggio che accolgono persone con disabilità precedentemente inserite nel sistema di offerta sociale. Sono Comunità di dimensioni medie di 8 posti letto (per questa unità di offerta è previsto un massimo di 10 posti letto), la gestione avviene prevalentemente da parte di cooperative, che agiscono in proprio o su mandato di Enti Locali, Associazioni di famigliari o Fondazioni. Il sostegno alle persone con disabilità avviene essenzialmente da parte di educatori con l'apporto di operatori addetti all'assistenza, la presa in carico sanitaria rimane di competenza del medico di base. Infine per quanto riguarda le Comunità Alloggio, residenzialità che appartiene al sistema sociale dei servizi, il legislatore regionale ha intrapreso un percorso di definizione e riorganizzazione del servizio ([4]), che ha interrotto al termine del precedente mandato e ripreso in questa legislatura ([5]). Questo percorso è reso "accidentato" dalla complessità dell'intervento che vede coinvolti diversi territori e soggetti istituzionali (Comunità, Enti Locali, Zone) con funzioni e responsabilità proprie (tabella 13.3).

Tabella 13.3 - La suddivisione di posti per provincia

Dati al 31.12.2009	Rsd		Css		CA (31.12.2008)		Totale Asl	
	n. strutture	n. posti autorizzati	n. strutture	n. posti autorizzati	n. strutture	n. posti autorizzati	n. strutture	n. posti autorizzati
BG	9	374	15	126	13	95	37	595
BS	6	382	17	157	18	167	41	706
CO	7	234	6	55	13	104	26	393
CR	6	645	7	60	9	44	22	749
LC	4	149	4	40	2	20	10	209
LO	3	115	2	15	3	30	8	160
MN	3	120	5	34	5	36	13	190
Mi città	5	267	17	138	26	192	48	597
Mi1	10	463	16	127	14	81	40	671
Mi2	3	115	4	37	12	19	19	171
MB	4	207	8	74	14	123	26	404
PV	8	221	11	102	2	5	21	328
SO	3	97	1	7	1	7	5	111
VA	6	263	17	148	16	143	39	554
Val Cam	–	–	3	30	–	–	3	30
Totale	**77**	**3.652**	**133**	**1.150**	**148**	**1.066**	**358**	**5.868**
Percentuale su totale posti e strutture	**21,5**	62,2	**37,2**	19,6	**41,3**	18,2	**100,0**	100,0

Fonte: DG Famiglia e Solidarietà sociale, Regione Lombardia

([4]) Dgr 2073/2005 e Dgr 20943/2005.
([5]) Dgr 7437/2008 e Dgr 1245/2010.

La distribuzione territoriale per Asl delle strutture socio-sanitarie e di quelle sociali indica una ampia ma disomogenea dotazione numerica di posti letto Rsd (che rappresentano il 62,2% della risposta residenziale): alcuni territori hanno una maggiore offerta di posti e strutture risultato della riconversione di grandi istituti con un numero elevato di posti disponibili. Se, infatti, analizziamo i dati delle Rsd accreditate al 31.12.2009 nella Asl di Cremona, ad esempio, vediamo che 6 strutture superano in media i 100 posti disponibili (per la precisione 107.5 posti a struttura), e ad esempio una Fondazione gestisce da sola gran parte dell'offerta residenziale in una struttura organizzata in 8 Unità Abitative che accolgono 425 ospiti. Le Css hanno in effetti una minor diffusione sul territorio rappresentando il 19,6% dei posti accreditati in residenzialità. Infine le Comunità Alloggio, che rappresentano solo il 18,2% dei posti letto pur essendo il servizio residenziale più radicato e diffuso sul territorio. Questa tipo di residenze di dimensione ridotta (in prevalenza comunità di 6-7 posti) e di natura più sociale, spesso isolate dal resto dei servizi socio-sanitari, non hanno ancora trovato una precisa definizione e collocazione all'interno della rete dei servizi per la disabilità.

13.4.1. *La riabilitazione*

Il sistema residenziale per le persone con disabilità è stato per molti anni strettamente collegato e integrato con quello riabilitativo. Per comprendere a fondo i cambiamenti intervenuti, quindi, occorre analizzare come e quanto la residenzialità sia stata coinvolta dal profondo cambiamento del sistema di offerta delle attività riabilitative. La complessa azione di riordino del sistema riabilitativo conclusa nella legislatura 2005-2010 ha conseguito, tra gli altri l'obiettivo di "liberare" circa 2.000 posti letto di riabilitazione (*ex* art. 26/l. 833) occupati "impropriamente" da persone con disabilità accolte a tempo indeterminato per carenza di servizi residenziali specifici.

Al termine di questa legislatura il percorso di riordino della rete di riabilitazione si è concluso e consolidato. Oggi il sistema riabilitativo regionale è costituito da un insieme di unità di offerta, per circa 6500 posti letto, afferenti ai due assessorati Sanità e Famiglia. Le unità di offerta afferenti all'Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale sono per la maggior parte costituite da servizi di riabilitazione estensiva (non specialistica) di cui almeno i 2/3 sono il risultato della riconversione di posti letto in precedenza occupati da persone con disabilità adulte (ex art. 26 l. 833/1978). La tabella 13.4 mostra come il sistema di offerta sia radicalmente cambiato dal 2001 e come già nel 2006 la maggior parte delle nuove unità di offerta riabilitative sia stata riconvertita e successivamente fra il 2007 e 2009 si è avuto l'assestamento del sistema. Variazioni degne di nota dopo il 2006 avvengono solo per il servizio semiresidenziale di "diurno continuo" (servizio prevalentemente dedicato ai minori con disabilità), dove i posti sono quasi raddoppiati dopo l'iniziale attivazione, segno di un percorso di accreditamento più accidentato imputabile alla revisione di specificità non considerate in fase di definizione dei requisiti di accreditamento e che hanno ritardato la riconversione di molti posti.

Tabella 13.4 - Regione Lombardia - Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale - Unità di Offerta di Riabilitazione

	2001 *	2006	2007	2008	2009
N. Strutture	86	59	72	73	78
AREA Specialistica	(post- acuta e alzheimer)				
Ricovero ordinario posti	920	442	462	462	462
D.H. posti	0	35	45	45	45
AREA Generale/Geriatrica	(degenza base e differenziata)				
Ricovero ordinario posti	4054	1.502	1.613	1.613	1.644
D.H. posti	85	89	89	89	89
Diurno posti	850	730	1314	1284	1257
Ambulatoriale (trattamenti)	1.028.067	955.922	1.236.154	1.242.154	1.243.106
Domiciliare (prestazioni)	171.587	185.336	194.597	194.597	225.329
Area Mantenimento	(assente)				
Ricovero ordinario posti	0	946	1004	1046	994
TOTALE Ricovero Ordinario	**4974**	**2.890**	**3.079**	**3.121**	**3.100**

Fonte: Dossier *FAMIGLIA* e *SALUTE* – Irer 2009 (rielaborazione)

Uno dei nodi più spinosi da sciogliere nel riordino del sistema è stato il conflitto venutosi a determinare fra diritto di cura, equità e appropriatezza dell'intervento. Le persone con disabilità gravi fino ad allora accolte, seppur impropriamente, in riabilitazione vedevano "garantito" il loro diritto alla cura, in accordo con i livelli essenziali di assistenza (Lea), totalmente a carico del Ssn. Al mutare della situazione "amministrativa" più che dei bisogni, sia per il trasferimento della persona in un servizio residenziale, sia per la riconversione del servizio riabilitativo in residenziale, la degenza delle persone con disabilità non poteva più essere considerato a totale carico del Ssn. Ciò ha richiesto un complesso e laborioso intervento di revisione normativa, organizzativa e gestionale per trovare una soluzione al problema e per giungere ad un riconoscimento di "status" di questi ospiti "storici" in termini di diritto alle cure, in coerenza con quanto previsto dal d.P.C.M. del 29.11.2001 rispetto alla ripartizione di spesa sanitaria e sociale ([6]).

13.5. I nuovi profili delle persone con disabilità

Come detto nel terzo paragrafo, lo sviluppo degli interventi per rispondere alle mutate caratteristiche delle persone con disabilità ha costituito una delle principali linee di azione della legislatura 2005-2010. Vediamo le principali aree di azione.

([6]) Dgr 3776/2006; Dgr 4751/2007; Dgr 5000/2007; Dgr 5237/2007.

13.5.1. *Le persone in Stato Vegetativo*

Rispetto alla condizione delle Gravi Cerebro-lesioni Acquisite (Gca) che vanno dal Coma allo Stato di minima Coscienza passando per lo Stato Vegetativo, la Regione Lombardia – facendo proprie parte delle linee di consenso del documento ministeriale del 2005 su " Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza" (Ministero della Salute, 2005) – ha definito percorsi di cura e offerta di servizi dedicati specificamente a queste condizioni ([7]). Nel percorso di cura per le Gca viene definita una fase della criticità e dell'acuzie, una fase della stabilizzazione e riabilitazione ed infine quella del ritorno al domicilio e/o della lungo-assistenza. La gestione della fase acuta e post-acuta, viene garantita dal sistema di cure sanitarie dove è previsto, dopo la gestione della fase "critica", un percorso riabilitativo specialistico della durata di 6 mesi/1 anno a secondo dell'insorgenza traumatica o patologica della Gca. Da questa fase di cure in poi, compatibilmente con la condizione morbosa, la situazione famigliare e la rete sociale, viene favorito il ritorno al domicilio, attraverso l'attivazione di misure di sostegno sia di tipo economico (Buono di Cura) che di servizio (Voucher/Adi); se invece le condizioni di disabilità e/o del contesto familiare e sociale non lo permettono, è consentita la prosecuzione del ricovero presso un servizio di riabilitazione generale/geriatrica fino al passaggio ad una struttura di lungo-assistenza in una residenza sanitaria assistita (Rsa o Rsd), a completo carico del servizio sanitario regionale. Il ricovero in lungo-assistenza resta totalmente a carico del Servizio Sanitario Regionale se permangono requisiti clinico-assistenziali specifici di condizione patologica, che concorrono a individuare tariffe differenziate, correlate a standard assistenziali (minuti/settimana/ospite) calibrati per intensità di cura (tabella 13.5). Ad oggi per l'accoglienza di una persona in Stato Vegetativo presso una residenza per la lungo-assistenza (Rsa o Rsd) non viene richiesta l'organizzazione di un nucleo o servizio dedicato.

Tabella 13.5 - Livelli di assistenza e tariffe per le persone con diagnosi di Stato Vegetativo riconosciute dalla Regione Lombardia

Gravità	Minuti/settimana/ospite	Tariffa
Classe A	2200	€ 180
Classe B	1800	€ 160
Classe C	1400	€ 140
Classe D	1200	€ 105

La rilevazione regionale condotta tra il 2008 ed il 2009 fa risalire a circa 500 il numero delle persone con disabilità in Stato Vegetativo accolte in lungo-assistenza e completamente a carico del Ssn secondo i criteri dettati dalla Regione Lombardia

([7]) Dgr 6220/2007.

(Dati riportati nel Convegno "Le persone in stato vegetativo ed i percorsi di assistenza post-ospedaliera". Milano 26.3.2009 Auditorium G. Gaber – Palazzo della Regione Lombardia).

Rimangono aperte due questioni: la definizione ed il riconoscimento come livello essenziale di assistenza (Lea) della condizione delle persone in Stato di Minima Coscienza, fase successiva nel continuum di cura dello Stato Vegetativo, e l'opportunità di definire l'accreditamento di unità di cura di lungo-assistenza dedicate per l'accoglienza di persone in Stato Vegetativo in condizione di particolare gravità, tipo le SUAP (Unità Speciali di Accoglienza Permanente) definite nel documento ministeriale del 2005.

13.5.2. *Persone con Sla (Sclerosi Laterale Amiotrofica) e Sm (Sclerosi Multipla)*

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (Sla) e la Sclerosi Multipla (Sm) sono malattie di tipo degenerativo a prevalente componente neuromotoria, a eziologia ancora poco definita, che pur avendo una rilevanza epidemiologica inferiore rispetto alle Gca hanno un impatto sociale ed emotivo elevato, dovuto essenzialmente al permanere della competenza cognitiva fino ai gradi più avanzati della malattia (le patologie neuromuscolari hanno prevalenza di 3-6 casi su 100.000 abitanti). Queste malattie che alternano fasi di acuzie e di stabilizzazione clinica nella progressione verso la disabilità più grave e la morte, hanno trovato sostegno e risposte ai bisogni di cura prevalentemente in ambito sanitario (ospedaliero) nelle fasi di acuzie, post-acuzie e domiciliare (buono e voucher) durante le fasi di stabilizzazione della malattia. L'azione normativa regionale si è rivolta, quindi, prevalentemente al sostegno della famiglia in ambito di cura domiciliare (criteri di invalidità, buono, voucher). Solo dal 2008 si è cominciato a considerare l'accoglienza temporanea presso residenze di lungo-assistenza per ricoveri di sollievo o per gestire situazioni critiche di subacuzie affrontabili con difficoltà al domicilio ([8]). Allo stesso modo di quanto avvenuto per le persone in stato vegetativo non sono stati definiti criteri di accreditamento o di buona pratica per le unità di offerta che volessero accogliere le persone con Sla. Ad oggi in assenza di dati disponibili non è possibile valutare l'efficacia e l'appropriatezza dell'intervento, si può soltanto esprimere la sensazione, raccolta da associazioni di familiari e operatori, che poche strutture residenziali siano in grado di accogliere persone con questo tipo di disabilità e gestire problematiche clinico-assistenziali così complesse.

13.5.3. *Le persone con disabilità invecchiano*

Se le problematiche relative alle "nuove" disabilità (Stati vegetativi e Sla, ecc.) stanno trovando attenzione da parte del programmatore regionale anche per quanto

---

([8]) Dgr 1860/2008.

riguarda la residenzialità, resta non affrontato il problema delle persone con disabilità che invecchiano. Quando viene sollevata la questione da famiglie, utenti e operatori, la risposta più frequentemente ricevuta è che i servizi residenziali per le persone con disabilità già esistono indipendentemente dall'età, e che – seppure è previsto un limite di età (65 anni) per l'inserimento in residenza (Rsd) – non vi sono vincoli di età per la permanenza presso il servizio. Questa risposta non entra nel merito di alcuni aspetti essenziali della questione come:

a) l'abbattimento di tariffa in relazione all'età per le persone accolte in Rsd e Css che superano i 65 anni. Queste persone disabili a cui fino ai 65 anni viene riconosciuta una tariffa regionale secondo valutazione Sidi, al compimento del 65esimo anno vedono abbattuta la tariffa loro riconosciuta attraverso l'applicazione dello strumento Sosia (unità di offerta Rsa), senza che vi sia un cambiamento di condizione ma per il solo cambiamento di "status" (sono diventate persone anziane disabili?) e la condizione di vecchiaia viene riconosciuta come bisognosa di minori risorse rispetto alla condizione di disabilità, in una battuta è come se la condizione di disabilità fosse mandata in pensione;

b) la poca disponibilità di posti letto per nuovi inserimenti, lo squilibrio di offerta di posti letto di residenzialità per disabili rispetto agli anziani (circa 5000 contro 55000) ed il diverso turn-over nei servizi per la disabilità rispetto a quelli per anziani (almeno 10 anni di permanenza in Rsd e Css contro 3/4 anni in Rsa), nel momento del bisogno, orienta facilmente i ricoveri residenziali delle persone con disabilità verso l'offerta Rsa piuttosto che quella Rsd o Css. Tutto ciò viene "pagato" dalle persone disabili (in media di 60-65 anni) con l'emarginazione ed il disagio di "abitare" in un luogo inadeguato, impreparato ad accoglierli e con persone anziane (in media80-85 anni) con bisogni esistenziali molto diversi;

c) la precocità del ricovero della persona disabile dovuto più al processo di invecchiamento delle famiglie piuttosto che quello proprio della persona disabile. Come già evidenziato nel cambiamento del quadro epidemiologico è l'invecchiamento più rapido del sostegno famigliare e/o parentale più il che peggioramento delle condizioni di disabilità a determinare spesso la richiesta di ricovero in residenza della persona disabile;

d) la "concorrenza" per gli stessi servizi residenziali (Css e Rsd) di utenti disabili provenienti dai servizi psichiatrici territoriali, quando la disabilità diviene prevalente sulla malattia psichiatrica residuale.

Tutti questi fattori stanno determinando l'arrivo in buon numero di persone con disabilità anziane in Rsa, ancora non ben valutabile nei numeri generali ma che l'esperienza di alcuni operatori del settore porta a stimare a circa 8% della popolazione accolta in Rsa. L'età mediamente più giovane di questi ospiti "anziani" particolari (60 anni circa contro oltre 80 anni degli anziani tradizionali delle Rsa), la maggior autonomia, l'elevata comorbosità associata ad una relativa stabilità clinica, i disturbi comportamentali maggiormente influenzati dalla variabilità del contesto

e delle relazioni, più che dalla patologia, sono alcune delle caratteristiche distintive delle persone con disabilità che invecchiano rispetto ai grandi anziani accolti in Rsa (Bagarolo, 2008). Queste differenze e specificità di condizione richiedono un approccio "dedicato" che se opportunamente riconosciuto e implementato può trovare una risposta temporanea e flessibile all'interno di alcune Rsa attraverso la sola revisione dei contenuti organizzativi del servizio proposto in modo tale da renderlo simile a quello offerto in Rsd.

Bibliografia

Bagarolo R. (2005), *La residenzialità per le persone con disabilità*, in Gori C. (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Roma, Carocci, pagg. 257-283.

Istat (2005), *L'integrazione sociale delle persone con disabilità,* Roma, luglio 2005.

Istat (2009)*, La disabilità in Italia: il quadro della statistica ufficiale*, Roma, Argomenti n. 37.

Bagarolo R. (2007), Stati *vegetativi permanenti quale setting per quale cura,* I luoghi della cura, anno V n. 4, pagg. 25-27, Roma, CIC Edizioni.

Piano Socio Sanitario 2007-2009, Introduzione pagg. 8-9. Burl 2° suppl. straordinario al n. 47 del 23 novembre 2006.

Irer (2009), Dossier *Famiglia e Salute,* Lombardia 2010 rapporto di fine legislatura – Guerini e Associati

Ministero della Salute, 2005, *Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza*, Documento della Commissione Tecnico-Scientifica (istituita con d.m. 12.9.2005), Roma, dicembre 2005.

Bagarolo R., Rustea B. (2008), *La cura degli anziani con ritardo mentale in Rsa*. Giornale di Gerontologia, 56: 397, Firenze, Pacini Editore.

Famiglia e Solidarietà Sociale - Regione Lombardia: *Bilancio Sociale anno 2003-2004; 2005; 2006; 2007; 2008*.

14. **Uno sguardo d'insieme** (1)

Diletta Cicoletti, Laura Abet, Renzo Bagarolo, Cristiano Gori
e Giovanni Merlo

14.1. Introduzione

Al termine delle analisi e delle considerazioni specifiche fatte per i diversi ambiti d'intervento in favore delle persone con disabilità proponiamo un capitolo conclusivo che riprende i principali risultati trattati nei precedenti tre capitoli. L'obiettivo consiste nel fornire una visione complessiva delle conseguenze di un decennio di politiche regionali rivolte alle persone con disabilità, cercando, dunque, di ricomporre la frammentazione e la diversificazione di interventi per proporre una lettura analitica in quello che abbiamo definito "sguardo d'insieme". Il capitolo è costruito seguendo lo schema generale valutativo dei criteri presentati nel secondo capitolo, che fanno da struttura all'intero volume.

14.2. Regolare il sistema locale di welfare

Questo paragrafo propone una lettura del sistema di regolazione sviluppatosi in questo decennio. Le politiche per la disabilità hanno effettivamente subito diversi passaggi normativi (soprattutto in relazione alla trasformazione di servizi e strutture residenziali e semiresidenziali a ciclo diurno). La dimensione di analisi che accompagna questo paragrafo è il percorso assistenziale individuale, ovvero le tappe che in questi 10 anni hanno accompagnato la costruzione di percorsi di assistenza, parallelamente a percorsi di vita, le difficoltà che le persone affrontano, ma anche le opportunità che si sono costruite.

14.2.1. *Il percorso assistenziale individuale*

Valorizzare la centralità della persona con disabilità significa fondare gli interventi di sostegno sulla valutazione sia dei bisogni di cura che della condizione esi-

(1) Desideriamo ringraziare Luca Degani e Raffaele Mozzanica per gli utili commenti a versioni precedenti di questo come degli altri capitoli appartenenti alla sezione riguardante le persone con disabilità. La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente nostra.

stenziale. Un primo passaggio è rappresentato dall'individuazione di un case-manager che si proponga come facilitatore e garante dei percorsi di cura e di vita della persona. La regia del caso è preceduta da una specifica valutazione della condizione della persona con disabilità, facendo riferimento a criteri il più possibile oggettivi e verificabili, che precedono l'indicazione dell'intervento più appropriato (questa modalità operativa è stata attivata in alcune Regioni come Veneto, Toscana e Trentino ed è in sperimentazione in Liguria).

La volontà più volte dichiarata e le azioni conseguenti del legislatore per passare da un sistema di *welfare state* ad un *welfare community* diffuso hanno avuto un impatto rilevante per gli utenti in termini di accessibilità ai servizi. Un elemento importante nella transizione verso il welfare comunitario è la capacità di acquisire le giuste informazioni per accedere ai servizi: senza le giuste informazioni le famiglie hanno grandi difficoltà a muoversi nella rete di offerta di prestazioni e ad accedere ad un sistema di servizi ad elevata informatizzazione e ridotta presenza di facilitatori. Muoversi all'interno di questo sistema di servizi ricco ma disomogeneo, sempre più frammentato e complesso nelle modalità di erogazione delle prestazioni, è percepito dalle persone con disabilità e dalle famiglie come una condizione di svantaggio e l'ennesimo "handicap" sociale.

L'ultima parte della legislatura regionale è stata caratterizzata da un forte impulso a sviluppare un'azione di governo della rete dei servizi (l.r. 3/2008), i cui risultati non sono ancora del tutto visibili, dal momento che attualmente mancano ancora punti di accesso e di raccordo tra i nodi della rete dei servizi e responsabilità di governo della rete stessa ([2]).

14.2.2. *Le fasi del percorso assistenziale nel corso degli ultimi 10 anni*

Gli atti normativi della Giunta regionale sostengono la costruzione di un rapporto diretto tra utente/famiglia ed ente gestore del servizio ([3]).

Se si considerano nell'analisi del percorso assistenziale le due macro distinzioni "minor età" / "maggior età", quindi escludendo o mettendo da parte "la persona disabile che diventa anziana" (v. cap. 13.5.3), possono valere le seguenti considerazioni.

La Neuropsichiatria infantile è il soggetto pubblico che prende in carico i mi-

---

([2]) Una recente delibera regionale in attuazione alla l.r. 3/2008 (Dgr 10759/2009) conferisce alle Asl il mandato di attivare i Centri di Assistenza Domiciliare (CeAD) quali punti di accesso e raccordo della rete sociale e socio-sanitaria, ma la funzione e le modalità operative appaiono ancora poco chiare, all'interno di un sistema di offerta di servizi organizzati più per accesso a singole prestazioni / servizi, che per svolgere una funzione di presa in carico a tutto campo (*case management*).

([3]) Questa tendenza va in direzione contraria a quanto richiamato dalla normativa nazionale (art. 14, l. 328/2000) e dalla stessa e più recente normativa regionale (art. 6 l.r. 3/2008): in entrambi i casi la regia della presa in carico era assegnata ai Comuni.

nori con disabilità. In questo la l.r. 31/1997 ha modificato l'organizzazione strutturale, cambiando le Aziende ospedaliere, ma il percorso assistenziale per le persone con disabilità è rimasto uguale.

Il sistema di presa in carico per gli adulti è delineato dalla l.r. 1/1986 e dai successivi piani socio-sanitari, nonché dal Piano socio-assistenziale 1988/1990, che attribuiva un ruolo forte e ben delineato in capo ai Comuni sia per l'ambito socio-sanitario che per quello socio-assistenziale.

Oggi con la l.r. 3/2008 si ha una divisione netta tra la competenza delle Asl in materia socio-sanitaria e quella dei Comuni in materia socio-assistenziale. Quindi mentre prima la presa in carico era per norma integrata, oggi risulta assolutamente divisa, in funzione della materia.

È difficile oggi definire il funzionamento dei servizi in modo univoco, proprio per l'instabilità e la frammentarietà del sistema stesso. Si può provare a capire se ci sia un accesso diretto ai servizi, che attualmente sembrerebbe essere nelle intenzioni del regolatore regionale.

L'esercizio della libera scelta per la persona con disabilità è subordinata alla capacità della famiglia o del singolo di sostenerne autonomamente l'intero costo (retta) del servizio scelto. Gli Enti gestori hanno necessità di avere la garanzia del pagamento diretto della retta, pena la mancata accettazione della domanda di inserimento in struttura. In casi sempre più numerosi le famiglie in difficoltà si rivolgeranno nuovamente al proprio Comune per richiedere la compartecipazione al pagamento della retta.

Al termine di questo decennio dunque ci sembra che l'Ente locale abbia perso il ruolo di regia e di controllo, nonché quello fondamentale di valutazione per l'individuazione del percorso. Le persone con disabilità si trovano a dover fare una valutazione del proprio bisogno in autonomia, andando a cercare direttamente la struttura idonea, per avere accesso alla Rete di Unità di Offerta.

14.2.3. *Punti deboli e punti di forza*

La vera riforma forse può essere individuata, quindi, più che nella l.r. n. 3/2008, nella Dgr VIII/8496 26.11.2008 "*Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta socio-sanitarie*" dove si trovano lo schema di contratto tra Ente e cittadino o la possibilità dell'Unità di offerta di segnalare al Comune le situazioni difficili ([4]).

([4]) La Dgr 8496 norma infatti, come criteri del Contratto di ingresso, l'individuazione del soggetto abilitato a firmarlo, le prestazioni a carico dell'utente e anche le ipotesi di recesso e di risoluzione del contratto (nonché le ipotesi di dimissioni per ritardi o mancato pagamento della retta…) e stabilisce che il Contratto viene stipulato tra Utente/tutore/parente ed Ente gestore. Non può non evidenziarsi la spinta ad un **rapporto privatistico** tra persone e servizi, con il relativo indebolimento dell'integrazione tra iniziative sociali e servizi sanitari.

Lo schema-tipo di contratto tra Asl ed ente gestore ([5]) prevede come elementi costitutivi i criteri di accesso prioritario, la necessità di valutare i bisogni personali di assistenza espressi, di informare persone/famiglie sulla possibilità di accedere ad altre unità d'offerta (a livello regionale) e anche di informare sulle modalità di accesso a forme di integrazione economica o ad altri benefici. In questo scenario il segretariato sociale deve avere una funzione di presidio a garanzia dell'unitarietà del processo di aiuto e presa in carico della persona.

Le funzioni di Segretariato Sociale descritte dalla Regione rendono possibile l'obiettivo della Porta Unica di accesso, prevista dalla norma regionale per le persone non autosufficienti. Le indicazioni regionali non impediscono di pensare ad attivare/sperimentare la Porta Unica come luogo di valutazione e di invio alla rete dei servizi ([6]).

Oltre a garantire e facilitare l'unitarietà di accesso e orientare il cittadino nella rete, si assicura la competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, soprattutto per le situazioni complesse che abbisognano di un pronto intervento sociale e continuità assistenziale, e la necessità di invio all'Asl e ai Comuni dei casi complessi, così da assicurare la presa in carico della persona secondo i criteri di integrazione e continuità assistenziale (punto 4) ([7]).

Dopo questa analisi possiamo riassumere le sfide introdotte dalla Regione nei paradigmi seguenti:

1. si scommette sulla capacità di un protagonista importante del "quasi mercato" – l'erogatore – di assumere un ruolo rilevante anche nei processi di presa in carico;
2. si scommette sulla capacità del cittadino/utente di potere esercitare con efficacia il proprio diritto di libertà di scelta;
3. si scommette sulla capacità del sistema pubblico (Asl e Comuni) di esercitare una effettiva capacità di valutazione di efficacia (*ex post*) oltre che sulla capacità di definizione dei criteri per gli accreditamenti (*ex ante*);

Per le Persone con Disabilità le sfide che ne conseguono possono essere così riassunte:

([5]) Allegato D – art. 4.

([6]) Dgr VIII/8551 del 3.12.2008 "Determinazione in ordine alle linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona – 3° triennio (2009-2011)".

([7]) La normativa prevede inoltre che il segretariato sociale debba "…assicurare, con funzioni esplicite di *case management*, un intervento a 3 livelli: a livello del cittadino, per consentire il giusto orientamento al servizio di competenza e accesso rapido al servizio, a livello del servizio che si occuperà della presa in carico della persona e attivazione della rete e del trasferimento dei dati affinché le informazioni non vadano perse e, infine, a livello di programmazione per monitorare l'accesso e leggere i bisogni del territorio".

1. Costituire il segretariato sociale, previsto dalla l.r. 3/2008 e dalla bozza delle linee guida regionali, come "luogo" della presa in carico pubblica;
2. Porre al centro della programmazione dei servizi, i progetti ed i percorsi di vita delle singole persone con disabilità (la persona deve essere protagonista, i servizi non possono essere l'unico orizzonte possibile);
3. Sviluppare servizi e iniziative per garantire il diritto ad avere al proprio fianco, quando necessario, un amministratore di sostegno **(art. 9 l.r. 3/2008)**;
4. Chiedere la giusta contribuzione al costo dei servizi.

14.3. Introdurre la libertà di scelta

Le politiche rivolte alle persone con disabilità costituiscono un terreno privilegiato per la libertà di scelta. Nel welfare sociale dei paesi occidentali, infatti, la libertà di scelta è stata portata all'attenzione del dibattito tra studiosi, così come dei governi, dalle associazioni di persone con disabilità – in particolare disabilità fisica – e dalla riflessione maturata tra gli esperti di questo settore. L'impegno del mondo della disabilità in tal senso è iniziato negli anni '70 e nel decennio successivo l'interesse ha cominciato a risultare significativo in molti paesi. Solo a partire dagli anni '90 – attraverso un "travaso" di idee tra settori del welfare le cui implicazioni meriterebbero maggiori attenzione ([8]) (Da Roit e Hoogenboom, 2010) – il tema è diventato patrimonio anche di altri ambiti del sociale (anziani e prima infanzia). Negli ultimi 20 anni, peraltro, la riflessione teorica su libertà di scelta e politiche sociali ha conosciuto un ampio sviluppo ma le analisi concrete su come tradurre l'idea in pratica hanno continuato a riguardare, prevalentemente, gli interventi rivolti alle persone con disabilità.

La libertà di scelta può avere due differenti declinazioni: tra uno di vari erogatori accreditati per offrire un determinato intervento (è il "quasi mercato") oppure tra interventi diversi (cfr. cap. 2). Nella disabilità l'interesse è sempre stato verso questa seconda declinazione, cioè nella vita indipendente, il progetto individuale che la persona si può liberamente costruire – decidendo gli interventi che ritiene più opportuni – con il calcolo del relativo impegno economico e la sua rendicontazione.

Nel decennio, l'amministrazione regionale lombarda non ha puntato sulla vita indipendente. Durante la fase finale di quest'ultima legislatura è emerso un iniziale interesse, attraverso attività di studio e di ricerca che hanno prodotto iniziative di carattere sperimentale nel campo dell'informazione e della consulenza al cittadi-

([8]) Un caso concreto può essere qui utile. Il dibattito sulla libertà di scelta è nato pensando, ad esempio, a persone di mezza di età in carrozzina (magari a causa di un incidente d'auto) e nel pieno delle proprie energie mentali ed è poi stato "travasato" alla libertà di scelta di anziani ultra 80enni spesso in condizione di forte fragilità.

no con disabilità con la creazione di Sportelli dedicati presso le Asl e l'attivazione di due Centri per la promozione della vita autonoma e indipendente (a Brescia e Milano). Progetti non accompagnati finora da capitoli di spesa dedicati al supporto ai progetti di vita concreti delle persone con disabilità.

I percorsi di vita indipendente sono considerati di competenza comunale, senza responsabilità dunque della Regione, e lasciati sostanzialmente alla loro discrezionalità. Con il risultato che ancora oggi le persone con disabilità che hanno la necessità di sostenere i propri progetti di vita indipendente con interventi di carattere assistenziale non possono fare riferimento a risorse certe diverse da quelle personali.

L'intervento regionale in materia, infatti, si circoscrive sostanzialmente alla gestione dei fondi previsti dalla legge 162/1998 che la Regione affida – con totale discrezionalità d'uso – ai Piani di Zona, all'interno della ripartizione del Fondo Nazionale Politiche Sociali. Non abbiamo dati sistematici in merito ma gli studi compiuti su una quota significativa di Piani di Zona (vedi il paragrafo 12.1.1) ci mostrano un quadro assai eterogeneo:

– alcuni piani di zona non destinano alcuna risorsa del fondo nazionale ai progetti di vita indipendente;

– una percentuale superiore al 40% (tabella 12.3) degli interventi finanziati con i fondi previsti dalla legge 162/1998 non riguarda progetti di vita indipendente ma sono destinati al "sollievo" dei familiari care giver o addirittura di "avvicinamento alla residenzialità";

– la rimanente quota di utilizzo dei "finanziamenti 162" solo in parte può essere considerata a sostegno della autodeterminazione della persona perché possono essere finanziati anche semplici interventi di sostegno alla domiciliarietà.

L'insieme degli interventi finanziatii con i fondi previsti dalla legge 162/1998 hanno comunque un carattere precario, perché sono approvati con cadenza annuale senza alcuna garanzia di rinnovo, e coprono solo parzialmente il bisogno, in quanto non superano in genere i 10.500 € per anno.

Il sostegno ai processi della vita indipendente avviene pure con l'opportunità di ottenere un contributo per l'acquisto di ausili tecnologicamente avanzati (l.r. 23/1999) e, naturalmente, attraverso la possibilità di accedere al buono e al voucher sociale per le prestazioni domiciliari. Si tratta, di nuovo, di "possibilità" che sono soggette ai vincoli per l'accesso ad interventi di carattere assistenziale (quali la gravità e il reddito). Bisogna, però, sottolineare come proprio il decreto attuativo della legge 23/1999 preveda esplicitamente che "il progetto individualizzato che deve accompagnare obbligatoriamente la domanda è un progetto sociale/educativo volto a favorire una vita indipendente o una maggiore autonomia o un miglioramento della qualità della vita del disabile".

Differente, invece, è stato l'*iter* compiuto da altre Regioni negli scorsi anni. Infatti, varie Regioni italiane hanno seguito strade diverse, accomunate dalla produzione

di provvedimenti specifici a sostegno della vita indipendente con la conseguente destinazione di fondi dedicati (Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Toscana, Veneto). Si tratta di esperienze piuttosto eterogenee per approccio culturale, impegno di spesa e modalità di accesso ma tutte prevedono interventi e risorse *ad hoc* per sostenere le persone con disabilità, in particolare con menomazioni fisiche e motorie, nei propri percorsi di autonomia, indipendenza e autodeterminazione. In Veneto, ad esempio, esiste dal 2003 uno stanziamento regionale *ad hoc*, riservato alle persone con disabilità fisico-motoria con un tetto massimo di 1.000 euro mensili, che può essere integrato con i fondi di singoli Comuni. Una segnalazione a parte merita l'esperienza sarda. La Regione Sardegna, a partire dal 2001, ha posto al centro del proprio modello di welfare i progetti di vita individuali, destinando risorse proprie all'incremento dei fondi previsti dalla legge 162/1998 e, conseguentemente, aumentando in modo esponenziale le persone con disabilità soggetti di progetti che si possono – correttamente – definire di vita indipendente. La caratteristica dell'esperienza sarda è il suo approccio universale, non rivolto ad una particolare "categoria" di persone con disabilità, capace di anticipare e rendere maggiormente concreto quel diritto di "tutte le persone con disabilità a vivere nella società con la stessa libertà di scelta delle altre persone" previsto dall'art. 19 della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità. Così facendo, nel 2009 in Sardegna sono stati 19.710 i piani personalizzati realizzati, con una spesa complessiva pari a 91.919.557 € (Borgato e Narduzzo, 2009; Caffarena, 2008).

14.4. Introdurre il "quasi mercato"

La delibera istitutiva dei Cdd ([9]) segue di poco quella che definisce le Rsd ([10]) e ne mutua i principi fondanti volti a realizzare anche nel settore dei servizi semiresidenziali le condizioni di libertà di scelta e competizione tra erogatori accreditati che caratterizzano il modello lombardo di "quasi mercato". A distanza di alcuni anni, si registra un'ampia distanza da questo obiettivo: nonostante tutti i servizi per le persone con disabilità si siano ormai adeguati ai nuovi standard manca uno dei presupposti necessari per creare condizioni di competizione, ovvero la sovrabbondanza dell'offerta rispetto alla domanda. Attualmente tutti i posti accreditati in Cdd o Rsd, o autorizzati in Cse o Sfa sono infatti occupati, e ci sarebbe la necessità di poter disporre di ulteriori opportunità a livello territoriale dei singoli territori. Per le famiglie, dunque, il compito principale non consiste nell'esercitare la propria libertà di scelta tra diversi erogatori accreditati in competizione, bensì nel trovare un posto libero.

([9]) Dgr 23 luglio 2004, n.7/18334.
([10]) Dgr 7 aprile 2003, n. 7/12620.

I nuovi servizi nascono in realtà già saturi o sono comunque destinati a saturarsi rapidamente; è esperienza comune che la scelta di inserire il figlio in un tipo di struttura piuttosto che in un'altra avvenga sostanzialmente in base alla disponibilità di posti e alla vicinanza territoriale; solo raramente ciò avviene in base ad altre considerazioni, che sono ridotte poi alla specializzazione di una struttura nell'accoglienza di persone con particolari menomazioni (per esempio disabilità neuromotoria o autismo). Quindi non è la domanda a scegliere l'offerta bensì il contrario, cioè l'offerta che – in base alle sue disponibilità – condiziona le decisioni della domanda sui servizi da utilizzare.

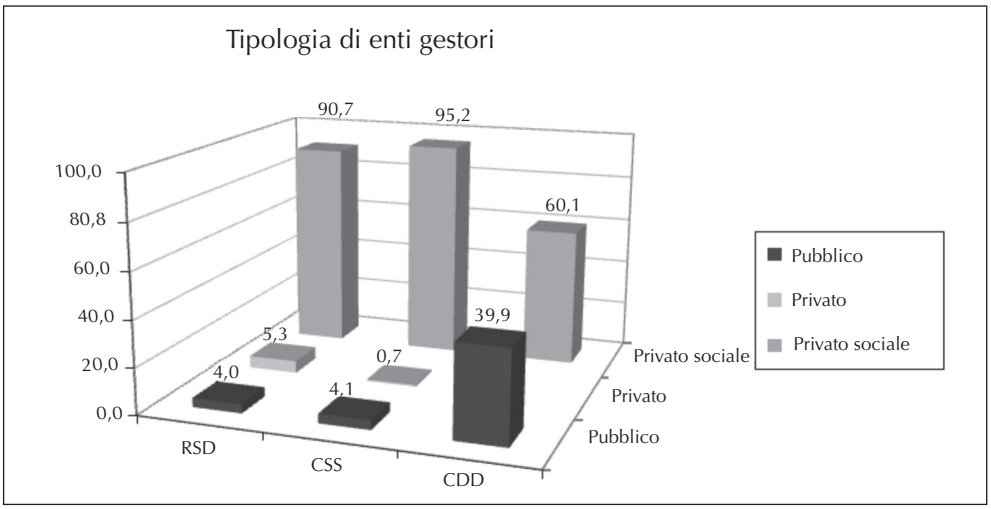
14.5. Valorizzare il Terzo Settore

Nel decennio l'amministrazione regionale ha sempre spinto per un coinvolgimento attivo del Terzo Settore (TS) nello sviluppo dell'offerta di servizi per persone con disabilità. Se si analizzano le tipologie di soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie semiresidenziali e residenziali (Cdd, Rsd, Css) si nota come prevalga il TS, con un'unica differenza per i Cdd che nel 39,9% dei casi sono gestiti da soggetti pubblici quali amministrazioni comunali, Comuni in forma associata (aziende, consorzi) o Asl (figura 14.1). L'attenzione dell'amministrazione regionale nei confronti del Terzo Settore non ha qui rappresentato una novità, dato che anche dieci anni fa la grande maggioranza dei soggetti gestori di servizi a finanziamento pubblico era costituita da realtà del non profit.

Le Rsd sono le strutture con la più alta percentuale di gestori appartenenti al settore for profit (5,6%), percentuale che non è certamente elevata in assoluto, ma in relazione a quella rilevata per Cdd e Css. In ogni modo, non si è verificata nelle strutture per persone con disabilità la notevole crescita dei gestori for profit che ha caratterizzato, negli anni più recenti, le Rsa per anziani (cfr. cap 9). Pochi nuovi imprenditori si sono inseriti in questa nicchia di mercato probabilmente a causa della fase di grande cambiamento ed instabilità del settore, delle poche competenze professionali disponibili sul mercato e della scarsa diffusione di una cultura della disabilità, che riducono l'attrattività del settore per gli investimenti.

A oggi i gestori dei servizi residenziali per persone con disabilità, appartenenti in prevalenza alle realtà del Terzo Settore storicamente presente e radicato in questo sistema di offerta, si sono trovati a operare in un "mercato protetto" e questo è – in estrema sintesi – il principale sostegno che si è venuto a realizzare, nei fatti, a favore dei soggetti gestori di TS.

Figura 14.1 - Enti gestori delle strutture per persone con disabilità, Lombardia, 2009



In senso più ampio, nel territorio regionale si rileva – come già nella precedente legislatura – un'azione propulsiva e propositiva fondamentale del mondo del TS, che viene ad assumere ruoli di rilievo non solo nella gestione dei servizi (attraverso accreditamento e procedure di qualità) ma anche nell'affiancamento alle attività di programmazione locale, a livello di distretti Asl e di ambiti territoriali. La programmazione socio-sanitaria vede ormai in quasi tutte le Asl la presenza del Terzo Settore come soggetto consultato e informato delle azioni assunte a livello di direzione sociale. Il TS partecipa in forma organizzata (forum e/o consulte) anche alla programmazione sociale dei piani di zona, con modalità dettate dalla normativa regionale, che si diversificano maggiormente rispetto ad altre esperienze, proprio perché molto diversificata è l'esperienza di programmazione nei 98 ambiti territoriali.

Nel sistema del welfare per le persone con disabilità questa azione risulta essere molto importante. Come noto, non esistono solo cooperative o associazioni gestori di servizi ma esistono anche associazioni di persone con disabilità e familiari che svolgono un ruolo di rappresentanza e di advocacy forte e organizzazioni di volontariato che si occupano nello specifico di assistenza alle persone con disabilità. Realtà che svolgono un ruolo attivo e propositivo per lo sviluppo del sistema di offerta per queste persone, contribuendo anche all'analisi dei problemi e dei bisogni che vengono rilevati sul territorio.

Le progettazioni sperimentali di questi ultimi anni sull'autismo ("La famiglia davanti all'autismo", 2008 ([11])) hanno messo in luce la necessità di pensare ad un'in-

([11]) Il progetto avviatosi con sperimentazione regionale ha visto l'avvio di 3 progetti: Progetto ORMA, Progetto Rete Autismo, Progetto Fare Rete. Sui progetti si veda il capitolo 20.

tegrazione delle diverse risorse, proponendo anche la fatica di coinvolgere il mondo dell'associazionismo attribuendo un ruolo formale e riconosciuto alla naturale e spontanea attività di advocacy e di tutela dei diritti.

14.6. Migliorare gli effetti sugli utenti

Non esistono studi che indichino in modo diretto come sono cambiati gli effetti per le persone con disabilità delle politiche regionali con l'attuazione della riforma lombarda. Una serie di indicatori indiretti, però, consentono di evidenziare rilevanti miglioramenti.

14.6.1. *Standard strutturali e gestionali*

Fino al 2003, l'assetto gestionale-organizzativo dei servizi per le persone con disabilità in Regione Lombardia era definito sostanzialmente attraverso i criteri strutturali, gestionali e organizzativi previsti nel Piano Socio Assistenziale 1988-1990. Per diversi aspetti, tuttavia, quel Piano era stato solo parzialmente attuato (ad esempio la trasformazione degli Istituti Educativo-Assistenziali in Centri Residenziali Handicap) mentre, nel frattempo, erano profondamente cambiati il contesto culturale (revisione OMS dei concetti di Disabilità ed Handicap), epidemiologico (invecchiamento della popolazione e prevalenza delle patologie cronico-degenerative su quelle acute-infettive) e normativo (l.r. 31/1997 di riforma del sistema sanitario regionale con la separazione fra funzioni di erogatore e acquirente-controllore).

La riforma di questo decennio ha svolto l'importante funzione di definire, standardizzare e semplificare i requisiti strutturali, gestionali e organizzativi di molti servizi sanitari (riabilitazione) e socio-sanitari (Rsd, Css, Cdd). Così facendo è stato possibile permetterne una applicazione diffusa e garantire controlli più stringenti e puntuali su gestori ed erogatori, pena l'esclusione dal sistema di remunerazione regionale.

Questi cambiamenti hanno prodotto conseguenze positive sulla qualità dei servizi autorizzati e accreditati, almeno in termini strutturali, organizzativi e gestionali ([12]). In questi anni l'estesa azione di accreditamento e controllo da parte delle diverse Asl ha permesso di garantire condizioni residenziali, abitative e organizzative di servizio pressoché omogenee su tutto il territorio regionale.

La specificità di requisiti e criteri di autorizzazione e accreditamento dei diversi servizi non permette di proporre qui una disamina analitica e approfondita; presen-

---

([12]) Per l'approfondimento tecnico si rimanda alle analisi contenute nei capitoli precedenti e agli allegati delle Dgr 19883/2004 – Riabilitazione, Dgr 12620/2003 – Rsd, Dgr 18334/2004 – Cdd e Dgr 18333/2004 – Css.

tiamo di seguito gli aspetti che ci sono sembrati più qualificanti rispetto ai requisiti strutturali (dimensioni, spazi individuali e collettivi); gestionali (quantità e tipologia di personale, standard, contratto); tecnologici (impianti, arredi, attrezzature); organizzativi (carta dei servizi, contratto, documentazione dell'ospite, linee guida e protocolli, progetti, debito informativo, customer, scheda struttura) dei servizi ritenuti strategici nel sistema socio-sanitario ([13]).

Dei Servizi Riabilitativi che presentano il maggior cambiamento in termini di struttura che di organizzazione abbiamo già parlato altrove (cap. 13); i requisiti strutturali della Rsd sono stati in buona parte mutuati da quanto previsto nella precedente normativa sui CRH (Centri Residenziali Handicap) e per i Cdd dai Centri Diurni di tipo Riabilitativo; mentre i requisiti gestionali e organizzativi ripropongono standard già sperimentati in ambito socio-sanitario nei servizi per anziani (Rsa e Cdi), con una differenziazione tariffaria e di risorse assistenziali assegnate in base alla classe Sidi, che di fatto non ha avuto alcuna ricaduta effettiva in termini di contenuti di servizio sugli utenti.

Il Sidi si è dimostrato un affidabile strumento gestionale nell'ottica regionale del riconoscimento tariffario delle prestazioni erogate, ma uno strumento di valutazione dei bisogni inadeguato per definire la condizione di disabilità, indipendentemente dal servizio erogato e dai percorsi di cura attivati.

L'introduzione nel settore dei servizi socio-sanitari per disabili del sistema di valorizzazione della tariffa sanitaria tramite Sidi, rapportata all'impegno di risorse (il personale da solo ne rappresenta circa il 70%), ha richiesto un grande sforzo di cambiamento organizzativo-gestionale da parte degli erogatori ed ha comportato un deciso impulso all'aziendalizzazione dei servizi, ed una maggiore attenzione alla sostenibilità economica sulla qualità del servizio. Si ha la percezione da parte di utenti, associazioni e operatori che questo processo di accreditamento avviato senza un adeguato programma di formazione degli operatori coinvolti abbia contribuito a migliorare sicuramente la qualità dei contesti di cura e di vita, ma non i contenuti e la cultura dei servizi. Molti servizi per la disabilità risentono ancora oggi della cultura "collocativa" centrata sulle problematiche della disabilità (spesso gestite con logica emergenziale) e faticano ad adottare corrette prassi di progettazione di percorsi "inclusivi" centrati sulle persone (vedi paragrafo 6.2). La presenza di requisiti di accreditamento a forte impronta sanitaria ha in molti casi "snaturato" la valenza socioeducativa di questi servizi, con importanti ricadute sui progetti di vita e di cura delle persone storicamente accolte, e contemporaneamente si associa a impreparazione e/o incapacità a rispondere ai bisogni esistenziali delle nuove persone con disabili-

([13]) Per ulteriori e specifici approfondimenti relativi ai diversi requisiti delle strutture regionali per le persone con disabilità si veda in appendice la tabella "Analisi trasversale dei requisiti strutturali, organizzativi e gestionali delle diverse strutture e dei diversi servizi per le persone con disabilità" a cura di Renzo Bagarolo.

tà accolte. La definizione prioritaria degli obiettivi a valenza sanitaria e le maggiori responsabilità affidate alle professioni sanitarie all'interno delle équipe, in assenza di un percorso di integrazione con le professionalità socio-educative già presenti, ha determinato spesso una separazione fra progetto di vita e piano di cura delle persone, con il prevalere dell'uno sull'altro più in ragione di una rivendicazione di ruolo dell'équipe piuttosto che sulla base di una valutazione della priorità di bisogno della persona disabile. La mancata condivisione di una cultura di progetto ha di fatto riproposto "paradigmi" di cura prevalentemente sanitaria a scapito dell'integrazione sociale, poche sono le realtà che spontaneamente hanno percorso la strada dell'innovazione di servizio e dell'integrazione alla rete territoriale dei servizi. I nuovi servizi accreditati in questi anni, da una parte hanno la tendenza a proporre risposte di tipo sanitario a bisogni di natura prevalentemente sociale (soprattutto per le persone con disabilità connatale/congenita) e dall'altra si dimostrano spesso inadeguati nel farsi carico dei bisogni di socialità e relazione delle persone colpite dalle "nuove" disabilità (Stati vegetativi, Sla, malattie degenerative, psicosi residuali, autismo, ecc). Invece gli operatori socio-educativi di questi servizi si sono formati e confrontati per molti anni con disabilità di natura connatale/congenita e si trovano impreparati nel farsi carico di persone con disabilità "acquisita" a forte impatto emotivo ed elevata variabilità di condizione clinica.

14.6.2. *Progettazione personalizzata*

Se la standardizzazione dei servizi per le persone con disabilità è stato il passaggio fondamentale della revisione di questo sistema, la necessità di definire l'appropriatezza dell'intervento rispetto al profilo degli utenti ci rimanda alla questione fondamentale della valutazione e del riconoscimento dei bisogni della persona disabile, considerando che il riconoscimento del bisogno è necessario affinché esso sia un bisogno reale ed esistente agli occhi dei servizi, degli operatori, della comunità.

La valutazione dei bisogni e la progettazione personalizzata vengono indicate, autorevolmente dall'OMS, come la corretta prassi da seguire nell'intervento a sostegno delle persone con disabilità, ma le buone prassi di intervento devono essere precedute e sostenute dalla diffusione e implementazione di una cultura dell'intervento attraverso la formazione.

La complessa azione di revisione del sistema di questi anni ha riguardato aspetti strutturali, organizzativi e gestionali ma non sono stati accompagnati da una programmazione della formazione degli operatori coinvolti; così si è finito per cambiare più le mura rispetto alle culture di intervento e ciò, associato allo sbilanciamento dei servizi verso un'offerta prevalentemente residenziale, rischia di riproporre logiche di istituzionalizzazione e scarsa inclusione sociale.

La standardizzazione ed il controllo sulle modalità di erogazione del servizio hanno introdotto nel sistema di offerta una maggiore rigidità e frammentazione di risposta al bisogno spesso a scapito della personalizzazione dell'intervento. Questo

passaggio cruciale per il sistema di offerta induce molti operatori ad aderire più a logiche di erogazione di prestazioni che di presa in carico. L'introduzione formale di nuove figure professionali (sanitarie e gestionali) a completamento delle équipe multi-professionali, più che arricchire e migliorare la qualità dell'intervento rischia di frammentare ulteriormente la persona con disabilità in una molteplicità di bisogni che non vengono mai ricondotti alla unicità dell'individuo. Non è stato facile per molti servizi sviluppare una nuova filosofia condivisa dell'intervento di sostegno alle persone disabili dove coesistono e si integrano momenti cura e di vita.

I grandi cambiamenti avvenuti in questi anni nei servizi per persone con disabilità non sono stati sostenuti e accompagnati da un adeguato programma formativo regionale capace di sviluppare e diffondere una cultura condivisa fra gli operatori nell'ambito della valutazione multidimensionale, della progettazione dell'intervento e della gestione della relazione con la persona con disabilità. Un esempio delle ricadute positive che può avere la programmazione di un intervento formativo degli operatori su utenti e servizi è quello svolto nella fase di costituzione della rete dei nuclei Alzheimer in Lombardia.

Poco è stato fatto in questi anni per l'approfondimento e l'integrazione di due culture di intervento così diverse e distanti come quella sanitaria e socio-educativa, culture che necessariamente si devono integrare quando devono farsi carico dei progetti di vita e di cura delle persone con disabilità. Nella tabella 14.1 si sintetizzano i principali punti di forza e di debolezza dei due approcci.

Tabella 14.1 - Due approcci d'intervento a confronto

Approccio socio-educativo al disabile	**Approccio sanitario alla persona fragile**
Punti di Forza	
Spiccata personalizzazione e progettualità	Metodologia scientifica standardizzata
Utilizzo della relazione come strumento di intervento (Relazione terapeutica)	Utilizzo della valutazione multidimensionale e capacità di affrontare la complessità
Punti di Debolezza	
Debolezza scientifica della metodologia socio-educativa	Scarsa personalizzazione ed eccessiva standardizzazione dell'intervento
Ridotto utilizzo degli strumenti di valutazione e attenzione alla multidimensionalità e complessità (crisi del ruolo dell'educatore)	Rischio di governo della vita delle persone tramite le cure (sanitarizzazione dell'esistenza)
Scarso riconoscimento dei bisogni clinico-assistenziali	Scarsa attenzione alla relazione

Valorizzare la centralità e unicità della persona significa anche fondare gli interventi di sostegno ed i percorsi di cura su una valutazione indipendentemente dai servizi attivati. Ciò richiede che l'operatore a sostegno della persona con disabilità e della famiglia agisca oltre che da valutatore dei bisogni anche da facilitatore con azione di counseling e/o di accompagnamento della persona. Questa azione di regia leggera non può prescindere da una capacità di valutazione della condizione della

persona con disabilità, con criteri il più possibile oggettivi, quantificabili, documentabili e verificabili, che precedono l'indicazione dell'intervento proposto.

14.6.3. *Incontro tra domanda e offerta*

È stato fin qui sostenuto che l'offerta regionale di servizi rivolti alle persone con disabilità è ricca e variegata, ma distribuita in modo disomogeneo nel territorio. Inoltre, i dati numerici disponibili e le risorse impegnate ci indicano che è un'offerta sbilanciata verso l'area sanitaria e socio-sanitaria rispetto a quella sociale e prevale l'offerta di servizi residenziali rispetto a quelli semiresidenziali e domiciliari. L'area sociale della rete dei servizi (tutela e protezione sociale) ad oggi meno sviluppata sul territorio, rende fragile un sistema che fondato su tre pilastri è in precario equilibrio su due, con la conseguenza di un'importante domanda di servizio residenziale sanitario e socio-sanitario come risposta impropria ad un bisogno di sostegno sociale ([14]). I dati già presentati nei capitoli precedenti evidenziano chiaramente come in questi anni molti servizi di comunità a maggior valenza sociale abbiano trovato convenienza a trasformarsi in servizi di tipo socio-sanitario (Cse trasformati in Cdd e Comunità Alloggio in Css), impoverendo di fatto la rete dei servizi sociali dedicata alle persone con disabilità. Questo percorso di trasformazione ha rappresentato per molti servizi sociali un naturale adeguamento alle mutate caratteristiche degli ospiti accolti, raramente però altri servizi sono stati attivati e implementati in sostituzione (gli Sfa divenuti Cse per il mutare delle caratteristiche degli utenti sono l'eccezione), con la conseguenza che alcune fasce di bisogno restano o rischiano di restare senza risposta sociale (es. minori con disabilità e scarsa integrazione scolastica, adulti con nuove disabilità acquisite) o si rivolgono impropriamente ad altri servizi. Inoltre alcune rigidità del sistema e il problema del ribaltamento dei costi dall'area socio-sanitaria a quella sociale (a carico prevalentemente di utenti e Comuni) non incentivano l'utilizzo di servizi a minor protezione sanitaria anche se appropriato per l'utente. Ne sono un esempio l'inserimento o la permanenza di persone con disabilità con bisogni essenzialmente di tipo sociale in Rsd, che potrebbero trovare accoglienza in un servizio CSS integrato con un servizio Cdd o Cse.

Vi è poi un passaggio decisionale cruciale nei percorsi di cura ed esistenziali delle persone con disabilità ed è quello della scelta fra permanenza al domicilio, con l'aiuto dei servizi di supporto domiciliari e semiresidenziali, e l'ingresso in comunità o residenza. Oggi il criterio guida di questa scelta dovrebbe essere la non assistibilità al domicilio della persona con disabilità (la Regione invece utilizza il criterio di

---

([14]) Peraltro, l'assenza di un "Osservatorio" regionale in grado di fornire informazioni quali/quantitative sulla condizione di disabilità (istituito ad esempio in Veneto, Piemonte, Trentino, Liguria) non permette di leggere adeguatamente il bisogno, indipendentemente dall'offerta di servizi, in modo da poter sviluppare politiche di intervento più orientate, mirate e possibilmente alternative alla residenzialità.

presenza/assenza della famiglia), ma si registra ad oggi una grave carenza nel territorio dei servizi di orientamento e presa in carico.

La scelta di percorso di cura e l'accesso ai servizi è influenzato in modo determinante dall'offerta e tipologia di servizi presente sul territorio. I servizi di vigilanza e controllo attivati presso le Asl lombarde, che hanno fin qui svolto prevalentemente funzione di verifica e controllo dei requisiti di accreditamento e delle condizioni di competizione fra i gestori, potrebbero avere un ruolo determinante nella costituzione di un osservatorio territoriale, con funzione di mappatura quali/quantitativa dei bisogni delle persone disabili, della loro traduzione in domanda di servizio e della programmazione e sviluppo dell'offerta di servizi sul territorio.

14.6.4. *"Nuove" aree di bisogno*

Negli ultimi anni il miglioramento continuo delle cure e l'efficacia degli interventi sanitari nel campo dell'emergenza e delle tecniche di rianimazione hanno determinato il progressivo aumento del numero di persone affette da disabilità "catastrofica", ovvero esito di traumi o patologie neurologiche acute gravemente invalidanti (Gravi Cerebrolesioni Acquisite). Un'altra area di bisogno che interessa un numero crescente di persone riguarda le malattie neuromuscolari di tipo degenerativo a insorgenza precoce e lenta progressione (Sla, Sm, Corea di Huntigton, ecc.) o ancora le malattie di tipo neuro-psichiatrico (autismo, disturbo di adattamento, psicosi residuale, ecc.), che determinano nuove condizioni di disabilità in età giovane-adulta.

Come abbiano visto, la Regione Lombardia dal 2007 è intervenuta con atti specifici e stanziamenti di risorse, sia per definire percorsi cura che per costruire un network per patologia ([15]). Per alcune condizioni come lo stato vegetativo, l'attuazione del network per le Gca (Gravi Cerebrolesioni Acquisite) è in fase avanzata e siamo, di fatto, al monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni regionali; per altre condizioni come la Sla (e altre malattie neurodegenerative) siamo nella fase di costruzione e implementazione del network; infine per l'autismo siamo nella fase conoscitiva quali-quantitativa del problema propedeutica alla definizione di un programma di intervento (definizione del network).

Restano da affrontare alcune criticità che, nel caso delle persone in stato vegetativo, sono la definizione ed il riconoscimento come livello essenziale di assistenza (Lea) della condizione di Stato di Minima Coscienza (fase successiva nel continuum

---

([15]) Il network per patologia è un modello organizzativo sperimentato per diverse condizioni patologiche (es. network oncologico); si tratta della costituzione di una rete di servizi in connessione tra loro (network). È di fatto uno strumento organizzativo che consente la realizzazione di percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali coerenti e appropriati. Gli obiettivi perseguiti sono la garanzia di continuità di cura e l'integrazione tra ospedale e territorio, nel rispetto dei principi fondamentali di un sistema sanitario come l'efficacia, l'efficienza, la qualità e la tutela della salute.

di cura dello stato vegetativo); l'opportunità di accreditare unità di cura di lungo-assistenza dedicate specificamente alle persone in Stato Vegetativo ed in condizione di particolare gravità, sul modello delle Unità Speciali di Accoglienza Permanente (SUAP) previste nel documento ministeriale del 2005.

Mentre per quanto riguarda le persone con disabilità affette da Sla (Sclerosi Laterale Miotrofica) o Sm (Sclerosi Multipla), definiti e sostenuti specificamente i percorsi di cura nelle fasi di stabilità (domicilio) e instabilità clinica di malattia (ospedale), resta aperto il problema della presa in carico nella fase post e/o sub-acuta (ricoveri temporanei) per la carenza di servizi in grado di accogliere e farsi carico di persone con disabilità con problematiche cliniche così complesse.

Se le problematiche relative alle "nuove" disabilità (Stati vegetativi e Sla, Sm, ecc.) hanno trovato un'importante attenzione da parte del programmatore regionale, non si può dire altrettanto per la questione delle persone con disabilità che invecchiano. Quando viene sollevato il problema da famiglie, utenti e operatori la risposta più frequente è che i servizi per le persone disabili già esistono e non vi sono vincoli di età al loro utilizzo. Una simile risposta non considera alcuni aspetti essenziali della questione:

a) l'abbattimento di tariffa in relazione all'età per le persone con disabilità già accolte in Rsd e CSS ha importanti ripercussioni sulla loro qualità di cura e di vita, poiché induce il gestore a proporre alla persona il trasferimento in Rsa, servizio a minor costo e maggior tutela sanitaria, indipendentemente dal bisogno;

b) la poca disponibilità di posti letto per nuovi inserimenti a causa dello squilibrio di offerta di posti letto di residenzialità per persone con disabilità rispetto agli anziani (circa 5000 contro 55000) ed il diverso turn-over nei servizi per la disabilità rispetto a quelli per anziani (almeno 10 anni di permanenza in Rsd e CSS contro 3/4 anni in Rsa) orienta facilmente i ricoveri residenziali delle persone disabili verso l'offerta Rsa piuttosto che quella Rsd o CSS;

c) la precocità del ricovero della persona con disabilità più a causa del processo di invecchiamento delle famiglie piuttosto che per il proprio;

d) la concorrenza per gli stessi servizi (Rsd e CSS) di utenti provenienti dai servizi psichiatrici territoriali, quando la disabilità diviene prevalente sulla patologia psichiatrica residuale.

Questo insieme di fattori sta determinando l'inserimento improprio di un buon numero di persone con disabilità anziane in Rsa, ancora non ben valutabile nei numeri generali (vedi nota 2 sull'assenza di un osservatorio), ma che l'esperienza di alcuni operatori del settore porta a stimare tra 5-8 % della popolazione accolta in Rsa. L'età mediamente più giovane di questi ospiti (i 60 anni circa delle persone con disabilità anziane contro gli oltre 80 degli anziani), la maggior autonomia, l'elevata comorbosità associata ad una relativa stabilità clinica, i disturbi comportamentali maggiormente influenzati dalla variabilità del contesto e delle relazioni, più che dalla patologia, sono alcune delle caratteristiche distintive delle persone con disabilità che invecchiano rispetto ai grandi anziani accolti in Rsa, ed a cui non vengono date risposte adeguate di servizio.

14.7. Sostenere la famiglia

Le famiglie di persone con disabilità esprimono un forte senso di solitudine, anche per la scarsa diffusione di informazioni, e una generale difficoltà nei momenti dei passaggi tra diversi servizi (tipicamente tra Asl e servizi sociali o strutture semiresidenziali e residenziali). Spesso le famiglie si appoggiano allo specialista privato a proprie spese per cercare di sostenere percorsi di autonomia, sviluppare percorsi di crescita delle persone con disabilità.

Il sistema lombardo come già detto è orientato all'attuazione di un modello di welfare community dove la responsabilità di cura è diffusa nel contesto sociale e familiare. Le principali ricadute attese di questa politica sociale sono legate alla possibilità di ottenere risposte ai bisogni più rapide, più vicine all'utente e personalizzate, oltre ad una maggiore flessibilità e sostenibilità del sistema di welfare. La famiglia svolge funzione di cura e riveste un ruolo di interlocutore privilegiato; a seguire le associazioni e le organizzazioni di volontariato e le realtà del terzo settore diventano erogatori di cure, la cui azione deve essere programmata e sostenuta. In questa legislatura è stato dato impulso allo sviluppo dei servizi domiciliari a sostegno delle persone non autosufficienti, ma i risultati, per stessa ammissione del programmatore regionale, non sono stati corrispondenti alle attese.

Il riconoscimento di ruolo della famiglia è positivo, ma non si possono nascondere le difficoltà che possono insorgere dall'investire di eccessive responsabilità di cura famiglie che per decenni, e spesso in solitudine, hanno sostenuto gran parte del carico assistenziale di figli e familiari.

Nella programmazione dei servizi deve quindi essere considerato anche il processo d'invecchiamento che in questi anni interessa il "sistema famiglia" ([16]): questo fattore rischia di pesare nella scelta dei servizi residenziali molto più dello stato di salute o del peggioramento funzionale della persona con disabilità.

14.8. Valorizzare le figure professionali

Il sistema di accreditamento per le strutture residenziali e per quelle semiresidenziali non prevede una quantificazione minima dei minuti di assistenza suddivisi per figura professionale. All'interno dei servizi si ritrovano figure professionali educative, sociali, assistenziali, sanitarie, con qualche difficoltà organizzativa e di comprensione del ruolo di ciascuno.

Nel caso dei vecchi Cse che si sono convertiti in Cdd ciò è particolarmente evidente: il passaggio infatti ha comportato un cambiamento fondamentale con l'inseri-

([16]) Per approfondimenti v. paragrafo "Effetti sugli utenti".

mento di figure professionali non educative, che ha portato ad una nuova quadratura di funzioni specifiche e ruoli all'interno delle strutture Cdd. È un processo che ha investito l'intera filiera dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari e che si mostra in tutta la sua eterogeneità, così come è eterogenea la tipologia delle diverse unità di offerta e le caratteristiche, anche giuridiche, dei diversi enti gestori.

In via generale si può osservare come, nonostante numerosi cambiamenti, il "nocciolo duro" degli operatori presenti nei servizi sia ancora formato da educatori professionali, che hanno rappresentato per lunghi anni il professionista tipo operante nei centri diurni e nei servizi residenziali. Le delibere di riordino dei servizi hanno intercettato, fatto propria e normato una tendenza già in atto nei servizi: le immissioni di personale sanitario (medici e infermieri) oppure dedicato prioritariamente all'assistenza (Asa e Oss) e, in misura meno significativa, di altre figure specializzate (come ad esempio i cosiddetti maestri d'arte, per attività di laboratorio).

Questo dato è un elemento di attenzione per quelle strutture che erano fortemente connotate per la propria attività, non solo interna, ma anche di relazione e di contatto con la comunità sociale.

La pluralità di soggetti deve oggi ridefinire le proprie relazioni e funzioni: in particolare gli educatori professionali sono stati incoraggiati ad allontanarsi dalla gestione della quotidianità degli ospiti per svolgere compiti programmatori o considerati più tecnici (come ad esempio la gestione di colloqui o di attività laboratoriali) o di responsabilità (coordinatori di nucleo o di servizio). In questo modo si rischia di porre in secondo piano la dimensione relazionale dei servizi a vantaggio di una visione più tecnica e "riabilitativa" degli stessi: una visione che oggi appare in crisi di fronte ad una "utenza" dei servizi che da un lato si cronicizza e invecchia e dall'altro – nei nuovi ingressi – ha profili di funzionamento sempre più complessi ("sono sempre più gravi"). In questo contesto crescono le richieste di incremento di competenza tecnica ("come e cosa si fa"), piuttosto che di carattere culturale complessivo (perché si fa?), ad esempio in relazione ai sempre più necessari cambiamenti che dovrebbero essere introdotti dall'adozione del linguaggio dell'ICF piuttosto che dai principi della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità.

In altre parole le osservazioni degli operatori ed anche degli amministratori tendono a mettere in luce come la tipologia di persone che fanno il loro ingresso in un Cdd ad oggi abbia maggiori necessità sanitarie, abbia compromissioni più gravi e quindi sia più difficile organizzare attività in contatto con il territorio. Si percepisce la nuova mission sociale dei Cdd come orientata al mantenimento e al sollievo per le famiglie impegnate da anni nella cura e nell'assistenza dei propri cari. In questo scenario e per queste persone il passaggio ad una Rsd, al venir meno del sostegno genitoriale, è quasi automatico.

Il personale che opera all'interno delle unità d'offerta dedicate alla disabilità coglie con sempre maggiore fatica la dimensione sociale dei servizi e non riesce ad interagire in modo adeguato e costruttivo con la realtà scientifica, culturale e politi-

ca che evolve all'esterno delle mura dove lavora. Interventi formativi mirati hanno dimostrato come sia invece possibile rimettere in movimento gli operatori in una dimensione creativa ed evolutiva per trarre da una crisi d'identità professionale nuovi e più interessanti filoni di crescita e sviluppo.

Anche le professioni sociali diverse da quelle strettamente educative hanno visto modificarsi progressivamente il loro profilo d'intervento. La scelta di orientare la programmazione dei servizi ai principi di libera scelta all'interno del quasi mercato ha visto il modificarsi progressivo e rapido dello spazio dedicato alla presa in carico ed all'orientamento delle persone con disabilità e dei loro familiari e all'avviamento verso i diversi servizi sociali. Nel corso degli ultimi anni sono state via via ridimensionate le attività di alcune UVH (Unità Valutative Handicap) attive nelle Asl, e la funzione dei servizi sociali di base è sempre più connessa all'erogazione di servizi comunali a fronte di risorse sempre più esigue. In questo contesto figure professionali importanti per il mondo della disabilità come il "responsabile del caso" (in genere psicologi e neuropsichiatri) o gli assistenti sociali sono stati spinti ad occuparsi delle specifiche funzioni sanitarie (nello specifico gli psicologi sono stati coinvolti in questo passaggio). Gli assistenti sociali in alcuni casi hanno visto ridurre la propria sfera di influenza sulle iniziative gestite direttamente dalle amministrazioni pubbliche di appartenenza.

Il sistema dei servizi si è dunque ripiegato sull'erogazione di prestazioni rivolte alla singola persona come il semplice sostegno alle sue difficoltà quotidiane, a scapito di una visione sistemica della disabilità. Questo porta con sè il rischio di ridurre la richiesta di competenze di alto livello (progettazione, programmazione, intervento) alle professioni di aiuto e sociali.

APPENDICE
Analisi trasversale dei requisiti strutturali, organizzativi e gestionali delle diverse strutture e dei diversi servizi per le persone con disabilità in Regione Lombardia

(a cura di Renzo Bagarolo)

Requisito	Rsd	Cdd	CSS	Riabilitazione
Strutturale generale	Capacità ricettiva massima (fino a 60 p.l.), Articolazione in nuclei (max 20 p.l.) Possesso dei requisiti in materia di urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza, barriere architettoniche	Capacità ricettiva massima fino a 30 persone. Possesso dei requisiti in materia di urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza, assenza barriere architettoniche	Capacità ricettiva massima (fino a 10 p.l.), Autorizzazione Comunità alloggio socio-assistenziale. Possesso dei requisiti in materia di urbanistica, edilizia, igiene e sicurezza, impianti verticali	Specialistica (degenza, D.H.), generale/geriatrica (degenza, diurno continuo, ambulatorio, domiciliare) mantenimento (degenza, stabilizzazione e reinserimento). Possesso dei requisiti in materia di urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza, barriere architettoniche
Strutturale specifico	Area abitativa (camere fino a 3 p.l. e superfici 12 -18 -25 mq X 1-2-3- p.l.), servizi adeguati. Servizi di vita collettiva 2mq locale pranzo + 3 mq spazio polivalente per ospite Dotazione ambulatori e palestra, letti, ausili e attrezzature adeguate per la disabilità , gas medicali, sistema di chiamata	Superficie di 15 mq per ospite (10 mq ex Cse), locali attività infermieristiche, riabilitative-educative, locale pranzo, almeno 2 servizi igienici attrezzati e 1 bagno attrezzato. Ufficio, spogliatoi personale, cucina o locale porzionatura, ripostigli, ausili e attrezzature adeguate per la disabilità	Area abitativa con requisiti di civile abitazione , 1 servizio igienico per personale, 1 bagno attrezzato, servizi igienici, arredi e attrezzature adeguati, locale biancheria sporco/pulito, ufficio	Requisiti per tutti i tipi di degenze: camere max 4 p.l.; 1 bagno ogni 4 p.l.; superficie minima camera e/o p.l.di 9 mq; servizio igienico minimo 2 mq; palestra almeno 40 mq per almeno 5 pz. contemporaneamente; soggiorno e sala pranzo; bagno attrezzato, dotazione locali per medici, infermieri, capo-sala, locali e attrezzature di servizio, gas medicali, sistema di chiamata, carrello emergenza, attrezzature e ausili per la disabilità
Organizzativo generale	Destinatari disabili gravi di età 18-65 aa. Elevata integrazione sanitaria, residenzialità, riabilitazione, coinvolgimento famigliare, Carta dei servizi, Contratto, Linee Guida e Protocolli, Customer	Destinatari disabili gravi di età 18-65 aa, minori solo su invio NPI. Elevata integrazione socio- sanitaria, riabilitazione, attività educative, coinvolgimento famigliare, Carta dei servizi, Contratto, Linee Guida e Protocolli, Customer	Destinatari persone disabili prive di sostegno familiare. Garanzia di prestazioni socio-assistenziali a fronte di un voucher di lungo-assistenza, le prestazioni sanitarie restano in carico al Mmg e Ssr. Carta dei servizi, Contratto, Linee Guida e Protocolli, Customer	Specialistica (degenza post acuzie durata secondo DRG e D.H.), generale/geriatrica (in presenza di evento indice, degenza 60/90 giorni, diurno continuo, ambulatorio, domiciliare) mantenimento (degenza stabilizzazione 30 gg. e reinserimento 90 gg.). Riabilitazione dedicata a persone fragili e disabili in presenza di evento indice

(*segue*)

Requisito	Rsd	Cdd	CSS	Riabilitazione
Organizzativo specifico	Apertura 24 ore su 24. Strumenti di valutazione della salute dell'ospite e Progetto Individuale in coerenza con classe Sidi (o Sosia se >65)	Aperto almeno 35 ore sett. per almeno 47 sett./anno. Strumenti di valutazione della salute dell'ospite e Progetto Individuale in coerenza con classe Sidi	Diviene domicilio del disabile. Strumenti di valutazione della salute dell'ospite e Progetto Individuale con le prestazioni erogate in coerenza con classe Sidi e uno dei 3 profili voucher	Invio da Ospedale Mmg, PLS, Rsa, Rsd con PRI – Progetto Riabilitativo Individuale. Presenza medica attiva per almeno 12 ore/die, di cui 5 ore consecutive dal lunedì la venerdì. Presenza Infermiere notturno e reperibilità medica (entro 30 minuti)
Gestionale generale	Organigramma, Standard medio 1600/minuti/sett/ospite. Presenza di medico e infermiere nelle 24 ore	Organigramma, Standard medio 900/minuti/sett/ospite. Presenza personale socio-assistenziale, educativo, medico, infermieristico	Organigramma, Standard medio 800/minuti/sett./ospite. Presenza notturna di personale qualificato	Assegnazione Budget Organigramma, Responsabile di struttura, Medici Specialisti solo in specialistica, Infermiere presente nelle 24 h. e altre figure prof . TdR/Educ./OTA/Oss
Gestionale specifico	Standard ripartito in 40% operatori di assistenza (Asa/Oss) 40% figure tecniche (Educatori, IP, TdR) 20% professioni (medico, psicol.,ecc.); se minori (30-50-20 %)	Standard ripartito in 20% operatori di assistenza (Asa/Oss) 50% figure tecniche (Educatori, IP, TdR) 30% professioni (medico, psicologo); max 20% volontari con titolo	Presenza di responsabile di comunità (almeno 18 ore), educatore, operatori di assistenza	Specialistica: 1 medico ogni 10 p.l. e 160 min/pz./die di assistenza; Generale/geriatrica: 1 medico ogni 20 e 120 min/pz./die di assistenza; Mantenimento: 1 medico ogni 40 p.l. e 100 min/pz./die di assistenza
Sistema informativo	Scheda struttura annuale, Lista di attesa, Scheda ospite Sidi (o Sosia se > 65) trimestrale	Scheda struttura annuale, Lista di attesa, Scheda ospite (Sidi) trimestrale	Scheda struttura con prestazioni effettuate, Scheda ospite (Sidi) per profilo voucher trimestrale	Scheda Dimissione Ospedaliera (SDO) per degenze, presenze e prestazioni trimestrali per fascia di impegno (1,2,3,) per diurno, ambulatorio e domicilio

Bibliografia

Da Roit B., e Hoogenboom M. (2010), *Vuoto per pieno: trasferimento delle idee e conseguenze (implicite) di policy*, "La rivista delle politiche sociali", 1.

Gaffuri E. (2010), *Disabilità: le sfide del welfare lombardo,* in PSS n. 3 – 15 febbraio 2010, pag. 18.

Cicoletti D. (2009), *Costruire l'aiuto ai non autosufficienti*, in PSS n. 17 – 1° ottobre 2009, pag. 24.

Borgato S. e Narduzzo C. (2009), *Disabilità e assistenza indiretta*, in "HandyLexPress", 1.

Caffarena C. (2008), *I progetti di vita indipendente*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci, pagg. 211-233.

Cicoletti D. (2008), *Il percorso assistenziale,* in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.

Cicoletti D. e Morati C. (2007), *Inserimenti lavorativi, disabilità e politiche attive del lavoro*, in PSS n. 9 – 15 maggio 2007, pag. 13.

Giancaterina F. (2006), *Come evitare il giro dell'oca dell'assistenza, Riflessioni in glossario sugli interventi per le persone disabili*, Milano, Franco Angeli, 2006.

15. **I servizi socio-educativi per la prima infanzia**

Roberta Bonini

In questo e nei prossimi tre capitoli si presenteranno alcune delle politiche sociali per la famiglia attuate in Regione Lombardia ([1]). Con questo termine si è inteso qui il complesso delle iniziative promosse a favore dei bambini e delle loro famiglie; in particolare si è trattato, tra le molte opzioni, il supporto sociale offerto in occasioni di transizioni "normali" per una famiglia, come ad esempio l'accudimento dei figli piccoli (in particolare nella fascia 0-3 anni). Una fascia di età nella quale si concentrano molte difficoltà di gestione quotidiana per le famiglie lombarde e non solo. Supportare le famiglie con policy adeguate in questo campo rende distintiva l'azione di un sistema regionale. Specularmente ci si è concentrati sulle situazioni nelle quali la famiglia risulta inesistente o inadempiente e la cura dei minori diventa, ancor più, responsabilità della comunità sociale ed istituzionale. Il supporto alle famiglie in Lombardia ha poi trovato nello sviluppo della mutualità familiare un tratto distintivo delle policy regionale, intendendo con ciò che l'aiuto alle famiglie, nella tensione al superamento di orientamenti assistenzialistici e residuali, possa realizzarsi attraverso il legame tra famiglie che condividono la medesima esperienza.

Il prossimo paragrafo presenta, come elemento comune e sotteso ai capitoli successivi, gli orientamenti di fondo della Regione nelle politiche per la famiglia e la disamina dell'azione regionale nell'ambito dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, dei servizi offerti ai minori allontanati dal proprio nucleo familiare e dell'auto mutuo aiuto familiare.

15.1. Le politiche sociali per la famiglia

Le politiche per la famiglia avviate dalla Regione Lombardia a partire dalla fine degli anni Novanta presentano elementi specifici rispetto ai modelli di welfare prevalenti. L'intento è stato quello di rafforzare e migliorare la capacità della fami-

---

([1]) Ringrazio per la collaborazione che mi hanno voluto concedere IReR, i dirigenti e funzionari della Direzione Generale famiglia e solidarietà sociale, i testimoni privilegiati che ho intervistato (operatori dei servizi, responsabili di enti).

glia di trovare autonomamente risposte, svolgendo al meglio le proprie funzioni di "società di ordine inferiore", a partire dalla considerazione secondo cui la sussidiarietà orizzontale si connota come "un principio etico-sociale che orienta le relazioni tra i soggetti che operano nel sociale e riconosce il contributo fondamentale offerto dalle entità a minore strutturazione nel rendere la società più se stessa" (Rossi, 2000; 2001, 2005).

L'assunzione di questa definizione, fondata sul riconoscimento del primato della persona e delle formazioni sociali attraverso cui si esprime la libera iniziativa nello svolgimento di attività d'interesse generale, comporta per l'amministrazione pubblica l'attivazione di meccanismi in grado di rendere la sussidiarietà un fattore di sviluppo della dimensione partecipativa, della corresponsabilità nei processi d'analisi dei bisogni sociali e della definizione di risposte adeguate ed efficaci (Regione Lombardia, 2006).

La Regione Lombardia ha sviluppato un modello peculiare di politica sociale per la famiglia: centralità della famiglia, sussidiarietà, libertà di scelta si sono tradotti nei diversi documenti politico programmatici in interventi tesi a mettere al centro dell'azione pubblica la famiglia, riconoscendole una soggettività sociale (Brugnoli Vittadini, 2008).

Il quadro complessivo delle politiche sociali lombarde family friendly (Donati, 2007) può essere ravvisato nella "legge famiglia", la l.r. 23/1999. In questo particolare intervento normativo il filo rosso dell'azione pubblica si dipana in relazione ai bisogni delle diverse tappe del ciclo di vita familiare (sposarsi, avere un figlio, educarlo, sostenere i genitori anziani) tanto nelle situazione di normalità quanto in relazione alle situazione di fatica e difficoltà (Rossi, 2001), mentre la risposta alle esigenze della famiglia trova nella promozione dell'associazionismo e delle mutualià familiare la strategia principale di intervento. La legge 23/1999 ponendo al centro il bisogno familiare e la sua evoluzione tenta di superare una prospettiva settoriale nelle politiche sociali: non si tratta, almeno nelle intenzioni, di una legge che limita la sua azione alle politiche socio-assistenziali ma coinvolge e riunifica intorno ai bisogni familiari diverse azioni (casa, lavoro, accudimento dei membri fragili della famiglia). Per alcuni l'introduzione nel 2004 di una legge speficamente dedicata ai minori contraddice, almeno in parte, questo tentativo di superare una visione settoriale negli interventi sulle famiglie (Carrà-Mittini, 2003), per altri commentatori tale scelta rafforza l'impegno esplicito e diretto nei confronti dei minori.

L'attuazione della l.r. 34/2004 "Politiche regionali per i minori" ha favorito la crescita del minore in un contesto familiare; il sistema d'offerta, conseguentemente definito, prevede infatti, sia nell'ambito delle unità d'offerta per la prima infanzia che di quelle residenziali, tipologie gestite direttamente da famiglie o reti familiari; inoltre, la legge prevede anche la realizzazione di interventi e servizi innovativi per favorire percorsi personalizzati finalizzati al sostegno di minori in situazione di disagio nei percorsi di crescita. L'attivazione dell'Osservatorio per i minori, anche attraverso l'avvio di una banca dati specifica, consente di migliorare la conoscenza

sulla popolazione minorile attraverso l'acquisizione di dati statistici attendibili di supporto per coloro che, a diversi livelli di responsabilità politica, istituzionale, sociale e culturale, si occupano di infanzia e adolescenza.

Da questi principi ispiratori deriva che, in concreto, le finalità generali del servizio pubblico relativamente alle politiche per la famiglia sono quelle di:

- Sostenere in primo luogo la famiglia nello svolgimento di funzioni e compiti educativi propri in quanto "società di ordine inferiore";
- favorire il protagonismo attivo delle famiglie – a vari livelli – nell'ideare e/o gestire, in tutto o in parte, dei servizi su base "cooperativa";
- rafforzare la capacità delle famiglie di scegliere i servizi che devono comunque essere acquisiti dall'esterno, in quanto erogabili solo da operatori che abbiano le competenze professionali necessarie o da strutture adeguate.

La logica ispiratrice prevede una continuità tra le funzioni svolte dalla famiglia e le prestazioni esterne svolte da soggetti/istituzionali e non, intese come integrative e non sostitutive delle prime, ponendosi così in alternativa rispetto a quello che potrebbe essere definito principio di "mutua esclusione", secondo il quale il servizio pubblico comincia ad operare dove finisce la famiglia.

15.2. I servizi socio-educativi per la prima infanzia

Le politiche per la famiglia si caratterizzano in modo peculiare in relazione alle scelte strategiche realizzate nell'ambito dei servizi per la prima infanzia. Strategiche perché come da più parti sottolineato (Heckman, 2009) è nei primi anni di vita che si gioca la partita significativa per lo sviluppo successivo ma anche perché, come noto, le difficoltà maggiore nella cura dei figli si concentrano nei primi anni di vita, in particolare tra 0-36 mesi Negli ultimi anni il dibattito nelle politiche sociali si è sempre più soffermato sui servizi socio-educativi per la prima infanzia, la loro diffusione, la loro qualità in relazione, soprattutto ma non solo, ai temi della conciliazione famiglia-lavoro, attenzione che caratterizza anche il contesto europeo ([2]).

Tra i molti servizi che possono essere attivati si è proceduto ad una doverosa selezione degli "oggetti" di analisi e riflessione decidendo di limitare gli elementi al fuoco dell'attenzione che sono quindi i servizi per l'accudimento alla prima infanzia sia formali sia informali realizzati in Regione. Il tema in senso specifico del *child-ca-*

([2]) L'importanza di sviluppare una rete di offerta di qualità per l'infanzia sostenibile e accessibili è da tempo riconosciuta dal Consiglio europeo e dell'Unione europea. Nel marzo 1992 il Consiglio dell'Unione europea ha approvato una raccomandazione sul child care tesa a fare in modo che gli Stati membri progressivamente adottassero e/o stimolassero iniziative per consentire alle donne e agli uomini di conciliare il loro lavoro e le responsabilità familiari e educative derivanti dalla cura dei bambini (92/241/CEE). Dieci anni dopo, al vertice di Barcellona del 2002, gli obiettivi sono stati formulati in modo più esplicito e anche per quanto riguarda i servizi di cura per l'infanzia.

re, della cura per la prima infanzia, infatti, fa riferimento anche secondo recenti documenti europei a servizi che consistono in una varietà di soluzioni formali ed informali, con transizioni piuttosto fluide tra reti di supporto sociali, sistemi educativi e sistemi di cura formali. L'Italia – come noto – complessivamente non brilla nel panorama europeo anche se ancora per molti paesi l'attenzione ai servizi per la prima infanzia è da sviluppare (EU, 2009). La Lombardia, a sua volta, non ha maturato performance brillanti in questo ambito e nel paragone nazionale si colloca solo al settimo posto, nella scala che segna la proporzione tra servizi formali e numero complessivo di bambini 0-3 anni presenti su un territorio, dopo Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Piemonte e Friuli-Venezia Giulia (tab. 15.1).

Tabella 15.1 - Posti nei servizi educativi per 100 bambini 0-2 anni al 31/12/2008 (dati di monitoraggio Regioni e Prov. Autonome)

	Nidi	Servizi Integrativi	Totale
Piemonte	17,6	2,6	20,2
Valle d'Aosta	17,2	7,8	25,0
Lombardia	17,6	0,8	18,4
Provincia di BZ	3,5	8,7	12,3
Provincia di TN	15,1	Nc	15,1
Veneto	14,5	1,2	15,7
Friuli-Venezia Giulia	15,6	3,4	19,0
Liguria	16,7	3.6	20,3
Emilia –Romagna	24,8	1,9	26,7
Toscana	20,1	5,0	25,1
Umbria	25,8	1,6	27,5
Marche	18,5	4,5	23,0
Lazio	14,7	1,5	16,2
Abruzzo	9,2	3,6	12,7
Molise	10,3	1,1	11,4
Campania	Nc	Nc	Nc
Puglia	6,6	Nc	6,6
Basilicata	11,4	Nc	11,4
Calabria	6,2	Nc	6,2
Sicilia	Nc	Nc	Nc
Sardegna	nc	nc	Nc

Fonte: Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, 2009)

Alla variabilità nota del territorio nazionale corrisponde anche a livello regionale, almeno in Lombardia, una significativa differenziazione in termini di domanda e offerta dei servizi che si nota qui come emersa anche da altre ricerche realizzate su servizi differenti (Pesenti & De Ambrogio, 2009; Rossi & Boccacin, 2009) .

Complessivamente i capoluoghi in Regione hanno tassi di copertura intorno al 25%; decisamente diversa è la situazione in altre zone periferiche, mentre anche la classica differenziazione tra pianura e montagna viene riconfermata con una mag-

giore presenza di servizi nella prima rispetto alla seconda. È da sottolineare come l'unica città entro i parametri di Barcellona sia Milano città (33%).

15.2.1. *Le indicazioni regionali*

Gli obiettivi regionali nell'ultima legislatura possono essere ravvisati tanto nel consolidamento di servizi tradizionali (come nidi e micro nidi) quanto nella ricerca di soluzioni innovative più flessibili ed adeguate alle esigenze delle famiglie. Le strategie messe in atto da Regione Lombardia per il raggiungimento di tali obiettivi sono state lo sviluppo di una matrice complessa di sussidiarietà verticale ed orizzontale (attraverso forme governance del welfare regionale e locale nella relazione con i soggetti privati e di terzo settore) e nella promozione dell'azione familiare (Bilancio sociale, 2005, 2006, 2007, 2008). Con la prima si intende lo sviluppo di servizi la cui qualità è garantita dall'ente pubblico entro il sistema dell'accreditamento (in cui vengono parificati soggetti pubblici e privati ancorché in possesso dei requisiti richiesti) entro lo scenario di un welfare complesso e diversificato territorialmente come quello lombardo (con i suoi 1546 Comuni ed i 98 Piani di Zona). Con il secondo, la promozione dell'azione familiare, si intende la valorizzazione delle attività e dei servizi di cura promossi dalle reti familiari e/o vicine al mondo della vita della famiglia, modalità questa ritenuta adeguata soprattutto nella cura dei più piccoli.

Tali orientamenti si sono tradotti in una serie di azioni di policy, alcune replicate nel corso degli anni, e che fanno parte del patrimonio culturale e di policy della Regione, come i bandi della l.r. 23/1999; altre iniziative sono invece peculiari dell'ultima legislatura e si ricollegano alle iniziative di ridefinizione di tutte le unità di offerta sociale. In questa sede tratteremo sia delle azioni a supporto di servizi tradizionali come nidi (e della diversificazione delle sue forme, micronidi, nidi aziendali, nidi famiglia) sia delle azioni a favore di modalità di cura innovative e diverse (iniziative sperimentali, buoni voucher, ecc.). Le azioni quindi realizzate e di cui ci occuperemo possono essere così descritte:

- progetti *ex* l.r. 23/1999 per i servizi per la prima infanzia
- utilizzo di buoni/voucher per attività di cura

} Innovare e cercare soluzione flessibile

- definizione dei requisiti per il funzionamento
- definizione dei criteri per l'accreditamento
- piano straordinario nidi

} Qualificare e potenziare i servizi tradizionali

Giova, visto che non è scontata la definizione degli interventi qui commentati, ricordare sinteticamente la natura dei servizi per la cura della prima infanzia ([3]) attivati in Regione (tab. 15.2).

([3]) Occorre sottolineare come non sia semplice, specie nel paragone regionale ed internazionale, la comparazione dei servizi per la prima infanzia: alla stessa denominazione possono corri-

Tabella 15.2 - Le tipologie di servizi rivolti alla prima infanzia attivati in Regione Lombardia

Servizio	Descrizione
Nido (Anche aziendale)	Servizio di tipo diurno, pubblico o privato, di capacità ricettiva da 11 a massimo 60 bambine/i dai tre mesi ai tre anni, con finalità educative e sociali assicurato in forma continuativa attraverso personale qualificato, presso strutture, anche aziendali (Nido Aziendale). Collabora con le famiglie alla crescita e formazione dei minori, nel rispetto dell'identità individuale, culturale, religiosa. Svolge anche un servizio di mensa e di riposo.
Micro nido (Anche aziendale)	Servizio di tipo diurno, pubblico o privato, oltre che promosso e gestito da associazioni di famiglie, di capacità ricettiva massima di 10 bambine/i dai tre mesi ai tre anni, con finalità educative e sociali assicurato in forma continuativa attraverso personale qualificato, presso strutture, anche aziendali (Nido Aziendale). Collabora con le famiglie alla crescita e formazione dei minori, nel rispetto dell'identità individuale, culturale, religiosa. Svolge anche un servizio di mensa e di riposo.
Centro prima infanzia	Strutture similari all'Asilo Nido che offrono un servizio temporaneo di assistenza educativa e di socializzazione, accogliendo, in maniera non continuativa, bambine/i da zero a tre anni in un numero non superiore ai 30 eventualmente con la presenza di genitore e/o adulti di riferimento, e per un massimo di quattro ore consecutive. Non possono fornire servizio di somministrazione dei pasti.
Nido Famiglia	Nido domiciliare, con finalità educative e sociali per un massimo di 5 bambine/i da zero ai tre anni, svolto senza fini di lucro, promosso da famiglie utenti/associate familiari, scegliendo il modello educativo e gestionale ritenuto più idoneo nel rispetto dell'identità individuale, culturale, religiosa.
Voucher	Titolo sociale che consente l'acquisto di una prestazione entro un sistema di erogatori accreditati
Buoni sociali	Sostegni economici di diverse entità finalizzati a fornire un aiuto alle famiglie che accudiscono direttamente, anche tramite la presenza di volontari o di assistenti familiari, i propri congiunti
Iniziative l.r. 23/1999	È un progetto che finanzia l'apertura del sevizio di asilo nido oltre la durata prevista o nei giorni di chiusura del nido (fine settimana/periodo estivo)

Fonte: Direzione famiglia e solidarietà sociale, Bilancio Sociale

15.3. Innovare e diversificare l'offerta: i servizi integrativi

Le iniziative a favore delle famiglie con figli piccoli si sono attuate anche attraverso iniziative di carattere integrativo rispetto ai servizi offerti dai nidi ([4]). Tali iniziative rappresentano una modalità di risposta al bisogno di accudimento dei bambini ormai diffusa su tutto il territorio, anche se con modalità ed intensità diverse, come anche il monitoraggio operato dal Centro per l'infanzia ha mostrato. In Regio-

spondere, infatti, servizi leggermente diversi, coprire utenze diverse. Viceversa servizi denominati in modi diversi si riferiscono ad esperienze analoghe.

([4]) La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, il 29 ottobre 2009, ha approvato il "Nomenclatore interregionale degli interventi e dei servizi sociali" quale strumento di mappatura degli interventi e dei servizi sociali, partendo da un linguaggio comune per rendere dati e flussi informativi più validi, esaustivi e comparabili.

ne vanno in questa direzione principalmente le iniziative della l.r. 23/1999 ([5]), specificamente rivolte alla cura dei bambini piccoli, ma non solo.

La l.r. 23/1999 ha però notevolmente ridotto il finanziamento dei servizi integrativi: rispetto alla rete organizzata prima del 2005 sono rimasti "in vita" i progetti legati al potenziamento nidi mentre non sono più stati finanziati gli spazi gioco, le banche del tempo, i nidi aziendali, gli elenchi operatori per accudimento a domicilio.

I progetti, finanziati su base annuale dalla legge 23, prevedono azioni di integrazione e potenziamento delle attività svolte dagli asili nido e dai servizi per la prima infanzia. Lo scopo è di valorizzare e utilizzare in modo flessibile tutte le risorse e opportunità – in termini di spazi, tempi di apertura, attività, sinergie con la rete locale di solidarietà familiare e con i servizi per la prima infanzia presenti sul territorio – per sostenere azioni innovative e sperimentali volte a favorire la partecipazione di bambini disabili e figli di madri sole prevedendo, oltre al coinvolgimento degli abituali fruitori del servizio, anche quello di altri bambini e delle loro famiglie presenti sul territorio.

In ogni modo, possiamo evincere che i progetti riguardanti i servizi integrativi finanziati con la l.r. 23 rappresentano un numero non elevato: hanno avuto un picco nel 2006 (con 37 progetti) per ridursi poi nel 2008 a 18 progetti (come nel 2005). Mentre per quanto concerne gli enti gestori le cooperative sociali risultano essere le realtà maggiormente attive, seguite dalle associazioni familiari (tab. 15.3).

Tabella 15.3 - La l.r. 23/1999 il numero di progetti finanziati per il potenziamento nidi, fondi stanziati, anni 2005-2008

Soggetti attuatori	2005	2006	2007	2008
Associazioni	-	1	-	-
Associazioni di solidarietà familiare	2	12	6	8
Cooperative sociali	15	18	12	7
Enti con personalità giuridica	-	1	1	
Enti ecclesiastici	1	2	1	1
Organizzazioni di volontariato	-	3	1	1
Finanziamento				

Fonte: Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, Bilancio Sociale 2008

Veniamo all'altro insieme d'interventi messi in capo per promuovere l'innovazione e diversificare l'offerta, i buoni e voucher. Anche nella cura della prima infanzia (come in altri settori, cfr. capitolo 7) si conferma la preferenza del ricorso da parte dei Comuni al buono (meno difficile da gestire). È, tuttavia, da registrare l'elevato

([5]) Per una disamina più ampia della legge 23 si vedano il capitolo 17 in questo volume e Merlini e Filippini, 2005.

numero incluso nella categoria "altro" che include una flessibilità del ricorso a questi strumenti. L'esperienza lombarda registra due elementi rispetto al ricorso ai buoni e ai voucher per l'accudimento dei bambini: aver esteso l'offerta di servizi, reso l'offerta flessibile in termini temporali e differenziato le prestazioni.

I voucher sono finalizzati all'acquisto di prestazioni sociali ed educative presso strutture, agenzie e servizi autorizzati o accreditati; i buoni sociali si concretizzano come intervento economico per il sostegno di spese affrontate dalla famiglia per il soddisfacimento dei bisogni socio-educativi dei figli minori. Per l'erogazione di entrambi i titoli è prevista una valutazione della situazione familiare basata su criteri che considerano: le specificità del bisogno; il reddito della famiglia; le risorse esistenti e disponibili (i familiari e il contesto) rispetto ai servizi presenti sul territorio e alle risorse della famiglia allargata; presenza di altri soggetti fragili all'interno del nucleo familiare e che richiedono assistenza da parte del nucleo.

Quindi, in genere, buoni e voucher sono destinati all'acquisizione di servizi gestiti da figure come educatrici domiciliari, baby sitter; servizi di doposcuola e nei periodi di vacanza scolastica; centri e attività per il tempo libero; servizi di accompagnamento e/o trasporto nei percorsi da casa a scuola o verso altre agenzie educative, di socializzazione o sanitarie (Regione Lombardia, 2008) (tab. 15.4).

Tabella 15.4 - Utilizzo dei buoni sociali per tipologia di prestazione (Lombardia, anno 2007).

Tipologia di prestazione/servizio	Buoni sociali			Voucher sociali		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Madri di giorno e nidi famiglia	-	35	11	-	819	1
Baby Sitter	-	51	59	-	8	386
Servizi educativi	-	257	236	-	230	251
Servizi di accompagnamento	-	158	263	-	0	4
Attività per il tempo libero	-	450	383	-	0	0
Doposcuola	-	89	95	-	1	0
Accesso a servizi integrativi per periodi di vacanza scolastica	-	88	109	-	0	20
Altro	-	646	731	-	402	89

Fonte: Direzione Generale famiglia e solidarietà sociale Bilancio Sociale, 2007, 2008.

15.4. Qualificare e potenziare i servizi tradizionali

Gli asili nido sono servizi consolidati nell'ambito dei servizi per la prima infanzia (Oldini, 2005; Di Nicola, 2005) e negli ultimi anni sono stati oggetto di una nuova attenzione tanto in termini pedagogici educativi quanto per le esigenze di cura sempre più pressanti espresse dalle famiglie italiane e lombarde. Rileggendo le azioni regionali svolte nell'ultima legislatura a favore di questi servizi è possibile ravvisare tre azioni principali:

- il processo di definizione dei criteri per l'esercizio;
- l'identificazione dei criteri per l'accreditamento dei servizi per la prima infanzia;
- l'investimento delle risorse provenienti dal fondo straordinario nidi (intesa del 26 settembre 2007).

15.4.1. *La definizione dei criteri per l'esercizio*

Nel corso del 2005 sono stati identificati i requisiti minimi strutturali e organizzativi per il funzionamento dei servizi ([6]) e ridefinite le unità di offerta che sono: nidi, micronidi, nidi famiglia e centri per la prima infanzia. La novità rispetto al precedente assetto concerne due elementi: da una parte la ridefinizione dei parametri del servizio socio-educativo e dall'altra la messa a sistema del servizio di nido famiglia (attività precedentemente finanziata dalla legge 23/1999 come progettualità innovativa). In generale è possibile evincere la diversificazione dei servizi e la specificità del nido famiglia rispetto alle altre unità di offerta: di questa tipologia tratteremo più oltre.

Tabella 15.5 - I requisiti gestionali e organizzativi per l'autorizzazione in Regione Lombardia

Requisiti	Nido	Micro Nido	Centro per l'infanzia	Nido Famiglia
Rapporti con l'utenza; carta dei servizi	Richiesto	richiesto	richiesto	Non richiesto
Gestione dell'emergenza: documento che attesti le modalità attuate dalla struttura per le manovre rapide in caso di evacuazione	Richiesto	richiesto	richiesto	Non richiesto
Manutenzione ordinaria e straordinaria dell'immobile e delle pertinenze: piano e registro degli interventi	Richiesto	Non richiesto	richiesto	Non richiesto
Organizzazione degli spazi: moduli funzionali per attività di max 15 bambini	Richiesto	Non richiesto	Non richiesto	Non richiesto
Gestione dei servizi generali: piano gestionale e delle risorse per funzioni di pulizia degli ambienti e preparazione/distribuzione dei pasti secondo standard previsti	Richiesto	richiesto	richiesto	Non richiesto
RICETTIVITÀ	11- 60 posti	Fino a 10 posti	Fino a 30 posti	Fino a 5 posti
Apertura minima Annuale	47 settimane	45 settimane		
Settimanale Giornaliera	Lun-ven (no giorni festivi) 9 ore continue	Lun-ven (no giorni festivi) 8 ore continue		

(*segue*)

([6]) Segnatamente con la Dgr 20588 · Dgr n. VII/20588 dell'11 febbraio 2005 "Definizione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi di autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali per la prima infanzia".

Requisiti	Nido	Micro Nido	Centro per l'infanzia	Nido Famiglia
Personale Coordinatore				
	Laureato op. con esperienza	Laureato op. con esperienza		
Operatori	1 operatore ogni 8 posti	1 operatori	2 operatori	
Cuoco	1 (se i pasti sono confezionati direttamente)	1 (se i pasti sono confezionati direttamente)		
Addetti ai servizi	1 addetta ogni 10 posti	1 addetta pulizia (e cucina)	1 adetto per pulizia	
Compresenze	Compresenza di 2 operatori per tutta l'apertura. La compresenza può essere fornita anche da volontari			

Fonte: Direzione Generale famiglia e solidarietà sociale

Nel confronto con altre Regioni è importante sottolineare alcune variabili chiave come ad es. il numero di educatori in rapporto al numero dei bambini generalmente considerato una prova della qualità del servizio: la Regione ha stabilito un valore con Dgr 1152/2010 pari a 7 correggendo l'iniziale valore pari a 8 della Dgr 20588 del 2005. Il valore così ridefinito si avvicina ai criteri di altre Regioni eccellenti tra le quali occorre segnalare: il 5,5 del Piemonte, il 6 di Toscana, Abruzzo e Valle d'Aosta, ed un valore tra il 6 ed il 7 di Veneto, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Marche (e Lombardia).

Tabella 15.6 - Rapporto educatore/bambini – Nidi d'infanzia, Criteri regionali di autorizzazione – gennaio 2008

Regione	Rapporto
Piemonte	5,5
Valle d'Aosta	6
Lombardia	7
Veneto	7
Friuli-Venezia-Giulia	6,5
Emilia-Romagna	6,3
Toscana	6
Marche	7
Abruzzo	6
Molise	8
Puglia	7,5

Fonte: Fortunati A. e Bagni E. 2009, per la Lombardia aggiornato al 2010

Utilizzando i dati del Monitoraggio del piano di sviluppo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia è interessante soffermarsi sulle variabili organizzative previste per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture. Tali elementi, per

quanto ancora generici, perché ovviamente è l'osservazione dell'effettivo funzionamento del servizio che può restituire la valutazione dello stesso, possono fornire indicazioni sull'idea di servizio per la prima infanzia che le Regioni hanno delineato (cfr. tabelle allegate).

Se la Lombardia richiede uno strumento di trasparenza e comunicazione con i cittadini come la carta dei servizi (come anche il Lazio, Marche, Molise, Sardegna, Provincia di Trento e Veneto) non individua tra gli elementi cogenti per l'apertura del servizio la presenza di un progetto educativo del servizio (richiesto da Emilia-Romagna, Veneto, Puglia e Provincia di Trento) e il progetto pedagogico relativo alle attività educative (voluto da Friuli-Venezia Giulia, Molise, Toscana, Umbria). Quasi tutte le Regioni prevedono, a livello di autorizzazione al funzionamento, la presenza del coordinatore pedagogico ed il possesso di titoli professionali specifici per le mansioni svolte. La mancanza di elementi di questo tipo rischia di rendere meno trasparente e qualificata l'azione del singolo servizio in termini di competenze educative e pedagogiche.

15.4.2. *L'accreditamento*

Contestualmente la Regione ha identificato i *criteri* di accreditamento ([7]) dei servizi per la prima infanzia che individuano modalità organizzative e gestionali ulteriori rispetto ai criteri autorizzativi e che vogliono diffondere il rispetto di alcuni standard a tutte le strutture attive sul territorio nella prospettiva di una parificazione degli attori in gioco stante il rispetto della qualità (minima) stabilita a livello regionale. Come da legge 3/2008 sono i Comuni però che "definiscono i *requisiti* di accreditamento delle unità di offerta sociali in base ai criteri stabiliti dalla Regione, accreditano le unità d'offerta e stipulano i relativi contratti" (art. 13, lett. *d*)). attività rivendicata in fase di negoziazione dagli enti locali stessi, che però, come si osserverà oltre, faticano e mettere in atto questi processi di definizione dei requisiti di accreditamento ([8]).

I criteri di accreditamento, sintetizzati nella tabella successiva, sono di carattere generale perché i requisiti specifici sono lasciati alla volontà regolativa degli enti locali.

È stata una precisa scelta di policy quella di non regolamentare in modo stringente le soluzioni organizzative. Tale scelta ha naturalmente elementi positivi e negativi: da una parte non vincola eccessivamente "dall'alto" lasciando ai territori le decisioni circa l'innalzamento della qualità dei servizi ed il restringimento degli in-

---

([7]) Con la Dgr n. VII/20943 del 16 febbraio 2005 "Definizione dei criteri per l'accreditamento dei servizi sociali per la prima infanzia, dei servizi sociali di accoglienza residenziale per minori e dei servizi sociali per persone disabili".

([8]) Si veda l'esperienza del distretto Sud Est Milano (Montanelli, Ghetti, & Castegnaro, 2010).

dicatori da inserire in via di accreditamento, dall'altra rischia un eccesso di apertura con possibili conseguenze sulla qualità del servizio, soprattutto se i Comuni, come si è poi verificato, non hanno potuto/voluto attuare il percorso per l'accreditamento effettivo.

Segnatamente Regione Lombardia ha individuato come elementi cogenti: la presenza di strumenti di valutazione della soddisfazione degli utenti, e la definizione di modalità di coinvolgimento delle famiglie nei processi socio-educativi che qualificano le attività.

Tali elementi di valutazione del servizio caratterizzano la Regione rispetto alle scelte di altri contesti regionali: il ricorso a strumenti di valutazione del servizio sono indicati da Regioni quali Emilia-Romagna Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Marche Puglia, Province di Bolzano e Trento; la raccolta delle opinioni e della soddisfazione dell'utenza è voluta solo da Molise e Veneto, come anche strumenti per il coinvolgimento delle famiglie, decisione che la Lombardia condivide con le Province di Bolzano e Trento.

È condivisa tra la maggior parte delle Regioni la volontà di un aggiornamento professionale continuo per gli operatori impegnati in questi servizi. Specifico e a sé stante il nido famiglia che lascia molto spazio, entro limiti generali, all'azione familiare organizzata.

Tabella 15.7 - Criteri di accreditamento

Requisiti	Nido	Micro Nido	Centro per l'infanzia	Nido Famiglia
Requisiti organizzativi				
Rapporti con l'utenza	Sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti Documento che attesti tempi e modi di coinvolgimento delle famiglie	Sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti Documento che attesti tempi e modi di coinvolgimento delle famiglie	Sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti	Piano e modalità organizzative concordate con le famiglie
Accessibilità	Documento che attesti l'accessibilità di tutti senza discriminazioni Possibilità di frequenza part time	Documento che attesti l'accessibilità di tutti senza discriminazioni Possibilità di frequenza part time	Documento che attesti l'accessibilità di tutti senza discriminazioni Garanzia di frequenza orarie	
Formazione del personale Coordinatore Operatori	Piano annuale di formazione (almeno di 20 ore) Formazione per 50-100 ore annue Almeno 1 laureato, formazione per 20-40 ore annue	Piano annuale di formazione (almeno di 20 ore)	Piano annuale di formazione (almeno di 20 ore Laureato/operatore formato Formazione per 20-30 ore annue	Piano annuale di formazione (almeno di 20 ore)

(*segue*)

Requisiti	Nido	Micro Nido	Centro per l'infanzia	Nido Famiglia
Debito informativo:	Verso Comune e Regione	Verso Comune e Regione	Verso Comune e Regione	
Rapporto operatore bambino	Tra 1:7 e 1:5		Tra 1:10 e 1:8	
Apertura minima Annuale Giornaliera		47 settimane 9 ore continuative	200 ore annue	Settembre-giugno 6 ore continuative e fornitura pasti

Fonte: Direzione generazionale famiglia e solidarietà sociale

Entro questa cornice un elemento merita un approfondimento, i nidi famiglia. Essi sono nati come progetti innovativi nell'alveo della l.r. 23/1999 e ne rappresentano, per certi versi, lo spirito. Si sviluppano sulle orme di altre esperienze italiane (le Tagesmutter trentine) e internazionali (come la crèche familiale e l'assistent maternelle francese). Per nido famiglia s'intende l'attività di cura di bambini da 0 a 3 anni, svolta senza fini di lucro, promossa e autogestita da famiglie utenti (Perazzo, 2006). Tale servizio incrocia due modalità di *care*: da una parte danno vita ad un servizio di cura presso un domicilio e dall'altro valorizzano le competenze familiari nella realizzazione dello stesso. In questa sta la specificità del servizio lombardo rispetto ad altre esperienze. In quella emiliana, per esempio, si realizza un servizio presso il domicilio di una delle famiglie ma ad opera di un educatore professionale. L'idea primigenia, nell'esperienza della l.r. 23/1999, era che gruppi di famiglie si unissero, attraverso la forma dell'associazione familiare, per accudire i propri figli piccoli presso la casa di uno dei membri dell'associazione. Il servizio nasceva dall'esigenza di curare i bambini piccoli in luoghi più familiari e di piccole dimensioni (rispetto ai servizi di cura tradizionali) valorizzando il sapere esperienziale delle mamme (mamme scelte dall'associazione e minimamente formate) (Oldini, 2004).

Il nido famiglia vuole venire incontro alle esigenze di flessibilità negli orari delle famiglie promuovendo reticolarità tra le stesse e verso le comunità di riferimento. L'associazione familiare diviene in questo contesto un catalizzatore delle relazioni tra famiglia e comunità mettendo a disposizione di tutti servizi prodotti innanzitutto per i propri soci.

Le esperienze progettuali hanno portato alla decisione di trasformare il servizio in unità di offerta sociale (al pari di ogni altro servizio socio-educativo). Dal punto di vista del sistema, quindi, i nidi famiglia rappresentano il tentativo di intercettare un'innovazione sociale e metterla a sistema. Si intravede una questione rilevante dal punto di vista del framework che caratterizza i servizi della l.r. 23/1999 ed in generale le esperienze finanziate attraverso bandi: come valorizzare le buone pratiche emergenti e come finanziarle, se ritenute degne, in modo continuativo. Oggi i nidi famiglia sono realizzati soprattutto da cooperative sociali prima che da associazioni familiari e nella maggior parte dei casi il servizio è erogato da un operatore.

14.3.3. *Il fondo straordinario nidi*

Con la finanziaria del 2006 (art. 1, c. 1259) viene varato "un piano straordinario di intervento per lo sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio-educativi" e prevista, nelle more dell'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, un'intesa in sede di Conferenza unificata. E con provvedimenti successivi (Intesa del 26 settembre 2007; Dgr 6001/2007) sono state definite le linee programmatiche per l'attuazione del'intesa del 26/2009 per la realizzazione di un piano straordinario per "lo sviluppo di un sistema integrato di servizi socio-educativi per la prima infanzia". La Regione Lombardia si pone l'obiettivo di aumentare di 4200 posti l'offerta disponibile sia attraverso nuove realizzazioni, sia grazie all'acquisto di posti nel sistema privato (profit e non profit).

Il processo amministrativo si è ultimato recentemente (3 febbraio del 2010) con un provvedimento che prevede, segnatamente, di finanziare ([9]):

a) progetti per interventi strutturali per la realizzazione di asilo nidi e micro nidi per incrementare (circa 2000 posti), per "rispondere in maniera adeguata alla domanda di servizi socio-educativi che perviene dalle famiglie e di favorire i percorsi di conciliazione tra impegni familiari e lavorativi" (Dgr 011152/2010);

b) acquisto da parte del sistema pubblico di posti già autorizzati nel sistema privato con l'obiettivo di sostenere una riduzione delle liste di attesa nei nidi comunali, attraverso l'acquisizione, in conto gestione, di almeno ulteriori 1800 posti da parte delle amministrazione comunali (*ibi*).

Inoltre la Regione ha previsto l'istituzione di un piano triennale per la prima infanzia (da sviluppare entro il maggio del 2010) da implementare entro l'attività di programmazione zonale.

Il piano straordinario ha messo in atto e rilanciato un interesse per questi servizi e ha richiesto, a livello regionale, uno sforzo programmatorio e una compartecipazione in termini finanziari notevoli: il contributo statale è stato determinante, come si evince dalla tabella successiva, nell'impegno regionale a confinanziare l'iniziativa.

([9]) Dal punto di vista finanziario è, complessivamente, previsto di procedere, per il conto capitale, direttamente attraverso bandi, mentre, per il conto gestione, il riparto dei finanziamenti avverrà a beneficio degli ambiti distrettuali, sulla base delle proposte dei Comuni.

Tabella 15.8 - Le risorse del piano nidi nelle Regione del centro nord 2007-2008-2009

	REGIONI DEL CENTRO NORD		
	risorse statali	**cofinanziamento**	**Totale**
Emilia-Romagna	26.792.444	8.037.733	34.830.177
Friuli	7.404.902	2.221.471	9.626.373
Lazio	38.672.019	11.601.606	50.273.625
Liguria	7.846.797	2.354.039	10.200.836
Lombardia	55.855.537	16.756.661	72.612.198
Marche	9.223.638	2.767.091	11.990.730
Piemonte	22.995.625	6.898.688	29.894.313
Toscana	21.956.060	6.586.818	28.542.897
Umbria	4.797.045	1.439.114	6.236.159
Valle d'Aosta	1.068.908	320.673	1.389.581
Veneto	29.463.558	8.839.067	38.302.625
prov. Bolzano	2.953.288	885.986	3.839.274
prov. Trento	2.994.521	898.356	3.892.877
Totale	**232.024.343**	**69.607.303**	**301.631.645**

Fonte: Relazione R. Marino www.minori.it

15.4. Gli esiti dell'azione regionale

Riprendendo la suddivisione dei paragrafi precedenti si cerca ora di comprendere l'esito dell'azione regionale in questa materia.

Per quanto concerne i nidi, dirimente è stata la Dgr 205088: nel 2005 il numero di strutture per la prima infanzia antecedenti l'azione di ridefinizione delle unità di offerta era pari a 29661 posti. Nel corso della legislatura le strutture disponibili sono aumentate di circa 700 unità ed i posti autorizzati sono oggi oltre 43 mila. Il merito di questo scatto in avanti non è però solamente attribuibile all'azione regionale ([10]): proprio la realizzazione della sussidiarietà verticale e orizzontale rende difficile individuare una responsabilità lorda e netta degli investimenti regionali (Istat, 2010). Tuttavia nel complesso del territorio regionali si è registrato un aumento dei posti autorizzati, anche se, come osservato in esordio, la Lombardia è solo settima tra le Regioni per quanto concerne il tasso di copertura dei servizi.

([10]) L'Istat ha recentemente analizzato la spesa sociale dei Comuni per i servizi per la prima infanzia: a livello nazionale nel 2008 la spesa corrente per asili nido sostenuta dai Comuni, singolarmente o in forma associata, ammonta a circa 1 miliardo e 118 milioni di euro. Anche i cittadini contribuiscono al finanziamento del servizio, sostenendo una parte dei costi: il contributo delle famiglie, sotto forma di rette versate ai Comuni, ammonta a 244 milioni di euro. Si rilevano inoltre circa 4 milioni di euro erogati dal Servizio Sanitario Nazionale come compartecipazione alla spesa, per un totale di circa 1 miliardo e 367 milioni di spesa impegnata a livello locale.

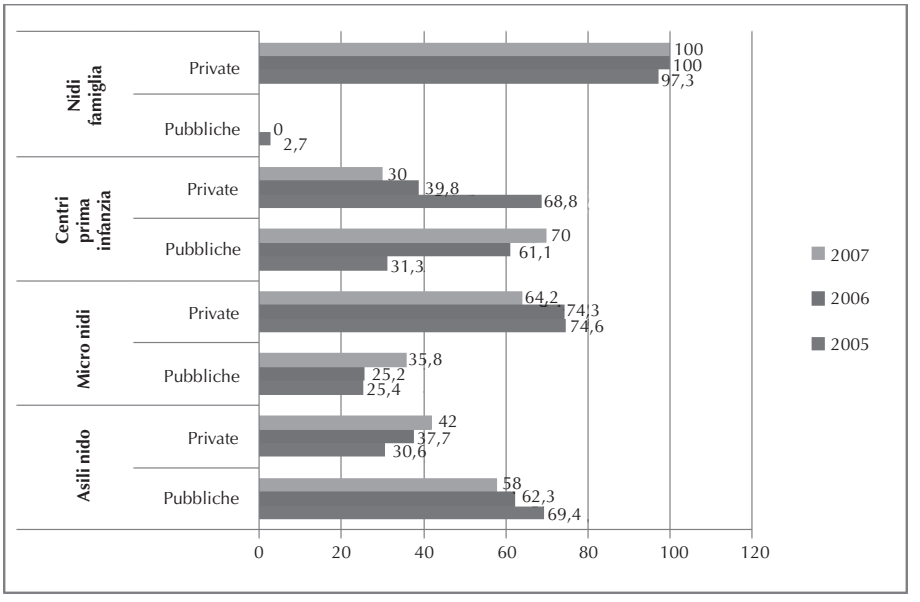
Tabella 15.9 - RETE DEI SERVIZI ALLA PRIMA INFANZIA, STRUTTURE E POSTI AUTORIZZATI (% rispetto popolazione target)

Asili Nido	Strutture/ posti	Ante Dgr 205088	Giugno 2005	Giugno 2006	Giugno 2007	Giugno 2008	Giugno 2009
Asili nido	Strutture	846	889	1009	1209	1234	1192
	Posti	28544	29698	31602	38465	39181	38603
Micro nidi	Strutture	52	55	140	172	187	198
	Posti	477	502	1340	1643	1804	*
Centri prima infanzia	Strutture	-	-	7	22	28	31
	Posti	-	-	133	284	405	490
Nidi famiglia	Strutture	101	103	197	282	315	140*
	Posti	630	640	1273	1808	1729	758*
Totale	Strutture	999	1047	1353	1685	1764	
	Posti	29661	30831	34348	42200	43119	

Fonte: Direzione Generale Famiglia e Solidarietà sociale

Disaggregando i dati in relazione alle diverse tipologie di servizi risulta che i nidi siano prevalentemente pubblici, anche se in forte contrazione: nel 2005 il 69,8% delle strutture era pubblica, nel 2007 lo era il 10% e contestualmente aumentavano le strutture private. Anche i centri prima infanzia sono prevalentemente pubblici, mentre i micronidi sono invece prevalentemente privati ed i nidi famiglia (come è ovvio attendersi data la loro natura) sono completamente privati.

Figura 15.1 - Servizi socio-educativi per la prima infanzia secondo la natura giuridica dell'ente gestore anni 2005-2007



Fonte: Bilancio sociale Direzione Generale

Le ragioni di questo spostamento a favore del settore privato sono diverse: da una parte una diffusa presenza di organizzazioni di terzo settore attive nei servizi per la famiglia e l'infanzia (cfr. Rapporto sulla cooperazione sociale in Lombardia, 2009), una maggiore flessibilità negli orari da parte di questi rispetto ai servizi pubblici, una maggior difficoltà ad investire nella creazione di nuovi servizi comunali piuttosto che nel convenzionamento di quelli di terzo settore o aziendali.

In questo scenario è utile fornire alcune valutazioni complessive.

Nell'ambito dei servizi alla prima infanzia l'azione regionale si è sviluppata secondo una certa coerenza rispetto agli obiettivi programmatici: la presenza decisa delle organizzazioni di terzo settore e lo sviluppo della l.r. 23/1999 rispondono alla logica di una valorizzazione del terzo e dell'azione familiare.

Più articolata può essere la valutazione circa la corrispondenza tra azione regionale ed esiti circa la *liberta di scelta* delle famiglie. Le famiglie scelgono oggi sopratutto prestazioni diverse entro erogatori pubblici e privati piuttosto che modalità di cura e stili di vita complessivi. Una completa parità tra soggetti pubblici e privati non si dà: dunque si scelgono erogatori pagando prezzi abbastanza (o molto) diversi. Inoltre, il limite oggettivo legato alla copertura dei servizi per la cura dei bambini rende difficile per le famiglie scegliere poiché le alternative non sono numerose: le liste di attesa da questo punto di vista mostrano l'affanno delle famiglie e così molte famiglie, si trovano nella condizione di non poter scegliere la modalità di cura del proprio figlio e sono più che altro costrette a ricorrere ad altre forme di cura (articolando risorse formali ed informali). È da segnalare che l'utilizzo, come indicatore del bisogno sociale, della lista di attesa rischia di essere fuorviante: spesso le famiglie, sapendo di non avere chance di entrare in un servizio, nemmeno presentano richiesta oppure si presenta domanda di accettazione in più di un servizio. È da rilevare poi la rigidità che alcuni servizi ancora mostrano rispetto agli orari di funzionamento, il che concorre alla riduzione della possibilità di scelta delle famiglie stesse: il nido sembra ancora organizzato intorno alle esigenze del "lavoratore dipendente" quando le esigenze (e gli orari) del mercato del lavoro sono oggi molto diversificati. Il nido è spesso un pezzo fondamentale del puzzle delle famiglie con figli piccoli, ma è solo un pezzo, perché altre figure (nonni, amici, baby sitter ecc.) aiutano a coprire le ore che separano la chiusura del nido dall'arrivo dei genitori.

La questione della libertà di scelta si collega alle *differenziazioni territoriali e all'equità* nell'accesso ai servizi. Le differenziazioni territoriali sono molto elevate come precedentemente visto. Il nodo cruciale qui è come "trattare" queste differenze: le esigenze di un paesino di montagna sono diverse da quelle di una grande città, però come è possibile gestire queste differenze secondo contestuali criteri di equità circa la possibilità di accesso ed utilizzo dei servizi? Vale a dire che il comune di Milano rispetta il tasso di copertura del 33% ma è evidente come questo sia insoddisfacente per le esigenze della città, e che tale percentuale non ha forse senso in alcune

zone della Regione. È importante da questo punto di vista riflettere effettivamente sul bisogno della popolazione (che è di accudimento dei propri figli) piuttosto che sulla rete di offerta disponibile: l'obiettivo, a tendere, dovrà essere quello della costituzione di una rete flessibile alle esigenze, diverse, dei territori e delle famiglie (come le esperienze della Provincia autonoma di Trento stanno mostrando).

Il dialogo con i testimoni privilegiati impatta direttamente con una grande questione ancora inevasa del nostro welfare nazionale: la definizione dei livelli essenziali di assistenza e le modalità di finanziamento degli stessi. La differenziazione tra i territori (oltre che dalla "morfologia sociale" locale) è anche dovuta alla mancata definizione dei livelli essenziali, e quindi dei servizi e degli interventi ritenuti da implementare su tutto il territorio nazionale. Tale elemento si ricollega, strettamente, all'annosa questione del finanziamento di tali servizi ed interventi essenziali: se la definizione è centrale il finanziamento deve essere centrale o richiede l'utilizzo di risorse regionale?

Un altro aspetto rilevante concerne la *valutazione della qualità degli interventi* e la loro regolazione complessiva, tematiche che si collegano ai processi di accreditamento ma non si esauriscono in essi. L'accreditamento, infatti, dovrebbe innalzare standardizzando i livelli delle prestazioni erogate stante la funzione di valutazione e controllo della Regione. Tuttavia, oltre al fatto che il processo non è compiuto, l'accreditamento individua livelli basici di carattere organizzativo e gestionale e la Regione, infine, è stata meno attenta rispetto ad altre Regioni all'introduzione, a livello di sistema, di elementi di qualità pedagogica nella definizione dei servizi. Sappiamo però che i servizi relazionali, quali quelli per la prima infanzia, richiedono modalità organizzative e pratiche di lavoro raffinate ed anche sistemi di indicatori e sistemi di valutazione complessiva. Per alcuni inoltre (Avanzini e Ghetti, 2010) i nidi famiglia presentano un problema di qualità complessiva difficilmente valutabile, per altri (Carrà Mittini, 2001 Oldini 2005) i nidi famiglia presentano un valore aggiunto proprio per il ricorso a modalità di cura non professionistiche.

Emerge inoltre la complessità della *governanc*e della rete dei servizi all'infanzia che patisce la complessità generata dall'assetto attuale di welfare. In questo, come in altri comparti, occorre infatti governare la relazione tra azione locale e regionale, e gestire i diversi canali di finanziamento (fondo regionale e finanziamenti a progetti, es. l. 23/1999). Spesso i progetti della legge 23/1999 finanziati direttamente con bando regionale non vengono "visti" dalle azioni dei Piani di zona. Peraltro la costituzione di un piano per la prima infanzia pensato all'interno della programmazione locale e ad esso connesso dovrebbe aiutare il governo complessivo delle azioni realizzate a livello locale.

Bibliografia

Avanzini K., Ghetti V. (2010), *Accreditamento quale strategia?* in Prospettive sociali e sanitarie, n. 5, pagg.1-6

Brugnoli A., Vittadini G. (2008), *La sussidiarietà in Lombardia. I soggetti, le esperienze, le policy*, Guerini Associati, Milano.

Centro nazionale sull'infanzia e l'adolescenza (2009), *Monitoraggio del piano di sviluppo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, anno 2008,* Firenze, Istituto degli Innocenti.

Di Nicola P. (2005), *Prendersi cura delle famiglie,* Roma, Carocci.

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (2005), *Bilancio sociale,* Milano, Regione Lombardia.

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (2006), *Bilancio sociale,* Milano, Regione Lombardia.

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (2007), *Bilancio sociale,* Milano, Regione Lombardia.

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (2008), *Bilancio sociale,* Milano, Regione Lombardia.

Europea Commission (2009), *The provision of childcare services,* Bruxelles, European Commission.

Fortunati A. e Bagni E. (2009), *Norme, regole e sviluppo delle buone politiche*, in Fortunati A. (a cura di), Il sistema integrato dei servizi educativi per la prima infanzia, Bergamo, Edizioni Junior, pag. 32.

Heckman J. (2009), *Investing in our Young People: Lessons from Economicas and Psycology*, *Lectio Magistralis, Catholic University,* Milan, 28 September 2009, draft.

Istat (2010), *L'offerta comunale di asili nido,* Roma, Istat.

Merlini F. & Filippini S. (2005), *La legge regionale per la famiglia*, in Gori C. (a cura di), *Politiche sociali di centro destra* (pagg. 285-310), Roma, Carocci.

Montanelli R., Ghetti V. & Castegnaro C. (2010), *L'accreditamento dei servizi per la prima infanzia: l'esperienza del distretto sociale sud est Milan*o, in O. p. Milano, *Crescere a Milano* (pagg. 61-78). Milano: Provincia di Milano.

Oldini R. (2004), *I servizi innovativi alla prima infanzia,* Bologna, Osservatorio nazionale sulla famiglia.

Oldini R. (2005), *Tra nido e famiglia,* Milano, Vita e Pensiero.

Perazzo C. (2006), *Il sostegno a nuovi progetti*, in D. G. Sociale, *Noi Famiglia,* Milano, Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale.

Pesenti L. & De Ambrogio U. (2009), *Piani di Zona in Lombardia,* Milano, Guerini.

Rossi G. & Boccacin L. (2009), *Forme di gestione associata nei servizi alla persona,* Milano, Guerini.

16. Le politiche per i minori allontanati e le famiglie in difficoltà [1]

Roberta Bonini

Il fenomeno dei minori allontanati dalla propria famiglia è una realtà di non immediata lettura perché al suo interno sono ricompresi problemi di entità e gravità molto diversa: dalla fragilità educativa delle famiglie alla conflittualità genitoriale, alla forme estreme di violenza e abuso. È un ambito nel quale la famiglia è, al tempo stesso, parte del problema e parte della soluzione alle difficoltà dei minori. L'azione di "tutela" dei minori è un'azione "pesante" che comporta l'allontanamento di un figlio dai genitori dietro disposizione di un tribunale [2] anche se comporta (dovrebbe comportare) un insieme di azioni preventive perché l'allontanamento del minore sia l'estrema *ratio* secondo criteri di necessità e adeguatezza.

La definizione dell'entità di questo particolare bisogno (tutela dell'infanzia, sostegno alle famiglie in difficoltà) non è semplice. La rilevazione delle situazioni di trascuratezza nei confronti dell'infanzia non è riducibile ai dati che quantificano la domanda *emersa:* il maltrattamento è un problema nascosto e non è possibile identificare un universo dei minori in difficoltà e delle loro famiglie, ma solo delimitare lo spazio dei soggetti presi in carico dai servizi (ed in particolare dai servizi residenziali finanziati dalla Regione). Oltre a ciò vi sono elementi di carattere tecnico che rendono imprecisa la quantificazione del problema: il circuito informativo tra centro e periferia della Regione non consente, ad esempio, di individuare il numero dei minori presi in carico dai servizi di tutela comunali. Essendo, questa come altre, materia di competenza comunale le informazioni sugli utenti e le loro famiglie è raccolta a livello comunale mentre a livello regionale vengono collezionate informazioni diverse. Il numero dei minori "presi in carico", seguiti cioè dai servizi comunali per situazioni di difficoltà varia, non sono restituiti a livello centrale regionale. Ad esempio, una ricerca condotta nel corso del 2007 (Rossi, Boccacin, 2009) ha quantificato in

---

[1] Il capitolo è stato costruito grazie alla ricognizione dei dati disponibili in Regione e alla raccolta di interviste con vari esperti: i referenti regionali (2), esponenti del mondo associativo impegnati in questo ambito (4), referenti di Asl (1) e dei servizi territoriali (3). A tutti va il mio ringraziamento sincero.

[2] E dove il margine di azione della famiglia è inesistente al contrario di esperienze inglesi come le family group conferences che stanno sperimentando modalità molto innovative di negoziazione di decisioni di questo tipo.

circa 18 mila i minori seguiti dai servizi territoriali, un dato che però è difficilmente contestualizzabile (nello spazio e nel tempo).

Utilizzando i dati ufficiali sui minori in affido familiare e nelle strutture residenziali (Centro Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, 2009), in una prospettiva storica di lungo periodo, è osservabile, su tutto il territorio nazionale, la contrazione del numero di minori allontanati. Tuttavia, restringendo l'arco temporale agli ultimi 10 anni, il trend è diverso e, a livello nazionale, i minori fuori della famiglia aumentano un po' ovunque. Tali trend, di per sé, non indicano una propensione al maltrattamento infantile indicano, piuttosto, la capacità di risposta e gestione dello stesso da parte di un sistema di cura territoriale. Ma anche in questo caso la lettura non è scontata: un basso valore del tasso specifico può indicare tanto una buona capacità di azione rispetto a questo tipo di problematica (cioè una realtà che attiva policy e servizi capaci di lavorare in modo preventivo aiutando le famiglie ed i minori in difficoltà e diminuendo la necessità del ricorso all'allontanamento) quanto una debole capacità di gestione delle situazione ed una conseguente presa in carico solo in occasione di un disagio ormai esploso e assolutamente non gestibile in altro modo (ci si limita quindi ai casi molto compromessi).

Tabella 16.1 - Bambini e adolescenti in affidamento familiare e accolti nei servizi residenziali per Regione e provincia autonoma al 31.12.2007

	Bambini e adolescenti fuori famiglia	**Bambini e adolescenti fuori famiglia per 1000 residenti 0-17 anni**
Piemonte	2624	3,9
Valle d'Aosta	57	2,8
Lombardia	4244	2,7
Provincia di BZ	313	3,1
Provincia di TN	355	3,8
Veneto	1673	2,1
Friuli-Venezia Giulia	619	3,5
Liguria	1258	5,8
Emilia-Romagna	2367	3,6
Toscana	2171	4,0
Umbria	667	4,9
Marche	502	2,0
Lazio	3923	4,2
Abruzzo	540	2,5
Molise	64	1,2
Campania	2820	2,3
Puglia	3193	4,1
Basilicata	232	2,3

	Bambini e adolescenti fuori famiglia	Bambini e adolescenti fuori famiglia per 1000 residenti 0-17 anni
Calabria	1020	2,7
Sicilia	2984	3,1
Sardegna	770	3,0
Totale	**32.400**	**3,2**

Fonte: Centro di documentazione nazionale anno 2009

Tabella 16.2 - Distribuzione degli ospiti per motivo di istituzionalizzazione (*) Regione Lombardia anni 2003-2008

Motivi di istituzionalizzazione	0-17 anni % sul totale dei minori residenti in strutture residenziali	18-21 anni % sul totale dei 18-21 residenti in strutture residenziali	2008 Totale v.a	2008 Totale %	1999 Totale v.a.	1999 Totale %
Conflittualità tra i genitori	12,91	4,48	233	12,04	526	9
Denuncia autorità giudiziaria	4,5	7,96	94	4,86	–	–
Difficoltà educativa della famiglia	26,51	24,88	510	26,34	1034	20
Gravi problemi del minore (tossicodipendenza, ecc.)	1,33	1,99	27	1,39	82	1
Gravi problemi di uno dei genitori	21,44	13,43	399	20,61	748	14
Minore orfano di uno o entrambi i genitori	0,46	1,49	11	0,57	123	2
Stato riconosciuto di abbandono	0,86	1,00	18	0,93	–	–
Problemi di handicap del minore	0,40	10,95	9	0,46	370	7
Problemi di relazione con la famiglia di origine	4,90	3,98	107	5,53	693	12
Problemi abitativi/lavorativi dei genitori	5,07	1,49	96	4,96	734(**)	14
Problemi di salute dei genitori	1,27	3,98	25	1,29	103	2
Problemi economici	1,90	1,99	41	2,12		
Problemi scolastici dei minori	0,75	1,49	17	0,88	503	9
Profugo rifugiato politico	0,81	6,47	17	0,88	80	1
Senza fissa dimora	3,11		67	3,46	–	–
Sfruttamento lavoro minorile	0,23		4	0,21	–	–
Violenza e abuso	3,52	9,45	80	4,13	248	4
Altro	9,97	3,48	181	9,3	230	4
Non rilevato	–	–	–		81	1
Totale						

(*) Alcuni item sono stati inseriti e/o scomposti nella versione del 2008. La motivazione indicata è quella ritenuta prioritaria, nella maggioranza dei casi i motivi si assommano e moltiplicano.
(**) Il dato era accomunato all'item problemi economici.

Fonte: Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale anno 2010

Complessivamente a livello lombardo negli ultimi anni si registra una diminuzione del valore assoluto dei minori allontanati dalla propria famiglia e residenti presso le strutture e una diversificazione dei motivi che conducono all'allontanamento e al ricovero presso la struttura residenziale. Come anche alcuni testimoni privilegiati hanno confermato le tendenze relative alle situazioni di violenza e abuso grave risultano come uno zoccolo duro, patologico, che non sembra variare nel corso del tempo (le variabili di spiegazioni di tali fenomeni hanno forse altri parametri esplicativi non legati strettamente alle evoluzioni sociali "congiunturali", e sembrano probabilmente più legati a modelli comportamentali che si tramandano lungo le generazioni, ecc.) e resta stabile intorno al 3-4% dei minori residenti in strutture (Di Blasio, 2000; 2003).

I diversi tipi di maltrattamento rappresentano patologie delle relazioni che nascono da motivi diversi: conflittualità di coppia che coinvolgono i figli, relazioni difficili o violenti verso i bambini ed i ragazzi, difficoltà degli adulti che li rendono incapaci di prendersi cura dei figli (dipendenze, malattie psichiatriche). L'intensità di questi fenomeni varia nel corso del tempo: aumentano le situazioni legate alla conflittualità tra i genitori in occasione del divorzio, crescono però le situazioni di difficoltà grave degli adulti che si riflettono sui minori (difficoltà educative delle famiglie e difficoltà personali dei genitori).

L'età rivela elementi importanti: si osserva una maggiore presenza di ragazzi ed adolescenti rispetto ai bambini piccoli (trend comune anche a livello nazionale). L'adolescenza si conferma una tappa evolutiva sostanziale nella quale emergono ed esplodono problemi preesistenti (Di Blasio, Bertotti 2007; Malacrea 2000).

Accanto alle tradizionali forme di malessere emergono, contestualmente, nuove forme di disagio e dove significativa è la realtà delle famiglie e dei minori migranti. Se da una parte diminuisce complessivamente il numero di minori stranieri non accompagnati accolti in questo tipo di servizi, dall'altra aumentano i minori figli di migranti (che vivono e lavorano in Regione) e accolti in queste strutture. La migrazione mostra sempre di più il suo carattere *familiare* (Gozzoli & Regalia, 2006; Valtolina, 2010; Ambrosini, 2010) e mette in luce anche nuove difficoltà legate allo shock dell'evento migratorio: il senso di sradicamento, l'estraneità del contesto, le spesso scarse risorse relazionali, i diversi standard educativi richiesti, una società ospite ma non sempre ospitale, sembrano mettere in luce, oppure aumentare, la difficoltà educativa e di cura delle famiglie migranti.

16.1. Le indicazioni regionali

Nella legislatura 2000-2005 Regione Lombardia aveva proseguito nel suo cammino di rielaborazione delle policy per i minori allontanati. Anche prima della l.

149/2001 ([3]) la Lombardia aveva attivato una serie di politiche di contrasto all'istituzionalizzazione (Gregorio, Tomisch, 2007) che l'hanno portata a regolamentare le comunità alloggio, a sviluppare pratiche di contrasto all'abuso, a costruire piani socio-assistenziali contenenti indicazioni sulla tutela dei minori, sull'organizzazione dei servizi (con delega alle Asl), sulla prevenzione dell'abuso e del maltrattamento e sulle sue modalità di cura, con modalità innovative riconosciute a livello nazionale (Belotti, 2009; Di Blasio, Rossi 2003). Con l'introduzione dei piani di zona la responsabilità dei servizi di tutela minori è stata poi trasferita ai Comuni (che hanno gestito il servizio nella maggior parte dei casi in forma associata). La precedente legislatura lascia anche una normativa specifica dedicata ai minori, la l.r. 34/2004, "Politiche regionali per i minori". Complessivamente in questo ambito la Regione dal 2004, con la l.r. 34, ha assunto un ruolo di governo, lasciando la sperimentazione, la realizzazione di progetti pilota alla competenza dei singoli territori e dei soggetti pubblici e del privato sociale che in essi operano.

La puntualizzazione è importante per ricordare i limiti ed i confini dell'azione regionale che non ha responsabilità gestionali dirette, ma di governance complessiva. I servizi per i minori in difficoltà e allontanati sono di competenza comunale e gli attori che compongono la rete di fronteggiamento sono diversi per competenze professionali e incardinamento istituzionale ([4]).

16.2. L'attuazione

Nell'ultima legislatura la Regione Lombardia si è impegnata a "favorire la crescita dei minori in un contesto familiare, quando la famiglia d'origine è inadeguata o inesistente" (Dgr 20762/2005). Tale obiettivo esplicita la volontà regionale di superare la modalità di accoglienza dei minori allontanati legata alle forme più spersonalizzanti della cura in una struttura residenziale.

La strategia è stata quella, dunque, di favorire forme *familiari* di accudimento attraverso azioni che hanno:

– ridefinito le unità di offerta nei servizi residenziali per minori,
– identificato i criteri per l'accreditamento delle strutture residenziali,
– promulgato la legge sul Garante per l'infanzia.

([3]) Come noto la legge 149/2001 rivede alcuni nodi cruciali in materia di tutela dell'infanzia: afferma il diritto dei bambini ad una famiglia, i criteri e le modalità dell'affido e dell'adozione, i criteri di adottabilità e le modalità di cura dei minori allontanati dalle loro famiglie.

([4]) Ciò significa che è il servizio comunale che si deve muovere quando è avvertito della difficoltà di un minore e della sua famiglia e muovendosi attiverà, o meno, la rete degli attori che concorrono alla cura del minore e della sua famiglia: i servizi specialistici delle Asl, le strutture residenziali, le organizzazioni di terzo settore che lavorano in questo ambito. La Regione si trova quindi a governare il sistema nel suo complesso definendo i criteri di esercizio e accreditamento delle strutture residenziali, finanziando i servizi specialistici delle Asl.

16.2.1. *Le azioni specifiche*

L'azione regionale nell'ultima legislatura in questa materia ha ridefinito le unità di offerta e i criteri per l'accreditamento delle stesse. Oggi i servizi residenziali per minori sono costituiti da una molteplicità di servizi, pubblici o privati, costituiti basicamente da: comunità educative, cioè strutture di accoglienza con finalità educative e sociali assicurate in forma continuativa attraverso personale qualificato; comunità familiari, vale a dire strutture di accoglienza con finalità educative e sociali ma a differenza delle precedenti sono realizzate senza fini di lucro da una famiglia presso la propria abitazione; alloggi per l'autonomia che sono abitazioni destinate a giovani al compimento della maggiore età per i quali e` necessario un supporto per il raggiungimento dell'autonomia e la costruzione di un progetto di vita adulto. Le diverse tipologie vengono illustrate analiticamente nella tabella 16.3.

Presso tali strutture trovano accoglienza:

– i minori temporaneamente privi del necessario supporto familiare o per i quali la permanenza nel proprio nucleo familiare sia contrastante con un armonico sviluppo evolutivo;

– i minori in situazione di disagio con necessità urgente di intervento di accoglienza al di fuori della famiglia d'origine;

– mamme con bambini in situazione di grave disagio;

– giovani anche in prosieguo amministrativo ([5]).

Le diverse tipologie offrono interventi sociali ed educativi individualizzati.

Tabella 16.3 - Definizione dei servizi residenziali per minori

Servizio	Descrizione	Personale
Comunità educativa	Struttura di accoglienza, pubblica o privata, con finalità educative e sociali assicurate in forma continuativa attraverso personale qualificato. Può svolgere anche funzioni di pronto intervento o essere destinata esclusivamente a tipologie omogenee di utenza (es. Comunità educativa di pronto intervento, mamma – bambino, ecc.). (fino a 10 posti)	1 coordinatore, anche a tempo parziale, laureato in scienze: dell'educazione/formazione, psicologiche, sociologiche e di servizio sociale, o un dipendente in servizio con funzioni educative ed esperienza di almeno cinque anni 1 operatore socio-educativo ogni 5 posti di capacità ricettiva, nelle ore diurne. Deve essere garantita la presenza di almeno un operatore socio-educativo nelle ore notturne. Deve essere garantita, in relazione ai minori ospitati, la supervisione di un operatore qualificato

(*segue*)

([5]) Sono quei ragazzi che, allontanati dalle loro famiglie di origine, al compimento del 18esimo anno di età non hanno raggiunto un'autonomia ed un'indipendenza complete. Queste strutture aiutano i ragazzi a sviluppare i progetti di vita adulta.

Servizio	Descrizione	Personale
Comunità familiare	Struttura di accoglienza, con finalità educative e sociali, realizzata senza fini di lucro da una famiglia presso la propria abitazione. Può svolgere anche funzioni di pronto intervento o essere destinata esclusivamente a tipologie omogenee di utenza (es. Comunità familiare di pronto intervento, mamma – bambino, ecc). (Fino a 6 posti)	La famiglia è responsabile educativa dei minori accolti, favorisce la crescita di legami significativi e rappresenta un importante "valore aggiunto" offrendo un'esperienza specifica di riferimento per la costruzione dei rapporti affettivi. 1 operatore socio educativo almeno part-time a supporto della famiglia. Deve essere garantita, in relazione ai minori ospitati, la supervisione di un operatore qualificato
Alloggio per l'autonomia	Abitazioni destinate a giovani che hanno compiuto la maggiore età, anche in prosieguo amministrativo, per i quali è necessario un supporto per il raggiungimento dell'autonomia. (Fino a 3 posti, elevabili a 5 se destinati a mamme con bambini)	1 coordinatore, anche non esclusivamente dedicato, in relazione alle esigenze degli utenti, laureato in scienze: dell'educazione/formazione, psicologiche, sociologiche e di servizio sociale, o un dipendente in servizio con funzioni educative e esperienza di almeno cinque anni. 1 operatore socio-educativo almeno part-time

Fonte: Dgr 20762/2005 e 20963/2005

Contestualmente si è avviato un percorso che ha visto la definizione dei *criteri* per l'accreditamento delle strutture che individuano alcuni aspetti generali di carattere organizzativo e tecnico della vita nelle residenze per minori, indicando i requisiti fisico/strutturali e gestionali. Oltre a questi elementi la Regione ne ha individuato ulteriori di natura più processuale che fanno riferimento: al numero di operatori in rapporto a quello degli utenti, alla definizione di un progetto individualizzato e aggiornato per l'utente; alla trasmissione delle informazioni circa la condizione del minore a Regione; alla predisposizione di un documento nel quale siano indicati "tempi e modalità di coinvolgimento degli enti invianti". Inoltre, nelle linee guida dei moduli formativi per le nuove assunzioni e per l'aggiornamento del personale socio-educativo è possibile rintracciare un riferimento esplicito alla necessità di avere competenze anche relativamente alla relazione con la famiglia di origine.

Intervento importante, ma di altra natura, in questo ambito concerne l'emanazione della legge sul Garante dell'infanzia. La figura del Garante, già presente in altri Paesi europei ([6]) e del Nord America, nasce in risposta alle sollecitazione internazionali e dell'Europa mentre a livello nazionale giace un disegno di legge non ancora

([6]) Nasce in Svezia nel 1809 con il compito di difendere i diritti degli individui dall'abuso di potere da parte dello Stato. Successivamente altri Paesi del Nord Europa ne seguono l'esempio: la Finlandia nel 1919, la Danimarca nel 1955, la Norvegia nel 1962. Da allora la figura del Garante è stata istituita in oltre 40 paesi.

approvato. La legge 6/2009, *Istituzione della figura e dell'Ufficio del Garante per l'infanzia e l'adolescenza*, indica le caratteristiche peculiari del garante affermando la sua natura di autorità indipendente non sottoposta ad alcuna forma di controllo gerarchico o funzionale che svolge la propria attività in piena autonomia sia organizzativa sia amministrativa proprio al fine di avere completa libertà di valutazione nei riguardi delle problematiche minorili. Complessivamente le funzioni del garante sono di advocacy, di verifica/monitoraggio dell'applicazione delle legislazioni sul tema, di networking tra i diversi attori coinvolti, raccolta di segnalazioni di conflitti di interesse tra i minori e chi esercita su di loro la potestà genitoriale, formulazione di proposte e pareri non vincolanti su politiche regionali e locali.

16.3. Gli esiti delle policy regionali

Nel 2007 le strutture attive erano costituite da 293 comunità educative, 30 comunità familiari e 49 alloggi per l'autonomia, ospitando complessivamente 4671 persone (minori e 18-21enni). Complessivamente dal 2003 si è registrata una diminuzione delle strutture attive sul territorio ma un aumento in particolare degli ospiti delle comunità educative.

Tabella 16.5 - Le unità di offerta nell'ambito dei servizi residenziali per minori anni 2005-2006-2007

	Comunità educative			Comunità familiari			Aloggi per l'autonomia		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Strutture	235	256	293	30	33	30	10	21	49
▪ *Pubbliche*	18	11	5	8			3	1	–
▪ *Private*	217	245	288	22	33	30	7	20	49
Posti autorizzati	2246	2250	2558	235	193	155	131	79	201
Utenti	3726	3726	4237	470	289	230	314	136	204

Fonte: Direzione Generale famiglia e solidarietà sociale Bilancio sociale 2006, 2007

Tra le unità operative è netta la prevalenza dei servizi gestiti dal privato sociale. Gli enti gestori sono in prevalenza Cooperative sociali e Enti religiosi, seguono le associazioni e le Fondazioni.

Le strutture di accoglienza residenziale per minori sono frequentate da giovani di età molto diverse: nelle comunità educative la prevalenza dei minori è composta dagli adolescenti, tuttavia è presente un'alto numero di utenti appartenente alla fascia della prima infanzia; nelle comunità familiari sono più numerosi i bambini piccoli (ma ci sono anche giovani tra i 19 e 21 anni); gli alloggi per l'autonomia, invece, prevedono un'utenza specifica che va dai 16 ai 21 anni (dati di monitoraggio, Direzione Generale Famiglia e Solidarierà Sociale, 2009).

In questo scenario si comprende la scelta di individuare tre tipologie diverse

di unità di offerta: le comunità familiari sono state pensate per accogliere (ma non esclusivamente) i bambini più piccoli che necessitano di forme di accoglienza a matrice familiare, le comunità educative sono state ideate per un'utenza più "grande", mentre gli alloggi per l'autonomia sono visti nella preoccupazione di consentire una transizione all'età adulta " accompagnata" in ragazzi che non hanno avuto infanzie facili o con alle spalle famiglie supportive.

La composizione più "mista" delle comunità educative risiede anche nella necessità di cura che i piccoli richiedono: cioè in una situazione di allontanamento dalla famiglia può essere opportuno un momento di "decantazione" dalle tensioni familiari in una struttura più neutra come una comunità prima che il bambino venga re-indirizzato verso un affido o una comunità familiare.

Le risorse economiche messe a disposizione nel 2008 per questa tipologia di interventi sono state pari a 20 milioni di euro. I dati riportati nelle tabelle si riferiscono alle unità di offerta di tutto il territorio regionale,cofinanziate con le risorse del Fondo Sociale Regionale 2008.

16.4. Alcune valutazioni

Valorizzazione del terzo settore

Come è stato osservato nelle pagine precedenti il terzo settore è un attore molto presente tra i servizi residenziali per minori e presenta costanti trend di crescita. Tale andamento è probabilmente da attribuire a una pregressa e consolidata tradizione di azione e cura dell'infanzia presente in molti soggetti di privato sociale che l'azione regionale ha, da questo punto di vista, regolamentato. È anche da rilevare come nel lungo processo di chiusura degli istituti alcuni di essi siano stati trasformati da enti pubblici in soggetti di diritto privato (es. fondazioni), contribuendo così all'implemento del numero complessivo di soggetti privati attivi in questo settore.

Sostegno alla famiglia

Per quanto concerne il *sostegno alla famiglia* operato attraverso queste policy il nodo è più complesso. In questi interventi, come detto in esordio, la famiglia è parte del problema e parte della soluzione. È una famiglia inadempiente che conduce all'allontanamento dei figli, ma è anche una famiglia che riconquista le sue capacità genitoriali quella che affronta efficacemente il problema ed è spesso un'altra famiglia (l'affidataria) che aiuta a ricomporre storie e legami. L'orientamento nei servizi è, naturalmente, di tutelare la persona più fragile e quindi il minore laddove si presentino gravi rischi in danno del suo benessere, tanto che a livello territoriale si parla di servizi di *tutela* minori. Ideologicamente il rischio più evidente è quello di contrapporre il benessere dei bambini a quello dei genitori in un gioco a somma zero, mentre in alcune situazioni salvare le persone (ed i loro legami fondamentali) comporta interporre una distanza tra di esse. Il problema è che cosa avviene, in termini

di processi di cura, in questo spazio (fisico) e di tempo: cioè se ai minori sono offerti strumenti e supporti affettivi, educativi, tecnici per elaborare le loro storie e se, contestualmente, alle famiglie è consentito di fare altrettanto ([7]). Si comprende come in questo caso l'efficacia dell'intervento sia strettamente correlata al modello di azione, alla metodologia di lavoro utilizzato dagli operatori di un territorio (e rispetto ai quali la responsabilità regionale è indiretta e lontana).

Alcuni intervistati hanno messo in luce come in questi servizi, o in alcune reti territoriali, siano attivati supporti per i minori mentre risulta più deficitario il lavoro sulle famiglie di origine. Si ingenera una situazione complessa nella quale i bambini vengono allontanati in situazioni di pericolo, ma non si lavora (a sufficienza) per rendere possibile il reingresso dei figli nelle famiglie naturali, o per aiutare gli adulti a gestire le difficoltà che incontrano.

I legami si spezzano, sono feriti, come lo sono le persone, il lavoro di cura in questo caso ha a che fare con la possibilità di riannodare storie interrotte e di rendere capaci (empowerment) le persone di fronteggiare le situazioni di difficoltà esperite. Le buone pratiche sui territori si riferiscono in tal senso alla capacità che i servizi e gli operatori in un lavoro sinergico hanno di "tenere" il doppio fronte (dei bambini e delle famiglie di origine), e consentire sia ai minori sia alle famiglie la (ri)costruzione di un progetto di vita.

Il cuore del problema appare qui di natura metodologica (come si lavora? Come ci si prende cura di queste situazioni?) e di modelli organizzativi che la rete dei servizi a livello locale riesce ad elaborare. Sugli operatori dei servizi locali gravano carichi di lavoro e complessità notevoli, che rendono difficile la gestione di situazioni di questo tipo come anche, in alcuni casi, la precarietà del personale dei servizi, in grado di rendere difficile la continuità del lavoro intrapreso, mentre la diminuzione delle risorse economiche rischia di condurre a scelte dolorose su azioni e servizi da modificare (Maurizio, 2009).

Stante la centralità del livello locale è da registrare come, obiettivamente, il carico di lavoro che grava sui contesti locali sia molto elevato e il ruolo regionale potrebbe esercitarsi secondo azioni di accompagnamento degli enti locali e della rete di soggetti impegnati in quest'area. Il governo del livello regionale dovrebbe/potrebbe agire secondo modalità di *governance* reale (cioè in grado di sussidiare livelli istituzionali e *tenere* la rete degli stakeholders) in modo da sostenere i contesti locali meno attrezzati, cogliere buone e cattive pratiche, diffondere innovazioni.

Questo può significare anche investire perché a livello territoriale si lavori in

---

([7]) Un intervistato con un'esperienza decennale nel campo dell'abuso all'infanzia ha messo in luce come sia possibile, con un lavoro su entrambi gli attori coinvolti, giungere persino alla decisione comune di un allontanamento definitivo, cioè l'adottabilità dei bambini, ma occorre accompagnare i genitori ed i figli per fare comprendere, fino dove possibile, che in alcuni casi essere genitore significa affidare i propri bambini a qualcun altro.

modo integrato attraverso la predisposizione di formazione *ad hoc* per gli operatori e strumenti di concertazione, tavoli ma anche altri strumenti, che consentano l'esplicitazione dei problemi e la gestione dei diversi e qualche volta opposti interessi in gioco.

Inoltre nella gestione della rete degli attori è da rilevare la formidabile discrepanza in termini di potere esercitata dal Tribunale rispetto a tutti gli altri attori in gioco. È difficile per un singolo comune o la cooperativa o l'associazione di famiglie interloquire con un attore istituzionale di questo tipo: culture, linguaggi e potere sono molto diversi. Ed inoltre i tempi dei tribunali non sono quelli né dei bambini e delle loro famiglia, né dei soggetti che se ne fanno carico, dimostrando ancora una volta che non basta l'eccellenza di un punto della rete per l'efficacia dell'intervento, quanto piuttosto la sinergia tra tutti i nodi. La governance regionale potrebbe esplicitarsi anche in una diversa interlocuzione con un attore complesso come questo.

Come sottolineato anche dal monitoraggio nazionale (Belotti, 2009) è importante inoltre realizzare e monitorare a livello regionale una integrazione tra "le decisioni di policy complessiva ed i processi di presa in carico effettiva delle situazioni" con una maggiore consapevolezza di quanto avviene concretamente nei territori e nei piani di zona e tra "le decisioni tecniche e le decisioni finanziarie" dato che qualche volta rischiano di divergere ed in tempi di persistenze riduzione delle risorse al welfare impongono scelte e decisioni.

La regolazione delle policy

Per quanto concerne il criterio valutativo della regolazione l'azione della Regione si inserisce, ma l'ha anche preceduta anticipando le norme nazionali ([8]), nel processo legislativo che ha condotto alla chiusura degli istituti e al ripensamento di strutture più piccole ed accoglienti (Gregorio, Tomisch, 2007). Questo processo ha condotto all'individuazione di tipologie di servizi rivolti a utenti specifici.

Alcune scelte con un orientamento più familiare hanno portato all'individuazione delle comunità familiari che nel territorio lombardo hanno caratteristiche peculiari: in altre Regioni, spesso, con questo termine si intende una struttura residenziale di piccole dimensioni al cui interno operano educatori professionali e teso a riprodurre un ambiente familiare. In Regione invece la comunità è una famiglia, o più famiglie, che accoglie i bambini ed i ragazzi secondo certi standard (e oltre le modalità tipiche dell'affido etero familiare tradizionale). La scelta nasce probabilmente anche dalla valorizzazione di esperienze peculiari di comunità di famiglie

([8]) Ben prima della l. 149/2001 la Lombardia aveva attivato una serie di politiche di contrasto all'istituzionalizzazione con la regolamentazione delle comunità alloggio, lo sviluppo di pratiche di contrasto all'abuso, la costruzione di piani socio-assistenziali triennali (dal 1988) contenenti indicazioni sulla tutela dei minori, sull'organizzazione dei servizi (con delega alle Asl) e sulla prevenzione dell'abuso e del maltrattamento.

(dall'Associazione Comunità e Famiglie all'Associazione Giovanni XXIII, all'Associazione Fraternità) presenti in Regione. Con questo termine si intendono famiglie che condividono molti aspetti della vita comune (dall'abitazione alle risorse economiche) e che si aprono ad esperienza di accoglienza (Bramanti, 2009).

Per quanto concerne gli elementi regolativi che hanno portato alla definizione dei criteri di autorizzazione e accreditamento uno sforzo maggiore può essere realizzato per normare gli elementi di processo e relazionali che caratterizzano servizi di questo tipo, oltre a quelli strutturali e organizzativi. Naturalmente è complesso, ed è un problema ricorrente in tutti i processi di accreditamento di servizi alla persona, ma occorre investire in indicatori di qualità dei processi e di esito in modo da premiare effettivamente le strutture più impegnate e dotate su questi fronti e rendere meno disomogenea l'azione dei servizi a livello locale.

Valorizzazione delle risorse professionali

Collegato all'ultimo punto trattato si ritrova il tema delle risorse professionali messe in campo: sono richieste figure professionali adeguatamente formate (con il possesso della laurea e delle specializzazioni richieste) e la stesura di un progetto individualizzato. Elementi questi che appaiono prova di un'efficacia o meglio di una buona pratica professionale in grado di concorrere alla efficacia dell'intervento. Come già osservato ci sono ancora margini per organizzare e governare l'integrazione degli interventi a livello locale e regionale con tavoli e strumenti di coordinamento e attività formative che supportino gli operatori in questo difficile compito.

Dagli incontri con i testimoni privilegiati è emerso chiaramente come la sfida prioritaria (verso l'efficacia degli interventi) per questi servizi riguardi la governance delle reti territoriali, una sfida aperta dai tempi del ritiro delle deleghe alle Asl. Oggi i servizi di tutela sono funzioni svolte (e di responsabilità) del livello comunale gestite per lo più in modalità associata entro la cornice dei piani di zona (Pesenti De Ambrogio, 2009) data la complessità (ed il costo) di interventi di cura. Il processo di care nelle situazioni di allontanamento dei minori prevede la costituzione di una rete complessa di attori: i servizi comunali, i servizi specialistici delle Asl (ed un contenzioso aperto in molti territori sulla tariffazione delle prestazioni psicologiche e di psicodiagnostica), servizi di terzo livello presenti in alcuni territori (es. centri specializzati nel trattamento dell'abuso infantile), i servizi residenziali, le famiglie affidatarie quando presenti e le loro associazioni, il Tribunale dei minorenni, ma non solo. Il disagio dei piccoli è, spesso, legato al disagio degli adulti e quindi oltre ai servizi a tutela dei minori possono intervenire nel processo di cura, o meglio sono stakeholders di questo processo, anche servizi psichiatrici e per le tossicodipendenze. Le difficoltà possono emergere tanto nei singoli nodi quanto nella rete complessiva, anzi è plausibile che l'intervento sui minori abbia migliori chance di successo quando è la rete nel suo complesso a funzionare.

In questo contesto la sfida, come già osservato, concerne il ruolo di regia della

Regione rispetto alle diversità territoriale che si creano e al coordinamento dei diversi e numerosi stakeholders che vi partecipano. Tale ruolo può essere di valutazione delle esperienze, di diffusione di buone pratiche, di sostegno tecnico in caso di difficoltà, e di supporto alla stesura di protocolli di intervento analoghi, oltre alla gestione di una rete efficace tra tutti gli stakeholder coinvolti in questi interventi.

Gli effetti sugli utenti

L'efficacia di questo tipo di politica è particolarmente complessa da misurare poiché occorre osservare e ricomporre una rete che ha attori e responsabilità diversi. Inoltre gli utenti dei servizi non sono facilmente raggiungibili.

I dati disponibili circa i motivi di dimissioni dalle strutture possono essere una proxy di efficacia e mostrano che cosa accade ai bambini e ai ragazzi che vengono, nel corso dell'anno, dimessi da una certa realtà residenziale: nel 2008 il 21% ha fatto ritorno a casa, il 10% è stato accolto da una famiglia affidataria ed il 5% è andato in adozione. Complessivamente circa il 40% degli utenti recupera il diritto ad avere una famiglia, la maggior parte dei ragazzi però trova soluzioni diverse che non sembrano presagire una risoluzione immediata delle difficoltà.

È pur vero che in questo campo probabilmente solo ricerche longitudinali da realizzarsi sui bambini e ragazzi divenuti adulti potrebbero dire se e come l'azione di supporto realizzata dai servizi ha effettivamente consentito l'elaborazione e la realizzazione di un progetto di vita.

Infine dalle interviste è emersa una preoccupazione forte da parte degli operatori di questi servizi: il rischio di un calo di attenzione rispetto alle tematiche dell'infanzia in difficoltà. Da un lato per un deficit di valutazione delle esperienze che non permette di comprendere che cosa effettivamente funziona e cosa forse è da ripensare; dall'altra perché l'esplodere, per alcuni sempre più diffuso, di situazioni di difficoltà pesanti in età adolescenziali rivela, retrospettivamente, esperienze di maltrattamento infantile non preso in carico al momento opportuno o in modo non adeguato (Malacrea, 2000). La cura dei bambini in difficoltà, oltre che un obbligo morale, rivela un valore preventivo importante: può consentire alla persone di elaborare un progetto di vita e non riprodurre (o generare) difficoltà vecchie e nuove nel futuro.

Bibliografia

Ambrosini (a cura di) (2010), *Famiglia e migrazione,* Milano, Franco Angeli.

Belardinelli S. (2005), *Welfare community e sussidiarietà*, Egea, Milano.

Belotti V. (2009), *Accogliere bambini, biografie, storie e famiglie,* Quaderni del centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Istituto degli Innocenti, Firenze.

Bertotti T., Rubiu D. (2007), *Le segnalazioni di abuso all'infanzia pervenute al CBM nell'anno 2007 - Analisi dell'andamento 2002/2007,* Report CbM.

Brugnoli A., Vittadini G. (2008), *La sussidiarietà in Lombardia. I soggetti, le esperienze, le policy*, Guerini Associati, Milano.

Centro Nazionale dell'infanzia e dell'adolescenza (2009), *Monitoraggio del piano di sviluppo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, anno 2008.* Firenze: Istituto degli Innocenti.

Di Blasio P. (2003), *L'abuso sessuale: caratteristiche del racconto di eventi traumatici*, in Foti C., (a cura di), *L'ascolto dell'abuso e l'abuso dell'ascolto*, Franco Angeli, Milano.

Di Blasio P., Rossi G. (a cura di) (2003), *Trascuratezza, maltrattamento e abuso in danno dell'infanzia: Servizi e Centri presenti in Regione Lombardia*, report di ricerca.

Di Blasio P. (2000), *Psicologia del bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna.

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (2003), *Monitoraggio delle strutture residenziali per minori gennaio-dicembre, 1999 con comparazione all'anno 2002,* Report non pubblicato.

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (2005), *Bilancio sociale,* Milano, Regione Lombardia.

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (2006), *Bilancio sociale,* Milano, Regione Lombardia.

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (2007), *Bilancio sociale,* Milano, Regione Lombardia.

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (2008), *Bilancio sociale,* Milano, Regione Lombardia.

Gozzoli C., Regalia C. (2006), *La migrazione come evento familiare,* Bologna, Il Mulino.

Gregorio D., Tomisich M. (2007), *Tra famiglia e servizi: nuove forme di accoglienza dei minori*, Franco Angeli, Milano.

Irer (2010), *Rapporto di fine legislatura,* Milano, Guerini.

Malacrea M., *Trauma e Riparazione,* Raffaello Cortina Editore.

Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, *Relazione sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2008-2009,* Istituto degli innocenti, Firenze.

Pesenti L., De Ambrogio U. (2009), *Piani di Zona in Lombardia,* Milano, Guerini.

Presidenza del Consiglio dei Ministri (2009), *Diritti in crescita. Terzo-quarto rapporto alle Nazioni Unite sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*, Istituto degli Innocenti, Firenze.

Rossi G., Boccacin L. (2009), *Forme di gestione associata nei servizi alla persona,* Milano, Guerini.

Valtolina G. (2010), *Famiglie migranti,* Milano, Franco Angeli.

17. Le famiglie che si associano e il *welfare family friendly* (1)

Roberta Bonini

17.1. Le indicazioni regionali

La Regione Lombardia ha puntato in modo esplicito e forte sulla promozione della soggettività sociale della famiglia (Donati, 1993, 2007) attraverso il supporto alle iniziative delle associazioni familiari e dell'auto mutuo aiuto con la legge 23/1999 (2). La specificità dell'azione lombarda a sostegno della famiglia trova in quest'area la sua forma più compiuta (Rossi, 2001). Il sostegno alla famiglia avviene, infatti, secondo un criterio di prossimità (risponde al bisogno chi è più vicino ai luoghi e alle persone in cui esso si manifesta) e per via associativa (l'essere e l'agire insieme tipico delle forme organizzative del terzo e del quarto settore). In questo modello di welfare society (Belardinelli, 2005; Brugnoli Vittadini, 2007) l'istituzione pubblica sostiene le famiglie favorendo la nascita di reti e relazioni tra famiglie ed in particolare tra quelle che si trovano (o si sono trovate) a vivere esperienze analoghe.

In questo modo la Regione ha inteso promuovere il protagonismo delle famiglie rendendole soggetto attivo delle politiche: sono, infatti, le stesse famiglie che si auto-organizzano per rispondere ai bisogni che emergono lungo il loro cammino, auto-organizzazione che è sostenuta attraverso il finanziamento regionale di progetti svilippati da forme associative di natura familiare (o rivolti alle famiglie). L'associazionismo diviene il modo con il quale superare il privatismo familiare e affacciare con più forza la famiglia sulla scena pubblica.

Inoltre, nella promozione dell'associazionismo familiare la Regione ha voluto, anche, premiare l'innovazione sociale promossa da questi soggetti, nella convinzione che la maggiore prossimità di questi soggetti associativi alle famiglie e alle loro culture e pratiche di vita possa permettere di individuare nuove modalità di cura al di là dei modelli di *care* istituzionali. Una funzione di innovazione sociale svol-

---

(1) Ringrazio gli esponenti di associazioni familiari, di cooperative sociali, di organizzazioni di secondo livello, che hanno condiviso con me le loro esperienze attraverso alcune interviste. Ringrazio anche i dirigenti ed i funzionari della Direzione Generale famiglie che mi hanno messo a disposizione i dati sulla legge regionale 23/1999.

(2) Il lavoro di Merlini & Filippini, 2005, nella scorsa edizione del volume illustra in modo evidente la sfida della legge e la sua impostazione di fondo.

ta dal Terzo Settore e che è stata rilevata da più parti (OECD, 2010, Rossi & Boccacin, 2007).

Data la diversificazione del privato sociale è bene in questa sede disambiguare il termine associazione familiare: con associazioni familiari ([3]) si intende una forma specifica di organizzazione di Terzo Settore generata da famiglie e impegnata nell'azione a supporto di altre famiglie (Donati & Rossi, 1994). La specificità di tale organizzazione consiste nel fatto che si costituisce intorno ad un bisogno familiare (es. la malattia di un componente) a partire dal quale si solidificano le relazioni tra famiglie (che vivono o hanno vissuto la stessa esperienza). I livelli di formalizzazione sono diversi: si passa dai gruppi di auto mutuo aiuto ad associazioni formalmente riconosciute.

Segnatamente i gruppi di auto mutuo aiuto (Albanesi, 2007) hanno genesi differenti e non sono coincidenti *tout court* con le associazioni familiari poiché, a parte la maggiore informalità che li caratterizza, non necessariamente si raggruppano intorno ad un'esigenza familiare (nella loro accezione più estesa) ([4]). Secondo la nota definizione di Silverman l'auto mutuo aiuto è costituto da gruppi " reti sociali "artificiali", reti cioè che si creano liberamente per produrre aiuto/sostegno sociale. I punti di maglia di queste reti sono costituiti da soggetti portatori di un identico problema o condizione. Ciascuno di questi soggetti possiede un proprio network naturale di riferimento da cui può ricavare sostegni e risorse di vario tipo" (Silverman, 2002).

La malattia di un figlio, una disabilità acquisita, i problemi di dipendenza vari ecc. … sono molte le esperienze dalle quali si sono organizzate le reti familiari e hanno evoluzioni organizzative varie: il passaggio dal singolo gruppo all'associazione formale non è necessario, quando l'esigenza familiare si risolve, è possibile che il gruppo si sciolga. Oppure l'esperienza come associazione che ad es. gestisce uno sportello informativo porta alla decisione di costituire un'organizzazione più formalizzata e professionalizzata (Borzaga & Fazzi, 2001; Rossi 2001) per la gestione di servizi specialistici. L'efficacia di gruppi di sostegno di questa natura è stata sperimentata in vari settori (Folgheraieter, 2008, 2007; Tognetti Bordogna 2006).

In questa sede è possibile sottolineare la differenza tra le due forme nel diverso grado di formalizzazione che assumono: più strutturate le associazioni familiari meno i gruppi di auto mutuo aiuto.

([3]) Le associazioni familiari hanno forme e diffusioni differenti in molti paesi europei (cfr. www.coface-eu.org). Generalmente è loro riconosciuta un'importante funzione di advocacy ma non solo e sono particolarmente attive e diffuse in Francia (ww.unaf.fr).

([4]) Per esempio è noto il caso degli alcolisti anonimi, costituiti da persone con problemi alcoologici, i gruppi Al-Alamom per esempio son invece gruppi di sostegno di familiari che hanno un figlio, marito, madre, padre alcooldipendente. In Italia è anche nota l'esperienza del Ceis per il recupero delle tossicodipendenze che si fonda sull'automutuo aiuto e organizza gruppi per genitori, fratelli, coniugi di persone con problemi di dipendenze.

La Regione Lombardia ha promosso tali forme di Terzo Settore fin dalla prima legislatura Formigoni con la legge 23/1999: l'intervento legislativo individua nell'associazionismo familiare il soggetto e partner fondamentale per la creazione del welfare a misura di famiglia e realizzato con le famiglie (Merlini & Filippini, 2005; Rossi, 2001; Carrà Mittini, 2001). In particolare la Regione si è caratterizzata per la scelta strategica di promuovere l'associazionismo e la mutualità familiare anche, e soprattutto, che si costituisce a partire da "crisi" normali del ciclo di vita: la nascita del figli, l'accudimento del bambino piccolo, la gestione del tempo libero dei figli in età scolastica. Le normali tensioni del diventare genitore, nella prospettiva di superare l'intervento di matrice residuale sulla famiglia: cioè di occuparsi delle famiglie quando sono problema e non quando sono risorsa.

17.2. L'attuazione

L'impianto generale di *welfare family friendly* definito dalla legge 23/1999 è stato via via attuato attraverso il finanziamento di progetti svolti dalle associazioni familiari. La strategia di implementazione ha utilizzato quindi lo strumento del bando individuando centralmente le azioni privilegiate da finanziare e lasciando ai territori (Asl) la valutazione dei progetti da sovvenzionare.

Concretamente: la Regione rende pubblici i bandi che presentano gli ambiti finanziati (secondo l'articolato di legge) e gli allegati tecnici che consentono ad un gruppo/associazione di presentare il proprio progetto. La valutazione dei singoli progetti è poi di competenza delle Asl, una scelta, questa, tesa a favorire la conoscenza e l'attivazione dei soggetti attivi sul territorio.

Un'associazione che voglia accedere a un finanziamento per la proposizione di un progetto deve, quindi, accedere al cosiddetto "bando famiglia". Con esso la Regione Lombardia "promuove e sostiene la realizzazione di iniziative innovative a favore della famiglia per facilitare la creazione di reti di solidarietà fra le famiglie, favorire l'associazionismo familiare, forme di auto-organizzazione e di aiuto solidale" (sito www.famiglia.regione.lombardia.it). Al "bando famiglia" possono partecipare:

– associazioni di solidarietà familiare iscritte al registro regionale (legge regionale 1/2008;

– organizzazioni di volontariato iscritte nelle sezioni provinciali e regionali del registro (legge regionale 1/2008);

– associazioni senza scopo di lucro e associazioni di promozione sociale iscritte nei registri regionali e provinciali dell'associazionismo (legge regionale 1/2008);

– cooperative sociali iscritte nella sezione A dell'albo regionale (legge regionale 1/2008);

– enti privati con personalità giuridica riconosciuta;

– enti ecclesiastici;

– associazioni femminili iscritte nell'albo regionale delle associazioni.

Complessivamente le attività finanziabili sono quelle sintetizzate nella tabella successiva e regolamentate dalla legge 23/1999 (tabella 17.1). Ogni anno però sono stabiliti ambiti prioritari di finanziamento e nel corso dei 10 anni di legge 23/1999 alcuni ambiti/servizi non sono più stati sovvenzionati, altri ancora sono divenute unità di offerta sociale (es. nidi famiglia), altri hanno proseguito nella modalità di finanziamento a bando.

Tabella 17.1 - Interventi previsti e finanziabili dalla legge 23/1999

	Interventi	Articoli di legge
Costituzione del nucleo	Prestiti agevolati alle giovani coppie Prestiti agevolati per mutui prima casa	Art. 3, comma 1 Art. 3, comma 9
Famiglie con figli piccoli	Potenziamento nidi	Art. 4, comma 2
Famiglie con figli in età scolare		
Genitorialità	Supporto e formazione	Art. 4, commi 8, 9, 10, 11, art. 5
Famiglie con un membro fragile	Contributi per acquisto strumenti tecnologi per disabili Buono socio-sanitario Finanziamento corsi per soggetti portatori di handicap	Art. 4, commi 4,5 Art. 4, commi 13, 14, 15, 16 Art. 4, comma 6, lett. c)
Famiglie in difficoltà economiche temporanee	Prestito sull'onore	Art. 3, comma 2
Reti tra famiglie	Auto mutuo aiuto/banche del tempo	Art. 5, commi 1, 4, 6
Governance	Istituzione consulta Registro associazioni familiari	Art. 5, commi 8, 9, 10, 11, 12 Art. 5, comma
Famiglie e donne in situazioni di violenza	Promozione sostegno centri accoglienza	Art. 4, comma 4-*bis*
Conciliazione famiglia e lavoro	Conciliazione famiglia lavoro Programmi formativi per il reinserimento delle donne escluse dal mercato del lavoro	Art. 4, comma 1 Art. 4, comma 6, lett. *a*)
Qualificazione degli operatori	Formazione operatori servizi socio educativi	Art. 4, comma 6, lett. *b*)

Nella precedente legislatura il "bando famiglia" ha finanziato per il quinquennio 2005-2009, prevalentemente, i progetti che realizzano servizi integrativi al nido, interventi di contrasto alla dispersione scolastica e attività di promozione del mutuo aiuto.

Nel 2008, sempre nell'ambito dell'implementazione della 23/1999, ha preso forma il bando "Fare rete e dare tutela e sostegno alla maternità". Esso promuove in modo più esplicito il sostegno alla maternità e alla paternità con l'obiettivo di rimuovere gli ostacoli materiali e culturali che si possono presentare tramite interventi integrati, servizi e progetti con particolare attenzione alle situazioni di fragilità. I progetti sono finalizzati a:

– aumentare la capacità di utilizzo delle strutture sanitarie e sociali;

– aumentare l'autostima e il senso di competenza nell'esercitare la funzione genitoriale;

– aumentare la capacità delle madri a leggere i segnali del bambino;

– diminuire l'isolamento sociale;

– realizzare un percorso integrato di aiuto e sostegno;

– promuovere e monitorare attività tese a rendere più efficaci le collaborazioni con enti e servizi del territorio.

Il bando "Fare rete" oltre alla specificità delle azioni che finanzia si distingue dal "Bando Famiglia" per la volontà di premiare e promuovere partnerships tra diversi soggetti: nel progetto, infatti, devono essere esplicitati i diversi attori che prenderanno parte alle attività ed il ruolo di ciascuno. L'attenzione ai partenariati e al valore aggiunto che essi presentano è andato maturando in diversi ambiti di intervento della Regione (ad es. i progetto sulla coesione sociale).

Inoltre il bando "fare rete" rappresenta anche un caso, raro, di apprendimento organizzativo e di scambio effettivo di pratiche e culture. Nei precedenti bandi della legge 23/1999, infatti, i gruppi di auto mutuo aiuto, che si stavano diffondendo in Regione, faticavano a riconoscersi e quindi ad accedere ai finanziamenti. Il confronto tra gruppi di auto mutuo aiuto con la Regione e le sue strutture tecniche ha consentito di rivedere il bando alla luce delle caratteristiche specifiche di questo mondo, già operante sui territori e che chiedeva di essere riconosciuto e promosso. L'azione di supporto alle associazioni familiari è quindi, sostanzialmente, passata attarverso la promozione dei progetti e delle iniziative che queste realtà realizzano.

Accanto ad una selezione delle attività da finanziare, l'esperienza dei primi anni di implementazione ha reso necessario, nel 2006 ([5]), un ripensamento anche dei criteri di iscrizione delle associazioni familiari al registro corrispondente con l'intento di preservare maggiormente la natura familiare ed informale di queste realtà.

Nell'ultima legislatura si è registrata una qualificazione della spesa e una diminuzione delle aree progettuali finanziate con il contenimento delle risorse destinate (si passa dagli 11 milioni di euro del 2005 ai 7 milioni del 2009): mediamente ogni singolo progetto ha ottenuto un finanziamento di circa 15mila euro.

Come si evince dalla tabella 17.2 i progetti finanziati tra il 2005-2009 sono stati: il potenziamento nidi, il supporto alle attività scolastiche, le attività di promozione dell'associazionismo familiare e del mutuo-aiuto, la formazione ai ruoli familiari e le banche del tempo.

([5]) Con la "Delibera sulle modalità e procedure per l'iscrizione, il mantenimento e la cancellazione dal Registro regionale delle associazioni di solidarietà familiare" d.g.r. 3518 del 15 novembre 2006 e il "Decreto sulle modalità, procedure e specifica documentazione per l'iscrizione, il mantenimento e la cancellazione del registro regionale delle associazioni di solidarietà familiare" (decreto 13006 del 20 novembre 2006).

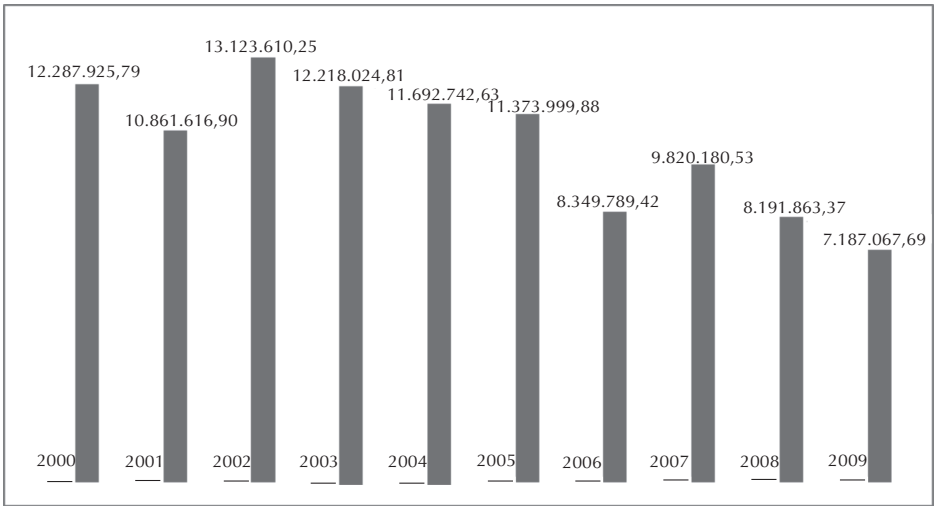
Tabella 17.2 - Progetti finanziati per ambiti, anni 2000-2009, valori percentuali

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nidi famiglia	8,68	7,25	9,71	10,61	12,03	11,83	–	–	–	–
Potenziamento nidi	5,25	3,86	3,86	1,52	1,63	2,42	7,68	3,92	3,51	–
Spazi gioco	18,95	15,78	19,43	13,64	11,65	13,04	–	–	–	–
Banche del tempo	8,45	5,31	1,74	0,25	0,13	0,27	–	–	–	–
Elenchi operat. per accudimento a domicilio di minori 0/3	3,42	2,25	1,25	0,88	0,5	0,54	–	–	–	–
Nidi aziendali	1,14	0,16	0,75	0,25	0,25	–	–	–	–	–
Supporto alle attività scolastiche	13,47	19	18,06	22,47	18,67	24,06	40,46	41,4	42,69	36,64
Aggregazione giovanile	10,27	14,33	13,95	10,73	9,77	12,37	–	–	–	–
*** Programmi di formazione svolti da consultori**	13,01	–	–	–	–	–	–	–	–	–
*** Educazione sessuale**	8,22	–	–	–	–	–	–	–	–	–
*** Assistenza a domicilio**	9,13	–	–	–	–	–	–	–	–	–
**** Promozione dell'associazionismo familiare e del mutuo-aiuto**		3,86	3,74	3,28	2,76	2,28	3,73	7,67	11,31	23,4
Banche del tempo		3,22	1,25	0,25	0,5	0,27	1,04	1,02	1,36	3,09
Formazione ai ruoli familiari		24,96	26,28	36,11	42,11	32,93	47,1	46	41,13	36,87
Tot.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totale v.a.	438	621	803	792	798	744	482	587	513	453

* Sono stati attivati solo nel 2000.
** Nel 2000 il bando non prevedeva il finanziamento di queste attività.

Fonte: Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale

Figura 17.1 - Le risorse economiche destinate anni 2000-2009



Fonte: Direzione Generale Famiglia e Solidarietà sociale

Per quanto concerne gli enti gestori i cui progetti sono stati finanziati si osserva un consolidamento delle associazioni familiari: erano il 35% nel 2000 diventano il 46% nel 2005 ed il 49% nel 2009; si registra un decremento dell'azione delle cooperative sociale (che passano dal 34% del 2000 al 25% del 2005 e al 27% del 2009) e la stabilizzazione della presenza delle organizzazioni di volontariato (intorno al 9% nel 2009, ma presenti per il 17% nei primi anni).

Tabella 17.3 - Enti gestori per progetti finanziati, valori percentuali, anni 2000-2009

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Associazioni di solidarietà familiare	35,24	41,59	39,92	46,2	46,91	46,01	47,78	52,07	50,92	49,61
Organizzazioni di volontariato	17,19	12,73	11,55	7,38	8,02	7,56	7,14	9,09	5,96	9,82
Associazioni	9,74	7,05	4,5	4,85	4,73	4,83	6,9	4,13	4,59	4,13
Cooperative sociali	34,67	22,95	28,77	28,27	23,05	25	26,11	23,14	27,29	27,13
Enti con personalità giuridica riconosciuta	0,29	8,86	2,15	1,27	5,35	3,57	2,96	1,24	2,29	2,33
Enti ecclesiastici	2,87	6,82	12,92	11,39	11,52	11,97	8,62	9,09	8,03	6,2
Associazioni femminili	0	0	0,2	0,63	0,41	1,05	0,49	1,24	0,92	0,78
Totale enti	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totale v.a.	349	440	511	474	486	476	406	484	436	387

Fonte: Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale

Analizzando i dati dal registro delle associazioni di solidarietà familiare si evincono nel 2009 698 associazioni familiari con un tasso di crescita annuo di circa il 20%: erano 366 nel 2000 e 562 nel 2005. Le policy orientate alla creazione di reti di questa natura sembrano trovare, quindi, riscontro nell'esperienza territoriale.

17.3. Alcune valutazioni

Il sostegno alla famiglia

Per quanto concerne il primo elemento, il sostegno alla famiglia, si rivela perseguito con chiara coerenza ideale. L'obiettivo dei bandi "famiglia" e "fare rete" va nella direzione di un aiuto alla famiglia "normale" e in situazione di disagio secondo un metodo d'implementazione che è quello della prossimità ai mondi vitali. Con famiglia "normale" si intende quella alle prese con gli impegni quotidiani (l'accudimento dei bambini, il sostegno scolastico) confermando l'orientamento a sviluppare un welfare non solo residuale, ma anche promozionale.

Inoltre, la legge alla prova dell'attuazione concreta conferma di essere un'iniziativa di politica sociale per le famiglie realizzata con le famiglie che si associano per trovare risposta a una comune esigenza e non, in via prioritaria, la promozio-

ne di una serie di servizi rivolti alle famiglie da professionisti del sociale. Il contenimento della presenza della cooperazione sociale va in questa direzione, anche se permane una sorta di "dialettica" tra il professionismo delle cooperative e l'agire più spontaneo dell'associazionismo. Se, da un lato, l'azione regionale ha delimitato la presenza delle cooperative a favore delle associazioni, dall'altro, alcuni testimoni privilegiati del mondo associativo continuano a rilevare una maggiore facilità delle cooperative nella partecipazione al bandi e nella gestione degli aspetti tecnici che essi prescrivono. La qualificazione professionale che una struttura organizzativa adeguata consente (come avere ad es. una progettista specializzata o una struttura amministrativa dedicata), risulta, spesso, più facilitata rispetto all'iniziativa delle associazioni e soprattutto rispetto a quelle piccole e poco strutturate (a cui viene riconosciuto da più parti, rispetto agli inizi, una crescita in termini di efficienza e qualità organizzativa).

Inoltre, la legge 23/1999 sembra aver confermato un circuito virtuoso tra norma e cultura: vale a dire la sua promulgazione nasce da un certo *humus* culturale (scommettere sul protagonismo familiare) e la sua realizzazione sembra rafforzare anche quella stessa cultura che si sta promuovendo. La norma, infatti, pare aver diffuso un orientamento culturale (quello delle famiglie all'associarsi), come conferma il continuo crescere del numero delle associazioni familiari.

Vi sono anche alcuni limiti. Molta parte dell'innovatività della legge 23/1999 consisteva nell'individuare le transizioni familiari e personali quali snodi chiave per la realizzazione di una rete integrata di servizi a supporto delle difficoltà/sfide emergenti. L'avere selezionato in modo stringente gli ambiti di finanziamento ha ridotta la portata della legge stessa, che sembra aver dimenticato alcune aree di bisogno: la cura dei membri fragili di una famiglia, il sostegno alla domiciliarità, il supporto alle difficoltà economiche delle famiglie, l'accesso al credito. Aree previste dalla legge stessa e che, forse, meriterebbero un maggior investimento in termini di risorse e innovazione.

È da rilevare la contrazione delle risorse economiche messe in gioco per un obiettivo ritenuto così prioritario come il sostegno alla famiglia, dai 12 milioni di euro del 2000 ai 7 milioni del 2009. Questa diminuzione delle risorse sembra aver portato alla decisione, come è stato notato sopra, di qualificare la spesa concentrando gli investimenti principalmente su alcuni ambiti di intervento e lasciandone altri maggiormente scoperti o completamente non finanziati.

La valorizzazione del Terzo Settore

L'obiettivo della promozione del Terzo Settore è certamente stato raggiunto, con una specificazione: in questa sfera la Regione Lombardia ha inteso sostenere il privato sociale emergente dalle famiglie (mutuo aiuto e associazionismo familiare) oppure rivolto alle famiglie (es. le cooperative sociali che svolgono servizi per la famiglia). Gli indicatori di raggiungimento dell'obiettivo da questo punto di vista

possono essere ravvisati nella crescita del numero di associazioni familiari. Un dato, non direttamente collegato ai finanziamenti della 23/1999, mostra inoltre (Direzione commercio, 2008) un aumento delle iniziative del Terzo Settore a favore della famiglia e, in particolare, l'incremento dei servizi offerti in questo settore dalla cooperazione sociale.

Entro un contesto di crescita complessiva, è pur vero che alcune indagini condotte su temi diversi (Irer, 2007; Pesenti De Ambrogio 2009) hanno messo in luce alcune difficoltà del Terzo Settore e del privato sociale di matrice familiare. È ugualmente vero che, in Regione, le associazioni familiari crescono complessivamente ma sembra che l'azione di queste stesse realtà fatichi ad incrociarsi con i soggetti che pure operano nel medesimo territorio: difficoltà di linguaggi, priorità diverse, differenti scopi ed identità portano ad un dialogo difficile o rarefatto tra i soggetti della 23/1999 ed i Piani di Zona, i Comuni che restano il contesto per la realizzazione del welfare locale. Quindi da un lato le associazioni familiari crescono, dall'altro devono forse ancora maturare capacità e competenze per sviluppare partnership con gli altri soggetti sociali.

Un altro importante obiettivo che la Regione si è data, attraverso la 23/1999, consiste nell'implementare innovazione sociale. I bandi che attuano la legge, infatti, premiano progetti sperimentali e innovativi. In tal senso il bando rappresenta lo strumento per cercare nuovi modi di risposta al bisogno sociale, elemento certamente positivo al fine di trovare modalità di azioni più efficaci in un contesto societario dove esigenze e problemi si evolvono oppure nascono in modo non sempre prevedibile.

La legge 23/1999 ha rappresentato una grande possibilità di catalizzazione delle risorse e delle idee presenti a livello territoriale. Ha finanziato e fatto crescere, realtà già attive a livello locale, che svolgevano iniziative tanto nell'accoglimento della domanda sociale quanto nell'elaborazione della sua risposta. Erano realtà che in alcuni contesti faticavano a mantenersi o a garantire alcuni servizi. La legge 23/1999 li ha intercettati e li ha valorizzati finanziando, attraverso risorse aggiuntive *ad hoc*, le diverse iniziative e rafforzando il ruolo dell'associazionismo in certi settori di attività. Adesso si rischia una contraddizione e un uso "improprio" dei fondi: in un contesto nel quale le risorse economiche sono in contrazione costante, si finanzia attraverso i bandi ciò che non si riesce a sostenere in altro modo o secondo i canali consolidati. E si rischia di inficiare l'obiettivo stesso della legge, cioè quello di scovare l'innovazione, promuoverla, anche e soprattutto laddove si manifesti in realtà piccole, circoscritte, non troppe strutturate. Oggi tali realtà non sono sostitutive delle iniziative istituzionali e consolidate, piuttosto le affiancano e cercano di rinnovarle: pertanto è cruciale che accanto al finanziamento alle attività tradizionali e istituzionali possa esistere uno spazio più libero e dedicato per loro.

Effetti sugli utenti

Come già sottolineato, una valutazione sistematica degli effetti della legge 23/1999 dovrebbe certamente comprendere le opinioni ed i giudizi formulati dalle

famiglie beneficiarie dei servizi realizzati. Ad oggi non è possibile avere riscontri sui beneficiari dei progetti e sulle loro opinioni. Sono stati realizzati alcuni approfondimenti qualitativi (Irer, 2007) che hanno mostrato come le famiglie si orientino nella scelta dei servizi in relazione a disponibilità, flessibilità di orari, vicinanza al domicilio del servizio stesso piuttosto che alla natura dei soggetti che li realizzano. Un'azione di valutazione sistematica avrebbe certamente aiutato nella riflessione complessiva sulla legge. Questo è uno degli aspetti deficitari dell'impianto della 23/1999 e che rende difficile una lettura puntuale dell'esperienza attuata in diverse direzioni: sia per cogliere, con ragioni fondate empiricamente, i punti di debolezza, sia per sottolineare un valore aggiunto, anche imprevisto nei suoi effetti, che si è, invece, prodotto ma che non si riesce a cogliere appieno.

La regolazione del sistema locale di welfare

L'azione della Regione ha individuato attraverso criteri più specifici l'accesso all'albo delle associazioni familiari a partire dal 2006 e facendo tesoro dei primi anni di attuazione della legge sono stati introdotti criteri più restrittivi.

Discernere la mutualità familiare e l'associazionismo segnatamente familiare da altre forme di Terzo Settore è, infatti, essenziale se si vuole preservare la cultura della prossimità ai mondi vitali come elemento sostantivo per il *coping* delle sfide familiari. È possibile, però, che il solo rispetto dei criteri formali di accesso non consenta di individuare le associazioni realmente familiari da altre organizzazioni che erogano servizi alla famiglia. Infatti, la verifica della familiarità di un'organizzazione solo a partire dai dati dei registri comporta una verifica "sulla carta" dei criteri di accesso, mentre una valutazione della identità e delle iniziative poste in essere da questi soggetti (con ricerche *ad hoc* tese a monitorare tali fenomeni associativi) potrebbe aiutare nella comprensione di un mondo variegato, nella prospettiva di un suo supporto più adeguato ([6]).

Un altro elemento regolativo, dirimente, concerne la gestione dei bandi e le prescrizioni in essi contenuti. Per alcune associazioni, ma non per tutte, gli elementi richiesti dalla Regione attraverso le Asl richiedono adempimenti complessi e ripetitivi. Il nodo centrale di questo aspetto riguarda quella che è stata definita la regolazione promozionale del Terzo Settore (Donati, 1993) ovvero il bilanciamento, sempre difficile, tra indirizzi e direttive che permettano di realizzare servizi di qualità e lo sviluppo di realtà che per definizione non sono eccessivamente articolate dal punto di vista formale.

Più difficile appare la valutazione effettiva dell'innovazione prodotta nei ser-

---

([6]) Questo aspetto si ricollega alla povertà di informazione puntuali e aggiornate sui soggetti di Terzo Settore presenti e attivi in Regione. Le uniche informazioni di scenario sono desumibili dai registri, fatta eccezione per il Rapporto sulla cooperazione sociale che propone ogni anno un'analisi specifica di natura, attività, risorse delle cooperative lombarde.

vizi alla famiglia gestiti dalla mutualità familiare: quanto l'innovazione è premiata oppure quanto si finanziano servizi anche qualitativamente buoni, ma tradizionali nella loro realizzazione? Ad oggi, e questo è certamente uno dei limiti della 23/1999, mancano progetti di valutazione complessiva dell'efficacia degli interventi attuati dalla legge, pur sapendo quanto sia difficile scorporare gli effetti lordi e netti di un'iniziativa di *policy* come questa.

Tale elemento si collega al nodo della possibilità di riconoscere e diffondere le buone pratiche (e l'innovazione) eventualmente emergenti. Non è raro, anzi, che si realizzino esperienze significative e innovative, che si svolgano buoni progetti che potrebbero essere estesi a tutto il territorio. Tuttavia, anche poiché manca un sistema di valutazione sistematico, sembra difficile realizzare il passaggio dalla singola (buona) esperienza realizzata in un certo territorio alla sua messa a sistema. La difficoltà nella realizzazione di questo passaggio ha diverse origini: anche teoricamente le modalità e le tecniche di valutazione dei servizi alla persona oggi utilizzati possiedono riferimenti culturali e tecniche anche molto diversi tra loro. Tutti sono concordi nel definire complessa la valutazione di qualità e di efficacia di servizi ad alto contenuto relazionale (che sono specifici, personalizzati, immateriali) e di *policy* che lavorano su livelli (locali e istituzionali) e attori così diversi (Regione, Asl, Comuni, Piani di Zona, organizzazioni di Terzo Settore). È possibile, dunque, che la difficoltà ad individuare buone pratiche, e di estenderle al sistema, derivi pure dalla difficoltà della letteratura scientifica nell'individuazione di un sistema condiviso di valutazione delle stesse.

La valorizzazione delle figure professionali

Una delle sfide della 23/1999 è di valorizzare il sapere dell'esperienza (Folgheraiter, 2010; Mutti 2009) in alcuni ambiti di azione, sapendo che questo da solo non sempre basta: le associazioni necessitano anche di supporti tecnici e professionali (per la stesura dei progetti, per l'accompagnamento alla realizzazione, per la rendicontazione e valutazione delle attività). Lo sviluppo di organizzazioni di secondo livello potrebbe andare nella direzione di sostenere la vivacità delle associazioni e fornire quegli elementi professionali che non necessariamente sono presenti nei gruppi. Significativa appare l'evoluzione nel mondo del mutuo aiuto (Tognetti Bordogna, 2005): come già ricordato essi sono i gruppi più fluidi e meno strutturati del sistema ma (forse proprio per questo) stanno sviluppando organizzazioni ombrella tesi ad aiutare i gruppi più informali. È il caso dell'associazione AMA che raggruppa come associazioni diversi piccoli gruppi di auto mutuo aiuto dispersi sul territorio fornendo alcune risorse organizzative ai gruppi che si associano.

L'organizzazione di secondo livello può offrire tanto supporti di tipo tecnico quanto una rete di relazioni più vasta o svolgere funzione di *advocacy* per i gruppi che la compongono. Attraverso forme reticolari e network concorre a sviluppare una massa critica che favorisce l'azione delle singole associazioni che sono così libere di

agire e sviluppare i progetti e possono contare sul supporto tecnico, organizzativo, ma non solo, dell'associazione ombrella.

Il peso che una singola associazione ha è diverso, anche nell'interlocuzione con gli altri soggetti, rispetto a quello di un'organizzazione che è costituita da diversi nodi. Procedere in questa direzione, inoltre, potrebbe facilitare il rinnovamento degli istituti di rappresentanza delle associazioni familiari e la loro effettiva rappresentatività.

Bibliografia

Albanesi C. (2004), *I gruppi di autoaiuto*, Carocci, Roma.

Belardinelli S. (2005), *Welfare community e sussidiarietà*, Egea, Milano.

Borzaga C., Fazzi L. (2001), *Azione volontaria e processi di trasformazione del settore nonprofit.* Milano, Franco Angeli.

Brugnoli A., Vittadini G. (2008), La *sussidiarietà in Lombardia. I soggetti, le esperienze, le policy*, Guerini Associati, Milano.

Carrà Mittini E. (2001), *Dentro le politiche familiari. Storia di una ricerca relazionale sulla l.r. 23/99 della Regione Lombardia «Politiche regionali per la famiglia»*. Milano: LED.

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (2005), *Bilancio sociale,* Milano, Regione Lombardia.

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (2006), *Bilancio sociale,* Milano, Regione Lombardia.

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (2007), *Bilancio sociale,* Milano, Regione Lombardia.

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (2008), *Bilancio sociale,* Milano, Regione Lombardia.

Donati P. (1993), *La cittadinanza societaria,* Bari, Laterza.

Donati P. (2007), *Sociologia delle politiche sociali*, Carocci, Roma.

Donati P., Rossi G. (1994), *Le associazioni familiari in Italia,* Milano, Franco Angeli.

Folgheraiter F. (2007), *La cura delle reti*, Erikcson, Trento.

Folgheraiter F. (2009), *La logica sociale dell'aiuto*, Erikcson, Trento.

IreR (2004b), *I servizi educativi per la prima infanzia a carattere innovativo in Lombardia*, Report, IreR, Milano.

IreR (2007) *Valutazioni delle politiche per la prima infanzia*, Report, IreR, Milano.

IreR (2008), *Family social survey,* Report, Milano, Irer.

Merlini F., Filippini S. (2005), *La legge regionale per la famigLia*, in Gori C. (a cura di), *Politiche sociali di centro destra* (pagg. 285-310), Roma, Carocci.

Mutti M. (2008), *Esperienze di auto-mutuo aiuto*, Erikson, Trento.

Perazzo C. (2006), *Il sostegno a nuovi progetti*, in D. G. Sociale, *Noi Famiglia,* Milano, Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale.

Rossi G. (2005), *Le politiche per la famiglia*, in IreR, *Rapporto di legislatura 2005*, Guerini e associati, Milano.

Rossi G. (a cura di) (2001), *Lezioni di sociologia della famiglia*, Carocci, Roma.
Rossi G., Boccacin L. (2007), *Capitale sociale e partnership tra pubblico, privato e Terzo Settore. Casi di buone pratiche nei servizi alla famiglia,* Milano, Franco Angeli.
Silverman D. (2002), *I gruppi di auto mutuo aiuto*, Erikson, Trento.
Tognetti Bordogna M. (2005), *Promuovere i gruppi di self help,* Milano, Franco Angeli.

18. **Uno sguardo d'insieme**

Roberta Bonini

Al termine (provvisorio come sempre per questo tipo di lavori!) del percorso sulle politiche per la famiglia ed i minori attivate in Regione Lombardia si presentano qui di seguito alcuni temi (per punti essenziali) che trasversalmente attraversano le policy attivate e l'analisi che è stata condotta.

- Le politiche per la famiglia in Lombardia presentano tratti specifici ed innovativi ed elementi di criticità e di riflessione. In generale, parlando di politiche per la famiglia, ci si incontra scontra con un dilemma definitorio che ha importanti ricadute operative: a quale famiglia ci si rivolge? Nel progetto regionale sulle policy per la famiglia si è inteso rispondere "non solo alla famiglia in difficoltà" ma anche alla famiglia alle prese con le normali transizioni del ciclo di vita (sposarsi, avere figli, ecc.). In particolare nelle politiche al fuoco dell'interesse in questi capitoli si è trattato di una famiglia con i figli e con figli soprattutto piccoli (anche se non solo). Il dato interessante nell'esperimento lombardo è stato il tentativo di superare la tradizionale divisione per settori negli interventi del welfare, utilizzando la famiglia come elemento cerniera per un'integrazione tra policy attraverso la lente e la dinamica delle transizioni familiari e dei bisogni che in questi momenti si manifestano. La famiglia, infatti, è direttamente o indirettamente il soggetto che agisce o patisce le azioni di welfare, per questo l'intento è stato interessante e ambizioso. Il "luogo" nel quale l'esperimento ha avuto più successo è certamente l'attuazione della legge 23/1999 che rappresenta l'esperienza più specifica in materia. L'analisi delle azioni nell'ambito dei servizi per la prima infanzia e dei progetti della l.r. 23/1999 ha mostrato come la decisione di supportare le transizioni familiari sia stata molto interessante anche se nel corso del tempo alcune iniziative hanno cessato di essere finanziate. E così la ricomposizione intorno alla famiglia delle azioni di welfare si è concentrata solo in poche aree come i servizi per l'infanzia. Tuttavia, altri aspetti delle policy, qui analizzate, hanno riprodotto uno stile più tradizionale di divisione delle politiche, piuttosto che il ridisegno e l'integrazione delle stesse, e ancora forte è risultata essere la separazione tra le politiche per il disagio (i minori allontanati) e quelle per l'agio (associazionismo familiare).
- La centralità della famiglia come soggetto delle politiche è stata molto presente nel dichiarato dei documenti strategici, più faticosa è stata la sua attuazione nei vari settori di politiche. Dal punto di vista operativo il sostegno alla famiglia, e al suo

imprescindibile ruolo di cura, è stato concretizzato nel supporto alla domiciliarità attraverso lo strumento dei titoli sociali. È noto però che il peso tra servizi domiciliari e residenziali è stato nettamente a favore dei secondi. E cioè, al di là delle politiche per la famiglia con i bambini, le policy per la famiglia in quanto caregivers sono state centrate soprattutto sull'utilizzo dei buoni e dei voucher che percentualmente rappresentano una quota minoritaria della spesa a favore delle persone fragili.

- Per quanto concerne la coerenza tra ideale di policy e realizzazione della stessa si è detto che uno dei punti di maggior trasparenza tra i due livelli è stata l'implementazione della l.r. 23/1999. Ci sono però altri elementi da sottolineare che hanno messo in evidenza una continuità tra livello ideale e operatività. Un esempio trasversale agli ambiti qui analizzati riguarda l'implementazione di un welfare plurale e sussidiario. L'attenzione del policy maker si è centrata sulla qualità dei servizi erogati piuttosto che sulla natura del soggetto erogante, la realizzazione di questo ideale è stata a diversi livelli e con diversi successi. Si è detto insomma "non è importante, che il servizio es. di asilo nido sia erogato da una cooperativa o dal comune, è essenziale che rispetti i parametri di qualità definiti a livello regionale e locale". L'istituto dell'accreditamento ha concretizzato questa tendenza, ma si è visto come la sua applicazione, nelle unità di offerta sociale, non sia stata sempre semplice. L'identificazione di criteri di qualità nei servizi alla persona è, come noto, complesso e quindi l'accreditamento (quando si è realizzato) ha riguardato aspetti soprattutto strutturali e gestionali. Per quanto siano state realizzate le direttive regionali su queste tematiche si è registrato un vuoto a livello territoriale circa la loro effettiva realizzazione (es. accreditamento nei nidi e nei servizi residenziali per minori). La paralisi dei processi di accreditamento nei servizi socioeducativi è, quindi, paradigmatica: non essendo stati accreditati i servizi a livello locale questa parificazione tra pubblico e privato nella sostanza rischia di restare debole. Il sistema paradossalmente resta bloccato e la libertà dei cittadini di scegliere tra servizi con qualità garantita dall'ente pubblico resta incompiuta con differenze territoriali rilevanti.
- Un ulteriore elemento trasversale agli ambiti analizzati in questa sezione riguarda la ricerca di innovazione nelle poltiche sociali. L'esperienza lombarda si è caratterizzata per la tensione a catalizzare le innovazioni prodotte dal terzo settore e dalle partnership pubblico/privato, attraverso la forma dei "bandi". La strategia in questo caso non è stata quella di generare/guidare l'innovazione, che difficilmente si produce per legge, cioè attraverso vincoli e standard, ma di individuare e riconoscere l'azione che a livello locale gruppi piccoli e/o grandi generano e realizzano. L'esperienza della l.r. 23/1999 e di altre leggi che hanno promosso il terzo settore sono andate in questa direzione. Dai colloqui con alcuni testimoni privilegiati delle Asl è emerso come la legge 23/1999 abbia reso più evidenti protagonisti che già operavano a livello territoriale e locale e che grazie anche ad un (piccolo)

finanziamento potevano produrre servizi e generare reti significative. Resta, come già osservato, un problema di misurazione degli effetti di questa legge importante in termini non solo di efficacia dei servizi, ma anche di capitale sociale prodotto e della sua relazione con altri aspetti delle policy. La legge 23/1999 favorisce la nascita di reti tra famiglie e partnership tra diversi attori; sarebbe certamente prezioso riuscire ad evidenziare l'effetto complessivo che tale politica ha generato sul territorio. Complessivamente riemerge in ogni settore di policy analizzato (politiche per l'infanzia e servizi di tutela, servizi per la famiglia in senso lato) la difficoltà a valorizzare le buone pratiche locali ed estenderle effettivamente al territorio regionale. Le esperienze di terzo e di quarto settore rappresentano un patrimonio ricco, come nella migliore tradizione lombarda, tuttavia tale patrimonio, che è essenzialmente un capitale sociale, se non si consolida (se non si consuma rigenerandosi) si perde.

La forza del meccanismo del finanziamento a bando è quello di promuovere le "intelligenze" e le "abilità" presenti a livello locale senza prederminare ogni elemento *a priori*. Tuttavia, il limite noto di questa modalità di finanziamento del welfare è quello di interrompere la realizzazione delle esperienze, quando vengono meno le risorse economiche disponibili e alla fine della progettualità si fatica a trovare fonti di economiche adeguate. Tale aspetto, che è di governance complessiva del sistema di welfare e del suo finanziamento, ribadisce un aspetto critico di questo puzzle e non risolvibile solo a livello regionale. Agli occhi dell'utente questo significa che un buon servizio, utilizzato in un certo momento e per certo periodo di tempo, viene sospeso per la mancanza di fondi.

In questo nodo tematico si incrociano due questioni: da un lato lo sviluppo di modalità complementari di finanziamento del welfare (anche da parte di aziende di mercato nell'ambito del welfare aziendale, o di enti grant making di terzo settore come le fondazioni) e dall'altro le modalità di diffusione delle buone pratiche e della loro introduzione a livello di sistema. Tale aspetto, come ricordato, richiama elementi di carattere concettuale rispetto ai quali il consenso non è unanime: che cosa rende un servizio una buona pratica? Ma soprattutto a quali condizioni è possibile diffonderne la presenza su un dato territorio?

È pur vero, almeno a parere di chi scrive, che non tutto ciò che di nuovo e specifico viene realizzato nei contesti locali debba giocoforza trovare una sua estensione istituzionale. Credo che sia da preservare una zona di sperimentazione che non necessariamente si riversi sul sistema, in ragione del fatto che quella data esperienza funziona bene ed efficacemente in un certo contesto, ma non avrebbe gli stessi risultati se tradotta in un altro ambito. Dunque non tutta l'innovazione e la sperimentazione può e deve travasarsi nelle unità di offerta, ma resta il problema dell'innovazione come risposta efficace ai bisogni sociali tradizionali ed emergenti.

- La pluralità delle politiche regionali, cioè l'apertura verso soggetti di terzo e quarto settore e l'articolazione su livelli di responsabilità territoriale diversi, ha fatto

emergere chiaramente il tema della *governance* complessiva del sistema. Regione Lombardia sottolinea da tempo il passaggio da ente di gestione ad ente di governo; resta ancora aperto il modo con cui "giocare" questo ruolo di governo che nel tempo si nutre di difficoltà sempre maggiori (per la complessità dei problemi sociali, per la complessità del sistema di risposta agli stessi). Oggi il sistema di policy regionale vede responsabilità diffuse: a livello centrale, regionale e locale. La citata questione dei livelli essenziali delle pretazioni e dei servizi ritorna a più livelli e richiama un problema di responsabilità nella risposta al bisogno e di finanziamento delle attività, che non è ancora risolto e che porta al sovraccarico funzionale della Regione rispetto a responsabilità che sono (anche) di altri. Tuttavia, cosa significa governare una molteplicità di attori e farlo secondo logiche partecipative è ancora una sfida non pienamente risolta. Un confronto che si apre per la Regione è, infatti, quello dell'accompagnamento all'implementazione delle politiche sociali e delle linee di indirizzo regionali. È su questa strada che si gioca l'efficacia e l'efficienza delle policy: l'emanazione della legge di per sé non introduce cambiamento e innovazione nei territori. Riempire di un senso diverso il proprio essere "ente di governo" è il compito che attende la Regione nei prossimi anni perché possano essere accompagnati, e proprio secondo una logica sussidiaria, tutti i soggetti chiamati alla programmazione ed implementazione delle politiche anche (e soprattutto) quando non siano ancora maturi per realizzare tali compiti.

- Emblematica sempre in tema di governance la questione della rappresentanza delle organizzazioni di terzo settore del privato sociale di matrice familiare rispetto alle istituzioni. Il patrimonio dell'associazionismo familiare fatica nella contaminazione dei soggetti istituzionali e il protagonismo familiare diviene il protagonismo di associazioni e cooperative che producono buoni servizi, ma non divengono co-progettatori (e valutatori) delle policy realizzate. Questo aspetto richiama, contestualmente, una debolezza tipica del terzo settore in generale che non sembra ancora risolta: anche il terzo settore non appare sempre interessato ad alzare il livello della partecipazione al disegno delle politiche preferendo ritagliarsi ruoli più gestionali. Tale elemento interroga anche rispetto al ruolo dell'associazionismo familiare e alla sua differenziazione: ci sono organizzazioni che possono e vogliono ambire ad un ruolo di partenariato nel ridisegno delle politiche sociali ed una parte che forse invece è vocata (e vuole esserlo) alla realizzazione di servizi specifici su bisogni contingenti. Le realtà non sono in contrapposizione, ma dovrebbero forse rendersi complementari.
- Un altro tema trasversale tra le diverse politiche sociali per la famiglia è rappresentato dal legame tra sapere professionale e sapere esperienziale che ha re-interrogato la dimensione della professionalizzazione degli interventi. Le due competenze non sono in contrapposizione e nemmeno concorrenti, ma non vanno neppure confuse. L'esperienza della legge 23/1999 conferma questa ipotesi, cioè di circoscrivere le responsabilità specifiche: al gruppo di mamme in un condominio che voglia aprire

un asilo non si può chiedere, forse, di sedere ad un tavolo di programmazione delle politiche. E contestualmente occorre un impegno pubblico perché il lavoro di cura informale possa avere livelli di qualità elevati. La tendenza della Regione è stata quella di aiutare il desiderio/necessità di risposta in prima persona ad una certo bisogno sociale senza forzare le associazioni ed i loro membri. L'ipotetico gruppo di mamme può decidere, una volta esaurito il bisogno di accudimento dei bambini, di diventare una cosa diversa: intraprendere nel sociale trasformandosi in una cooperativa, svolgere una funzione di advocacy rafforzando gli organi associativi. Ma come promuovere il prezioso sapere di chi ha vissuto e conosciuto alcune esperienze e il supporto professionale formale resta una sfida aperta. Non a caso il giudizio degli esperti di politiche su questi temi sono diversificati soprattutto quando si intendano i saperi di cura come in conflitto. Sono modalità di prendersi cura diverse, la sfida, ancora una volta, è capire come fare coesistere l'informalità/formalità della cura e la qualità della stessa. Rappresentano saperi complementari, quelli dell'esperienza e quelli professionali, e solo un solido e reale lavoro di rete potrebbe a livello locale supportare una forma di reciprocità tra i due.

- Le politiche sussidiarie per la famiglia che la Regione ha inteso sviluppare hanno chiesto, come già detto, di ripensare al ruolo della famiglia: non solo bisognosa, non solo passiva, non solo un problema, ma anche risorsa proattiva e capace di affrontare le sfide che si trova a gestire. Culturalmente questo elemento è certamente positivo e nuovo. Tale attenzione richiede un contestuale impegno circa i processi effettivi di implementazione delle policy: rendere protagoniste le famiglie non deve significare il lasciarle sole di fronte ad una serie di problemi ed esigenze, ma proprio in una prospettiva sussidiaria (che è di supporto!) di renderle sempre più capaci di fronteggiare imprevisti e difficoltà aiutate da una rete effettiva e connessa di soggetti, attori, servizi, siano essi pubblici, privati e di terzo settore. Quando manca questa reticolarità diffusa l'agire delle famiglie sembra qualificarsi come quello di un consumatore, sovrano certo, ma molto solo, rispetto al quasi mercato dei servizi alla persona. La valorizzazione del "famigliare" si è tradotta, nell'individuazione di soluzioni sempre più familiari per i minori allontanati, nella realizzazione di servizi per la prima infanzia più vicini alla domus, alla casa e chi la abita (buoni, voucher, nidi famiglia). Ma si è registrato anche in modo diffuso una maggiore difficoltà nella scelta delle ozpioni disponibili, perché spesso queste opzioni non sono state offerte: come ad esempio nei servizi per la prima infanzia (sempre pochi rispetto alla domanda) ma anche nei servizi per i minori allontanati quando il mancato lavoro di supporto alle famiglie di origine non ha permesso di costruire percorsi che aiutano, o almeno ci provano, a mettere le persone nella condizione di scegliere un percorso di vita, senza introdurre il tema della scelta per le famgilie con un membro non autosufficiente al domicilio: il cammino verso la struttura residenziale appare più un piano inclinato che un percorso di cura scelto, progettato e ripensato *in itinere*.

- Infine resta trasversale il tema, complesso, della valutazione delle politiche e dei servizi e della sua sistematicità: policy più adeguate possono essere sviluppate o ripensate con elementi di conoscenza puntuali. I processi valutativi sono necessari per dimostrare la bontà delle proprie ipotesi, o al contrario per essere smentiti, per correggere il tiro o per scoprire, secondo processi di serendipity di cui il "sociale" è così pieno, elementi inattesi nella definizione dei problemi e nella ricerca di nuove soluzioni.
- È da augurarsi, infine, per il prossimo futuro un coraggioso passaggio concettuale ed empirico che sposti l'ammontare economico devoluto a favore delle famiglie e dei bambini "normali" e "fragili" da voci di "spesa" a voci di "investimento" in futuro e benessere.

19. **Le politiche e gli interventi di contrasto alla povertà** [1]

Daniela Mesini e Carla Dessi

19.1. Premessa

Quali sono gli interventi di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale realizzati in Lombardia nell'ultimo quinquennio? Gli indirizzi forniti dall'amministrazione regionale nei confronti delle marginalità si sono tradotti in un sistema organico e strutturato di interventi? Ma soprattutto, di quanti e quali poveri si è effettivamente occupata la Regione Lombardia nella passata legislatura?

Il presente capitolo si propone di analizzare, alla luce di una ricostruzione delle principali tipologie di *policy* attuate dalle Regioni italiane in materia di politiche di contrasto alla povertà, la posizione assunta dalla Regione Lombardia attraverso le azioni concretamente realizzate. Verranno poi proposte alcune stime circa la reale capacità di copertura del bisogno da parte di alcuni degli interventi analizzati.

Il percorso di analisi di seguito proposto utilizzerà come chiave di lettura i criteri valutativi che guidano i lavori pubblicati in questo testo, tematizzando in particolar modo il ruolo del Terzo Settore, specie per la sua funzione di soggetto gestore dei servizi, il sostegno alla famiglia, quale principale destinataria delle politiche di inclusione sociale agite in Regione, e l'equità orizzontale e verticale nei confronti dei (potenziali) beneficiari degli interventi di contrasto alla povertà.

L'analisi valutativa finale evidenzierà potenzialità e limiti degli interventi agiti, fornendo alcuni punti di attenzione orientati ad una presa in carico del bisogno più efficace e complessiva.

---

[1] Si ringraziano per l'estrema disponibilità dimostrata, per gli interessanti spunti di riflessione offerti nel corso delle interviste e per i materiali agevolati: Luca Pesenti (ORES), Roberta Bonini (Irer), Antonello Grimaldi e Giulia Borgomaneri (Regione Lombardia – DG Famiglia – Area Emarginazione). Un ringraziamento particolare Emanuele Ranci Ortigosa (Irs) per i puntuali suggerimenti e le osservazioni, sia in fase di elaborazione che di stesura finale del testo.

19.2. Le politiche di contrasto alla povertà nelle Regioni italiane: un tentativo di categorizzazione

Le politiche nazionali di contrasto alla povertà dell'ultimo quinquennio sono collocabili in un quadro di più generale contenimento della spesa pubblica e di ridisegno del sistema fiscale. Tra le iniziative più recenti di diretto o indiretto sostegno al reddito ricordiamo l'aumento degli assegni familiari, previsti dalla Finanziaria 2007, il *bonus* incapienti ([2]), *una tantum* sui redditi 2006, l'aumento della detrazione Ici sulla prima casa, imposta definitivamente abolita con la Finanziaria 2008, e, da ultimo, i *bonus* gas e per l'energia elettrica e la più nota *social card*, introdotta con decreto legge n. 112 del 2008 ([3]). Gli interventi appena ricordati di fatto si inseriscono nel più tradizionale panorama di dispositivi esistenti, di natura prevalentemente riparativo-assistenziale quali l'integrazione al minimo, l'assegno ordinario di invalidità, ma anche la pensione e l'assegno sociale, per lo più rivolti ad anziani e disabili, meglio se con una storia contributiva alle spalle.

Si tratta dunque, nel complesso, di una serie di misure passive di sostegno al reddito, frammentate, di natura categoriale, spesso di tipo emergenziale, caratterizzate da un netto e persistente sbilanciamento dei trasferimenti monetari sui servizi alla persona. L'assenza di una politica unitaria risulta aggravata dalla più recente crisi economica e finanziaria i cui effetti di aumento della disoccupazione e di acutizzazione di fenomeni di precarizzazione e di vulnerabilità sociale dovrebbero rendere anche più urgente l'adozione, da parte del sistema italiano, di una cornice organica di sostegno al reddito, integrata con politiche di attivazione. In assenza, dunque, di tale cornice e di indicazioni da parte del governo centrale circa il futuro di una misura nazionale di contrasto alla povertà, quasi tutte le Regioni si sono mosse variamente disciplinando la materia e finanziando specifici progetti ed interventi sul territorio.

Sulla base di recenti studi e ricognizioni ([4]) sul tema abbiamo provato a ripartire le principali misure adottate dalle Regioni in materia di lotta alla povertà ed esclusione sociale, in 3 differenti tipologie di *policy*.

([2]) Si tratta di un contributo economico di 150 euro destinato a soggetti passivi Irpef con un'imposta netta pari a zero nel 2006.

([3]) La *social card,* o 'carta acquisti' è una carta pre-pagata del valore di 40 euro mensili, utilizzabile per l'acquisto di prodotti alimentari, farmaceutici e parafarmaceutici, presso negozi convenzionati e per il pagamento delle utenze domestiche e destinata a cittadini poveri al di sopra dei 65 anni ed alle famiglie povere con bimbi piccoli, di età inferiore ai 3 anni.

([4]) Si fa qui riferimento, tra l'altro, a 2 indagini svolte dall'Istituto per la Ricerca Sociale (Irs) nel 2008:

– il lavoro di ricognizione delle leggi regionali, commissionato ad Irs dall'Isfol e confluito nel rapporto "*Il quadro normativo e i modelli di intervento delle Regioni per il contrasto alla povertà*" a cura di Ranci Ortigosa E. e Guglielmi S.;

– l'indagine svolta da IRS in preparazione del terzo seminario di WELFORUM (Forum dei dirigenti e funzionari delle Regioni e Province Autonome in materia di politiche e servizi sociali e socio-sanitari), che si è svolto a Bari il 27 e 28 novembre 2008.

1. misure rivolte alle marginalità estreme per lo più attraverso il sostegno finanziario di progetti del Terzo Settore;
2. misure che cercano di intervenire in maniera 'emergenziale' a sostegno di sopraggiunte temporanee difficoltà;
3. misure di sostegno al reddito familiare, seppur non necessariamente legate a programmi/percorsi di inserimento sociale o lavorativo.

Nel caso di bisogni sociali complessi, afferenti alle aree della marginalità sociale difficilmente intercettabili dai servizi sociali istituzionali, il ruolo del terzo risulta rilevante, sia nell'identificare tempestivamente le caratteristiche del fenomeno, sia nella progettazione, anche in collaborazione con le istituzioni pubbliche, di soluzioni vicine alle aspettative ed ai bisogni dei destinatari finali. Le misure realizzate dalle Regioni a sostegno delle organizzazioni del privato sociale si sono rivelate essenzialmente di due tipi: l'uno destinato al recupero ed alla distribuzione delle eccedenze alimentari, l'altro all'integrazione sociale di soggetti appartenenti alle fasce deboli, quali adulti in difficoltà, ma soprattutto senza fissa dimora, rom ed ex detenuti, sostenendo direttamente le organizzazioni non profit che gestiscono servizi di pronta accoglienza quali mense, dormitori, centri diurni.

La seconda e la terza tipologia di *policy* riguardano, invece, misure di diretto o indiretto sostegno al reddito, seppure di natura occasionale le prime e continuativa le seconde.

Per intervenire su temporanee difficoltà economiche delle famiglie (l'aumento dei carichi di cura per l'assistenza a familiari non autosufficienti, un sopravvenuto stato di disoccupazione, l'aumento delle spese per la casa, ecc.) alcune Regioni hanno realizzato interventi di tipo 'emergenziale'. La seconda tipologia di misure attivate dalle Regioni riguarda infatti interventi di finanza etica, di accesso al credito, di prestito sull'onore, contributi per la copertura di spese sanitarie, per l'affitto, per le utenze, erogate per lo più sottoforma di buoni o indennità *una tantum*.

Infine, la terza linea di *policy* individuata riguarda le misure di vero e proprio sostegno al reddito, alcune delle quali tradizionalmente previste dalle politiche sociali regionali. Tali misure riguardano essenzialmente interventi di tipo continuativo e possono prevedere o non prevedere la componente di attivazione del destinatario del contributo. Tra gli interventi di tipo più promozionale ed incentivante, seppure diversi per caratteristiche e per entità della spesa stanziata, si può considerare come significativo spartiacque l'esperienza del Reddito Minimo condotta a livello nazionale tra il 1999 ed il 2003. Le Regioni 'storiche' dal punto di vista dei trasferimenti monetari ai meno abbienti sono la Valle d'Aosta e le Province Autonome di Trento ([5]) e Bolzano, attive su queste tematiche a partire dai primi anni '90.

([5]) In aggiunta alle misure permanenti a favore delle fasce di popolazione più deboli e per affrontare la più recente crisi economica, a fine 2009, la Provincia Autonoma di Trento ha introdotto il Reddito Minimo di Garanzia, con uno stanziamento di 18 milioni di euro.

Dopo la sperimentazione del RMI diverse altre Regioni si sono attivate con l'introduzione di misure di contrasto alla povertà che abbinassero i contributi economici a programmi di inserimento sociale e/o lavorativo. Antesignana di questo gruppo è sicuramente la Regione Campania che, con la l.r. 2/2004, ha introdotto il Reddito di Cittadinanza, prorogato per cinque anni consecutivi e quasi giunto al suo epilogo per mancanza di risorse. La Basilicata, l'anno successivo ha dato il via al Programma di Promozione della Cittadinanza Solidale, ancora in corso grazie a finanziamenti FESR, mentre più circoscritta e sfortunata l'esperienza della Regione Friuli-Venezia Giulia ([6]). Da ultimo, il Consiglio Regionale della Regione Lazio ha approvato, nel marzo del 2009, l'istituzione del Reddito Minimo Garantito rivolto a disoccupati, inoccupati e precari con un reddito personale imponibile inferiore ai 7.500 euro annui. Molto più circoscritte a livello territoriale, seppur comunque assimilabili all'esperienza nazionale, sono state le vicende veneta e siciliana. Il Veneto ha finanziato il proseguo della sperimentazione nazionale del RMI al Comune di Rovigo, mentre nel 2006 la Regione Sicilia ha finanziato i cosiddetti 'cantieri scuola-lavoro', cioè il sostegno economico di lavori socialmente utili destinati agli ex-beneficiari del RMI nazionale.

Infine, negli anni più recenti, alcune altre Regioni hanno finanziato misure passive di sostegno ai redditi dei meno abbienti, per lo più sottoforma di 'minimo vitale'.

Quanto appena tratteggiato evidenzia, all'interno di una cornice nazionale frammentata e carente, la progressiva presa di coscienza delle Regioni nei confronti dell'importanza dell'attivazione di politiche mirate. Tuttavia, gli interventi ad oggi realizzati si caratterizzano per un'estrema eterogeneità, per tipologia, per destinatari a cui si rivolgono, per entità degli stanziamenti, e per una forte polarizzazione tra un'assistenza economica *tout court*, decisamente prevalente, e percorsi di inserimento sociale e lavorativo di categorie molto marginali. In effetti, sono ancora poche le Regioni che hanno attivato con successo delle politiche organiche ed 'integrate' sul territorio.

Eppure, nell'ambito delle politiche e degli interventi di lotta alla povertà ed esclusione sociale il ruolo delle Regioni, anche in virtù della spinta data dalla l. 328/2000 e dalla riforma del Titolo V in un'ottica di valorizzazione della sussidiarietà verticale ed orizzontale, appare prioritario, specie nella definizione e programmazione degli interventi. Vero è che tale responsabilità di 'governo' della materia di fatto sconta, oltre che l'assenza di un quadro regolativo nazionale, la centralizzazione delle risorse da parte dello Stato, a scapito di una progressiva e sempre maggiore diminuzione dei finanziamenti agli Ambiti territoriali che tali interventi sono chiamati a realizzare.

([6]) Il Reddito di Base per la Cittadinanza, introdotto in fase sperimentale con la legge regionale n. 6/2006, con uno stanziamento di 22 milioni di euro, è stato abrogato, a meno di un anno dall'avvio effettivo della misura, dopo solo la fase di 'collaudo', e sostituito con il "Fondo per il contrasto ai fenomeni di povertà e disagio sociale", caratterizzato da uno impegno di spesa per la Regione decisamente più limitato (4 milioni per il 2008).

Tabella 19.1 - Quadro sinottico delle principali linee di policy regionali di contrasto alla povertà

Misure	Principali contenuti	Regioni e normativa di riferimento
Misure rivolte alle marginalità estreme attraverso il finanziamento di progetti del Terzo Settore	Inserimento sociale e lavorativo di soggetti svantaggiati e potenziamento dei servizi per i senza fissa dimora	Abruzzo, Emilia-Romagna, **Lombardia**, Piemonte, Umbria, Sardegna, Valle D'Aosta, Veneto, Provincia di Trento, Provincia di Bolzano, Toscana, Molise…
	Recupero e distribuzione eccedenze alimentari	**Lombardia** (l.r. 25/2006); Emilia-Romagna (l.r. 12/2007); Sicilia (Decreto Assessorile 2.7.2004)
Misure di sostegno al reddito di tipo occasionale ed 'emergenziale'	Interventi di finanza etica, di accesso al credito, prestiti sull'onore, contributi per disoccupati, copertura spese sanitarie, per l'affitto e per le utenze	Calabria, Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, **Lombardia**, Piemonte, Puglia, Valle d'Aosta…
Misure di sostegno al reddito di tipo continuativo	Misure 'attive' di sostegno al reddito pre RMI	Valle d'Aosta (l.r. n. 19/1994 e successive modifiche); Provincia Autonoma di Bolzano (l.p. 13/1991 e successive modifiche); Provincia Autonoma di Trento (l.p. 14/1991 e successive modifiche)
	Misure 'attive' di sostegno al reddito post RMI	Basilicata (Programma di promozione della Cittadinanza Solidale - l.r. n. 3/2005); Campania (Reddito di Cittadinanza - l.r. n. 2/2004); Friuli-Venezia Giulia (Reddito di Base per la Cittadinanza - l.r. 6/2006, art. 59; F.do per il contrasto ai fenomeni di povertà e disagio sociale - l.r. 9/2008, art. 9); Lazio (Reddito Minimo garantito – l.r. 4/2009); Sicilia (Cantieri Servizi - l.r. n. 5/2005); Veneto (Reddito di Ultima Istanza - DGR 1294/2004, DGR 2643/2007.
	Misure 'passive' di sostegno al reddito post RMI	Calabria ('minimovitale' - l.r. 1/2004); Molise ('minimo vitale' - l.r. 1/2000); Sardegna (contributi economici continuativi per famiglie numerose e povertà estreme l.r. 3/2008)…

19.3. Le politiche e gli interventi contro la povertà in Regione Lombardia: welfare riparativo o promozionale?

Nel corso dell'VIII legislatura la Regione Lombardia ha realizzato dei significativi passi avanti in termini di aumento della comprensione e della conoscenza sul fenomeno della povertà, delle sue caratteristiche e delle sue dinamiche, attraverso la costituzione nel 2007 dell'Osservatorio ORES ([7]) (Osservatorio Regionale sull'Esclu-

([7]) Costituito attraverso apposita delibera di Giunta il 26 settembre del 2007 è affidato al coordinamento della Fondazione ESAE.

sione Sociale) e la ricerca realizzata dall'Irer sulla "Mappatura dei servizi socio-assistenziali rivolti a contrastare la povertà estrema e le nuove forme di povertà nonché le condizioni di fragilità degli anziani" ([8]).

La maggiore disponibilità di dati e di risorse informative sul tema potrà consentire nel tempo una più organica progettazione e realizzazione di politiche ed interventi di lotta alla povertà, che allo stato attuale risultano ancora piuttosto frammentati e dispersi all'interno di diversi settori del *welfare* regionale e, come abbiamo già avuto modo di accennare, essenzialmente rivolti alle povertà estreme o a 'tamponare' situazioni di temporanea vulnerabilità sociale.

Rispetto, infatti, alle 3 linee di *policy* attivate dalle Regioni analizzate nel paragrafo precedente, la Lombardia si colloca anche normativamente tra quelle attive sul fronte delle misure rivolte alle marginalità estreme, attraverso il finanziamento delle organizzazioni non profit, e tra le Regioni che realizzano interventi di sostegno al reddito di tipo 'emergenziale' e non continuativo.

La particolare attenzione della Regione Lombardia, come del resto del Governo ([9]), nei confronti della povertà assoluta, e della povertà materiale più nello specifico, se da una parte si traduce in una sottostima dei potenziali poveri da assistere, dall'altra sembra portare ad una sorta di indiretta 'legittimazione' di un ruolo più residuale delle politiche di contrasto, spesso delegando la loro attuazione alla beneficenza privata. Ne è una dimostrazione anche la stessa organizzazione del sistema di *welfare* regionale all'interno del quale non esiste un'area con competenze specifiche sul tema povertà, al di là dell'area Emarginazione, in cui confluiscono appunto specifici interventi rivolti a persone in situazione di marginalità estrema quali ex detenuti, senza fissa dimora, donne vittime della tratta. La titolarità dei pochi altri interventi, essenzialmente di tipo 'riparativo' risulta, invece, frammentata tra la Direzione Generale Famiglia, la DG Casa e la DG Istruzione Formazione e Lavoro. Tale sistema di *governance*, e dunque di offerta delle prestazioni finalizzate al contrasto alla povertà, comporta di fatto la scopertura di una zona grigia di disuguaglianza sociale ([10]), forse meglio evidenziata da una definizione di povertà relativa, peraltro particolarmente diffusa nel nostro paese, e costituita da famiglie che, seppure non in una situazione di deprivazione estrema, di fatto, necessiterebbero comunque di mi-

---

([8]) Tra i principali risultati di questa azione di ricerca realizzata da Irer va riconosciuto quello di aver contribuito ad arricchire il quadro conoscitivo delle diverse tipologie di servizi presenti sul territorio regionale, quali, ad esempio, servizi di pronta accoglienza, contributi economici, servizi di distribuzione di beni primari, servizi di sostegno all'emergenza abitativa, ecc.

([9]) Si pensi a questo proposito al Libro Bianco di Sacconi 'La vita buona nella società attiva', approvato dal Consiglio dei Ministri il 6 maggio 2009 e all'enfasi data alla povertà assoluta nei confronti della quale si auspica *che i diversi approcci culturali, da quello compassionevole a quello strutturale, convergano verso soluzioni pragmatiche (…) con il solo scopo di raggiungere risultati tangibili …*

([10]) Per un approfondimento dei concetti di povertà e disuguaglianza e delle differenti modalità di misurazione si rimanda, tra gli altri a Brandolini A., Saraceno C. (a cura di), *Povertà e benessere. Una geografia delle disuguaglianza in Italia*, Il Mulino, 2007.

sure 'attive' di sostegno al reddito finalizzate a rimuovere le 'cause' dello stato di deprivazione e non soltanto a curarne i 'sintomi'.

Abbiamo provato a sistematizzare gli interventi di lotta alla povertà realizzati in Regione nell'ultimo quinquennio, sulla base della categorizzazione delle linee di *policy* regionali, proposta nel paragrafo precedente. Il risultato, seppure molto più articolato in funzione degli specifici interventi realizzati in Regione, riconduce la situazione lombarda in due ambiti principali, che di fatto rappresentano le prime due tipologie di interventi di contrasto realizzati dalle Regioni italiane:

1. **sostegno alle marginalità estreme**, per lo più **attraverso il finanziamento di progetti del Terzo Settore**, attraverso:
   a. promozione dell'accoglienza e del reinserimento di soggetti in situazione di povertà estrema;
   b. promozione delle attività di recupero delle eccedenze alimentari;
   c. *housing* sociale;
2. **sostegno al reddito di tipo occasionale ed 'emergenziale' attraverso:**
   a. sostegno economico ai bisogni di cura e conciliazione delle famiglie povere (buoni e *voucher* sociali, buoni famiglia);
   b. sostegno economico ai bisogni di istruzione delle famiglie povere (dote scuola).

19.3.1. *Il sostegno alle marginalità estreme*

Gli interventi di sostegno alle marginalità estreme riguardano le azioni realizzate dalla Regione a sostegno dei bisogni primari dei soggetti in condizioni di particolare criticità e cronicità.

Per quanto riguarda la promozione dell'accoglienza e del reinserimento di soggetti in situazione di povertà estrema la Regione Lombardia, a partire dal 2006, ha finanziato, attraverso gli Ambiti territoriali e le organizzazioni non profit, diversi interventi rivolti a detenuti, ex detenuti, tossicodipendenti, senza fissa dimora ed adulti in difficoltà per un ammontare complessivo di oltre 3 milioni di euro nel triennio.

Si tratta di interventi di riduzione del danno, di ospitalità notturna e diurna, di assistenza sanitaria e farmaceutica, assistenza sociale, accoglienza abitativa, ascolto e di inserimento sociale e lavorativo.

Tra questi si segnalano, oltre ai progetti ex articolo 28 della legge 328/2000 ([11]), alcuni progetti sperimentali quali:

([11]) Si fa qui riferimento a progetti realizzati da organizzazioni del privato sociale ed aventi come oggetto interventi di accoglienza, recupero, supporto e reinserimento sociale rivolti a persone senza fissa dimora ed in stato di grave emarginazione, finanziati attraverso la ripartizione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali per l'attuazione degli interventi previsti dalle leggi di settore, tra cui rientra anche l'art. 8 della legge 328/2000.

– la *"Sperimentazione sportelli in rete: sostegno e accompagnamento agli adulti in difficoltà"*: si tratta di un progetto di sostegno ed accompagnamento educativo ad adulti con difficoltà sociali ed occupazionali, co-finanziato da Fondazione Cariplo, e realizzato nei territori del bresciano e del milanese e che ha raggiunto complessivamente oltre 2.800 persone;

– il *"Progetto In & Out"*: si tratta di un'iniziativa pluriennale realizzata dalla Cooperativa Casa del Giovane di Pavia e sostenuta dalla Regione Lombardia con un contributo di € 158.000 per il 2008 ed avente come obiettivo la realizzazione di interventi di accompagnamento socio-sanitario e sociale per soggetti con grave disagio psichico, sociale o di dipendenza.

Il sostegno alle marginalità estreme si sostanzia in Lombardia anche attraverso specifici interventi rivolti alla povertà materiale, ossia a colmare la carenza o assenza di beni materiali quali casa, cibo e vestiti.

Relativamente al recupero ed alla distribuzione delle eccedenze alimentari, con la legge regionale 25/2006 la Regione Lombardia ha varato un programma sperimentale, prevedendo uno stanziamento di 2,1 milioni di euro per il triennio 2007-2009, nell'ambito della convenzione con il Banco alimentare Onlus. Tra le iniziative attivatesi si segnala la convenzione quadro tra Regione Lombardia e quattro tra le principali aziende leader nella grande distribuzione organizzata e la Fondazione Banco alimentare Onlus per il progetto *"Prodotto fresco"* per il ritiro e la distribuzione delle eccedenze alimentari (prodotti freschi e secchi), in ottica solidale e di tutela dell'ambiente. Gli ultimi dati disponibili diffusi dalla Fondazione per la sussidiarietà ([12]) mettono in evidenza come in Regione Lombardia il numero medio annuo di assistiti sia progressivamente aumentato, attestandosi su oltre 130.000 persone per il 2009 ([13]).

Box 1 - L'Associazione Banco Alimentare di Lombardia

L'Associazione Banco Alimentare della Lombardia "Danilo Fossati", istituita nel 1989, fa parte della "rete Banco Alimentare" che è oggi composta da 20 Associazioni, sparse in tutta Italia, e dalla Fondazione Banco Alimentare di Milano, che ne guida e coordina le attività.
L'operatività del Banco si sostanzia delle seguenti attività:
– raccolta giornaliera di prodotti alimentari segnalati e messi a disposizione dai vari operatori del settore agro-alimentare (Industrie, Grande Distribuzione Organizzata, Piattaforme Logistiche, Mercati Generali...) e relativo stoccaggio;
– presa in carico e gestione delle eccedenze agricole, trasformate in prodotti finiti a marchio "Aiuto CEE", che l'Unione europea mette annualmente a disposizione degli indigenti (tramite l'apposita Agenzia A.G.E.A.) e delle eccedenze ortofrutticole messe a disposizione dal Ministero delle Politiche Agricole e Forestali;

(*segue*)

([12]) Cfr. http://www.sussidiarieta.net.

([13]) Per un approfondimento sulla povertà alimentare in Italia e sugli interventi volti a combatterla si rimanda al testo di Campiglio L., Rovati G. (a cura di) (2009), *La povertà alimentare in Italia. Prima indagine quantitativa e qualitativa*, Guerini e associati, Milano, 2009.

– recupero quotidiano di prodotti in eccedenza dalla Ristorazione Collettiva (mense aziendali e scolastiche) e la ridistribuzione immediata agli Enti Convenzionati che possano servire i prodotti nelle loro mense nell'arco temporale di 12/24 ore al massimo.
– organizzazione della "Giornata della Colletta Alimentare" che da 13 anni in tutta Italia coinvolge nell'ultimo sabato di novembre un numero sempre crescente di Supermercati e di donatori privati di prodotti alimentari.

Tutti i prodotti, una volta presi in carico, vengono controllati e selezionati nell'assoluto rispetto delle norme di conservazione e stoccaggio (sistema HACCP) e sono poi distribuiti agli enti caritativi convenzionati che, ad intervalli regolari e prestabiliti di consegna, si presentano al magazzino di Muggiò per il ritiro. Tale magazzino, inaugurato ad inizio 2009, ha consentito il passaggio da 28 carichi al giorno ad oltre 40, arrivando a raddoppiare l'aumento medio percentuale annuo degli Enti beneficiari, oltre che a ridurre i tempi tra successivi rifornimenti.

La convenzione tra enti e Banco Alimentare prevede l'impegno, da parte dei primi, ad utilizzare i prodotti ricevuti esclusivamente a favore di persone bisognose e la disponibilità a visite da parte di responsabili del Banco Alimentare, volti a verificare innanzitutto l'effettiva attività di assistenza svolta, la gestione trasparente delle quantità ricevute e delle scorte, e il rispetto delle norme igienico sanitarie nel trattamento degli alimenti.

Nel 2009 sono stati 1.173, pari al 13,5% degli enti distribuiti sul territorio nazionale, gli enti assistenziali e caritativi lombardi che hanno ricevuto mensilmente e gratuitamente, dietro stipula di una convenzione, i prodotto alimentari dal Banco Alimentare. Si tratta di associazioni quali Caritas, San Vincenzo, Banchi di Solidarietà, ma anche centri di accoglienza, case di riposo, cooperative sociali, comunità e mense per i poveri.

Sempre nel 2009 sono state raccolte in Lombardia 11.700 tonnellate di prodotti, corrispondenti ad un incremento del 28% rispetto al 2008, e sono state assistite oltre 132.000 persone che hanno potuto ottenere prodotti alimentari per una media di 89 Kg annui pro-capite (per un valore convenzionale stimato di circa 250 euro, sempre pro-capite).

Infine, per quanto concerne il sostegno all'esigenza abitativa dei soggetti in condizione di fragilità estrema la Regione Lombardia ha previsto vari interventi, tra i quali:

– la realizzazione del progetto pilota *"Housing sociale per le famiglie con difficoltà abitative"*: si tratta di un progetto realizzato dal Comune di Vigevano attraverso la concessione di 7 alloggi per favorire l'inserimento abitativo di cittadini in condizioni di povertà estrema. Il progetto è stato co-finanziato da Fondazione Cariplo con un contributo di 258 mila euro.

– la realizzazione ed il potenziamento di *Villaggi Solidali*: nell'ambito del Programma Regionale di Edilizia Residenziale Pubblica ed in collaborazione con la Direzione Casa ed Opere Pubbliche, sono stati finanziati 5 interventi per l'inclusione sociale nei Comuni di Casalmaggiore (CR), Cologno Monzese (MI), Lecco, Milano e Pavia con il contributo di 5 milioni di euro;

– la realizzazione di abitazioni a canone sociale e canone moderato: si tratta di unità abitative realizzate nell'ambito degli Accordi Quadro di Sviluppo Territoriale (AQST) sulla base di proposte di intervento che Comuni e ALER fanno pervenire alla Regione; nel triennio 2007/2009 sono stati co-finanziati dalla Regione oltre 1.800 alloggi a canone sociale, cioè destinati ai meno abbienti, cioè con Isee inferiore a 14.000 euro.

19.3.2. *Il sostegno economico 'una tantum' ai bisogni di cura, conciliazione ed istruzione delle famiglie povere*

Oltre agli interventi di supporto alle marginalità estreme, la Regione Lombardia nell'ultimo quinquennio ha realizzato una serie di interventi, essenzialmente contributi economici 'una tantum', a sostegno delle famiglie in difficoltà, in particolar modo le famiglie numerose, identificate come la categoria a più forte rischio di vulnerabilità sociale. Tali interventi si inseriscono all'interno della più generale scia di riforme avviate con la legge 23/1999, di valorizzazione e riconoscimento del ruolo della famiglia e proseguite, anche nell'VIII legislatura, con la sperimentazione di misure per agevolare la conciliazione tra esigenze familiari e lavorative e l'erogazione di contributi finalizzati a sostenere i bisogni di cura o abitativi delle famiglie: si pensi ai titoli sociali, al prestito sull'onore ([14]), al contributo per l'acquisto della prima casa o al Fondo Sostegno Affitto (FSA). Nelle pagine che seguono proponiamo una disamina dei principali interventi a sostegno dei bisogni di cura, di conciliazione ed istruzione rivolti alle famiglie più a rischio di esclusione sociale, cioè con soglia economica/reddituale di accesso non superiore ai 15.000 euro Isee, ritenendo le altre misure, seppure sottoposte al 'test dei mezzi', aventi finalità più generali rispetto ad un diretto sostegno al reddito e comunque destinate ad un ceto familiare 'medio', non così economicamente fragile.

La Regione Lombardia a partire dal 2005 ha fortemente orientato gli Ambiti distrettuali all'adozione dei titoli sociali ([15]). In particolare, nel corso del triennio 2006-2008, sono stati 91 (su 98) gli Ambiti che hanno inserito in via sperimentale nella propria programmazione zonale l'attivazione di buoni sociali ed 85 gli Ambiti che hanno promosso l'adozione di *voucher* a sostegno delle famiglie. Peraltro, con la Dgr. n. VIII/8243 del 22 ottobre del 2008, la Regione ha ulteriormente incentivato l'adozione di questi strumenti prevedendo lo stanziamento di risorse aggiuntive.

I dati del monitoraggio dei Piani di Zona consentono di ricostruire il trend del ricorso ai titoli sociali per area di intervento e per tipologia di utilizzo, relativamente al triennio 2006/2008. Innanzitutto, l'area di bisogno che ha maggiormente goduto dei buoni sociali è stata quella degli anziani, che ha visto concentrato il 47% dei fruitori del 2008, seguita dall'area famiglia e minori, con il 23%, e dall'area disabili (13%); l'area po-

---

([14]) In Lombardia il prestito sull'onore, introdotto con la legge regionale 23/1999 e successive modificazioni (Dgr n. VII/6998 del 23.11.2001 e n. VIII/3519 del 15.11.2006) è stato pensato come forma di prioritario sostegno alla famiglia e alle responsabilità genitoriali per far fronte a particolari eventi, quali l'aumento dei carichi familiari, la perdita del lavoro, l'aumento dei costi per l'educazione dei figli delle famiglie numerose; il riferimento al contrasto all'esclusione sociale è di fatto sfumato nell'impianto normativo di tale misura. Per il suddetto motivo ed in considerazione dell'entità della soglia di accesso (reddito complessivo del nucleo familiare del richiedente non superiore a euro 41.316,55 per una coppia di 2 persone), equiparabile ad un valore ISR di circa 20.000, si è deciso di non considerare il prestito sull'onore come contributo specificatamente rivolto a combattere la povertà.

([15]) Per una loro definizione si richiama la Circolare n. 7 del 29 aprile 2002 della Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale, mentre per un approfondimento sul tema si rimanda a Pasquinelli S. (a cura di) (2006), *Buoni e voucher sociali in Lombardia*, Franco Angeli, Milano.

vertà, emarginazione e dipendenze, che rappresenta più precisamente l'oggetto della nostra analisi, si attesta su un'incidenza ricompresa tra il 9% ed il 10% dei fruitori complessivi per ciascuno dei tre anni considerati. Più contenuti, anche in considerazione della natura stessa della misura, per lo più connessa all'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare, i fruitori dei *voucher* sociali dell'area emarginazione, ricompresi tra il 3% e poco più del 4,5% degli utenti del triennio. Per quanto riguarda la destinazione prevalente dei buoni sociali complessivamente erogati nel corso del 2008 è interessante rilevare come il 41% sia stato finalizzato alla copertura delle spese dei *caregiver* familiari, mentre il 22,1% dei buoni erogati rispondeva ad uno specifico bisogno di sostegno al reddito; inoltre, come si evince dalla successiva tabella 2, la destinazione di sostegno al reddito, seppure concentrata per oltre l'83% nell'area emarginazione e dipendenze, di fatto risulta 'spalmata' anche sulle altre aree di intervento quali immigrazione (per il 54,6%) e famiglia e minori (per il 46,6%), a dimostrazione di un utilizzo del buono a parziale copertura di redditi insufficienti anche da parte di fruitori non specificatamente rientranti nella categoria 'emarginazione'. Peraltro tale considerazione risulta anche riconfermata dal fatto che i buoni sociali sono misure *means tested* con una soglia di accesso Isee variabile tra gli Ambiti, ma comunque piuttosto contenuta, e con un valore mediano ricompreso tra gli 8.750 euro dell'area emarginazione, povertà e dipendenze e gli 11.000 euro dell'area disabili.

Contenuto, seppure caratterizzato da un'elevata varianza tra i Comuni, risulterebbe anche l'entità del contributo erogato. In provincia di Milano, ad esempio, a fronte di una erogazione media di 874 euro annui, il buono risulterebbe ricompreso tra un minimo di 300 ed un massimo 1.500 euro per utente all'anno (Sabatinelli, Paquinelli, 2010).

Tabella 19.2 - Fruitori titoli sociali per l'area emarginazione - Serie storica anni 2006-2008

	2006	**2007**	**2008**
Fruitori voucher sociali *area emarginazione*	184	443	421
TOTALE fruitori voucher sociali *% fruitori area emarginazione*	5.933 *3,10%*	9.434 *4,69%*	10.877 *3,87%*
Fruitori buoni sociali *area emarginazione*	1.944	2.008	2.206
TOTALE fruitori buoni sociali *% fruitori area emarginazione*	19.401 *10,02%*	22.178 *9,05%*	22.755 *9,69%*

Tabella 19.3 - Buoni sociali di sostegno al reddito per area di intervento - Anno 2008

	Anziani	**Disabili**	**Minori e famiglia**	**Salute Mentale**	**Emarginazione, povertà e dipendenze**	**Immigrazione**	**Totale**
Buoni sociali di sostegno al reddito	4.867	1.405	10.807	546	9.462	630	**27.717**
TOTALE buoni sociali erogati	74.478	13.681	23.204	1.433	11.369	1.153	**125.318**
% buoni sostegno al reddito sul totale	*6,5%*	*10,3%*	*46,6%*	*38,1%*	*83,2%*	*54,6%*	***22,1%***

Ad integrazione del quadro fin qui tratteggiato va anche dedicato uno spazio al"*Buono famiglia*", misura straordinaria introdotta nel 2009 e confermata anche per l'anno 2010, peraltro a ridosso della tornata elettorale, sebbene con una accezione più specifica rispetto al target di riferimento ma più estesa rispetto alla soglia economica di accesso ([16]). Con la Dgr. numero 8881 del 20 gennaio 2009 la Regione Lombardia è voluta intervenire, in concomitanza con la sfavorevole congiuntura economica, a sostegno delle famiglie in una situazione economica debole, introducendo per le famiglie numerose e con un Indicatore della Situazione di Reddito (ISR) inferiore o uguale a 10.000 euro, l'opportunità di usufruire di un contributo *"una tantum"* di 1.500 euro destinato a sostenere il generico 'impegno di cura' delle famiglie. Destinatari della misura sono state le famiglie con almeno tre figli minorenni, di cui almeno uno in età inferiore ai 6 anni. Per il 2009 sono stati stanziati 23 milioni di euro e raggiunte 15.333 famiglie, di cui 7.594 straniere.

Infine, appare opportuno fare un piccolo accenno al sistema delle Doti. Introdotto in Regione Lombardia a fine 2009 dalla DG Istruzione Formazione e Lavoro, esso comprende al suo interno diversi tipi di contributi pensati per accompagnare i cittadini lombardi nei momenti più importanti del proprio percorso scolastico, formativo e lavorativo. Di fatto, tali interventi non rappresentano delle misure di contrasto alla povertà ed esclusione sociale, essendo rivolti, ad un ceto 'medio' e prioritariamente finalizzati a sostenere servizi educativi, di formazione professionale e di inserimento lavorativo messi a disposizione da una rete di operatori accreditata dalla Regione. Pur tuttavia, tra di essi occorre segnalare, nell'ambito della Dote Scuola ([17]), il particolare contributo di sostegno al reddito destinato a famiglie con Isee inferiore a 15.458 euro, il quale può essere considerato a tutti gli effetti un emolumento destinato ai nuclei familiari meno abbienti con figli frequentanti scuole elementari, medie e superiori o di formazione professionale. Questa dote sostituisce ed assomma i contributi per i libri di testo, gli assegni di studio e le borse di studio già previste in precedenza e varia dai 120 euro annui per le elementari, ai 220 per le medie inferiori, 320 euro per le superiori, e 160 euro per l'IFP regionale.

Di seguito si presenta un quadro sinottico riassuntivo dei principali interventi realizzati in Lombardia a sostegno della povertà ed esclusione sociale.

([16]) Il Buono famiglia 2010, misura anch'essa di carattere prettamente 'emergenziale', è stato in prima battuta destinato alle famiglie lombarde con capo famiglia disoccupato, in cassa integrazione o in mobilità, con almeno un figlio minorenne e con un ISR inferiore o uguale a 22.000 euro; il contributo, di 1.300 euro e sempre *"una tantum"* è stato poi vincolato al pagamento della retta di un familiare, anziano o disabile, ricoverato presso una struttura residenziale della Regione Lombardia. In considerazione dello scarso numero di richieste pervenute i criteri di accesso sono stati successivamente estesi anche alle famiglie con figli maggiorenni o senza figli. Tuttavia, nonostante l'estensione della platea dei potenziali beneficiari ed anche il posticipo dei termini di presentazione delle domande pare che gran parte dei 17 milioni di euro stanziati per questa misura, peraltro direttamente mutuati da risorse originariamente destinate agli Ambiti, non siano di fatto stati spesi.

([17]) La Dote Scuola contempera una serie di contributi, variabili per entità in funzione della tipologia di scuola e della situazione economica del soggetto richiedente, a sostegno della libertà di scelta delle famiglie di far frequentare ai propri figli scuole paritarie presenti in Regione.

Tabella 19.4 - Quadro sinottico dei principali interventi di contrasto alla povertà realizzati in Regione Lombardia

Intervento	Riferimenti Normativi	Principali Finalizzazioni	Destinatari	Requisiti di accesso	Contributo Erogato	Risorse Stanziate
1. SOSTEGNO ALLE MARGINALITÀ ESTREME						
1.1 Promozione dell'accoglienza e del reinserimento di soggetti in situazione di povertà estrema						
Si tratta di progetti ex articolo 28 della legge 328/2000 e di progetti sperimentali						
1.2 Promozione attività di recupero e distribuzione delle eccedenze alimentari						
Sperimentazione Banco Alimentare	■ l.r. 25/2006	promozione recupero e distribuzione di prodotti alimentari ed eccedenze agricole per il sostegno delle famiglie e delle persone in grave marginalità	utenti degli enti caritativi lombardi convenzionati con il Banco Alimentare e che gestiscono mense per poveri, case d'accoglienza, centri di recupero, ecc.	Nessun vincolo	generi alimentari *(nel 2009 sono state complessivamente raccolte e redistribuite 11.700 tonnellate di cibo, pari ad una media di 53 tonnellate al giorno)*	€ 2,1 milioni nel triennio 2007/'09
3.3 Sostegno all'esigenza abitativa						
Case in locazione a canone sociale	l.r. 27/2007	Realizzazione di alloggi da destinare in locazione ad un canone di affitto definito "sociale"	Cittadini con grave disagio economico	■ Residenza in Regione Lombardia o svolgimento attività lavorativa da almeno 5 anni ■ Situazione economica non superiore < = € 14.000 Isee/Erp ■ requisiti soggettivi previsti dall'art. 8 del regolamento regionale n. 1 del 2004.	Per il triennio 2007 – 2009 Regione Lombardia ha previsto lo stanziamento di risorse per la realizzazione di circa 1.825 abitazioni a canone sociale.	
2. SOSTEGNO ECONOMICO *UNA TANTUM*						
2.1 Sostegno ai bisogni di cura e conciliazione						
Buono famiglia 2009	■ Dgr n. 8881 del 20 gennaio 2009 ■ Dgr n. 9546 del 3 giugno 2009 *(per stanziamento ulteriori finanziamenti)*	Contributo a sostegno dell''impegno di cura'	Famiglie in situazione di disagio economico con almeno 3 figli minori di cui almeno uno di età inferiore ai 6 anni	■ Residenza in Regione Lombardia ■ Situazione economica < = € 10.000 ISR ■ scrizione anagrafe se cittadini italiani; carta o permesso di soggiorno a lungo termine se stranieri	€ 500 al quadrimestre fino ad un ammontare complessivo annuo di € 1.500	€ 23 milioni

(*segue*)

Intervento	Riferimenti Normativi	Principali Finalizzazioni	Destinatari	Requisiti di accesso	Contributo Erogato	Risorse Stanziate
Buono sociale per l'area emarginazione	l. 328/2000 Dgr 7069 del 23 novembre 2001 Circolare n. 7 del 29 aprile 2002 della DG Famiglia Dgr 8243 del 22 ottobre 2008	Contributo economico per il sostegno dell'impegno di cura a domicilio	Persone fragili principalmente anziani, disabili ma anche minori emarginati	Requisiti definiti in autonomia dai Comuni associati all'interno del Pdz. In generale: ■ Situazione economica mediana [18] < = € 8.750 Isee ■ certificazione di invalidità ■ presenza di condizioni di fragilità	Ammontare del contributo definito in autonomia dai Comuni associati all'interno del Pdz	n. d.
***Voucher* sociale per l'area emarginazione**	l. 328/2000 Dgr 7069 del 23 novembre 2001 Circolare n. 7 del 29 aprile 2002 DG Famiglia Dgr 8243 del 22 ottobre 2008	Titolo per l'acquisto di prestazioni di assistenza sociale presso soggetti pubblici e privati accreditati	Persone fragili principalmente anziani, disabili ma anche minori emarginati	Requisiti definiti in autonomia dai Comuni associati all'interno del Pdz. In generale: ■ Situazione economica mediana [19] < = € 11.100 Isee ■ certificazione di invalidità ■ presenza di condizioni di fragilità	Ammontare del contributo definito in autonomia dai Comuni associati all'interno del Piano di Zona	n. d.
2.2 SOSTEGNO AI BISOGNI DI ISTRUZIONE DELLE FAMIGLIE POVERE						
Dote Scuola – Sostegno Reddito	–	contributi economici a parziale copertura spese di frequenza, acquisto libri di testo, ecc. dei giovani lombardi	famiglie povere con figli iscritti alle scuole statali, paritarie (elementari, medie o superiori)	■ residenza in RL; ■ reddito Isee < = € 15.458	■ € 1.050 max per buono scuola ■ € 1.000 max per integrazione ■ € 320 max per libri di testo ■ € 160 max per IFP	€ 196 milioni (complessivamente destinati alla Dote Scuola)

(18) Stima Irer sui dati di monitoraggio dei Piani di Zona (consuntivo 2007), con riferimento ai fruitori dell'area 'emarginazione, povertà e dipendenze'.

(19) Stima Irer sui dati di monitoraggio dei Piani di Zona (consuntivo 2007), con riferimento ai fruitori dell'area 'emarginazione, povertà e dipendenze'.

19.4. Il fenomeno della povertà in Regione Lombardia

19.4.1. *Le fonti ufficiali*

L'ultima pubblicazione diffusa dall'Istat relativamente alla ricostruzione percettiva delle condizioni di vita e distribuzione del reddito in Italia ([20]) mette in evidenza come nel 2008 in Regione Lombardia si registri una crescita, rispetto all'anno precedente, della quota di famiglie che dichiara di arrivare a fine del mese con molta difficoltà (il 12,9% contro il 10,6 % del 2007).

Più tradizionalmente, la condizione economica delle famiglie italiane viene tracciata partendo dai rispettivi livelli di spesa legati al consumo attraverso un'apposita indagine campionaria sempre condotta annualmente dall'Istat ed in base alla quale vengono calcolate la stima sia della povertà relativa, che della povertà assoluta. Una famiglia composta da due persone è definita povera in senso relativo se la sua spesa media mensile per consumi è inferiore o uguale alla spesa media mensile pro-capite, pari nel 2008 a 997,67 euro. Tutte le famiglie che presentano spese per consumi al di sotto di tale soglia, opportunamente parametrata sulla base del numero dei componenti familiari, sono dichiarati poveri in senso relativo. L'incidenza della povertà relativa, calcolata come la percentuale di famiglie povere, sul totale delle famiglie residenti era pari, nel 2008, all'11,7%, per un ammontare complessivo di circa 2 milioni 737 mila famiglie a livello nazionale, corrispondenti a 8 milioni 78 mila individui (il 13,6% dell'intera popolazione). L'incidenza della povertà relativa in Lombardia risultava decisamente più contenuta se comparata con la situazione italiana, attestandosi, nel quadriennio 2005-2008, tra il 4,4% ed 4,8% del totale delle famiglie.

Tuttavia, come noto, le stime ufficiali della povertà relativa nelle Regioni italiane si basano sull'utilizzo di un'unica linea di povertà nazionale, che di fatto non considera i differenziali di costo della vita presenti sul territorio. Ecco allora che l'Osservatorio Regionale sull'Esclusione Sociale, al fine di pervenire ad una più realistica e puntuale ricostruzione della situazione di disagio economico delle famiglie lombarde, ha ricalcolato lo standard di riferimento regionale, stimandolo per il 2007 a 1.212 euro mensili, contro i 986 euro calcolati dall'Istat per la soglia nazionale (Accolla G., 2009). La nuova linea di povertà regionale, rivalutata tenuto

---

([20]) La pubblicazione si basa sui dati raccolti dall'indagine campionaria annuale "*Reddito e condizioni di vita*" finalizzata a produrre e divulgare statistiche sulle condizioni economiche e la qualità della vita dei cittadini europei. Le domande rivolte agli intervistati hanno riguardato le condizioni di vita (occupazione, difficoltà economiche e spese per la casa) a fine del 2008 e i redditi percepiti nel 2007, rilevati a livello sia individuale che familiare, attraverso una *"batteria"* di domande dettagliate che hanno consentito di misurarne separatamente le diverse componenti. Cfr. *"La distribuzione del reddito in Italia. Indagine Europea sui redditi e sulle condizioni di vita delle famiglie (Eu-Silc) – Anno 2006"*, Argomenti n. 38, Istat, aprile 2010.

conto del solo effetto dell'aumento dei prezzi, ipotizzando che le abitudini di consumo siano rimaste costanti durante il periodo considerato, consente dunque di calcolare la nuova incidenza della povertà relativa in Lombardia, pari, per il 2007 ad un valore di molto superiore a quello calcolato dall'Istat attraverso l'Indagine sui Consumi e pari al 10% delle famiglie residenti in Regione. Si tratta di circa 400.000 nuclei familiari, decisamente in linea con quanto stimato attraverso il panel Eu-Silc, visto appena sopra.

Un'ultima considerazione va fatta spostandosi dal concetto di povertà relativa a quello di povertà assoluta, come abbiamo visto principale standard di riferimento delle politiche di contrasto alla esclusione sociale realizzate in Regione Lombardia. La povertà assoluta viene definita come incapacità all'acquisto di un paniere minimo di determinati beni e servizi essenziali. Tale paniere, recentemente rivisto dall'Istat ([21]) e differenziato per ripartizione territoriale e livello di urbanizzazione, comprende una componente alimentare, una componente "abitativa" ed una componente residuale, costituita da varie voci di spesa (per l'abbigliamento, i trasporti, l'istruzione, ecc.). Non essendo disponibili stime regionali specifiche, ancora una volta l'ORES, applicando alla Lombardia le stime calcolate per il nord Italia, ha stimato in 133.000 i nuclei familiari poveri in termini assoluti in Lombardia per il 2008 (Accolla G, 2010), corrispondenti ad un'incidenza sulle famiglie residenti del 3,2%.

Secondo le fonti ufficiali, dunque, la povertà in Regione Lombardia, seppure più contenuta rispetto alla diffusione del fenomeno in Italia, vede concentrate 400.000 famiglie sotto la soglia di povertà relativa o 130.000 famiglie povere in senso assoluto. È indubbio che ai fini di un'analisi delle politiche di lotta alla povertà sia molto importante la soglia di riferimento perché, il considerare come target potenziale le famiglie al di sotto della soglia più restrittiva porterebbe drasticamente a ridimensionare la quota di popolazione bisognosa di interventi di contrasto.

19.4.2. *I poveri in Lombardia: un nuovo tentativo di stima del fenomeno*

Al di là delle 'stime ufficiali', che comunque utilizzeremo come riferimento, abbiamo provato a ricalcolare la situazione economica delle famiglie lombarde, le principali caratteristiche socio-anagrafiche e a stimare l'incidenza della povertà in Regione, a partire da soglie più specifiche rispetto al contesto lombardo e soprattutto funzionali a misurare il grado di copertura del bisogno di alcuni interventi realizzati in Lombardia nell'ultimo quinquennio.

Le simulazioni di seguito presentate si sono basate sull'utilizzo dei microdati della già citata indagine Istat sui consumi delle famiglie italiane, rilevati annual-

---

([21]) Istat, *La misura della povertà assoluta*, "Metodi e Norme", n. 39, Roma.

mente su un campione nazionale, pari, nel 2006, a 28.296 famiglie ([22]). Come noto, in base a tale indagine, la condizione economica delle famiglie italiane viene tracciata partendo dai rispettivi livelli di spesa legati al consumo (metodo della spesa), non secondo il metodo del reddito; vengono, cioè, considerati, tutti i beni e servizi acquistati o comunque consumati dalle famiglie per le proprie necessità (spese per generi alimentari, per l'affitto, ecc.), assumendo che, data una propensione al risparmio tendenzialmente decrescente al ridursi del reddito disponibile, in presenza di livelli di reddito particolarmente bassi, la spesa per consumi tende a coincidere con il reddito disponibile.

La prima operazione è consistita nel ricostruire la situazione economica delle famiglie del campione lombardo che compongono la rilevazione Istat sulla base dell'indicatore Isee. Seppure gli interventi di lotta alla povertà realizzati in Lombardia non utilizzino tutti lo stesso indicatore della situazione economica del soggetto potenziale beneficiario, si è deciso di procedere con il calcolo dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente, perché oltre che previsto a livello nazionale (d.lgs. 109/98 e successive modificazioni), risulta di fatto il metodo di calcolo preferenzialmente adottato dagli Ambiti Lombardi per la selezione dei beneficiari dei titoli sociali, di cui ci occuperemo più oltre.

Dopo aver calcolato, attraverso un'apposita metodologia ([23]), la situazione economica di tutte le famiglie del campione lombardo si è provveduto ad 'equivalentizzarle', cioè a parametrarle ([24]) sulla base del numero di componenti le famiglie stesse e a 'proiettarle' all'universo delle famiglie residenti in Regione, tramite i coefficienti di riporto, arrivando a definire per ciascun nucleo, l'indicatore Isee corrispondente.

La tabella seguente presenta la distribuzione di tutte le famiglie lombarde, al 2006, per fasce Isee:

([22]) Il campione relativo alla sola Regione Lombardia per l'anno 2006 ammonta a 2.145 famiglie.

([23]) Per un approfondimento della metodologia di stima adottata si rimanda all'appendice al presente capitolo, sul sito www.lombardiasociale.it.

([24]) Si presenta di seguito la scala di equivalenza Isee con le relative maggiorazioni:

N. componenti famiglia	1	2	3	4	5
Coeff. Scala equivalenza	1	1,57	2,04	2,46	2,85

- Maggiorazione di 0,35 per ogni ulteriore componente.
- Maggiorazione di 0,2 in caso di presenza nel nucleo di figli minori e di un solo genitore.
- Maggiorazione di 0,5 per ogni componente con handicap psicofisico permanente o di invalidità superiore al 66%; i mutilati e gli invalidi di guerra e gli invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 1° alla 5° si intendono equiparati agli invalidi con riduzione della capacità lavorativa superiore al 66%. *Ai fini del calcolo delle nostre stime non è stato possibile tenere conto di quest'ultima maggiorazione.*

Tabella 19.5 - Distribuzione famiglie lombarde per fasce Isee (al 2006)

Fasce Isee annue (*)	**N. famiglie**	**% famiglie**	**% cumulata**
1. Isee<8.750	225.018	5,61	5,61
2. 8.750<Isee<11.000	91.991	2,29	7,90
3. 11.000<Isee<15.000	205.569	5,12	13,02
4. Isee>15.000	3.489.851	86,98	100,00
Totale famiglie lombarde (Istat, 2006)	*4.012.429*	100,00	

(*) valori stimati

Fonte: Elaborazioni IRS su micro-dati Istat Indagine sui Consumi 2006

Le 4 fasce Isee sopra evidenziate sono funzionali a 'spezzare' la distribuzione della situazione economica delle famiglie lombarde e a calcolarne la relativa incidenza rispetto al totale della popolazione regionale, oltre che per procedere con le simulazioni successive.

Le prime due soglie a 8.750 e 11.000 euro sono state selezionate in quanto rispettivamente valori Isee minimi e massimi delle famiglie che hanno avuto accesso ai buoni sociali nell'anno 2007, mentre la soglia a 15.000 euro Isee è stata scelta per selezionare una fascia di fragilità più ampia, all'interno della quale si collocano, come abbiamo visto, famiglie destinatarie di altri interventi di contrasto all'esclusione sociale previsti dalla Regione Lombardia, per i quali, tuttavia, non è stato possibile calcolare il grado di copertura del bisogno non essendo di fatto disponibili dati sugli effettivi fruitori.

La prima fascia della distribuzione concentra all'incirca 225.000 famiglie con una situazione economica equivalente al di sotto degli 8.750 euro Isee, pari al 5,6% del totale delle famiglie residenti. Come ovvio, in corrispondenza di una fascia Isee più elevata aumenta anche la capacità economica delle famiglie ricomprese all'interno di quella fascia, mentre si riduce progressivamente la loro soglia di povertà. La successiva fascia, fissata a 11.000 Isee, valore mediano massimo per l'accesso ai buoni sociali lombardi nel 2007, vede concentrate quasi 92.000 famiglie, per un totale cumulato di oltre 317.000 famiglie residenti in Regione. Infine, la soglia Isee pari a 15.000 euro annui concentra complessivamente circa 522.000 nuclei familiari, corrispondenti a poco più del 13% del totale delle famiglie residenti in Regione.

La distribuzione delle famiglie lombarde all'interno di questi scaglioni ci permette di evidenziare alcuni elementi:

– all'incirca una famiglia su 8 in Regione Lombardia presenta una situazione economicamente fragile (al di sotto 15.000 euro Isee), seppure il 3% di queste famiglie risulterebbero al di sopra della soglia di povertà relativa rivalutata dall'Ores;

– circa una famiglia su 13, pari al 7,9% dei nuclei familiari residenti, risulterebbe più che 'relativamente' povera, presentando un Isee al di sotto della soglia di 11.000 euro;

– infine, il 5,6% delle famiglie residenti (più di una su 17) si caratterizzerebbe per una situazione economica molto precaria, seppure superiore alla soglia della povertà assoluta.

Interessante appare ora analizzare le principali caratteristiche socio-anagrafiche delle famiglie lombarde considerando le 3 soglie Isee selezionate.

In linea con le 'stime ufficiali', l'incidenza della povertà nel 2006 risultava maggiore tra le persone sole, in particolare over 65enni: la classe di famiglie con Isee fino a 8.750 euro vede, infatti, decisamente sovra rappresentati i nuclei unifamiliari appartenenti a quella tipologia familiare, che concentrano oltre il 46% del totale delle famiglie di quella fascia, contro un'incidenza media regionale sulle famiglie, indipendentemente dalla loro situazione economica, pari al 29,7%. Tale maggior concentrazione del rischio di povertà tra le persone sole tende a confermarsi anche per le altre classi Isee analizzate, seppur riducendosi progressivamente la presenza di anziani. Altra tipologia famigliare a maggior rischio di povertà risulta, come noto, quella monogenitore, la quale si trova, seppur lievemente, sovra rappresentata in tutte e tre le fasce considerate; invece, le famiglie con figli appaiono sotto dimensionate tra le tipologie a maggior rischio di vulnerabilità. Le coppie con figli non sono dunque così 'povere' in Lombardia, a meno che non ci si focalizzi sulle famiglie numerose, con almeno 3 figli, che invece concentrano un significativo disagio economico rappresentando più di un terzo delle famiglie con figli dello scaglione Isee più basso.

Tabella 19.6 - Ricostruzione delle tipologie familiari per fasce Isee

	Isee fino a € 8.750	Isee fino a € 11.000	Isee fino a € 15.000	Totale famiglie
Totale famiglie	225.018	317.009	522.578	4.012.429
Totale famiglie *(% di riga)*	*5,6*	*7,9*	*13,0*	*4.012.429*
Persona sola	104.181	132.636	226.592	1.192.865
Persona sola *(%)*	*46,3*	*41,8*	*43,4*	*29,7*
di cui > 65 anni	*65.935*	*71.445*	*105.261*	*580.356*
di cui > 65 anni (% sulle persone sole)	*63,3*	*53,9*	*46,5*	*48,7*
Coppia senza figli	30.653	46.405	81.609	925.116
Coppia senza figli *(%)*	*13,6*	*14,6*	*15,6*	*23,1*
Coppia con figli	54.198	91.832	144.516	1.479.981
Coppia con figli *(%)*	*24,1*	*29*	*27,7*	*36,9*
di cui con 3 o più figli	19.510	25.907	32.779	233.079
di cui con 3 o più figli (% sulle coppie con figli)	36,0	28,2	22,7	15,7
Monogenitore	16.203	24.379	39.151	273.901
Monogenitore *(%)*	*7,2*	*7,7*	*7,5*	*6,8*
Altre tipologie	19.785	21.758	30.711	140.566
Altre tipologie *(%)*	*8,8*	*6,9*	*5,9*	*3,5*

Fonte dati: Rielaborazione IRS su dati Istat- Indagine sui consumi delle famiglie – 2006

Sono dunque soprattutto le famiglie numerose, mono-genitore, ma in particolar modo le persone sole, a maggior ragione se anziane, le tipologie familiari caratterizzate da una situazione economica ai limiti della sussistenza. In particolare, poi, le famiglie con Isee fino a € 8.750 annui, si caratterizzano per capifamiglia con basso profilo scolastico e per il fatto di essere residenti in abitazioni in affitto, dato in evidente contrasto con quanto complessivamente registrato a livello regionale, dove il 74% delle famiglie lombarde vive in abitazione di proprietà. Inoltre, dalle nostre elaborazioni risulta anche come l'essere occupato non metta automaticamente al riparo dal rischio di povertà: infatti, quasi la metà dei nuclei familiari con Isee più basso è caratterizzata dalla presenza di capifamiglia che lavorano. Dunque, ancora una volta si evidenzia con forza come il fenomeno della povertà non è solo correlato ad una situazione di deprivazione economica, ma è fortemente connesso anche a dimensioni relazionali, abitative, formative ed occupazionali.

19.4.3. *Di quanti poveri si occupa la Regione Lombardia?*

Una volta ricostruita la situazione economica delle famiglie secondo le suddette fasce abbiamo provato a comparale con i fruitori dei buoni sociali per l'anno 2007.

L'analisi che segue stima l'incidenza degli effettivi fruitori dei buoni sociali rispetto alla popolazione 'potenzialmente intercettabile' dalla suddetta misura, ovvero i nuclei familiari stimati al di sotto delle soglie Isee stabilite per accedervi. Nell'interpretazione di tali dati vale, tuttavia, la pena di evidenziare alcuni elementi che potrebbero restringere il target dei potenziali beneficiari della misura, dunque il denominatore della nostra stima:

a. l'accesso ai buoni sociali considera requisiti ulteriori, la condizione di invalidità e di *"certificata fragilità"*, informazioni queste che non sono rilevate dall'indagine Istat utilizzata come fonte informativa e di cui non è stato dunque possibile tenere conto per la nostra ricostruzione;
b. la nostra stima va senz'altro ridimensionata alla luce della quota di *"non take up"*, cioè della quota di potenziali beneficiari che, sebbene possiedano tutti i requisiti per accedere ad una determinata misura, non si attivano per poterne usufruire, sia perché ne ignorano la possibilità, sia per timore e resistenza verso l'essere *"stigmatizzati come poveri"*.

Tenuto conto delle suddette precisazioni, quella che si offre non vuole essere un'analisi circa l'efficacia della misura nell'intercettare la sua 'popolazione obiettivo', quanto piuttosto una stima più ampia, indicativa della capacità, allo stato attuale di implementazione dei buoni sociali, di rispondere ad un bisogno espresso dalle famiglie lombarde in condizione di pari fragilità economica. Considerando quindi che il dato relativo ai fruitori dei buoni nel corso del 2007 era complessivamente pari a 22.178 fruitori, possiamo concludere che il tasso di copertura del bisogno da parte di tale misura risulta ricompreso tra il 7% ed il 9,9% delle famiglie rispettivamente

al di sotto degli 11.000 Isee e degli 8.750 Isee. Attraverso questa misura di sostegno economico dei bisogni di cura e conciliazione la Regione Lombardia raggiunge quindi meno di una famiglia su dieci di quelle aventi analoga condizione economica di fragilità.

Un'ultima considerazione rispetto al grado di raggiungimento delle famiglie povere riguarda le misure rivolte alla povertà alimentare.

Per identificare la linea di povertà alimentare, anche lo studio condotto da Accolla e Rovati ([25]) per l'ORES ha effettuato delle rielaborazioni a partire dall'indagine campionaria dell'Istat su *I consumi delle famiglie*. Sulla base delle informazioni sulle sole spese alimentari di tutte le famiglie lombarde e della corrispondente spesa media alimentare pro-capite, è stata assunta pari a € 207,25 la soglia di povertà alimentare di una famiglia lombarda di due componenti. Dunque i nuclei familiari con una spesa media mensile, riparamentrata sulla base del numero dei componenti, al di sotto di tale soglia, sono considerati alimentarmente poveri rispetto agli standard medi regionali. In base a tale ricostruzione le famiglie lombarde alimentarmente povere ammontavano nel 2006 a poco meno di 140.000 unità (139.912 famiglie), pari al 3,5% del totale.

L'esame dei beneficiari intercettati grazie al progetto *"Prodotto fresco"* per il ritiro e la distribuzione delle eccedenze alimentari mette in evidenza come in Regione Lombardia, si sia raggiunto un numero medio annuo di assistiti pari a 104.959 ([26]) persone; se il semplice rapporto tra popolazione assistita (individui) e popolazione potenzialmente beneficiaria delle eccedenze alimentari potrebbe in prima battuta evidenziare un grado di copertura del bisogno per questa categoria di utenza di tutto rispetto (all'incirca corrispondente al 33%), un'analisi più approfondita impone qualche cautela interpretativa. Si tratta, infatti, di un intervento di tipo emergenziale, discontinuo e pari ad un valore monetario convenzionalmente stimabile in circa 200 euro pro-capite annui, decisamente poca cosa se si pensa che i destinatari sono soggetti addirittura al di sotto della soglia di sussistenza.

19.5. Valutazioni e punti di attenzione

Alla luce degli elementi illustrati nei paragrafi precedenti è possibile trarre alcune valutazioni di sintesi in merito alla capacità della Regione Lombardia, sia di intercettare le fasce di popolazione in condizione di maggiore fragilità, che di indirizzare loro risposte efficaci se non ad uscire dal bisogno, quanto meno ad alleviarne i 'sintomi'.

([25]) Cfr. G. Accolla e G. Rovati, *Alimentazione e povertà nelle famiglie lombarde*, in Osservatorio Regionale sull'Esclusione Sociale, *L'esclusione sociale in Lombardia. Rapporto 2008, op. cit.*

([26]) Cfr. L. Campiglio, G. Rovati (a cura di) (2009), *La povertà alimentare in Italia. Prima indagine quantitativa e qualitativa*, Guerini e associati, Milano, 2009.

Un primo riconoscimento, già sottolineato, va senz'altro verso il lodevole interesse mostrato dalla Regione in questa VIII legislatura nel dedicare una quota di risorse professionali ed economiche all'analisi del contesto regionale in termini di lettura e quantificazione delle categorie di bisogno presenti sul territorio lombardo. La costituzione dell'ORES nel 2007, nonché gli studi promossi dall'Irer si sono mossi, infatti, nella direzione di contribuire ad offrire al livello politico decisionale una lettura interpretativa, corroborata da dati scientifici periodicamente aggiornati, della condizione in cui versano le famiglie lombarde più povere.

Anche se l'impegno in questa direzione è tangibile, riteniamo che sussistano alcuni limiti.

Gli studi e le analisi condotte permangono allo stato attuale concentrati quasi esclusivamente sull'analisi della povertà assoluta, della povertà alimentare, della povertà abitativa, riservando ancora troppo poca attenzione ai fenomeni di precarizzazione e all'analisi delle diseguaglianze sociali. Tali considerazioni fanno temere che, come a livello nazionale, anche in Regione Lombardia si privilegi una visione residuale del *Welfare*, che si faccia carico di situazioni estreme, anche su queste molto delegando alla beneficenza privata, rinunciando ad una visione universalistica e promozionale.

Peraltro secondo le nostre simulazioni, rispetto alla platea di soggetti in condizione di povertà estrema, gli interventi avviati in Regione Lombardia non permetterebbero l'intera copertura del bisogno più estremo e alcuni target sembrerebbero rimanere completamente scoperti (si pensi ad esempio agli immigrati).

Le analisi mettono altresì in evidenza come gli interventi regionali di contrasto alla povertà si rivolgono a situazioni di disagio conclamato, nella maggior parte dei casi eludendo dalla platea di beneficiari quella fascia di popolazione potenzialmente a rischio di esclusione sociale. L'attenzione alla povertà relativa, generalizzata in Europa, risulterebbe invece fondamentale proprio per poter intercettare le situazioni di rischio prima che si deteriorino e cronicizzino, per prevenirle attivando le possibili *capabilities* personali, familiari e anche pubbliche e del privato sociale.

Inoltre, anche il forte investimento regionale nell'indirizzare risorse economiche specifiche alle famiglie numerose desta qualche perplessità. Si consideri, infatti, che l'incidenza delle famiglie numerose in Lombardia rispetto alle altre Regioni è decisamente esigua (la dimensione media della famiglia lombarda è di 2,3 individui) e che gli stessi studi condotti nell'ambito dell'ORES, confermati dall'analisi da noi proposta attraverso la ricostruzione della condizione economica delle famiglie residenti per classi Isee, mettono in evidenza come a versare in condizioni di particolare difficoltà economiche sono in Lombardia soprattutto le persone sole, specie se anziane, e le famiglie mono-genitore, categorie queste sulle quali l'investimento della Regione non risulta particolarmente forte e comunque subordinato alla presenza di condizioni di progressiva non-autosufficienza del potenziale destinatario del contributo.

Peraltro, va considerato che le problematiche di cui si fanno portatrici le famiglie numerose sono molteplici (reddito ma anche casa, lavoro, ecc.) e dunque si rivelano sempre più necessari interventi integrati e strutturali, caratterizzati da una presa in carico più organica e complessiva.

Il quadro che emerge risulterebbe pertanto suscettibile di ulteriori margini di miglioramento.

Certo l'assenza di una politica nazionale unitaria di lotta alla povertà, insieme alla crisi economica finanziaria dell'ultimo biennio hanno favorito l'esplosione di nuove fasce di popolazione a rischio ed acuito il diffondersi di misure passive ed emergenziali, attivate dalle Regioni spesso a scapito di interventi più strutturati ed incentivanti. Occorre però anche ricordare l'esigua incidenza delle spese correnti sostenute dalla Regione Lombardia in materia di lotta all'emarginazione (e alle dipendenze), pari a poco più del 2% medio nell'ultimo quinquennio, a dimostrazione di uno scarso investimento economico-finanziario su questo fronte, soprattutto se paragonato all'incidenza delle spese correnti per l'area anziani e disabili, che insieme concentrano oltre i due terzi della spesa complessivamente sostenuta (oltre il 65% nel 2008).

In conclusione, ci sembra utile sottolineare due punti di attenzione emersi dall'analisi.

Un primo punto concerne l'attuale eterogeneità nella disciplina degli accessi alle prestazioni. La valutazione della situazione economica dei soggetti potenzialmente beneficiari delle prestazioni di diretto o indiretto sostegno al reddito non è trattata in modo univoco in Regione Lombardia: si pensi a titolo esemplificativo all'indicatore Isee nell'accesso ai titoli sociali e alla recente introduzione dell'ISR per quanto riguarda l'accesso al Buono Famiglia 2009 e 2010. Tale eterogeneità nella valutazione della situazione economica, tende ad ampliare e/o a ridurre la platea dei potenziali beneficiari, generando ulteriore frammentazione degli interventi oltre che i ben noti problemi di equità orizzontale e va sicuramente attentamente monitorata e affrontata.

Un secondo punto di attenzione riguarda, infine, l'integrazione tra i diversi attori sociali e i diversi comparti del *welfare* regionale che si occupano di povertà. Il cambiamento culturale verso un approccio alle situazioni di fragilità meno settorializzato e più organico, che valorizzi anche il *know-how* specialistico dei soggetti finora intervenuti con un ruolo prettamente erogativo (si pensi in particolare al Terzo Settore), e che integri diverse competenze esistenti sul territorio regionale, nonché tra settori tradizionalmente separati del *welfare* lombardo, appare sempre più necessario soprattutto alla luce dell'attuale situazione economico finanziaria ed al conseguente ampliamento delle disuguaglianze reddituali e sociali e all'emergere di nuove povertà.

Bibliografia

Brandolini A., Saraceno C., *Una geografia delle disuguaglianze in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2007.

Campiglio L., Rovati G. (a cura di), *La povertà alimentare in Italia. Prima indagine quantitativa e qualitativa*, Guerini e associati, Milano, 2009.

De Ambrogio U., Mesini D., Pasquinelli S., *Regioni e valutazione delle politiche sociali*, Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 15-16, 2009.

Dessi C., *L'esperienza del Reddito di Base per la cittadinanza in Regione Friuli Venezia Giulia*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 6-7, 2009.

Dessi C., *Il Reddito minimo di inserimento in Europa*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 17-18, 2006.

IReR, *Lombardia 2010. Società, governo e sviluppo del sistema lombardo,* Rapporto di Legislatura, 2009.

Istat, *Condizioni di vita e distribuzione del reddito in Italia. Anni 2005-2008*, Statistiche in breve, Roma, 2008.

Istat, L'indagine europea sui redditi e le condizioni di vita delle famiglie (EU-SILC), Metodi e norme, Roma, 2008.

Istat, *La povertà in Italia nel 2008*, Statistiche in breve, Roma, 2009.

Istat, *La misura della povertà assoluta*, Metodi e Norme, n. 39, Roma, 2009.

Mesini D., *Le politiche e gli interventi regionali di contrasto alla povertà*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 6-7, 2009.

Mesini D.*, L'accesso alle prestazioni sociali: qualche riflessione su Isee e dintorni*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 17-18, 2006.

Mesini D., Ranci Ortigosa E., *Il Reddito Minimo di inserimento*, in C. Gori (a cura di), "La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della legge 328 e le sfide future", Carocci, Roma, 2004.

Mesini D., Ranci Ortigosa E., *Il RMI nel primo biennio di sperimentazione: luci e ombre della sua realizzazione*, in L'Assistenza Sociale, n. 3/4, Ediesse, Roma, luglio-dicembre 2002.

ORES, *L'esclusione sociale in Lombardia*, Rapporto 2008, Guerini e Associati, Milano, 2009.

ORES, *L'esclusione sociale in Lombardia*, Rapporto 2009, Guerini e Associati, Milano, 2010.

Provincia di Milano – Osservatorio per le Politiche Sociali (a cura di), *Crescere a Milano. Seconda Relazione Sociale della Provincia di Milano*, Direzione Centrale Cultura e Affari Sociali, 2010.

Pasquinelli S. (a cura di), *Buoni e voucher sociali in Lombardia*, Franco Angeli, Milano, 2006.

Ranci Ortigosa E., *Di quali poveri vogliamo occuparci?*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18, 2009.

Regione Lombardia – Famiglia e Solidarietà sociale, *Bilancio Sociale 2005*.

Regione Lombardia – Famiglia e Solidarietà sociale, *Bilancio Sociale 2006*.

Regione Lombardia – Famiglia e Solidarietà sociale, *Bilancio Sociale 2007*.

Regione Lombardia – Famiglia e Solidarietà sociale, *Bilancio Sociale 2008*.

Tangorra R., *Misurare la povertà,* in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 6-7, 2009.

20. **Le iniziative sperimentali**

Carla Dessi

20.1. Premessa

Nella prospettiva di sviluppo del sistema di welfare adottato dalla Regione Lombardia, un contributo significativo è stato riconosciuto nella passata legislatura sia alla ricerca sociale che alla progettazione innovativa e alla sperimentazione. Per un'efficace azione di governo del settore socio-sanitario e sociale, fin dall'avvio della legislatura 2005-2010 – quindi relativamente di recente a differenza dei cambiamenti introdotti nell'ultimo decennio – si è ritenuto, infatti, fondamentale sviluppare azioni di ricerca e sperimentazione per una "completa rilettura del sistema di welfare e per produrre dispositivi utili alla sua modificazione" ([1]).

Da una parte l'attività di ricerca sociale è stata identificata come uno strumento all'interno del processo d'incremento e di sintesi delle conoscenze, nella finalità di cogliere con tempestività dalla realtà i segnali di mutamento sociale, agendo pertanto sul versante dei bisogni, dall'altra l'investimento in progettualità sperimentali è stato visto come un'occasione per arricchire il patrimonio di soluzioni e risposte ai bisogni complessi rilevati e allo stesso tempo qualificare e consolidare le riforme realizzate, agendo di conseguenza sul sistema di offerta.

In ordine all'interesse e all'investimento verso questa linea di sviluppo, la Regione Lombardia per il biennio 2008-2009 ha messo a disposizione 4,2 milioni di euro (2,1 milioni di euro per ciascuna annualità) per il cofinanziamento di progetti in grado di attuare modalità di intervento innovative e promuovere più ampie sinergie di rete tra i diversi soggetti operanti nel territorio.

Il concetto stesso di "sperimentazione" per lo staff regionale è stato, dunque, inteso come possibilità di "esperire" ampliando lo scenario delle politiche a nuove, o quanto meno diverse, strategie di intervento. L'ipotesi di fondo è stata quella di attivare e promuovere nuove soluzioni che potessero cristallizzarsi in "buone prassi" e modelli consolidati e trasferibili anche ad altri contesti di *policies* attraverso finanziamenti *ad hoc* e contingentati nel tempo.

Obiettivo di questo capitolo non vuole essere tanto quello di offrire una rico-

---

([1]) Cfr. Regione Lombardia – Famiglia e Solidarietà sociale, Bilancio Sociale 2005.

struzione completa ed esaustiva di tutti i progetti sperimentali promossi e realizzati in Regione Lombardia (per la quale si rimanda alla lettura dei materiali specifici e delle documentazioni disponibili [2]), bensì di proporre un'analisi interpretativa di quelle che nell'ultimo quinquennio di governo possono essere considerate le esperienze più significative avviate sul territorio regionale, sia per l'investimento profuso che per le stesse caratteristiche che le connotano [3].

20.2. Sperimentazione e innovazione in azione

La forte spinta dei progetti sperimentali verso la costruzione e validazione di buone prassi e modelli di intervento ha riconosciuto come strumento principale di azione l'attivazione e il coinvolgimento di partenariati tra i diversi soggetti operanti nel territorio. La strategia adottata è stata, dunque, attraverso la promozione e costruzione di partenariati, in primis regionali, ma anche nazionali e/o europei, di apportare un "valore aggiunto" contribuendo alla messa a punto di strumenti o di "buone prassi" da diffondere sull'intero territorio regionale.

Nello svolgimento di tali azioni la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale ha cominciato a muoversi affrontando alcune tematiche ritenute particolarmente strategiche in maniera sempre più integrata, partendo prima dal settore sociosanitario e, successivamente, ampliando il campo di azione nel sociale, specialmente relativamente a quelle fasce di popolazione che, più di altre, necessitano di interventi multi-dimensionali affinché si possano produrre risultati significativi che possano generalizzarsi ed estendersi anche in altri contesti.

La sperimentazione di modelli e pratiche d'intervento e lo sviluppo di partenariati sono quindi le due variabili che connotano queste esperienze, che si caratterizzano anche per la valorizzazione delle funzioni di ricerca e di valutazione. Queste ultime funzioni consentono, infatti, di meglio definire e precisare il contesto d'intervento e, altresì, d'identificare le potenzialità, i limiti e i margini di miglioramento di quanto implementato affinché possa anche essere generalizzato e trasferibile.

Prima di proporre una sintesi delle esperienze più significative individuate

---

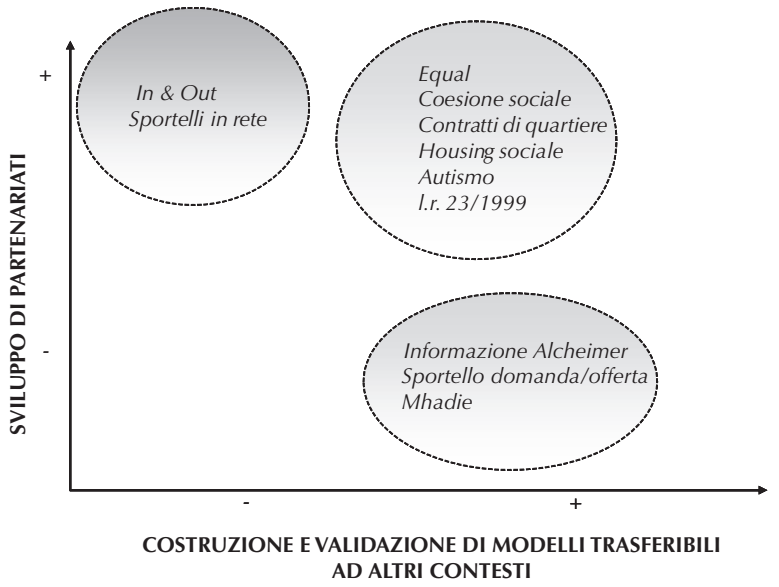
(2) Si suggerisce in particolare la lettura delle diverse edizioni del Bilancio Sociale (Anni 2005-2008) e di IReR (2009a), *Lombardia 2010. Società, governo e sviluppo del sistema lombardo.* Rapporto di legislatura.

(3) L'analisi proposta è frutto in primis dell'esperienza maturata in Regione Lombardia per IReR nella valutazione dei progetti finanziati attraverso il Bando "Coesione sociale" e successivamente dei progetti promossi con il Bando "Autismo", nonché dalla partecipazione ai seminari regionali condotti sul tema della valutazione. Accanto alla lettura delle documentazioni e dei materiali relativi alle esperienze proposte in questo capitolo un ringraziamento va alla gentile collaborazione dei referenti della DG Famiglia e Solidarietà Sociale intervistati in occasione di questo lavoro e ai colleghi Ugo De Ambrogio e Valentina Ghetti per la paziente lettura e i preziosi suggerimenti.

nell'ultimo quinquennio, sintetizziamo nella figura 1 il loro posizionamento relativamente alle due variabili individuate.

Si mette così in evidenza il forte accento – a livello regionale – verso il connubio tra partenariati e modellizzazione. Sono varie, infatti, le esperienze che si collocano nel quadrante in alto a destra dove entrambe le variabili discriminanti individuate registrano un maggiore orientamento. Una maggiore attenzione verso la costruzione e diffusione di modelli risulta invece più diffusa per quanto riguarda le esperienze progettuali che si collocano nell'area di intervento più prettamente sanitaria, (in particolare della non autosufficienza), mentre l'attenzione alla promozione della rete e allo sviluppo di partenariati trova una ampia applicazione nell'ambito di contesti di intervento trasversali e multi-settoriali in cui è auspicabile ma meno praticato l'apporto fornito dall'esperienza e dal coinvolgimento di più attori.

Figura 20.1 - Il posizionamento dei progetti sperimentali e innovativi analizzati tra le due "variabili chiave"



20.2.1. *L'implementazione di progetti sperimentali e innovativi di sviluppo di partenariati e costruzione e validazione di modelli e prassi condivise*

Il connubio tra lo sviluppo di partenariati e la costruzione e validazione di modelli trasferibili ad altri contesti trova nella Regione Lombardia applicazione in particolare per quelle aree di intervento caratterizzate da una multi-dimensionalità di fattori determinanti (di natura economica e sociale ma anche individuale e relazionale) che vedono una molteplicità di soggetti tra loro interagenti.

Le esperienze collocate in questo incrocio di variabili privilegiano, infatti, sia il disagio nella sua accezione più ampia (abitativo, socio-economico, di integrazione

sociale) che la coesione sociale e l'inclusione sociale, con un forte orientamento nel riconoscere lo sviluppo di partenariati come mezzo attraverso cui possano avviarsi e successivamente consolidarsi buone prassi e modelli di intervento.

Ripercorriamo di seguito le tappe principali della loro storia in quest'ultimo quinquennio.

20.2.1.1. Una sintesi delle esperienze

L'ultima legislatura ha visto, in concomitanza, la chiusura dell'esperienza dei progetti sperimentali e innovativi della Fase I di Equal-Iniziativa Comunitaria per le Risorse Umane, in corso nel periodo 2000-2005 e l'avvio nel 2006 della Fase II.

Nata nell'ambito della Strategia Europea per l'Occupazione e cofinanziata dal Fondo Sociale Europeo per il periodo 2000-2006, l'Iniziativa comunitaria Equal ha promosso la sperimentazione di approcci e politiche innovativi per contrastare il fenomeno della discriminazione e della disuguaglianza nel mercato del lavoro. Le sperimentazioni finanziate, oltre che essere caratterizzate da un'importante dimensione transnazionale, erano incentrate su cinque priorità tematiche: *a)* occupabilità, *b)* imprenditorialità, *c)* adattabilità, *d)* pari opportunità, *e)* richiedenti asilo. Dovevano fare riferimento, inoltre, ai principi di partenariato, innovazione, partecipazione attiva e *mainstreaming.*

L'avvio nel 2006 della Fase II ha visto un incremento dei progetti finanziati (da 18 a 28 nuove progettualità) e l'estensione del numero di organismi di varie tipologie (pubblico, privato, non profit) riuniti in partenariati. Si segnala, infatti, come nell'implementazione delle azioni progettuali per la seconda tornata di finanziamenti siano stati coinvolti oltre duecento soggetti (da un minimo di 4 ad un massimo di 25 Enti per partnership), assistendo all'attivazione e consolidamento di molteplici reti composte da soggetti diversi tra loro e con background ed esperienze differenti che hanno condiviso una stessa modalità di lavoro ed una stessa filosofia inclusiva e partecipativa.

Un valore aggiunto riconosciuto a questa esperienza progettuale è stato di aver prodotto modelli innovativi per favorire l'occupazione e lo sviluppo locale, modelli che in alcuni casi hanno contribuito alla revisione o alla rielaborazione di strategie a livello locale o regionale. A titolo esemplificativo citiamo quanto messo in evidenza nei documenti regionali esaminati, in particolare l'esperienza del progetto "Assist", progetto che ha contribuito alla definizione della Dgr VII/20126 del 23 dicembre 2004 ([4]) con la quale sono stati approvati gli schemi di convenzione tra enti pubblici locali e cooperative sociali per l'affidamento della gestione di servizi socio-sanitari, sociali ed educativi.

È nella seconda fase di Equal che la Regione Lombardia ha investito nella va-

---

([4]) Cfr. Schemi di convenzione ai sensi dell'art. 11 comma 3, della legge regionale 18 novembre 2003, n. 21 *"Norme per la cooperazione in Lombardia"*.

lutazione dei progetti finanziati, valutazione considerata come occasione per testare una modalità di lettura ed un approccio metodologico da utilizzare anche per altre politiche, sulla base dell'ipotesi che "i progetti Equal possono essere considerati come momenti nei quali si realizzano e manifestano i potenziali di sviluppo delle società locali" ([5]).

Altro ambito d'intervento su cui è particolarmente evidente l'incontro tra sperimentazione e sviluppo di partenariati locali è quello della "coesione sociale". Con Dgr VIII/2011 del 1 marzo 2006 la Regione Lombardia ha, infatti, deliberato il "Bando per la realizzazione di progetti finalizzati alla promozione di coesione sociale in quartieri periferici disagiati del Comune di Milano e dell'Area Metropolitana Milanese", bando che ha avviato una sperimentazione orientata a valorizzare la messa in comune del patrimonio conoscitivo dei soggetti attivi sul territorio impegnati nella rete di interventi e opportunità per le famiglie italiane e straniere in due quartieri dell'Area Metropolitana Milanese: il Quartiere Mazzini (zona Piazzale Corvetto, circa 5.000 abitanti) e Quarto Oggiaro (circa 81.000 abitanti).

In questa esperienza viene altresì introdotta, come supporto al ruolo decisionale della Regione, la funzione metodologica della ricerca: parallelamente all'avvio dei progetti finanziati attraverso il bando è stata avviata un'indagine esplorativa in merito al concetto stesso di coesione sociale, così da avere una base cognitiva comune per poter successivamente avviare un confronto in merito a quali modelli e pratiche di intervento potessero essere disseminati come "buone prassi".

L'esperienza del "Bando coesione" ha visto l'impostazione di un sistema di monitoraggio e valutazione dei progetti ([6]) che ne seguisse con periodicità l'andamento nel tempo e consentisse di rimodularne in corso d'opera il piano operativo delle attività.

L'implementazione dei due progetti finanziati ha contribuito all'attivazione delle risorse locali presenti nei due quartieri e, seppur con esiti diversi, al raggiungimento delle famiglie che, in particolare per il progetto legato ad un territorio più circoscritto, quello del quartiere Mazzini, hanno manifestato un buon livello di interesse e attenzione alle azioni proposte, diventando esse stesse in taluni casi promotrici di iniziative ed eventi sul proprio territorio.

Più che concentrare l'attenzione sui risultati raggiunti da queste due esperienze progettuali, per le quali si rimanda ai diversi materiali pubblicati ([7]), risulta inte-

---

([5]) Cfr. IReR (2008b), *Valutazione del programma di iniziative comunitaria Equal e del suo impatto sullo sviluppo locale – Fase II. Sperimentazione del set di indicatori di impatto sullo sviluppo locale individuato sulla base dei PIC Equal,* Rapporto finale di ricerca.

([6]) Per un maggior approfondimento si suggerisce IReR (2008a), *Osservatorio regionale esclusione sociale. Approfondimenti tematici. Città e famiglia. I bisogni delle famiglie nelle periferie metropolitane (II fase)*, Rapporto finale di ricerca.

([7]) Si suggerisce la lettura di M. Luppi (a cura di), *Coesione sociale nella città. Azioni e relazioni nell'esperienza di due quartieri di Milano*, Guerini Associati, Milano, 2009 e di U. De Ambrogio, C. Des-

ressante sottolineare come siano state generatrici di momenti di scambio e confronto. In particolare si sottolinea come la valutazione abbia aperto alla possibilità di un'analisi comparata sui possibili modelli di valutazione applicabili alle politiche e alle progettazioni complesse, analisi che ha visto la realizzazione di seminari interni tra lo staff della DG Famiglia con un confronto in un primo momento tra i progetti del Bando coesione e l'esperienza EQUAL, in un secondo momento anche con l'esperienza promossa dal Bando autismo.

L'esperienza di lavoro tra diverse Direzioni dell'amministrazione regionale, praticata nell'ambito dei progetti di coesione sociale, ha rappresentato inoltre un punto di partenza per estendere l'iniziativa. La collaborazione con la DG Casa e Opere pubbliche, ha suggerito la strada di una sperimentazione più avanzata, oggetto di approvazione da parte della Giunta regionale e di attuazione a partire dal 2007, ovvero la promozione e la realizzazione del 2° programma Regionale "Contratti di quartiere".

Va segnalato in questo senso il valore aggiunto offerto dalla valutazione condotta, l'approfondimento in termini di contenuto sull'analisi dei partenariati ha avuto, infatti, una ricaduta operativa già in itinere con il contributo fornito alla costruzione dei criteri per la presentazione dei progetti finanziabili attraverso il Bando pubblicato sui Contratti di Quartiere ([8]).

In sostanziale continuità con questa esperienza citiamo quindi il "Bando per la promozione di iniziative sperimentali per sviluppare una rete di interventi e opportunità a favore delle persone autistiche e delle loro famiglie", bando le cui finalità consistono, attraverso la costruzione di partenariati guidati dall'Azienda sanitaria locale, nello sperimentare nuove strategie e buone prassi che assicurino una risposta continuativa e non frammentata ai diversi bisogni del soggetto autistico e della sua famiglia in tutte le fasi di vita ([9]).

Anche per questo bando, oltre all'attenzione allo sviluppo di partenariati e alla modellizzazione, a completare gli elementi conoscitivi sul tema, la DG Famiglia ha condotto un'attività di ricerca che ha contribuito a meglio definire lo scenario in cui si sono inseriti successivamente i progetti vincitori dei finanziamenti stanziati ([10]) ed è stato altresì previsto (e attualmente ancora in corso), un percorso di accompagnamento al monitoraggio e alla valutazione dei progetti che ne seguirà lo sviluppo per tutta la loro durata ([11]).

---

si, V. Ghetti, D. Gregorio, "La valutazione di progetti per la promozione della coesione sociale: analisi di un'esperienza", in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 20, 15 novembre 2009.

([8]) Vedi Dgr VIII/4933 del 15.6.2007.

([9]) Vedi Dgr VIII/6635 del 20.2.2008.

([10]) Per maggiori dettagli e approfondimenti si rimanda al testo di U. Fazzone (a cura di), *Le famiglie davanti all'autismo. Approfondimenti e proposte per un cambiamento*, Guerini e Associati, Milano, 2008.

([11]) Per un maggior approfondimento si suggerisce la lettura di IReR (2009b), *Servizi in rete in*

È interessante sottolineare come la valutazione ha rappresentato in questo caso un'opportunità per sviluppare e approfondire alcune questioni di interesse per la Regione, ovvero:

- l'attenzione all'interno dei partenariati al ruolo di governo "giocato" dalle Asl: la spinta verso la candidatura delle Asl alla guida di partenariati locali sul tema dell'autismo è stata vista come occasione per un'analisi più ampia su come l'Azienda sanitaria riesce a mantenere un certo grado di equilibrio nel presidiare un livello operativo e di contenuto sull'oggetto di lavoro e un livello di processo nel coordinamento delle azioni e nella manutenzione dei legami interni della rete e tra la rete e l'esterno;
- l'accezione dell'autismo come "paradigma della disabilità", per cui ci si propone una trasferibilità delle iniziative intraprese con riferimento all'autismo allo scenario più ampio della disabilità;
- la tensione verso la disseminazione e diffusione delle conoscenze attraverso la realizzazione di momenti seminariali allargati alle altre aziende sanitarie, presidiando dunque con maggior vigore la questione della generalizzabilità e trasferibilità delle esperienze negli altri territori regionali.

Proseguendo in questa ricostruzione, si richiama l'attenzione verso l'esperienza progettuale denominata "Housing sociale per le famiglie con difficoltà abitative". Seppur di dimensioni economiche decisamente inferiore rispetto agli altri casi riportati ([12]), è tuttavia interessante citare questa esperienza e riportarla all'interno di questa riflessione per le evidenti affinità che presenta con gli altri casi.

Con il contributo della Fondazione Cariplo questo progetto, realizzatosi tra il mese di settembre 2005 e il mese di dicembre 2006, ha visto la realizzazione di un intervento mirato al reinserimento sociale e lavorativo di famiglie in difficoltà attraverso l'inserimento abitativo di 14 nuclei familiari.

L'implementazione di questo progetto è stata guidata da un approccio sistemico al fabbisogno individuato puntando alla formula della partnership e con la finalità di promuovere l'autonomia dei destinatari superando le tradizionali prassi di assistenza e sostegno.

Il progetto ha sperimentato un approccio di rete con il privato e il Terzo Settore nell'affrontare i temi dello svantaggio abitativo, socio-economico e i problemi d'integrazione sociale, consentendo altresì di testare un approccio caratterizzato dalla possibilità di coniugare azioni tipicamente assistenziali con interventi promozionali tendenti alla responsabilizzazione e all'autonomizzazione dei soggetti in difficoltà.

È opportuno infine concludere questa breve rassegna di esperienze ricordando che la Regione Lombardia, per facilitare la creazione di reti di solidarietà fra le fami-

---

risposta all'autismo. Valutare le iniziative sperimentali a favore delle persone autistiche e delle loro famiglie (I fase), Rapporto finale di ricerca.

([12]) Cfr. tabella 20.1.

glie e sviluppare l'associazionismo familiare, sostiene ogni anno il "Bando politiche regionali per la famiglia" (l.r. 23/1999 ([13])) per la promozione di progetti innovativi a favore, appunto, della famiglia. Attraverso questo bando vengono premiati sia i progetti presentati da associazioni del privato sociale che, accomunate da bisogni e necessità, hanno fatto rete per sostenersi, sia il costituirsi di partnership tra soggetti giuridici diversi con competenze differenti.

Con il finanziamento dei progetti l.r. 23/1999 la Regione Lombardia ha inteso dunque promuovere un modello di azione pubblica che spinge alla valorizzazione e responsabilizzazione diretta delle famiglie, chiamate ad associarsi tra di loro e a proporre e realizzare progetti in risposta alle proprie esigenze. L'esperienza sviluppata, se ha visto come fondamento il sostegno alla famiglia (lasciando la possibilità alle famiglie stesse o alle organizzazioni del privato sociale a esse più prossime di inventare e sperimentare servizi) ha contribuito anche con gli anni, grazie ad un investimento verso linee di intervento differenziate di anno in anno ([14]), alla costruzione e alla trasferibilità di buone prassi.

In termini, quindi, di sperimentazione e poi di consolidamento di modelli di intervento si cita come la particolare attenzione posta nel corso degli anni al potenziamento dei servizi per la prima infanzia abbia visto nascere nell'ambito della l.r. 23 l'esperienza dei nidi famiglia, successivamente assunti a servizi stabili della rete di offerta regionale.

La tabella 20.1 illustra una sintesi delle principali caratteristiche dei progetti sperimentali e innovativi che abbiamo incluso all'interno di questa tipologia.

20.2.2. *L'implementazione di progetti sperimentali e innovativi a supporto della costruzione e validazione di modelli nella non autosufficienza*

Il maggiore orientamento verso la costruzione e validazione di modelli che siano trasferibili e generalizzabili in altri contesti trova un importante banco di prova, in particolare per quanto riguarda le progettualità di tipo prettamente socio-sanitario, nella non autosufficienza.

L'accento che pongono queste esperienze, infatti, è prevalentemente orientato verso la sperimentazione di proposte e pratiche di intervento innovative da applicare e diffondere tra le reti e i servizi territoriali già presenti.

Forniamo anche in questo caso una sintesi delle esperienze più significative, illustrandone le principali caratteristiche.

([13]) Per una disanima più precisa e dettagliata relativamente alla l.r. 23/1999 si rimanda alla lettura del Capitolo 17 di Roberta Bonini.

([14]) Cfr. tabella 20.1.

20.2.2.1. Una sintesi delle esperienze

La legislatura 2005-2010 ha visto nel 2006, con la realizzazione della pubblicazione "In-Formazione Alzheimer. Alla ricerca di nuove connessioni nella rete lombarda dei servizi alle demenze" ([15]) la chiusura del progetto di ricerca in tema di demenze, avviato nel 2000 in risposta al bando del Ministero della Salute relativo ai progetti strategici di ricerca sull'Alzheimer.

Il percorso sperimentale ha permesso di sviluppare un lavoro di ricerca applicata alla clinica delle demenze ed altresì di identificare prassi innovative nell'organizzazione dei servizi, lavorando sui supporti relazionali, terapeutici e riabilitativi al servizio dei malati e delle loro famiglie.

A partire dal sistema dei servizi già presente e collaudato in Regione, il progetto ha contribuito a modellizzare un percorso per la malattia di Alzheimer, a partire dalle cause fino alla diagnosi, al trattamento ed all'assistenza, modello che si è rivolto non solo al pubblico istituzionale o specializzato ma anche ai pazienti e ai caregiver familiari.

In un'ottica di disseminazione dell'esperienza la ricerca ha quindi pianificato, con il supporto di IReF ([16]), un'offerta formativa specifica su questi temi per estendere a tutto il sistema dei servizi territoriali e residenziali il patrimonio di conoscenze e di esperienze maturato da parte dei soggetti direttamente coinvolti nella sperimentazione. Il progetto formativo ha avuto dunque lo scopo di formare, aggiornare e sostenere i responsabili di servizio e gli operatori che, in struttura o in ambito territoriale, lavorano e si confrontano quotidianamente con persone affette da demenza, e con i loro familiari.

La DG Famiglia in collaborazione con la DG Istruzione, Formazione e Lavoro e con Italia Lavoro S.p.A. ha poi promosso nel 2006 la sperimentazione di un "Modello di incontro domanda/offerta tra famiglie e soggetti da impiegare nell'assistenza familiare a persone non autosufficienti".

Il progetto nella sua globalità si è proposto di realizzare i seguenti obiettivi:

- validare nuove soluzioni organizzative per il mercato dei servizi di cura domiciliare in grado di assicurare trasparenza e qualità sia sul versante della domanda che dell'offerta delle prestazioni;
- promuovere l'occupazione femminile e prevenire fenomeni espulsivi dal mercato del lavoro per le donne impegnate in processi di caregiving, attraverso l'attivazione di nuove tipologie di servizi che permettano alle famiglie di soddisfare il fabbisogno di assistenza domiciliare generica a persone non autosufficienti;
- sviluppare e diffondere attività di incrocio tra domanda e offerta di lavoro attra-

---

([15]) Vedi C. Suardi, *In-Formazione Alzheimer. Alla ricerca di nuove connessioni nella rete lombarda dei servizi alle demenze,* Franco Angeli, Milano, 2007.

([16]) Istituto Regionale lombardo di Formazione per l'amministrazione pubblica (www.irefonline.it).

verso modalità più adatte a questo segmento di lavoro, indirizzando presso gli sportelli di "Occupazione e Servizi alla Persona" le famiglie in cerca di assistenza e le assistenti familiari in cerca di lavoro.

Con tale sperimentazione ci si è proposti di verificare la praticabilità di soluzioni innovative in grado di integrare occupazione stabile e prestazioni di lavoro "accessorio", al fine di assicurare maggiore stabilità e continuità ai percorsi di cura di persone non autosufficienti.

Destinatari della sperimentazione sono stati i lavoratori svantaggiati potenzialmente inseribili nel mercato privato dei servizi alla persona, attraverso l'offerta di servizi e dispositivi di orientamento, bilancio di competenze, formazione e inserimento e le famiglie, supportate nel trovare risposta ai propri bisogni di cura dei componenti non autosufficienti.

Attraverso la sperimentazione è stato possibile definire una modalità organizzativa che ha consentito di fornire alle famiglie ed alle assistenti familiari servizi di tipo amministrativo, fiscale e contrattuale, come risultato tangibile si è registrata l'attivazione sul territorio regionale di 8 sportelli (tre a Milano quindi a Bergamo, Cremona, Sondrio, Gallarate e Varese).

In una prospettiva di scambio e confronto più ampio a livello europeo va, quindi, ricordato come la Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale sia stata partner del progetto "Mhadie – Measuring Health and Disability in Europe", all'interno del VI Programma Quadro di ricerca e sviluppo tecnologico, insieme a 15 Organizzazioni (enti pubblici, istituti scientifici, università, federazioni di tutela della disabilità) appartenenti a dieci nazioni europee.

Il progetto, partito alla fine del 2004, ha evidenziato la possibilità di utilizzare il modello ICF (International Classification of Functioning, cioè la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità) per analizzare e valutare le fonti di dati esistenti sulla disabilità nei diversi paesi partner, nonché per dimostrare l'adeguatezza dell'ICF per la descrizione e la misurazione di modelli relativi alla disabilità su campioni clinici. Nel 2006, in Lombardia, la sperimentazione è stata effettuata dalla Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus attraverso l'applicazione di protocolli comuni di cura e riabilitazione di soggetti disabili in aree cliniche differenti con la finalità di "validare" la metodologia ICF ([17]).

La conclusione della sperimentazione, insieme a quelle realizzate in altri cinque paesi (Repubblica Ceca, Germania, Slovenia, Svezia e Spagna), ha fornito elementi utili per la valutazione del grado di applicabilità di questo sistema in ambito clinico e per l'eventuale valore aggiunto in sede prognostica.

([17]) Viene precisato che i pazienti selezionati sono stati valutati sistematicamente in tre momenti diversi, ovvero: *a)* all'ammissione in clinica o all'inizio del programma riabilitativo, *b)* dopo sei mesi dall'inizio del programma riabilitativo, *c)* dopo tre mesi o alla fine del trattamento.

Ricordiamo, infine, che la Regione, con Dgr VIII/8243 del 22 ottobre 2008 ha ulteriormente incentivato, assegnando risorse aggiuntive agli ambiti, l'utilizzo dei titoli sociali finalizzati a "Progetti sperimentali e interventi di qualificazione del lavoro delle assistenti familiari".

A seguito, infatti, della valutazione di alcune sperimentazioni realizzate in Lombardia, nel corso del 2008 la Direzione ha collaborato con la DG Istruzione, Formazione e Lavoro per l'identificazione di percorsi formativi rivolti a personale destinato all'assistenza familiare, concretizzatosi con il decreto n. 15243 del 17 dicembre 2008 che prevede:

- corsi di base per fornire tutte le competenze necessarie ad occuparsi della persona con diversi gradi di autosufficienza e della gestione della casa;
- corsi di secondo livello per badanti che si occupano o di persone affette da Alzheimer o da Sclerosi Laterale Amiotrofica, questi ultimi in continuità con le altre azioni che la Direzione sta portando avanti per il sostegno alla cura delle persone affette da questa patologia ([18]).

20.2.3. *L'implementazione dei progetti sperimentali e innovativi come attivazione e sviluppo di partenariati*

Dedichiamo questo breve paragrafo a due esperienze progettuali – realizzate nell'ultima legislatura – finalizzate a offrire una risposta all'esigenza di sviluppo e integrazione dei servizi pubblici e privati esistenti sul territorio. Si tratta, come vedremo, di progetti che nascono e si sviluppano con una strategia definita in merito ai destinatari delle proprie azioni (in entrambi i casi adulti in difficoltà/a rischio di esclusione sociale) che inoltre si propongono di agire nella prospettiva di un potenziamento della rete e del raccordo tra i diversi soggetti operanti sul territorio e competenti nell'offrire risposte ai bisogni individuati.

20.2.3.1. Una sintesi delle esperienze

Nei primi mesi del 2006 sono state portate a compimento le attività del progetto "Sperimentazione sportelli in rete: sostegno e accompagnamento educativo agli adulti in difficoltà", approvato dalla Fondazione Cariplo e finanziato, oltre che dalla Fondazione, dalla Regione Lombardia, dal Comune di Brescia e dal Comune di Milano.

Il progetto, finalizzato a contrastare il fenomeno dell'esclusione sociale, ha visto l'apertura di sportelli e la loro messa in rete con i servizi territoriali per l'acco-

---

([18]) Si precisa che sono state altresì definite a livello sperimentale due tipologie di intervento per lo sviluppo del sostegno alla domiciliarietà rivolto a persone affette da malattie dei motoneuroni ed in particolare da Sclerosi Laterale Amiotrofica. Per ulteriori dettagli e approfondimenti cfr. Regione Lombardia – Famiglia e Solidarietà sociale, Bilancio Sociale 2008.

glienza, orientamento e inserimento sociale e occupazionale degli adulti in difficoltà, raggiungendo complessivamente nelle diverse fasi della sua implementazione 2.866 persone.

Si segnala inoltre che, a supporto delle diverse azioni previste, nel 2005 è stato anche svolto un corso di formazione rivolto agli operatori della rete dei servizi del Comune di Brescia e del Comune di Milano e sono state costituite équipe che hanno realizzato interventi attraverso:

- gli sportelli in rete (informazione "accompagnata", progetti di orientamento individualizzati, percorsi di formazione ed educazione al lavoro);
- la promozione di un sistema di rete tra servizi pubblici e del privato sociale;
- la promozione e realizzazione di collaborazioni con il mondo imprenditoriale;
- la promozione e realizzazione di partenariati locali: Comuni, centri sociali decentrati, informagiovani, centri per l'impiego e centri mediazione lavoro, centri di formazione professionale, servizi sociali delle Asl, Nil, privato sociale, fondazioni, imprese.

Si segnala, infine, la sperimentazione del "Progetto In & Out", promossa da Regione Lombardia e realizzata dalla Cooperativa Casa del Giovane di Pavia nella finalità di rispondere all'esigenza di sviluppo e integrazione dei servizi pubblici e privati esistenti sul territorio. Il progetto, attraverso le attività del suo Centro Diurno, ha offerto una risposta ai bisogni primari di accoglienza e di servizi igienici, consentendo altresì la rilevazione della necessità di altri tipi di intervento. Sono così stati intercettati dal servizio adulti con bisogni di prima accoglienza, adulti con disagio psichico, problemi di dipendenza o patologie organiche, adulti con disagio socio-lavorativo-abitativo, adulti di "passaggio". I dati a disposizione relativi ai risultati raggiunti per il 2007 mettono in evidenza un volume di n. 4000 interventi e un'accoglienza di n. 350 persone, così articolata:

- assiduamente si offre prima accoglienza e ascolto a un gruppo di frequentatori che vive prevalentemente in strada e che si trova in condizioni di forte disagio sociale e di marginalità;
- quotidianamente si forniscono prestazioni ad alcune persone in carico ai servizi specifici (CPS, SerT, Servizio Sociale Adulti, medici di base, servizi sanitari specialistici) la cui presa in carico per "In & Out" ha richiesto un costante collegamento con gli operatori dei servizi sociali competenti;
- inoltre si effettuano colloqui con persone in carico ai servizi sociali che faticano a rispettare i programmi, la terapia e gli appuntamenti; a tali utenti è stato offerto un intervento consistente di supporto attraverso colloqui e riaggancio ai Servizi, in stretto collegamento/cooperazione con questi.

Tabella 20.1 - I progetti sperimentali e innovativi in Regione Lombardia – Una sintesi [19] [20] [21]

Titolo esperienza	Periodo di riferimento	Breve descrizione/finalità	Beneficiari dei finanziamenti	Destinatari delle azioni progettuali
Progetti sperimentali e innovativi di sviluppo di partenariati e costruzione e validazione di modelli e prassi condivise				
Equal-Iniziativa Comunitaria per le Risorse Umane (Fase I e Fase II) ([19])	2000-2006	Finanziamento di progetti aventi come finalità: superamento delle situazioni di discriminazione e di difficoltà di accesso e permanenza nel mercato del lavoro, favorendo l'inclusione sociale. Gli interventi finanziati ruotavano sostanzialmente intorno a quattro assi principali, ovvero: ***a)*** *creare le condizioni per l'inserimento lavorativo dei soggetti più deboli sul mercato;* ***b)*** *rafforzare l'economia sociale nelle direzioni della sostenibilità e della qualità delle imprese e dei servizi;* ***c)*** *utilizzare la leva della formazione continua per combattere le discriminazioni e le disuguaglianze di trattamento nel mercato del lavoro;* ***d)*** *contrastare i meccanismi di segregazione verticale e orizzontale e promuovere nuove politiche dei tempi.*	Per la Fase I: 18 progetti Per la Fase II: 28 progetti ([20])	■ Soggetti che non presentano discriminanti; ■ Migranti e minoranze etniche; ■ Disabili fisici e psichici; ■ Tossicodipendenti ed ex tossicodipendenti; ■ Senzatetto; ■ Detenuti ed ex detenuti.
Bando per la realizzazione di progetti finalizzati alla promozione di coesione sociale in quartieri periferici disagiati del Comune di Milano e dell'Area Metropolitana Milanese (Dgr 8/2011 del 1/3/2006)	2006-2008	Finanziamento di progetti aventi come finalità: aumentare il grado di *coesione sociale* e valorizzare la messa in comune del patrimonio conoscitivo dei soggetti attivi sul territorio. Queste le strategie identificate: a) *Innovazione; b) Sperimentazione, c) Empowerment di comunità, d) Confronto e mainstreaming, e) Sostenibilità.*	*"Arcipelago mazzini"*, promosso da "La Strada" e *"Spazi di relazione per lo sviluppo locale"*, promosso da "Acli Lombardia" ([21])	Gli abitanti di due quartieri dell'Area Metropolitana Milanese: ■ Quartiere Mazzini ■ Quarto Oggiaro

(*segue*)

([19]) Per un maggior approfondimento si suggerisce la lettura di IReR (2008b), *Valutazione del programma di iniziative comunitaria Equal e del suo impatto sullo sviluppo locale – Fase II. Sperimentazione del set di indicatori di impatto sullo sviluppo locale individuato sulla base dei PIC Equal*, Rapporto finale di ricerca.

([20]) Si precisa che per la Fase I, riferita al periodo 2001-2003, le risorse stanziate sono pari a € 31.343.366 mentre per la Fase II, riferita al periodo 2004-2006, sono pari a € 33.179.007,30.

([21]) Si precisa che le risorse complessivamente stanziate nel biennio per entrambi i progetti sono state pari a € 1.500.000.

Titolo esperienza	Periodo di riferimento	Breve descrizione/finalità	Beneficiari dei finanziamenti	Destinatari delle azioni progettuali
Housing sociale per le famiglie con difficoltà abitative	2005-2006	Finalità: sperimentazione di un approccio di rete nell'affrontare i temi dello svantaggio abitativo, socio-economico e di integrazione sociale attraverso la possibilità di coniugare azioni tipicamente assistenziali con interventi promozionali tendenti alla responsabilizzazione e all'autonomizzazione dei soggetti in difficoltà.	Comune di Vigevano (22)	14 nuclei familiari
"Bando per la promozione di iniziative sperimentali per sviluppare una rete di interventi e opportunità a favore delle persone autistiche e delle loro famiglie" (Dgr 6635 del 20.2.2008)	2008-2010	Finalità: sperimentazione di nuove strategie e buone prassi che assicurino una risposta continuativa e non frammentata ai diversi bisogni del soggetto autistico e della sua famiglia in tutte le fasi di vita attraverso la costruzione di partenariati guidati dall'Azienda sanitaria locale.	Progetto *"O.R.M.A."* dell'Asl di Cremona; Progetto *"Rete autismo"* dell'Asl Milano 1; Progetto *"Fare rete"* dell'Asl di Monza-Brianza (23).	Soggetti autistici e le loro famiglie
Bando politiche regionali per la famiglia (l.r. 23/1999)	Finanziamento annuale (dal 2000)	Finalità: promozione di progetti innovativi a favore della famiglia valorizzando il costituirsi di partnership tra soggetti giuridici diversi con competenze differenti. Per l'anno 2009 lo stanziamento previsto è a sostegno di: 1. azioni innovative di potenziamento degli asili nido e dei servizi per la prima infanzia (nidi, micronidi, nidi-famiglia e centri prima infanzia) secondo gli standard qualitativi e organizzativi definiti dalla Regione Lombardia; 2. azioni di contrasto al fenomeno della dispersione scolastica; 3. attivazione di esperienze di associazionismo sociale, atto a favorire il mutuo aiuto nel lavoro domestico o di cura familiare, anche mediante l'organizzazione di banche del tempo; 4. iniziative di sensibilizzazione e formazione rivolte alle famiglie in relazione ai loro compiti educativi e sociali, finalizzate alla prevenzione del disagio e dei fattori sociali di rischio.	Possono beneficiare dei finanziamenti (24): ■ associazioni di solidarietà familiare ■ organizzazioni di volontariato ■ associazioni senza scopo di lucro e quelle di promozione sociale ■ cooperative sociali ■ enti privati con personalità giuridica riconosciuta ■ enti ecclesiastici con personalità giuridica riconosciuta ■ associazioni femminili iscritte all'Albo regionale.	Famiglie e associazionismo familiare

(*segue*)

(22) Il progetto è stato realizzato in partnership e con il cofinanziamento di € 258.228,45 della Fondazione Cariplo per un costo del progetto stimato in € 393.060,25.

(23) Si precisa che le risorse complessivamente stanziate nel biennio per i tre progetti sono state pari a € 700.000.

(24) Si precisa che lo stanziamento complessivamente previsto è pari a € 7 milioni per l'anno 2009.

Titolo esperienza	Periodo di riferimento	Breve descrizione/finalità	Beneficiari dei finanziamenti	Destinatari delle azioni progettuali
Progetti sperimentali e innovativi a supporto della costruzione e validazione di modelli nella non autosufficienza				
Progetto Alzheimer	2000-2006	*Finalità:* identificazione, attraverso un lavoro di ricerca applicata alla clinica delle demenze, di prassi innovative nell'organizzazione dei servizi terapeutici e riabilitativi al servizio dei malati e delle loro famiglie.	Regione Lombardia	Malati di Alzheimer e le loro famiglie
"Progetto sperimentale per la realizzazione di un modello di incontro domanda/offerta tra famiglie e soggetti da impiegare nell'assistenza familiare a persone non autosuffi cienti"	Avviato nel 2006	*Finalità:* validazione di nuove soluzioni organizzative per il mercato dei servizi di cura domiciliare.	Rete dei servizi territoriali	Lavoratori svantaggiati inseribili nel mercato privato dei servizi alla persona
"Mhadie – Measuring Health adn Disability in Europe"	2004-2006	*Finalità:* analizzare l'applicabilità del modello di classificazione internazionale ICF (International Classification of Functioning) per la descrizione e misurazione della disabilità.	Regione Lombardia, Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus in partenariato con organizzazioni nazionali ed europee	Persone con disabilità
Progetti sperimentali e innovativi per l'attivazione e sviluppo di partenariati				
"Progetto In & Out"	2007-2008	*Finalità:* offrire una risposta ai bisogni primari di accoglienza sviluppando l'integrazione dei servi i pubblici e privati esistenti sul territorio	Cooperativa Casa del Giovane di Pavia ([25])	Giovani, adulti, minori e nuclei familiari
"Sperimentazione sportelli in rete: sostegno e accompagnamento educativo agli adulti in difficoltà"	2005-2006	*Finalità:* contrastare il fenomeno dell'esclusione sociale attraverso la messa in rete dei servizi per l'accoglienza, orientamento e inserimento sociale e occupazionale degli adulti in difficoltà.	Rete dei servizi territoriali	Adulti in difficoltà sociale e occupazionale

([25]) Si precisa che le risorse complessivamente stanziate sono state pari € 158.088.

20.3. Una lettura trasversale delle esperienze

I dati e le considerazioni riportate nelle pagine precedenti stimolano alcune riflessioni di ordine trasversale rispetto all'esperienza dei progetti sperimentali e innovativi nel corso dell'ultima legislatura. Ne sintetizziamo in questo paragrafo le principali facendo riferimento ad alcune delle dimensioni valutative che accompagnano il percorso del volume (cfr. Capitolo 2).

20.3.1. *Valorizzazione del Terzo Settore*

L'intenzione regionale di affermare prassi di sussidiarietà orizzontale ha trovato una sua strada nei nuovi bandi orientati a una valorizzazione delle specificità territoriali e soprattutto del Terzo Settore. Esempi significativi in questo senso sono sia il Bando coesione che il Bando autismo, il primo noto per aver promosso la costruzione di partenariati con capofila appunto un soggetto del Terzo Settore, il secondo per aver proposto la costruzione di partenariati con capofila Asl ma valorizzando le formazioni miste e la compartecipazione tra più soggetti.

Un primo esito in questa direzione è stato quello di vedere come il Terzo Settore a livello locale abbia ormai consolidato una prassi di lavoro "per progetti", confrontandosi sempre di più con le esperienze di programmazione locale promosse e coordinate dall'Asl in ambito socio-sanitario e sociale (sebbene indubbiamente in tale prassi il Terzo Settore sia stato anche supportato dalla normativa regionale che ha introdotto l'istituzione del Tavolo di consultazione dei soggetti del Terzo Settore e da quella dei Tavoli periodici del Piano di Zona ([26])).

L'esperienza dei progetti sperimentali mette in luce, dunque, un modo innovativo di lavorare integrando le competenze e il know-how di una molteplicità di soggetti attraverso lo sviluppo di partenariati in cui il Terzo Settore assume un ruolo sempre più crescente. Quella che tende, però, ancora a predominare è la forte capacità del Terzo Settore come soggetto erogatore, competente ma pur sempre in ambiti di intervento molto specifici e settoriali, come l'ambito dei servizi socio-sanitari per quanto riguarda la non autosufficienza ma anche i servizi sociali ed educativi (quali ad esempio quelli rivolti ai soggetti autistici) e le azioni messe in campo in risposta ai bisogni primari di accoglienza rivolti agli adulti a rischio di esclusione sociale.

È nei progetti e nelle esperienze che aprono all'integrazione tra più settori (quali ad esempio la coesione sociale) che lo scenario si complessifica, rendendo più visibile la necessità di integrare alla funzione di erogazione una maggiore capacità programmatoria da giocarsi proprio nelle sedi di confronto con gli altri attori sociali, anche in virtù della consolidata esperienza acquisita in specifici ambiti di intervento.

([26]) Cfr. Dgr VIII/7797 e Dgr VIII/7798 del 30 luglio 2008.

Sebbene siano previsti, come è noto, luoghi deputati alla partecipazione del Terzo Settore, andrebbe comunque presidiato il rischio che non rappresentino solo dei contenitori e che vengano a mancare le connessioni tra i diversi livelli di consultazione, quali Regione, Asl e zone (cfr. Capitolo 6 di Avanzini e Ghetti).

Nello sviluppo di partenariati con il Terzo Settore, finalizzati alla costruzione e validazione di buone prassi e modelli condivisi, rimangono inoltre aperti alcuni interrogativi:

- È sufficiente che un partenariato si formi e manifesti interesse a lavorare insieme perché poi si riesca effettivamente a lavorare congiuntamente?

Nell'attuale situazione di carenza ormai cronica di risorse disponibili si mette sempre più in evidenza in alcuni contesti la necessità di costruire partenariati misti, spesso con il coinvolgimento di un ampio numero di soggetti con la presunzione che "l'unione fa la forza". L'interesse e la volontà a lavorare congiuntamente intorno ad un oggetto di lavoro condiviso è tuttavia solo un primo passaggio, seppur propedeutico, che richiede alcune azioni di supporto. L'analisi condotta sulle iniziative sperimentali mette in particolar modo in evidenza la necessità della costituzione di una Cabina di regia stabile che governi gli scambi e le collaborazioni tra i diversi partner, effettuando delle distinzioni a seconda delle competenze di ciascuno ma con una co-responsabilizzazione diffusa. La valutazione condotta nell'ambito dei progetti finanziati tramite il Bando Coesione ha messo in evidenza, infatti, delle forti difficoltà nel mantenere attivo il dialogo e il raccordo tra i diversi partner, in particolare nel caso di partenariati numerosi e quando la struttura di governo di cui ci si è dotati privilegia una partecipazione su base ampia (quale ad esempio può essere un'Assemblea dei partner) ad una funzione più direttiva e di coordinamento (quale ad esempio un Comitato tecnico – operativo). Il rischio in questo senso è che ciascun soggetto prosegua autonomamente nella realizzazione delle attività di cui è responsabile, integrandosi a fatica con quanto messo in campo dagli altri e senza una visione complessiva del progetto di cui fa parte. La consapevolezza da parte della Regione di queste potenziali fragilità si è tradotta nelle esperienze analizzate in un attento lavoro di negoziazione con i progetti verso l'opportunità dell'adozione di una regia più forte. Ciò nonostante tali indicazioni hanno fatto fatica ad essere recepite ed interiorizzate: è stata in particolare proprio la breve durata di queste esperienze che ha fatto sì che i meccanismi correttivi adottati, in un contesto lo ricordiamo complesso e con la presenza di una molteplicità di soggetti, facessero fatica nell'offrire risultati visibili fin nel breve periodo.

- Riuscire a lavorare congiuntamente si traduce necessariamente nell'adozione e condivisione di un modello di intervento comune?

Parafrasando il concetto della coesione sociale possiamo affermare che la coesione intorno alla necessità di lavorare insieme non si traduce necessariamente in coesione intorno ad un modello di intervento comune. A supporto di ciò si consideri come la valutazione in itinere per quanto riguarda i progetti finanziati attraverso il

bando autismo mostra come la definizione e costruzione di un modello di intervento comune nell'ambito delle iniziative rivolte ai soggetti autistici e alle loro famiglie incontri difficoltà e resistenze anche nei contesti in cui il partenariato è più coeso e abituato a lavorare insieme, richiedendo un periodico lavoro di confronto e condivisione. Una soluzione raggiunta dai progetti al fine di garantire l'adozione di un modello comune è quella di ricorrere alla stipula di protocolli di intesa: anche laddove ciò si è verificato si è comunque trattato di protocolli firmati da una rappresentanza di partner con delle evidenti difficoltà nella estensione delle adesioni a tutto il partenariato.

20.3.2. *Effetti sugli utenti*

È opportuno riconoscere che l'esperienza dei progetti sperimentali e innovativi in Regione Lombardia ha contribuito a cristallizzare nuove prassi e metodologie di lavoro, agendo verso una razionalizzazione e sistematizzazione di quanto già presente, sia in termini di know how e competenze tecniche e specialistiche, che di rete dei servizi esistenti, riuscendo a lavorare meglio sulla conoscenza del bisogno e sulle rispettive modalità di risposta.

Rispetto ad una migliore conoscenza del bisogno si richiama ad esempio come gli studi e le ricerche che hanno accompagnato l'implementazione dei progetti del Bando coesione e del Bando autismo hanno contribuito a meglio definire gli orientamenti da seguire per le proprie azioni progettuali:

– nel primo caso, attraverso la concettualizzazione stessa della coesione sociale e la conseguente esplicitazione delle aree di intervento su cui impostare le proprie azioni progettuali, sottolineando l'attenzione verso la creazione e promozione di diverse forme di rappresentanza e di partecipazione alla presa delle decizioni da parte delle famiglie e dei singoli, nonché l'orientamento verso politiche orientate alla mediazione dei conflitti ([27]);

– nel secondo caso, mettendo in evidenza l'opportunità di lavorare e investire in particolare sul versante della continuità assistenziale e della costruzione di progetti personalizzati e strumenti di assessment, affinché le famiglie vengano accompagnate nella presa in carico dei propri familiari autistici specialmente nella delicata fase dell'età evolutiva e del passaggio alla vita adulta.

Dal punto di vista delle modalità di risposta al bisogno è da sottolineare il lavoro di modellizzazione condotto nell'ambito della non autosufficienza ma anche l'incentivazione verso la costruzione di sportelli che agevolino l'incontro tra domanda e offerta: è il caso questo sia degli sportelli di "Occupazione e Servizi alla persona" rivolti alle famiglie in cerca di assistenza e alle assistenti familiari in cerca di lavoro

([27]) IReR (2007), *op. cit.*

che degli sportelli in rete per il sostegno e accompagnamento educativo agli adulti in difficoltà.

Una caratteristica che, inoltre, è possibile identificare trasversalmente nelle progettualità analizzate è la strategia adottata nei confronti delle famiglie destinatarie delle azioni progettuali, basata su un orientamento "workfare" e "learnfare", volto alla promozione del diritto di cittadinanza e all'attivazione delle "capabilities". Basti pensare anche solo al richiamo presente all'interno del Bando coesione, ovvero che "le stesse famiglie e gli stessi soggetti indicati come beneficiari finali sono chiamati ad essere parte attiva e possono essere partner di progetto, attraverso le forme consolidate delle loro associazioni" ([28]). Un riscontro positivo in questo senso si è potuto registrare nell'attivazione delle risorse locali che è cominciata a concretizzarsi, seppur lentamente, nel contesto circoscritto del Quartiere Mazzini con l'attivazione di gruppi che hanno promosso e co-progettato con gli operatori una serie di iniziative pubbliche (ad esempio si segnala il progetto "Il giardino delle Iniziative", la Ricognizione Sociale del Laboratorio di Quartiere, i gruppi di progettazione del Laboratorio di Quartiere, l'iniziativa promossa all'interno della festa in piazza prevista per Settembre 2008 denominata "I cortili si presentano") ma va sottolineata anche la spinta al coinvolgimento e all'attivazione in prima persona delle famiglie e dell'associazionismo familiare nell'ambito dei progetti Bando autismo, i cui esiti sono tutt'ora in fase di valutazione.

Si consideri, tuttavia, che questa spinta verso una progressiva autonomizzazione e responsabilizzazione delle famiglie necessita di un arco temporale di più ampio respiro per poter essere valutata nelle sue ricadute. Tale approccio si scontra, infatti, con un'inclinazione delle stesse verso la ricerca di soluzioni facilmente reperibili ed efficacemente rispondenti nell'immediato al proprio bisogno. Il superamento di tali aspettative e il raggiungimento di un maggior protagonismo degli individui e delle famiglie, affinché possano acquisire maggiore consapevolezza rispetto alle proprie risorse, richiede di un forte raccordo e una forte coerenza tra le diverse strategie messe in atto da ciascun soggetto impegnato nella realizzazione degli interventi loro rivolti.

Un'altra riflessione va quindi dedicata a quanto i progetti sperimentali sono riusciti nell'obiettivo di far acquisire alle famiglie una maggiore consapevolezza della rete dei servizi presenti: se la possibilità di investire risorse, in un circoscritto arco temporale e con una precisa finalità, consente di dare un forte input in termini di spinta alla costruzione di partenariati e costruzione e validazione di modelli di intervento, coloro che rappresentano i beneficiari finali di questo "impianto strategico" fanno ancora molta fatica a cogliere l'esistenza di un "sistema che ruota intorno a loro".

([28]) Cfr. Dgr VIII/2011 del 1° marzo 2006.

L'obiettivo regionale di ridurre, in particolare attraverso il sostegno al Terzo Settore, la distanza tra i servizi e i cittadini, è soprattutto nel lungo periodo che può dare dei risultati più visibili. Le famiglie e i singoli beneficiari intercettati hanno trovato una risposta specializzata, in particolare in termini di accompagnamento all'inserimento sociale e lavorativo (vedi l'Iniziativa comunitaria Equal, alcune iniziative promosse nell'ambito dei progetti coesione, la sperimentazione degli sportelli di "Occupazione e servizi alla persona", gli sportelli in rete per il sostegno e accompagnamento educativo agli adulti in difficoltà, il progetto "In & Out") ma il feedback raccolto in occasione dei momenti calendarizzati di scambio e confronto mette in luce delle difficoltà nel cogliere la presenza della rete dei servizi che vi sta dietro. C'è consapevolezza relativamente al prodotto finale e al risultato più tangibile (si pensi ad esempio ai percorsi di sostegno alla genitorialità, agli interventi educativi e psicopedagogici rivolti ai minori devianti per quanto riguarda i progetti coesione ma anche ai percorsi formativi per la qualificazione delle competenze delle assistenti familiari) ma proprio per il fatto di trattarsi di iniziative *ad hoc*, seppur di qualità, spesso la percezione è che siano delle "meteore", svincolate da una programmazione più complessiva. Lasciamo aperti anche in questo caso alcuni degli interrogativi che potrebbero essere oggetto a livello regionale di una valutazione più approfondita:

– Le famiglie dei ragazzi e degli adulti autistici sono in grado di cogliere che dietro al percorso di accompagnamento e supporto che le vede coinvolte c'è un pensiero più ampio rispetto ad un modello di intervento più funzionale ed efficace per andare incontro ai loro bisogni e che sia trasferibile in termini più ampi nell'ambito della disabilità?

– Quanto e in che termini le famiglie con familiari affetti da Alzheimer o da Sla sono a conoscenza che la Regione promuove dei percorsi formativi rivolti al personale destinato all'assistenza domiciliare?

20.3.3. *Valorizzazione delle figure professionali*

L'interesse nei confronti della formazione, trasversale alle diverse progettualità finanziate, ha rappresentato un passaggio importante verso la valorizzazione dei ruoli e delle figure professionali coinvolte, in particolar modo per quanto riguarda gli operatori che lavorano a stretto contatto con le categorie svantaggiate, a cui sono state destinate la maggior parte delle esperienze qui analizzate.

La valorizzazione delle figure professionali va anche intesa in termini di riconoscimento e valorizzazione di nuove professionalità. Si pensi in questo senso al lavoro che è stato fatto nell'ambito dei "Progetti sperimentali e interventi di qualificazione del lavoro delle assistenti familiari", assistenti familiari con un ruolo in continua crescita nel panorama del lavoro di cura e che anche i progetti sperimentali analizzati in questo capitolo, in particolare quelli a supporto della costruzione e validazione di modelli nella non autosufficienza, hanno contribuito a valorizzare.

Va inoltre riconosciuto il merito che queste esperienze detengono nel produr-

re sensibilizzazione e apprendimento negli attori coinvolti, sia attraverso la realizzazione di momenti di confronto e condivisione interni allo staff regionale, che attraverso la promozione di momenti formativi e seminariali rivolti agli attori territoriali, sia protagonisti diretti dei progetti, che esterni ma interessati al loro sviluppo, come riportato ad esempio per quanto riguarda l'esperienza del "Progetto Alzheimer" e il progetto del "Bando autismo".

Si richiama, tuttavia, l'attenzione affinché tali iniziative siano complementari e non suppletive di altri interventi. La percezione è, infatti, che per alcuni dei progetti analizzati, sia avviati che in corso, l'aspettativa è che sia sufficiente che vengano condotte attività formative affinché il sapere e le maggiori conoscenze si diffondano e si disseminino tra i diversi soggetti coinvolti. La costruzione di modelli di intervento passa sì dalla costruzione di una conoscenza condivisa, ma la valutazione dei progetti per il Bando autismo mette in rilevo come non basti prevedere dei percorsi formativi finalizzati alla costruzione di strumenti di lavoro specifici se è mancato a monte un percorso di sedimentazione di un linguaggio e di un glossario comune o un'attenta analisi del fabbisogno formativo. Accanto dunque alla riconosciuta importanza di investire nella valorizzazione delle risorse professionali attraverso la promozione di momenti formativi *ad hoc*, si sottolinea l'importanza di accompagnarne e monitorarne con attenzione le successive ricadute in termini sia di effettivo accrescimento delle competenze dei beneficiari della formazione e di congruenza dei percorsi con i bisogni formativi, che di quanto e in che modo le maggiori competenze professionali acquisite abbiano avuto un impatto sui beneficiari finali a cui vengono indirizzate le proprie azioni (si pensi in questo senso alle famiglie con familiari autistici, affetti da Alzheimer o da Sclerosi Laterale Amiotrofica ma anche a tutta la fascia di adulti e famiglie a rischio di esclusione sociale in vario modo intercettati dalle diverse iniziative implementate e in corso).

20.3.4. *Considerazioni di sintesi*

L'avvio relativamente recente di queste esperienze e la conseguente esiguità dei dati a disposizione per un'analisi longitudinale rende prematura un'analisi più complessiva in termini di impatto dei progetti sperimentali sul sistema di *policies* lombardo.

Se, come abbiamo visto, si è trattato di esperienze "*ad hoc*" e contingentate nel tempo, vi sono comunque dei forti aspetti di coerenza con le linee di indirizzo adottate a livello regionale, quali la valorizzazione del Terzo Settore, la spinta verso la progressiva autonomizzazione e responsabilizzazione dei singoli e la valorizzazione delle figure professionali.

L'analisi condotta ha messo in evidenza una buona capacità regionale di apprendere da queste esperienze e altresì di investire in quanto appreso, in particolare in termini di processo e governo del sistema e potenziale trasferibilità in altri ambiti di intervento:

– L'attenzione verso la costruzione e lo sviluppo di partenariati ha rappresentato un'opportunità a livello regionale per avviare un'analisi più complessiva in merito alla loro conduzione, pensando in particolar modo al ruolo dell'Asl, ma anche agli eventuali strumenti utili a livello regionale, come ad esempio gli schemi di convenzione per la gestione di servizi socio – sanitari, sociali ed educativi, costruiti anche grazie all'esperienza portata avanti nell'ambito dell'Iniziativa Comunitaria Equal. Il presidio della rete ha permesso alla DG Famiglia di iniziare a candidarsi nel costruire reti anche "al di fuori" del contesto lombardo e nazionale, partecipando con partnership internazionali a programmi europei. Si sta assistendo così ad un'evoluzione della strategia della "cooperazione decentrata", che si traduce non solo nel trasferire il proprio modello ma anche nel mettersi in relazione con le altre realtà, in una prospettiva di scambio reciproco. A livello di "governo regionale" è cresciuta la consapevolezza che per raggiungere obiettivi di integrazione rilevanti è necessario in primo luogo "essere coesi" al proprio interno. Una prima ricaduta che si è potuta registrare in questo senso è stata quella della connessione tra le diverse politiche: si pensi all'esperienza dei Contratti di quartiere promossi dalla DG Casa anche sull'onda delle progettazioni innovative finanziate con il bando coesione e la collaborazione della DG Famiglia con la DG Istruzione, Formazione e Lavoro per la sperimentazione del modello di incontro domanda/offerta nell'assistenza domiciliare nonché per l'identificazione dei percorsi formativi rivolti al personale destinato all'assistenza domiciliare. Nelle sperimentazioni promosse in questa legislatura si è assistito ad un ulteriore sviluppo in termini di ruolo di governo per la Regione, la quale si è posta non più esclusivamente come ente promotore ed erogatore di finanziamenti ma anche come soggetto attivo e propositivo nelle relazioni con i progettisti fruitori dei finanziamenti regionali, funzione che si è sviluppata in particolare attraverso i periodici momenti di confronto interno sul tema della valutazione.

– L'attenzione verso la modellizzazione ha consentito e sta consentendo di ampliare il raggio di azione dei progetti sperimentali ad altri contesti di intervento, in particolare per quanto riguarda la disabilità e la non autosufficienza. È stato già sottolineato come l'investimento regionale nei progetti sull'autismo vuole contribuire a estendere gli apprendimenti sui modelli di intervento nel panorama più ampio della disabilità, ma si richiama anche, tra le altre esperienze citate, come il progetto sperimentale sulla modellizzazione di un percorso per la malattia di Alzheimer ha permesso di sviluppare un lavoro di ricerca applicata alla clinica delle demenze e l'identificazione di prassi innovative nell'organizzazione dei servizi. Modellizzazione che cerca dunque una sua prosecuzione e un trasferimento nella programmazione ordinaria ma con qualche difficoltà per quanto riguarda le esperienze più settoriali implementate per quanto concerne l'area del disagio che, seppur di successo, rimangono comunque sperimentazioni che non risultano ancora accolte a pieno titolo nelle politiche a regime in cui potrebbero collocarsi, ovvero nell'area emarginazione (cfr. Capitolo di Mesini e Dessi).

Provando a identificare alcune possibili direttrici di sviluppo, possiamo sottolineare l'importanza di proseguire nel collegamento tra le azioni sperimentali e innovative e la programmazione locale. La progettazione sperimentale è cominciata ad entrare, seppur lentamente, nella programmazione ordinaria, contribuendo a consolidare orientamenti di culture professionali già da tempo presenti, ed occorrerebbe proseguire su questa strada incrociandosi sempre più con gli strumenti di altre politiche, sulla scorta di quanto si è cominciato ad avviare. Se è a partire dalla l.23 che si è voluto che il Terzo Settore acquistasse una sua "dignità" come interlocutore nella programmazione, a partire dalla sua forte posizione come soggetto gestore ed erogatore, è a livello locale che si dovrebbe aprire un confronto su come integrare le connessioni attivatesi. In questa direzione potrebbe essere interessante andare verso l'assunzione di una "buona prassi di attivazione e promozione", stimolando gli ambiti territoriali attraverso un sistema di incentivazione alla progettazione sperimentale come valida opportunità per offrire una risposta a bisogni specifici ed emergenti dei territori per i quali non si è ancora efficacemente attrezzati. Tale modalità dovrebbe consentire di tenere alta la tensione in ogni zona verso non solo il consolidamento del sistema ed il suo miglioramento, ma anche verso la sua innovazione e la sperimentazione di nuove soluzioni ai bisogni sociali emergenti.

Qualche considerazione, infine, per quanto riguarda la "modellizzazione" e la valutazione:

– il forte riconoscimento nell'importanza dell'identificazione di modelli potrebbe essere canalizzato anche nel verificare se i modelli costruiti e validati sono poi effettivamente utilizzati. Un'attenzione in questo senso potrebbe essere, oltre che verso la valutazione, anche verso un "follow up" che consenta alla Regione di registrare, a distanza dalla loro implementazione, le ricadute che gli interventi finanziati hanno effettivamente avuto sul territorio, in particolare in termini di replicabilità e trasferibilità;

– affinché la pratica valutativa non si riduca ad una semplice concezione della "valutazione come controllo", si riconosce la necessità di estenderne la diffusione affinché diventi pratica condivisa e consenta di introdurre progressivamente prassi di valutazione dell'efficacia e non solo dell'efficienza, fornendo risposte anche in relazione a quanto le risorse complessivamente stanziate hanno contribuito a generare in termini di vantaggi per i cittadini e di sviluppo delle politiche sociali lombarde.

Bibliografia

De Ambrogio U., Dessi C., Ghetti V., Gregorio D., *La valutazione di progetti per la promozione della coesione sociale: analisi di un'esperienza*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 20, 15 novembre 2009.

Irer (2007), *Osservatorio regionale esclusione sociale. Città e famiglia. I bisogni delle famiglie nelle periferie metropolitane (I fase)*, Rapporto finale di ricerca.

IRER (2008a), *Osservatorio regionale esclusione sociale. Approfondimenti tematici. Città e famiglia. I bisogni delle famiglie nelle periferie metropolitane (II fase)*, Rapporto finale di ricerca.

IRER (2008b), *Valutazione del programma di iniziative comunitaria Equal e del suo impatto sullo sviluppo locale – Fase II. Sperimentazione del set di indicatori di impatto sullo sviluppo locale individuato sulla base dei PIC Equal,* Rapporto finale di ricerca.

IRER (2009a), *Lombardia 2010. Società, governo e sviluppo del sistema lombardo,* Rapporto di legislatura.

IRER (2009b), *Servizi in rete in risposta all'autismo. Valutare le iniziative sperimentali a favore delle persone autistiche e delle loro famiglie (I fase),* Rapporto finale di ricerca.

FAZZONE U. (a cura di), *Le famiglie davanti all'autismo. Approfondimenti e proposte per un cambiamento*, Guerini e Associati, Milano, 2008.

LUPPI M. (a cura di), *Coesione sociale nella città. Azioni e relazioni nell'esperienza di due quartieri di Milano*, Guerini Associati, Milano, 2009.

REGIONE LOMBARDIA - FAMIGLIA E SOLIDARIETÀ SOCIALE, Bilancio Sociale 2005.

REGIONE LOMBARDIA - FAMIGLIA E SOLIDARIETÀ SOCIALE, Bilancio Sociale 2006.

REGIONE LOMBARDIA - FAMIGLIA E SOLIDARIETÀ SOCIALE, Bilancio Sociale 2007.

REGIONE LOMBARDIA - FAMIGLIA E SOLIDARIETÀ SOCIALE, Bilancio Sociale 2008.

SUARDI C., *In-Formazione Alzheimer. Alla ricerca di nuove connessioni nella rete lombarda dei servizi alle demenze,* Franco Angeli, Milano, 2007.

Parte quarta
Un bilancio complessivo

21. **Come cambia il welfare lombardo?** ([1])

Cristiano Gori

21.1. L'eredità della riforma

Il capitolo propone una disamina complessiva della riforma delle politiche sociali ([2]) realizzata dall'amministrazione regionale nel decennio 2000-2010. Mentre i contributi precedenti hanno discusso specifici interventi e singoli temi, qui riprendo i loro risultati al fine di proporre un bilancio globale dell'esperienza lombarda ([3]).

Come specificato nell'Introduzione, il volume si è posto il duplice obiettivo di condurre un'analisi della legislatura 2005-2010 e di realizzare un esame d'insieme della riforma lombarda ([4]). Mentre lavoravamo, però, i due obiettivi sono progressivamente diventati tutt'uno perché – nella gran parte dei casi – gli interventi realizza-

---

([1]) Desidero ringraziare Katja Avanzini, Ugo De Ambrogio, Carla Dessi, Valentina Ghetti, Fabrizio Giunco, Sonia Guarino, Giovanbattista Guerrini, Daniela Mesini, Laura Pelliccia ed Emanuele Ranci Ortigosa per le osservazioni e i commenti a precedenti versioni del capitolo. Un particolare ringraziamento va a Rosemarie Tidoli per il prezioso aiuto nella definizione dei contenuti del contributo così come nella messa a punto della sua forma. La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente mia.

([2]) Nel volume abbiamo definito "politiche sociali" l'insieme di servizi e interventi – di titolarità di Comuni e Asl – erogati al fine di alleviare, rimuovere o prevenire condizioni di disagio e/o mancanza di autonomia; in concreto, ci si riferisce ai servizi socio-sanitari delle Asl e ai servizi sociali e socio-educativi dei Comuni. Si tratta dell'insieme di attività di responsabilità – per quanto riguarda il livello regionale – dell'Assessorato alla Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

([3]) I precedenti capitoli del libro non saranno citati per semplicità ma è da intendersi che – se non diversamente indicato – i dati e le informazioni sono quelli presentati nel capitolo in cui è stato discusso il tema in oggetto. Ad esempio, le informazioni sulla spesa sono tratte dal capitolo 3 di Laura Pelliccia, quelle sul percorso assistenziale dal capitolo 6 di Katja Avanzini e Ugo De Ambrogio, e quelle sulle strutture per persone con disabilità dal capitolo 13 di Renzo Bagarolo. L'utilizzo di questo materiale al fine di costruire una complessiva valutazione dell'esperienza lombarda è di responsabilità esclusivamente mia.

([4]) Con riforma lombarda s'intende l'insieme dei cambiamenti strutturali, introdotti perlopiù nella legislatura 2000-2005, legati da alcuni presupposti culturali comuni, e tesi a costruire un originale "modello lombardo" di welfare (cfr. capitolo 1). Queste sono alcune tra le novità avviate in quella legislatura: titoli sociali, voucher sociosanitario, sistema Sosia per la remunerazione delle Rsa, sistema Sidi per la remunerazione delle strutture Rsd e dei Css, riforma delle Ipab, definizione della nuova strategia regionale riguardante la programmazione locale e definizione della nuova strategia regionale concernente il rapporto tra sociale e sanitario. Il primo segnale dell'intenzione di

ti dalla Regione in quest'ultima legislatura costituiscono il proseguimento dei cambiamenti strutturali introdotti nella precedente. Coerentemente, le prossime pagine puntano l'attenzione sulla complessiva riforma lombarda del decennio 2000-2010.

Il capitolo è costruito intorno ai criteri valutativi che hanno rappresentato la "bussola" comune alle nostre varie analisi ([5]). Dopo un paragrafo iniziale dedicato alle risorse stanziate, ne dedico poi uno a ogni criterio, chiedendomi quali risultati abbia raggiunto la riforma ([6]) (Box 1). Ai paragrafi indicati nel Box si aggiungerà, infine, una breve conclusione sul futuro del welfare lombardo (paragrafo 11).

Box 1 – La mappa delle domande

(par. 21.2) La riforma lombarda ha investito nelle politiche sociali?

Obiettivi prioritari della Regione
(par. 21.3) La riforma lombarda ha valorizzato il Terzo Settore?
(par. 21.4) La riforma lombarda ha sviluppato la competizione?
(par. 21.5) La riforma lombarda ha introdotto la libertà di scelta?
(par. 21.6) La riforma lombarda ha sostenuto la famiglia?

Obiettivi aggiunti dagli Autori
(par. 21.7) La riforma lombarda ha migliorato la regolazione del welfare locale?
(par. 21.8) La riforma lombarda ha migliorato gli effetti dei servizi per gli utenti?
(par. 21.9) La riforma lombarda ha incrementato l'equità del sistema?
(par. 21.10) La riforma lombarda ha valorizzato le figure professionali?

Nel 2005, quando terminò la legislatura regionale iniziata nel 2000, la maggior parte delle novità era stata introdotta da due o tre anni. La loro ampiezza richiedeva tempo ulteriore per la completa attuazione e, ancor più, per la valutazione dei risultati: il giudizio, quindi, non poteva che essere provvisorio. Dopo altri cinque anni, è trascorso un periodo adeguato a stilare un bilancio basato sull'esperienza.

In queste conclusioni, per ogni criterio valutativo voglio presentare poche considerazioni, riguardanti le politiche sociali nel loro insieme e (il più possibile) solidamente basate su dati empirici. Nei precedenti capitoli e nel volume del 2005 (Gori, a cura di, 2005) abbiamo proposto una moltitudine di analisi e di giudizi. Giunti al termine del percorso di valutazione di un decennio di trasformazioni, di seguito provo a mettere a fuoco qual è il "nocciolo" di aspetti che costituiscono le più importanti conseguenze della riforma. Qual è – detto altrimenti – la sua principale eredità.

---

introdurre un originale "modello lombardo" fu la legge regionale sulla famiglia (legge 23), approvata nel 1999. In merito a oggetto, obiettivi e percorso del volume si veda l'introduzione.

([5]) I criteri sono stati presentati nel capitolo 2 e si tratta – per la quasi totalità – dei medesimi impiegati nel 2005 (Gori, a cura di, 2005). Come ripreso nel box 1, si dividono tra i criteri che fanno riferimento agli obiettivi prioritari della Giunta Formigoni e quelli concernenti obiettivi aggiunti dagli Autori.

([6]) Queste conclusioni possono essere confrontate con i precedenti capitoli del libro e con quelli del volume del 2005, costruiti nello stesso modo. Il libro del 2005 conteneva un capitolo conclusivo con una struttura molto simile, di cui qualche parte viene ripresa nelle pagine seguenti.

21.2. La riforma lombarda ha investito nelle politiche sociali?

In molti settori pubblici i finanziamenti sono sufficienti e la sfida è utilizzarli meglio (problema di efficienza) mentre il caso delle politiche sociali è differente. Queste hanno uno strutturale problema di adeguatezza finanziaria ([7]): i bisogni sono superiori agli interventi disponibili e tali sono destinati a rimanere, pure nel miglior scenario. Incrementare la spesa, dunque, significa ridurre la quota di popolazione in stato di necessità che è priva di sostegno pubblico. Lo strutturale problema di adeguatezza finanziaria spiega perché gli stanziamenti dedicati rappresentino il principale indicatore dell'interesse di un governo – nazionale, regionale o locale che sia – verso le politiche sociali. Più di ogni altro atto, sono le decisioni sulla spesa a segnalare quanto il nostro settore conti veramente per chi decide ([8]).

Veniamo ai dati. Le risorse complessivamente destinate dalla Regione Lombardia alle politiche sociali – come da noi definite – sono cresciute, tra il 2000 e il 2008, del 27,9% in termini reali (al netto dell'inflazione). Le risorse proprie – il cui stanziamento dipende da scelte autonome della Giunta, mentre quelle complessive comprendono anche i trasferimenti statali – sono aumentate del 20%. I dati mostrano in modo chiaro, dunque, che nel periodo in esame l'investimento pubblico nel sociale è stato incrementato notevolmente (tab. 21.1).

Tabella 21.1 - Spesa regionale per le politiche sociali, milioni di euro a prezzi costanti ([9]), anni vari

	2000	2005	2008	2000-2008
Spesa complessiva ([10])	1053	1214	1347	+ 27,9%
Spesa propria ([11])	1022	1119	1226	+ 20,0%

Fonti: Rielaborazione su tabella 3.1 di Pelliccia, in questo volume, e Da Roit e Gambino, 2005

([7]) I motivi dello strutturale problema di adeguatezza riguardano – come noto – l'ampiezza dei bisogni cui intendono rispondere le politiche sociali, la loro costante crescita e lo storico ritardo del welfare italiano in materia.

([8]) Esemplare è la differenza con la sanità ospedaliera. Qui le risorse sono abitualmente adeguate e il vero interesse di chi governa verso la salute della popolazione si misura su altri piani, come la capacità d'incrementare l'efficienza anche compiendo scelte impopolari (ad esempio la chiusura di piccoli ospedali o il potenziamento di alcuni reparti rispetto ad altri).

Nel sociale l'efficienza rappresenta sovente una criticità (si pensi, in diverse realtà, alla gestione di appalti/convenzioni/accreditamenti) ma l'interesse della politica si misura, innanzitutto, nella capacità d'incrementare le risorse, togliendole ad altre destinazioni.

([9]) La spesa è stata depurata dall'effetto dell'inflazione. Come deflatore è stato utilizzato il rapporto tra la spesa delle amministrazioni pubbliche a prezzi correnti del conto economico risorse e impieghi (Fonte Istat) e la stessa spesa a valori concatenati, con anno base il 2000. Le elaborazioni compiute appositamente per questo paragrafo sono di Laura Pelliccia, che ringrazio.

([10]) S'intende la complessiva spesa regionale dedicata alle politiche sociali, come da noi definite, quindi principalmente: la parte del Fondo Sanitario Regionale per il sociosanitario, il Fondo Regionale Sociale, il Fondo Nazionale Politiche Sociali, il Fondo nazionale non autosufficienze.

([11]) Mi riferisco alla spesa la cui entità dipende da scelte autonome della Giunta, cioè la som-

Nel decennio appena trascorso, la spesa sociale è salita notevolmente in gran parte delle Regioni italiane. A spingerne l'aumento sono stati l'incremento dei bisogni (a partire dall'invecchiamento della popolazione), il crescente riconoscimento della necessità di una risposta pubblica e il maggiore ruolo assegnato alle Regioni dalle riforme di decentramento istituzionale. In un decennio, lo scenario delle politiche sociali regionali ha conosciuto una trasformazione epocale. Di conseguenza, l'interrogativo da porsi al fine di valutare l'azione della Giunta Formigoni non è se le risorse dedicate siano aumentate bensì quale sia stata la portata dello sforzo compiuto, domanda cui è possibile rispondere solo attraverso il confronto con lo sforzo realizzato in realtà simili.

Gli unici dati comparativi attendibili riguardanti i finanziamenti regionali paiono quelli dell'Age.na.s sulla spesa sociosanitaria per anziano ([12]). Questi coprono il periodo 2003-2007 e disegnano una tendenza chiara: in Lombardia la crescita della spesa è stata minore rispetto alla media del nord, 6% contro + 21%. La nostra Regione ha visto così progressivamente erodere il proprio vantaggio iniziale poiché mentre nel 2003 il suo impegno finanziario risultava superiore alla media settentrionale, giunti al 2007 era diventato uguale. Nella seconda metà della legislatura 2005-2010, inoltre, le altre Regioni hanno investito in misura particolare nelle politiche sociali ([13]), a differenza della Lombardia che non ha visto cambiamenti di rilievo ([14]). Sembra realistico (anzi, prudenziale) ([15]) ipotizzare che sia quest'ultima sia il Nord Italia nel

---

ma della quota del Fondo Sanitario Regionale destinata al sociosanitario e delle altre risorse che la Regione dedica alle politiche sociali, costituite principalmente dal Fondo Regionale Sociale. L'entità del Fondo Nazionale Politiche Sociali e quella del Fondo nazionale non autosufficienze dipendono – come noto – dalle decisioni del governo nazionale.

([12]) Si tratta della rilevazione dell'Age.na.s sui "costi per i Lea socio-sanitari per gli anziani", ottenuta dalla somma della spesa dei seguenti livelli di assistenza: "assistenza programmata a domicilio (Adi)", "assistenza residenziale agli anziani", "assistenza semiresidenziale agli anziani" e " attività sanitarie e sociosanitarie a favore di anziani" (quest'ultima una voce residuale dove l'Age.na.s inserisce spese per il sociosanitario che non è possibile collocare altrove, in alcune Regioni la spesa per le Uvg, in altre quella dei consultori per anziani. Nella media italiana questa voce assorbe il 6% della spesa sociosanitaria per anziani) (Age.na.s, 2009).

([13]) In particolare grazie all'ampliamento delle politiche rivolte alle persone non autosufficienti, perlopiù legato all'attivazione o allo sviluppo dei "Fondi regionali per la non autosufficienza".

([14]) Ad esempio in Emilia-Romagna nel 2007 e in Toscana (Dgr 754/2008) nel 2008 sono effettuati nuovi investimenti di risorse proprie nei fondi regionali per la non autosufficienza rispettivamente per 100 e 27 milioni di euro. Rispetto alla spesa del Ssn per gli anziani non autosufficienti del 2007 (quella per anziano rilevata da Age.na.s moltiplicata per il numero di anziani) si tratterebbe di incrementi del 21,3 e del 9%. Le più recenti iniziative di espansione dei servizi a favore dei non autosufficienti della Lombardia (contributi per i caregiver e voucher per Sla e stati vegetativi, in cui la Regione ha investito 9,12 milioni nel 2009) hanno rappresentato un aumento, rispetto alla spesa per gli anziani rilevata dall'Age.na.s per la Regione, dello 0,9%, quindi uno sforzo molto più contenuto.

([15]) A ben vedere, sulla base di quanto affermato, parrebbe realistico ipotizzare che il tasso annuo di crescita della media del Nord sia stato negli ultimi due anni superiore a quello del periodo 2003-2007, trattandosi di un periodo di particolare sviluppo del settore. Preferisco, però, ipotizzare un

complesso abbiano sperimentato nel 2008-2009 un tasso di crescita annuale della spesa pari al rispettivo tasso medio annuo del quadriennio precedente. È ragionevole supporre, pertanto, che giunti alla fine dell'ultimo quinquennio la spesa sociosanitaria per anziano sia in Lombardia minore della media del Nord ([16]) (tab. 21.2).

Tabella 21.2 - Spesa per i lea socio-sanitari per anziani, valore assoluto per anziano (Euro) e crescita percentuale rispetto al 2003

	2003	**2005**	**2007**	**2009 (stima)**
Lombardia	497 -	504 (+ 1%)	526 (+ 6%)	542 (+ 9%)
Nord Italia	453 -	481 (+6%)	527 (+16%)	562 (+ 24%)

Fonte: rielaborazione di Pelliccia (par 3.3) su dati Agenas, 2009.

La tendenza riferita ai servizi socio-sanitari per gli anziani si può estendere all'insieme delle politiche sociali regionali ([17]). I primi assorbono circa il 60% della spesa regionale per le politiche sociali e nelle altre principali aree d'intervento – disabilità, famiglia ed emarginazione – non sono stati realizzati investimenti tali da alterare il quadro definito, infatti i rispettivi capitoli indicano un trend sostanzialmente simile.

Alla domanda "la riforma lombarda ha investito sulle politiche sociali?" possiamo rispondere, quindi, che lo sforzo vi è stato ma è risultato minore di quello compiuto nelle altre Regioni settentrionali (e in alcune centrali). Durante il decennio,

---

tasso costante, così da ottenere un confronto più "vantaggioso" per la Regione Lombardia e rendere particolarmente solide le considerazioni successive. In termini puntuali i risultati della tabella 21.2 non sono comparabili con quelli della tabella 21.1, per una varietà di motivi metodologici. In ogni modo, il riferimento dei flussi indicati in tabella 21.2 è quello indicato in tabella 21.1 come spesa propria.

([16]) L'Age.na.s non fornisce i dati per macro-aree territoriali, bensì esclusivamente quelli concernenti le singole Regioni e la media nazionale; la media del Nord è stata elaborata impiegando il metodo utilizzato dall'Age.na.s per calcolare quella nazionale. È da notare che la media del Nord non costituisce la media aritmetica delle singole Regioni, bensì è calcolata sull'intero aggregato dell'area (si opera così una ponderazione in cui il peso di ogni Regione cresce all'aumentare della popolazione). In questo modo si evitano effetti distorcenti dovuti ai valori più elevati di Regioni e Province a Statuto Speciale (in particolare Trento e Bolzano). Inoltre, considerando che la Lombardia assorbe il 35% della popolazione del Nord, il suo valore condiziona fortemente quello complessivo; detto altrimenti, la media del Nord stimata per il 2009 senza la Lombardia sarebbe più alta. Le Regioni del Nord sono quelle definite come tali dall'Istat: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Bolzano, Trento, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna. Anche alcune Regioni del Centro – in particolare Marche e Toscana – hanno avuto negli ultimi anni tassi di crescita della spesa superiori a quelli lombardi.

([17]) Altre fonti confermano che la spesa della Lombardia nella prima fase dell'ultima legislatura era in linea con quella dell'insieme delle Regioni del Nord; ad esempio dal Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza 2005-2006 del Ministero della Salute si apprende che il servizio sanitario in Lombardia nel 2006 ha speso per i disabili 37,7 Eur pro-capite. Da questa fonte si può desumere un valore medio delle Regioni del Nord di 38 euro (abbiamo calcolato il rapporto tra la spesa complessiva del Nord e la somma della popolazione ivi residente).

inoltre, le altre realtà del centro nord hanno visto il proprio tasso di crescita aumentare progressivamente, mentre ciò non si è verificato in Lombardia.

La tabella 21.3 è coerente con quanto illustrato sinora. Mostra, infatti, che tra il 2005 e il 2008 la percentuale di spesa dedicata alle politiche sociali è rimasta sostanzialmente invariata, intorno al 7% di quella regionale complessiva autonoma (cioè quella la cui allocazione è decisa dalla Giunta) ([18]). Invece altri settori – ad esempio lo sviluppo economico ([19]) – nel medesimo periodo hanno migliorato la propria posizione tra gli stanziamenti regionali; ciò s'inquadra nell'ambito di una legislatura che ha maggiormente favorito gli interventi economico-infrastrutturali rispetto ai servizi alla persona e alla famiglia.

Tabella 21.3 - Spesa regionale dedicata alle politiche sociali come % della spesa regionale autonoma corrente

	2005	2008
Percentuale	6,9	7,1

Fonte: Rielaborazione su tabella 3.3 di Pelliccia.

I dati sulle tendenze della spesa ben raccontano il welfare lombardo dell'ultimo decennio. All'inizio del periodo, la nostra Regione investiva più delle altre nelle politiche sociali: le principali riforme sono state introdotte nella legislatura 2000-2005 mentre nelle altre realtà avanzate ciò è avvenuto durante il quinquennio successivo. Durante il decennio il quadro è progressivamente mutato. Nel corso dell'ultima legislatura regionale, alcune Giunte si sono date la priorità d'incrementare in misura rilevante gli stanziamenti del welfare sociale, un obiettivo cui dare visibilità e sul quale cercare consenso, ma ciò in Lombardia non è avvenuto. Detto altrimenti, nelle altre Regioni settentrionali (e in alcune centrali) è stata compiuta la scelta politica di aumentare notevolmente i finanziamenti dedicati al welfare sociale, facendone una priorità per la quale rinunciare a stanziamenti su altri versanti. Questa scelta politica, invece, non è stata compiuta nella nostra Regione. Non a caso, numerose analisi convergono oggi nell'indicare le politiche sociali come un segmento del welfare lombardo ([20]) non particolarmente sviluppato rispetto alle realtà comparabili.

([18]) Per motivi metodologici non è possibile elaborare un dato precedente al 2005.

([19]) Secondo la riclassificazione del bilancio per funzioni di spesa realizzata da Pelliccia e riportata nell'appendice al capitolo 3 (in www.lombardiasociale.it) nel triennio 2005-2008 la "spesa per lo sviluppo economico" (che include varie voci tra cui la spesa per il lavoro e quella per le varie attività economiche) è cresciuta del 29% e quella per i trasporti del 32,7%. È da precisare che si tratta di variazioni calcolate sulla spesa totale regionale (corrente e in conto capitale) e non sulla spesa corrente autonoma (aggregato a cui si riferisce la tab. 21.3). Tuttavia anche le variazioni della spesa complessiva per il sociale (+18%) e per il sociosanitario (+19,3%) risultano molto più contenute di quelle per lo sviluppo economico e i trasporti.

([20]) Ad esempio, di recente Longo e Tanzi hanno così descritto rispettivamente la Lombardia

Le decisioni di spesa costituiscono il principale punto di contatto tra le scelte della politica e le condizioni delle famiglie. I precedenti capitoli hanno presentato un sistema "giunto al limite", destinato a un progressivo deterioramento in assenza di maggiori investimenti. Si tratta di una situazione differente dal 2005, quando le necessità di finanziamenti ulteriori erano assai meno pressanti (Gori, a cura di, 2005). La ragione risiede nella mancata corrispondenza tra i passi in avanti compiuti in termini quantitativi (ampliamento dell'utenza) e qualitativi (miglioramento degli standard in quasi tutte le tipologie di strutture residenziali e semi-residenziali), che comportano una crescita dei costi, e l'ampiezza dell'incremento dei finanziamenti pubblici.

Gli spazi per potenziare il settore, peraltro, esistono. Essendo la quota della spesa globale dedicata pari al 7,1% (tab. 21.3), si potrebbe ottenere un finanziamento del 25% superiore a oggi semplicemente stanziando un ulteriore 1,8% del bilancio complessivo ([21]), la cui composizione è sintetizzata nella figura 21.1. Detto altrimenti, un robusto incremento della spesa sarebbe possibile con uno sforzo relativamente contenuto per l'amministrazione regionale. Questo sforzo produrrebbe tanto notevoli benefici in termini di benessere sociale – data l'ampiezza dei bisogni oggi insoddisfatti – quanto un significativo ritorno di consenso per il decisore, trattandosi di temi particolarmente sentiti dalla popolazione come l'assistenza agli anziani non autosufficienti e il sostegno alla famiglia ([22]).

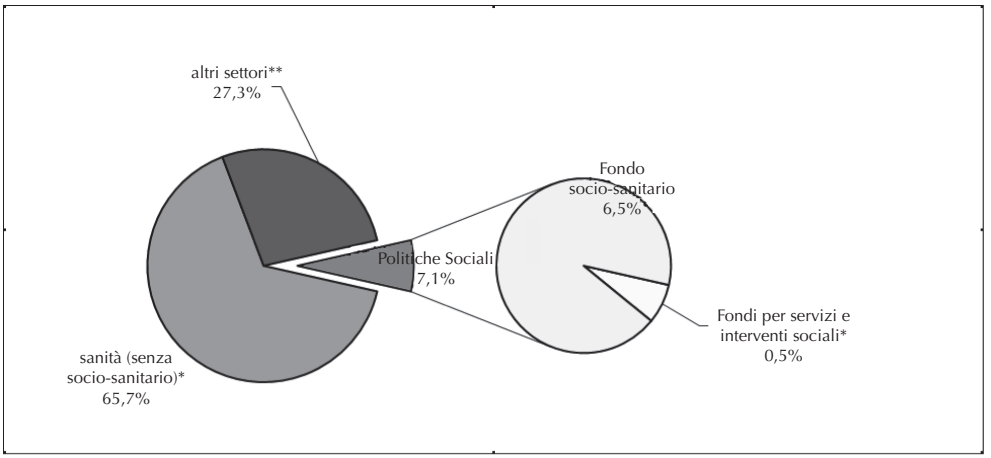
---

e l'Emilia-Romagna: "Il sistema lombardo si qualifica tradizionalmente per la sua rete ospedaliera basata su molti poli di eccellenza … I servizi territoriali [*ci si riferisce qui a quelle che noi definiamo le politiche sociali, N.D.A.*] sono – invece – meno ricchi e raramente si trovano al centro del dibattito e degli interventi di policy… Il sistema dell'Emilia-Romagna è tradizionalmente orientato a un bilanciamento tra ospedale e territorio, facendo dello sviluppo dei servizi socio-sanitari territoriali uno dei propri punti di forza, frequentemente considerati la best practice nazionale" (Longo e Tanzi, 2010, pag. 24). Per un confronto tra la Lombardia e le altre Regioni sull'assistenza agli anziani non autosufficienti si può vedere NNA, 2010; un confronto sugli interventi contro la povertà si trova nel capitolo 19 di questo volume, di Mesini, e in merito ai servizi alla prima infanzia si possono vedere le schede sulle Regioni all'interno del monitoraggio del Piano Nidi ("Piano straordinario 2007-2009 di sviluppo dei servizi socio-educativi alla prima infanzia") in www.politichefamiglia.it

([21]) La spesa dedicata passerebbe così dal 7,1 all'8,9% del totale delle risorse autonome, con una crescita appunto del 25%.

([22]) È noto l'apparente paradosso del sociale che "costa poco", produrrebbe elevati ritorni sia di benessere sociale sia di consenso ma è difficile da potenziare. Il fenomeno è dovuto alle peculiarità del processo decisionale in Italia, nel quale chi governa ha tradizionalmente ridotta autonomia nel decidere ed è particolarmente esposto alle pressioni dei soggetti organizzati che rappresentano i differenti interessi e le varie istanze. I soggetti organizzati del sociale – rappresentanti degli utenti così come degli erogatori – sono, però, piuttosto deboli. Per questo motivo lo sviluppo del settore dipende dalla volontà e dalla capacità dei decisori di compiere uno sforzo particolarmente tenace per incrementare le risorse dedicate, levandole ad altre destinazioni.

Figura 21.1 - Suddivisione percentuale della spesa corrente autonoma, Regione Lombardia, 2008 ([23])



Fonti: *Bilancio Sociale (valori di spesa corrente) **Relazione sul rendiconto generale, 2008 (impegni correnti per spesa corrente autonoma)

Mentre preparavo questo capitolo ho constatato di non aver prestato sufficiente attenzione al tema dei finanziamenti negli ultimi anni. Mi pare una criticità condivisa dal complessivo dibattito lombardo, dedicatosi perlopiù a discutere "chi" fornisce i servizi (il ruolo del Terzo Settore e quello della famiglia) e "come" ciò avviene (la libertà di scelta, il percorso assistenziale), trascurando il tema del "quanto" viene stanziato (la fetta di bilancio regionale destinata) ([24]). È prima di tutto il "quanto", però, a indicare la posizione che una Giunta assegna al sociale nella propria idea di welfare.

([23]) La figura 21.1 è stata ottenuta rapportando le voci correnti della tabella 3.1 del capitolo 3 di questo volume (tratte dal Bilancio Sociale Regionale), escluse le risorse trasferite, alla spesa corrente autonoma regionale. Come valore di spesa sanitaria è stata utilizzata la consistenza del fondo sanitario regionale riportata nel Bilancio Sociale al netto del fondo socio-sanitario (quello che nella tabella 3.1 del capitolo 3 è denominato "Fsr per interventi sanitari"). Il valore degli altri interventi è ottenuto per via residuale come differenza tra la spesa corrente autonoma, quella per il welfare e quella per la sanità. Per i calcoli si veda la tabella 1 presentata nell'appendice al capitolo 3 pubblicata in www.lombardiasociale.it. In appendice sono riportati anche i confronti tra la sola spesa sociale corrente e il totale della spesa corrente regionale.

Si vuole fornire qui un'idea di quali sono gli altri settori che incidono di più sul bilancio regionale 2008 oltre a quelli da noi analizzati (si veda di nuovo l'appendice al capitolo 3 in www.lombardiasociale.it): trasporti (6,4% del totale), amministrazione e finanza (3,1%), sviluppo economico – che include la spesa per il lavoro e quella per le varie attività economiche – (3%). Si tratta di quote calcolate sul complesso della spesa corrente e in conto capitale (non è stato possibile calcolare l'incidenza sulla spesa corrente autonoma poiché il rendiconto riporta una classificazione funzionale della spesa soltanto di quell'aggregato).

([24]) Vari fattori hanno contributo a determinare questo esito, tra cui: le nette posizioni assunte dalla Giunta Formigoni in materia di famiglia, Terzo Settore, libertà di scelta e percorso assistenzia-

Box 2 - La riforma lombarda ha investito nelle politiche sociali?

– Nel decennio, la spesa regionale per le politiche sociali è cresciuta notevolmente (+ 20% la spesa propria)

– Lo sforzo complessivo è stato minore delle altre Regioni del nord (e di alcune del centro). All'inizio del periodo la spesa dedicata in Lombardia superava la media settentrionale, oggi è inferiore

– Ciò si è verificato perché nella legislatura 2005-2010 le politiche sociali non hanno costituito una priorità della Giunta lombarda, a differenza di quanto accaduto in molte Regioni del centro-nord

– Il sociale "costa poco": spostando alle politiche sociali un ulteriore 1,8% del bilancio regionale, lo stanziamento crescerebbe del 25% (passando dal 7,1 all' 8,9% del totale)

21.3. La riforma lombarda ha valorizzato il Terzo Settore?

La Giunta Formigoni si è posta la valorizzazione del Terzo Settore (TS) come traguardo cruciale, coerente con un'idea di welfare che colloca al centro la sussidiarietà orizzontale. Il traguardo è stato articolato in due obiettivi concreti: incrementare la quota di servizi alla persona gestita dal TS e farne un interlocutore privilegiato dei processi programmatori, a livello regionale e locale.

21.3.1. *Il Terzo Settore come produttore di servizi*

L'amministrazione regionale ha compiuto un insieme di azioni tese a ridurre la quota di servizi a (almeno parziale) finanziamento pubblico fornita dal settore pubblico medesimo, portandolo a concentrarsi sempre più sulle funzioni di Programmazione-Acquisto-Controllo (Pac) e rendendo la gestione una crescente responsabilità dei privati, con priorità al non profit. L'assunto sottostante è che il TS assicuri agli utenti servizi di qualità superiore a quella del pubblico o del for profit ([25]), e agli operatori migliori condizioni di lavoro.

L'obiettivo è stato raggiunto, in varie forme. Ecco le principali situazioni rilevate:

- *servizi nei quali il Terzo Settore era già dominante*. Il TS non è cresciuto solo laddove non era possibile farlo ulteriormente perché – all'inizio del decennio – risultava nettamente maggioritario e la sostanziale stabilità del numero complessivo di utenti nel

---

le, il forte richiamo ideologico/valoriale che questi temi esercitano su numerosi attori del dibattito pubblico e scientifico, le maggiori difficoltà tecniche insite nella discussione del finanziamento (discussione che necessita inevitabilmente di elementi comparativi in un ambito nel quale i confronti risultano particolarmente complicati).

([25]) Per semplicità, in questo capitolo, le dizioni "Terzo Settore (TS)" e "non profit "sono utilizzate come sinonimi. Gli enti gestori vengono, quindi, suddivisi tra pubblici TS=non profit e for profit (privati con scopo di profitto).

tempo non ha creato opportunità di nuovo sviluppo. Sono, principalmente, i servizi per le persone con disabilità ([26]) e le strutture per minori in difficoltà;

- *servizi che assorbono la maggior parte delle risorse pubbliche*. In termini di volume, l'ampliamento del non profit si è concentrato nei servizi per gli anziani non autosufficienti. Questi ultimi utilizzano circa i due/terzi del bilancio regionale e hanno conosciuto – nel periodo considerato – un'espansione costante. L'estensione del TS ha toccato le Rsa, il sistema del voucher sociosanitario/Adi e quello del voucher sociale;
- *progetti, che impiegano una quota contenuta di risorse ma hanno un particolare significato*. Esistono interventi cui è destinata una parte limitata del bilancio regionale, operanti attraverso progetti rivolti esclusivamente o in gran parte al Terzo Settore, che rivestono un elevato significato per quest'ultimo e per il complessivo disegno della riforma lombarda. Vi si possono annoverare la l.r. 23/1999, i finanziamenti al TS (in particolare al Banco Alimentare) contro la povertà estrema e altre iniziative sperimentali ([27]).

Pur mancando un dato di sintesi sulla crescita dei gestori non profit, si può affermare quanto segue. Nelle politiche da noi considerate, la percentuale di enti gestori di servizi a finanziamento pubblico appartenenti al TS è cresciuta notevolmente durante il decennio. Oggi in nessuno di questi servizi la suddetta percentuale risulta inferiore al 60% del totale e nella maggior parte supera il 70% (tab. 21.4).

Tabella 21.4 - Percentuale di soggetti del Terzo Settore tra i gestori di servizi a finanziamento pubblico, anno più recente disponibile ([28])

Servizi	% soggetti TS (anno di riferimento)
Servizi dove il TS era già dominante ([29])	
Rsd disabili	91 (2009)
Comunità educative minori	97 (2008)
Servizi che assorbono la maggior parte delle risorse pubbliche	
Rsa anziani	72 (2010)
Adi/Voucher sociosanitario	77 (2008)
Voucher sociale	75 (2008)

(*segue*)

([26]) Con la parziale eccezione dei Cdd, per i quali in alcuni contesti locali esiste una tradizione di gestori pubblici.

([27]) Le iniziative sperimentali sono illustrate e discusse nel capitolo 20, di Carla Dessi.

([28]) L'unico indicatore sulla diffusione del TS disponibile per la maggior parte dei servizi consiste nella percentuale di gestori non profit sul totale. Sarebbe più attendibile poter contare anche su dati riguardanti la suddivisione dei finanziamenti e dell'utenza tra gestori pubblici, non profit e for profit. In ogni modo, l'insieme dei dati raccolti dimostra in modo piuttosto solido la crescente presenza del non profit.

([29]) La presentazione dei dati nella tabella è organizzata seguendo la tripartizione di gruppi di servizi e progetti proposta all'inizio del paragrafo. Come detto, rispetto al gruppo di servizi dove il TS era già dominante all'inizio della riforma, tra le persone con disabilità vi è la parziale eccezione dei Cdd, i cui soggetti gestori del TS sono circa il 60% del totale (2009).

Servizi	% soggetti TS (anno di riferimento)
Progetti	
Progetti Legge 23	100 ([30]) (2009)
Progetti povertà estreme	Nettamente maggioritari (2009) ([31])
Progetti sperimentali	Maggioritari (2009)

Fonti: Dati tratti dai rispettivi capitoli.

Come detto, la maggiore presenza di gestori non profit costituisce l'esito di diversi interventi dell'amministrazione regionale, tra loro coerenti. Primo, la riforma delle Ipab (legge 1/2003), che ha spinto la grande maggioranza di queste a trasformarsi in Fondazioni, persone giuridiche di diritto privato senza scopo di lucro ([32]). La maggior parte delle Rsa allora esistenti erano Ipab e ne sono, dunque, state toccate. Secondo, l'insieme di interventi tesi a promuovere l'esternalizzazione dei servizi nella domiciliarità (le riforme legate all'introduzione dei voucher sociosanitari e sociali). Terzo, l'introduzione dei menzionati finanziamenti per progetti rivolti perlopiù al Terzo Settore (l.r. 23/1999, povertà estreme, varie iniziative sperimentali) ([33]).

Quanto affermato sinora riguarda la diffusione del TS e non la qualità. Come già ricordato, la Giunta Formigoni muove dall'assunto che la qualità dei servizi erogati dal TS e quella delle condizioni di lavoro al suo interno siano superiori rispetto ai gestori pubblici ed a quelli for profit. Non abbiamo dati adeguati a verificare questa ipotesi per la Lombardia ([34]) e il più ampio dibattito italiano in proposito – come noto – presenta opinioni diversificate (cfr., tra gli altri, Borzaga e Zandonai, 2009; Zandonai, 2009; Accoriniti, 2008).

Intanto, mentre si consolida la presenza del non profit, rapidamente avanza il for profit. Nell'assistenza agli anziani, infatti, i gestori con fini di profitto si diffondono con particolare velocità tra gli erogatori di servizi a finanziamento pubblico. Nelle Rsa si è passati dal 5,2% di soggetti for profit sul totale dei gestori accreditati del 2001 al 16,3% del 2010, oltre il triplo, e i gestori di Adi pubblica appartenenti al-

([30]) Di cui: 50% associazioni familiari e 27% cooperative sociali (2009).

([31]) I dati disponibili non permettono di costruire indicatori di sintesi riguardanti i progetti contro le povertà estreme e quelli sperimentali. Dalle analisi condotte nei capitoli 19 e 20, in ogni modo, pare ragionevole desumere che nei progetti contro le povertà estreme i soggetti gestori appartenenti al TS siano almeno il 70% del totale e nei progetti sperimentali almeno il 60%.

([32]) La riforma delle Ipab (l.r. 1/2003) ha dato loro la possibilità di decidere tra diventare Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (APS) e Fondazioni; la Giunta ha inserito nella normativa vincoli ed incentivi per indirizzare la scelta verso queste ultime. L'88% delle Ipab ha deciso di diventare Fondazione (Battistella e Gambino, 2005).

([33]) Sul finire dell'ultima legislatura si sono segnalati, inoltre, nel territorio alcuni casi di ripubblicizzazione di servizi in precedenza esternalizzati. La loro rilevanza numerica è ridotta ma sono da seguire con attenzione perché potrebbero indicare il sorgere di una più ampia tendenza in questa direzione (Battistella, in corso di pubblicazione).

([34]) Alcuni capitoli sugli specifici servizi propongono analisi in proposito.

la medesima categoria sono aumentati da 31 a 55 in quattro anni (2004-2008), quasi il doppio ([35]). Non è possibile discutere qui il fenomeno – per motivi di spazio – ma è da notare che mentre la diffusione del Terzo Settore rappresenta il risultato di azioni a ciò finalizzate da parte dell'amministrazione regionale, la presenza del for profit tra gli erogatori di servizi a finanziamento pubblico ha preso piede spontaneamente e l'impressione diffusa è che sia destinata a progredire ulteriormente nel prossimo futuro ([36]).

21.3.2. *Il Terzo Settore nei processi programmatori*

La partecipazione del TS ai processi programmatori a livello centrale è migliorata nel tempo, in particolare durante l'ultima legislatura. Si è trattato di una maturazione progressiva, compiuta durante il lungo percorso di elaborazione della legge di riordino del sistema "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" (3/2008), che sostituisce la precedente norma quadro regionale (legge 1/1986). In questo cammino, i rappresentati del Forum del Terzo Settore e i tecnici a esso afferenti si sono ripetutamente confrontati con gli esponenti dell'amministrazione regionale sui contenuti della nuova legge, dando vita a un approfondito scambio di idee che ne ha toccato numerosi aspetti ([37]).

La prassi di partecipazione – costruita nella pratica – è stata poi formalizzata nella medesima legge 3/2008, che prevede il coinvolgimento del TS nella programmazione delle politiche regionali ([38]), definendo momenti e luoghi di consultazione. Successive delibere hanno tradotto in concreto questo coinvolgimento, principalmente attraverso l'istituzione del Tavolo Permanente di Consultazione del Terzo Settore, strumento di raccordo e interlocuzione tra questo e l'amministrazione regionale ([39]).

([35]) Le ragioni della crescita sono illustrate nei capitoli 8 e 9.

([36]) La crescita tocca in misura significativa esclusivamente il settore degli anziani non autosufficienti.

([37]) Un altro esempio di partecipazione del Terzo Settore a livello regionale è il suo coinvolgimento nell'elaborazione del Bilancio Sociale, da ultimo Regione Lombardia – Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale, 2009.

([38]) Alcune indicazioni in tal senso erano già presenti nel Pssr 2007-2009.

([39]) Il Tavolo persegue le seguenti finalità: esaminare congiuntamente le proposte di testi di legge del settore; affrontare le tematiche inerenti al TS; concorrere alla programmazione della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie; sviluppare ed elaborare proposte e progetti integrati di intervento; promuovere l'attività di formazione degli operatori di TS. Il tavolo viene convocato almeno tre volte l'anno in relazione alla presentazione di atti deliberativi in attuazione di leggi di settore, ad atti inerenti alla programmazione regionale per cui è prevista la consultazione del TS e per ogni proposta di legge che riguardi aspetti di cui si occupa il TS. La partecipazione al tavolo è garantita politicamente con la presenza dell'assessore alla Famiglia e Solidarietà Sociale, e tecnicamente dai funzionari della direzione generale Famiglia e Solidarietà Sociale. Le organizzazioni del Terzo Settore partecipano al tavolo previa esplicita manifestazione di volontà da parte dei loro or-

Nell'insieme, dunque, i passi in avanti compiuti a livello regionale sono stati di indubbio rilievo, sul piano della pratica così come dell'elaborazione normativa.

La partita più impegnativa ha riguardato il coinvolgimento del Terzo Settore nella programmazione a livello territoriale. Qui, se confrontiamo la realtà attuale con quella di un decennio fa, abbiamo davanti agli occhi uno scenario decisamente più avanzato. Tre triennalità di Piani di zona ([40]) hanno offerto al TS un'occasione cruciale – spesso la prima vera – per intraprendere percorsi di partecipazione alla definizione delle scelte di *policy* territoriale. Il luogo del confronto sono stati i tavoli tematici, che oggi rappresentano una realtà consolidata nella maggior parte degli Ambiti. Inoltre, al fine di poter giocare un ruolo da protagonista in un contesto reso sempre più impegnativo dall'ampliarsi degli interlocutori e dall'affermarsi della dimensione sovracomunale (ambito zonale) quale luogo di programmazione, in molte realtà locali il TS si è organizzato in proprie forme di rappresentanza (coordinamenti e forum) e, così facendo, ha consolidato la propria presenza e rafforzato la sua identità. Le differenze tra i territori – come per tutti gli aspetti riguardanti i piani di zona – sono peraltro notevoli: mentre in alcuni la partecipazione si è articolata, specializzandosi e passando da una logica puramente consultiva e informativa a un orientamento maggiormente progettuale, in altri ci si trova ancora ben più indietro.

Rimangono, nondimeno, alcune criticità, presenti in varia misura in diversi contesti:

- *la proliferazione dei luoghi di consultazione*. Ai tavoli tematici sono stati affiancati – su indicazione regionale – i Tavoli di Rappresentanza del Terzo Settore istituiti negli Ambiti ([41]) e quelli di Concertazione con il TS attivati nelle Asl ([42]). Tale processo moltiplicativo ha determinato poca chiarezza rispetto alle precise funzioni dei diversi tavoli e a come metterli in rete, ha alimentato una certa confusione complessiva e ha incrementato le difficoltà di partecipare per i rappresentanti del TS (dato che le occasioni aumentano in misura significativa) ([43]) (De Ambrogio, 2009);

---

ganismi regionali rappresentativi e successiva valutazione della Regione. A livello regionale, oltre al tavolo permanente sono attivi tavoli tematici settoriali (anziani, minori, persone con disabilità).

([40]) L'ultima delle quali in corso mentre scrivo.

([41]) I Tavoli di Rappresentanza del TS vengono sentiti in relazione a: la programmazione sociosanitaria, la progettazione e realizzazione delle unità d'offerta sociosanitarie, l'istituzione degli Uffici di pubblica tutela e di altri strumenti di tutela (amministratori di sostegno) nonché la realizzazione di sperimentazioni. Partecipano il direttore sociale dell'Asl e i direttori di distretto, che partecipano anche al tavolo dei piani di zona, nel caso i due tavoli fossero distinti.

([42]) I Tavoli Locali di Concertazione del TS sono convocati in relazione a: programmazione sociale, progettazione e realizzazione delle unità operative sociali, individuazione dei nuovi modelli gestionali e sperimentali, definizione dei criteri di accreditamento e di ulteriori livelli di assistenza e dei parametri d'accesso prioritario, organizzazione del segretariato sociale. Partecipano il presidente dell'assemblea dei distretti e i responsabili dei servizi sociali dei Comuni dell'ambito.

([43]) La numerosità di tavoli di consultazione del TS a livello locale ha eguali, in Italia, nella so-

- *la necessità di maggiori competenze*. Alcuni rappresentanti del TS palesano difficoltà nella discussione tecnica delle politiche, in particolare quando dalla fase di valutazione del bisogno e di progettazione degli interventi si passa a quella di monitoraggio e analisi della loro attuazione. È un problema condiviso anche da alcuni conduttori dei tavoli ([44]);
- *la scarsa chiarezza dei ruoli.* Era una criticità più presente in passato ma che si palesa ancora in qualche contesto. Mi riferisco, in particolare, agli equivoci legati al doppio ruolo intrinseco al TS, produttore di servizi, da una parte, e soggetto di advocacy e testimonianza di bisogni e istanze della cittadinanza, dall'altra. Questi equivoci possono causare comportamenti di ostacolo alla buona riuscita della programmazione locale da parte di rappresentanti del TS così come degli enti pubblici.

Nell'insieme, gli obiettivi che la Giunta Formigoni si era data per il TS sono stati perlopiù raggiunti e i principali margini di crescita oggi toccano la partecipazione alla programmazione locale, le cui prospettive paiono ambivalenti. Da una parte esistono significative opportunità di miglioramento, dovute all'ampia conoscenza maturata in proposito così come sui piani di zona in generale, uno degli aspetti della riforma lombarda maggiormente sottoposti in questi anni ad analisi empiriche. Il decisore regionale, pertanto, dispone oggi di diagnosi piuttosto approfondite sui nodi da affrontare ([45]).

Dall'altra parte, i rischi di progressivo disinvestimento del TS sono alti, a causa di un certo logoramento inevitabile in un'esperienza ormai decennale, della distanza tra le forti aspettative che la partecipazione alla programmazione locale aveva inizialmente prodotto nel Terzo Settore e i risultati in chiaroscuro ottenuti, e dell'impegno (di tempo, risorse umane ed energie) che un suo adeguato coinvolgimento richiede. Immaginare un rilancio della partecipazione del TS senza un rinnovato investimento della Regione nella programmazione locale, però, pare irreale. Questo investimento, a sua volta, non potrebbe che essere parte di una complessiva strategia per la regolazione del welfare locale (cfr. par. 7).

---

la Puglia (De Ambrogio, 2009, pag 110). Questo aspetto viene sempre più riconosciuto come una criticità, da più parti, ma risulta difficile superarlo. Sinora solo 8 Ambiti su 98 hanno fatto coincidere il Tavolo di rappresentanza locale di ambito con quello dell'Asl, cioè hanno realizzato l'unica connessione tra i diversi tavoli esplicitamente prevista dalla normativa regionale (Regione Lombardia – Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale, 2010).

([44]) Inoltre, mentre nei vari tavoli tematici i diversi soggetti di TS possono valorizzare le proprie competenze specifiche riferite alle aree di utenza di cui si occupano, più complessa risulta per loro l'elaborazione di un punto di vista che riguardi il sistema complessivo del welfare locale.

([45]) Su piani di zona e partecipazione del TS si vedano i capitoli 4 e 5 in questo volume, e Pesenti e De Ambrogio (a cura di), 2009, e le relative bibliografie.

Box 3 – La riforma lombarda ha valorizzato il Terzo Settore?

La produzione di servizi
- La quota di gestori non profit di servizi a finanziamento pubblico è cresciuta notevolmente, grazie a un coerente insieme di azioni regionali a ciò finalizzate
- Oggi, in tutti i settori delle politiche sociali pubbliche i gestori non profit sono almeno il 60% del totale e nella maggior parte superano il 70%
- Nell'assistenza agli anziani non autosufficienti, tra gli erogatori di servizi a finanziamento pubblico, il privato for profit cresce in modo particolarmente rapido

I processi programmatori
- La partecipazione del Terzo Settore ai processi programmatori a livello regionale è cresciuta notevolmente
- La partecipazione ai processi programmatori a livello locale, legata principalmente ai piani di zona, è anch'essa aumentata
- Nella programmazione territoriale permangono alcune criticità (moltiplicazione tavoli, deboli competenze di analisi delle politiche, scarsa chiarezza di ruoli), presenti in misura variabile nelle diverse realtà
- Il sistema pare al bivio tra un progressivo disinvestimento da parte del TS e un rilancio della sua partecipazione, collocato all'interno di un rinnovato investimento della Regione nella programmazione territoriale

21.4. La riforma lombarda ha sviluppato la competizione?

Tra gli obiettivi dichiarati dalla Giunta Formigoni figurava l'introduzione – nei servizi a (almeno parziale) finanziamento pubblico – del "quasi-mercato", in cui diversi gestori accreditati competono per attrarre l'utente, libero di scegliere quello che preferisce. Per un erogatore – sia esso privato non profit, privato for profit o pubblico – venire accreditato dall'Ente pubblico significa essere riconosciuto idoneo a fornire servizi di qualità adeguata a ricevere finanziamenti pubblici, cosa che non coincide con l'ottenerli. Affinché ciò accada, infatti, deve competere con gli altri gestori accreditati e convincere l'utente a sceglierlo.

Rispetto alla situazione precedente (gestione diretta pubblica o convenzionamento/appalto con erogatori privati), dunque, venire giudicato di qualità adeguata da parte dall'ente pubblico è condizione necessaria, ma non più sufficiente, affinché un gestore sia finanziato: ora deve essere scelto anche dall'utente. Ecco il passaggio fondamentale, ritenuto capace di modificare alla radice la struttura d'incentivi che muove il sistema. Si pensa, così, d'incrementare la qualità degli interventi perché crescerà l'attenzione di chi fornisce servizi nei confronti di chi li riceve. Dovendo competere per "conquistare" gli utenti, infatti, gli erogatori presteranno più attenzione alle loro preferenze e ai loro bisogni; lo faranno, inoltre, con rapidità e flessibilità superiori a prima, adattandosi maggiormente alle loro esigenze ([46]).

([46]) Si ritiene che crescerà anche l'efficienza degli interventi, intesa come la capacità di offrire servizi di maggiore qualità a parità di risorse (oppure di medesima qualità con meno risorse).

Per verificare quanto accaduto distinguiamo, di nuovo, tre tipologie di servizi:

- *le strutture presso le quali l'utente si deve recare (residenziali, semi-residenziali e centri diurni)*. Assorbono almeno i due/terzi del bilancio regionale delle politiche sociali, le principali sono le Rsa per gli anziani e le Rsd e i Cdd per la disabilità. In nessuna è stata introdotta la competizione. L'accreditamento, infatti, non ha significato per gli erogatori la possibilità di competere nel "quasi mercato" al fine di essere scelti dall'utente bensì la sicurezza di ricevere un finanziamento pubblico. La Regione ha sempre seguito la medesima condotta. Accreditava un numero di posti pari a quelli che poteva finanziare e pagava al gestore le giornate nelle quali questo riusciva a occuparli; poiché le persone che domandano un intervento sono – nel nostro settore – più di quelli disponibili, i posti venivano (quasi) sempre occupati ([47]). Per il singolo erogatore, dunque, vedersi accreditato un certo numero di posti voleva dire avere la certezza di ricevere per questi il finanziamento pubblico, senza dover competere allo scopo di essere scelto dall'utente ([48]);
- *i servizi domiciliari socio-sanitari (Adi)*. La competizione è stata introdotta nel 2003, con l'attivazione del voucher socio-sanitario. L'utente cui veniva riconosciuto il diritto al voucher, infatti, poteva scegliere il preferito tra diversi erogatori accreditati; nella maggior parte dei distretti i gestori erano effettivamente almeno due. Per l'erogatore essere accreditato non significava la sicurezza del finanziamento pubblico bensì esclusivamente la possibilità di competere nel "quasi-mercato"; si assegnava, quindi, un certo potere di scelta all'utente e alla sua famiglia.
  Nel 2006, però, la competizione è stata fortemente limitata, in diversi casi (di fatto) abolita, dall'introduzione della negoziazione di budget. Da allora, nei primi mesi dell'anno ogni Asl contratta con ogni erogatore accreditato un budget annuale, il cui ammontare è definito sulla base delle prestazioni fatturate nell'anno precedente, di quelle che Azienda ed erogatore stimano possibili per l'anno in corso e dei fondi pubblici complessivamente disponibili. Per un gestore, quindi, ricevere un finanziamento pubblico non dipende più solo dalla capacità di essere scelto dall'utente nell'ambito di un mercato competitivo ma anche, o soprattutto ([49]), dalla contrattazione con l'Asl ([50]);

([47]) La Regione non remunera ai gestori le giornate di posti accreditati che non siano effettivamente fruiti (il cosiddetto "vuoto per pieno"), ma si tratta di una percentuale minima, dovuta principalmente a possibili intermezzi nel cambio tra utenti differenti.

([48]) In qualche fase può non essere stato così – ad esempio, per alcune realtà, i periodi nei quali l'incremento dei posti in Rsa si accompagnava alla crescente disponibilità di assistenti familiari (badanti) a bassa remunerazione, ma non vi sono dubbi che questa sia risultata la tendenza prevalente del decennio.

([49]) Le eventuali possibilità di aggiustamento (verso l'alto o verso il basso) del budget annuale finanziato dall'Asl, qualora il volume effettivo di attività dell'erogatore non corrisponda a quello previsto, differiscono tra le varie Aziende; si veda il capitolo 8.

([50]) La vicenda presenta rilevanti analogie con l'evoluzione della sanità lombarda. Qui la riforma del 1997 (legge 31) ha inteso introdurre un sistema di "quasi-mercato" fondato sul mix tra

- *i servizi domiciliari sociali*. L'amministrazione regionale ha previsto la possibilità di realizzare una reale competizione legata a questo strumento, lasciando ampia discrezionalità agli ambiti territoriali. Alcuni l'hanno effettivamente introdotta e altri no, in ogni caso si tratta di una porzione minima del welfare lombardo.

Nell'insieme, quindi, la competizione è stata introdotta in misura esigua. Piuttosto che la costruzione di un "quasi-mercato", il decennio ha visto l'accelerazione del processo di esternalizzazione in atto da tempo, con l'aumento del numero di gestori impegnati nei servizi a (almeno parziale) finanziamento pubblico.

Vari sono, secondo me, i motivi di tale esito. Uno risiede nel timore che la pressione prodotta dal maggiore potere assegnato al cittadino potesse determinare un aumento non controllabile delle prestazioni fornite e, quindi, della spesa; detto altrimenti, che si potesse verificare una catena consequenziale fatta di "+ potere al cittadino, + domanda di prestazioni, difficoltà nel contenerla, forte crescita della spesa". Il timore pare aver giocato un ruolo nella decisione di introdurre la negoziazione di budget per l'Adi nel 2006, considerando che nel periodo precedente i finanziamenti erano cresciuti e che non era previsto un ulteriore incremento per gli anni successivi ([51]). Non è chiara la fondatezza empirica di questa preoccupazione per il sociosanitario ma certamente ha influito il ricordo della (allora) recente esperienza in sanità, dove l'introduzione di un modello simile di "quasi mercato" nel 1997 produsse – in pochi anni – un forte incremento di spesa ([52]) (Neri, 2010).

Un'altra ragione consiste nelle resistenze dei soggetti coinvolti. Vi sono state opposizioni all'interno dell'ente pubblico, che avrebbe visto ridursi il proprio ruolo d'intermediazione. Oggi, infatti, la scelta degli erogatori da finanziare è nelle mani dell'amministrazione regionale (accreditamento delle strutture) e delle Asl (servizi domiciliari) ([53]). Introdurre un effettivo "quasi-mercato" avrebbe significato trasfe-

---

libertà di scelta dell'utente e competizione tra aziende ospedaliere accreditate. In pochi anni di funzionamento di un siffatto "quasi-mercato", la spesa pubblica è cresciuta fortemente. Nel 2002, pertanto, le regole sono state cambiate ed è stata introdotta la stipula di un budget annuale da parte della Regione con ogni azienda ospedaliera accreditata: l'ente pubblico assicura il finanziamento delle prestazioni entro il limite di questo budget, mentre eventuali prestazioni ulteriori sono a carico dell'erogatore. Questa modalità di controllo della spesa si è rivelata piuttosto efficace ed è tuttora in uso. Al netto delle differenze dovute alle peculiarità di Adi e ospedale, l'evoluzione temporale è stata la medesima: una prima fase con priorità a competizione e libertà di scelta individuale, cui fa seguito una seconda fase nella quale il perno diventa la definizione di budget annuali tra l'ente pubblico e ogni singolo erogatore accreditato. Una lucida disamina delle vicende della sanità lombarda negli ultimi 15 anni si trova in Neri, 2010.

([51]) La spesa regionale per il sistema voucher sociosanitario/Adi è passata da 81 a 89 milioni annui di euro tra il 2004 e il 2006, per poi stabilizzarsi intorno a quest'ultimo valore negli anni successivi.

([52]) Cfr. nota 49.

([53]) Ci si riferisce qui ai finanziamenti socio-sanitari, che assorbono la gran parte del bilancio regionale complessivo per le politiche sociali.

rire il potere della scelta dei gestori da finanziare al cittadino. Il desiderio di non rinunciare a questa intermediazione da parte delle istituzioni pubbliche sembra aver influito sul mancato decollo del "quasi-mercato" ([54]). Si sono, poi, registrate le resistenze di alcuni soggetti del non profit, tra quelli che erogano servizi a finanziamento pubblico in un regime che, di fatto, da lungo tempo è monopolistico (o quasi). Passare alla competizione avrebbe significato, per loro, mettere in gioco le proprie posizioni dominanti.

Nel caso dei servizi forniti in strutture presso le quali l'utente si deve recare (che assorbono gran parte del bilancio), in ogni modo, il motivo principale mi sembra un altro. Si tratta della ridotta applicabilità – nelle politiche sociali – del modello lombardo di "quasi mercato", fondato sul binomio composto da concorrenza tra erogatori e libertà di scelta dell'utente. Come detto, oggi la domanda supera l'offerta e il problema non è scegliere tra più possibilità bensì trovare un posto libero in Rsa o in Cdd. In teoria, si potrebbe ovviare accreditando più erogatori dei posti finanziabili ma, in pratica, emergerebbero criticità difficilmente superabili ([55]). I gestori vivono principalmente degli stanziamenti pubblici e, in un siffatto scenario, non avrebbero alcuna certezza sulle loro entrate. Affrontare i propri costi fissi (personale e gestione delle strutture) risulterebbe assai complicato e per molti impossibile; inoltre, la mancanza di certezze sui finanziamenti disponibili spingerebbe gli erogatori a comprimere la qualità dei servizi e la remunerazione dei lavoratori. Nondimeno, il contesto fortemente instabile che si verrebbe a creare renderebbe ostica all'ente pubblico la costruzione di rapporti di collaborazione con i gestori, che costituiscono una condizione decisiva per un'efficace attività di monitoraggio della qualità e di pungolo al suo miglioramento.

Per quanto riguarda la domiciliarità, quest'ultimo motivo ha una portata limitata, data la maggiore flessibilità dei costi fissi degli erogatori, mentre le prime due ragioni paiono aver avuto un certo peso. Nella domiciliarità si presentano, in ogni modo, altre limitazioni all'applicabilità del "quasi mercato", come quella legata alla conformazione territoriale: si possono avere diversi erogatori operativi solo in pre-

---

([54]) In Lombardia, il ruolo d'intermediazione dell'amministrazione nel decidere a quali soggetti privati debbano essere destinati i finanziamenti pubblici è particolarmente esteso. Alla cospicua esternalizzazione di servizi con le modalità indicate nel testo bisogna aggiungere l'ampia presenza di progetti rivolti (in misura prevalente o esclusiva) al Terzo Settore: quelli della l.r. 23/1999, quelli contro la povertà estrema e una varietà di altri progetti sperimentali (cfr. paragrafo 21.3). L'amministrazione pubblica detiene un rilevante grado di discrezionalità nel decidere a quali soggetti assegnare i finanziamenti per i progetti.

([55]) Oggi la Regione accredita (e finanzia) circa 57.000 posti in Rsa per anziani. Si provi, ad esempio, a immaginare un contesto in cui i posti accreditati sono circa il doppio, 115.000, quelli finanziati rimangono 57.000 e i gestori con posti accreditati competono per attrarre gli utenti cui viene riconosciuto il diritto ad entrare in struttura. Per realizzare il modello che lega competizione tra gli erogatori e libertà di scelta dell'utente, infatti, il numero di posti accreditati deve essere sensibilmente superiore a quello dei posti scelti.

senza di un bacino di utenza sufficientemente ampio e abbastanza concentrato territorialmente ([56]).

Il binomio fatto di competizione tra gli erogatori e libertà di scelta dell'utente, dunque, pare perlopiù non applicabile alle politiche sociali. Gli esiti della vicenda lombarda in tal senso sono coerenti – oltre che con ragioni teoriche impossibili da approfondire per ragioni di spazio (si veda ad es. Forder, Robinson, Hardy, 2005) – con la complessiva esperienza italiana e con quella internazionale.

Durante la seconda metà degli anni '90, l'introduzione di un siffatto "quasi mercato" raccolse ampio interesse nel nostro paese, trasversalmente ai diversi schieramenti politici e orientamenti culturali. La legge 328/2000, ad esempio, fu approvata da un governo nazionale di colore opposto a quello lombardo ma assegnò un ruolo centrale al "quasi mercato ([57])", riponendovi le medesime aspettative di maggiore qualità, efficienza e attenzione all'utente della Giunta Formigoni. Le elezioni nazionali del 2001 videro la diffusione di questo strumento figurare nei programmi di entrambi gli schieramenti, e si potrebbero portare molti altri esempi concernenti quel periodo ([58]).

Nella prima metà degli anni 2000, però, il quadro mutò. Al momento di tradurre nella pratica il modello fatto di competizione e libertà di scelta, infatti, i motivi discussi dissuasero quasi tutti gli enti di governo italiani e l'effettiva diffusione risultò, dunque, limitata. Tra le Regioni, l'unica a introdurlo fu la Lombardia – nel 2003 – nella domiciliarità ([59]).

I paesi che maggiormente sono andati avanti nella direzione del "quasi-mercato" (come Regno Unito e Olanda) hanno seguito un percorso comune e hanno introdotto la competizione tra erogatori senza accompagnarla, perlopiù, con la libertà di scelta individuale. Hanno, detto altrimenti, puntato su accordi pluriennali tra ente pubblico fi-

---

([56]) La probabilità che vi siano diversi fornitori è maggiore in contesti urbani o, comunque, caratterizzati da una significativa densità abitativa e da una non eccessiva dispersione degli abitanti. Infine, questo strumento può essere utilizzato solo per prestazioni che rispondano a un bisogno conclamato e misurabile, il cui riconoscimento porti all'erogazione, appunto, di un voucher per rispondervi. Ciò restringe il campo alle prestazioni di cura e assistenza, escludendo interventi di prevenzione del disagio, orientamento/informazione e promozione del benessere. Per un quadro delle ragioni della scarsa diffusione del voucher in Italia si veda Fazzi e Gori, 2004; con specifico riferimento all'esperienza lombarda, Pasquinelli, a cura di, 2006.

([57]) Si vedano in proposito i documenti prodotti dall'allora Ministro degli Affari Sociali, Livia Turco, e dai suoi consulenti (Dipartimento per gli Affari Sociali, 2001, Piva, 1998).

([58]) Il dibattito italiano è risultato piuttosto differente rispetto a quello europeo, come mostra il diverso significato assegnato alla medesima espressione. Mentre nel nostro paese l'espressione "quasi mercati" viene associata a un modello fondato innanzitutto sulla libertà di scelta individuale, nel resto d'Europa l'equivalente "quasi-markets" è perlopiù utilizzato per indicare un modello fondato innanzitutto sulla competizione tra gestori, principalmente in assenza di libertà di scelta dell'utente.

([59]) Ci si riferisce qui agli interventi introdotti a regime, non alle sperimentazioni.

nanziatore ed ente gestore (privato non profit, privato for profit o pubblico), che assicurano a quest'ultimo il finanziamento di un certo numero di posti per un arco di tempo prefissato ([60]) (Fernandez *et alii*, 2009; Glendinning e Moran, 2009). Sono stati ottenuti risultati positivi – in termini di qualità ed efficienza – grazie all'azione dell'ente pubblico finanziatore/regolatore e, in particolare, alla sua capacità di svolgere le seguenti funzioni: rapportarsi ai gestori creando tra loro una vera concorrenza per stipulare accordi con il pubblico, svolgere un efficace monitoraggio di qualità e costi e rendere credibile la possibilità di cambiare erogatore in caso di qualità insoddisfacente ([61]).

Tradotta nella realtà italiana, la configurazione strategica di un simile assetto non si discosta sostanzialmente dalle modalità di accordo già in uso tra ente pubblico finanziatore e gestori (siano esse convenzioni, appalti, contratti o altro), che si riteneva potessero essere sorpassate dalla libertà di scelta dell'utente quale perno della regolazione. Il punto, invece, è far crescere ulteriormente la capacità dell'ente pubblico di creare concorrenza tra gli erogatori per stipulare accordi con esso, di svolgere efficacemente le funzioni controllo e monitoraggio, di revocare gli accordi quando la qualità non è adeguata; il tutto in un clima capace di coniugare gli incentivi al miglioramento insiti nella competizione con il grado di stabilità necessario agli erogatori per operare al meglio. Si giunge, così, al messaggio chiave del decennio: non esistono alternative al difficile lavoro di regolazione dell'ente pubblico, nessuna "grande idea" può evitare che la qualità e l'efficienza dei servizi dipendano in maniera decisiva da tale attività ([62]). Questa è l'unica strada possibile, la sfida è percorrerla sempre meglio (cfr. par. 21.7).

Box 4 - La riforma lombarda ha sviluppato la competizione?

- La competizione tra gestori, nell'ambito del "quasi mercato", è oggi presente in misura minimale
- Nei servizi erogati in strutture (residenziali, semi-residenziali, centri diurni) non è mai stata introdotta
- Nell'Adi è stata introdotta nel 2003 e limitata nel 2006. Viene utilizzata in alcuni ambiti territoriali con il voucher sociale
- L'esperienza lombarda, quella italiana e quella internazionale concordano nel mostrare la ridotta applicabilità, nelle politiche sociali, del modello di "quasi mercato" fondato sul binomio composto da competizione tra erogatori e libertà di scelta dell'utente
- Il messaggio del decennio è che per migliorare qualità ed efficienza dei servizi non esistono alternative al rafforzamento dell'azione regolativa svolta dall'ente pubblico finanziatore

---

([60]) Ad esempio un triennio.

([61]) Quindi non rinnovando il contratto quando la qualità monitorata risulta inadeguata.

([62]) Questo messaggio, a mio parere, vale per molti temi, in numerosi settori del welfare, ed è denso d'implicazioni. Puntare sulle "grandi idee" ha abitualmente il vantaggio di colpire maggiormente gli interlocutori e – essendo queste idee legate a scenari di cambiamento radicale – di non richiedere alcuna dettagliata analisi della realtà attuale. Tuttavia, l'unica strada percorribile al fine di migliorare il welfare consiste in un lavoro certosino di analisi della realtà, di disamina tecnica dell'esistente, da tradurre in cambiamenti graduali.

21.5. La riforma lombarda ha introdotto la libertà di scelta?

Tra gli obiettivi della riforma figura l'introduzione della libertà di scelta, cui è stato assegnato un duplice significato: più importante è considerata la libertà di scegliere "da chi ricevere" un determinato servizio (scelta tra erogatori), poi vi è quella di decidere "che cosa fare" in un momento critico (scelta tra percorsi di vita).

Comincio, dunque, dalla libertà di scelta tra erogatori, ritenuta un incentivo per incrementare qualità ed efficienza, secondo la logica illustrata nel precedente paragrafo. La quasi totale assenza di effettiva competizione tra gli erogatori, tuttavia, ne ha resa impossibile la diffusione.

Oltre che strumento da utilizzare per elevare qualità ed efficienza, la libertà di scelta tra erogatori è stata considerata pure un valore in sé, quale manifestazione dell'importanza che la Giunta Formigoni attribuisce alla valorizzazione della persona, alla società civile e all'autonomia del cittadino nei confronti dell'amministrazione pubblica. Volgiamo ora lo sguardo alle ridotte occasioni in cui è stata introdotta in modo netto, cioè il triennio 2003-2006 del voucher sociosanitario e alcuni casi di voucher sociale. Le interviste realizzate a utenti e familiari sono coerenti tra loro, con i risultati del nostro precedente volume (Gori, a cura di, 2005) e con gli altri studi empirici disponibili (condotti in Lombardia e altrove). Diversi tra questi affermano di viverla più come onere che come risorsa, un impegno ulteriore da affrontare in momenti già carichi di difficoltà, nella delicata fase di passaggio rappresentata dalla presa in carico. In particolare, quanto più l'utenza è fragile, anziana e con deboli reti informali tanto più la libertà di scelta è ritenuta un onere. Mentre sulla sua natura di onere le opinioni variano, su un altro aspetto la maggior parte di utenti e familiari concorda: la libertà di scelta tra erogatori non rientra tra i loro desideri prioritari ([63]). Tali risultati riflettono la letteratura internazionale, la quale mostra che il gradimento verso la libertà di scelta si concentra nell'utenza non particolarmente fragile, non anziana (o "giovane anziana"), con bisogni non troppo complessi e di lungo periodo (ad esempio AARP European Leadership Study, 2006; Burau, Theobald e Blank, 2007) ([64]). Ecco l'aspetto cruciale: la libertà di scelta tra erogatori è apprezzata dall'utenza più "forte", ma questa rappresenta una quota minoritaria dei beneficiari delle politiche sociali regionali ([65]).

L'altra libertà è quella di scegliere tra percorsi di vita. In questo caso l'Ente pubbli-

---

([63]) Si vedano, tra gli altri, Pasquinelli, a cura di, 2006 e Costa, a cura di, 2007. Altri sono i desideri prioritari dichiarati: ricevere servizi di qualità, avere punti di riferimento nella rete dei servizi così come nei soggetti gestori, essere informati, essere accompagnati in un percorso assistenziale continuo e così via.

([64]) Le ricerche indicano anche che il gradimento verso la libertà di scelta è maggiore laddove l'utente può disporre di un solido network informale e/o di un operatore pubblico cui fare riferimento quando sorgono problemi.

([65]) La libertà di scelta come obiettivo si è imposta a livello internazionale con riferimento alle persone adulte con disabilità fisica ed è stata poi riproposta in altri ambiti, a partire dagli anziani non autosufficienti (Da Roit e Hoogenboom, 2010).

co offre al cittadino-utente non la possibilità di decidere da quale tra i diversi erogatori accreditati ricevere un determinato intervento (ad esempio, quale tra quattro gestori accreditati gli fornisca un servizio domiciliare) bensì di scegliere quale intervento ricevere (ad esempio se servizi domiciliari, centro-diurno o residenziale; se denaro o servizi). Questa libertà è rimasta sullo sfondo – destino comune all'intera esperienza italiana ([66]) – e la sua realizzazione non è stata perseguita. Un cammino teso a esplorarne le concrete applicazioni avrebbe, però, aperto prospettive stimolanti.

Varie ne sono le possibili traduzioni pratiche, tra le quali: l'insieme d'interventi che facilitano la possibilità per una mamma di decidere se continuare o meno a lavorare dopo la nascita di un figlio (ad esempio la scelta tra un posto al nido e un sostegno monetario), la realizzazione di progetti di vita indipendente che permettano alla persona con disabilità di decidere cosa fare della propria esistenza ([67]), l'opportunità per gli anziani non autosufficienti – e i loro familiari – di scegliere tra diversi luoghi di cura (domicilio, centro diurno, residenzialità) e tra varie tipologie di interventi ([68]).

La mia impressione è che – in modo autonomo l'uno dall'altro – i rispettivi dibattiti internazionali su donne e natalità, politiche per la disabilità e assistenza agli anziani non autosufficienti convergano nell'assegnare rilevanza crescente alla scelta tra percorsi di vita. Questo è il quadro che risulta da interventi per la conciliazione, progetti di vita indipendente e attenzione sempre più forte nelle politiche per la non autosufficienza alla scelta tra tipologie d'interventi e a quella tra luoghi di cura. Si tratta di un terreno evidentemente complesso ma fecondo: numerosi studi portano a ritenere che – nei momenti critici della propria esistenza – alle persone questa libertà interessi più di quella di poter decidere tra diversi erogatori. Pertanto, la riforma lombarda sembra dover ancora realizzare le migliori potenzialità della libertà di scelta.

Box 5 - La riforma lombarda ha introdotto la libertà di scelta?

- Il mancato sviluppo della competizione ha impedito la diffusione della libertà di scelta tra erogatori
- I dati raccolti quando è stata introdotta mostrano che la libertà di scelta tra erogatori non rappresenta una priorità di utenti e famiglie
- La libertà di scelta tra percorsi di vita non è stata perseguita mentre potrebbe aprire prospettive stimolanti. Questa libertà tocca, tra gli altri, i temi della conciliazione per le madri, della vita indipendente per le persone con disabilità, della scelta tra tipologie d'interventi e di quella tra luoghi di cura per gli anziani non autosufficienti
- Nella riforma lombarda, dunque, la libertà di scelta sembra dover ancora realizzare le proprie potenzialità migliori

---

([66]) Si pensi all'importanza che la legge 328/2000 attribuiva alla libertà di scelta tra erogatori, cui era destinato un intero articolo (il 17), mentre dedicava meno attenzione alla libertà di scelta tra percorsi di vita.

([67]) La nostra Regione, come noto, ha puntato sui progetti di vita indipendente meno di altre (cap 14).

([68]) Ad esempio, per gli anziani a domicilio di scegliere tra prestazioni monetarie, servizi sociali e servizi socio-sanitari.

21.6. La riforma lombarda ha sostenuto la famiglia?

Si assiste – da anni – a un vivace dibattito sulla capacità del welfare lombardo di sostenere la famiglia. La difformità, spesso radicale, di alcune valutazioni ha suscitato perplessità, trasmettendo l'impressione che le diverse parti non si riferissero ai medesimi interventi. E così probabilmente era. La chiave di volta, secondo me, consiste nel non considerare la "famiglia" in generale bensì nel guardare concretamente alle diverse tipologie di famiglie.

21.6.1. *Le famiglie di nuova composizione e/o con figli*

La Giunta Formigoni ha voluto rivolgersi al nucleo familiare – legato dal vincolo matrimoniale – nel suo insieme di relazioni, non al suo singolo componente. Ha puntato l'attenzione sulla famiglia che si costituisce, procrea figli e affronta le diverse fasi della loro crescita ([69]). Pertanto, si parla di "politiche regionali per la famiglia" (denominazione della l.r. 23/1999) per intendere "politiche regionali per le famiglie di nuova composizione e/o con figli piccoli, adolescenti, minori". L'impostazione lombarda riflette la dottrina cattolica sulla famiglia, che si concentra su due priorità: rafforzare il ruolo della famiglia fondata sul matrimonio come unità di base della società e promuovere la natalità. Tale impostazione si ritrova nelle riflessioni degli esperti cattolici di welfare cui fa riferimento la Giunta ([70]).

L'interesso verso questa tipologia di famiglia è ritenuto antitetico rispetto alla tradizione italiana. Mentre il nostro welfare si concentra su quella che viene chiamata la "famiglia patologica", cioè sostiene il nucleo solo dopo l'insorgere di un problema, come la povertà o la non autosufficienza, si vuole passare a un sistema capace di accompagnarla anche in quelle che vengono definite le "normali" transizioni del suo percorso di vita. È il cambiamento – si afferma – dall'approccio riparativo (storicamente dominante) a quello promozionale (auspicato), attraverso interventi che puntino alle risorse e non ai deficit, alla salute e non alla malattia, in sintesi alla "normalità" e non alla "patologia".

([69]) Ha inteso, dunque, sostenere la famiglia quando vuole formarsi e cerca una casa, quando nasce un figlio, nell'accudimento del bambino piccolo, nella gestione del tempo libero dei figli in età scolastica e così via.

([70]) Per quanto riguarda la dottrina cattolica, si veda, ad esempio, il Capitolo V del Compendio della Dottrina Sociale della Chiesa, "La famiglia cellula vitale della società", sul sito www.vatican.va. Per quanto riguarda la riflessione in materia degli esperti cattolici di welfare si vedano i rapporti biennali sulla famiglia del Cisf (Centro internazionale studi famiglia), pubblicati dal 1989 e giunti all'undicesima edizione; da ultimo, Donati (a cura di, 2010). Più in generale, si può notare che quando esponenti politici o intellettuali facenti riferimento al mondo cattolico parlano della necessità di sostenere la famiglia si riferiscono principalmente alla famiglia con figli. L'equivalenza politiche per la famiglia = politiche per le famiglie con figli, peraltro, nel tempo si è diffusa in tutti gli ambienti così come a livello istituzionale. Ad esempio, Comuni e Regioni italiani definiscono come interventi per "famiglia e minori" quelli rivolti alle famiglie con figli, e lo stesso dicasi per la definizione di family policy utilizzata dall'Eurostat nel proprio database sulla spesa di welfare.

Per queste famiglie, l'amministrazione Formigoni ha sviluppato una specifica strategia, attraverso la l.r. 23/1999, che le ha consentito, perlopiù, di raggiungere i propri obiettivi. Tale normativa costituisce un caso emblematico – e piuttosto raro nel welfare italiano – di capacità di tradurre in modo coerente un insieme di idealità in azioni concrete (Brugnoli e Vittadini a cura di, 2008; Pesenti, 2008).

Con la legge 23, innanzitutto, è stata superata la storica marginalità di queste famiglie nel welfare regionale, assegnando loro uno spazio significativo nelle azioni effettivamente realizzate così come nel dibattito. Sono stati messi in campo interventi rivolti a bisogni largamente insoddisfatti: per le famiglie con bambini piccoli si tratta soprattutto di nidi famiglia e spazi gioco, per quelle con figli più grandi di supporto alle attività scolastiche e aggregazione giovanile, per l'insieme delle giovani famiglie di formazione ai ruoli familiari, prestiti sull'onore e agevolati ([71]).

La critica della debolezza progettuale del welfare regionale su questa materia e l'intenzione di valorizzare ruolo, idee ed esperienze delle famiglie stesse hanno influenzato la definizione dei progetti e dei soggetti responsabili. La legge 23 ha finanziato progetti innovativi, così da far appunto risaltare le elaborazioni delle famiglie e da ovviare alle tradizionali carenze delle politiche pubbliche. Inoltre, si è data priorità alle modalità di auto-organizzazione delle famiglie (le associazioni familiari) nella realizzazione dei progetti finanziati ([72]).

Oggi ci si chiede in che modo si possa valorizzare l'innovazione maturata nel territorio e condurre, pertanto, il percorso pluriennale compiuto verso il suo naturale approdo, cioè un cambiamento destinato a durare nel tempo. I progetti della legge 23 risultano tendenzialmente separati rispetto alla rete dei servizi, hanno spesso durata limitata e toccano un quota esigua dei nuclei potenzialmente interessati. Questi sono tratti insiti nella natura stessa di una norma che finanzia progetti innovativi e la cui funzione, quindi, consiste nell'aprire nuove strade. La sfida adesso è compiere il passo successivo, cioè spostare il perno dell'azione regionale dai progetti innovativi agli interventi a regime, che abbiano assicurata una certa continuità e che riguardino una fascia più ampia di popolazione. Si tratta evidentemente di un passaggio complicato e pieno d'insidie, prima fra tutte quella di perdere la spinta innovativa, ma il punto di arrivo non può che essere questo.

Rispetto alla realizzazione di tale passaggio, il decennio trascorso lascia una situazione i cui sbocchi non paiono ancora delineati. Da una parte, non sono state create le condizioni per apprendere dalle esperienze positive maturate nel territorio, co-

---

([71]) Alla conclusione della precedente legislatura regionale (2005) i progetti maggiormente finanziati erano: "Formazione ai ruoli familiari" (33% del totale dei progetti), "Supporto alle attività scolastiche" (24%) e "Spazi gioco" (13%). Giunti quasi al termine della successiva legislatura (2009, dato più recente) i progetti maggiormente finanziati risultavano essere: "Formazione ai ruoli familiari" (37%) e "Supporto alle attività scolastiche" (37%).

([72]) Nel 2009 le associazioni di solidarietà familiare gestivano il 50% dei progetti finanziati, seguite dalle cooperative sociali con il 27%.

sì come dagli errori commessi, poiché i progetti della legge 23 sono stati oggetto di una ridotta attività valutativa. Dall'altra, le azioni tese a costruire politiche rivolte alle famiglie con figli che vadano oltre i progetti, fino ad oggi hanno avuto una velocità ridotta. In proposito è significativa – tra i settori che interessano queste famiglie – la situazione di quello su cui l'amministrazione regionale ha maggiori leve per intervenire, cioè i servizi alla prima infanzia: le specifiche vicende hanno seguito *iter* differenti, pensiamo all'accreditamento e all'applicazione del Piano nidi nazionale, ma hanno condiviso una comune lentezza nel realizzare più ampie azioni regionali d'insieme ([73]).

21.6.2. *La famiglia con persone non autosufficienti*

L'obiettivo di valorizzare la famiglia ha riguardato esclusivamente i nuclei di nuova composizione e/o con figli senza toccare quelli con persone non autosufficienti, anziane o disabili, che costituiscono la gran parte dell'utenza delle politiche regionali. Per i *caregiver* impegnati ad assistere un proprio parente non autosufficiente, dunque, non è stata messa in campo alcuna strategia esplicita di sostegno ([74]).

In assenza d'interventi rivolti direttamente a loro, bisogna chiedersi quali siano stati gli effetti indiretti della riforma lombarda sull'impegno di cura e/o sulla qualità della vita dei *caregiver* familiari di anziani e disabili. Quali effetti, cioè, abbiano avuto su questi soggetti le azioni promosse dalla Regione per perseguire obiettivi di altra natura (che, quindi, non hanno avuto loro come target principale). L'attenzione si focalizza sui parenti di chi vive a domicilio, non di chi si trova in residenza (situazione che richiede ai familiari meno impegno). È noto che la possibilità di ricevere informazioni/suggerimenti su come affrontare le attività di cura e sul modo di orientarsi nella rete dei servizi costituisce un'esigenza fondamentale dei familiari. La strategia lombarda, però, non ha puntato sulla funzione di accompagnamento della famiglia nel percorso assistenziale (cfr. prossimo paragrafo). Un altro aspetto cruciale riguarda l'offerta dei servizi nel territorio, necessari per permettere alla persona fragile di vivere nel proprio ambiente e per sostenere lo sforzo della famiglia. Sia nei servizi rivolti agli anziani sia in quelli per persone con disabilità l'investimento sulla domiciliarità è stato contenuto, inferiore a quello di gran parte delle altre Regioni settentrionali. Nel complesso, pertanto, la riforma lombarda ha prodot-

---

([73]) Da ricordare sono qui anche i nidi in famiglia che, nati come progetti della l.r. 23/1999 sono stati successivamente riconosciuti quali unità di offerta delle politiche a regime. Si tratta dell'unico caso sinora realizzato di passaggio dalla prima alle seconde. Non sono a oggi chiari gli esiti dell'introduzione dei nidi in famiglia tra le unità di offerta a regime, esiti che meriteranno un'attenta valutazione; in ogni modo i servizi coinvolti sono pochi.

([74]) Con una sola eccezione, che non modifica il quadro delineato. Tra le tipologie di progetti della l.r. 23/1999 finanziati, per l'intero periodo considerato, alcuni tra quelli riferiti a "Promozione dell'associazionismo familiare e del mutuo aiuto" e "Banche del tempo" riguardavano le famiglie di disabili e anziani.

to alcuni effetti indiretti negativi sui familiari degli anziani non autosufficienti e delle persone con disabilità.

Box 6 - La riforma lombarda ha sostenuto la famiglia?

- La riforma lombarda ha inteso sostenere le famiglie di nuova composizione e/o con figli
- La l.r. 23/1999 ha permesso di dare rilievo a queste famiglie, promuovendo l'innovazione loro destinata
- Per le famiglie con figli la sfida, ora, è spostare il perno dell'azione regionale dai progetti innovativi agli interventi a regime
- La riforma non ha perseguito obiettivi diretti di sostegno ai familiari di anziani non autosufficienti e di persone con disabilità
- La riforma ha avuto, altresì, effetti indiretti sui familiari di anziani non autosufficienti e di persone con disabilità. Si è trattato di effetti negativi, dovuti ai ridotti investimenti nel percorso assistenziale e nei servizi domiciliari

21.7. La riforma lombarda ha migliorato la regolazione del welfare locale?

La regolazione di un sistema di welfare locale dipende da ciò che accade a vari livelli di governo. Di seguito, pertanto, si affronta il tema sotto diversi punti di vista, procedendo dal livello micro al livello macro: il percorso dell'utente e dei suoi familiari nei servizi (par. 21.7.1), l'assetto organizzativo e istituzionale che riguarda i diversi attori operanti nel territorio (par. 21.7.2) e il complessivo indirizzo fornito dall'amministrazione regionale (par. 21.7.3). L'angolo visuale cambia – si vedrà – i tratti di fondo che emergono sono i medesimi ([75]).

21.7.1. *L'utente e la sua famiglia*

Accompagnare l'utente e la sua famiglia durante le diverse fasi del loro percorso nei servizi – informazione, accesso, valutazione, presa in carico e passi successivi – non ha rappresentato uno degli obiettivi della riforma lombarda. Nel periodo in esame, la Regione ha oscillato tra il disinteresse e le azioni finalizzate ad abolire i presidi pubblici del percorso già esistenti. Ciò è avvenuto per tutti gli utenti ma qui vale la pena di riprendere la vicenda degli anziani non autosufficienti perché, meglio di qualunque altra, chiarisce la relazione tra idee e realtà venutasi a creare su questo tema.

([75]) La regolazione del welfare locale è un tema di particolare rilievo e, per questo motivo, le sono stati dedicati vari capitoli nella seconda parte del volume. Si propone lì un'approfondita analisi dei suoi diversi aspetti, trasversale ai differenti settori d'intervento delle politiche sociali regionali. Si rimanda, dunque, a questa parte per una disamina specifica mentre qui vengono ripresi alcuni punti di sintesi.

Bisogna tornare al marzo 1995, quando la precedente Giunta approvò il "Progetto Obiettivo Anziani". Il Progetto prevedeva la presenza nei territori dell'Unità di Valutazione Geriatrica (Uvg), deputata alla valutazione multidimensionale di chi richiedeva l'accesso alla rete dei servizi e alla stesura del piano d'intervento globale personalizzato. All'Uvg era anche assegnata – nelle intenzioni – la funzione di regia dell'accesso ai servizi pubblici, dell'integrazione tra interventi sociali e sanitari, e, più in generale, di governo della rete locale di welfare.

Negli anni successivi, però, la concreta realizzazione delle Unità di Valutazione sul territorio incontrò varie difficoltà e le indicazioni del Piano Regionale vennero tradotte nella pratica solo in misura limitata. Non mancarono casi di eccellenza ma prevalsero gli indirizzi di natura burocratico-amministrativa, "schiacciati" sulla funzione di autorizzazione all'accesso ai servizi a scapito del progetto personalizzato e del governo della rete. Prese così piede, tra gli addetti ai lavori, un dibattito sulle criticità dell'Uvg e sulle possibili modalità per superarle (ad esempio Guerrini, 2001).

A cavallo del nuovo millennio, alla riflessione sui problemi dell'Unità Valutativa si affiancò l'elaborazione strategica che l'amministrazione regionale stava compiendo per costruire la propria riforma delle politiche sociali, incentrata sugli obiettivi presentati nel primo capitolo del volume. Una tra le prime decisioni scaturite da tale elaborazioni fu – all'inizio del decennio – l'abolizione dell'Uvg.

La scelta non fu dovuta ai problemi venuti alla luce durante l'attuazione. Infatti, se fossero state ritenute utili le funzioni attribuite all'Unità Valutativa dal Progetto Obiettivo, il nodo sarebbe stato affrontato sul piano attuativo, operando per modificare le criticità sopra esposte. A tal fine l'amministrazione avrebbe potuto impiegare numerosi strumenti: svolgere analisi empiriche di quanto accaduto nel territorio, costruire linee guida, diffondere le buone pratiche emerse e così via.

La Regione, invece, decise di eliminare le Unità Valutative per un altro motivo: la loro presenza non risultava coerente con il disegno della riforma. Detto altrimenti, il punto critico non consisteva nel fatto che le Uvg avessero incontrato problemi operativi nei primi anni di attività, bensì era il loro stesso ruolo ad essere giudicato incompatibile con il nuovo welfare. Da una parte, si riteneva che la funzione di governo dell'accesso fosse incompatibile con la libertà di scelta delle persone che accedono alla rete di scegliere autonomamente il servizio da ricevere (obiettivo "libertà di scelta"). Dall'altra, la regia del sistema locale veniva giudicata in contraddizione con la possibilità degli erogatori accreditati di competere nel proporsi agli utenti (obiettivo "sviluppo del quasi-mercato") ([76]).

Prendere una simile decisione voleva dire non dare credito alle argomentazioni

---

([76]) La supposta contraddizione tra l'Uvg e la logica della riforma fu esplicitata in numerose occasioni pubbliche. Inoltre, sembra di capire che la costruzione di presidi pubblici al percorso assistenziale troppo complessa dal punto di vista attuativo, anche se questa ulteriore motivazione non venne esplicitata.

di coloro i quali sostengono l'importanza di presidiare il percorso assistenziale. Tali argomentazioni sono che le famiglie richiedono informazioni, consulenze, suggerimenti su come affrontare le necessità insorte e sul modo di orientarsi nel welfare locale, e che è necessaria una funzione di regia pubblica della rete dei servizi per fare sì che ogni bisogno riceva la risposta più appropriata possibile. Come noto, la letteratura scientifica – italiana e internazionale – è unanime circa la necessità di accompagnare il percorso assistenziale di utenti e famiglie (la strada da percorrere) mentre si divide su come farlo (gli strumenti con cui percorrerla) (ad es NNA, 2009, 2010). La peculiarità della riforma lombarda, dunque, è consistita nel ritenere che si potesse intraprendere una strada differente.

Nel decennio, pertanto, l'indicazione della Regione Lombardia – seguita da alcuni ma non da tutti i territori – è stata quella di deregolare il percorso assistenziale, disattivando i presidi già esistenti (Uvg) e non costituendone altri (Porta Unica di Accesso, Pua, e *case manager*). Le altre Regioni, intanto, hanno lavorato in una direzione differente, operando per il rafforzamento del sostegno pubblico alle diverse fasi del percorso assistenziale. Partendo da situazioni diverse, si sono avviate lungo il medesimo cammino, che le vede passare progressivamente dalla "Posizione intermedia 1" al "Percorso regolato" (tab. 21.5). Al di fuori della nostra Regione, infatti, negli ultimi anni si è registrata un'attenzione estesa e crescente nei confronti del percorso assistenziale.

Affermare che le altre Regioni stiano lavorando sempre più sul percorso – è bene precisarlo – non significa affatto sostenere che siano riuscite a ottenere risultati significativi. La tabella 21.5 presenta gli obiettivi dichiarati; proprio su questi temi spesso esiste un certo scollamento tra quanto enuncia la normativa e ciò che si riesce effettivamente a realizzare. Le altre Regioni, però, hanno in varia misura raggiunto esiti positivi e hanno tutte accumulato un prezioso bagaglio di esperienza in merito.

La collocazione della Lombardia – unica Regione italiana – nel modello del "percorso deregolato" si è conclusa nel 2008. A partire da quell'anno, infatti, alcune novità normative hanno segnalato l'intenzione di tornare a presidiare il percorso assistenziale, riprendendo l'esperienza interrotta dopo il Progetto Obiettivo Anziani 1995. Mi riferisco alle indicazioni che provengono in tal senso della legge 3/2008, alle linee guida per la terza triennalità dei Piani di zona (2009-2011) e all'introduzione del CeAD (Centro per l'assistenza domiciliare). Le applicazioni operative si sono mostrate limitate e non sempre ordinate, sinora l'aspetto di maggior rilievo è stata l'evidenza del cambio di orientamento strategico. Cambio di orientamento, che – a partire dal 2008 – è stato esplicitato anche con riferimento alle altre aree di utenza delle politiche sociali. I prossimi anni mostreranno se sarà tradotto in pratica in maniera robusta.

Tabella 21.5 - Le Regioni e il percorso assistenziale: obiettivi dichiarati

Tipologia di percorso ***Fasi del percorso: presidio pubblico***	**Percorso deregolato**	**Posizione intermedia 1**	**Posizione intermedia 2**	**Percorso regolato**
Accesso: Pua	NO	NO	SÌ	SÌ
Valutazione e progettazione: Uvg	NO	SI	SÌ	SÌ
Responsabilità nel tempo: case manager	NO	NO	NO	SÌ
Esempi	Lombardia 2000-2008	Calabria, Molise	Liguria, Piemonte	Toscana, Marche

Fonte: Gori e Pesaresi, 2009; Avanzini e De Ambrogio, capitolo 6

21.7.2. *L'assetto organizzativo ed istituzionale*

Le analisi condotte nei differenti capitoli del libro mostrano la necessità di supportare la ricerca di una maggiore collaborazione a livello del caso con una più solida integrazione sul piano organizzativo e istituzionale.

Per quanto riguarda le indicazioni regionali riguardanti il rapporto tra Comuni e Asl, il decennio si è articolato in fasi diverse. Inizialmente si è creata una situazione abbastanza confusa, segnata dall'assenza d'integrazione e dalla tendenziale prevalenza delle Asl sui Comuni nella gestione dei piani di zona. Gli aspetti caratterizzanti questo periodo, dunque, sono stati la scarsa chiarezza e una certa predominanza della sanità rispetto al sociale (prima triennalità piani di zona). Nella fase successiva, invece, l'amministrazione regionale ha "messo in ordine" il rapporto tra sociale e sanitario, parificando formalmente i ruoli di Comuni e Asl. Questa fase è cominciata con la seconda triennalità dei piani di zona ed è proseguita con la legge 3/2008, che ha fornito un ulteriore contributo nella definizione di una più corretta equiparazione tra Asl e Comuni, identificando per ognuno la propria area di titolarità e precisandone a livello formale reciproci ruoli e funzioni (programmazione della rete socioassistenziale all'uno e della rete sociosanitaria all'altro). Il chiarimento offerto dalla normativa nella definizione di ruoli e funzioni tra sociale e sociosanitario, pur necessario, ha più che altro di nuovo orientato verso una separazione e una spartizione di aree di competenza tra i due settori (Ferrario, 2009). L'esito della riforma, pertanto, è stato quello di giungere a una "ordinata separazione di competenze" tra sociale e sanitario, pensati come due settori ben chiaramente separati nella configurazione istituzionale così come nelle modalità operative.

Nel periodo in esame, intanto, la gran parte delle altre Regioni del centro-nord ha lavorato in misura crescente alla costruzione di un effettivo sistema d'integrazione organizzativa e istituzionale tra sociale e sanitario. Non vi è qui lo spazio per entrare nel dettaglio di quanto è stato realizzato (si rimanda a Baretta, a cura di, 2009; Muraro e Rebba, a cura di, 2009) ma si vuole evidenziare la tendenza che emerge.

Le altre Regioni – a partire da Emilia-Romagna, Toscana, Veneto – hanno introdotto numerose novità tese alla costruzione di un'effettiva integrazione organizza-

tiva e istituzionale tra sociale e sanitario, legata ai meccanismi programmatori così come al rafforzamento di logiche di condivisione degli assetti decisionali e delle risorse finanziarie tra i soggetti coinvolti. I risultati sono stati sinora molto vari, a volte negativi, ma, in ogni caso, l'esperienza maturata non potrà che risultare utile alle Regioni che l'hanno realizzata per le loro azioni future.

Venendo ai piani di zona, in molti territori la loro esperienza si è consolidata notevolmente e ha portato a rilevanti innovazioni di natura gestionale (es. nascita di aziende e consorzi ([77])). La pianificazione zonale, in particolare dalla seconda triennalità, ha aperto a una serie di sviluppi e ha definito un quadro nel quale in tanti casi i Comuni si sono riappropriati della funzione di programmazione e molti soggetti – nei diversi tavoli – si sono attivati in processi virtuosi di costruzione delle politiche sociali del loro territorio. Certamente la situazione regionale non è omogenea e il quadro appena tratteggiato non riguarda tutti e 98 i piani di zona. L'avvio poco regolato ha lasciato molti margini di libertà che, in contesti particolarmente ricettivi e disposti alla trasformazione e al cambiamento, hanno permesso una certa vitalità e la produzione di innovazioni interessanti. Per una discussione dettagliata di piani di zona e programmazione locale si veda il capitolo 5, di Avanzini e Ghetti.

Nell'insieme, il libro mostra come non sia possibile discutere separatamente l'integrazione tra sociale e sanitario, l'integrazione con gli altri settori del welfare, il futuro della programmazione locale, il rafforzamento dei rapporti tra i Comuni di un medesimo ambito e lo sviluppo della partecipazione del Terzo Settore ai processi programmatori (cfr. par. 21.3). Ognuno di questi temi, infatti, è intrecciato con gli altri e i loro destini non sono, quindi, separabili. La sfida è individuare le leve di politica regionale – poche ma realmente incisive – capaci di promuovere il governo unitario del sistema locale di welfare a livello di ambito/distretto.

21.7.3. *L'indirizzo regionale*

Se si legano tra loro i principali risultati di questo paragrafo e li si colloca nel quadro complessivo della nostra analisi, l'indirizzo regionale assume contorni abbastanza ben delineati. Il passaggio cruciale consiste, mi pare, nel distinguere le azioni riguardanti i singoli servizi da quelle concernenti il sistema di welfare. La Giunta lombarda si è concentrata sul profilo dei singoli servizi – i soggetti che li erogano e la qualità degli interventi forniti – e la sua azione in proposito è risultata efficace. Infatti, per quanto riguarda i gestori è stato raggiunto l'obiettivo di ampliare la presenza del Terzo Settore e valorizzarne il ruolo (par. 21.3). Rispetto alla qualità degli interventi, sono stati migliorati sostanzialmente gli standard di gran parte dei servizi (par. 21.8) ([78]).

([77]) Sin dalla fine del primo triennio la Regione aveva indicato la necessità di definire forme di gestione adeguata, identificando diverse ipotesi tra cui l'Azienda speciale, il Consorzio, la Società, pur senza mai porre vincoli e/o incentivi a questi indirizzi e lasciando quindi all'azione dei diversi territori.

([78]) Mi riferisco ai servizi i cui standard di qualità sono determinati direttamente dalla Regio-

Non si è puntato, invece, sulla regolazione del sistema locale di welfare. Mi riferisco qui all'insieme di azioni tese a coordinare i diversi interventi forniti nel territorio e finalizzate a rendere la complessiva risposta il più possibile appropriata ai bisogni della popolazione (unitarietà e appropriatezza della risposta). L'insieme di tali azioni non tocca direttamente i singoli servizi – la loro qualità o il profilo del gestore – ma esercita un impatto cruciale sulla popolazione. Vediamo:

- *il percorso nei servizi:* è mancato uno sforzo per accompagnare utente e famiglia nelle sue diverse fasi (cfr. par. 21.7.1);
- *l'assetto organizzativo e istituzionale:* si è lavorato poco per costruire forme di coordinamento tra i vari attori coinvolti (cfr. par. 21.7.2);
- *l'equità territoriale:* è stata migliorata la corrispondenza tra la distribuzione degli interventi nei vari territori regionali e i rispettivi bisogni della popolazione, ma il quadro rimane critico (cfr. par. 21.9.1);
- *il mix di servizi:* l'allocazione delle risorse tra le voci del bilancio regionale è determinata in misura troppo limitata dai bisogni della popolazione e in proporzione eccessiva dalla capacità dei diversi settori di esercitare pressione sul decisore. In questo scenario a vincere è sempre il settore politicamente più forte: la sanità acuta prevale sul sociosanitario e – al suo interno – il residenziale prevale sul domiciliare; alla stessa stregua, la sanità prevale sul sociale ([79]). Si produce così un'articolazione dell'offerta non consona rispetto ai bisogni: il sintomo più visibile è l'esiguo investimento nella domiciliarità, in Lombardia inferiore alle altre Regioni settentrionali.

Negli ultimi anni, le altre Regioni del centro-nord comparabili hanno lavorato in misura crescente su questi aspetti, assumendo sempre più un ruolo di enti di governo del sistema di welfare (non solo di singoli servizi). Pure in assenza di studi definitivi, si può certamente affermare che la nostra Regione, tra le realtà del centro-nord comparabili, sia una di quelle che meno si è dedicata ad ognuno di questi aspetti ([80]). Il punto da sottolineare è l'omogeneità tra i temi considerati per quanto riguarda la posizione di debolezza della Lombardia. Ne emerge un quadro assai cri-

---

ne, cioè quelli residenziali e semi-residenziali per anziani e per persone con disabilità. Servizi che assorbono complessivamente circa i due/terzi del bilancio regionale per le politiche sociali.

([79]) Evidentemente ciò accade anche nelle altre Regioni, la differenza rispetto alla nostra è che i settori meno forti politicamente (sociosanitario, domiciliarità, sociale) riescono ad ottenere maggiori risorse sulla base delle necessità della popolazione. Esiste, detto altrimenti, una maggiore capacità di governare la spesa e di allocarla secondo i bisogni.

([80]) Quelli qui richiamati non sono gli unici temi di governo del sistema sui quali – da varie parti – si è chiesto negli ultimi anni alla Regione Lombardia d'intervenire. Ho inserito solo questi, però, perché su ognuno è documentato lo sforzo compiuto dalla maggior parte delle altre Regioni del centro-nord e, dunque, il ritardo lombardo. Su altri temi l'azione regolativa regionale sinora è stata limitata in Lombardia, anche se sarebbe utile, ma lo è stata anche nelle altre Regioni (regole nucleo Isee per anziani e disabili; qualità servizi domiciliari) e su altri temi ancora non ho una conoscenza adeguata di cosa accada nelle altre Regioni (condizioni contrattuali dei lavoratori del welfare).

tico sulla regolazione del sistema, più preoccupante di quanto venga abitualmente percepito dalla maggioranza degli osservatori. Nel dibattito pubblico, infatti, si tende a considerare i suddetti temi singolarmente, mentre collocarli in una visione d'insieme meglio evidenzia la dimensione reale delle criticità. Peraltro, su questo come su altri argomenti, una certa ritrosia a confrontarsi con le altre Regioni – che ha segnato gli anni della riforma lombarda – può non aver aiutato il formarsi della consapevolezza di quanto stesse accadendo altrove.

Con riferimento all'importanza di regolare il sistema locale di welfare, vale qui quanto già affermato per il percorso assistenziale. Se consideriamo i quattro temi sopra elencati, infatti, esiste un ampio consenso tra gli esperti sulla necessità di costruire politiche regolative in merito, mentre ci si divide su quali siano gli strumenti più opportuni da utilizzare a tal fine ([81]).

Oltre alle menzionate tematiche concernenti i singoli servizi – profilo degli erogatori e qualità degli interventi – l'altra linea di lavoro su cui la Regione Lombardia ha concentrato gli sforzi è stata quella dei progetti innovativi (l.r. 23/1999, povertà, progetti sperimentali). La numerosità dei progetti realizzati e l'impegno dell'amministrazione regionale sono superiori rispetto alle Regioni comparabili. Anche qui i risultati sono stati prevalentemente positivi ma si tratta – per definizione – d'interventi differenti dalle necessarie azioni di governo del sistema ([82]).

Box 7 - La riforma lombarda ha migliorato la regolazione del welfare locale?

– La riforma lombarda è stata efficace, perlopiù, nelle azioni riguardanti i singoli servizi (la natura dei loro gestori e la qualità degli interventi realizzati). Non ha puntato, invece, sulla regolazione del sistema locale di welfare

– Le Regioni del centro-nord comparabili con la nostra hanno lavorato in misura crescente, durante il periodo in esame, sui seguenti temi riguardanti la regolazione del welfare locale:

accompagnamento di utenti e famiglie nelle diverse fasi del percorso nei servizi;

costruzione di forme di coordinamento organizzativo e istituzionale tra gli attori presenti nel territorio;

rafforzamento dell'equità territoriale nella distribuzione degli interventi;

mix di offerta complessiva determinato, in misura maggiore rispetto a prima, dai bisogni della popolazione

– La Regione Lombardia è una tra quelle che meno si è dedicata ad ognuno degli aspetti menzionati

– Gli esperti concordano sulla necessità di costruire politiche regolative che affrontino questi temi, mentre si dividono sugli strumenti da impiegare a tal fine

---

([81]) In proposito si veda, per ognuno dei quattro temi, la bibliografia richiamata in questo e negli altri capitoli del libro.

([82]) A partire dal 2008, come detto, si sono manifestati alcuni segnali di cambiamento, a livello di indicazioni strategiche dell'amministrazione regionale, nella direzione di un maggiore accompagnamento di utenti e familiari nel percorso nei servizi. L'impressione è che questa attenzione potrebbe – nel prossimo futuro – estendersi all'insieme dei temi riguardanti la regolazione del welfare locale.

21. 8. La riforma lombarda ha migliorato gli effetti dei servizi per gli utenti?

Questo, tra tutti, è evidentemente l'interrogativo più importante perché riguarda le conseguenze concrete delle politiche sociali regionali sulle condizioni di chi ne fruisce. Si tratta di comprendere se – grazie ai cambiamenti introdotti con la riforma – le politiche sociali producano per gli utenti conseguenze migliori rispetto a quanto accadeva in precedenza. È, però, impossibile rispondere in modo rigoroso alla domanda perché, su questo punto, il nostro lavoro non rispetta alcuni presupposti base della metodologia di valutazione ([83]). Ciò precisato, mi pare che i nostri dati permettano di cogliere i cambiamenti fondamentali apportati alla qualità dei servizi dalla riforma lombarda, e che tali cambiamenti evidenzino le principali tendenze riguardanti gli effetti sugli utenti.

Tale affermazione vale per i servizi rispetto ai quali la Regione dispone di maggiori leve per determinare la qualità: i servizi socio-sanitari, in strutture residenziali o semi-residenziali, forniti a regime ([84]). Si tratta dei servizi residenziali e semi-residenziali per anziani non autosufficienti (Residenze Sanitario Assistenziali, Rsa e Centri Diurni Integrati, Cdi) e di quelli rivolti alle persone con disabilità (Residenze Sanitarie assistenziali per Disabili, Rsd, Centri Diurni per Disabili, Cdd, Comunità Alloggio Socio-Sanitarie, Css). Questo insieme di servizi assorbe poco più dei due terzi del bilancio regionale.

Per ognuno di essi l'amministrazione regionale ha compiuto i medesimi passaggi chiave. La prima legislatura della riforma è stata dedicata al complessivo ripensamento della natura e della qualità dei servizi. Innanzitutto, sono state definite nuove unità operative, dato che, dei cinque servizi qui considerati, prima del 2002 esistevano solo le Rsa; gli altri sono stati definiti in quegli anni, come sviluppo/innovazione di unità di offerta preesistenti. Per ogni unità operativa la Regione ha elaborato gli standard strutturali e gli standard gestionali, e gli erogatori hanno cominciato il cammino per recepirli. La legislatura successiva è stata dedicata al consolidamento. Si è proseguito nell'applicazione degli standard e – laddove necessario

---

([83]) Mi riferisco alla metodologia di analisi valutativa degli effetti sugli utenti. In particolare non sono rispettati i seguenti presupposti: a) non abbiamo confronti tra le condizioni degli utenti prima e dopo l'introduzione della riforma; b) nelle Regioni centro-settentrionali l'ultimo decennio, cioè il periodo della riforma lombarda, ha visto le politiche sociali compiere ovunque notevoli passi avanti per qualità e quantità dell'offerta. Risulta, pertanto, impossibile comprendere quali dei cambiamenti verificatisi in Lombardia non si sarebbero realizzati senza la riforma e quali, invece, avrebbero avuto luogo in ogni caso; c) i nostri dati si concentrano sulla qualità dei servizi, che è aspetto diverso dagli effetti sulle condizioni delle persone (Martini e Sisti, 2009).

([84]) Si tratta dei servizi non sperimentali che per ricevere un finanziamento pubblico devono rispettare gli standard qualitativi indicati dalla Regione. Non considero, quindi, i servizi sociali, quelli domiciliari e i servizi innovativi/sperimentali; in vari capitoli – ai quali rimando – si propongono stimolanti analisi sui loro effetti. In sede conclusiva mi concentro sui servizi la cui qualità è più direttamente riconducibile all'azione regionale.

– l'amministrazione regionale ha introdotto alcuni aggiustamenti e ha rafforzato alcuni aspetti. Pure con qualche lieve differenza, e date le specificità dei rispettivi contenuti, questo è stato il comune percorso del decennio. Si è trattato di un ampio e articolato sforzo per elevare la qualità dei servizi socio-sanitari (tab. 21.6).

Tab. 21.6 - Migliorare la qualità dei servizi socio-sanitari: il percorso del decennio

Servizi coinvolti	• Rsa e Cdi (Anziani) • Rsd, Cdd e Css (Persone con disabilità)
Legislatura 2000-2005	• La Regione definisce nuove unità operative • La Regione elabora gli standard strutturali • La Regione elabora gli standard gestionali • I gestori iniziano a recepire gli standard
Legislatura 2005-2010	• I gestori proseguono il recepimento dei nuovi standard • La Regione compie alcuni aggiustamenti e rafforza alcuni aspetti

Le analogie riguardano anche gli esiti del percorso illustrato. Si può affermare che questo percorso abbia portato un netto miglioramento della qualità in tutti i servizi esaminati, pure se con intensità differenti. Qui evidenzio la tendenza complessiva, rimandando ai singoli capitoli le discussioni sugli specifici aspetti tecnici, che non ho le competenze per approfondire. Con riferimento alla disabilità:

"fino al 2003, l'assetto gestionale-organizzativo dei servizi per le persone con disabilità in Regione Lombardia era definito sostanzialmente attraverso i criteri strutturali, gestionali e organizzativi previsti nel Piano Socio-Assistenziale 1988-1990. Per diversi aspetti, tuttavia, quel Piano era stato solo parzialmente attuato … mentre, nel frattempo, erano profondamente cambiati il contesto culturale … epidemiologico … e normativo …

La riforma di questo decennio ha svolto l'importante funzione di definire, standardizzare e semplificare i requisiti strutturali, gestionali e organizzativi di molti servizi sanitari (riabilitazione) e socio-sanitari (Rsd, Css, Cdd). Così facendo è stato possibile permetterne un'applicazione diffusa e garantire controlli più stringenti e puntuali su gestori ed erogatori, pena l'esclusione dal sistema di remunerazione regionale.

Questi cambiamenti hanno prodotto conseguenze positive sulla qualità dei servizi autorizzati e accreditati, almeno in termini strutturali, organizzativi e gestionali. In questi anni l'estesa azione di accreditamento e controllo da parte delle diverse Asl ha permesso di garantire condizioni residenziali, abitative e organizzative di servizio pressoché omogenee su tutto il territorio regionale" (Cicoletti *et ali.*, capitolo 13).

Per quanto riguarda gli anziani:

"Nelle Rsa si è avuto un globale miglioramento della qualità residenziale ed alberghiera (i posti letto adeguati allo standard strutturale passano dal 34.2% del totale all'81.3% tra il 2003 e il 2010). Vi è stata una progressiva promozione, ad opera della normativa regionale, della qualità non solo relativa alla struttura (standard

strutturali e gestionali) ma anche ai processi e agli esiti. Nell'insieme, si può riscontrare una crescita globale del sistema delle residenze in termini di adeguamento alla normativa e di miglioramento della qualità.

Con i Cdi è stato costruito un sistema capace di aiutare le persone anziane che vivono sole a mantenere la propria autonomia contrastando il rischio del declino funzionale, cognitivo ed affettivo e dell'istituzionalizzazione. I Cdi, inoltre, offrono a persone in condizioni di parziale o totale non autosufficienza assistenza tutelare ed infermieristica ed un'opportunità di riabilitazione globale" (sintesi, a cura di Guerrini, dei capitoli 9 e 10).

I risultati della riforma lombarda sono da comparare con quelli ottenuti dalle altre Regioni confrontabili del centro-nord nel medesimo periodo. Mancano studi d'insieme ma, sulla base delle informazioni disponibili ([85]), si può indubbiamente affermare che la riforma lombarda abbia dato origine a uno dei percorsi più significativi in Italia in materia di qualità: oggi la nostra è una delle prime Regioni su questo fronte.

Non voglio qui trascurare né le criticità esistenti nei servizi presi in esame né le sfide poste dall'evoluzione dei bisogni (diffusione delle forme di demenza, da una parte, e disabili che invecchiano, dall'altra); anche in questo caso rimando agli specifici capitoli. Vi sono poi le criticità di sistema, riguardanti in particolare l'esiguità dei servizi domiciliari, riprese nel paragrafo 21.7. Intendo, però, evidenziare che nei servizi dei quali la Regione controlla maggiormente la qualità – e che assorbono due terzi del bilancio per le politiche sociali – durante il decennio sono stati compiuti importanti passi in avanti, che riguardano proprio l'aspetto di maggior importanza per i destinatari. È un risultato fondamentale e mi pare non sempre ottenga abbastanza rilievo nel dibattito pubblico.

Box 8 - La riforma lombarda ha migliorato gli effetti dei servizi per gli utenti?

- Si può rispondere con riferimento ai servizi di cui le politiche regionali controllano la qualità, quelli residenziali e semi-residenziali per anziani non autosufficienti e disabili (poco più di 2/3 del bilancio regionale)
- Le tappe principali del decennio sono state le stesse per tutti i servizi considerati. La legislatura 2000-2005 è stata dedicata al ripensamento complessivo della natura e della qualità dei servizi. La legislatura 2005-2010 è stata dedicata al consolidamento dei cambiamenti introdotti
- Le nostre analisi mostrano che questo percorso ha portato un netto miglioramento della qualità in tutti i servizi esaminati, pure se con intensità differenti
- Il confronto con le Regioni comparabili mostra che il percorso della riforma lombarda in materia di qualità dei servizi socio-sanitari è stato tra i più significativi compiuti e che oggi la nostra è una tra le prime realtà italiane su questo fronte
- È un risultato cruciale, ottenuto nel tema di maggior rilievo per chi riceve i servizi, ma non sempre riceve rilievo adeguato nel dibattito pubblico

([85]) Per gli anziani non autosufficienti si veda, tra gli altri, NNA, 2009 e 2010. Per le persone con disabilità, tra gli altri, www.handylex.org e la rivista HandylexPress.

21.9. La riforma lombarda ha incrementato l'equità del sistema?

21.9.1. *Equità orizzontale*

È la capacità di tutelare allo stesso modo individui/famiglie nelle medesime condizioni: nella nostra analisi significa, principalmente, garantire risposte simili a persone con le stesse esigenze che si trovano in aree diverse della Lombardia. Si tratta, detto altrimenti, di assicurare l'equità territoriale.

Ogni volta che un'amministrazione introduce regole valide per l'intero territorio regionale aumenta, di conseguenza, l'equità territoriale. Il paragrafo 7 ha discusso di tali regole – quelle che esistono e quelle che si potrebbero inserire – in merito ad alcuni temi, come la qualità dei percorsi assistenziali (standard per porta d'accesso/presa in carico/Pai), la qualità degli interventi (standard per le varie tipologie di servizi) e il contributo dei cittadini al loro costo (rette e compartecipazione alla spesa). L'incremento di equità territoriale è qui insito in azioni il cui scopo principale riguarda la qualità o la suddivisione dei costi.

Esistono, nondimeno, azioni che hanno l'obiettivo primario di assicurare nel territorio una distribuzione degli interventi che sia conforme ai bisogni, azioni, cioè, il cui scopo principale consiste nell'incrementare l'equità territoriale del sistema regionale di welfare. Da alcuni anni tutte le amministrazioni stanno lavorando per questo obiettivo e seguono percorsi diversi, che si possono ricondurre a tre tipologie.

– *Aggiustamenti nell'ambito dei meccanismi esistenti.* Una possibilità consiste nel mantenere il vigente sistema di distribuzione dei finanziamenti e dell'offerta di servizi, e nel ridurre le differenze territoriali utilizzando i margini di movimento esistenti. In altre parole, non vengono attuate riforme che modifichino sostanzialmente la distribuzione infraregionale delle risorse o i meccanismi di accesso ai servizi ma, semplicemente, si sfruttano gli spazi che la configurazione attuale consente. Questo è quanto accaduto per la maggior parte dei finanziamenti in Lombardia, dove l'equità nella distribuzione delle risorse tra le Asl è migliorata rispetto a cinque anni fa, pur permanendo ancora una notevole eterogeneità non derivante da differenti bisogni. Sono stati mantenuti criteri di riparto delle risorse economiche tra i territori regionali fondati sulla spesa storica e si è agito nella negoziazione con le singole Asl per variarla progressivamente ([86]).

([86]) In Lombardia le risorse per il sociosanitario non sono allocate tra le Asl secondo una formula esplicita ma attraverso un processo di negoziazione di tipo incrementale, che porta a un aggiustamento dei fondi trasferiti negli anni precedenti. Nel sociale, invece, l'amministrazione regionale esplicita i criteri, piuttosto grezzi, con cui assegna le risorse in ambito distrettuale: il Fnps con quota capitaria secca mentre il Fondo Sociale Regionale viene attualmente ripartito per il 50% su base storica e per il 50% su quota capitaria, con un ritardo rispetto alle intenzioni – manifestate già da qualche tempo dalla Regione – di abbandonare gradualmente il criterio storico per convergere sull'uso della sola quota capitaria (nel 2011 il 75% delle risorse sarà allocato secondo la quota capitaria). Ricordiamo che le risorse per il sociale impiegano il 15% del bilancio regionale per il welfare.

– *Riforma per omogeneizzare la disponibilità di servizi e interventi nei vari territori.* Si prevede di modificare gradualmente il sistema di welfare così da distribuire l'offerta di servizi e interventi nei vari territori regionali in modo omogeneo rispetto ai bisogni. Una declinazione di questa ipotesi consiste nell'introdurre criteri di assegnazione dei fondi tra i territori basandosi su indicatori di fabbisogno, più o meno sofisticati (tasso di persone 75+, tasso di disabilità, indice di deprivazione sociale, tasso di povertà, ecc). Sovente una simile distribuzione delle risorse è accompagnata da alcune indicazioni sui servizi da assicurare in ogni area, secondo i suddetti indicatori di fabbisogno ([87]). La logica consiste nel garantire aderenza ai bisogni nella distribuzione territoriale delle risorse, lasciando poi decidere agli operatori chi debba accedere alla rete dei servizi. L'esempio più noto è la riforma attuata dall'Emilia-Romagna nell'ultima legislatura.

– *Riforma per assicurare una risposta certa a chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno.* Si tratta di modificare il sistema di welfare regionale in modo da prevedere per ogni persona che superi una certa soglia di bisogno la possibilità di accedere agli interventi pubblici, in qualunque area della Regione si trovi. La soglia è calcolata utilizzando una stessa scheda di valutazione multidimensionale nell'intero territorio regionale, così da fornire una definizione chiara ed esplicita di chi può accedere alla rete dei servizi e da tradurla in un indice misurabile ([88]). Strumento di valutazione multidimensionale e soglia precisa per l'accesso alla rete pubblica sono i tratti comuni a tutte le versioni di questa ipotesi, che poi si differenziano. La più diffusa prevede che sopra la soglia d'accesso l'utenza venga suddivisa in diversi gruppi secondo l'intensità dell'assistenza necessaria e che, per ognuno di questi gruppi, siano possibili diverse risposte (varie tipologie di servizi, servizi o prestazioni monetarie). Gli esempi più noti sono l'utilizzo della scheda Svama in Veneto e la riforma della non autosufficienza in Toscana ([89]).

([87]) Ad esempio un punto unico di accesso ogni x abitanti, un centro diurno ogni y persone con disabiltà, una certa percentuale di anziani utenti di servizi domiciliari e così via. Nel discutere le varie strategie per l'equità territoriale bisogna considerare, evidentemente, la presenza delle strutture residenziali e semi-residenziali.

([88]) Questa strategia è utilizzabile esclusivamente nei settori dove i bisogni sono manifesti e misurabili, come la non autosufficienza, la disabilità (gli esempi principali riferiti alle politiche regionali), e la povertà, non per altri come la prevenzione, l'informazione e l'orientamento. Nella non autosufficienza le schede di valutazione in uso comprendono, abitualmente, alcune scale che permettono di esaminare le seguenti dimensioni: funzionale, sanitaria, cognitiva, sociale ed economica. Sulla base delle rilevazioni compiute con le diverse scale viene stimato un indice complessivo di bisogno assistenziale, con un relativo punteggio. La soglia per l'accesso alla rete dei servizi e i gruppi per diverso livello di bisogno assistenziale sono definiti sulla base del punteggio in questo indice.

([89]) Un'analisi critica degli strumenti valutativi per le persone non autosufficienti impiegati dalle Regioni si trova in Francesconi e Razzanelli, 2008.

Le tipologie sono qui presentate in modo semplificato ([90]) mentre la realtà vede sovente manifestarsi forme ibride; ma il punto è che, se s'intende mettere in atto una strategia riformatrice per ottenere maggiore equità territoriale, solo due sono le logiche di fondo possibili. Anche i percorsi dei paesi che perseguono tale obiettivo su scala nazionale si possono suddividere in base alla logica che prediligono: in Gran Bretagna, ad esempio, si tratta della ricerca di una distribuzione delle risorse tra i territori che renda omogenea la disponibilità di servizi e interventi mentre in Francia e Germania è l'esistenza di una risposta certa per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno.

Il riferimento a politiche nazionali non è casuale. Risposta individuale certa e distribuzione territoriale delle risorse secondo i bisogni, infatti, costituiscono pure le principali strategie discusse – da tempo – nel dibattito sui livelli essenziali nel sociale e socio-sanitario ([91]), che dovrebbero incrementare l'equità territoriale del nostro paese. L'attenzione verso i livelli – sorta in seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001 – si è progressivamente affievolita, però, in assenza di azioni concrete. L'impressione è che le Regioni più avanzate stiano realizzando da qualche anno, con riferimento al proprio territorio e senza chiamarle in questo modo, quelle strategie di livelli essenziali di cui si è discusso a lungo con riferimento all'intero paese ([92]). L'azione delle Regioni su tale versante è andata di pari passo con la crescita dei loro stanziamenti per le politiche sociali e con la sempre maggiore consapevolezza delle differenze esistenti al proprio interno.

In Lombardia le differenziazioni territoriali nella distribuzione degli stanziamenti pubblici e nell'offerta di servizi rimangono tra le più elevate del centro-nord. L'amministrazione regionale non ha sinora realizzato una riforma finalizzata a incrementare l'equità territoriale e, nel frattempo, tra gli osservatori è aumentata la consapevolezza della necessità di agire su questo fronte. Non è chiaro quale sia la migliore strategia da perseguire ma pare certo, altresì, che la necessità di un intervento riformatore in materia si porrà, nel prossimo futuro, con sempre maggior forza.

([90]) Le due tipologie di riforma hanno profili differenti sotto numerosi aspetti ad esempio: una parte dal bisogno individuale e l'altra dal profilo dell'offerta, una prevede un ruolo ridotto degli operatori nella determinazione di chi sono gli utenti mentre l'altra ne richiede un ruolo più ampio, una è applicabile solo in caso di bisogni conclamati e misurabili, l'altra per tutte le aree delle politiche sociali.

([91]) La letteratura sulle politiche regionali ha sinora trascurato, a mia conoscenza, il confronto tra le strategie di equità territoriale. Per chi volesse approfondire i possibili interventi in Lombardia, la strada consigliabile è esaminare la letteratura sui livelli in ambito nazionale, applicando le analisi lì condotte al contesto regionale. Si veda, ad esempio, Ranci Ortigosa, 2008, a cura di.

([92]) In concreto, ad esempio, non si discute più di livelli essenziali nazionali che garantiscano la presenza di risposte omogenee tra il Piemonte e la Liguria, mentre si lavora in misura crescente per assicurare risposte omogenee tra i differenti distretti all'interno della Liguria.

Box 9a - La riforma lombarda ha incrementato l'equità orizzontale del sistema di welfare?

- L'amministrazione regionale ha ridotto l'eterogeneità tra le diverse aree della Lombardia nella disponibilità di finanziamenti e di servizi, ma la nostra rimane una delle realtà del centro-nord con la situazione peggiore sotto questo profilo
- Numerose Regioni del centro-nord hanno attivato strategie di equità territoriale, scegliendo tra le due logiche possibili: "disponibilità di servizi e interventi omogenei territorialmente" e "risposta certa per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno"
- Non è chiaro quale strada sia meglio per la Lombardia mentre è certo che l'esigenza di un intervento riformatore su questo fronte si porrà, nel prossimo futuro, con sempre maggior forza

21.9.2. *Equità verticale*

Riguarda la capacità di tutelare in modo peculiare le famiglie in condizioni di maggiore difficoltà. L'attenzione si volge qui alle politiche esplicitamente mirate al sostegno dei nuclei in particolari difficoltà economiche.

L'amministrazione regionale ha compiuto alcuni sforzi di rilievo contro la povertà e l'esclusione sociale, a partire dalla promozione di un insieme di progetti contro la marginalità estrema realizzati perlopiù dal Terzo Settore, come l'attività di recupero e distribuzione delle eccedenze alimentari da parte del Banco Alimentare. Inoltre, alcuni buoni sociali sono stati utilizzati quali misure occasionali di sostegno al reddito, tese a tamponare una difficoltà economica della famiglia ([93]). È stata anche utilmente sviluppata la riflessione sul tema, mediante l'attivazione di ORES (Osservatorio Regionale sull'Esclusione Sociale) ([94]).

Al giudizio positivo sulle specifiche azioni si accompagna la constatazione della loro limitatezza dimensionale, testimoniata dalla percentuale di spesa dedicata (2% della spesa per le politiche sociali regionali, come da noi definite) e dalla quota della popolazione target raggiunta (tra il 7% ([95]) e il 9,9% ([96]) dei nuclei stimati potenzialmente raggiungibili).

La nostra analisi spinge a chiedersi se l'amministrazione regionale non potrebbe ampliare il proprio sforzo contro la povertà. Motiverebbe una simile azione – se-

---

([93]) Nella triennalità 2006-2008 della programmazione zonale (ultimi dati disponibili), circa il 10% dell'utenza dei buoni sociali era rappresentato dalla categoria "povertà, emarginazione e dipendenze". Inoltre, anche una parte dei buoni destinati a "immigrazione" e a "famiglia e minori" è stata impiegata come misura contro la povertà economica. Bisogna pure ricordare – nel biennio 2009-2010 – il "buono famiglia" destinato alle famiglie con almeno tre figli, di cui almeno uno sotto i 6 anni, e ridotte disponibilità economiche.

([94]) ORES realizza varie attività di analisi e approfondimento, tra cui un Rapporto annuale sull'Esclusione Sociale in Lombardia (da ultimo ORES, 2010); si veda http://ores.esae.it.

([95]) Si tratta del 7% dell'insieme delle famiglie in condizione di povertà relativa "aggravata" (Isee annuo inferiore agli 11.000 euro), che sono pari al 7,9% dei nuclei familiari residenti.

([96]) Si tratta del 9,9% dell'insieme di famiglie in condizione economica grave, appena sopra la soglia di povertà assoluta, che sono pari al 5,6% dei nuclei familiari residenti.

condo i suoi sostenitori – la riforma del Titolo V della Costituzione (2001), che ha reso l'assistenza sociale una responsabilità esclusiva delle Regioni. Ma proprio questo è il punto. Lo Stato italiano, infatti, non ha accompagnato questo trasferimento di funzioni dal centro alle Regioni con alcun passaggio di finanziamenti per la loro concreta realizzazione ([97]), comportamento coerente con l'assenza di sforzi di rilievo a favore dei poveri che ha sempre contraddistinto l'azione statale ([98]). Pertanto, pare complicato chiedere alla Lombardia – così come alle altre Regioni – di intervenire in un settore per il quale non è stata dotata dei relativi stanziamenti. In particolare, in una fase che vede diversi comparti del welfare regionale in evidente sofferenza economica, sembra opportuno rivolgere a ogni livello di governo le richieste riguardanti i temi di propria competenza.

I rappresentanti della Regione Lombardia, invece, dovrebbero esercitare maggiore pressione nei confronti dello Stato affinché dedichi più attenzione alla povertà ([99]). Le Regioni potrebbero giocare un ruolo significativo in tal senso – vi sarebbe, infatti, uno spazio di manovra non piccolo – ma sinora lo sforzo della nostra, analogamente a quello di gran parte delle altre, è stato contenuto. La transizione verso il federalismo dei prossimi anni offrirà maggiori occasioni per farlo ma, nel caso questo sforzo non sia realizzato, presenterà anche rischi crescenti.

Combattere la povertà significa sia rivolgersi alle famiglie che la vivono sia agire affinché l'insorgere di bisogni di cura non produca una deriva verso tale condizione. Mi riferisco principalmente alla non autosufficienza, la cui comparsa richiede alle famiglie spese aggiuntive che – come mostrano le ricerche (ad es. Benassi e Facchini, 2009) – causano un progressivo impoverimento in un numero crescente di casi. La non autosufficienza costituisce il principale settore di responsabilità delle Regioni e i loro interventi, se non sono ben congegnati, rischiano di contribuire a questa deriva.

L'esempio più eclatante – in Lombardia – sono le rette delle Rsa, che nel 2009 hanno raggiunto il valore medio giornaliero di 54 euro, dopo una crescita del 37% nel periodo 2001-2009. Nel medesimo arco temporale la tariffa media regionale è au-

---

([97]) L'assenza di stanziamenti adeguati è legata alla nota vicenda della mancata definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali nell'assistenza. Ovviamente a meno che non si ritengano adeguati a tali funzioni gli stanziamenti addizionali forniti dall'inizio del decennio attraverso il Fondo Nazionale Politiche Sociali (Fnps), utilizzato per finanziare i buoni sociali richiamati sopra. Anche le crescenti difficoltà da parte dei Comuni a intervenire contro la povertà dipendono dalle scelte compiute a livello centrale, che ne hanno ridotto le risorse disponibili.

([98]) L'Italia – come noto – è uno tra i paesi europei con la più debole politica contro la povertà (da ultimo si veda Eurostat, 2010). Negli ultimi 15 anni la disattenzione dei governi nazionali verso questa tematica ha coinvolto entrambi gli schieramenti, benché vi sia stato qualche sforzo in più da parte del centro-sinistra.

([99]) Attività da compiere nella contrattazione politica così come nelle sedi istituzionali luogo del confronto tra i vari livelli di governo (Conferenza Stato-Regioni e Conferenza Unificata Stato-Regioni-Autonomie Locali).

mentata del 15%: è noto come una certa quota della maggior spesa dovuta all'innalzamento degli standard strutturali e gestionali delle Rsa sia stata coperta dalla Regione mentre una parte si sia riversata sugli utenti ([100]). Pure in assenza di dati chiari, pare ragionevole affermare che per numerose famiglie le rette abbiano un importo difficilmente sostenibile; non vi sono, però, tutele rivolte loro, a parte l'eventuale contributo dei Comuni (piuttosto contenuto). Mancano dati sulle strutture per le persone con disabilità: per loro e per le rispettive famiglie il fenomeno dell'impoverimento sembra comunque meno diffuso, anche se presente.

Il rischio che l'insorgere della non autosufficienza produca impoverimento sarà sempre più forte, nei prossimi anni, e così la necessità di una particolare attenzione da parte delle politiche pubbliche. Questo costituirà certamente un campo su cui si misurerà la capacità dell'amministrazione regionale d'innovare. Esistono diverse leve che essa potrebbe variamente combinare a tal fine: a) evitare che la crescita della qualità ricada sugli utenti attraverso un incremento eccessivo delle rette, b) pensare a modalità di graduazione delle rette in base alle condizioni economiche degli utenti, c) definire appropriate regole regionali per l'Isee (par. 7), d) pensare a possibili accordi con i Comuni riguardanti i contributi economici per le famiglie che non riescono a pagare le rette.

Box 9b - La riforma lombarda ha incrementato l'equità verticale del sistema di welfare?

- La Regione Lombardia ha realizzato alcuni specifici interventi di rilievo contro la povertà ma la loro dimensione complessiva è limitata e, secondo alcuni, lo sforzo dovrebbe ampliarsi
- La Lombardia – come le altre Regioni – non dispone delle risorse necessarie a tal fine perché lo Stato non gliele ha mai trasferite. I rappresentanti regionali dovrebbero, innanzitutto, esercitare maggiore pressione nei confronti dello Stato affinché dedichi più attenzione alla povertà
- È sempre più diffuso il rischio che l'insorgere della non autosufficienza diventi causa d'impoverimento e che le politiche regionali contribuiscano a questa deriva. L'esempio più eclatante è la crescita delle rette in Rsa nel decennio
- Evitare che l'insorgere della non autosufficienza produca impoverimento costituirà un banco di prova dell'innovazione nelle politiche regionali dei prossimi anni, gli strumenti utilizzabili sono vari

21.10. La riforma lombarda ha valorizzato le figure professionali?

Le nostre analisi non consentono di proporre una risposta a questo interrogativo bensì solo di avanzare un'ipotesi per ulteriori approfondimenti. L'ipotesi è che gli effetti della mancata corrispondenza tra lo sviluppo dei servizi promosso dall'amministrazione regionale e la crescita degli stanziamenti dedicati siano ricaduti, in

([100]) La maggiore spesa dovuta all'innalzamento degli standard strutturali e gestionali delle Rsa è stata coperta, per un'altra parte, riducendo il costo del lavoro, cfr. paragrafo 10.

una certa misura, su alcune categorie professionali ([101]). La riforma lombarda, infatti, ha incrementato l'offerta di servizi ed ha elevato la qualità degli interventi ma, a fronte del rilevante costo di questi miglioramenti, la crescita dei finanziamenti pubblici – pure ampia – è risultata inadeguata (cfr. par. 2). È così sorta, di fatto, una spinta a recuperare in altro modo una parte delle risorse economiche necessarie. Le politiche di assunzione e/o retribuzione dei lavoratori ne sono state inevitabilmente coinvolte poiché i costi del personale rappresentano la principale voce di spesa – almeno i ¾ del totale – delle politiche sociali.

Gli spazi utilizzati per rientrare nei costi sono stati, soprattutto: a) la ricerca di forme contrattuali più favorevoli per la gestione dei servizi ma non sempre per i lavoratori ([102]); b) il ricorso alle possibilità offerte da ogni tipo di contratto per utilizzare modelli di assunzione e remunerazione delle prestazioni meno costosi, che però assicurano minori garanzie all'operatore; c) l'esternalizzazione di numerosi servizi (cfr. par. 3); d) la diffusione di modelli aziendali o di organizzazione contemplati dalle normative del lavoro e da quelle sociali ma potenzialmente critici per la stabilità e sicurezza professionale degli operatori ([103]).

Alcune di queste possibilità sono utilizzabili anche per migliorare le condizioni degli operatori, ma la realtà sembra indicare sovente l'esito opposto. In molte situazioni, pertanto, chi lavora nei servizi ha subito una diminuzione o un mancato aumento della sua remunerazione, o ha visto diventare più instabile la propria posizione professionale. Le conseguenze hanno toccato le condizioni di vita e lavoro degli operatori e possono aver causato sperequazioni tra chi svolge funzioni identiche; ad esempio, spesso i peggioramenti riguardano chi ha minore anzianità e un rapporto meno consolidato con la realtà dei servizi. Nel complesso, queste dinamiche possono determinare ricadute significative sulla qualità stessa degli interventi ([104]).

([101]) Gli effetti di questa mancata corrispondenza si sono riversati, in parte, anche sull'incremento delle rette per gli utenti, cfr. par. 21.9.

([102]) Tale variabile sta influenzando il rapporto fra gestori pubblici e gestori privati, essendo i primi condizionati da contratti di lavoro più rigidi e costosi, ma sta facendo anche emergere le differenze e le problematicità del gran numero di contratti possibili. Ad esempio, anticipando uno dei temi successivi, nelle Rsa lombarde sono in uso sette tipologie differenti di contratto: Autonomie Locali, Sanità pubblica, Sanità privata, Uneba, Anaste, Agidae, Cooperative Sociali.

([103]) Può rientrare in questa casistica la forma del socio lavoratore di molte organizzazioni cooperative, che può nascondere modalità di deresponsabilizzazione del gestore effettivo, di mascheramento delle responsabilità, di elusione implicita di molte forme di tutela.

([104]) Paradossalmente è possibile che i risparmi sul costo del personale, dovuti alla necessità di spostare risorse verso l'innalzamento degli standard qualitativi, causino conseguenze negative per la qualità stessa. Ad esempio, se per introdurre miglioramenti s'abbassa il rapporto tra numero di utenti e di operatori ma, nel farlo, si riduce la remunerazione e/o si precarizza la condizione degli operatori, si rischia di creare una situazione in cui un utente ha intorno a sé personale in numero maggiore ma meno motivato.

Si tratta di una dinamica poco visibile ma presente, frutto dell'insieme di obiettivi e di vincoli attribuiti – negli anni – al sistema di welfare lombardo. È come avere un triangolo formato da ampliamento quanti-qualitativo dei servizi/finanziamenti dedicati inadeguati/risorse per gli operatori, in cui i primi due lati sono immodificabili per decisione regionale. Così non è per il terzo, sul quale si ripercuotono tutti i cambiamenti e si vanno inevitabilmente a scaricare le tensioni dovute alle incoerenze tra i primi due ([105]).

La ricerca ha evidenziato il verificarsi di tale dinamica nell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Le Rsa hanno visto una crescita dell'offerta ed un innalzamento degli standard strutturali e gestionali mentre l'aumento dei finanziamenti non ha tenuto il passo dei costi addizionali maturati di conseguenza. Per rispondere alla situazione venutasi a creare vari gestori hanno modificato la tipologia di contratto in uso per il personale, così da ridurre il costo del lavoro. Con l'introduzione del sistema voucher/Adi si è ampliata l'offerta di domiciliarità sociosanitaria, accompagnata anche in questo caso da un incremento di stanziamenti inadeguato. Si è trovata la quadratura perché una quota di utenza è stata trasferita ad alcuni gestori privati che hanno contratti di lavoro più flessibili e meno costosi rispetto al pubblico o impiegano in modo più diffuso la libera professione ([106]). Più aneddottica è la percezione di varie situazioni di ridotta remunerazione e/o elevata precarizzazione degli operatori legata alla diffusione dei progetti nell'ambito della riforma lombarda (progetti sperimentali, legge 23, povertà estreme).

Mentre credo che ogni osservatore del welfare lombardo concorderebbe sul fatto che simili fenomeni si siano realizzati, a nessuno ne è chiara la diffusione, che, pertanto, bisognerebbe cercare di conoscere. Ugualmente sarebbe da approfondire il legame tra l'azione dell'amministrazione regionale e le condizioni di chi lavora nei servizi. Ciò permetterebbe di mettere a fuoco in che modo l'intreccio tra le diverse scelte delle Giunta ([107]) possa aver esercitato un ruolo di rilievo nel comprimere le risorse disponibili per gli operatori e consentirebbe pure di capire meglio quali azioni potrebbero essere messe in campo per evitare il ripetersi di simili situazioni in futuro.

([105]) Quanto affermato ha alcune limitazioni. In particolare, non discuto qui la soddisfazione degli operatori, e l'eterogeneità e la numerosità dei profili professionali suggeriscono cautela sulla generalizzabilità delle affermazioni fatte.

([106]) Gli studi disponibili sulla nostra Regione confermano i fenomeni illustrati (per la residenzialità: Lo Schiavo, Cicoletti e Turati, 2009; per la domiciliarità: Neri, 2007). Da sottolineare, inoltre, è la precarietà dei rapporti di lavoro collegati alla diffusione di nuove organizzazioni, soprattutto nell'area dei servizi domiciliari sociali e socio-sanitari, di piccole dimensioni, di ridotta esperienza o strettamente legate al destino di gare di appalto o dell'evoluzione, non sempre prevedibile, dei budget negoziati.

([107]) Il citato intreccio tra il rafforzamento dei servizi e l'incremento inadeguato della spesa, ma non solo.

Solo qui – in tutto il capitolo – mi soffermo su alcuni aspetti in merito ai quali, a mio parere, bisognerebbe raccogliere maggiori informazioni. Lo faccio perché vedo un'analogia tra il nostro studio e il complessivo dibattito lombardo: la ridotta attenzione alle condizioni delle figure professionali e alle conseguenze per loro delle politiche regionali costituisce la principale lacuna di entrambi ([108]). Questa lacuna stride tanto con i dati di analisi quanto con l'esperienza diretta, mia e di tutto il gruppo di autori. Il lavoro di consulenza e di ricerca nei territori e il confronto con le realtà impegnate nel welfare locale evidenziano, infatti, la centralità del tema delle professioni e dell'impatto che le politiche regionali producono – in modo diretto o indiretto – su di loro e, di conseguenza, sulla qualità degli interventi. Non potrebbe che essere così, evidentemente, nei "servizi alla persona".

Box 10 - La riforma lombarda ha valorizzato le figure professionali?

- Le nostre analisi suggeriscono l'ipotesi che su alcuni operatori e alcune categorie professionali siano ricaduti gli effetti della mancata corrispondenza tra lo sviluppo delle politiche sociali (crescita quanti/qualitativa) e l'incremento degli stanziamenti dedicati (robusto ma non adeguato)
- Le conseguenze hanno toccato le condizioni di vita e di lavoro degli operatori, hanno causato sperequazioni tra chi svolge funzioni identiche e rischiano di impattare sulla qualità stessa degli interventi
- Sia l'effettiva diffusione di tale fenomeno sia il legame con l'azione dell'amministrazione regionale non sono chiari
- Più in generale, la ridotta attenzione alle condizioni delle figure professionali e alle conseguenze delle politiche regionali su di loro costituisce una delle principali lacune del dibattito lombardo

21.11. Il futuro del welfare lombardo

Termina qui l'esame della riforma 2000-2010. Mi auguro che nei prossimi anni si tornerà spesso a discutere il periodo appena trascorso perché l'esperienza passata racchiude in sé le chiavi necessarie a disegnare al meglio il futuro, nei risultati positivi da confermare e negli errori da non ripetere. Le sfide per il welfare lombardo non mancano: sulla base delle analisi contenute nel volume si può ritenere che gli esiti dipenderanno dalle risposte alle domande che seguono (ognuna conclusa con una parola chiave).

Il welfare sociale sta diventando una tra le poche, vere, priorità politiche della Giunta? Ciò si tradurrebbe nell'incrementare, in misura adeguata, i finanziamenti dedicati e

([108]) Tale lacuna è dovuta a vari motivi, tra cui la difficoltà di misurare come cambino le condizioni degli operatori e quale sia l'impatto delle scelte dell'amministrazione regionale su questi cambiamenti, la poca forza degli operatori nel confronto pubblico, e l'eterogeneità dei loro profili. Crescenti segnali sulle condizioni critiche di chi opera nei servizi sociali e socio-sanitari, peraltro, giungono non solo dal territorio lombardo ma anche dal più ampio contesto italiano (ad es. De Pietro, 2007) e internazionale (ad es. Fujisawa e Colombo, 2009).

nel saper rinunciare ad altri obiettivi a favore dello sviluppo del welfare. Questo non è un passaggio facile ma – nella situazione attuale – se non si riuscirà a compierlo ogni altra ambizione risulterà vana. Parola chiave: Politica.

Si sta proseguendo il lavoro positivo condotto su molteplici fronti? Su tanti temi, il decennio trascorso ha visto importanti passi in avanti. Si pensi, tra gli altri, ai miglioramenti nei servizi residenziali e semi-residenziali per anziani e in quelli per persone con disabilità, al coinvolgimento del Terzo Settore, al sostegno delle famiglie con figli. La sfida del futuro è continuare, agendo sui problemi comunque esistenti. Parola chiave: Continuità.

Si sta costruendo un sistema regionale di welfare? Con questa dizione mi riferisco all'insieme di azioni che non riguardano direttamente i singoli servizi ma sono finalizzate a coordinare tra loro i vari interventi e, più in generale, a incrementare l'appropriatezza complessiva dell'offerta rispetto ai bisogni dei cittadini. Alcuni tra i temi coinvolti sono il percorso assistenziale, l'integrazione istituzionale e l'equità territoriale. È un punto critico della nostra Regione. Parola chiave: Sistema.

Si sta valorizzando il rapporto con la realtà? Per farlo bisogna mettere in campo azioni che partano dall'analisi dei concreti bisogni della popolazione, si deve apprendere da quanto accaduto nel recente passato ed è necessario confrontarsi con ciò che viene realizzato nelle altre Regioni. Nel periodo esaminato, il rapporto tra decisioni e realtà non sempre è stato stretto. Parola chiave: Realtà.

Politica, continuità, sistema e realtà sono, a mio parere, le parole chiave per gli anni davanti a noi.

Spero che operatori, dirigenti, decisori, studenti e tutti coloro i quali sono – a vario titolo – interessati al welfare in Lombardia abbiano potuto trovato nel volume dati e idee utili ad alimentare la propria opinione.

Bibliografia

Aarp European Leadership Study, 2006, *European Experiences with Long-term care. France, the Netherlands, Norway and the United Kingdom*, AARP, Washington.

Acconiti M. (2008), *Terzo Settore e welfare locale*, Carocci, Roma.

Age.na.s (2009), *Rilevazione sull'attuale spesa sanitaria pubblica per gli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard*, www.assr.it

Baretta A. (a cura di), (2009), *L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca scientifica ed esperienze operative a confronto*, Bologna, Il Mulino.

Battistella A. (in corso di pubblicazione), *Cooperazione sociale e crisi economica*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie".

Battistella A. e Gambino A. (2005), *La riforma delle Ipab*, in Gori C. (a cura di), *op. cit.*

Benassi D. e Facchini C. (2009), *Condizioni economiche e sociali in Italia*, in "I Luoghi della cura", 4.

Borzaga C. e Zandonai F. (a cura di), (2009), *L'impresa sociale in Italia. Rapporto IRIS Network*, Roma, Donzelli.

Brugnoli A., Vittadini G. (a cura di), (2008), La *sussidiarietà in Lombardia. I soggetti, le esperienze, le policy*, Guerini Associati, Milano.

Burau V., Theobald H., Blank R. (2007), *Governing home care. A cross-national comparison*, Cheltenham, Edward Elgar.

Caffarena C. (2008), *I progetti di vita indipendente*, in Gori C. (a cura di), "Le riforme regionali per i non autosufficienti", Roma, Carocci.

Da Roit B. e Gambino A. (2005), *Il finanziamento e la spesa*, in "Politiche sociali di centro destra. La riforma del welfare lombardo ", a cura di C. Gori, Carocci, Roma.

Da Roit B. e Hoogenboom M. (2010), *Vuoto per pieno: trasferimento delle idee e conseguenze (implicite) di policy* in "La rivista delle politiche sociali", 1.

De Ambrogio U. (2009), *Potenzialità e insidie nel passaggio da una prospettiva di government a una di governance nel rapporto pubblico/privato*, in Pesenti L. e De Ambrogio U. (a cura di).

De Pietro C. (2007), *Mercato del lavoro e professionalizzazione del sistema socio-sanitario in Italia,* in RPS, 1, pagg. 195-205.

Dipartimento per gli Affari Sociali (1999), *Regole per la qualità dei servizi sociali*, Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Donati P. (a cura di), (2010), *Il costo dei figli. Quale welfare per le famiglie?, Rapporto famiglia CISF 2009*, Milano, Angeli.

Eurostat (2010), *Combating poverty and social exclusion. A statistical portrait of the European Union 2010*, Brussels, Eurostat.

Fazzi L. e Gori C. (2004), *Il voucher e il "quasi-mercato",* in Gori C. (a cura di), "La riforma dei servizi sociali in Italia", Roma, Carocci, pagg. 167-181.

Forder J., Robinson R., Hardy B. (2005), *Theoretical perspectives on purchasing*, in Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. (a cura di), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Open University Press, Buckingham.

Fernandez J.L. *et alii* (2009), *How can European states design efficient, equitable and suistanable funding systems for long-term care for older people?,* Who regional office for Europe and European Observatory on Health Sytems and policies, Policy brief 11.

Ferrario P., (2009), *Servizi sociali e socio-sanitari in Lombardia*, in "Prospettive sociali e sanitarie", 1, pagg. 3-7.

Francesconi P. e Razzanelli M. (2008), *La valutazione del caso*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma.

Fujisawa R. e Colombo F. (2009), *The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand*, OECD working paper.

Glendinning C. e Moran N. (2009), *Reforming Long-Term Care: Recent Lessons from Other Countries,* York, SPRU.

Gori C. (a cura di), (2005), *Politiche sociali di centro-destra*, Carocci, Roma.

Guerrini G., *Ripensare le Unità di Valutazione Geriatrica: le ragioni di una crisi e le ipotesi per il futuro. Riflessioni sull'esperienza lombarda*, G. Gerontol, 49:281-284, 2001.

Lo Schiavo M., Cicoletti D. e Turati G. (2009), *La professione infermieristica nelle Rsa lombarde. Una prima indagine esplorativa,* Milano, Istituto per la Ricerca Sociale.

Longo F., Tanzi E. (2010), *La governance della non autosufficienza,* in Id. (a cura di), "I costi della vecchiaia", Milano, Egea.

Muraro G., Rebba V. (a cura di), (2009), *Nuove istituzione per l'assistenza socio-sanitaria. Principali esperienze nazionali ed estere,* Milano, Franco Angeli.

Neri S. (2007), *Il mercato del lavoro nei servizi di cura per gli anziani non autosufficienti*, in Costa G. (a cura di), "Politiche per la non autosufficienza in età anziana. Attori, risorse e logiche a partire dal caso lombardo", Roma, Carocci, pagg. 117-135.

Neri S. (2010), *Il mercato preso sul serio? Nascita ed evoluzione dei quasi-mercati dei servizi sanitari in Lombardia*, paper presentato al XXIV Convegno Sisp, Venezia, 16-18 settembre.

N.N.A. (Network Non Autosufficienza), 2010, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo Rapporto*, Rimini, Maggioli.

ORES, *L'esclusione sociale in Lombardia*, Rapporto 2009, Guerini e Associati, Milano, 2010.

Pasquinelli S. (a cura di), *Buoni e voucher sociali in Lombardia*, Franco Angeli, Milano, 2006.

Pesenti L. (2008), *Politiche sociali e sussidiarietà: i modelli, gli attori, le esperienze*, Roma, Edizioni Lavoro.

Piva P. (1998), *Governare la produzione e l'acquisto di servizi sociali*, in "L'Assistenza Sociale", 1, pagg. 151-164.

Ranci Ortigosa E. (a cura di), (2008), *I livelli essenziali nel sociale*, I quid di "Prospettive Sociali e Sanitarie", Milano, Irs.

Regione Lombardia – Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale, (2009), Bilancio Sociale – 2008, Milano, Regione Lombardia, disponibile su www.famiglia.regione.lombardia.it

Zandonai F. (2009), *Lavorare nell'impresa sociale*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 10, pagg. 1-3.

Gli Autori

Laura Abet è Avvocato del Servizio Legale Ledha – Lega per i diritti delle persone con Disabilità – da 10 anni. Svolge attività di assistenza legale a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie sui temi specifici della disabilità: assistenza sociale, integrazione scolastica, diritto al lavoro e tutela giuridica per promuovere la cultura delle pari opportunità e la piena inclusione sociale delle persone con disabilità.

Katja Avanzini, sociologa, è direttore del Consorzio Casalasco Servizi Sociali e ricercatrice senior dell'Istituto per la Ricerca Sociale di Milano. Da anni coniuga l'esperienza sul campo con l'attività di consulenza e ricerca nel campo della programmazione sociale. Per IRS collabora stabilmente in percorsi di accompagnamento alla pianificazione di livello territoriale e regionale.

Renzo Bagarolo, medico, specialista in Igiene e Medicina Preventiva, è Direttore Sanitario del Piccolo Cottolengo Don Orione di Milano. Da venti anni si occupa di cure per anziani e disabili, organizzazione, accreditamento, gestione e qualità dei servizi, è iscritto alla Società Italiana Geriatria e Gerontologia. Componente del comitato editoriale della rivista "I Luoghi della Cura", svolge ricerca di base e formazione in ambito socio-sanitario. È autore di diversi articoli pubblicati su riviste di settore.

Roberta Bonini, sociologa, collabora con Irer (Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia) dove è responsabile dell'ambito di ricerca famiglia e politiche sociali; è docente a contratto di sociologia dei servizi alla persona presso l'Università Cattolica di Brescia e Piacenza, facoltà di scienze della formazione. Ha svolto numerose ricerche relative alle politiche ed ai servizi per la famiglia e alle solidarietà intergenerazionali.

Diletta Cicoletti dal 2003 è ricercatrice e consulente nell'area Politiche Sociali dell'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS) di Milano, dove segue in particolar modo l'analisi delle politiche sociali, lo sviluppo dei servizi per la lungo-assistenza in Italia e l'integrazione socio-sanitaria. Si occupa inoltre di formazione per figure professionali specifiche (assistenti sociali, psicologi, educatori ed insegnanti) ed équipe multiprofessionali.

Ugo De Ambrogio è vicepresidente dell'Irs, direttore dell'area "Progettazione e valutazione dei servizi sociali" dell'Istituto e vice-direttore di Prospettive Sociali e Sanitarie; insegna "Programmazione e analisi delle politiche pubbliche" al corso di laurea magistrale in "Interculturalità e cittadinanza sociale" dell'Università Ca' Foscari di Venezia.

Carla Dessi è ricercatrice presso l'Istituto per la ricerca sociale di Milano, dove svolge attività di consulenza e formazione. È esperta in metodologia della ricerca e monitoraggio e valutazione di interventi e politiche sociali, in particolare nell'ambito delle politiche migratorie, povertà ed esclusione sociale, non autosufficienza.

Valentina Ghetti è ricercatrice dell'Istituto per la ricerca sociale di Milano, dove svolge attività di ricerca, formazione e consulenza soprattutto nel settore della programmazione e della valutazione in ambito sociale e socio-sanitario. Negli ultimi anni ha sviluppato in particolar modo il tema della programmazione zonale e dei sistemi di qualificazione e regolazione dei servizi sui quali ha recentemente pubblicato alcuni articoli: "*Accreditamento nel sociale: quale strategia*", "*Gli ambiti lombardi verso l'accreditamento del sociale: qualche suggerimento per l'uso*", in Prospettive sociali e sanitarie n. 5/2010.

Fabrizio Giunco coordina i servizi sanitari della Residenza San Pietro di Monza. Medico di famiglia fino al 2003 e specialista in Gastroenterologia, ha collaborato con il Laboratorio di epidemiologia assistenziale del Consorzio Mario Negri Sud. È coordinatore di modulo del master "Cure palliative al termine della vita" dell'Università di Milano e componente del Comitato Etico della Fondazione Don Carlo Gnocchi. Ha pubblicato testi e ricerche originali sulla complessità assistenziale e i sistemi di cure domiciliari.

Cristiano Gori è docente di politica sociale all'Università Cattolica e consulente scientifico dell'Istituto per la Ricerca Sociale, a Milano, e *visiting senior fellow* presso la *London School of Economics*, a Londra. Ha ideato il percorso di valutazione delle politiche sociali lombarde di cui questo volume è parte, il Network Non Autosufficienza (NNA) (*L'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo Rapporto*, Maggioli, 2010) e la proposta Acli contro la povertà (*Per un piano nazionale contro la povertà*, Carocci, 2010). È editorialista de "IlSole-24Ore".

Gianbattista Guerrini, geriatra, è direttore della Fondazione Brescia Solidale. Membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, è redattore della rivista "I luoghi della cura".

Rosaria Marotta, laurea di primo livello in Servizio Sociale, è specializzanda in Politiche e servizi sociali. Collabora con CampusLab svolgendo attività di consulenza per il Servizio Civico Anziani. Principali interessi: politiche per gli anziani non autosufficienti e sistemi di welfare, valutazione e progettazione sociale per la realizzazione di interventi e servizi. Ha partecipato in qualità di relatrice al seminario "La domiciliarità cura, la domiciliarità si-cura", organizzato da "La Bottega Del Possibile" e dall'Asl Torino 2.

Giovanni Merlo, educatore professionale, è direttore della LEDHA – Lega per i diritti delle persone con disabilità – federazione regionale lombarda delle associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari. Collabora con l'Agenzia nazionale EmpowerNet della FISH – Federazione Italiana Superamento Handicap.

Daniela Mesini, Economista, responsabile di ricerca presso l'Istituto per la Ricerca Sociale di Milano, lavora su tematiche inerenti alle politiche sociali e sanitarie, al settore *non profit* ed al mercato del lavoro. Ha partecipato e coordinato vari gruppi di valutazione e moni-

toraggio di programmi comunitari e politiche nazionali e regionali in materia di inclusione sociale, tra i quali la I e II valutazione del RMI. È membro della redazione di Prospettive Sociali e Sanitarie e di Welforum, forum dei dirigenti regionali in materia di politiche sociali.

Laura Pelliccia è impiegata presso l'Asl Milano 2 e svolge attività di ricerca nel campo dell'economia pubblica, con particolare riguardo all'economia sanitaria, al finanziamento delle politiche sociali e alla finanza locale.
Ha partecipato a progetti di ricerca in materia di livelli essenziali di assistenza, sistemi sanitari regionali e assistenza ai non autosufficienti.
Per l'Agenzia Umbria Ricerche ha condotto rapporti sulla finanza pubblica regionale, sulle tariffe e i tributi locali e sulla spesa sociale dei Comuni.

Emanuele Ranci Ortigosa è direttore scientifico dell'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS), della rivista Prospettive Sociali e Sanitarie. Svolge attività di ricerca, consulenza, formazione in campo sociale e sanitario sulle politiche nazionali, regionali e locali; la programmazione; lo sviluppo organizzativo dei servizi; la valutazione delle politiche e degli interventi; il finanziamento e la spesa; la formazione della dirigenza e degli operatori sociali professionali. Ha promosso e condotto la costituzione e l'attività di Welforum, forum per i dirigenti regionali delle politiche sociali.

Rosemarie Tidoli, Assistente Sociale, ha lavorato a lungo nell'area anziani di due Comuni del Nordmilano, occupandosi anche di gestione di servizi ed analisi di bisogni e risorse. Per alcuni anni ha coordinato il tavolo distrettuale "anziani" di un Piano di Zona. Attualmente opera come libera professionista collaborando con organizzazioni del Terzo Settore alla progettazione e al coordinamento di interventi per anziani non autosufficienti o affetti da demenze. Svolge inoltre attività di ricerca sociale collaborando con IRS e altri soggetti.

Opere pubblicate nella stessa collana

- **Giovani, legalità e riqualificazione degli spazi**
  Liliana Leone
- **Turismo sociale**
  Giuseppe Magistrali (a cura di)
- **Complessità, organizzazione, sistema**
  Silvio Coraglia, Giovanni Garena
- **Alzheimer e ambiente**
  Marta Roncaglia, Damiano Mantovani, Letizia Espanoli
- **L'infermiere e la legge**
  Marco Cazzola, Giovanni Chilin
- **Alzheimer in movimento**
  Gianbattista Guerrini, Giuseppina Giorgi Troletti
- **I servizi dell'infanzia**
  Mara Mattesini
- **Assistenza, etica ed economia**
  Maila Mislej
- **Distretto e nursing in rete: dall'utopia alle pratiche**
  Ofelia Altomare, Barbara Ianderca, Loreta Lattanzio, Cristina Stanic
- **Salute mentale e organizzazione che cura**
  Livia Bicego, Cristina Brandolin, Annamaria Cociani, Adriana Fascì, Nicoletta Semeria
- **Il lavoro minorile**
  Paula Benevene
- **Capire la psichiatria**
  Maria Isabella Greco
- **Le informazioni e gli operatori sanitari**
  Andrea Maccari, Gaetano Romigi
- **Le adolescenze**
  Giovanni Amodio (a cura di)
- **Manuale di fund raising e comunicazione sociale**
  Federico Spazzoli, Matteo Matteini, Marco Mauriello, Roberta Maggioli
- **La comunicazione che cura**
  Giuseppe Magistrali (a cura di)
- **Il disabile adulto**
  Alain Goussot (a cura di)
- **La dirigenza dei servizi infermieristici**
  Patrizia Nappini, Mauro Petrangeli, Maria Serina
- **Piccoli e grandi: la comunità protegge i suoi bambini**
  Saveria Addotta, Maria Teresa De Camillis
- **Sistema di gestione per la qualità delle residenze per anziani non autosufficienti**
  Adriano Guala, Bettina Gallia, Laura Cazzulino, Paola Garbella
- **Misurare la complessità assistenziale**
  Bruno Cavaliere
- **Alla scoperta del lavoro e dell'organizzazione**
  Claudio Ruggiero
- **Nel nuovo welfare**
  Giovanni Devastato
- **Accreditamento volontario di eccellenza**
  Pierluigi Morosini e Paolo Piergentili (a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia Rapporto 2009**
  N.N.A. - Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **L'ansia: conoscerla e superarla**
  Erica Elisei
- **Comprendere la povertà**
  Francesco Marsico e Antonello Scialdone (a cura di)
- **Adatti e quasi adatti a scuola**
  Antonio Iannaccone e Giuseppina Marsico
- **Diritto dei servizi sociali**
  Massimiliano Gioncada
- **Assistenza in psicogeriatria**
  Fabrizio Asioli e Marco Trabucchi (a cura di)
- **La progettazione terapeutica nelle strutture socio-sanitarie**
  Monica Zanolla
- **Integrazione socio-sanitaria**
  Luca Degani, Raffaele Mozzanica
- **Servizio sociale professionale e medicina legale**
  Laura Brizzi, Claudia Cannoni
- **Cooperazione sociale Legacoop in Emilia-Romagna**
  Alberto Alberani e Luciano Marangoni (a cura di)

- **Il capitale umano del terzo settore**
  Paula Benevene
- **Siamo tutti stakeholder**
  Marisa Parmigiani
  (a cura di)
- **Democrazia e nursing**
  Maila Mislej
- **Riabilitazione psicosociale nell'infanzia e nell'adolescenza**
  Giovanni Battista Camerini ed Enzo Sechi
  (a cura di)
- **Elementi di etica per operatori socio-sanitari**
  Renzo Zanon
- **Adolescenza: stili di vita e comportamenti a rischio**
  Susanna Testa
  (a cura di)
- **Il personale nelle RSA e nelle strutture per anziani**
  Franco Iurlaro
- **Attraversare il dolore per trasformarlo**
  Letizia Espanoli e Nicoletta Todesco
  (a cura di)
- **Elementi di Clinical Governance in Pneumologia**
  Roberto Walter Dal Negro, Davide Croce, Antonio Sebastiano
- **Viva gli Anziani!**
  Comunità di Sant'Egidio
- **Errore e apprendimento nelle professioni di aiuto**
  Alessandro Sicora
- **Il personale nel non profit**
  Federico Spazzoli e Francesco Liuzzi
- **Innovazione gestionale in sanità Riorganizzazione dei processi tecnico-amministrativi in materia di acquisti e logistica**
  Esperienze a confronto
  Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto
- **Accordi e contratti nel "rinnovato" sistema di remunerazione delle prestazioni e delle funzioni ospedaliere**
  Francesco Ciro Rampulla
  Livio Pietro Tronconi
- **Uscire dal buio**
  Tommaso Mola
- **Esperienze di welfare locale**
  Daniela Gatti e Paolo Rossi
  (a cura di)
- **La formazione sul campo**
  Antonio Pignatto, Costantina Regazzo, Paolo Tiberi
- **Bisogni sospetti**
  Emilio Vergani
- **Il mestiere dell'educatore**
  Francesca Mazzucchelli
  (a cura di)
- **Oltre il motivo del profitto**
  Maria Vella
- **Schiavitù di ritorno**
  Francesco Carchedi
  (a cura di)
- **La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze**
  Stefano Bugnoli
  (a cura di)
- **Nursing narrativo**
  Silvia Marcadelli
  Giovanna Artioli
- **Qualità e Accreditamento dei Servizi Sociali**
  Giovanni Garena
  Anna Maria Gerbo
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 2° Rapporto**
  N.N.A. - Network Non Autosufficienza
  (a cura di)
- **Benchmarking e activity based costing in ambito socio-sanitario**
  Antonio Sebastiano ed Emanuele Porazzi
  (a cura di)
- **L'analisi di bilancio nelle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona**
  Enrico Bracci
- **Governo clinico e cure primarie**
  Carmelo Scarcella e Fulvio Lonati
  (a cura di)
- **Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche**
  Claudia Caula e Alberto Apostoli
  (a cura di)
- **Come cambia il welfare lombardo**
  Cristiano Gori
  (a cura di)