

Cristiano Gori
(a cura di)

IL WELFARE DELLE RIFORME?

Le politiche lombarde
tra norme ed attuazione



III E
MAGGIOLI
EDITORE

© Copyright 2018 by Maggioli S.p.A.
Maggioli Editore è un marchio di Maggioli S.p.A.
Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001:2008

47822 Santarcangelo di Romagna (RN) • Via del Carpino, 8
Tel. 0541/628111 • Fax 0541/622595
www.maggiolieditore.it
e-mail: clienti.editore@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.

Gli Autori e l'Editore declinano ogni responsabilità per eventuali errori e/o inesattezze relativi alla elaborazione dei testi normativi e per l'eventuale modifica e/o variazione degli schemi e della modulistica allegati.

Gli Autori, pur garantendo la massima affidabilità dell'opera, non rispondono di danni derivanti dall'uso dei dati e delle notizie ivi contenuti.

L'Editore non risponde di eventuali danni causati da involontari refusi o errori di stampa.

Finito di stampare nel mese di giugno 2018
nello stabilimento Maggioli S.p.A.
Santarcangelo di Romagna (RN)

Indice

<i>Introduzione</i> di Cristiano Gori e Cecilia Guidetti.....	Pag.	9
<i>Ringraziamenti</i>	»	19

PARTE PRIMA

Il governo degli interventi

1. L'evoluzione della legislatura. Cronistoria del quinquennio		
<i>Valentina Ghetti</i>	»	23
1.1. L'eredità formigoniana.....	»	23
1.1.1. L'affermazione del "modello lombardo" (2000-2008)....	»	23
1.1.2. Primi ripensamenti (2008-2012)	»	25
1.2. L'avvio della nuova legislatura. Prima fase all'insegna della discontinuità (2013-2015).....	»	26
1.2.1. Una nuova visione di welfare	»	26
1.2.2. Prime indicazioni attuative verso il cambiamento.....	»	28
1.2.3. Lo snodo cruciale dopo il primo biennio	»	30
1.3. Seconda fase: la stagione delle riforme (2015-2018).....	»	31
1.3.1. Riforma istituzionale e riforma della cronicità.....	»	31
1.3.2. Il lento percorso di attuazione delle riforme.....	»	34
1.4. Conclusioni.....	»	36
2. Il finanziamento e la spesa		
<i>Cristiano Gori e Alice Melzi</i>	»	39
2.1. Le risorse complessive.....	»	41
2.1.1. Il finanziamento del welfare, tra debolezza delle priorità politiche e forza dei vincoli esterni.....	»	42
2.2. L'allocazione delle risorse nel bilancio regionale.....	»	47
2.2.1. Il rafforzamento della domiciliarità.....	»	49

2.2.2. Un'attenzione alle situazioni di forte compromissione sanitaria.....	Pag.	49
2.2.3. La priorità assegnata alla copertura rispetto all'intensità...	»	51
2.3. La distribuzione delle risorse tra i territori.....	»	52
2.3.1. Continuità nel sociosanitario	»	52
2.3.2. Sostanziale continuità anche nel sociale.....	»	54
2.4. Il finanziamento come strumento di governo.....	»	55
2.4.1. Un'accresciuta frammentazione	»	55
2.4.2. Il mancato utilizzo del finanziamento come leva per promuovere migliori risposte.....	»	56
2.5. Conclusioni.....	»	58
3. La governance lombarda		
Valentina Ghetti	»	61
3.1. La regolazione del rapporto con i Comuni e l'integrazione istituzionale	»	61
3.1.1. Le premesse: territori al centro e maggiore integrazione	»	61
3.1.2. La svolta della riforma	»	64
3.2. L'integrazione sociosanitaria, organizzativa e professionale	»	68
3.2.1. L'integrazione torna al centro	»	68
3.2.2. Gli effetti dello scarso presidio della sua attuazione.....	»	71
3.3. Il rapporto con il terzo settore.....	»	73
3.3.1. Più gestore che soggetto di advocacy.....	»	74
3.4. Conclusioni	»	77

PARTE SECONDA

Gli interventi per aree di utenza

4. Gli anziani non autosufficienti		
Fabrizio Giunco, Cristiano Gori e Rosemarie Tidoli.....	»	83
4.1. L'offerta di servizi e interventi	»	85
4.1.1. Il positivo maggior investimento sull'ADI.....	»	85
4.1.2. Le RSA sotto pressione.....	»	87
4.1.3. Il quadro d'insieme.....	»	88
4.2. L'articolazione della rete	»	88
4.2.1. L'ADI: risorse nuove, modello antico.....	»	88
4.2.2. L'apertura delle RSA al territorio: un percorso fecondo, ma privo di approdo	»	91

4.2.3. Il puzzle del territorio	Pag. 93
4.3. Le ricadute su utenti e famiglie	» 94
4.3.1. I passi in avanti nella misurazione della qualità.....	» 94
4.3.2. La crescente distanza tra i bisogni degli utenti e le risposte ricevute	» 96
4.3.3. La spesa per giornate in RSA: inadeguata e sbilanciata verso l'utenza.....	» 97
4.4. Le ricadute sugli operatori	» 99
4.4.1. Un problema di garanzie occupazionali e di remunerazione.....	» 99
4.4.2. Un problema di condizioni di lavoro	» 102
4.5. Conclusioni.....	» 103
Appendice – Tendenze demografiche, bisogni e risposte.....	» 104
 5. Giovani e adulti con disabilità	
<i>Giovanni Merlo, Massimiliano Malè e Marco Zanisi.....</i>	» 111
5.1. Più interventi e più beneficiari.....	» 112
5.1.1. Diritto alla fragilità e sostegno al domicilio	» 112
5.1.2. La presa in carico di nuova utenza	» 113
5.1.3. Le ricadute sulla qualità della vita delle persone	» 114
5.1.4. Gli esclusi	» 115
5.2. Il percorso di presa in carico delle persone con disabilità.....	» 116
5.2.1. Prove d'integrazione sociosanitaria a favore della presa in carico.....	» 117
5.2.2. Sostegno al lavoro di cura privato	» 118
5.2.3. Autoreferenzialità e burocratizzazione del lavoro sociale	» 119
5.3. Il sistema dei servizi	» 120
5.3.1. Grande fermento ma scarsa innovazione.....	» 120
5.3.2. Staticità e limiti nella sostenibilità	» 122
5.4. La sanitarizzazione dei servizi	» 124
5.4.1. Maggiore regolazione del sistema	» 124
5.4.2. Gli esiti della sanitarizzazione sulle persone e per i servizi.....	» 126
5.5. Conclusioni	» 127
 6. I minori e le famiglie	
<i>Elisabetta Dodi e Cecilia Guidetti</i>	» 131
6.1. L'ampliamento del target delle misure	» 131

6.1.1. Una difficile valutazione	Pag. 134
6.1.2. Misure per tanti, ma non per tutti	» 136
6.1.3. Un target importante, da non dimenticare	» 137
6.1.4. Un cambiamento poco accompagnato.....	» 138
6.2. Governo e regolazione del percorso di presa in carico.....	» 139
6.2.1. La premessa: mix di cash & care per sostenere fragilità e vulnerabilità	» 139
6.2.2. Molto cash, poco care	» 140
6.2.3. Famiglie al centro (e servizi sullo sfondo)	» 141
6.2.4. Integrazione solo auspicata	» 142
6.3. Competenze professionali, cambiamenti e qualità del lavoro ..	» 143
6.3.1. Ampliamento dei compiti e delle funzioni degli operatori ..	» 144
6.3.2. Nuove relazioni e nuovi partenariati	» 145
6.3.3. Il sostegno al cambiamento attraverso la valorizzazione delle pratiche territoriali	» 146
6.4. Conclusioni.....	» 147
6.4.1. Curare la qualità più che modificare nomi e contenitori ..	» 147
6.4.2. Famiglie fragili e famiglie vulnerabili, ma c'è ancora spazio per le risorse delle famiglie?	» 148
<i>Appendice – Il perimetro delle politiche per le famiglie: linee di intervento e principali atti</i>	<i>» 149</i>
 7. Il contrasto dell'esclusione sociale	
<i>Carla Dessi e Cecilia Guidetti</i>	<i>» 157</i>
7.1. Un nuovo target	» 158
7.1.1. La logica di un posizionamento.....	» 160
7.2. Dai principi alla pratica.....	» 161
7.2.1. Il basso take-up	» 161
7.2.2. La parcellizzazione delle risposte.....	» 163
7.2.3. I requisiti richiesti ai beneficiari e il cambiamento atteso ..	» 164
7.2.4. La fatica dei territori	» 166
7.3. Un complesso ruolo di regia tra Stato e territori.....	» 166
7.3.1. L'esperienza del SIA e i timidi tentativi di <i>governance</i> del sistema in Lombardia.....	» 166
7.3.2. Un difficile governo dei territori tra la complessità dei processi introdotti e lo smarrimento dei servizi.....	» 169
7.3.3. L'integrazione con altre iniziative presenti sul territorio regionale	» 171

7.4. Conclusioni	Pag. 172
7.4.1. Un'integrazione ancora incompiuta	» 172
7.4.2. Chi ricompone la frammentazione?	» 172
7.4.3. Una programmazione possibile ma ancora lontana	» 173
<i>Appendice – Il perimetro degli interventi regionali a sostegno delle vulnerabilità</i>	» 173

PARTE TERZA La visione d'insieme

8. Un bilancio	
<i>Cristiano Gori</i>	» 179
8.1. Lo scenario	» 179
8.1.1. Un'intensa produzione di atti	» 180
8.1.2. Nuovi obiettivi strategici	» 180
8.2. Il finanziamento	» 181
8.2.1. Il rallentamento degli stanziamenti e la loro crescente insufficienza	» 181
8.2.2. Il sottofinanziamento nella quotidianità di utenti e servizi	» 182
8.2.3. I vincoli statali e la continuità della politica regionale ...	» 183
8.3. La rete di offerta	» 184
8.3.1. Un migliore equilibrio tra i servizi esistenti	» 185
8.3.2. Il rafforzamento dell'attuale profilo delle unità di offerta .	» 185
8.3.3. I tre universi del welfare lombardo	» 186
8.3.4. L'eterogenea distribuzione territoriale dei servizi	» 187
8.4. La presa in carico	» 188
8.4.1. Un obiettivo (perlopiù) irrealizzato	» 188
8.4.2. La mancata costruzione delle condizioni necessarie	» 189
8.5. Il rapporto tra sanità e sociale	» 190
8.5.1. Primi passi verso l'integrazione	» 190
8.5.2. Una cultura sempre più sanitaria	» 191
8.5.3. Alla ricerca di connessioni	» 192
8.6. Conclusioni	» 193
8.7. Postilla. I dati e il dibattito pubblico	» 194
8.7.1. Aumentano i dati raccolti, diminuiscono quelli disponibili	» 194
8.7.2. Un nodo da sciogliere	» 195
<i>Gli Autori</i>	» 197

Introduzione

Cristiano Gori e Cecilia Guidetti

La X legislatura regionale (2013-2018) ha visto la Giunta Maroni impegnata in un ampio sforzo riformatore del welfare lombardo. Numerose, infatti, sono state le novità normative introdotte e molteplici i percorsi messi in moto: la riforma del sistema sociosanitario (legge n. 23/2015), innanzitutto, ma anche la costituzione del Fondo famiglia, l'avvio di una strada lombarda al contrasto all'esclusione sociale, la previsione del rafforzamento della presa in carico e molti altri. Tutto si può sostenere, in merito alla X legislatura, tranne che non sia stata segnata da un'intensa innovazione normativa. Alla prova dei fatti, quali sono state le ricadute di questa articolata azione di cambiamento sulla realtà dei servizi di welfare lombardi, sulla popolazione interessata e sugli operatori? Il volume cerca di rispondere a questo interrogativo.

1. Questo libro

Il libro, dunque, propone una valutazione delle politiche di welfare sociale di responsabilità della Giunta regionale nella X legislatura (2013-2018), finalizzata a comprendere in che modo le scelte compiute siano state tradotte in pratica nei territori e quali ne siano state le conseguenze per la popolazione coinvolta, le figure professionali e il complessivo sistema di welfare lombardo.

Nella definizione qui utilizzata, per welfare sociale ⁽¹⁾ intendiamo l'insieme di servizi e interventi sociali, sociosanitari e socioeducativi – di titolarità di Comuni e ASL – preposti a rimuovere o prevenire condizioni di disagio e/o di mancanza di autonomia e rivolti, in particolare, ad anziani non autosufficienti, giovani e adulti con disabilità, minori e famiglie, soggetti in con-

⁽¹⁾ Sovente, nel corso del testo, per fare riferimento al welfare sociale si utilizza – per semplicità – esclusivamente il termine welfare.

dizione di povertà o a rischio di cadervi, marginalità, dipendenze, migranti e individui con disagio psichico (Gori *et al.*, 2014).

Il nostro sguardo si rivolge all'azione della Giunta regionale, di cui analizziamo le scelte compiute e le conseguenze che hanno determinato. Tali scelte riguardano l'offerta e la gestione dei servizi sociosanitari dei cui fini e del cui funzionamento la Regione è titolare. Concernono parimenti le funzioni di finanziamento, programmazione, regolazione e indirizzo che la Regione esercita nei confronti dei vari soggetti del sistema di welfare locale.

Nell'ambito dell'amministrazione regionale, ci interessiamo dell'operato dell'Assessorato alla Famiglia, solidarietà sociale e volontariato nella prima fase della legislatura (2013-2015) e successivamente, a seguito della riorganizzazione determinata dalla legge regionale n. 23/2015, dei nuovi nati Assessorato al Welfare e Assessorato al Reddito di autonomia ed inclusione sociale ⁽²⁾.

2. Il metodo ⁽³⁾

Questo volume costituisce il terzo lavoro di valutazione indipendente delle politiche di welfare sociale in Lombardia e, sul piano metodologico, si pone in continuità con i precedenti (Gori, a cura di, 2005 e 2010), pur presentando alcuni cambiamenti dovuti a mutamenti sia nelle modalità di analisi sia nel contesto. Definiamo la valutazione "un'attività tesa alla produzione sistematica di informazioni per dare giudizi su azioni pubbliche, con l'intento di migliorarle" (Martini e Sisti, 2009, p. 21). Vediamo – seguendo 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".

⁽²⁾ In coerenza con il perimetro così delineato, alcune aree – benché riconducibili al welfare sociale – nel presente lavoro non vengono esaminate. Ci riferiamo in particolare agli interventi di sostegno alla casa e all'abitare, all'accoglienza e integrazione dei cittadini migranti e all'inclusione lavorativa. Nel periodo analizzato tali materie non sono state, infatti, responsabilità degli Assessorati al centro della nostra attenzione, essendo in capo, rispettivamente, all'Assessorato alla Casa e pari opportunità, all'Assessorato alla Sicurezza, immigrazione e protezione civile e all'Assessorato all'Istruzione, formazione e lavoro.

⁽³⁾ La prima parte di questo paragrafo riprende, aggiornati e modificati, alcuni contenuti presentati in Gori, a cura di, 2010.

Il nostro lavoro è fondato sulla disamina di dati empirici riguardanti le politiche lombarde di welfare sociale. Ad analizzarli sono, in tutti i capitoli, riconosciuti esperti dei rispettivi temi, che svolgono il proprio compito 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”. Ciascun capitolo è costruito intorno alla presentazione di alcune tesi che rappresentano, per l’appunto, i nostri giudizi sulle politiche di welfare sociale in Lombardia. I termini di paragone sono gli obiettivi strategici per la legislatura dichiarati dalla Giunta lombarda e condivisi dal gruppo di Autori del presente studio ⁽⁴⁾.

Terzo, “la valutazione incorpora un fondamentale intento migliorativo dell’attività pubblica”. Non è – in altri termini – una ricerca sociale fine a se stessa ma vuole servire a migliorare il welfare. La nostra tensione in questa direzione permea l’intero libro: 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, pp. 21-22). Nella progettazione di questo lavoro abbiamo tenuto in considerazione le differenti esigenze conoscitive di chi disegna il welfare lombardo, di chi lo realizza e di chi lo esamina (cfr. par. 4).

La nostra è una valutazione *ex post* – che s’interroga cioè sui risultati di un’azione completata – condotta alla conclusione della legislatura regionale 2013-2018. Si tratta, infine, di una valutazione indipendente, nel senso che non viene finanziata dall’istituzione responsabile delle politiche valutate, cioè Regione Lombardia. Chiarito questo, va detto che la relazione con gli Assessorati titolari di tali politiche – quello alla Famiglia, solidarietà sociale e volontariato prima, e l’Assessorato al Welfare e quello al Reddito di autonomia e inclusione sociale poi – è risultata assai proficua, caratterizzata da collaborazione nell’autonomia, come accaduto in passato. Il progetto è stato finanziato congiuntamente da un pool di otto realtà private, che ci hanno assicurato la totale indipendenza intellettuale: Fondazione Cariplo, Caritas Ambrosiana, Spi-CGIL Lombardia, Fnp-CISL Lombardia, UIL Pensionati Lombardia, Gruppo Korian, Confcooperative Lombardia, Legacoopsociali Lombardia, AGCI Lombardia, Agespi Lombardia.

⁽⁴⁾ Questi aspetti vengono discussi in maggior dettaglio più avanti.

2.1. *La struttura dei capitoli*

Ciascun capitolo è organizzato secondo una struttura comune ⁽⁵⁾. Si articola, infatti, nella presentazione di alcune tesi: di fatto ogni paragrafo e/o ogni sua sezione illustrano una tesi. Esse, come anticipato, rappresentano i nostri giudizi sulle politiche regionali; si basano sull'evidenza empirica disponibile riferita al periodo esaminato nonché sulla comparazione con le precedenti legislature e/o – nei limiti del possibile – con altre Regioni. Le tesi formulate rappresentano perlopiù chiavi di lettura trasversali alle diverse misure, azioni e interventi concernenti l'oggetto di ciascun capitolo.

Il metro di giudizio rispetto al quale sono state elaborate le tesi – in altre parole, i nostri criteri valutativi (Bezzi, 2010) – sono gli obiettivi strategici per il welfare sociale della Giunta lombarda, definiti all'inizio della legislatura e poi confermati in tutti i principali atti e normative di riferimento approvati nel quinquennio. Li si può così riassumere: *a)* lo sviluppo di percorsi di presa in carico della persona; *b)* il rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria; *c)* la rimodulazione e la maggior articolazione del sistema di offerta; *d)* l'incremento del peso del welfare sociale, con l'aumento dei finanziamenti dedicati (cfr. cap. 1). Si tratta di finalità in netta discontinuità con quelle indicate dalle precedenti Giunte regionali, pure dello stesso colore politico. Tali indicazioni sono condivise dal nostro gruppo di ricerca e coerenti con le principali raccomandazioni provenienti dal dibattito internazionale. Gli obiettivi menzionati costituiscono la "stella polare" del nostro percorso analitico, vengono toccati in molteplici punti di ogni capitolo e ripresi in maniera sistematica nelle conclusioni.

I diversi capitoli si concentrano – pur con parziali eccezioni – sui medesimi temi, che costituiscono le nostre dimensioni di analisi (Bezzi, 2010). Le due principali riguardano le ricadute delle scelte regionali, rispettivamente, sui destinatari degli interventi, ovvero i cittadini e le famiglie, e sul sistema dei servizi e gli operatori che vi lavorano; queste dimensioni sono – a loro volta – articolate in sottodimensioni. In particolare, per quanto riguarda le ricadute su cittadini e famiglie, ci si è interessati a:

- la definizione del target, esaminando quanto – rispetto al passato – le misure abbiano puntato all'ampliamento della popolazione coinvolta oppure alla sua delimitazione e quali siano stati i profili interessati;

⁽⁵⁾ Con l'eccezione del primo, dedicato alla cronistoria del quinquennio.

- la qualità degli interventi, osservando la loro capacità di generare cambiamenti nelle condizioni di vita delle persone e dei nuclei beneficiari;
- il percorso assistenziale degli utenti e delle famiglie, analizzando l'affiancamento ed il sostegno forniti nelle diverse fasi.

Per quanto concerne la dimensione delle ricadute sul sistema dei servizi e sugli operatori, l'analisi si è soffermata su:

- il mix di risposte, considerando l'equilibrio tra prestazioni monetarie e servizi alla persona, così come quello tra interventi residenziali e territoriali;
- le relazioni tra i settori del welfare a titolarità pubblica, concentrandosi sul grado di collaborazione innanzitutto del comparto sanitario con quello sociale, ma estendendo anche lo sguardo all'educazione, alle politiche lavorative ed a quelle abitative;
- il rapporto tra organizzazioni pubbliche e private (non profit e profit) e l'effettivo ruolo assegnato al terzo settore;
- le condizioni degli operatori, con riferimento agli impegni richiesti dai cambiamenti introdotti e, più in generale, alla loro situazione lavorativa.

La valutazione presentata in questo volume si fonda sull'attività di monitoraggio e analisi del welfare sociale lombardo realizzata nel sito *www.lombardiasociale.it*, operativo dal 2011, e da questo punto di vista si differenzia dai due testi precedenti. Questi ultimi, infatti, erano proposti come prodotti unici e indipendenti, e dunque racchiudevano al loro interno una descrizione dettagliata di quanto realizzato dalla Regione, mettendo a disposizione del lettore tutti gli elementi necessari a orientarsi nell'analisi. Qui, invece, tale ricostruzione è affidata al rimando puntuale agli articoli pubblicati su *www.lombardiasociale.it*, che ha seguito e raccontato passo per passo tutti gli interventi e le scelte regionali nelle politiche di welfare sociale della X legislatura⁶. Inviare il lettore ai contenuti del sito ci consente, in questa sede, di concentrarci esclusivamente sulla presentazione e sull'argomentazione delle nostre tesi valutative.

2.2. Un problema di dati

La valutazione delle politiche e degli interventi regionali che proponiamo è, come già sottolineato, fondata, per quanto possibile, sulla raccolta e

(⁶) Solo dove ritenuto necessario per la chiarezza delle tesi illustrate, sono riportate, a conclusione dei capitoli, schede di sintesi in merito ai principali atti e misure implementati.

sull'elaborazione di dati. Quelli che presentiamo hanno per la maggior parte origine dall'amministrazione regionale. A questi si affiancano anche dati tratti da rapporti, analisi e studi compiuti da soggetti diversi impegnati nel monitoraggio delle politiche regionali, dati e documentazione comparativa con altre Regioni, nonché specifici approfondimenti e raccolte originali di evidenza empirica, realizzati in questi anni da *LombardiaSociale.it*.

Per quanto riguarda i dati di fonte regionale, parte del lavoro di *LombardiaSociale.it* consiste nel ricostruire via via l'andamento degli interventi recuperando, ricomponendo ed elaborando informazioni che la Regione pubblica con diverse modalità. Per lo più essi si trovano all'interno dei principali atti, che nel normare, definire o ridefinire una misura o un insieme d'interventi, espongono e richiamano i principali dati in proposito. Altri – soprattutto quelli relativi al sistema di offerta presente nella nostra Regione – sono disponibili su *opendata* di Regione Lombardia. In altri casi ancora – purtroppo rari e spesso solo in occasione di convegni o eventi dedicati – la Regione pubblica testi di reportistica o specifici approfondimenti su determinate aree di intervento. Alcuni dati, infine, sono stati raccolti e resi noti nel Rapporto di fine legislatura 2013-2018, che non restituisce, tuttavia, un quadro esaustivo e realmente valutativo delle politiche sociali regionali (Guidetti, 2018) ⁽⁷⁾. Complessivamente, i dati disponibili sono limitati e assai difficili da recuperare.

Questa difficoltà di reperimento differenzia in modo sostanziale il presente lavoro da quello dei precedenti volumi poiché in passato l'Assessorato alla Famiglia e alla solidarietà sociale realizzava un progetto di rendicontazione che prevedeva la pubblicazione annuale del Bilancio sociale regionale. Tale documento metteva a disposizione dei cittadini e degli altri attori interessati tutti i dati relativi all'implementazione e allo sviluppo del welfare lombardo, offrendo dunque un quadro complessivo dell'operato regionale nell'anno considerato.

Oggi, invece, manca una fonte organica e coerente di dati. L'assenza di un bilancio sociale è solo un aspetto, e il sintomo più eclatante, di un problema più ampio, quello della scarsa disponibilità di dati, che si ricollega a una contraddizione più generale. Da una parte, i dati disponibili sono numericamente inferiori e meno attendibili rispetto al 2010, anno di pubblicazione del precedente volume. Dall'altra, la Regione raccoglie e può contare su una mole di informazioni ben superiore rispetto ad allora. La ridotta disponibilità

(7) <http://www.lombardiasociale.it/2018/03/16/rapporto-fine-legislatura-2013-2018/>.

di dati rappresenta, evidentemente, un limite cruciale per l'analisi: su questo punto si tornerà nelle conclusioni.

3. L'articolazione del testo

Dopo l'introduzione, il volume si compone di altre tre parti. La prima è dedicata allo scenario d'insieme delle politiche regionali di welfare sociale, nelle dimensioni temporale, finanziaria e di *governance*. Il capitolo iniziale propone una cronistoria della X legislatura, illustrando i passaggi fondamentali che l'hanno caratterizzata e collocandoli rispetto a quanto avvenuto nei periodi precedenti. Il secondo capitolo esamina l'evoluzione del finanziamento e della spesa del welfare lombardo, guardando prima all'investimento complessivo di risorse e poi alla sua distribuzione tra interventi e tra territori. Il terzo capitolo approfondisce le trasformazioni che hanno investito il sistema di programmazione e *governance* regionale.

La seconda parte si concentra sugli interventi messi in campo, analizzandone i contenuti e presentando i principali dati disponibili in quattro capitoli dedicati ad altrettanti target di utenti: anziani non autosufficienti (capitolo 4), giovani e adulti con disabilità (capitolo 5), minori e famiglie (capitolo 6), persone in condizione o a rischio di esclusione sociale (capitolo 7). Le risposte rivolte ad ognuna di queste categorie vengono esaminate nei relativi capitoli grazie ad alcune chiavi di lettura trasversali ai diversi interventi attuati, finalizzate a leggerne l'andamento complessivo.

La parte conclusiva, infine, si compone di un unico capitolo, l'ottavo, che tira le fila del percorso di analisi svolto nel volume allo scopo di proporre un bilancio complessivo delle politiche regionali di welfare sociale nella X legislatura.

4. La fruizione

Il volume è pensato per molteplici tipologie di lettori, ai quali proponiamo differenti modalità di utilizzo. Ci rivolgiamo, infatti, 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, in grado di evitare i due rischi abituali dello scenario italiano: discutere animatamente le leggi dedican-

do ridotta attenzione alla loro attuazione e privilegiare i principi rispetto alle pratiche;

- chi disegna e amministra il welfare lombardo, nell'ambito della struttura regionale. Speriamo che le analisi da noi prodotte possano essere utili agli amministratori della nostra Regione nella definizione delle scelte future;
- chi opera nelle diverse realtà locali del welfare lombardo. L'obiettivo è che il libro possa diventare uno strumento di lavoro per gli operatori, offrendo loro un quadro di riferimento per la propria azione e fornendo utili termini di paragone con il resto del territorio regionale;
- chi si occupa di welfare in altre Regioni, in ogni ruolo. Pensiamo, infatti, che confrontarsi con i risultati di questa esperienza possa essere d'interesse anche al di fuori dei nostri confini.

Le modalità di fruizione del presente lavoro si differenziano per il tipo di supporto utilizzabile e il livello di approfondimento realizzabile, in modo da rispondere ad una duplice finalità: rendere l'accesso ai nostri contenuti il più facile possibile e permettere forme d'uso modulate secondo i diversi gradi d'interesse. Il libro può essere acquistato in libreria o richiesto alla casa editrice Maggioli (maggiori informazioni su www.maggiolieditore.it), ma può anche essere scaricato gratuitamente dal sito www.lombardiasociale.it; qui si possono trovare sia l'intero testo sia i singoli capitoli. Come spiegato, il volume si basa sul ben più ampio sforzo di analisi compiuto attraverso i contributi pubblicati su www.lombardiasociale.it ed è dunque pensato, oltre che per la fruizione autonoma, come un testo di sintesi che rimanda, per ogni approfondimento, agli articoli pubblicati sul sito; ciò è reso possibile dalla presenza – nelle note – di link attivi relativi agli articoli d'interesse.

5. Il nostro percorso

Il lavoro – come anticipato – è figlio dell'attività di analisi, monitoraggio e valutazione del welfare lombardo realizzata da www.lombardiasociale.it, un osservatorio indipendente ideato e diretto da Cristiano Gori e costituito da un'équipe di ricerca che ha sede presso l'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS) di Milano. L'osservatorio è promosso e finanziato da alcuni tra i principali soggetti impegnati nel welfare lombardo, elencati all'inizio del secondo paragrafo quali finanziatori del libro. Ci seguono oltre 20.000 visitatori singoli al mese: sono principalmente operatori e responsabili di servizi – pubblici, privati non profit e privati for profit – associazioni, amministratori locali e regionali, consiglieri comunali e regionali, esperti e studiosi.

LombardiaSociale.it si propone come un propulsore del dibattito sull'andamento del welfare nel nostro territorio, esaminato con strumenti differenti e attraverso un confronto plurale tra molteplici voci. Il sito presenta infatti informazioni aggiornate sulla normativa e sugli indirizzi regionali via via emanati; opinioni e analisi riguardanti le implicazioni e le ricadute che tali indirizzi comportano a livello locale, per la rete dei servizi/interventi e per i cittadini; raccolte di esperienze realizzate in diverse realtà territoriali; dati e ricerche sui bisogni delle comunità e sul sistema dei servizi esistente, offrendo sintesi dei diversi studi e rapporti prodotti sia in Regione che a livello nazionale.

L'attività di *www.lombardiasociale.it* e questo stesso volume trovano, a loro volta, origine nel lavoro di valutazione indipendente delle politiche regionali di welfare sociale di precedenti legislature. I buoni riscontri ottenuti dalle due pubblicazioni che ne sono derivate – *Politiche sociali di centro destra*, nel 2005 (Gori, a cura di, 2005), e *Come cambia il welfare lombardo*, nel 2010 (Gori, a cura di, 2010) – nonché il desiderio di contribuire allo sviluppo di un dibattito fondato su dati empirici e riscontri concreti sull'attuazione degli interventi ci hanno spinto a dare continuità allo sforzo di analisi, avviando nel 2011 il nostro sito. Questo volume costituisce, dunque, un ulteriore passo del percorso che ci vede seguire la realtà del welfare lombardo sin dall'inizio dello scorso decennio.

Bibliografia

- BEZZI C. (2010), *Il nuovo disegno della ricerca valutativa*, Franco Angeli, Milano.
- GORI C. (a cura di) (2005), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma.
- GORI C. (a cura di) (2010), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini.
- GORI C. (2010), *Il percorso di analisi*, in GORI C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini.
- GORI C., GHETTI V., RUSMINI G., TIDOLI R. (2014), *Il welfare sociale in Italia*, Carocci, Roma.
- GUIDETTI C. (2018), *Il Rapporto di fine Legislatura 2013-2018*, in *www.lombardiasociale.it*, 16 marzo 2018.
- MARTINI A., SISTI M. (2009), *Valutare il successo delle politiche pubbliche*, Il Mulino, Bologna.

Ringraziamenti

Il volume è il frutto dello sforzo congiunto di una varietà di soggetti, diversi per competenze, sensibilità e ruoli ma accomunati dal desiderio di comprensione dell'evoluzione del welfare lombardo. Desidero, dunque, ringraziare:

- *gli altri Autori, per la profondità delle loro analisi e lo sforzo che sono riusciti a dedicarvi pur tra molteplici impegni. Lavoriamo insieme da anni ormai, nell'osservatorio www.lombardiasociale.it, e sono contento di aver imparato molto da ogni componente del nostro gruppo;*
- *i promotori di www.lombardiasociale.it, senza i quali il testo non avrebbe visto la luce, per aver condiviso con noi tanto le necessarie risorse economiche quanto un ricco bagaglio di idee e riflessioni, sempre garantendoci la totale autonomia di pensiero. Si tratta di Fondazione Cariplo, Caritas Ambrosiana, Spi-CGIL Lombardia, Fnp-CISL Lombardia, UIL Pensionati Lombardia, Gruppo Korian, Confcooperative Lombardia, Legacoopsociali Lombardia, AGCI Lombardia e Agespi;*
- *l'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS) e tutti i colleghi che vi operano, per le competenze dedicate al libro e per averci assicurato un ambiente intellettualmente stimolante nel quale lavorare;*
- *la Regione Lombardia, che ci ha messo a disposizione – con la consueta disponibilità – varie informazioni riguardanti l'evoluzione del welfare lombardo;*
- *i colleghi che ci hanno fornito commenti e suggerimenti su come migliorare precedenti versioni dei capitoli, in particolare: Raffaele Benaglio, Maria Vittoria Della Canonica, Giovanni Gillini, Marco Noli, Francesca Paini, Graziano Pirrotta ed Emanuele Ranci Ortigosa;*
- *Alice Melzi, per aver svolto il coordinamento redazionale del progetto con precisione ed intelligenza, accompagnate da una disponibilità non comune;*
- *Rosemarie Tidoli, per le preziose idee che mi ha regalato.*

Il libro, come detto, si colloca in un percorso di monitoraggio ed analisi del welfare lombardo in atto da tempo, e dal 2011 basato nell'osservatorio www.lombardiasociale.it. Il ringraziamento, dunque, si estende a tutti coloro i quali ne hanno reso possibile la nascita e la crescita. Sono i soggetti sin qui citati così come molti altri, a partire da coloro i quali vi hanno scritto contributi e da chi ha deciso di leggerli.

C.G.

PARTE PRIMA
Il governo degli interventi

1. L'evoluzione della legislatura. Cronistoria del quinquennio

Valentina Ghetti

In questo primo capitolo si vuole ripercorrere lo sviluppo della X legislatura, analizzando l'evoluzione del quinquennio e le principali tappe che hanno caratterizzato l'operato della Giunta Maroni all'interno del comparto del welfare sociale ⁽¹⁾, oggetto di analisi di questo testo.

La consiliatura si è chiaramente sviluppata lungo due fasi: la prima, dal 2013 a metà 2015, in cui alla guida dell'allora Assessorato alla Famiglia, solidarietà sociale e volontariato era l'assessore Cantù; la seconda dall'approvazione della l.r. n. 23/2015 sino alla conclusione del mandato, caratterizzata da importanti riforme.

La Giunta Maroni ha avviato la legislatura dichiarando una netta cesura con il modello lombardo affermato nel corso dei due decenni precedenti. Non si è trattato solo di un cambio di equilibri politici all'interno del centro destra – con il passaggio da Forza Italia alla Lega sia alla presidenza che alla guida dell'Assessorato deputato al sociale – ma soprattutto dell'affermazione di una differente visione di *policy* in ambito sociale e di un nuovo ruolo per l'attore pubblico. Per comprendere la natura di tale discontinuità è utile ripercorrere la storia precedente, ovvero la lunga stagione guidata dal Presidente Formigoni.

1.1. L'eredità formigoniana

1.1.1. L'affermazione del "modello lombardo" (2000-2008)

La visione di welfare che si è affermata e consolidata nel corso dei precedenti vent'anni – conosciuta come "il modello lombardo" – prende il via alla

⁽¹⁾ Per welfare sociale si intende l'insieme degli interventi e servizi erogati al fine di alleviare o prevenire condizioni di disagio o di mancanza di autonomia, in concreto i servizi sociosanitari in capo ad ATS e ASST e socioassistenziali, socioeducativi di competenza dei Comuni.

fine del secolo scorso con la riforma sanitaria del '97, la legge regionale 31 recante le "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali". Una riforma dai contenuti originali per l'epoca, che aveva l'ambizione di diventare un esempio per altre Regioni. È qui che si affermano alcuni dei principi cardine del modello regionale che arriveranno, negli anni successivi, a coinvolgere anche gli altri comparti del welfare: separazione delle funzioni, competizione tra erogatori e introduzione dell'istituto dell'accreditamento, parità pubblico privato, libertà di scelta del cittadino (Marotta, 2010).

È con i primi anni 2000 che si assiste alla progressiva declinazione di questa visione anche in area sociale, mutuando quanto realizzato prima in sanità. Con l'avvio del nuovo secolo prende forma un' incisiva opera di strutturazione e rafforzamento del sistema dei servizi attraverso il riordino delle filiere prima sociosanitaria e poi anche sociale che, con la revisione dei diversi requisiti autorizzativi e l'introduzione degli accreditamenti, porta allo sviluppo di un sistema d'offerta ampio e qualificato (Gori, 2010). Gli indirizzi strategici che hanno guidato gli obiettivi di policy di quell'epoca hanno puntato infatti allo sviluppo di un quasi mercato del welfare sociale, guidato anche qui dalla libera scelta del cittadino e dalla competizione tra gli erogatori, considerati i veri *driver* per garantire lo sviluppo di un sistema d'offerta articolato e di qualità.

Il ruolo di governo dell'ente pubblico è stato incentrato sulle funzioni di regolazione dell'offerta, ovvero programmazione, acquisto e controllo (PAC) (Carabelli, Facchini, 2011). Scarsa attenzione è stata invece dedicata al governo della domanda, e in particolare alla presa in carico dei cittadini e delle famiglie e del loro accompagnamento nella rete dei servizi e interventi. Credendo fermamente in un sistema fondato sulla de-regolazione del percorso dei cittadini nel sistema dei servizi sociosanitari, si sono anzi considerati gli strumenti già esistenti a tal fine (es. UVG), ostacoli alla valorizzazione dell'autonomia delle persone ed alla loro libera scelta. Tale logica ha previsto anche che la costruzione di un'unitarietà di risposte tra servizi sociali e socio-sanitari non fosse oggetto di particolare attenzione. Coerentemente a ciò la Lombardia non ha investito nella costruzione di forme in supporto all'integrazione tra i Comuni e le ASL, puntando invece su una precisa separazione di competenze tra i due soggetti, tanto sul piano organizzativo quanto su quello istituzionale. Una posizione unica nel panorama nazionale dove invece, in questa stessa fase caratterizzata dalla grande espansione dei sistemi regionali di welfare ("trainata" dalla crescita dell'assistenza ai non autosuffi-

cienti), le altre Regioni del centro-nord sono state impegnate proprio nella costruzione di forme di regolazione del percorso di utenti e familiari nella rete dei servizi, confrontandosi dunque con temi quali i punti unici di accesso, le unità di valutazione multidimensionale, le progettazioni integrate sul caso ed il governo del caso (case management).

In sostanza dunque è il sistema di offerta dei servizi ad essere posto al centro dell'azione pubblica di quegli anni e quello descritto sommariamente sin qui, è il modello che si è affermato.

1.1.2. *Primi ripensamenti (2008-2012)*

Questo almeno fino al 2008 quando l'arrivo del nuovo assessore Boscagli introduce un primo ripensamento del modello di welfare costruito che con la nuova legislatura, nel 2010, si rafforza ulteriormente. Vengono messi in dubbio in particolare il ruolo dell'ente pubblico e la scelta di privilegiare la sola regolazione dell'offerta, per richiamare invece alla necessità di un maggior presidio pubblico a sostegno della persona nel suo percorso all'interno dei servizi. Per la prima volta l'Esecutivo esplicita alcune fragilità del modello lombardo consolidato sin a quel momento, riconoscendo i limiti della frammentazione del sistema, della sua eterogeneità e della conseguente mancata equità territoriale.

La IX legislatura comincia quindi dichiarando intenzioni differenti. Sono infatti gli anni del Piano di Azione regionale sulla disabilità (PAR), che rimette al centro il percorso del cittadino nei servizi e apre ad un concetto diverso di libertà di scelta, ovvero la libertà di scegliere il proprio percorso di vita nei servizi, non semplicemente individuare l'erogatore. È sempre di questi anni il tentativo di riforma della domiciliarità con la sperimentazione ADI in cui si introduce un nuovo modello di accesso e di valutazione del bisogno e dunque un tentativo di regolazione pubblica di alcuni passaggi cruciali del percorso dei cittadini nei servizi. E poi, ultimo in termini temporali, la definizione del Patto per il nuovo welfare, in cui il legislatore riconosce le criticità prima nominate e la necessità di prevederne una revisione.

Tuttavia si è trattato di un ripensamento prevalentemente "dichiarato", fermo cioè al livello di affermazione di intenti e di nuovi principi di riferimento, senza una loro traduzione concreta in modifiche dei modelli di intervento e delle pratiche operative (Ghetti, 2012) ⁽²⁾. Anche i pochi tentativi fatti

⁽²⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2012/07/23/due-anni-di-legislatura-come-sta-il-welfare-lombardo/>.

in questa direzione (es. CEAD), spesso introdotti secondo una logica sperimentale (in via transitoria, solo in alcuni territori e solo su alcuni servizi), non sono stati sufficientemente incisivi per poter generare un cambiamento diffuso e significativo. La chiusura anticipata della legislatura regionale poi, a termine del 2012, ha posto definitivamente fine a tale periodo, lasciando di fatto invariato il modello complessivo del welfare lombardo.

Dunque, sebbene gli obiettivi siano in parte stati rivisti, l'ultimo periodo a guida Formigoni non ha però determinato cambiamenti significativi e nell'intero primo decennio degli anni 2000 si è di fatto registrata una sostanziale continuità nel modello regionale di welfare che si è affermato.

Box 1 – Lo sviluppo del welfare lombardo nelle Giunte Formigoni

1995-2000	Attuazione della riforma sanitaria con la l.r. n. 31/1997 e affermazione del "modello lombardo" di welfare fondato sui principi della separazione delle funzioni, sulla competizione, sull'equiparazione pubblico-privato e sulla libertà di scelta del cittadino.
2000-2008	Applicazione del modello lombardo al sistema sociosanitario e sociale: ridefinizione della filiera dei servizi mediante la revisione dei requisiti autorizzativi delle unità d'offerta, introduzione del sistema di accreditamento e dei titoli di acquisto delle prestazioni (voucherizzazione), assunzione di ruolo regolativo pubblico nel governo dell'offerta (PAC) e deregolazione della presa in carico (abolizione UVG).
2008-2012	Ripensamento del modello. Riconoscimento di alcuni limiti (frammentazione, eterogeneità, isolamento famiglie) e della necessità di assumere il tema del governo della domanda e della regolazione del percorso dei cittadini nei servizi. Dichiarazione di obiettivi differenti, rimasti però a livello di intenzioni, anche a causa del termine prematuro della IX legislatura.

1.2. L'avvio della nuova legislatura. Prima fase all'insegna della discontinuità (2013-2015)

1.2.1. Una nuova visione di welfare

Sin dal suo insediamento la nuova Giunta Maroni, con l'assessore alla Famiglia, solidarietà sociale e volontariato Maria Cristina Cantù, mostra di avere idee diverse sul futuro del welfare sociale lombardo, marcatamente differen-

ti da quel modello consolidato nelle precedenti legislature. Ha definito infatti una propria precisa visione in merito e l'ha collocata al centro di tutti i primi atti prodotti, sia di natura programmatica che riguardanti specifici interventi. Una visione proposta con un'incisività e una coerenza che era mancata al cambio di passo tentato nel biennio precedente dall'assessore Boscagli.

Box 2 – I primi atti della X legislatura	
D.G.r. 113/2013	Programma Regionale di Sviluppo della X legislatura
D.G.r. 116/2013	Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo ⁽³⁾
Libro Bianco	Libro bianco sullo sviluppo del sistema socio-sanitario ⁽⁴⁾
D.G.r. 392/2013	Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico
D.G.r. 740/2013	Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze – anno 2013 – e alla d.G.r. 2 agosto 2013, n. 590. Determinazioni conseguenti
D.G.r. 856/2014	Interventi in sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della d.G.r. n. 116/2013. Primo provvedimento attuativo
d.G.r. 1185/2013	Delibera delle Regole 2014

Il welfare targato Maroni, da subito, esplicita dunque obiettivi opposti a quanto era stato sino a quel momento al centro del modello lombardo, affermando di voler riformare il settore puntando proprio sulle questioni da tempo trascurate:

- a) lo sviluppo di percorsi di presa in carico della persona;
- b) il rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria;
- c) la rimodulazione del sistema di offerta, articolandolo maggiormente;
- d) l'incremento del peso del welfare sociale, aumentandone i finanziamenti dedicati.

⁽³⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2013/05/25/istituzione-del-fondo-regionale-a-sostegno-della-famiglia-e-dei-suoi-componenti-fragili-atto-di-indirizzo/>.

⁽⁴⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2014/07/14/libro-bianco-sullo-sviluppo-del-sistema-socio-sanitario-in-lombardia/>.

Come non accadeva da tempo, anche nel dibattito pubblico si trova ampia concordia sulla direzione da intraprendere. Gli obiettivi indicati dalla nuova Giunta rappresentano infatti i punti su cui il dibattito pubblico degli ultimi anni si era focalizzato, trovando dunque una rinnovata sintonia sui temi nodali da affrontare e una grande speranza nella possibilità che venissero finalmente affrontati. Punti unici welfare, valutazione multidimensionale, progettazione e pianificazione individuale realizzata in modo integrato, monitoraggio e controllo, finanche budget di cura (non voucher), diventano le parole chiave del nuovo welfare. Sebbene, come detto, fossero temi in parte già anticipati nell'ultimo periodo Boscagli, l'univocità e la generalità con cui vengono affermati in tutti i primi atti del nuovo Esecutivo, e dunque la coerenza con cui viene presentata la nuova visione di politica regionale sul sociale, apre ad attese di maggior determinazione e di maggior forza attuativa.

1.2.2. Prime indicazioni attuative verso il cambiamento

In questa prima fase si ravvisano alcuni importanti passaggi nella concretizzazione di questa nuova visione che orientano la legislatura verso il compimento dei principi dichiarati, affinché non rimangano – come nel passato – unicamente delle buone intenzioni. Ricordiamo qui i più significativi.

Più soldi. Il primo passo, il più coraggioso, è stato l'incremento delle risorse dedicate a questo comparto, annunciando – appena dopo l'insediamento – l'istituzione di un nuovo Fondo dedicato a sostenere le famiglie con componenti fragili (cfr. d.G.r. n. 116/2013). L'annuncio è stato di 330 milioni complessivi, da reperire tra le risorse proprie della Regione e orientato a sostenere alcune specifiche misure. Tratteremo più avanti, nel corso del testo, il tema del finanziamento al welfare e del suo andamento, qui preme però sottolineare come un primo segnale fattivo del maggior riconoscimento al settore sia partito proprio da un tema strutturalmente critico, quello delle risorse.

In secondo luogo l'attuazione della presa in carico. La nuova centralità assegnata al tema del percorso del cittadino nella rete dei servizi non viene posta solo come obiettivo teorico e dichiarato, ma declinata in alcuni dispositivi operativi concreti, richiamati in tutti gli atti. Prima tra tutti la valutazione multidimensionale, introdotta come passaggio di assessment da garantire, in modo omogeneo, sul territorio regionale per i casi complessi. Ritorna al centro del presidio pubblico la valutazione del caso e per giunta in chiave multidisciplinare, riconoscendo dunque la fase valutativa come primo tassello per la costruzione di una integrazione fattiva sul caso, da parte dei diversi

soggetti deputati ad assicurare l'attuazione del progetto individualizzato (*in primis* operatori pubblici sociosanitari e sociali). Nella produzione normativa di questa prima fase, nella declinazione delle varie misure previste, trova ampio spazio una specifica attenzione ai passaggi ed alle modalità di presa in carico dell'utenza (valutazione multidimensionale, progettazione individualizzata, piano operativo, monitoraggio e valutazione, case management...).

Un terzo elemento è rappresentato dal tentativo di portare a conclusione la lunga fase sperimentale. La Giunta, pur portando avanti alcune delle misure sperimentali della precedente legislatura, nel corso di questa prima fase dichiara l'intenzione di procedere ad una loro valutazione e messa a sistema – come vedremo poi solo parzialmente riuscita – dando un segnale importante circa la volontà di lavorare sull'adeguamento del sistema d'offerta. Alcune traduzioni fattive si realizzano da subito (Motta, 2013) ⁽⁵⁾. Per quanto concerne la domiciliarità, ad esempio, si pone fine alla lunga fase di incertezza circa le strumentazioni valutative da adottare (cfr. FIM VAOR), declinando un unico riferimento a livello regionale per la valutazione del bisogno sociosanitario – la scala VAOR home care – per la valutazione del bisogno sociosanitario. L'obiettivo della rimodulazione dell'offerta trapela anche da altri passaggi come l'annuncio della volontà di rivedere il sistema dei servizi per la disabilità o ancora dai percorsi di studio su un possibile sistema di vendor rating e quello sui costi standard dei servizi.

Quarto, nuovi dispositivi a garanzia dell'integrazione socio-sanitaria. Ad avvio legislatura l'Esecutivo punta sulle Cabine di regia quale organo istituzionale deputato a garantire il raccordo programmatico tra le allora ASL e i Comuni. Il ruolo strategico delle Cabine viene richiamato in molti atti, andandone a declinare nel dettaglio obiettivi, compiti e modalità di funzionamento. Il tema dell'integrazione e della ricomposizione viene declinato inoltre nel passaggio alla nuova programmazione zonale 2015-17 in cui, preceduto da un lavoro congiunto tra Regione ed Uffici di Piano, prende il via il "Sistema integrato della conoscenza" quale sistema informativo unitario ASL-Comuni a sostegno della programmazione integrata degli interventi e dei servizi territoriali (capitolo 3). In questa occasione la Regione riconosce esplicitamente la necessità di ricomporre un sistema che nel tempo si è connotato per un'elevata frammentazione – nei dati di conoscenza, nel sistema

⁽⁵⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2013/10/16/nuove-unita-dofferta-si-chiude-la-sperimentazione-e-si-avviano-le-migliorie/>.

dei servizi e anche nella gestione delle risorse – e lo assume come obiettivo su cui dichiara un diretto impegno.

Più in generale il cambiamento è dato anche da un nuovo stile. Non solo parole nuove, molto più concordi nei contenuti con quanto auspicato da tempo e dai più, ma anche modalità di confronto diretto tra le parti che, sebbene non hanno lesinato momenti di acceso dibattito, sono state perlopiù apprezzate dal mondo degli attori del welfare (Gollini, 2015) ⁽⁶⁾.

1.2.3. *Lo snodo cruciale dopo il primo biennio*

Un avvio dunque che ha fatto ben sperare anche se non sono mancate sin da subito importanti difficoltà, certamente prevedibili dato il radicamento del modello di welfare impostato nel decennio precedente. Affrontare il passaggio “dall’offerta alla domanda” ha significato infatti fare i conti con molte resistenze, a partire da quelle degli stessi operatori pubblici a cui torna ad essere assegnato un ruolo dismesso da tempo (es. occuparsi della valutazione della persona) con ripercussioni per l’intero sistema (Gori, Ghetti, 2014) ⁽⁷⁾. Già nel corso del primo biennio la rimodulazione delle unità di offerta ha cominciato ad “annacquare” in una serie di proroghe alle misure e servizi sperimentali (Ghetti, 2014) ⁽⁸⁾; lo stesso Fondo famiglia e altri fondi successivi (es. Sostengo) hanno mantenuto un approccio sperimentale e non trasformativo dell’esistente, in giustapposizione al sistema strutturato dei servizi. La modalità della voucherizzazione e del finanziamento alla domanda, ha continuato a mantenere una posizione centrale nelle modalità di erogazione anche nelle nuove misure previste (Sostengo, Fondo famiglia) e il tema del budget di cura è stato poco tematizzato. A metà legislatura, pur riconoscendo tutti gli elementi di novità elencati in precedenza, proponevamo infatti al legislatore di passare ad una fase più incisiva nell’attuazione degli obiettivi, riconoscendo che i tre anni rimanenti rappresentavano un tempo minimo per tradurre il progetto di cambiamento in azioni concrete e per garantirne un radicamento fattivo in tutto il territorio regionale (Gori, 2014) ⁽⁹⁾.

⁽⁶⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/03/31/vendor-rating-nelle-rsa-a-che-punto-siamo/>.

⁽⁷⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2014/01/17/il-welfare-regionale-prova-a-cambiare-per-che-vi-sono-resistenze-nei-servizi/>.

⁽⁸⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2014/07/13/nuove-unita-dofferta-verso-una-ridefinizione-del-welfare-regionale-ancora-6-mesi-di-transizione/>.

⁽⁹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2014/11/06/giunta-maroni-un-primo-bilancio/>.

Nel 2015, in sostanza, la concezione del welfare auspicato è dunque ampiamente delineata, l'attività normativa dei primi due anni l'ha sostanzialmente confermata e ulteriormente precisata. Ci si trova ora di fronte ad uno snodo cruciale, ovvero come riuscire a dare concreta attuazione agli obiettivi assunti.

1.3. Seconda fase: la stagione delle riforme (2015-2018)

1.3.1. *Riforma istituzionale e riforma della cronicità*

Nel momento cruciale di questo passaggio attuativo il legislatore fa una scelta, annunciando una riforma del sistema sociosanitario, che nell'estate del 2015 diventa legge, la l.r. n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e il Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)". Di fronte allo snodo cruciale di quale strada intraprendere per attuare il cambiamento dichiarato, l'Esecutivo Maroni definisce la sua strategia optando per un'importante riforma istituzionale. La legge regionale n. 23/2015, come noto, ridefinisce l'assetto istituzionale del welfare lombardo delineando il profilo di nuovi organismi deputati a governare e gestire il sistema pubblico dei servizi sanitari e sociosanitari e ne declina relativi compiti e funzioni (Ferrario, 2015) ⁽¹⁰⁾.

Gli obiettivi di fondo rimangono gli stessi del biennio precedente. La parte che dichiara i principi ispiratori della norma, infatti, richiama quanto già ampiamente enunciato nel corso della prima fase. Dietro a claim apparentemente nuovi, come il famoso "dalla cura al prendersi cura", vi è ad esempio il medesimo obiettivo della centralità della presa in carico che ritroviamo enunciato sin dal Programma regionale di sviluppo del 2013. L'operazione messa in capo è di un'epocale – data l'enfasi – riorganizzazione istituzionale del sistema, che punta, in prima battuta, al ridisegno degli organismi istituzionali e degli assetti e organizza il sistema su tre livelli: quello centrale regionale a cui spettano le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo; le sue articolazioni amministrative, ovvero le nuove Agenzie territoriali della salute (ATS) – evoluzione delle precedenti ASL – infine le ulteriori articolazioni operative cioè le Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) che accorpino i servizi ospedalieri e quelli della rete territoriale.

⁽¹⁰⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/10/26/la-riforma-del-sistema-sociosanitario-in-lombardia-la-lr-232015/>.

Sintetizzando, le direttrici principali lungo le quali si muove la riforma sono: la prima il compimento del processo di separazione delle funzioni programmatica e gestionale, rimasto incompiuto dalle riforme precedenti. Le ASL, come noto, sino ad allora assommavano a funzioni programmatiche e di regolazione anche competenze dirette nella gestione ed erogazione di servizi sociosanitari nell'area materno infantile, della domiciliarità, delle dipendenze e della salute mentale. Con la riforma le nuove ATS perdono lo *status* di Aziende (non erogano più) e diventano Agenzie, ovvero braccio territoriale della Regione con compiti di programmazione e governo del sistema. La gestione viene invece assegnata esclusivamente alle ASST, evoluzione delle Aziende ospedaliere, che acquisiscono la rete dei servizi territoriali lasciati dalla trasformazione delle ASL, all'interno delle quali si ricompone quindi la filiera erogativa dell'ospedale e del territorio.

La seconda direttrice è quella dell'accorpamento. Si costituisce un nuovo Assessorato al Welfare che ricomprende l'area della sanità – sino ad allora di competenza dell'Assessorato alla Salute – e quella dei servizi sociosanitari – ricompresa nel precedente Assessorato alla Famiglia. L'operazione non riesce pienamente, poiché – diversamente dall'annuncio di un unico Assessorato – il comparto sociale rimane fuori, di competenza di un secondo nuovo Assessorato denominato Reddito di autonomia ed inclusione sociale. A livello territoriale, poi, l'accorpamento si gioca attribuendo ai nuovi organismi perimetri di riferimento più ampi, modificando radicalmente la geografia del sistema sociosanitario. Questo in particolare vale per le ATS, che passano dalle precedenti 15 ASL alle attuali 8 Agenzie, accorpando Province differenti, con la sola eccezione di Bergamo e Pavia e, parzialmente, Brescia ⁽¹¹⁾ e il conseguente ridisegno dei distretti.

Ma in che relazione stanno queste direttrici di riforma con gli obiettivi cardine della legislatura, ampiamente riproposti anche nella stessa l.r. n. 23? Non è sempre facile identificare tali legami, e ciò deriva proprio dalla scelta di affrontare la concretizzazione degli obiettivi a partire da un cambiamento degli assetti istituzionali. Uno di questi è certamente l'ipotesi che il ricomporre in un'unica organizzazione le diverse parti di un sistema ne favorisca maggiormente – nell'operatività – un funzionamento integrato. Questo vale

⁽¹¹⁾ Le restanti sono Insubria (Varese e Como), Brianza (Lecco e Monza); Val Padana (Cremona e Mantova) Metropolitana (Milano e Lodi); della Montagna (Sondrio e parte della Provincia di Como e di Brescia).

per il livello di governo regionale – con l'idea di un Assessorato che riunisca sanità e sociosanitario, prima divisi – e anche quello organizzativo-gestionale delle Asst che ricompongono la filiera dei servizi. Ebbene, se questo secondo è sembrato da subito più promettente, almeno sul fronte dell'integrazione ospedale-territorio, in favore della continuità assistenziale, in particolare del passaggio dalla degenza alle post acuzie (Gori, Ghetti, 2016) ⁽¹²⁾; sulla prima tutte le evidenze empiriche mostrano come sia un'ipotesi priva di fondamento. Non esiste cioè alcuna correlazione tra una maggior integrazione istituzionale nelle strutture di governo sovra-ordinate ed il rafforzamento dell'integrazione operativa nei territori (Gori, Ghetti, 2015)¹³. E comunque la visione di integrazione tradotta dalla riforma è parziale, poiché lascia assolutamente trascurata – per non dire assente – la parte del sociale. Pur nominata in linea di principio, non si trova in tutta la norma (e negli atti successivi) alcuna evidenza di come questa, nel concreto, possa venire attuata, se non per la parte delle già istituite Cabine di regia. In questa seconda fase l'Assessorato che si occupa di sociale è prioritariamente impegnato nell'introduzione di un nuovo programma, il Reddito di autonomia, ovvero un insieme di misure a sostegno delle persone e famiglie in condizioni di vulnerabilità (si vedano nel dettaglio i capitoli 5, 6 e 7) che procede di fatto parallelamente e autonomamente rispetto all'impianto di riforma istituzionale introdotto dalla l.r. n. 23.

L'accorpamento invece richiama obiettivi di efficientamento del sistema, che la Giunta ha anche precisamente quantificato nell'ipotesi di 300 milioni di risparmi, da reinvestire per migliorare il sistema ovvero nella riduzione delle liste d'attesa, dei super ticket e delle rette nelle RSA.

Quanto all'obiettivo della presa in carico, questo rimane un dichiarato che permea costantemente l'intera legge, richiamato nelle funzioni specifiche della nuova ATS ("garantire il governo della presa in carico") ma nell'attuazione rimandato ad un'altra – ulteriore – riforma, ovvero quella derivante dal Piano sulle cronicità di fine 2015 (d.G.r. n. 4662 e seguenti) (Guerrini, 2015) ⁽¹⁴⁾. La gestione della presa in carico delle persone con cronicità diventa per il legislatore, insieme all'attuazione della riforma istituzionale, un nuovo terreno su cui

⁽¹²⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/02/17/la-riforma-sociosanitaria-e-entrata-in-vigore-cosa-abbiamo-capito-di-piu/>.

⁽¹³⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/12/01/la-riforma-del-welfare-serve-ai-cittadini-lombardi/>.

⁽¹⁴⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/03/15/il-piano-sulla-cronicita-e-il-nuovo-assetto-della-riforma-qual-e-ruolo-per-le-rsa/>.

lavorare per concretizzare il cambiamento. Le note delibere della “domanda” e dell’“offerta” varate nel 2017 vengono assunte come campo di prova della traduzione territoriale della riforma e della visione di welfare annunciata già dall’avvio della legislatura, per rendere appunto il sistema più capace di prendersi cura delle persone, a partire da chi è in condizioni di maggior bisogno sanitario.

Ma ormai siamo alla fine del quinquennio, dal punto di vista del cambiamento consolidato nel modello di welfare complessivo e soprattutto per i cittadini, cioè quello che più interessa per valutare la capacità di un Esecutivo di determinare un impatto reale, questi annunci sono – purtroppo – fuori tempo.

È importante precisare che, in questa fase storica, la Lombardia non è la sola ad affrontare un processo di riforma. I cambiamenti demografici ed epidemiologici, i trend sull’invecchiamento e le conseguenze in termini di incidenza delle patologie croniche, stanno diffondendo ovunque la consapevolezza della necessità di riformare i sistemi sociosanitari e in tante Regioni sono in atto azioni riformatrici sui sistemi di cura che per lo più affrontano la trasformazione a partire dal cambiamento dell’assetto istituzionale. Come evidenziato nel Rapporto OASI 2016, la riduzione del numero di ASL e l’orientamento verso perimetri aziendali più ampi; il rafforzamento del capogruppo regionale e delle sue agenzie di supporto nonché l’integrazione ospedale territorio, sono direttrici abbastanza comuni (es. Emilia Romagna e Toscana) (Longo, Ricci, 2017). Al contempo è da evidenziare però che la portata del cambiamento istituzionale introdotto dalla Lombardia ha un rilievo unico e si intreccia con il fatto che alcuni elementi strutturali del sistema non sono già consolidati, uno per tutti l’integrazione tra sociale e sanitario.

1.3.2. *Il lento percorso di attuazione delle riforme*

I processi di riforma istituzionale hanno notoriamente percorsi di attuazione molto lunghi. I primi 18 mesi di questa seconda fase – il quarto anno e oltre della legislatura dunque – sono stati assorbiti da alcune realizzazioni preliminari: la definizione delle nuove nomine, in particolare delle figure apicali dei nuovi enti (direttori generali, sanitari e sociosanitari); la costituzione dei nuovi organismi attraverso l’impostazione dei nuovi bilanci, l’allineamento dei sistemi informativi, le azioni di *rebranding*...; successivamente la declinazione delle strategie interne e dei relativi piani organizzativi (POAS). Tutto questo ha richiesto tempo, superiore a quanto previsto se si pensa, ad

esempio, che i POAS erano stati chiesti dalla Regione per il febbraio 2016 e sono concretamente stati presentati prima dell'estate 2017 (Ghetti, 2015) ⁽¹⁵⁾. In sostanza, prima che si sia potuto tornare anche solo a parlare della concretizzazione degli obiettivi cardine del nuovo welfare – presa in carico e di integrazione organizzativa, professionale, con potenziali evidenze nella vita dei cittadini – ci sono voluti molti mesi.

Sull'attuazione della riforma della cronicità, arrivata di fatto nell'ultimo anno della legislatura, non ci soffermiamo dato che è storia troppo recente e dunque sostanzialmente inutile al nostro scopo – cioè priva di evidenze sull'impatto reale di quanto enunciato – considerato anche l'avvicinarsi dell'appuntamento elettorale che ha nuovamente distolto l'attenzione. Possiamo però evidenziare alcune fatiche che hanno rilievo nell'analisi del percorso attuativo, poiché – come detto – è da qui che ci si aspettava derivassero alcune indicazioni operative su come perseguire la presa in carico del paziente, l'integrazione tra i diversi servizi ed anche la costruzione di una sorta di budget di cura, con l'annunciato passaggio da una remunerazione per prestazioni ad una per profili. Si riprenderà nei capitoli successivi il dettaglio dell'analisi sulle due delibere citate, della domanda e dell'offerta; in questa ricostruzione preme richiamare solo che l'operazione sulla cronicità è sembrata più che altro guidata da una diversa modalità di gestione dei consumi – e dei relativi costi – che di reale mutamento del modo di essere al fianco del cittadino per affrontare al meglio il proprio bisogno di assistenza (Giunco, 2017) ⁽¹⁶⁾. Nello specifico, dell'integrazione con il sociale e della stessa presa in carico di pazienti cronici che alla malattia assommano elementi di fragilità sociale non c'è traccia. Il tema è ulteriormente rimandato ad atti successivi. Anche il budget unico è rimandato, poiché nella prima fase si prevede una remunerazione ancora legata alle prestazioni erogate. Infine l'avvio concreto della gestione dei primi tre milioni di pazienti cronici, con l'invio delle lettere ai beneficiari per la scelta dei gestori della presa in carico, è stato rimandato per diversi mesi e avvenuto ormai a ridosso dell'appuntamento elettorale. Ad un mese dalle elezioni sono state emanate diverse delibere (Giunco, 2018) ⁽¹⁷⁾ nell'area della non autosufficienza che sembrano mettere in discussione l'im-

⁽¹⁵⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/05/25/i-piani-organizzativi-strategici-di-ats-e-asst-i-punti-salienti-delle-linee-guida-regionali/>.

⁽¹⁶⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/02/14/la-presa-in-carico-di-pazienti-cronici-e-fragili/>.

⁽¹⁷⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2018/02/13/le-tante-delibere-fine-legislatura-sui-servizi-sociosanitari-anziani/>.

pianto dei principi assunti e rimarcati per l'intero quinquennio: ad esempio, nella regolazione dei servizi di cure domiciliari (RSA aperta e ADI) la valutazione pare tornare in capo al gestore.

Ma, al di là di questa vivacità agli sgoccioli della fine della legislatura, la cosa più rilevante è però che i percorsi di attuazione di queste riforme hanno, nei fatti, assorbito le maggiori attenzioni degli ultimi mesi dell'operato dell'Esecutivo, divenendo – dal quarto anno di legislatura – la priorità assoluta, con il conseguente disinvestimento dai processi precedentemente definiti. Dei costi standard, del *vendor rating*, dei punti unici di accesso (SUW), dell'appropriatezza dei servizi non si è più parlato ⁽¹⁸⁾. Molte sperimentazioni sono state semplicemente procrastinate, senza orizzonti di messa a sistema (es. RSA aperta, Fondo famiglia...). Altri dispositivi (es. Cabine di regia, valutazione multidimensionale, VAOR) sono stati dati per assodati, senza monitorarne il reale stato di attuazione e senza considerare l'effetto "stallo" che la riforma avrebbe potuto generare, ed ha effettivamente generato ⁽¹⁹⁾. In tutto questo non va dimenticato che il sistema dei servizi e il mondo degli operatori del welfare si è trovato – ed è tutt'ora – ad affrontare una lunga fase di stress, poiché riforme come queste richiedono e assorbono una notevole quantità di energie.

1.4. Conclusioni

L'*excursus* qui presentato mostra chiaramente come sia stata una legislatura in due tempi quella che ha preso avvio nel 2013 a guida Maroni. I primi due anni e mezzo impegnati a definire la nuova visione di welfare e tracciarne i dispositivi utili alla sua attuazione e la seconda fase segnata dall'avvio di grandi riforme di sistema. Due tempi, per altro, tra loro non tanto sincronizzati. A metà legislatura vengono infatti riaffermati gli stessi principi di fondo ispiratori del nuovo modello di welfare auspicato, ma vengono determinate nuove ed impegnative scelte strategiche attuative, puntando tutto su complesse riforme, con solo un biennio per la loro concretizzazione.

⁽¹⁸⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/12/04/riforma-socio-sanitaria-qual-e-impatto-sui-processi-precedentemente-in-atto/>.

⁽¹⁹⁾ Ad es. le Cabine di regia, già a rischio di essere luoghi di informazione formale e non di confronto, con l'allargamento si sono ulteriormente indebolite; o ancora le équipe di valutazione multidimensionale, spesso tradotte in semplice atto certificatorio, sono rimaste impallate nello stallo dettato dall'attuazione della riforma.

Se gli obiettivi dichiarati e la visione di welfare enunciata sono stati – sin da subito – chiari e coerenti, in netta discontinuità con il modello lombardo affermatosi negli anni precedenti, i risultati concreti a cui nel complesso si è giunti, anche per mezzo delle riforme, sono decisamente più incerti. La ricostruzione dell'evoluzione della legislatura qui presentata vuole offrire una cornice di riferimento generale entro cui collocare il dettaglio di capitoli che seguono. Lasciamo a loro l'analisi di quanto realizzato e degli esiti raggiunti nelle diverse aree di policy e alle conclusioni del libro di evidenziare se e quanto il modello di welfare sia stato, in questa X legislatura, effettivamente riformato e migliorato.

Bibliografia

- CRABELLI G., FACCHINI C. (a cura di) (2011), *Il modello di welfare lombardo*, Franco Angeli, Milano.
- FATTORE G., GUIATTI A., LONGO F. (2017), *Il riordino dei servizi sanitari regionali*, in Rapporto OASI 2016, in www.cergas.unibocconi.it.
- FERRARIO P. (2015), *La riforma del sistema sociosanitario in Lombardia*, in www.lombardiasociale.it, 26 ottobre 2015.
- GHETTI V. (2012), *Due anni di legislatura: come sta il welfare lombardo*, in www.lombardiasociale.it, 23 luglio 2012.
- GHETTI V. (2014), *Nuove unità d'offerta sperimentali: verso una ridefinizione del welfare? Ancora 6 mesi di transizione*, in www.lombardiasociale.it, 13 luglio 2014.
- GHETTI V. (2015), *I Piani organizzativi strategici di ATS e ASST: i punti salienti delle linee guida regionali*, in www.lombardiasociale.it, 25 maggio 2015.
- GIUNCO F. (2017), *La presa in carico dei pazienti cronici e fragili (2017)*, in www.lombardiasociale.it, 14 febbraio 2017.
- GIUNCO F. (2018), *Le tante delibere di fine legislatura sui servizi sociosanitari anziani*, in www.lombardiasociale.it, 13 febbraio 2018.
- GOLLINI E. (2015), *Vendor rating a che punto siamo?*, www.lombardiasociale.it, 31 marzo 2015.
- GORI C. (a cura di) (2010), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini.
- GORI C. (2014), *Giunta Maroni: un primo bilancio*, in www.lombardiasociale.it, 6 novembre 2014.
- GORI C., GHETTI V. (2014), *Il welfare lombardo prova a cambiare: perché vi sono resistenze nei servizi?*, in www.lombardiasociale.it, 17 gennaio 2014.
- GORI C., GHETTI V. (2015), *La riforma del welfare serve ai cittadini lombardi?*, in www.lombardiasociale.it, 1 dicembre 2015.

- GORI C., GHETTI V. (2016), *La riforma sociosanitaria è entrata in vigore. Cosa abbiamo capito di più?*, in www.lombardiasociale.it, 17 febbraio 2016.
- GUERRINI G.B. (2015), *Il piano cronicità e il nuovo assetto della riforma: quale ruolo per le RSA*, in www.lombardiasociale.it, 15 marzo 2015.
- GUIDETTI C. (2013), *Istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili*, in www.lombardiasociale.it, 25 maggio 2013.
- GUIDETTI C. (2014), *Libro bianco sullo sviluppo del sistema socio-sanitario in Lombardia*, in www.lombardiasociale.it, 14 luglio 2014.
- LONGO F., RICCI A. (2017), *Tendenze evolutive del settore sanitario: nuove ipotesi interpretative per una diversa agenda di policy e di management*, in Rapporto OASI 2016, in www.cergas.unibocconi.it.
- MAROTTA R. (2010), *Gli obiettivi della Regione*, in GORI C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini.
- MOTTA O. (2013), *Nuove unità di offerta: si chiude la sperimentazione e si avviano le migliorie*, in www.lombardiasociale.it, 16 ottobre 2013.
- TIDOLI R. (2017), *Le riforme istituzionali servono?*, in www.lombardiasociale.it, 8 marzo 2017.

2. Il finanziamento e la spesa

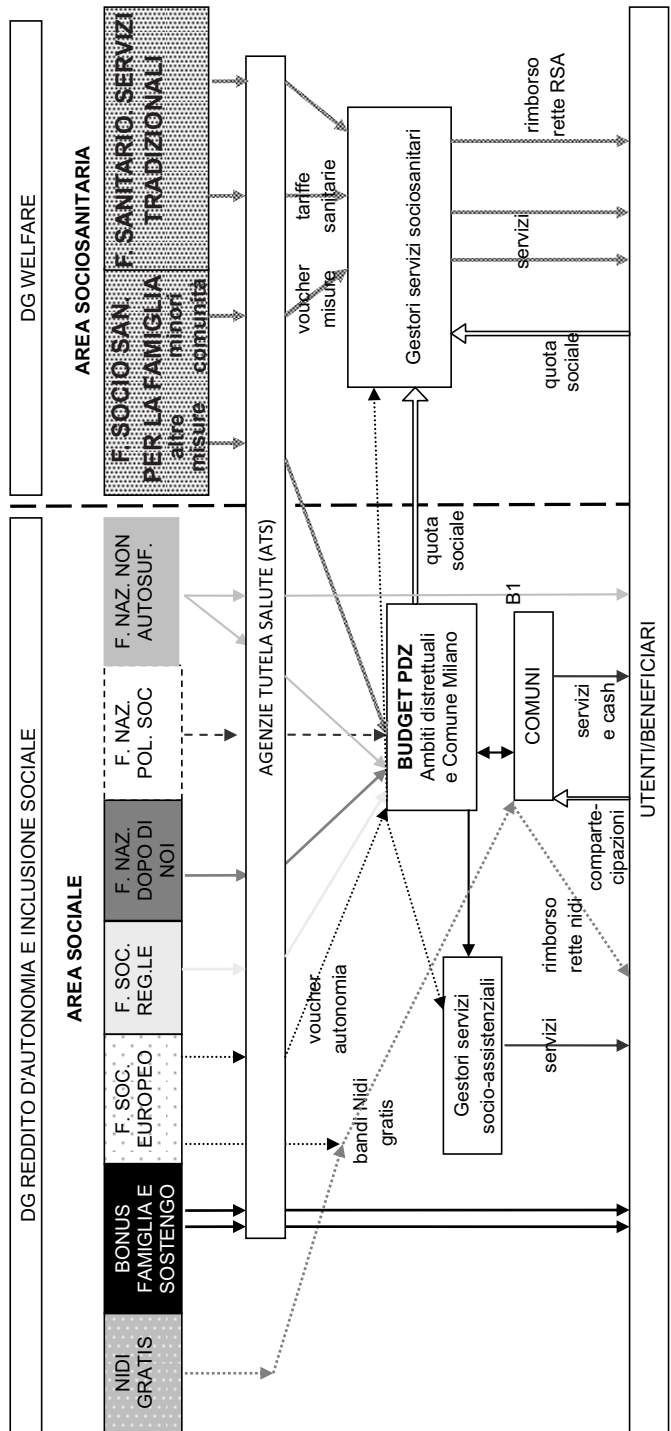
Cristiano Gori e Alice Melzi

Il capitolo analizza le recenti tendenze relative al finanziamento ed alla spesa del welfare⁽¹⁾ lombardo. A tal fine è necessaria una breve premessa per descrivere gli attori istituzionali coinvolti ed i relativi flussi finanziari, delineati nella figura 1. Nel periodo considerato, il sistema di finanziamento delle politiche regionali di Welfare si divide tra il settore sociosanitario (afferente all'Assessorato al Welfare, che è responsabile del complessivo ambito sanitario) e quello sociale (Assessorato al Reddito di autonomia ed all'inclusione sociale). Il primo è alimentato esclusivamente da risorse autonome regionali, cioè dalla quota del Fondo sanitario regionale (FSR) destinata ai servizi socio-sanitari. Il settore sociale, invece, è alimentato sia da fonti regionali (il Fondo sociale regionale indistinto e quelli destinati a specifiche misure) sia da trasferimenti finalizzati dallo Stato alla Regione (al 2017, i Fondi nazionali per il dopo di noi, per le politiche sociali e per la non autosufficienza)⁽²⁾.

⁽¹⁾ Il termine “welfare” è qui utilizzato come sinonimo di “welfare sociale”, cioè l'insieme di servizi ed interventi oggetto del presente volume (cfr. Introduzione).

⁽²⁾ Si fa qui riferimento al 2017, ultimo anno completo della legislatura regionale presa in esame nel volume terminata nel marzo 2018. A partire dal 2018, ai trasferimenti finalizzati dallo Stato alla Regione si aggiunge la quota del Fondo nazionale per la lotta alla povertà del Reddito di inclusione sociale (REI – nuova misura nazionale di contrasto alla povertà) destinata al potenziamento dei servizi territoriali.

Figura 2.1 - Il sistema di finanziamento delle politiche regionali di welfare, Lombardia, 2017



2.1. Le risorse complessive

Il finanziamento complessivo per il welfare è passato da 1.726 milioni di euro (2012) a 1.905 milioni (2017), con un incremento di 179 milioni. Al suo interno, i fondi sociosanitari sono saliti da 1.623 (2012) a 1.712 milioni (2017), mentre quelli sociali da 103 (2012) a 193 milioni (2017) (tab. 2.1). In prima lettura, questi dati possono essere considerati da vari punti di vista:

- *le ricadute complessive sui territori*, cioè l'impatto dell'insieme delle scelte in materia di finanziamento sul welfare locale lombardo. In questa prospettiva, 179 milioni si traducono in una crescita del 10% delle risorse totali trasferite ai territori nel quinquennio;
- *le ricadute sui diversi settori del welfare*, con riferimento alla suddivisione del menzionato incremento tra il comparto sociosanitario e quello sociale. Le risorse destinate al primo sono aumentate di 89 milioni mentre quelle assegnate al secondo di 90: nonostante le cifre siano quasi identiche, se si considera il loro differente peso nel bilancio regionale l'impatto risulta radicalmente diverso poiché nel sociosanitario l'incremento dei fondi è del 5% mentre nel sociale arriva all'87% (sul significato di quest'ultimo valore si tornerà più avanti);
- *l'investimento dell'amministrazione regionale*, per la cui comprensione è necessario scomporre l'incremento totale di risorse tra quelle provenienti dal bilancio regionale e quelle, invece, dovute alla crescita dei trasferimenti statali. Dei 179 milioni in questione, la parte più ampia – 114 – è dovuta allo Stato mentre i rimanenti 65 alla Regione ⁽³⁾. Mettendo a confronto i fondi propri della Regione per il welfare nel 2012 e nel 2017, l'incremento di spesa è pari solo al 4%;
- *le tendenze di medio-lungo periodo*, desumibili dai dati disponibili sull'evoluzione del fondo sociosanitario lombardo nel tempo. Tra il 2005 e il 2012 quest'ultimo era aumentato ad un ritmo del 5,2% annuo; nel quinquennio 2012-2017 tale spinta si è notevolmente rallentata, con un incremento medio dell'1,1% all'anno. Il contesto attuale, evidentemente, è profondamente diverso da quello dello scorso decennio, quando si è assistito ad una crescita dei finanziamenti per il welfare senza precedenti (Gori, Ghetti, Rusmini, Tidoli, 2014).

⁽³⁾ I fondi statali, esclusivamente sociali, sono passati da 1 (2012) a 115 milioni (2017). I fondi regionali ammontavano nel 2012 a 1.724 milioni (1.623 per il comparto sociosanitario e 101 per quello sociale) e nel 2017 a 1.789 milioni (1.712 sociosanitario e 77 sociale).

Tabella 2.1 - Il finanziamento regionale del welfare lombardo⁽⁴⁾, milioni di euro

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
FONDI SOCIO SANITARI	1.623	1.652	1.712	1.697	1.712	1.712
FONDI SOCIALI	103	190	172	180	207	193
di cui fondi statali	1	84	88	100	115	115
di cui fondi regionali	101	106	83	79	91	77
TOTALE WELFARE	1.726	1.842	1.884	1.877	1.919	1.905

2.1.1. *Il finanziamento del welfare, tra debolezza delle priorità politiche e forza dei vincoli esterni*

Non possono esservi dubbi sull'insufficienza dell'attuale finanziamento regionale del welfare e sull'assenza – nel periodo esaminato – di passi in avanti dell'ampiezza necessaria: il principale riferimento in proposito sono i dati sul continuo incremento della popolazione anziana non autosufficiente, la più estesa categoria di utenza, sintetizzati nel capitolo

⁽⁴⁾ Per quantificare il finanziamento della gestione sociosanitaria sono stati utilizzati i decreti del Segretario regionale accompagnatori dei bilanci preventivi regionali (stanziamenti iniziali sui capitoli "Fondo sociosanitario per non autosufficienti", "materno infantile-dipendenze" e Fondo sociosanitario per la famiglia, oltre ai 20 milioni del Fondo famiglia finanziati in sede di assestamento 2013). Per quantificare i fondi sociali regionali invece, sono stati considerati gli impegni correnti della missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali, famiglia" al netto delle partite che per loro natura non sono prettamente riconducibili agli interventi dei PDZ. Ad esempio sono stati esclusi il programma 06 "Interventi per il diritto alla casa" e gli interventi classificati in questa missione che poco hanno a che vedere con gli interventi sociali veri e propri, quali i contributi ai Comuni di confine per le opere per agevolare l'attività lavorativa dei frontalieri. Inoltre sono stati esclusi gli impegni a carico dei fondi nazionali (FNPS, FNNA, del fondo per lo sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio-educativi per la prima infanzia e del fondo nazionale per le politiche per la famiglia). Gli impegni 2013-2015 sono stati tratti dal documento tecnico di accompagnamento al bilancio di esercizio; per il 2016 i valori totali per missioni e programmi sono stati tratti dal Rendiconto generale della gestione 2016, mentre i valori specifici per il capitolo frontalieri dall'assestamento 2016; inoltre, i valori dei fondi nazionali sono stati desunti dalle specifiche delibere di assegnazione 2016. Si è fatto riferimento a queste fonti a causa della mancata pubblicazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio di esercizio 2016. Con la stessa logica di individuazione del perimetro degli interventi sociali veri e propri a carico delle risorse regionali sono stati ricostruiti, in base alla denominazione dei capitoli del rendiconto, gli impegni 2012 (in quell'anno ancora non era in vigore la classificazione in missioni/programmi). Per l'anno 2017 sono stati considerati gli stanziamenti dell'assestamento (esclusi fondi comunitari).

4. Quanto avvenuto nella legislatura, in sintesi, pare l'esito dell'incontro tra la debole priorità politica assegnata dalla Giunta regionale al welfare e la forza dei vincoli finanziari posti dalla legislazione nazionale. Vediamo meglio.

Partendo dalle restrizioni bisogna ricordare, innanzitutto, che si è trattato di un periodo di particolare rigore per la finanza regionale, chiamata dallo Stato a garantire gli obiettivi del patto di stabilità, il pareggio di bilancio e a corrispondere un contributo a titolo di risanamento della finanza pubblica (la spesa corrente regionale complessiva è passata dai 21,8 miliardi del 2013 ai 21,7 del 2016). Inoltre, il Fondo sanitario nazionale, dal quale si traggono le risorse per il settore sociosanitario, è stato oggetto di robuste politiche di contenimento della spesa⁽⁵⁾. Nondimeno, lo Stato ha indirizzato le scarse risorse addizionali stanziare in sanità ad obiettivi diversi dai servizi sociosanitari, quali incrementi del fondo nazionale per vaccini, nuovi farmaci, assistenza protesica, nuove prestazioni introdotte dai nuovi LEA (come la procreazione medicalmente assistita), rinnovi contrattuali (Amoroso, Armeni e Costa, 2016; Caruso, 2017).

Tutto ciò, d'altra parte, non ha completamente privato le Regioni di margini di manovra per allocare maggiori risorse sui bisogni incalzanti come quello della non autosufficienza: il problema è che la Giunta lombarda non ne ha fatto una propria priorità. Indicativa, in proposito, risulta la sostanziale stabilità del rapporto tra le risorse per l'assistenza sociosanitaria e il totale del Fondo sanitario regionale (FSR), passato dal 9,47% del 2012 al 9,53% al termine della legislatura⁽⁶⁾. L'impulso iniziale legato alla costituzione del Fondo sociosanitario per la famiglia si è presto esaurito⁽⁷⁾ (fig. 2.1), impedendo un'appropriate manutenzione del sistema dei servizi tradizionali. Significativo, in proposito, è il mancato adeguamento delle tariffe del SSN per i principali

⁽⁵⁾ Le dinamiche del finanziamento della sanità hanno conosciuto un netto rallentamento rispetto all'evoluzione osservata verso la fine dello scorso decennio: tra il 2008 e il 2012 il fondo sanitario nazionale (finanziamento ordinario del SSN) è stato aumentato del 6,4%, variazione che nel quadriennio successivo (2012-2016) si riduce al 2,8% (ns. elaborazione su dati MEF- Monitoraggio della spesa sanitaria 2017).

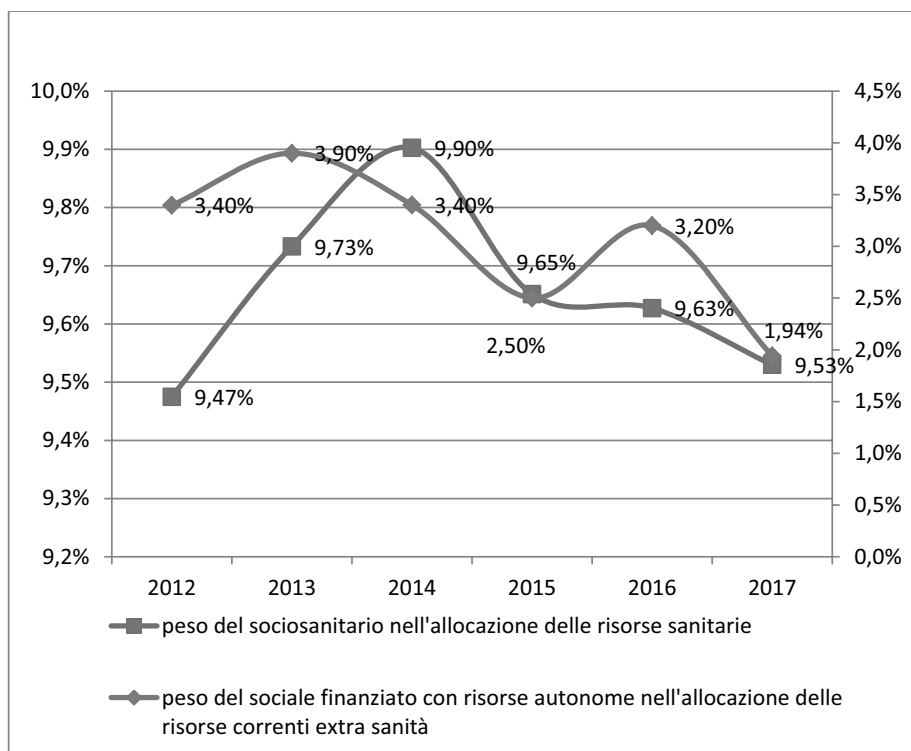
⁽⁶⁾ Per quantificare le disponibilità di Fondo Sanitario Nazionale è stata effettuata una ricognizione a partire dai provvedimenti nazionali di riparto del periodo 2012-2017, facendo riferimento alla quota indistinta ante mobilità assegnata alla Lombardia al netto della eventuale quota finalizzata agli obiettivi di piano.

⁽⁷⁾ Nel 2014 era arrivato ad essere finanziato per 80 milioni, ridotti a 53,2 nel 2017.

servizi per anziani e persone con disabilità, cui si è sopperito con aumenti delle compartecipazioni a carico di utenti/Comuni (cfr. oltre).

Assumendo una prospettiva temporale più ampia, il mancato incremento del peso del sociosanitario rispetto alla sanità acuta non sorprende poiché anche in precedenza, in momenti di particolare crescita del FSR, il riequilibrio tra i due comparti non sembra essere stato una priorità della Giunta: tra il 2005 e il 2012, ad esempio, la quota del FSR destinata al sociosanitario era effettivamente aumentata, ma in misura assai ridotta, dall'8,7% al 9,547% (Pelliccia, 2010). In quel periodo, infatti, la spesa sociosanitaria era sensibilmente cresciuta non tanto per effetto di una riallocazione di risorse tra i due comparti, quanto invece come conseguenza della pronunciata dinamica di incremento del complessivo Fondo sanitario regionale e del conseguente aumento proporzionale delle risorse per il sociosanitario. Con al potere la stessa maggioranza del passato, era effettivamente difficile immaginare che se la modifica degli equilibri tra ospedale e territorio non era stata un obiettivo quando le risorse complessive della sanità aumentavano in misura significativa, lo diventasse in una legislatura, come quella appena conclusa, in cui il FSR ha conosciuto incrementi minimi.

Figura 2.2 - Indicatori di centralità del welfare nell'allocazione delle risorse



Il settore sociale, che pure assorbe una quota minoritaria dei finanziamenti per il welfare, non è stato oggetto di una debole priorità bensì di un vero e proprio disinvestimento delle risorse regionali, sia in termini assoluti che per quanto riguarda il suo peso in rapporto al totale del bilancio gestito dalla Regione: se nel 2012 veniva dedicato al sociale vero e proprio il 3,4% del bilancio extrasanità, il peso di questo settore si è ridotto a meno del 2% nel 2017 (fig. 2.2) ⁽⁸⁾. In proposito occorre ricordare, innanzi tutto, che la Regione ha potuto fare affidamento sull'incremento dei Fondi nazionali per il socia-

⁽⁸⁾ Per ricostruire il totale delle risorse correnti extra sanità si è fatto riferimento al totale degli impegni correnti al netto della missione 13 (tutela della salute) tratti dai rendiconti. Per il 2017 si è fatto riferimento al valore della spesa del bilancio di assestamento. Per il 2012 è stata considerata la spesa sanitaria corrente riportata nella relazione al rendiconto (in quell'anno non era ancora prevista una classificazione per missioni).

le: alla fine della precedente legislatura, il sostegno statale era stato quasi totalmente azzerato, tendenza invertitasi a partire dal 2013, dapprima con il ripristino dei fondi e successivamente con la loro espansione.

A fronte dell'aumento dei finanziamenti nazionali, l'amministrazione ha ridotto i fondi propri destinati al settore, una scelta peculiare anche in considerazione del fatto che, già prima, la Lombardia si era tradizionalmente contraddistinta per uno scarso sostegno delle politiche sociali con fondi propri (Gori, 2015) ⁽⁹⁾.

La Regione non solo ha definanziato il Fondo sociale regionale tradizionale (dai 70 milioni del 2013 ai 54 del 2017), ma non ha nemmeno dato continuità all'investimento di risorse proprie nei nuovi programmi avviati nel corso della legislatura (ad esempio il Reddito di autonomia). In questo quadro, non stupisce il recente ricorso ai fondi comunitari come strumento per il finanziamento del settore sociale. In effetti, le previsioni per il 2017 lasciano ipotizzare che la Regione confidi ampiamente sulla possibilità di utilizzo del POR-FSE per interventi di politiche sociali (Pelliccia, 2017a) ⁽¹⁰⁾. È difficile al momento stimarne l'effettiva entità e definire quanto sarà realmente dedicato a interventi sociali veri e propri, ma merita di essere segnalato il cambiamento nella modalità di finanziamento di alcuni interventi avvenuto nel 2017 ⁽¹¹⁾. Si delineano, dunque, i primi segnali di una strategia di sostituzione delle risorse regionali per il sociale con i fondi comunitari, la cui effettiva rilevanza potrà essere valutata solo più avanti nel tempo.

Le informazioni disponibili non consentono di confrontare i percorsi delle diverse Regioni in materia di finanziamento e spesa del welfare nel periodo considerato, specialmente per il comparto sociale ⁽¹²⁾. In ogni modo,

⁽⁹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/02/04/il-finanziamento-regionale-delle-politiche-sociali-note-su-un-tema-controverso/>.

⁽¹⁰⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/02/15/le-fonti-di-finanziamento-del-welfare-locale-aggiornamenti-per-il-2017/>.

⁽¹¹⁾ Ad esempio "Nidi gratis", istituito con un finanziamento a carico delle risorse autonome, è stato poi finanziato con risorse comunitarie.

⁽¹²⁾ I confronti sulla spesa sociale delle Regioni non sono particolarmente agevoli. Nonostante il processo di armonizzazione dei bilanci regionali e la recente messa a disposizione di banche dati sui bilanci degli enti territoriali, secondo la comune classificazione della spesa introdotta dal d.lgs. n. 118/2011, non vi è ancora certezza sull'omogeneità di tali dati (si veda a tal proposito SOSE, 2017). Pertanto si preferisce, in via cautelativa, non utilizzare tali risultati.

un'analisi dei dati del Ministero della Salute, riferiti al 2015, permette di comparare la spesa sociosanitaria annua per la non autosufficienza pro-capite per anziano tra le nove Regioni del centro-nord a statuto ordinario. Il valore lombardo risulta pari a 562€ per anziano, superiore al dato medio delle Regioni considerate (497€), ma tuttavia superato da Veneto (718€) ed Emilia Romagna (616€) (Ghetti, 2017). In generale, l'impressione è che, negli ultimi anni, tutte le Regioni italiane – seppure in misura e con caratteristiche differenti – siano state toccate da forti difficoltà nel garantire risorse adeguate per il welfare (NNA, 2017).

2.2. L'allocazione delle risorse nel bilancio regionale

Verso quali bisogni sono stati concentrati i finanziamenti nel periodo esaminato? Quali interventi hanno sperimentato un incremento di risorse e quali una diminuzione? La riduzione delle informazioni rese disponibili dall'amministrazione regionale – fenomeno la cui gravità è già stata sottolineata nell'introduzione – fa sì che rispondere a tali interrogativi sia oggi assai più complicato rispetto ad alcuni anni fa (Pelliccia, 2010). In assenza di una fonte istituzionale che mostri i dati sull'allocazione delle risorse tra le diverse voci del welfare nel bilancio regionale, la tabella 2.2 presenta una nostra ricostruzione riguardante gli interventi del comparto sociosanitario. Mentre per quest'ultimo, seppure con fatica, una simile ricostruzione è possibile, la mancata pubblicizzazione dei relativi dati la rende irrealizzabile per il settore sociale.

Tabella 2.2 - Il finanziamento delle unità d'offerta sociosanitarie, 2012-2017/2018 (milioni di €) ⁽¹³⁾

	2012	2017-18	Δ 2017/2018 vs 2012
Ass. domiciliare integrata (ADI) e RSA aperta	98,9	154,9	56,6%
Centri diurni (CDI/CDD/CSS)	111,9	117,9	5,4%
Residenze sanitario assistenziali (RSA) e Residenzialità leggera	854,6	879,7	2,9%
Residenze sanitarie disabili (RSD) e Residenzialità Minori gravi	133,8	147,4	10,2%
Riabilitazione e cure intermedie	242,7	258,6	6,6%
Servizi per le dipendenze	53,3	62,2	16,7%
Hospice e cure palliative domiciliari	20,2	39,7	96,5%
Consultori privati	20,2	21,5	6,4%%

⁽¹³⁾ La tabella considera l'insieme dei finanziamenti per il settore sociosanitario, con l'eccezione degli interventi per minori in comunità vittime di abuso/maltrattamento, che, per la loro natura, non sono riconducibili ad altri interventi sullo stesso target nell'ambito della rete sociosanitaria tradizionale e, dunque, incasellabili in questo confronto. Comprende sia i servizi tradizionali sia quelli innovativi, attivati nel corso della legislatura, che sono: la RSA aperta (spesa 2017-18: 30,5 milioni annui), la residenzialità leggera (nello stesso periodo 7,3 milioni annui) e la residenzialità per minori gravemente disabili (1,5 milioni).

Venendo alle fonti, valori del 2017-2018 sono stati ricostruiti a partire da Regione Lombardia "Nuove strategie regionali di governo della cronicità e fragilità"- Forum PA Lombardia 28-29 gennaio 2016 (dati al 2015). Per aggiornare il quadro a fine legislatura sono stati inoltre considerati gli incrementi disposti dai provvedimenti del 2016-2017 (fino alla d.G.r. n. 7600/2017): in particolare, per gli hospice/cure palliative gli aumenti della d.G.r. n. 5918/2016 (aumento tariffe hospice del 15%) e l'aumento per UCP-DOM (+6,7 milioni d.G.r. n. 7600/2017); per le comunità per le dipendenze gli aumenti tariffari della d.G.r. n. 6666/2017 (stimati in 5 milioni <http://www.vita.it/it/article/2017/05/24/lombardia-5-milioni-per-le-tariffe-delle-comunita-terapeutiche/143494/>); per le RSD è stato considerato l'aumento di 2 milioni della d.G.r. n. 7600/2017 (per i soli utenti ultrasessantacinquenni); per i consultori gli aumenti della d.G.r. n. 5918/2016 (per messa a contratto di nuovi consultori e nuovo nomenclatore); si precisa che la d.G.r. n. 7600/2017 annuncia aumenti anche per l'ADI, tuttavia senza quantificazione. Le misure del Fondo famiglia sono state ricostruite in base ai bilanci preventivi delle ATS del 2017. I valori del 2012 sono tratti dai decreti di riparto alle ASL, ottenuti da *LombardiaSociale.it* mediante richiesta di accesso agli atti.

2.2.1. Il rafforzamento della domiciliarità

All'inizio del decennio, il sistema sociosanitario lombardo risultava sbilanciato – in termini di spesa così come di utenza – verso le risposte residenziali rispetto a quelle domiciliari, aspetto confermato, tra l'altro, dai confronti con le altre Regioni del centro-nord. Le comparazioni, infatti, mostravano come la percentuale di anziani in strutture fosse nettamente superiore alla media di tale area, mentre quella di anziani utenti ADI risultasse inferiore (Barbabella *et al.*, 2013 e 2017).

Per superare tale sbilanciamento nell'ultimo biennio della IX legislatura (2011-2012) è stato messo in atto un primo sforzo teso a sviluppare l'ADI. La tabella 2.2 mostra con chiarezza come nella X legislatura sia stata ulteriormente percorsa questa strada, e con particolare decisione. I dati, infatti, indicano che il periodo qui esaminato è stato orientato prevalentemente al sostegno della domiciliarità (con un +56,6% riferito sia al potenziamento dell'ADI tradizionale che all'introduzione della nuova misura "RSA aperta") mentre la residenzialità, specialmente quella per gli anziani, motore dello sviluppo del decennio precedente, non ha trovato pari impulso (anche l'istituzione della Residenzialità leggera ha comportato investimenti limitati). I dati disponibili per il confronto con la spesa delle altre Regioni si fermano al 2015 e non permettono, dunque, di valutare il percorso compiuto nel suo insieme. I raffronti indicano, invece, che la Lombardia continua a presentare un investimento limitato sulla domiciliarità e un importante sbilanciamento sulla residenzialità (nelle Regioni a statuto ordinario del centro-nord, nel 2015, si sono spesi mediamente 165€ per anziano per il regime diurno/domiciliare e 332€ per la residenzialità, mentre in Lombardia i rispettivi valori sono 104€ e 457€) (Ghetti, 2017)⁽¹⁴⁾. Come detto, però, solo dati più aggiornati potranno permettere di capire l'evoluzione del posizionamento lombardo rispetto alle Regioni comparabili nel corso del tempo. Il regime diurno, invece, ha conosciuto incrementi relativamente contenuti rispetto al resto della rete (+ 5,4% di spesa).

2.2.2. Un'attenzione alle situazioni di forte compromissione sanitaria

All'inizio della legislatura sono stati potenziati gli investimenti soprattutto per l'area degli anziani non autosufficienti (in termini assoluti si tratta

⁽¹⁴⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/12/06/lombardia-confronto-sulle-risorse-sociosanitarie-lea-anziani/>.

della categoria di bisogno che ha sperimentato il maggior incremento di risorse, tab. 2.2). L'avvio della misura RSA aperta ha costituito un importante riconoscimento della necessità di sostegno dei bisogni non solo sanitari, ma anche tutelari degli anziani; per far fronte al rapido aumento di questo tipo di esigenze, altre Regioni avevano introdotto apposite forme di sostegno, come gli assegni di cura; la Lombardia ha scelto di sopperire a questa storica carenza non tanto con misure finanziate dai fondi sociali regionali e nazionali⁽¹⁵⁾ – quelli maggiormente deputati a rispondere a tale scopo – ma dedicando una parte degli incrementi del FSR. Come anticipato, peraltro, nel complesso l'impegno economico del SSR per gli anziani non autosufficienti, benché confrontato con le altre Regioni risulti medio-alto, è ancora distante dai valori massimi (Veneto 718€ e Emilia Romagna 616€) (Ghetti, 2017)⁽¹⁶⁾.

Se dunque le attenzioni iniziali della programmazione regionale si sono concentrate sul rafforzamento del sostegno tutelare, nel corso della legislatura le priorità sembrano essersi invertite, con una serie di provvedimenti che hanno incrementato gli investimenti sulle situazioni di forte compromissione sanitaria. Ad esempio, per effetto della riforma delle cure palliative di fine 2016, risulta che a fine mandato le risorse dedicate ai malati terminali sono quasi raddoppiate rispetto al 2012 (+96,5%).

Altre scelte che hanno portato a privilegiare le situazioni di gravità clinica rispetto ai bisogni tutelari sono:

- l'istituzione dei voucher a rimborso delle rette delle RSA, dedicati solo alle classi Sosia 1 e 2 (le casistiche delle demenze nelle fasi intermedie, quelle in cui si concentrano le esigenze tutelari, non sono state considerate meritevoli di finanziamento);
- l'allocazione di una quota decisamente importante dei fondi sociali a favore delle gravissime disabilità/situazioni di dipendenza vitale (il 65% delle risorse del Fondo nazionale non autosufficienza è stato dedicato alla misura B1) a discapito delle altre casistiche di non autosufficienza con minore compromissione clinica, a cui sono state dedicati finanziamenti modesti rispetto alla platea di potenziale bisogno.

⁽¹⁵⁾ La misura B2 si rivolge anche a tale target, anche se di fatto con risorse molto limitate, peraltro, da condividere con altre tipologie di bisogno.

⁽¹⁶⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/12/06/lombardia-confronto-sulle-risorse-sociosanitarie-lea-anziani/>.

A completamento dei confronti sull'allocazione delle risorse sociosanitarie tra le varie categorie di utenza, si segnala infine che anche la rete per l'assistenza ai tossicodipendenti ha sostanzialmente migliorato le proprie risorse (+16,7%): altri target, come quello della disabilità, nello stesso periodo hanno sperimentato progressi più limitati.

2.2.3. *La priorità assegnata alla copertura rispetto all'intensità*

Infine, può essere utile anticipare alcuni aspetti dei capitoli successivi (cfr. cap. 4 e cap. 5) per mettere in evidenza una tensione allocativa di particolare rilievo dovuta ai limiti degli stanziamenti complessivi. Nella legislatura esaminata è stato deciso di ampliare la copertura – cioè l'estensione della rete e, conseguentemente, dell'utenza raggiunta dagli interventi – del settore sociosanitario, tanto nei servizi tradizionali quanto in quelli innovativi. Si pensi, con riferimento ai servizi tradizionali, all'incremento degli utenti dell'ADI, agli ulteriori posti in RSD e RSA, ai nuovi posti per l'assistenza post-acuta ed alle nuove comunità per l'assistenza ai dipendenti cronici.

Dato, appunto, il volume complessivo degli stanziamenti, per perseguire tale obiettivo si sono dovute compiere delle rinunce in termini di intensità delle risposte sul singolo caso. Infatti, l'avere dedicato le (poche) risorse aggiuntive rese disponibili nel quinquennio ad ampliare la copertura, ha reso impossibile effettuare un'adeguata manutenzione del finanziamento degli interventi esistenti, lasciando le tariffe ferme a quasi un decennio fa. Non a caso le principali linee di attività sono state escluse da qualsiasi revisione tariffaria (si pensi al mondo della RSA e delle RSD⁽¹⁷⁾ e dei servizi diurni, con importi immutati dal 2008-2010) e solo alcune unità d'offerta hanno goduto di un maggior sostegno pubblico grazie ad una revisione tariffaria, nello specifico le comunità per le dipendenze, gli hospice/cure palliative domiciliari e i consultori. A titolo di confronto, si ricordi che nelle precedenti legislature si procedeva ad adeguamenti omogenei su tutta la rete. Per la gran parte delle unità di offerta del welfare sociosanitario, dunque, la crescita dei costi dei servizi è inevitabilmente sfociata in aumenti delle rette a carico di Comuni e/o famiglie.

⁽¹⁷⁾ Fatta eccezione per la casistica dei disabili anziani, oggetto di rimodulazione delle tariffe con la d.G.r. n. 7600/2017.

2.3. La distribuzione delle risorse tra i territori

2.3.1. *Continuità nel sociosanitario*

Si considerano ora i criteri di riparto utilizzati dall'amministrazione regionale nel distribuire i propri finanziamenti tra i vari territori della Lombardia; in proposito è necessario esaminare separatamente il settore sociale e quello sociosanitario, organizzati in modo differente. Per il fondo sociosanitario, all'inizio della legislatura mancava una formula generale di riparto, cioè un criterio oggettivo di assegnazione delle risorse alle diverse ASL sulla base di indicatori del fabbisogno⁽¹⁸⁾. Le precedenti Giunte, infatti, non allocavano i finanziamenti seguendo logiche determinate dai bisogni, basate quindi sui relativi indicatori, ma attraverso processi di negoziazione di tipo incrementale tra l'amministrazione regionale e diversi soggetti, come le singole ASL, gli esponenti politici locali, i gestori di servizi ed altri, si partiva dai fondi trasferiti negli esercizi precedenti e se ne modificava (o meno) l'ammontare secondo fattori di altra natura (forza politica dei diversi contesti, capacità di pressione di gestori interessati al potenziamento o all'avvio di nuovi servizi e altro). Una modalità di finanziamento, dunque, fondata non sulle esigenze della popolazione bensì su dinamiche riguardanti il versante dell'offerta. Tale prassi non è stata modificata nel periodo considerato⁽¹⁹⁾.

L'assenza di una logica guidata dai bisogni nell'allocazione dei fondi tra le ASL si riflette nell'assai disomogenea presenza di servizi sociosanitari sul territorio regionale, priva di qualsiasi razionalità legata alle caratteristiche della popolazione. Già all'inizio della legislatura, i dati disponibili indicavano come la distribuzione dei servizi sociosanitari tra le ASL lombarde risultasse tra le più eterogenee del Paese e la più eterogenea del centro-nord, senza che tale peculiarità fosse in alcun modo spiegabile con il profilo dei bisogni nel territorio regionale (Barbabella *et al.*, 2013; Carrino, 2015). Seppu-

⁽¹⁸⁾ Ad esempio indicatori epidemiologici sulla diffusione della non autosufficienza a livello infraregionale, indicatori di deprivazione e indicatori delle condizioni socioeconomiche. In assenza di informazioni così specifiche, possono essere comunque utilizzati indicatori più generici, come la popolazione della fascia di età a cui si rivolgono i servizi.

⁽¹⁹⁾ Nella fase di avvio delle misure finanziate dal Fondo famiglia le risorse stanziare sono state distribuite secondo criteri indicativi del fabbisogno (ad esempio il numero degli anziani di ogni territorio) ma i documenti pubblici disponibili non permettono di comprendere se questo orientamento sia stato mantenuto successivamente; tale Fondo, in ogni modo, assorbe solo il 3% di quello sociosanitario.

re non siano disponibili più recenti raffronti con le altre Regioni, gli sguardi sulla sola realtà lombarda mostrano come l'assenza di adeguate strategie di ripartizione delle risorse continui – al termine di questa legislatura – a produrre effetti. Lo si nota, tra l'altro, effettuando una comparazione dei consumi di servizi sociosanitari rispetto alla popolazione target di alcune categorie di utenti sulla base della spesa per acquisto di prestazioni sociosanitarie da erogatori esterni di ogni ATS⁽²⁰⁾, distinguendo per setting assistenziale. Tra i servizi per favorire il mantenimento degli anziani a domicilio sono stati considerati l'ADI⁽²¹⁾, la RSA aperta e i CDI, tra quelli residenziali la RSA e la residenzialità leggera. Nel caso delle persone con disabilità è stato ricostruito il finanziamento per il sostegno alla domiciliarità tenendo conto dell'ADI e dei CDD, mentre per la residenzialità sono state considerate le RSD e le CSS. Per entrambi i gruppi di utenza si osservano ancora pronunciati squilibri territoriali non giustificati da evidenze sui livelli di bisogno. La presenza di così macroscopiche distorsioni nella distribuzione del fondo sociosanitario – che assorbe gran parte della spesa per il welfare – tra le diverse ASL/ATS costituisce un tema tanto cruciale per la vita dei cittadini lombardi quanto sottovalutato dagli osservatori.

⁽²⁰⁾ Sono state considerate le spese per l'acquisto di prestazioni da erogatori esterni per i residenti delle varie ATS (budget+extrabudget), mentre non è stato possibile rilevare quanto eventualmente autoprodotta dalle aziende sanitarie regionali. In un sistema come quello sociosanitario, in cui prevalgono gli erogatori privati, ciò non dovrebbe avere comportato significative distorsioni nella lettura dei dati. Potrebbe non essere così per l'ADI, dal momento che in alcuni territori le cure domiciliari sono prodotte dalle ATS: i relativi dati devono, quindi, essere interpretati con cautela.

⁽²¹⁾ Si precisa che i valori per ATS dell'ADI sono stati attribuiti al target anziani in proporzione alla percentuale di casi di ultra 65enni sul totale dei dati trattati nella Regione (85,4%, Fonte: Annuario statistico SSN). La stessa fonte non esplicita l'incidenza dei disabili. In via convenzionale è stata stimata pari al 10%: oltre ad anziani e disabili, infatti, occorre tener conto anche della presenza dei malati terminali (8,6% che tuttavia potrebbero in parte coincidere con l'utenza anziana).

Tabella 2.3 - Confronti tra la spesa delle ATS per l'acquisto di prestazioni sociosanitarie per anziani e per disabili, 2017, euro annuali ⁽²²⁾

	€ annui per persona della categoria indicata							scostamento da media regionale					
	anziani (pop target >65 anni)				disabili (pop target 18-64)			anziani pop target >65 anni)			disabili pop target 18-64)		
ATS	domici- lio	di cui RSA aperta	residen- zialità	tot	domi- cilio	residen- zialità	tot	domici- lio	residen- zialità	tot	d o m i - cilio	residen- zialità	tot
C.M. Milano	63,54	12,66	446,00	509,53	13,22	33,74	46,96	-5,4%	-3,5%	-3,7%	4,3%	-8,0%	-4,8%
Insubria	52,44	14,26	425,62	478,06	11,84	32,81	44,65	-21,9%	-7,9%	-9,7%	-6,5%	-10,5%	-9,5%
Montagna	96,46	7,88	649,47	745,93	20,40	48,57	68,97	43,7%	40,5%	40,9%	61,1%	32,5%	39,8%
Brianza	51,61	13,41	362,93	414,54	10,73	36,51	47,23	-23,1%	-21,5%	-21,7%	-15,3%	-0,4%	-4,3%
Bergamo	91,81	8,48	444,86	536,67	11,25	35,80	47,05	36,8%	-3,8%	1,4%	-11,2%	-2,4%	-4,6%
Brescia	55,50	9,52	457,37	512,87	11,78	40,27	52,06	-17,3%	-1,1%	-3,1%	-7,0%	9,8%	5,5%
Val Padana	91,14	7,57	640,18	731,31	13,85	43,17	57,03	35,8%	38,5%	38,2%	9,4%	17,7%	15,6%
Pavia	84,57	7,34	531,58	616,15	13,99	43,71	57,20	26,0%	15,0%	16,4%	10,5%	17,8%	15,9%
REGIONE	67,13	10,88	462,23	529,36	12,66	36,67	49,33	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fonte: bilanci preventivi ATS 2017.

2.3.2. Sostanziale continuità anche nel sociale

Nel settore sociale, invece, all'inizio della legislatura erano già in vigore criteri di riparto espliciti e legati ad indicatori di fabbisogno, differenziati per gli specifici fondi. Nonostante il quadro risulti migliore rispetto a quello discrezionale che caratterizza il settore sociosanitario, gli indicatori sono piuttosto grezzi, capaci di cogliere solo parzialmente le differenze nei bisogni tra i territori e che, dunque, necessiterebbero di essere migliorati. Tuttavia, anche questo comparto non ha visto interventi di rilievo nella legislatura. In particolare il riparto del FNPS continua ad avvenire integralmente per quota *pro capite*, con una leggera correzione a favore dei Comuni montani, mentre il Fondo sociale regionale è ripartito per il 50% su base storica e per il 50% su base capitaria, proseguendo nella scelta di un'allocazione solo parzialmente guidata da stime del fabbisogno; seppure sin dal 2008 la Regione abbia manifestato l'intenzione di avviare un percorso di convergenza verso la quota capitaria, al termine della legislatura i criteri sono rimasti sostanzialmente invariati ⁽²³⁾.

⁽²²⁾ Si veda www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/istituzione/programma-e-finanze/bilanci/bilanci+sistema+socio+sanitario.

⁽²³⁾ La d.G.r. n. 6974/2017 prevede alcune modifiche al riparto non tradotte in pratica entro la legislatura.

Alcune novità hanno riguardato il Fondo nazionale per la non autosufficienza: con l'avvio degli assegni per le gravissime disabilità (B1), ai quali ne è destinata la quota prevalente, il riparto delle risorse viene determinato in base al numero di beneficiari dell'anno precedente: si tratta evidentemente di un indicatore solo parzialmente rappresentativo del bisogno epidemiologico e sociale, specie se si tiene conto che l'intervento in questione ha conosciuto un diverso grado di take-up nei vari territori, influenzato anche dalla conoscenza dei servizi da parte degli utenti. Per quel che riguarda invece la restante quota (B2), è proseguito il ricorso a criteri di riparto simili a quelli in uso per gli altri fondi sociali⁽²⁴⁾.

2.4. Il finanziamento come strumento di governo

2.4.1. Un'accresciuta frammentazione

La gestione dei fondi determina rilevanti conseguenze non solo su "quante" risorse sono destinate "a chi", ma anche sul governo del sistema di welfare. Innanzitutto, per migliorare l'efficienza delle risposte sarebbe auspicabile, rispetto ad una gestione micro-settoriale e parcellizzata, un approccio integrato che favorisca la ricomposizione dell'insieme delle risorse disponibili verso un unico livello/centro di *governance*. Invece, ad inizio legislatura, per quanto la maggior parte dei relativi canali fosse governata da un unico soggetto – l'Assessorato alla Famiglia – il sistema di finanziamento era disperso tra una miriade di fondi (sociali, sanitari, nazionali e locali), ciascuno a sostegno di specifici servizi/interventi.

Giunti al termine del mandato, il quadro è ulteriormente peggiorato. Infatti il finanziamento continua ad essere distinto tra i settori del sociale e del sociosanitario e, al loro interno, per regimi/unità di offerta/servizi. La frammentarietà già esistente, inoltre, è stata amplificata non solo dalla gestione ad opera di due diversi Assessorati – welfare e reddito di autonomia – ma anche dalla creazione di ulteriori linee di finanziamento attraverso una stratificazione spesso priva di forme di raccordo tra i vari canali⁽²⁵⁾. Un fi-

⁽²⁴⁾ La restante parte, destinata alle altre persone con disabilità grave ed agli anziani non autosufficienti (B2), è allocata secondo un criterio misto (60% in base alla popolazione over 75 e 40% analogamente a quanto avviene per il FNPS).

⁽²⁵⁾ Ad esempio, le ATS ricevono assegnazioni per le misure del Fondo famiglia a prescindere dalle risorse per gli altri servizi che si rivolgono allo stesso target.

nanziamento costruito lungo linee di offerta separate, come i fondi per l'ADI distinti da quelli per i centri diurni e da quelli per la residenzialità, non permette di ottimizzare le risorse sui singoli casi: ad esempio non si incentiva, dove possibile, il trasferimento dell'assistenza dai regimi economicamente più impegnativi (la residenzialità) ad altri che potrebbero assicurare adeguati interventi sul caso a costi inferiori (nel territorio).

2.4.2. *Il mancato utilizzo del finanziamento come leva per promuovere migliori risposte*

Se opportunamente disegnato, il sistema di finanziamento può incentivare i soggetti erogatori di servizi a migliorare la qualità e l'efficacia delle loro risposte. Non è così in Lombardia, dove tendenzialmente si ha un finanziamento diretto alla rete di offerta, con fondi proporzionali alla produzione storica di ciascun erogatore⁽²⁶⁾. Ognuno di questi soggetti riceve un budget a prescindere dalla qualità dell'assistenza erogata, dagli *outcome* e dall'efficienza produttiva, in assenza di incentivi finanziari al miglioramento di tali dimensioni⁽²⁷⁾. Una delle conseguenze è che gli erogatori non hanno stimoli a ritardare il più possibile il decadimento dell'utente o a migliorare la sua autonomia. Tale era la situazione all'inizio della legislatura e continua ad esserlo anche alla sua conclusione.

In effetti, durante il periodo esaminato, nel settore sociosanitario l'accresciuta consapevolezza circa la necessità d'introdurre logiche incentivanti basate sull'osservazione delle performance – coerente con la crescente spinta in tale direzione a livello internazionale (ad es. Gori, Fernandez e Wittenberg, 2015) – ha condotto l'amministrazione ad effettuare due tentativi in proposito, entrambi nel 2015. Uno è stato l'introduzione del *vendor rating*, un sistema di indicatori sulla performance delle RSA utilizzabile anche per modulare l'assegnazione delle risorse agli erogatori sulla base dei risultati così misurati. L'altro è stato la definizione e l'assegnazione ai direttori generali di un obiettivo strategico di razionalizzazione dei costi nell'area sociosanitaria at-

⁽²⁶⁾ Ad esempio ciascuna RSA ogni anno è sovvenzionata in base al finanziamento dell'anno precedente, che dipende a sua volta dal numero di giornate erogate e dal livello di complessità della casistica trattata.

⁽²⁷⁾ Com'è noto, attualmente in tutte le unità di offerta/interventi le tariffe riconosciute dalla Regione agli erogatori aumentano esclusivamente al peggiorare delle condizioni clinico-assistenziali degli utenti.

traverso una loro riduzione del 3% mantenendo invariato il livello qualitativo e quantitativo dei servizi, oppure attraverso un incremento quantitativo di servizi del 3% a parità di risorse di bilancio (d.G.r. n. 3554/2015).

Seppure mossi dal condivisibile intento di utilizzare il sistema di finanziamento come leva per migliorare la qualità e l'efficienza delle risposte, entrambi i tentativi presentano evidenti limiti. Il *vendor rating* è una metodologia utilizzata nelle industrie manifatturiere e nelle aziende di servizi al fine di vagliare e monitorare le prestazioni degli appaltatori e delle ditte fornitrici, nonché il valore dei prodotti acquistati. Il tentativo di adattarla al settore sociosanitario, ed in particolare delle RSA, ha incontrato numerosi ostacoli concettuali ed operativi (Monteleone, 2015⁽²⁸⁾). Peraltro, in letteratura e nella pratica di altre realtà, esiste una varietà di strumenti ideati specificamente per la valutazione della performance nelle strutture sociosanitarie ed il collegamento con la loro remunerazione (ad es Mes – Scuola Superiore S. Anna, anni vari; Ministero della salute-Agenas, anni vari) ma l'amministrazione regionale non li ha presi in considerazione per l'ambito sociosanitario. L'obiettivo di razionalizzazione dei costi nel sociosanitario, a sua volta, ha scontato l'esigua attenzione dedicata dall'amministrazione regionale alla predisposizione delle condizioni operative necessarie alla sua effettiva realizzazione⁽²⁹⁾ (Gori, 2015⁽³⁰⁾). Non sorprende, dunque, che questi tentativi abbiano avuto vita breve: dopo essere stati introdotti per un'annualità (il 2015), entrambi non sono stati riproposti negli anni successivi. Ad oggi, dunque, il sistema di finanziamento del welfare lombardo continua a non essere in alcun modo legato alla qualità degli interventi offerti.

Ci si è sin qui soffermati sul finanziamento degli erogatori dei servizi sociosanitari, di titolarità della filiera Regione/ATS. Ora si sposta lo sguardo verso il settore sociale, in particolare al rapporto tra il finanziamento regionale in materia e quello proprio dei Comuni, che merita attenzione poiché il

⁽²⁸⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/01/26/il-sistema-vendor-rating--socio-sanita-una-trasposizione-discutibile/>.

⁽²⁹⁾ Basti ricordare che tale obiettivo per il 2015 è stato indicato alle ASL nel corso del medesimo anno (la delibera citata è di maggio) quando non erano rimasti loro molti margini di manovra rispetto alle contrattazioni ed agli acquisti. Non sono, inoltre, state fornite indicazioni operative per capire gli orientamenti attuativi da assumere al fine di raggiungere tale obiettivo.

⁽³⁰⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/07/13/novita-importanti-nella-definizione-degli-obiettivi-aziendali-per-le-direzioni-asl-in-area-sociosanitaria/>.

primo condiziona inevitabilmente il secondo. Due sono le strade possibili per la Regione: incentivare i Comuni a mantenere o incrementare i propri livelli di servizi sociali oppure stimolare comportamenti in direzione opposta. A questo riguardo, l'introduzione di nuovi canali di finanziamento (ad esempio i voucher B1 e la RSA aperta) ha inteso sostenere alcuni interventi che gli enti locali facevano fatica ad assicurare (es. l'assistenza tutelare ad anziani e disabili). Tuttavia non sono stati definiti meccanismi di cofinanziamento da parte dei Comuni e la disponibilità di maggiori risorse ne ha spinto diversi a ridurre la destinazione di fondi propri ai medesimi servizi (come mostra, ad esempio, la contrazione del SAD⁽³¹⁾). Di fatto, dunque, non si è verificato un incremento della spesa destinata a questi servizi, bensì un trasferimento dei relativi oneri da un soggetto (Comune) all'altro (Regione): si sarebbe potuto, invece, costruire accordi tra i due attori affinché le risorse aggiuntive generassero un aumento dello sforzo complessivo.

2.5. Conclusioni

Il tratto prevalente nelle tendenze verificatesi – durante la X legislatura lombarda – in materia di finanziamento e spesa consiste nella continuità rispetto al passato, seppure con una significativa eccezione. L'insufficienza delle risorse destinate al settore, infatti, è figlia innanzitutto della reiterazione della scelta di non incrementare la quota del FSR destinata al socio-sanitario. Una decisione – come detto – sostanzialmente in linea con la precedente legislatura, con la differenza che allora il volume complessivo del FSR era aumentato in modo rilevante mentre nel quinquennio 2013-2018 ciò non è avvenuto. La continuità si registra ugualmente nella persistente assenza di opportuni criteri per il riparto delle risorse nei territori, fondati su indicatori di fabbisogno, nella frammentazione delle linee di finanziamento

⁽³¹⁾ Tra il 2013 e il 2014 è diminuita la percentuale di utenza servita dai Comuni lombardi attraverso il SAD: considerando il complesso delle varie modalità erogative a domicilio (assistenza socioassistenziale, assistenza integrata con i servizi sanitari, buono/voucher/assegno di cura) per gli anziani la quota è scesa dal 2 all'1,6% e per i disabili dall'8,9% all'8,5%. La spesa per l'assistenza domiciliare agli anziani a carico dei Comuni è passata dai circa 63 milioni del 2013 ai 61,6 del 2014. Dalle prime anticipazioni sul 2015 risulta che la spesa dei Comuni per gli anziani (per il complesso dei servizi) sia diminuita, solo in quest'ultimo anno, di un ulteriore 2,1% (Istat, 2018).

e nel mancato utilizzo della leva finanziaria come strumento per promuovere migliori risposte.

L'unico segno di discontinuità riguarda la crescita particolarmente elevata dei finanziamenti dedicati ai servizi domiciliari. Benché il suo impatto sia ancora da valutare appieno, si tratta di una novità di indubbio valore in una Regione dove, in precedenza, il territorio è sempre stato penalizzato dalle scelte di bilancio.

Bibliografia

- AMOROSO N., ARMENI P. e COSTA C. (2016), *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*, in CERGAS-BOCCONI (a cura di), *Rapporto Oasi 2016 – Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano*, Egea, Milano, pp. 155-200.
- BARBABELLA F., CHIATTI C., DI ROSA M., PELLICCIA L. (2013), *Alcuni profili dell'assistenza nelle Regioni*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 4° Rapporto. Tra crisi e ripartenza*, Maggioli, Rimini, pp. 29-43.
- BARBABELLA F., POLI A., CHIATTI C., PELLICCIA L., PESARESI F. (2017), *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto. Il tempo delle risposte*, Maggioli, Rimini, pp. 33-54.
- CARRINO L. (2015), *Le Regioni: tendenze in atto*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 5° Rapporto. Un futuro da ricostruire*, Maggioli, Rimini, pp. 123-145.
- CARUSO E. (2017), *Tra le diverse corsie della sanità*, in ARACHI G. e BALDINI M. (a cura di), *La finanza pubblica in Italia – Rapporto 2017*, Il Mulino, Bologna, pp. 154-189.
- GHETTI V. (2017), *Lombardia a confronto sulle risorse sociosanitarie per lea anziani*, in www.lombardiasociale.it, 6 dicembre 2017.
- GORI C. (2015), *Il finanziamento regionale delle politiche sociali. Note su un tema controverso*, in www.lombardiasociale.it, 4 febbraio 2015.
- GORI C. (2015), *Novità importanti nella definizione degli obiettivi aziendali per le direzioni ASL in area sociosanitaria*, in www.lombardiasociale.it, 13 luglio 2015.
- GORI C., GHETTI V., RUSMINI G., TIDOLI R. (2014), *Il welfare sociale in Italia*, Carocci, Roma.
- GORI C., FERNANDEZ J.L. e WITTENBERG R. (a cura di) (2015), *Long-Term Care reforms in OECD countries*, Policy Press, Bristol.
- ISTAT (2018), *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati anni 2014-2015*, ISTAT, Roma.
- MES – SCUOLA SUPERIORE S. ANNA (anni vari), *Il sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali*, Scuola Superiore S. Anna, Pisa, in <http://performance.sssup.it/netval/start.php>.
- MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE (MEF) (2017), *Monitoraggio della spesa sanitaria*, Roma, Ministero dell'economia e delle finanze, Roma.

- MINISTERO DELLA SALUTE-AGENAS (anni vari), Programma Nazionale Esiti (PNE), Ministero della salute-Agenas, Roma, in <http://pne2017.agenas.it/>.
- MONTELEONE A. (2015), *Il sistema vendor rating nel settore sociosanitario. Una trasposizione discutibile*, in www.lombardiasociale.it, 26 gennaio 2015.
- NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (NNA) (a cura di) (2017), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto. Il tempo delle risposte*, Maggioli, Rimini.
- PELLICCIA L. (2010), *Il finanziamento e la spesa*, in GORI C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini, pp. 47-75.
- PELLICCIA L. (2017a), *Le fonti di finanziamento del welfare locale: aggiornamenti per il 2017*, in www.lombardiasociale.it, 15 febbraio 2017.
- PELLICCIA L. (2017b), *Alcuni profili di assistenza nelle Regioni*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto. Il tempo delle risposte*, Maggioli, Rimini, pp. 55-76.
- SOSE (2017), *I fabbisogni standard delle Regioni a statuto ordinario – Analisi del perimetro della spesa e funzioni da analizzare*, in <https://opendata.sose.it/fabbisognistandard>, 16 maggio 2017.

3. La governance lombarda

Valentina Ghetti

Questo capitolo affronta il tema della *governance* regionale, focalizzando l'analisi sul rapporto tra le parti sviluppato in questa legislatura. Al centro dell'osservazione sono posti i temi della sussidiarietà e dell'integrazione: nella prima parte viene affrontato il tema della sussidiarietà verticale, ovvero il rapporto tra le istituzioni, quella centrale regionale e delle sue articolazioni amministrative (ATS) con quelle locali dei Comuni; nella seconda l'integrazione organizzativa, operativa e professionale, tra enti, in particolare tra comparti sociale e sociosanitario e nell'ultima la relazione con gli attori che concorrono alla realizzazione del welfare, in particolare del terzo settore (sussidiarietà orizzontale).

3.1. La regolazione del rapporto con i Comuni e l'integrazione istituzionale

3.1.1. *Le premesse: territori al centro e maggiore integrazione*

La legislatura ha preso avvio affermando un rinnovato riconoscimento del ruolo dei Comuni. In coerenza con la visione della nuova forza politica alla guida della Regione e dello stesso Assessorato al Sociale (la Lega), il territorio pare assumere una nuova rilevanza, in piena opposizione ad una visione centralistica, che aveva invece caratterizzato le precedenti legislature (Avanzini, Ghetti, 2010).

Tra le prime dichiarazioni dell'Esecutivo guidato dal Presidente Maroni, all'indomani dell'insediamento, si contano diverse esplicitazioni riferite al riconoscimento delle difficili condizioni in cui versano i Comuni⁽¹⁾ e alla ne-

(¹) È il periodo nel quale si cominciano a riscontrare gli effetti della crisi socio-economica e delle conseguenti politiche di rigore provenienti dal livello nazionale con i tagli ai fondi sociali e i patti di stabilità. Sono anni in cui, per la prima volta dopo tempo, la spesa sociale dei Comuni decresce.

cessità di ripartire dal livello locale per adeguare il sistema di welfare rispetto alle importanti trasformazioni sociali che attraversano il territorio regionale (invecchiamento e impoverimento *in primis*). Parole che trovano da subito alcune prime attuazioni. Il segnale iniziale viene – già a novembre 2013 – dal pieno trasferimento ai territori delle risorse del Fondo nazionale sulle politiche sociali (Ghetti, 2013) ⁽²⁾, interrompendo una pratica diffusa da tempo che prevedeva il mantenimento di una quota a livello regionale. Poi il rilancio del lavoro con il “gruppo territorio”, ovvero un gruppo composto da una rappresentanza dei Piani di zona lombardi, con cui la direzione dell’allora Assessorato alla Famiglia ha lavorato nel primo anno e mezzo di legislatura per la definizione congiunta delle linee di indirizzo per la programmazione zonale 2015-17 (Ghetti, 2014) ⁽³⁾. Le stesse linee guida, uscite a dicembre 2014, riconoscono esplicitamente una dimensione strategica alla programmazione integrata dei Comuni e richiamano la volontà regionale di evolvere da un orientamento alla programmazione basato sul mero adempimento giuridico/amministrativo – atteggiamento che spesso aveva caratterizzato le precedenti programmazioni – verso un approccio maggiormente attento all’efficacia del processo. Si punta poi sulle Cabine di regia quale luogo istituzionale di raccordo paritario tra Comuni e le allora ASL, a garanzia dello sviluppo integrato delle politiche sociali e sociosanitarie del territorio. Come già esplicitato nel primo capitolo, le Cabine di regia rappresentano di fatto organismi aggiuntivi alle Conferenze e Assemblee dei sindaci, funzionali alla declinazione di decisionalità operative sulla destinazione dei finanziamenti e sulle modalità di gestione dell’integrazione sociosanitaria, con l’obiettivo primario di garantire una maggior raccordo tra ASL e Comuni/Ambiti. Sebbene in alcuni contesti dispositivi simili fossero già presenti (es. tavoli di raccordo ASL-Ambiti), il fatto di puntare sulla formalizzazione di un organismo strutturato per tutto il territorio regionale ha certamente rappresentato il tentativo di rafforzare nell’intera Regione l’integrazione istituzionale tra i due comparti.

Si ravvisa inoltre il tentativo di superare quella subalternità vissuta dagli enti locali in anni precedenti nel rapporto con la Regione e i suoi organi operativi. A conferma di ciò si può osservare come le stesse linee guida ai piani di zona ’15-’17 si concentrino su indicazioni di metodo, lasciando il me-

⁽²⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2013/11/26/arrivano-le-risorse-del-fnps-la-regione-trasferisce-tutto-agli-ambiti/?c=atti-e-normative>.

⁽³⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/01/08/le-linee-guida-regionali-per-i-nuovi-piani-di-zona/>.

rito dei contenuti della programmazione all'autonomia dei territori e come, al tempo stesso, affermino un ruolo nuovo per la Regione stessa che

- si propone quale soggetto paritetico nella costruzione di un processo condiviso con i territori;
- non si sottrae al ruolo di orientamento e indirizzo sulle modalità di sviluppo e attuazione delle politiche, pur nel riconoscimento dell'autonomia programmatoria del territorio;
- si assume in prima persona compiti e impegni specifici, in particolare in ordine al tema della ricomposizione delle risorse e della conoscenza.

Il tema della frammentazione del sistema è infatti riconosciuto dal regolatore regionale quale limite principale del sistema di welfare lombardo. Una frammentazione che la Regione stessa – nelle linee di indirizzo – esplicita manifestarsi a più livelli: nelle titolarità, in particolare tra ASL ed enti locali; nella distribuzione delle risorse (sia per fonti che per destinatari); nelle conoscenze su domanda e offerta possedute dai diversi soggetti; nei servizi e nei percorsi di presa in carico delle persone. Il primo passo per contrastare tale frammentazione lo si propone sul fronte della conoscenza e la concretizzazione di nuovo ruolo di coordinamento regionale si evidenzia nell'implementazione del "sistema di conoscenza" (Fosti, Notarnicola, 2013) ⁽⁴⁾ appunto. Un data base unico a livello regionale di raccolta di dati ed evidenze utili alla programmazione territoriale, anche grazie allo sviluppo di *benchmark* possibili tra territori, sia sul fronte sociale che sociosanitario.

Tale avvio, all'insegna di un deciso cambio di rotta nella considerazione dei territori e nel ruolo assunto dalla Regione rispetto all'esperienza passata, ha raccolto da subito il giudizio positivo dei più (Ghetti, 2015) ⁽⁵⁾, riconoscendone un'ottima premessa e un'importante dichiarazione d'intenti, sebbene nel dibattito se ne sottolineasse – già da subito – una certa genericità e qualche dubbio sulla concreta attuazione operativa (Merlo, 2015) ⁽⁶⁾.

⁽⁴⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2013/11/21/le-linee-di-indirizzo-e-la-promozione-della-conoscenza-nei-territori/>.

⁽⁵⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/02/02/linee-guida-regionali-ai-piani-di-zona-cosa-ne-pensano-gli-ambiti-lombardi/>.

⁽⁶⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/01/26/nuovi-piani-di-zona-cambiamento-e-ricomposizione-verso-quale-direzione/>.

3.1.2. La svolta della riforma

Le premesse del primo biennio, dunque, preannunciavano un significativo cambio di rotta rispetto al passato (Gori, 2014) ⁽⁷⁾. Purtroppo però molte di queste sono rimaste tali, senza riuscire a garantire la traduzione in realizzazioni operative, organizzative e gestionali. L'approvazione, nell'estate del 2015, della legge di riforma n. 23 ha infatti cambiato radicalmente lo scenario entro cui avrebbero dovuto trovare realizzazione le indicazioni sull'integrazione istituzionale e sulla nuova visione di sussidiarietà verticale dichiarata dall'Esecutivo, aprendo innanzitutto ad un lungo periodo di stallo e, successivamente, ad una nuova regolazione dell'assetto di *governance* non sempre in linea con le precedenti premesse.

La riorganizzazione in ATS e la netta distinzione delle funzioni tra ATS e ASST, programmatiche le prime e gestionali le seconde, hanno modificato in modo significativo il campo da gioco e, in molti casi, sono mutati anche gli interlocutori stessi dei Comuni. Laddove il livello dell'ATS si è territorialmente ampliato accorpando i territori di più Province – e ciò ha riguardato 12 ASL su 15 – anche la semplice interlocuzione tra le parti ha necessitato di una fase di ricostruzione delle relazioni che ha dovuto attendere tutto il processo di definizione delle nuove nomine, partito dai livelli apicali dei direttori e talvolta – dopo due anni – non ancora arrivato a declinare il dettaglio dell'attribuzione delle funzioni più operative. Le stesse linee di indirizzo circa il nuovo assetto di *governance* post-riforma, e dunque le indicazioni riguardo i nuovi organismi e le modalità di regolazione del rapporto tra i Comuni e i nuovi enti (la d.G.r. n. 5507/2016), sono arrivate ad oltre un anno dall'approvazione della l.r. n. 23, tra l'altro mantenendo vive molte aree di incertezza, prima tra tutte l'accorpamento della programmazione zonale al nuovo livello distrettuale, con la relativa riduzione del numero di piani di zona. Incertezza solo parzialmente sciolta solo sul finire del 2017 con le linee guida ai nuovi piani (d.G.r. n. 7631/2017) (Ghetti, 2018) ⁽⁸⁾.

Dal punto di vista dell'integrazione politico-strategica si è determinato un salto di scala, con le Conferenze dei sindaci ampliate sui confini delle nuove ATS, indebolendo significativamente la capacità negoziale dei Comuni con il mondo sanitario. L'introduzione poi di un livello ulteriore, quello

⁽⁷⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2014/11/06/giunta-maroni-un-primo-bilancio/>.

⁽⁸⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2018/01/03/linee-guida-la-programmazione-zonale-2018-2020/>.

del distretto e della corrispettiva Assemblea dei sindaci – coincidente con il perimetro delle ASST – sebbene abbia un significato evidente ai fini dell'integrazione, ha richiesto la costruzione di nuovi equilibri, in particolare in riferimento ai ruoli e funzioni del Presidente dell'Assemblea di distretto e al rapporto con il livello territoriale (Ghetti, 2017)⁽⁹⁾. Livello, questo ultimo, che si è ulteriormente complicato con la ridefinizione degli ambiti distrettuali, prevedendo il passaggio dai 98 ambiti territoriali ai 61 possibili indicati nei POAS delle ATS, a cui dovrà tendere la nuova geografia dei piani di zona lombardi per il triennio 2018-2020.

Gli stessi organismi citati in precedenza, quali le Cabine di regia, hanno vissuto una lunga fase di sospensione nell'attesa della costituzione delle nuove ATS, e la loro ripresa ha dovuto fare i conti con perimetri di riferimento mutati. Nella stessa Cabina si sono trovati più ambiti territoriali che non avevano esperienze di condivisione precedenti, diventando più che altro spazi formali di informazione, molto lontani da quell'idea di luoghi di integrazione strategica annunciata dal legislatore.

Dunque in questo scenario, in cui le energie regionali sono state prevalentemente impegnate nell'attuazione della riforma, soprattutto nella ridefinizione delle nuove organizzazioni – con le nomine prima, e nella declinazione dei piani organizzativi aziendali strategici e della cronicità poi – l'interlocuzione con i Comuni è passata decisamente in secondo piano e con essa molti degli obiettivi di integrazione istituzionale dichiarati in avvio di legislatura.

Anche sul fronte della programmazione zonale le premesse iniziali sono rimaste inattuata. Le ricomposizioni enunciate sono risultate tali, solo annunci appunto: il sistema di conoscenza è rimasto fermo al primo utilizzo sperimentale sui dati 2014 e non vi è traccia della sua prosecuzione di impiego nel corso del triennio né nelle nuove linee di indirizzo. È rimasto cioè strumento in mano ai singoli territori, privo di quel valore aggiunto di confronto comparativo che avrebbe potuto garantire un coordinamento regionale, e soprattutto mancante della condivisione dei dati di conoscenza relativi all'area sociosanitaria. Anche sulle risorse, specifico compito assunto dalla Regione, non si è avuto alcuno sviluppo concreto sulla ricomposizione. Anzi, ai tradizionali canali di finanziamento del welfare sociale (FNPS, FNA, FSR) si sono

⁽⁹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/03/14/nuovi-assetti-di-governance-post-riforma-cosa-sta-cambiando-per-il-sociale/>.

aggiunte le risorse provenienti da fondi europei a sostegno delle misure del Reddito di autonomia – fondi per altro caratterizzati da specifiche modalità di impiego e rendicontazione – che hanno concorso ulteriormente ad amplificare la frammentazione. Il tema del budget di salute, come strumento di ricomposizione sulla persona delle risorse di provenienza sociale e sociosanitaria, è rimasto sino a fine legislatura un enunciato. Anche la traduzione ipotizzata all'interno della riforma della cronicità non si è poi concretizzata (cfr. cap. 4). Su questo aspetto certamente la separazione degli assessorati non ha giovato. La partita dei piani di zona è in mano all'Assessorato al Reddito di autonomia e inclusione sociale, che ha perso tutta la competenza sociosanitaria. L'obiettivo di ricomposizione viene mantenuto tale e quale nel nuovo triennio programmatico, senza che sia stata fatta alcuna considerazione evolutiva in merito né data evidenza circa gli esiti raggiunti. La stessa fatica ad assumere indirizzi per la nuova programmazione, arrivati solo in coda alla legislatura, questa volta per altro senza un lavoro istruttorio con il gruppo territorio, senza condivisione con ANCI (Ghetti, 2018) ⁽¹⁰⁾ e con l'indicazione di proroga dei piani vigenti, testimonia come gli indirizzi dichiarati in avvio abbiano faticato a trovare concretizzazione.

A completamento di un quadro che evidenzia la mancata attuazione di buone premesse si aggiunge anche il parziale ritorno a quel centralismo tipico delle precedenti legislature, in cui i piani di zona e i Comuni sono interpellati dal regolatore principalmente come esecutori di misure e interventi definiti a livello regionale, non certo come partner istituzionali con cui cooperare per l'attuazione di indirizzi, anche quando questi si incrociano significativamente con le politiche sociali locali di competenza dei Comuni (si veda ad esempio la vicenda riferita ai Nidi gratis – cfr. capitolo 6). Se è vero infatti che sono cresciute nel corso degli ultimi anni le misure e i programmi per cui si è attribuita una diretta competenza al livello d'ambito (dai voucher per l'autonomia del Reddito di autonomia, alle misure del piano nazionale sul dopo di noi, alle politiche sociali per la casa...), è vero anche che al contempo è cresciuto il ritorno ad una modalità del passato per cui agli ambiti viene chiesto di dare attuazione a misure già definite e con scarso margine di libertà programmatica.

⁽¹⁰⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2018/01/16/nodi-aperti-delle-nuove-linee-guida-ai-piani-zona/>.

Box 3 – L'integrazione istituzionale ATS – Comuni*Livello politico strategico*

Conferenze dei sindaci	Tutti i sindaci dei Comuni compresi dall'ATS. Con la riforma l.r. n. 23 si passa da 15 a 8 conferenze	Ha funzione di proposta sull'organizzazione territoriale dell'attività sociosanitaria e socioassistenziale e sulle linee guida per l'integrazione sociosanitaria; partecipa alla verifica dello stato di attuazione dei programmi di competenza dell'ATS; promuove l'integrazione tra funzioni sociali e sanitarie e sociosanitarie, anche favorendo la gestione associata mediante la costituzione di soggetti aventi personalità giuridica; esprime parere obbligatorio circa la finalizzazione e distribuzione delle risorse finanziarie.
Consiglio di rappresentanza	5 membri provenienti da Distretti diversi	Trait d'union tra l'ATS e i nuovi distretti, ovvero tra la Conferenza e le Assemblee dei sindaci di distretto. Sottopone alla Conferenza dei sindaci pareri preventivi provenienti dal territorio sulla programmazione sociosanitaria e la finalizzazione delle risorse.
Assemblee dei sindaci di distretto	Composta da tutti i sindaci dei Comuni afferenti al distretto. Con la riforma istituiti 27 distretti coincidenti con perimetri ASST	Formula pareri e proposte alla Conferenza dei sindaci, che poi interloquisce con l'ATS, sulla programmazione dei servizi sociosanitari e la finalizzazione/distribuzione delle risorse; garantisce il coordinamento e l'uniformità territoriale dei singoli piani con la programmazione del distretto.

segue

Assemblee dei sindaci di ambito distrettuale	Composta dai sindaci dei Comuni afferenti agli ambiti distrettuali come definiti dalla l.r. n. 23 e declinati dai POAS delle ATS. Da linee guida regionali ipotizzato il passaggio da 98 a 61 ambiti distrettuali	Responsabile della programmazione sociale e dell'approvazione dei piani di zona.
<i>Livello tecnico-operativo</i>		
Cabine di regia	A livello di ATS	Supporta le decisioni operative sulla destinazione dei finanziamenti e sulle modalità di gestione dell'integrazione sociosanitaria, con l'obiettivo primario di garantire una maggior raccordo tra ASL e Comuni/Ambiti
Uffici di piano	A livello di ambito distrettuale	Organismo tecnico di supporto alla programmazione dall'ambito distrettuale

3.2. L'integrazione sociosanitaria, organizzativa e professionale

3.2.1. L'integrazione torna al centro

Come già illustrato nel primo capitolo, l'integrazione sociosanitaria e la presa in carico integrata della persona hanno rappresentato obiettivi su cui il legislatore, sin dal principio del suo mandato, ha dichiarato di voler puntare. La separazione delle titolarità dei settori, tra *ex* ASL e Comuni, e il disinvestimento precedente sulla strutturazione di dispositivi che ne favorissero l'integrazione, sono riconosciuti da subito come uno dei limiti concreti del sistema di welfare lombardo. Come anticipato, il legislatore non punta unicamente su meccanismi di raccordo istituzionale – come le nominate Cabine di regia – ma rimette al centro della propria regolazione il percorso stesso della persona nel sistema dei servizi e il raccordo tra i servizi di natura socioassistenziale e quelli sociosanitari.

Lo fa rilanciando il tema dell'accesso unico con la sperimentazione dei SUW – sportelli unici del welfare – posti come obiettivo sin dal Piano regio-

nale di sviluppo del 2013 (Guidetti, 2013)⁽¹¹⁾, in cui si legge che “la presa in carico globale della persona e della famiglia [...] prevede anche la semplificazione dell’accesso ai servizi sociali e sociosanitari tramite la creazione di uno Sportello unico per il welfare. Lo Sportello unico per il welfare sarà la sede per la valutazione multidimensionale del bisogno, la classificazione dell’utente e la ricomposizione della risposta, valutando la situazione economica per eventuali compartecipazioni (dove richieste nel rispetto dei LEA). Lo Sportello accompagnerà la persona nella scelta dell’erogatore e nel contatto con lo stesso. Ciò attraverso un coinvolgimento diffuso dei diversi livelli di responsabilità istituzionale, della comunità e della pluralità di soggetti che già operano nel contesto territoriale” (Merlo, 2013)⁽¹²⁾.

Inoltre propone, in tutti gli atti, il tema cruciale dell’assessment e della valutazione multidimensionale come momento di analisi del caso da cui far discendere un coerente ed appropriato progetto individualizzato. Nelle varie delibere che regolano le diverse misure, si richiama sempre la predisposizione di unità di valutazione integrate, composte da figure sia provenienti dal mondo sanitario che sociale (es. 392 sull’autismo, 740 sulle gravi e gravissime disabilità, la 116 e la 856 sul Fondo famiglia...) (Ghetti, 2013)⁽¹³⁾.

Opera per garantire una maggior omogeneità a livello regionale anche nell’impiego stesso degli strumenti di valutazione. È così ad esempio che viene indicata la scala VAOR HC per l’accesso all’ADI e agli interventi rivolti alle gravissime disabilità (la misura B1), ponendo fine al precedente periodo in cui si erano susseguite varie sperimentazioni (Tidoli, Giunco, 2012)⁽¹⁴⁾. Anche per le misure di natura sociale spesso si specifica negli atti regolativi il riferimento alle scale da impiegare e talvolta addirittura le soglie di riferimento, come ad esempio le scale ADL e IADL per l’erogazione delle misure B2, del voucher per l’autonomia e quelle legate alla legge 112/2016 sul dopo di noi, consentendo che in tutto il territorio regionale vi siano riferimenti definiti ed univoci.

⁽¹¹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2013/07/26/approvato-il-nuovo-programma-regionale-di-sviluppo/>.

⁽¹²⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2013/07/05/welfare-sociale-e-disabilita-in-lombardia-una-prudente-discontinuita/>.

⁽¹³⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2013/10/30/prime-attuazioni-sul-fondo-regionale-a-sostegno-della-famiglia/?c=atti-e-normative>.

⁽¹⁴⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2012/02/24/adi-unanalisi-degli-obiettivi-di-riforma-e-dei-relativi-strumenti/>.

Alla stessa progettazione sul caso viene frequentemente dedicato uno spazio di dettaglio nelle d.G.r., sia in riferimento alla sua composizione (cosa deve contenere) che nella distinzione tra il livello di pianificazione individualizzata – a cura di chi ha titolarità dell'intervento –, e di progettazione personalizzata, che ne dettaglia l'attuazione operativa in capo al gestore del servizio.

Come già anticipato, sono molti poi i riferimenti all'aspetto dell'integrazione delle risorse, richiamando esplicitamente la volontà di attuare la "logica del budget di cura" ovvero "un approccio unitario ai problemi di salute [della persona] e [capace di] garantire la necessaria flessibilità delle risposte e di integrazione delle risorse, ancorché derivanti da fonti diverse di finanziamento" (d.G.r. n. 2655/2014). Sin dai primi atti riferiti alle misure rivolte alle disabilità gravissime (d.G.r. n. 740/2014 e seguenti), il Budget di cura viene proposto come strumento di connessione tra interventi di natura sociosanitaria, sociale ed educativa.

Nuove parole dunque: non più dote ma budget di cura, non più unicamente libertà di scelta ma assessment, valutazione multidimensionale e progetto sul caso. Anche in questo caso quindi buone premesse e forse anche qualcosa di più, ovvero un tentativo più concreto nell'indicare dispositivi attuativi possibili e nel puntare su una maggior omogeneità a livello regionale.

Box 4 – Il percorso di presa in carico disegnato dalla X legislatura		
Fasi del percorso di presa in carico	Strumenti previsti dalle d.G.r. regionali	Descrizione
Accesso	SUW – Sportelli unici welfare	Punto unico di accesso, a cui può essere rivolta la domanda di assistenza.
Valutazione	UVM – Unità di valutazione integrata tra parte sociosanitaria e sociale	Sintesi del profilo funzionale della persona e della valutazione sociale – condizione familiare, abitativa e ambientale – effettuata da parte di équipe pluriprofessionali, con modalità integrata tra ASL e Comune.
	Introduzione di specifiche Scale di misurazione per valutare il bisogno in funzione dell'accesso alle prestazioni previste dalle varie misure	Es. VAOR HC per ADI, GCS per stati vegetativi e dipendenza vitale B1, ADL/IADL per misure sul Dopo di noi.

segue

Progettazione	PAI – Piano assistenziale individualizzato o PI – Progetto Individuale	Lo strumento progettuale che declina le prestazioni da assicurare, in una logica di budget di cura (cfr. d.G.r. n. 740/2013) includendo tutte le forme di assistenza ricevute (sia l'assistenza date dal caregiver familiare/assistente personale che quelle da garantire attraverso altri servizi).
Regia e governo della presa in carico	Case Management	Coordinamento delle operazioni e dei processi volti ad aiutare le persone nell'accesso ai servizi e ad assicurare che le prestazioni erogate per soddisfare i bisogni delle persone e delle loro famiglie siano provviste in maniera adeguata, tempestiva e senza sovrapposizioni (d.G.r. n. 392/2013).

3.2.2. Gli effetti dello scarso presidio della sua attuazione

L'esito del quinquennio tuttavia non è stato molto diverso da quanto visto sull'integrazione istituzionale, e il motivo risiede principalmente nel non averne presidiato e monitorato l'attuazione dal livello centrale. È come se il regolatore, una volta definiti gli indirizzi, avesse ritenuto il suo compito assolto e avesse date per attuate le indicazioni fornite, mentre le evidenze ci dicono che i percorsi di integrazione hanno trovato molti elementi di ostacolo e l'integrazione professionale ed organizzativa è lungi dall'essere considerata un risultato raggiunto.

Il radicamento di un modello di welfare fortemente "diviso" tra socio-sanitario e sociale ha rappresentato il principale freno. Le resistenze naturali dei servizi, abituati ad operare in modo differente, avrebbero forse necessitato di un accompagnamento più vicino ai territori affinché le nuove indicazioni potessero essere attuate con maggior garanzia di successo. In molti hanno suggerito in questi anni la necessità di supportare con formazioni *ad hoc* il rinnovato ruolo valutativo affidato al personale delle ASL, che da tempo non si misurava con tale funzione. Anche il lavoro congiunto tra assistenti sociali

comunali e personale sociosanitario delle ASL nelle visite domiciliari e nella condivisione della valutazione sul caso complesso, ad esempio, non era cosa da dare per scontata dopo oltre un decennio di mancata frequentazione. E ancor prima, in riferimento al budget di cura, è mancata la declinazione di cosa comportasse per gli operatori, al di là di un cambio di logica, la sua concreta costruzione, in un contesto fortemente strutturato sul modello della voucherizzazione e sulla separazione dei diversi canali di finanziamento (Monteleone, 2014) ⁽¹⁵⁾.

In sostanza, il legislatore ha posto sfide molto ambiziose sul tema dell'integrazione organizzativa e professionale, ambiziose proprio perché in totale controtendenza con quanto sviluppato e consolidato negli anni precedenti. Proprio per questo mantenere alta l'attenzione sulla sua attuazione sarebbe stato molto importante. Favorire il confronto tra i territori, acquisire per tempo gli elementi di ostacolo incontrati e incoraggiare l'adozione di strategie operative per il loro superamento, avrebbe rappresentato non solo un utile elemento di pungolo ma anche di supporto concreto verso l'integrazione operativa.

L'obiettivo dichiarato, sebbene con coerenza e costanza, senza però il presidio sull'attuazione ha invece generato alcuni deficit. In primo luogo la parzialità. L'integrazione, e la relativa adozione dei dispositivi indicati dal legislatore (UVM), ad esempio ha riguardato solo alcune misure, ha fatto molta fatica ad andare oltre a quello specifico perimetro e permeare l'agito più complessivo degli operatori del welfare. O ancora, l'accesso integrato promosso dai SUW, oltre a non essere stato realizzato su tutto il territorio regionale, è rimasto – al pari del precedente CEAD – un percorso dalla connotazione sperimentale, di cui a fine legislatura si fatica a ritrovarne traccia e, dove presente, si connota quale sportello unicamente riferito all'orientamento nella rete sociosanitaria e sanitaria.

Secondo, la formalità. L'integrazione è stata spesso agita unicamente nella forma, come ad esempio le valutazioni multidimensionali esaurite nella sommatoria delle due osservazioni – sociale e sociosanitaria – condotte frequentemente in modo separato da parte degli operatori e riunificate nel verbale di valutazione. O ancora nell'adozione di una logica unicamente certificatoria, per erogare o meno la tal misura (B2, voucher per l'autono-

⁽¹⁵⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2014/12/01/dalla-dote-welfare-al-budget-di-salute-cosa-dovrebbe-cambiare-dal-punto-di-vista-delle-persone-con-disabilita-2/>.

mia...), e dunque lontane dall'essere impiegate quale strumento di ricomposizione della lettura del bisogno e per la definizione della progettualità più pertinente.

In terzo luogo l'eterogeneità territoriale. Il mancato presidio attuativo ha lasciato ampio spazio alle differenti traduzioni locali dei vari indirizzi emanati. L'elemento più rilevante lo si è riscontrato in relazione agli strumenti valutativi, laddove l'evidenza ha mostrato come – nonostante l'indicazione data dal livello regionale – nella realtà gli strumenti di valutazione del bisogno della persona anziana non autosufficiente al domicilio ancora oggi siano i più diversificati (tra i più diffusi il Barthel Index) e come le procedure stesse della valutazione non seguano gli step indicati dal legislatore (Giunco, Tidoli, 2016)⁽¹⁶⁾.

Infine non va dimenticato, anche su questo specifico fronte, lo stallo generato dall'avvento della riforma sociosanitaria. Un primo effetto è relativo certamente allo stress che gli operatori hanno vissuto in relazione al perdurare delle incertezze circa il collocamento di determinate funzioni (es. se quelle valutative si dovessero collocare in ATS o in ASST) e delle relative nomine. Poi il conseguente ri-orientamento dettato dalla ricostruzione delle relazioni tra operatori, di cui si è detto anche nel precedente paragrafo. Infine ne hanno risentito le stesse pratiche che i territori – a fatica – stavano tentando di mettere in atto e che, con la riforma, spesso hanno subito battute d'arresto e disinvestimenti (vedi creazione UVM).

3.3. Il rapporto con il terzo settore

L'ultimo aspetto di analisi della *governance* lo dedichiamo al rapporto sviluppato nel quinquennio con il terzo settore e all'attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale. L'analisi della relazione con il terzo settore deve tenere in considerazione primariamente il duplice ruolo dei soggetti che vi fanno riferimento (cooperazione sociale, associazionismo...). Quello cosiddetto di *advocacy*, ovvero di rappresentanza delle istanze di quella parte di cittadini a cui rivolgono il proprio servizio, in quanto soggetto titolato a concorrere alla programmazione del sistema dei servizi e interventi sociali e sociosanitari del territorio (come vuole la l. n. 328/2000) grazie all'apporto che

⁽¹⁶⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/05/18/la-presa-in-carico-nei-servizi-di-assistenza-domiciliare-integrata-in-lombardia-2/>.

può offrire rispetto alla rappresentazione dei fenomeni sociali e alla prossimità con il cittadino. E quello di gestore di servizi, dunque parte di una logica commerciale con l'ente pubblico, poiché si tratta di soggetti ancora sostenuti prevalentemente dal contributo di risorse pubbliche (Moschetti, 2016).

3.3.1. *Più gestore che soggetto di advocacy*

A differenza della relazione con i Comuni e dell'integrazione sociosanitaria, su questo fronte la nuova legislatura prende avvio senza dichiarare posizioni specifiche sul tema. La sussidiarietà e la relazione con il terzo settore erano stati temi cardine delle precedenti legislature (Pesenti, DeAmbrogio, 2009), culminati nella legge regionale n. 3 del 2008 sul governo della rete, da cui ne erano discese specifiche determinazioni sull'istituzione di organismi di consultazione finalizzati al coinvolgimento sulla programmazione delle politiche di welfare regionale (Tavoli permanenti di consultazione del terzo settore sia regionali che locali – dd.GG.rr. n. 7797 e n. 7798/2008) (Ghetti, Ranci Ortigosa, 2010). L'esito tangibile di questa attenzione era stato la significativa crescita di questo settore con il raddoppio, e oltre, della presenza di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato sul territorio lombardo⁽¹⁷⁾.

La nuova Giunta però non sembra dare particolare seguito alla retorica sulla sussidiarietà. Non è un caso che l'Esecutivo punta da subito sulla visibilità del rapporto con gli *stakeholder* mediante nuovi canali inaugurati con l'evento "Dillo alla Lombardia"⁽¹⁸⁾ a marzo 2014, ovvero un appuntamento annuale di "tagliando" – come definito dallo stesso Presidente Maroni – dell'operato dei diversi assessorati e rivolto ad un ampio pubblico (tra cui il TS).

I tavoli di consultazione permanente con il terzo settore sono stati mantenuti e, nel corso del quinquennio, si sono anche strutturati in alcuni gruppi di lavoro per affrontare in particolare il tema dell'applicazione della Riforma del terzo settore in Lombardia, ma il giudizio che si può leggere nella relazione conclusiva del gruppo afferente al "Protagonismo del terzo settore"⁽¹⁹⁾ evidenzia una scarsa possibilità di contribuire fattivamen-

⁽¹⁷⁾ Dal 2000 al 2007 si contava un passaggio da 868 a 1.420 cooperative sociali e da 2.831 a 4.326 organizzazioni di volontariato.

⁽¹⁸⁾ Per approfondimenti si veda la pagina del sito regionale:
<http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/istituzione/attivita-istituzionali/comunicazione-istituzionale/dillo-alla-lombardia-2017>.

⁽¹⁹⁾ I documenti del lavoro dei gruppi sono reperibili sul sito del Forum del terzo settore della Lombardia: www.lombardia.forumterzosettore.it.

te poiché il confronto avviene “senza adeguati elementi istruttori e tempi appropriati” circoscrivendo l’interlocuzione ad una mera informativa. Un indebolimento questo che si riscontra anche a livello più generale, nel rapporto con gli enti locali. Conferma ne è che sugli aspetti rilevanti di questa legislatura il coinvolgimento del terzo settore è stato molto debole. L’interlocuzione preliminare all’approvazione alla legge di riforma del sistema sociosanitario (l.r. n. 23/2015) ad esempio – nonostante la sua rilevanza e i lunghi mesi dedicati alla sua gestazione – è stata molto limitata, nulla a che vedere con il percorso di confronto che aveva anticipato la legge sul governo della rete. La stessa approvazione delle varie misure, comprese anche alcune importanti novità come quelle previste dal Reddito di autonomia o le stesse delibere della domanda e dell’offerta in attuazione della riforma della cronicità, sono transitate sempre più attraverso interlocuzioni alla vigilia dell’approvazione in Giunta. O, ancor di più, le linee guida sulla programmazione zonale 2018-20 non hanno visto neanche una presentazione preliminare.

L’impegno prevalente del legislatore sulle riforme varate, da metà legislatura in poi, ha segnato un certo declino. Se questo sia accaduto per scelta specifica o come effetto di un ripiegamento difensivo della struttura regionale, sempre più in difficoltà a gestire una dialettica costruttiva in una fase di rincorsa delle riforme, perché sempre più prossimi alla scadenza del mandato, è difficile dirlo. L’esito, ad ogni modo, è stato una progressiva riduzione della possibilità per il terzo settore di giocare un ruolo utile, in fasi preliminari alla definizione delle scelte attuative, ritornando – come già affermato in riferimento al rapporto con i Comuni – ad un approccio fortemente centralistico in cui la Regione delibera e gli altri attori sociali si trovano ad attuare. Un rapporto certamente lontano dall’affermazione di quel ruolo di soggetto che “concorre alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità d’offerta sociali”, come cita l’articolo 3 della l.r. n. 3/2008. Per altro la stessa legge che disciplina i rapporti tra le parti nel governo della rete, a seguito dell’approvazione della riforma istituzionale, avrebbe dovuto essere rivista ma, a ulteriore conferma che il tema non è mai stato nelle priorità regionali, la legislatura si è conclusa lasciando aperto questo *vulnus*.

Infine, a complicare un'interlocuzione difficile, è intervenuto anche il nuovo assetto assessorile post-riforma che, non riuscendo a realizzare l'obiettivo dell'unico Assessorato, ha finito – nella nuova geografia – per duplicare i riferimenti dei vari soggetti impegnati alla realizzazione del welfare locale. Non più l'Assessorato alla Famiglia, ma uno al Welfare per le materie sociosanitarie e al Reddito di autonomia per i temi sociali, e – per altro – con cambi di guida in corsa⁽²⁰⁾. Questa duplicazione, nonché i passaggi di nomine, non hanno favorito il consolidamento di una proficua relazione con un arretramento complessivo, dal punto di vista della funzione di *advocacy*, rispetto al passato.

Il legislatore, soprattutto in una prima fase, sembra invece aver privilegiato la relazione con le organizzazioni del terzo settore in quanto gestori di servizi, allestendo spazi di confronto tecnico, chiamando il terzo settore a discutere e a confrontarsi su questioni specifiche inerenti alla regolazione del welfare lombardo, e riferendosi dunque ad esso prioritariamente come erogatore, e non nel suo ruolo di rappresentanza istituzionale e di *advocacy*. I gruppi di lavoro congiunti con il tavolo degli enti gestori nel primo biennio sono stati diversi, alcuni di questi caratterizzati anche da un dialogo vivace, ma generalmente giudicato aperto e funzionale alla costruzione di percorsi concertati. Ciò è accaduto ad esempio in riferimento alla revisione degli indicatori di appropriatezza (Monteleone, 2015)⁽²¹⁾ o all'introduzione di un sistema di rating per le RSA (Gollini, 2015)⁽²²⁾, su cui per altro il lavoro di confronto con i soggetti gestori ha talvolta riorientato le scelte attuative regionali, spesso aprendo a periodi di sperimentazione che consentissero di avere concreti elementi di analisi e valutazione a supporto delle scelte intraprese. Anche in merito alla riforma della cronicità l'interlocuzione prevalente è avvenuta a questo livello e non, come detto, al tavolo di consultazione del terzo settore, sebbene su questo fronte le possibilità di incidere siano state decisamente più ridotte.

Che l'asse della legislatura fosse cambiato, più in favore del sostegno alla titolarità pubblica di alcune funzioni, più attento alla presa in carico che

⁽²⁰⁾ *Ad interim* al Presidente Maroni e poi all'Ass. Gallera Assessorato al Welfare; a Gallera e poi all'Ass. Brianza l'Ass. al Reddito di autonomia, con passaggi anche nelle posizioni di direzione generale.

⁽²¹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/06/03/indicatori-di-appropriatezza-il-percorso-di-miglioramento-della-dgr-17672014/>.

⁽²²⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/03/31/vendor-rating-nelle-rsa-a-che-punto-siamo/>.

alla crescita e qualificazione del sistema di offerta e alla promozione del principio di sussidiarietà (aspetto invece centrale nel welfare regionale a guida Formigoni) lo si rintraccia anche nella sostanziale marginalità di specifiche linee di finanziamento dedicate al terzo settore. Praticamente abbandonata la l.r. n. 23/1999 sull'associazionismo familiare, mentre l'integrazione con risorse proprie al Bando volontariato 2018 promosso insieme a Co.Ge. e Fondazione Cariplo, è arrivata solo a fine legislatura (Ghetti, 2017) ⁽²³⁾. Complice certamente anche l'impatto della crisi economico-finanziaria generale che, soprattutto ad avvio di legislatura, ha fatto sentire i suoi effetti concreti, il settore ha visto rallentare la sua crescita.

Tabella 3.1 - Evoluzione di cooperazione e volontariato

	2000	2007	2017
Cooperative sociali	868	1.420	1.906
Organizzazioni di volontariato	2.831	4.236	5.183

Fonte: Bilancio sociale regionale 2009 e dati Forum terzo settore.

3.4. Conclusioni

L'analisi della gestione della *governance* di questa X legislatura mette in evidenza aspetti diversi, con poche luci e molte ombre. Le luci sono riferite all'idea di *governance* istituzionale proposta e alla spinta a rimettere al centro di un sistema di welfare fortemente frammentato il tema dell'integrazione, sia a livello politico-strategico che tecnico-operativo. Le premesse c'erano ed erano buone, sia per quanto riguarda la *governance* istituzionale, che l'integrazione sociosanitaria che quella – giocata su un piano più operativo – con il terzo settore. Purtroppo le buone premesse non hanno retto l'impatto dell'introduzione di una riforma complessiva del sistema arrivata a metà legislatura che, pur continuando a dichiarare i medesimi principi ed obiettivi, si è trovata – paradossalmente – ad essere essa stessa causa del loro boicottaggio. Il mancato presidio dei processi attuativi, poi, ha reso ancor più fragili i percorsi avviati.

⁽²³⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/11/27/bando-volontariato-2018-cosa-ce-davvero/>.

Bibliografia

- AVANZINI K., GHETTI V. (2010), *La programmazione territoriale*, in GORI C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini.
- FOSTI G., NOTARNICOLA E. (2013), *Le linee di indirizzo e la promozione della conoscenza nei territori*, in www.lombardiasociale.it, 21 novembre 2013.
- FOSTI G. (a cura di) (2013), *Rilanciare il welfare locale. Ipotesi e strumenti: una prospettiva di management delle reti*, Egea, Milano.
- GHETTI V. (2013), *Prime attuazioni sul fondo regionale a sostegno della famiglia*, in www.lombardiasociale.it, 30 ottobre 2013.
- GHETTI V. (2013), *Le linee di indirizzo e la promozione della conoscenza nei territori*, in www.lombardiasociale.it, 21 novembre 2013.
- GHETTI V. (2013), *Arrivano le risorse del FNPS. La Regione trasferisce tutto agli ambiti*, in www.lombardiasociale.it, 26 novembre 2013.
- GHETTI V. (2014), *Le linee guida regionali per i nuovi piani di zona*, in www.lombardiasociale.it, 8 gennaio 2014.
- GHETTI V. (2015), *Linee guida regionali ai piani di zona: cosa ne pensano i territori*, in www.lombardiasociale.it, 2 febbraio 2015.
- GHETTI V. (2017), *Nuovi assetti di governance post-riforma: cosa sta cambiando per il sociale?*, in www.lombardiasociale.it, 14 marzo 2017.
- GHETTI V. (2017), *Bando volontariato 2018, cosa c'è davvero di nuovo?*, in www.lombardiasociale.it, 27 novembre 2017.
- GHETTI V. (2018), *Linee guida alla programmazione zonale 2018-2020*, in www.lombardiasociale.it, 3 gennaio 2018.
- GHETTI V. (2018), *I Nodi aperti delle nuove linee guida ai piani di zona*, in www.lombardiasociale.it, 6 gennaio 2018.
- GHETTI V., RANCI ORTIGOSA E. (2010), *Il governo e la governance regionali*, in GORI C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini.
- GIUNCO F., TIDOLI R. (2016), *La presa in carico nei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata in Lombardia – 2*, in www.lombardiasociale.it, 18 maggio 2016.
- GOLLINI E. (2015), *Vendor rating a che punto siamo?*, in www.lombardiasociale.it, 31 marzo 2015.
- GORI C. (2014), *Giunta Maroni: un primo bilancio*, in www.lombardiasociale.it, 6 novembre 2014.
- GUIDETTI C. (2013), *Approvato il nuovo programma di sviluppo*, in www.lombardiasociale.it, 26 luglio 2013.
- MERLO G. (2013), *Welfare sociale e disabilità in Lombardia. Una prudente discontinuità*, in www.lombardiasociale.it, 5 luglio 2013.
- MERLO G. (2015), *Nuovi piani di zona. Cambiamento e ricomposizione: verso quale direzione?*, in www.lombardiasociale.it, 26 gennaio 2015.

- MONTELEONE A. (2013), *Indicatori di appropriatezza: il percorso di miglioramento della d.G.r. 1767/2014*, in www.lombardiasociale.it, 3 giugno 2015.
- MONTELEONE R. (2014), *Dalla “dote welfare” al “budget di salute”, cosa dovrebbe cambiare dal punto di vista delle persone con disabilità?*, in www.lombardiasociale.it, 1 dicembre 2014.
- MOSCHETTI M. (2016), *Sussidiarietà, nuovo welfare e coprogettazione*, in BRUNOD M., MOSCHETTI M., PIZZARDI E. (a cura di), *La coprogettazione sociale*, Erickson, Trento.
- PESENTI L., DE AMBROGIO U. (2009) (a cura di), *Piani di zona in Lombardia. Le sfide della programmazione sociale*, Guerini e Associati, Milano.
- POLIZZI E., BASSOLI M. (2011), *La governance del territorio. Partecipazione e rappresentanza della società civile nelle politiche locali*, Franco Angeli, Milano.
- TIDOLI R., GIUNCO F. (2012), *ADI, un’analisi degli obiettivi di riforma e dei relativi strumenti*, in www.lombardiasociale.it, 24 febbraio 2012.
- VITALE T., TAJANI C. e POLIZZI E. (2013), *Programmare i territori del welfare. Attori, meccanismi ed effetti*, Carocci, Roma.

PARTE SECONDA
Gli interventi per aree di utenza

4. Gli anziani non autosufficienti

Fabrizio Giunco, Cristiano Gori e Rosemarie Tidoli

La rete lombarda dei servizi per gli anziani rimane, nella sua impostazione complessiva, quella delle legislature precedenti e, sotto molti versi, si rifà ancora alla riforma introdotta nel 1987. L'affermazione può sembrare paradossale, se si considerano i cambiamenti intervenuti da allora: basti pensare alla progressiva trasformazione del profilo degli anziani assistiti, con le sue molteplici conseguenze per le Unità di offerta (UdO) tradizionali, all'aumento nella copertura dell'utenza, alla nuova attenzione alla qualità, alla sperimentazione e introduzione d'interventi innovativi. Nel corso del tempo, in effetti, ha visto la luce una produzione normativa piuttosto ampia.

Il punto, però, non è questo. Il nocciolo della questione è che, malgrado gli innumerevoli atti, non si è agito sul disegno del sistema che, nelle sue linee chiave, è rimasto invariato. Il riferimento fondamentale per la struttura delle principali UdO sociosanitarie e sociali resta infatti la d.G.r. n. 4871/1987 che vara il PSSR (Piano socio-sanitario regionale) 1988-90. Da qui deriva il loro assetto d'insieme, completato poi dalle normative di accreditamento dei primi anni 2000. L'impianto complessivo dei servizi tradizionali, però, mantiene ancora oggi caratteri tipici della cultura gerontologica degli anni '90; le modifiche successive hanno riguardato perlopiù aspetti amministrativi e di assetto istituzionale. I "nuovi" temi (residenzialità intermedia, domiciliarietà integrata, servizi di prossimità), infatti, non fanno ancora definitivamente parte del sistema a regime. Manca, inoltre, in tutta l'azione di governo, una solida previsione demografica da cui partire per tracciare le linee di sviluppo per i prossimi dieci o venti anni: i trend demografici attesi per il futuro, anche prossimo – mostrati nell'appendice di questo capitolo – ne indicano invece l'assoluta necessità.

Occorrerebbero, dunque, una programmazione pluriennale, investimenti economici ed un'adeguata modellizzazione adeguata dei possibili scenari futuri. Nella X legislatura – una delle più ricche in assoluto di atti legislativi – si è invece realizzato un ricorrente rimaneggiamento della struttura normativa preesistente. Ciò è avvenuto tanto attraverso la riforma del sistema

sociosanitario (l.r. n. 23/2015) quanto con le annuali delibere delle regole e con numerose altre su regolazione amministrativa, vigilanza e controllo. Si è così formato un gravoso retroterra normativo che non sempre evidenzia una coerente logica d'insieme e rende difficile agli attori coinvolti sia la completa decodifica dei reali obiettivi dei decisori, sia la loro piena applicazione.

Va invece sottolineato come la X legislatura si sia posta, sin da subito, principi e obiettivi normativi di alto livello, che poggiano su riferimenti culturali e scientifici validi e innovativi. Tra quelli più rilevanti per gli anziani si ricordano la presa in carico della persona, il rafforzamento dell'integrazione tra sociale e sanitario e lo sviluppo di una rete d'offerta più ampia, flessibile e rimodulata sulle esigenze degli interessati e dei loro familiari (cfr. cap. 1). Il dichiarato legislativo, tuttavia, non è stato accompagnato da strumenti adeguati, indispensabili per attuarlo efficacemente, e non ha quindi alterato il disegno complessivo del sistema: come si mostrerà nel capitolo, infatti, la sua traduzione nella pratica è stata riduttiva o contraddittoria, restando così a livello di enunciazione.

La vera eredità della legislatura, quanto ad impostazione complessiva delle politiche di welfare, consiste in una maggior centralità sanitaria. Si tratta, peraltro, di un cambiamento profondo, che continuerà a produrre effetti nel tempo. La l.r. n. 23/2015, non a caso, sembra puntare ad estendere anche alle cure territoriali il tradizionale modello di approccio clinico e specialistico di derivazione ospedaliera. La crescente sanitarizzazione del sistema sociosanitario e sociale è stata ulteriormente accentuata dall'accorpamento, previsto sempre dalla sopracitata legge n. 23, dei due Assessorati alla sanità ed alla famiglia nell'unico Assessorato al Welfare, che di fatto ha portato la cultura della sanità acuta ad imporsi su quella sociosanitaria.

Un chiaro sintomo di questa "serpeggiante" sanitarizzazione è la tendenza a scambiare le politiche rivolte agli anziani non autosufficienti con quelle per i malati cronici, i quali – però – non presentano le esigenze di assistenza continuativa (*long-term care*) dei primi. Lo si comprende bene nella riforma sulla presa in carico della cronicità: nonostante quest'area sia composta in larga parte da anziani o grandi anziani con ridotta o nulla autosufficienza, la normativa non dà priorità alle difficoltà delle famiglie nella gestione quotidiana della loro assistenza (o alla fragilità e alla vulnerabilità di quelli soli) ma si concentra sui consumi sanitari correlati alle malattie croniche più diffuse⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Le relative (d.G.r. n. 6164/2017, n. 6551/2017 e n. 7038/2017), pur riferendosi a principi evoluti (priorità della persona, superamento dell'attenzione alla sola offerta, con-

L'invecchiamento, dunque, fatica ad essere percepito come un processo continuo caratterizzato dall'intreccio e dall'interazione di numerose variabili esistenziali, sociali, economiche, funzionali e di salute. In controtendenza rispetto alle indicazioni ormai consolidate provenienti dal dibattito internazionale, la legislazione continua a proporre la malattia come chiave di lettura dei bisogni della vecchiaia, i setting ospedalieri quale osservatorio privilegiato della domanda – a scapito del territorio – e il tradizionale metodo clinico come standard di riferimento per progettare, coordinare e regolare l'erogazione dei servizi.

4.1. L'offerta di servizi e interventi

Come si presentava l'offerta di servizi ed interventi per anziani in Lombardia nel 2012, prima dell'inizio della X legislatura? Il confronto con le Regioni comparabili, quelle del centro-nord a statuto ordinario, ci restituisce un quadro di continuità con quanto già rilevato in passato (Gori, a cura di, 2010): la percentuale di anziani in strutture residenziali risultava allora particolarmente elevata, ben al di sopra della media (superata dal solo Veneto⁽²⁾) mentre quella di utenti in ADI assai ridotta, nettamente al di sotto⁽³⁾ (Barbabella *et al.*, 2017). Tale scenario era confermato dai dati sulla spesa sociosanitaria per anziano: il valore complessivo si collocava tra i più alti, seppure superato da Veneto ed Emilia-Romagna, mentre la composizione segnalava, comparativamente, una quota di risorse destinate alla residenzialità più alta rispetto a tutte le altre Regioni del centro-nord (Pelliccia, 2017). Vediamo ora, pur con i limiti dovuti alle scarse informazioni disponibili, quali cambiamenti sono avvenuti nella X legislatura.

4.1.1. Il positivo maggior investimento sull'ADI

Il punto da cui partire è che il periodo esaminato ha visto una notevole crescita dei finanziamenti destinati alla domiciliarità, come mostrato nel ca-

tinuità di cura, medicina proattiva e d'iniziativa), si sono limitate ad affrontare il tema della cura clinica delle malattie croniche più diffuse con strumenti tradizionali: farmaci, prestazioni diagnostiche, visite specialistiche, protocolli specificamente sanitari. Le risposte sociali e sociosanitarie sono decisamente in secondo piano, se non assenti.

⁽²⁾ Ci si riferisce all'indicatore della copertura di posti equivalenti ogni 1.000 anziani.

⁽³⁾ Il paragrafo considera esclusivamente i servizi sociosanitari, gli unici per i quali sono rintracciabili alcune informazioni che permettano di monitorare l'evoluzione delle politiche regionali nel corso del tempo.

pitolo 2. La spesa per la domiciliarità sociosanitaria, infatti, è salita da 98,9 milioni (2012) a 154,9 (2017), dei quali 124,9 per l'ADI mentre i rimanenti 30 per la residenzialità aperta. Si tratta di una tendenza al rafforzamento cominciata alla fine della precedente legislatura e accentuatasi particolarmente nella X. Per quanto riguarda la percentuale di utenti anziani, il flusso informativo SIAD del Ministero della salute, che consente di seguirne il percorso dal 2012 al 2016, mostra la crescita della percentuale lombarda da 1,39% a 3%. Se, dunque, il valore lombardo si presenta ancora inferiore a quelli delle Regioni comparabili che primeggiano quanto a diffusione del servizio, rispetto all'inizio del periodo si è avuto un notevole recupero, che ha ridotto la distanza in misura significativa.

Nel medesimo flusso informativo, l'intensità è calcolata attraverso un coefficiente d'intensità assistenziale (CIA), risultato del rapporto tra le giornate di effettiva assistenza (o GEA, giorni in cui il paziente ha ricevuto gli accessi domiciliari) e le giornate di cura (o GDC, durata della presa in carico)⁽⁴⁾. Rispetto a questo indicatore il dato lombardo è sostanzialmente in media con quello delle Regioni comparabili. Quello sul CIA, peraltro, è un dato da leggere con cautela. Come si vedrà nel par 4.4.2, infatti, la Lombardia evidenzia un problema comune nel nostro Paese, quello di garantire un'intensità troppo bassa degli interventi per rispondere alle effettive esigenze della popolazione. Non dimeno, altri dati presentati dalla Regione – sempre riferiti al 2016 – indicano come l'ADI lombarda raggiunga popolazioni più complesse e gravi di quelle medie europee (Daverio, 2017): la complessità assistenziale non sempre è rappresentabile esclusivamente dal CIA⁽⁵⁾. Sembra quindi emergere una contraddizione tra questa alta complessità e le scarse risorse disponibili, che costringe a offrire risposte prevalentemente prestazionali anziché una presa in carico multiprofessionale complessiva del bisogno (cfr. tab. 4.1).

⁽⁴⁾ Dall'analisi vengono esclusi gli interventi estemporanei/prestazionali.

⁽⁵⁾ La complessità del caso è legata anche al bisogno socioassistenziale, mentre l'ADI in Lombardia risponde al solo bisogno clinico. Inoltre, la CIA segnala l'avvenuto accesso ma non ne esamina la durata: com'è noto, la brevità degli accessi è un problema che si ritrova spesso nella nostra Regione (cfr. par. 4.4.2).

Tabella 4.1 - Anziani utenti ADI, % popolazione 65+, anni vari e valore medio CIA, 2016, Regioni del centro-nord a statuto ordinario

Regione	Utenti – 2012	Utenti – 2016	CIA media ⁽⁶⁾ – 2016
Piemonte	1,94	3,2	0,41
Lombardia	1,39	3	0,42
Veneto	1,99	4,2	0,36
Liguria	2,44	3,4	0,37
Emilia-Romagna	3,38	4,2	0,36
Toscana	0,37	3,6	0,39
Umbria	1,1	2,3	0,39
Marche	1,14	2,1	0,37
Lazio	0,93	0,3	0,38

Fonte: dati SIAD pubblicati nei Rapporti LEA Ministero della salute e, per l'anno 2016, in Italia Longeva, 2017.

Per quanto riguarda la misura “RSA aperta”, i beneficiari sono passati dai 9.017 del 2015 agli 11.836 del 2016 ai 9.842 del primo semestre 2017 ⁽⁷⁾. Quest’esperienza ha prodotto esiti positivi sotto molteplici aspetti, ma ha sofferto il limite di fondo di non aver prodotto alcun cambiamento strutturale nell’offerta e di non aver portato alla messa a regime di alcun nuovo servizio/UdO (cfr. par. 4.3.2).

4.1.2. Le RSA sotto pressione

I finanziamenti delle RSA sono aumentati da 854,6 milioni di euro (2012) a 879,7 (2017), con un incremento percentuale del 2,9% (cfr. cap. 2). Questa contenuta crescita di risorse è stata destinata ad ampliare i posti a cui è possibile accedere con contributo del SSR, portandoli da 57.483 (2012) a 57.874 (2017). In termini percentuali, dato l’aumento della popolazione anziana, ciò si è tradotto in una leggera diminuzione della percentuale raggiunta, scesa dal 2,85% al 2,74% degli ultrasessantacinquenni. In un periodo nel quale in gran parte d’Italia i posti letto in rapporto alla percentuale di anziani non sono cresciuti (e spesso si sono ridotti), in chiave comparativa – nonostante

⁽⁶⁾ Per la metodologia di calcolo del valore medio CIA si veda Pelliccia, 2017.

⁽⁷⁾ Fonte: d.G.r. n. 7769/2018.

la mancanza di analisi aggiornate in proposito – questi dati riconfermano la Lombardia come una delle Regioni con la maggiore copertura.

Il nodo critico del periodo esaminato ha riguardato, invece, l'intensità della risposta assicurata dal SSR ad ogni utente. Come approfondito nel par 4.4.3, infatti, la sostanziale immutabilità dal 2008-2010 della quota sanitaria, il finanziamento medio per giornata assicurato dalla Regione attraverso la classificazione SOSIA, ha prodotto significative conseguenze. Tale finanziamento ammonta a 40 euro per giornata: si tratta di una cifra inadeguata ad offrire un'assistenza di qualità, non a caso inferiore alla media del centro-nord oltretutto decisamente lontana, ad esempio, dai valori di Emilia-Romagna e Toscana (> 60€) (Pelliccia, 2017). L'esiguità della quota sanitaria, inoltre, ha spinto la crescita di quella sociale, quasi interamente a carico delle famiglie, determinando problemi di sostenibilità per molti nuclei.

4.1.3. *Il quadro d'insieme*

Nel periodo in questione sembrano emergere tre tendenze principali. Primo, il sistema lombardo migliora la copertura percentuale complessiva della popolazione di riferimento, affiancando l'incremento dell'ADI al dato tradizionalmente elevato in materia di residenzialità. Secondo, per ogni tipologia di servizio diventa sempre più critico il tema dell'intensità, cioè dell'ampiezza delle risposte fornite agli utenti. Terzo, rimane inaffrontato il nodo dell'assenza di forme intermedie di risposte tra ADI e RSA, dal momento che i vari percorsi sperimentali attivati non hanno portato alla messa a regime di nuove unità di offerta.

4.2. **L'articolazione della rete**

Per quanto riguarda l'articolazione della rete di risposte, nella X legislatura l'amministrazione ha opportunamente deciso di agire sulle tradizionali aree di criticità della Lombardia, il ridotto investimento sulla domiciliarità e la carenza di soluzioni intermedie tra la stessa e la residenzialità tradizionale (RSA). In termini di stanziamenti economici – come si è visto – i risultati sono positivi. Il giudizio cambia, invece, se si considerano i modelli d'intervento messi in campo.

4.2.1. *L'ADI: risorse nuove, modello antico*

Il modello di erogazione dell'ADI, infatti, resta quello tradizionale, poco idoneo ad affiancare le famiglie con interventi di supporto coerenti con

i bisogni della disabilità cronica e progressiva dell'età anziana. Più che un servizio di assistenza integrata, l'ADI lombarda conferma la sua natura soprattutto mono-professionale, infermieristica o riabilitativa. Interviene sulle conseguenze più immediate delle malattie (lesioni da decubito, gestione di cateteri e accessi venosi, riabilitazione successiva a cadute o ricoveri), ma non sulla presa in carico complessiva della fragilità e della non autosufficienza. L'offerta, inoltre, è basata su un numero limitato di accessi riguardanti soprattutto prestazioni singole e circoscritte. Ugualmente non viene risolto il problema delle divisioni fra interventi sociosanitari (ADI) e sociali (SAD), che continuano ad operare su binari paralleli senza una reale integrazione. L'ADI conserva, nei fatti, l'assetto conseguente alla riforma del 2003, fondato su un'impostazione sostanzialmente prestazionale (Gori, 2005). Infatti, gli atti emanati nel periodo esaminato, così come nella precedente legislatura, hanno per lo più introdotto ulteriori riferimenti normativi ed amministrativi, senza tuttavia incidere sul modello d'intervento⁽⁸⁾.

Paradigmatico, in proposito, è il nodo cruciale della presa in carico. Se l'accompagnamento all'utente nelle varie fasi del suo percorso nella complicata rete dei servizi rappresenta, da sempre, uno dei punti più deboli dell'intero welfare italiano, la situazione lombarda in proposito è – tradizionalmente – particolarmente critica. La nostra Regione sconta, infatti, un lungo periodo di esplicito disinvestimento in materia, dalla fine degli anni '90 all'attuale legislatura. Nello specifico, dall'inizio degli anni 2000 si è assistito a una "de-regolazione" della funzione di presa in carico da parte dei servizi pubblici, sancita appunto dalla menzionata riforma dell'ADI del 2003; successivamente, l'emergere di varie criticità aveva indotto i decisori della IX legislatura a mettere in discussione quest'impostazione e ad orientarsi verso l'assunzione di competenze pubbliche di regolazione del percorso dell'utenza nei servizi (cfr. cap. 1). Su tale obiettivo, rimasto sostanzialmente sul piano del dichiarato nel corso dell'ultima Giunta Formigoni, si è subito concentrata l'attenzione della X legislatura. Purtroppo, tutto ciò – lodevolmente espresso a livello di intenzioni a partire dalla d.G.r. n. 116/2013 – sembra restare sulla carta, non essendo stati previsti strumenti adeguati per la sua concretizzazione.

⁽⁸⁾ Nel gennaio 2018, a meno di due mesi dalle elezioni regionali, è stata emanata una delibera, la d.G.r. n. 7770/2018, che riorganizza radicalmente l'ADI apportando diverse novità, tra le quali un diverso sistema di profilazione e tariffazione. La normativa prevede un periodo di osservazione di sei mesi a partire da gennaio 2018, dopo il quale verrà valutato se apportare delle modifiche. Solo nella XI legislatura, dunque, si potrà capire se, e quali, saranno le concrete ricadute di tale delibera.

L'introduzione del sistema VAOR Home Care – andata a regime nel 2014 – avrebbe potuto modificare quest'impostazione. Inter-Rai/VAOR nasce infatti come modello di valutazione multidimensionale preliminare e di supporto alla costruzione di progetti organici di presa in carico, orientati verso le diverse necessità di persone e famiglie raccolte nella fase valutativa. Questa potenzialità ha trovato, tuttavia, un limite nell'adozione circoscritta alla sola erogazione ADI (Guidetti, 2014)⁽⁹⁾. Tale scelta ha comportato che, nonostante il valutatore pubblico disponesse di uno strumento adatto a rilevare le differenti articolazioni del bisogno (debolezza sociale e delle reti di sostegno, obiettivi di vita, funzionalità, fragilità, rischi, comorbidità), le risposte garantite fossero prestazionali, indirizzate solo ad una parte di bisogni e prevalentemente confinate entro i vincoli di budget (Giunco, Tidoli, 2016b)⁽¹⁰⁾.

Il VAOR rappresenta il golden standard dei sistemi di VMD di terza generazione, sviluppati per essere utilizzati come strumenti di governo della rete dei servizi, di orientamento della popolazione verso unità d'offerta appropriate e di definizione tariffaria (Brizioli, 2013)⁽¹¹⁾. Si tratta di uno strumento costoso e complesso, che per le sue caratteristiche è più idoneo a governare un intero sistema piuttosto che un singolo servizio/UdO (Guidetti, 2014): era inevitabile, quindi, che i risultati della sua adozione per la sola ADI fossero limitati. Infatti il VAOR viene usato, ma in molti territori si affianca agli eterogenei strumenti di valutazione che la regolazione locale impone agli erogatori e non sembra influenzare sostanzialmente la progettazione dei profili voucher. Come un focus group di erogatori ADI organizzato da Lombardiasociale ha evidenziato, questa progettazione sembra guidata soprattutto da obiettivi economici e di rispetto dei budget, gestiti con criteri diversi nei diversi territori (Giunco, Tidoli, 2016a e b). Nell'insieme, quindi, il VAOR non ha risolto né il problema della disomogeneità applicativa dell'ADI a livello

⁽⁹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2014/01/16/si-alla-vaor-ma-con-cautela/>.

⁽¹⁰⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/05/18/la-presa-in-carico-nei-servizi-di-assistenza-domiciliare-integrata-in-lombardia-2/>.

⁽¹¹⁾ Si affiancano, quindi, a scale di valutazione progettate per essere integrate in complessi algoritmi di calcolo, che generano profili di salute, di funzionalità e di rischio; questi profili sono collegati a linee guida di buona pratica clinica, utili a identificare gli obiettivi dei piani di cura oltre al case-mix professionale e l'intensità assistenziale necessaria per raggiungerli. L'indicatore sintetico finale (Resource Utilization Group, RUG) identifica dunque sottogruppi di popolazione omogenei per fabbisogno assistenziale, espresso in minuti di assistenza e suddivisi nelle diverse professionalità, necessari al raggiungimento degli obiettivi di cura.

territoriale – così differente nelle diverse declinazioni locali da indurre a definirla “un modello senza modelli” (Giunco, Tidoli, 2016b) – né quello della ricomposizione in un unico piano di cura delle molteplici risposte domiciliari (ADI, RSA aperta, SAD).

Come in passato, in assenza di una presa in carico globale e del generalizzato intervento di un case manager che riconduca i vari interventi di cui la persona usufruisce a un progetto unitario e personalizzato, le famiglie continuano ad affidarsi a soluzioni auto-gestite. Carente appare anche la funzione di informazione e orientamento per l'accesso ai servizi, alla quale, non di rado, provvedono ancora gli erogatori (Tidoli, 2017b) ⁽¹²⁾. Il risultato è che, oggi come ieri, la mancanza di un sistema organico, in grado di accompagnare gli anziani attraverso le varie fasi della vecchiaia, obbliga le famiglie a restare “case manager di sé stesse” (Giunco, 2010).

4.2.2. *L'apertura delle RSA al territorio: un percorso fecondo, ma privo di approdo*

In questo scenario, il percorso compiuto in materia di residenzialità è stato profondamente innovativo. Qui il decisore ha scelto di flessibilizzare le RSA tradizionali con una rimodulazione che ne ha promosso l'evoluzione da unità di offerta statica a centro di erogazione multiservizi aperto al territorio. Soprattutto la misura RSA aperta ⁽¹³⁾, che ha previsto l'erogazione flessibile di un notevole ventaglio di risposte alle famiglie di anziani con demenza o grave disabilità, ha centrato gli obiettivi. Sviluppata dall'esperienza della d.G.r. n. 856/2013 (Giunco, 2014) ⁽¹⁴⁾, la misura ha saputo identificare un modello efficace di supporto, gradito a famiglie ed erogatori, che ha conosciuto un successo innegabile, confermato dalla rapida crescita della domanda e delle persone raggiunte. Questo buon esito ha però generato crescenti preoccupazioni da parte del legislatore regionale, alle prese con un imprevisto aumento dei budget assorbiti da ASL/ATS ed erogatori. Di conseguenza, verso fine legislatura la Regione ha limitato la possibilità di attivare il servizio.

⁽¹²⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/06/26/la-rete-dei-sostegni-alla-domiciliarita-lombardia-3/>.

⁽¹³⁾ Introdotta in modo sperimentale con la d.G.r. n. 856/2013, successivamente riformata con la d.G.r. n. 2942/2014, si è rapidamente diffusa in tutti i territori della Regione.

⁽¹⁴⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2014/01/13/residenzialita-leggera-e-rsarsd-aperte-possibili-opportunita-e-insidie-da-evitare/>.

Sia la d.G.r. n. 856/2013 che la d.G.r. n. 2942/2014 hanno previsto una seconda forma di rimodulazione della residenzialità, la misura di Residenzialità leggera. Si tratta di un voucher di sostegno alle tariffe di interventi preesistenti a prevalente impostazione abitativa, non sempre coerenti fra di loro⁽¹⁵⁾. Al proposito, infatti, va sottolineato che anche la X legislatura non ha ritenuto di introdurre nel sistema regionale nuovi modelli di residenzialità non istituzionale, alternativi o complementari alla tradizionale offerta della RSA e dei servizi domiciliari. Queste soluzioni, al contrario, sono ampiamente diffuse negli altri sistemi europei e nordamericani, dove i servizi abitativi per la vita indipendente e assistita rappresentano ormai il primo pilastro delle reti di sostegno alla vecchiaia (Giunco, Costa, Predazzi, 2014), complemento cruciale dei nuovi modelli di domiciliarità globale.

In sintesi: l'obiettivo di ripensare il modello delle RSA, diversificandolo e sfruttandone le competenze per sostenere la domiciliarità degli anziani, è parso da subito interessante; sulle nuove opportunità promosse dalla normativa si è molto discusso e concretamente sperimentato. Tuttavia, sia la RSA aperta sia la Residenzialità leggera sono rimaste interventi temporanei e di natura sperimentale, la cui stessa permanenza è da confermare di anno in anno. Il percorso compiuto sulla residenzialità, dunque, è restato senza approdo poiché nel corso della legislatura non si è arrivati ad alcun cambiamento duraturo né alla messa a regime di alcun nuovo servizio/UdO⁽¹⁶⁾.

Di altro tenore è il giudizio sulle misure B1 e B2. La seconda, destinata a persone in condizioni di non autosufficienza e grave disabilità assistite al domicilio, è quella maggiormente utilizzata dagli anziani; prevede la corresponsione di buoni (trasferimenti monetari aperti) o voucher (utilizzabili per acquistare servizi o prestazioni) fino a euro 800 mensili. La modalità prevalentemente adottata dagli enti locali è quella dei buoni (il 68% degli interventi erogati sono principalmente contributi per il caregiver familiare) (Merlo,

⁽¹⁵⁾ I voucher previsti dalla d.G.r. n. 2942/2014, infatti, possono essere erogati a anziani residenti in più unità d'offerta già attive: alloggi protetti *ex* d.G.r. n. 11497/2011, case albergo *ex* PSSR 1988-90, sperimentazioni *ex* d.G.r. n. 3239/2012, uso di posti letto di RSA abilitati all'esercizio ma non accreditati o contrattualizzati.

⁽¹⁶⁾ Una serie di delibere in tal senso è stata emanata nelle ultime settimane di mandato. Dato il periodo, sono da considerare con estrema cautela: il loro effettivo significato potrà essere compreso solo nella XI legislatura. Per approfondimenti si veda: <http://www.lombardiasociale.it/2018/02/06/raffica-delibere-fine-legislatura/>.

Melzi, 2018) ⁽¹⁷⁾. Il fenomeno era già emerso negli anni passati con la stessa B2 nonché in precedenza, dopo l'introduzione dei titoli sociali in Lombardia (Tidoli, Marotta, 2011). I buoni vengono preferiti sia dagli utenti che dagli enti: distribuire contributi economici è più veloce e semplice che erogare voucher vincolati all'acquisto di prestazioni, che richiedono un gravoso lavoro amministrativo e burocratico. Per contro, questa logica sottende che la non autosufficienza continui ad essere una vicenda privata delle famiglie.

4.2.3. *Il puzzle del territorio*

RSA aperta, residenzialità leggera, misure di natura economica: grazie a questi interventi, nonostante le criticità evidenziate, alla conclusione del quinquennio di legislatura il ventaglio dei sostegni lombardi alla domiciliarità degli anziani risulta innegabilmente più ampio e ricco di prima ⁽¹⁸⁾. Tuttavia, la maggior offerta fatica a ricomporsi in uno scenario omogeneo. Da una parte, permane un'estrema eterogeneità territoriale. Dall'altra, il quadro delle risposte fornite in ogni territorio è sempre più frammentato, basti pensare all'assistenza domiciliare socioassistenziale, in precedenza erogata dai soli Comuni; a causa della frequente sovrapposizione/contiguità applicativa di SAD comunale, RSA aperta e ADI, il servizio è ora attivabile con attori, risorse e modalità molteplici (in certi territori fino a 6 o 7) ⁽¹⁹⁾, confuse e difficili da interpretare per gli stessi operatori. Si è così andato delineando un grande puzzle (Tidoli, 2017a) ⁽²⁰⁾ nel quale i bisogni degli anziani fragili non vengono presi in carico nella globalità del loro contesto di vita ma frammen-

⁽¹⁷⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2018/02/07/fna-soldi-non-bastano-mai/>.

⁽¹⁸⁾ A supporto della domiciliarità sono oggi disponibili 6 o 7 varianti del servizio di assistenza domiciliare, consegne a domicilio, accompagnamenti assistiti, custodi sociali, ADI, ADI riabilitativa ed erogazione riabilitativa domiciliare *ex art.* 26, ADI post-acuta, cure palliative domiciliari, RSA aperta, misure economiche, progetti speciali (minori, demenza, nutrizione e ventilazione meccanica), sperimentazioni per pazienti complessi e altro ancora.

⁽¹⁹⁾ A titolo di esempio è possibile citare: SAD con risorse dirette dei Comuni; SAD di ambito territoriale con risorse e regole del Fondo non autosufficienza, SAD con fondi e regole del Reddito di autonomia, SAD con fondi INPS e regole Home Care Premium, SAD attivato nell'ambito dell'ADI da operatori del servizio fragilità, SAD attivato nell'ambito delle sperimentazioni di residenzialità aperta da operatori del servizio fragilità, ecc. Per approfondimenti si veda: <http://www.lombardiasociale.it/2016/05/06/il-sad-anziani-il-punto-di-vista-dei-comuni/>.

⁽²⁰⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/04/26/il-grande-puzzle-del-sad-lombardo-1-parte/>.

tati in sottogruppi: ognuno è contraddistinto da specifici e differenti criteri (prevalentemente guidati da variabili sanitarie) che ne determinano l'inclusione/esclusione rispetto a un determinato beneficio. Spicca l'assenza di un soggetto istituzionale con una visione complessiva, incaricato di ricondurre i vari tasselli ad un progetto unitario evitando sprechi di risorse, di tenere la regia del caso e di costituire un punto di riferimento continuato nel tempo per la famiglia: il case manager (cfr. par. 4.2.2).

4.3. Le ricadute su utenti e famiglie

Oltre a quelle riguardanti la presa in carico, discusse sopra, è possibile – con le informazioni disponibili – cogliere altre ricadute delle politiche regionali sulle condizioni di utenti e famiglie. Esse toccano tre diverse dimensioni delle risposte fornite: la qualità, l'intensità e la ripartizione del loro costo.

4.3.1. *I passi in avanti nella misurazione della qualità*

Nella X legislatura sono stati realizzati importanti miglioramenti nella misurazione di qualità e appropriatezza in tutte le tipologie d'offerta socio-sanitarie (residenziali, domiciliari, diurne). In precedenza, gli erogatori erano chiamati a rispettare soprattutto standard strutturali e procedurali minimi, necessari per conformarsi alle norme di abilitazione all'esercizio, di accreditamento e di contrattualizzazione. Soddisfatti questi requisiti, la libertà di erogazione era notevole e i controlli indirizzati solo alla verifica del loro mantenimento nel tempo. La d.G.r. n. 1765/2014 ha invece introdotto una nuova metodologia, orientata a definire criteri oggettivi – declinati in check list specifiche per i diversi servizi/UdO – per la verifica dell'appropriatezza dei processi di cura documentati nel FASAS individuale ⁽²¹⁾.

⁽²¹⁾ Il sistema di controllo definito dalla d.G.r. n. 1765/2014 misura completezza del FASAS, qualità documentale, tracciabilità degli interventi, coerenza fra valutazione multidimensionale, PI/PAI e interventi registrati nel FASAS, adeguatezza delle prestazioni erogate rispetto ai profili di salute e di rischio degli utenti in carico, il trattamento della demenza, la programmazione di attività motorie individualizzate, la presenza di un rappresentante legale formalizzato per le persone con demenza grave. I dati diffusi periodicamente dalle ASL/ATS hanno evidenziato il graduale miglioramento dei risultati, oltre alla ricorrenza o maggiore difficoltà dei gestori rispetto ad alcune aree. Durante i controlli di appropriatezza, le équipe di vigilanza analizzano con grande attenzione la documentazione raccolta nei FASAS, utilizzando check list di controllo standardizzate e particolarmente analitiche. I dati so-

I risultati sono stati complessivamente positivi. Infatti, la d.G.r. n. 1765 ispirata agli standard di buona pratica gerontologica, ha promosso lo sviluppo della qualità assicurata da parte degli erogatori. Ha anche migliorato il sistema di vigilanza, rendendo disponibili ad ATS e Regione flussi sistematici di dati sulla qualità dell'erogazione⁽²²⁾. Con il nuovo sistema, nondimeno, il PAI non è più una declinazione generica di obiettivi, ma un vero e proprio impegno assunto verso pazienti e famiglie.

Non sono però mancate le criticità, a partire dal notevole impegno necessario per rendicontare la qualità, percepito negativamente da enti e operatori⁽²³⁾ (cfr. par. 4.5.2). Inoltre, emerge una discrepanza fra la quantità e la qualità degli interventi che la d.G.r. n. 1765/2014 richiede e quelli che la Regione è concretamente disposta a remunerare. La normativa dell'accreditamento, infatti, fa ancora riferimento a standard e tariffe di minima, compatibili con standard basilari di assistenza; al contrario, la d.G.r. n. 1765 prevede – giustamente – livelli di qualità superiore, che tuttavia non vengono sostenuti in modo proporzionale dal sistema tariffario. Enti ed erogatori (cfr. par. 4.5.2) si trovano così fra l'incudine e il martello, "schiacciati" dalla diversità applicata dalla Regione stessa tra i livelli di qualità richiesti e quelli effettivamente finanziati.

È ancora assente, invece, una rilevazione sistematica dei risultati ottenuti dai diversi servizi/UdO: sono paradigmatici due esempi relativi all'ADI. Da un lato, il servizio dovrebbe sostenere persone e famiglie per ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati o ripetuti. Dall'altro, visto che le lesioni da

no riassunti in uno score percentuale del rapporto fra indicatori soddisfatti, insoddisfatti o non pertinenti e i risultati immediatamente restituiti agli enti e servizi soggetti a controllo. Il controllo viene superato se l'indicatore sintetico riassuntivo è uguale o superiore al 95%. Valori inferiori possono esporre l'ente gestore a sanzioni, sospese nella fase di avvio del sistema, mentre la discussione fra équipe di controllo e referenti dei servizi favorisce una ragionevole crescita dell'attenzione alla qualità e appropriatezza degli interventi.

⁽²²⁾ Essi sono: prevalenza della contenzione, della malnutrizione, della tutela legale delle persone non competenti, dell'attenzione al sintomo dolore, di interventi specifici sulla demenza e sulle capacità motorie). Si tratta tuttavia di una misura indiretta perché si riferisce più alla qualità documentale che all'efficacia reale degli interventi sugli utenti. Ad esempio, non valuta i motivi di una elevata prevalenza di lesioni da decubito o la qualità concreta dell'azione infermieristica, quanto il fatto che le strutture dispongano di buone procedure, rilevino sistematicamente il rischio di decubiti con scale appropriate e traccino nei diari e nelle schede di monitoraggio gli interventi effettuati.

⁽²³⁾ Anche i controlli, lunghi e laboriosi, hanno messo a dura prova la pazienza di équipe di controllo e degli operatori degli enti (Giunco, 2016b).

decubito rappresentano una delle casistiche più frequenti, dovrebbe essere in grado di garantire la guarigione in tempi coerenti con gli standard di buona pratica. In mancanza di dati in materia – tassi di ospedalizzazione e tassi di guarigione delle lesioni da decubito – è difficile comprendere se questi risultati siano stati raggiunti e, in caso negativo, se questo dipenda da limiti del modello di erogazione, dalla ridotta intensità assistenziale o da responsabilità applicative di erogatori e operatori. Il rischio di assegnare troppo spazio alla misurazione dei processi e dell’appropriatezza a discapito di quella degli esiti, d’altra parte, riguarda tutti i servizi.

4.3.2. *La crescente distanza tra i bisogni degli utenti e le risposte ricevute*

La X legislatura è stata segnata da tensioni sempre maggiori nella dinamica tra i bisogni degli utenti anziani e le risposte fornite. Nei servizi domiciliari, SAD e ADI, come già accennato (cfr. par. 4.2) spesso gli interventi hanno un’intensità troppo bassa (due/tre accessi settimanali di un’ora o anche meno) per incidere realmente sulle necessità riscontrate, garantendo una presa in carico complessiva del bisogno e risultati coerenti con le attese di anziani e famiglie. In particolare, le famiglie faticano a comprendere per quali ragioni gran parte delle loro esigenze non riceva un supporto adeguato dai servizi pubblici. La medesima discrepanza si ritrova – come si vedrà più avanti – nelle RSA, dove è diffuso il senso di impotenza e demotivazione di équipe che devono confrontarsi con popolazioni complesse e familiari esigenti in presenza di tempi e risorse limitate. Lo stesso succede per gli interventi innovativi: ad esempio, la maggior parte degli accessi della misura RSA aperta ha riguardato bisogni circoscritti (bagno assistito o l’assistenza all’igiene personale) mentre sono state ben poco sfruttate le competenze professionali più qualificate, benché previste (terapia occupazionale, addestramento dei *caregiver*, supporto psicologico). È dunque palese l’aumento della distanza fra la domanda effettiva e la qualità e quantità delle prestazioni erogate. Le istituzioni, chiamate a fare i conti con disponibilità di risorse contenute, si trovano costrette ad utilizzare in modo riduttivo i servizi esistenti, con ricadute indirette sulla qualità percepita dalle famiglie e sulla motivazione degli operatori.

Nello scenario tratteggiato sono spesso le buone relazioni personali fra operatori, e tra distretti e Comuni, a permettere talora di “salvare la situazione”: grazie ad esse, infatti, vengono ricercate soluzioni originali, adattamenti luogo per luogo e caso per caso, interpretazioni estensive degli atti delibera-

tivi e normativi (Giunco, Tidoli, 2016a)⁽²⁴⁾. Nonostante i risultati positivi per gli utenti coinvolti, questa è una delle fonti primarie dell'eterogeneità che caratterizza il welfare lombardo.

Un altro limite riscontrato nelle misure regionali, potenzialmente foriero di ripercussioni negative sull'equità orizzontale, è che molte sembrano ideate soprattutto per le situazioni in cui esistono risorse familiari; per i sempre più numerosi anziani con reti informali assenti o deboli, usufruirne è difficoltoso o addirittura impossibile (Valentini, 2017)⁽²⁵⁾. Tuttavia, mentre questi profili sociali continuano a diffondersi, nel periodo considerato non si sono ravvisati sforzi significativi per modificare le risposte di conseguenza.

4.3.3. *La spesa per giornate in RSA: inadeguata e sbilanciata verso l'utenza*

I dati regionali indicano che nel 2015 il costo medio di una giornata di degenza in RSA risultava essere di circa 104, euro, con variazioni consistenti fra le diverse ATS⁽²⁶⁾. Di questi, circa 40 euro sono sostenuti dalla tariffa SSR collegata alla classificazione SOSIA, mentre i restanti 64 rimangono in massima parte a carico delle famiglie, posto che le integrazioni comunali coprono in media 4 euro a giornata⁽²⁷⁾ (Regione Lombardia, 2016).

Un costo medio di 104 euro a giornata, che assicura 1.096 minuti/settimanali di assistenza, pare difficilmente compatibile con l'erogazione di risposte di buona qualità. Le stime basate sulla misura dei bisogni effettivi dei ricoverati e sulla quantità/qualità del tempo professionale indispensabile per rispondervi indicano la necessità di costi e minutaggi ben più elevati degli attuali (Pesaresi, 2013); quella della SIGG (SIGG, 2013), realizzata utilizzando il sistema VAOR, ad esempio, li ritiene rispettivamente prossimi a 140 euro e a 1400 minuti settimanali a persona⁽²⁸⁾. In altre parole, gli anziani accolti nelle

⁽²⁴⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/03/02/la-presenza-in-carico-nei-servizi-di-assistenza-domiciliare-integrata-in-lombardia/>.

⁽²⁵⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/05/24/vuole-gli-utenti-nessuno/>.

⁽²⁶⁾ Il minimo si registra nell'ATS di Brescia (93,72), il massimo a Milano (117,52).

⁽²⁷⁾ Di questi 64 euro, 3,60 sono coperti da altre entrate (altri enti pubblici, altri enti privati, solventi).

⁽²⁸⁾ Nel 2013 la Società italiana di geriatria e gerontologia, sezione Lombardia, ha condotto una sperimentazione sull'utilizzo del sistema di valutazione VAOR LTCF su un campione di 74 RSA lombarde. La ricerca è stata sviluppata insieme ad ARLEA e AGE-SPI, in collaborazione con l'Assessorato alle Politiche sociali della Regione Lombardia e a Ernst&Young. Sono state eseguite 3.772 valutazioni, successivamente analizzate secondo

RSA lombarde, portatori oggi di bisogni ben più complessi di ieri, vengono assistiti con tempi di assistenza e risorse economiche lontane dall'ottimale. Peraltro, come anticipato, gli altri SSR delle Regioni del centro-nord finanziano un livello superiore di risorse per giornata, in media intorno ai 45 euro (Pelliccia, 2017).

Per quanto riguarda la ripartizione degli oneri tra la quota sanitaria a carico del SSR e la quota sociale, la normativa LEA – come noto – indica la ripartizione 50/50, mentre in Lombardia la percentuale coperta dalla quota sanitaria è di poco inferiore al 40%. Il trend delle rette, inoltre, evidenzia un deciso aumento degli importi tra il 2011 e il 2016: in media la retta minima è passata da 53,04 a 59,36 euro e la massima da 61,74 a 67,85 euro. In un'epoca di congelamento delle quote sanitarie (nella maggior parte dei casi ferme al 2008-2010, come già evidenziato) gli aumenti dei costi di produzione sono stati scaricati interamente sulla quota sociale. Il problema della crescente insostenibilità delle rette è grave e mette in difficoltà molti nuclei, arrivando talora a causarne l'impoverimento e producendo crescenti iniquità⁽²⁹⁾ tra chi può pagare (ed è pertanto in grado di garantire al proprio caro un'assistenza consona al bisogno) e chi non può.

Si registrano, nondimeno, forti squilibri tra i territori, per cui un cittadino può trovarsi a pagare cifre molto diverse a seconda del luogo in cui vive (Melzi, 2017)⁽³⁰⁾: il fenomeno non dipende dalla quota SOSIA, sostanzialmente equivalente nelle diverse RSA. La ragione risiede, invece, nella scelta – confermata anche dalla X legislatura – di non modificare il tradizionale

le indicazioni proposte in altre sperimentazioni nazionali. Le persone valutate avrebbero avuto necessità di tempi assistenziali da 511 a 3.150 minuti settimanali per giorno e persona (media ponderata 1.240 minuti settimanali di assistenza *pro capite*), con costi da 78 a 284 euro per giornata di degenza. Rispetto ai 40,77 euro della quota SOSIA, i costi sanitari stimati erano mediamente di 67,50 e quelli medi ponderati da 24 a 182 euro. Escluse le persone ricoverate soprattutto per motivi sociali, quelle con limitazioni funzionali ed esigenze cliniche più indicate per il ricovero in RSA avrebbero richiesto una media di 1412 minuti settimanali di assistenza e costi prossimi ai 180 euro.

⁽²⁹⁾ La risposta regionale alla situazione di progressiva insostenibilità delle rette è consistita nel provvedimento con cui, a fine legislatura, sono stati stanziati in via sperimentale 10 milioni per il Sostegno della famiglia per i carichi di cura accessori della persona ricoverata in unità d'offerta residenziali per anziani (d.G.r. n. 7012/2017). Si tratta di una misura *una tantum*, che pertanto non viene qui discussa. In merito si veda:

<http://www.lombardiasociale.it/2017/01/22/la-riduzione-delle-rette-della-rsa-lombarde-un-cerotto-su-una-ferita/>.

⁽³⁰⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/03/29/rsa-ma-quanto-mi-costi/>.

impianto lombardo, nel quale i decisori definiscono il contributo a carico del SSN senza intervenire sulla quota sociale, demandandola alla determinazione del singolo erogatore. Nelle altre Regioni, al contrario, prevale l'orientamento di regolare a livello regionale la quota sociale; in alcuni casi è stato anche definito un sistema territorialmente uniforme di scaglioni ISEE e delle corrispondenti compartecipazioni (Pesaresi, 2016).

Tra gli obiettivi dichiarati della X legislatura rientrava la definizione dei costi standard, una metodologia che avrebbe consentito di correlare l'andamento dei costi a parametri oggettivi (ad esempio i diversi costi di produzione da territorio a territorio, le differenti tipologie di contratti di lavoro/regimi fiscali). Ciò avrebbe potuto costituire una buona occasione per definire oggettivamente il riparto degli oneri tra sanità e sociale e per regolare la quota a carico degli utenti. Tale obiettivo non è stato, tuttavia, realizzato.

4.4. Le ricadute sugli operatori

4.4.1. Un problema di garanzie occupazionali e di remunerazione

Il sistema residenziale sociosanitario pare ancora in grado di garantire una buona stabilità lavorativa, tuttavia le sue condizioni complessive lo rendono sempre più a rischio. I conti economici delle RSA lombarde, infatti, benché presentino tuttora un equilibrio accettabile, stanno mostrando crescenti elementi di vulnerabilità. Nel 2014 la Regione Lombardia, analizzando i dati di Scheda Struttura 2013, ha evidenziato come l'utile netto di esercizio del complesso delle RSA lombarde fosse, rispetto al totale della produzione economica, in media dello 0,5% (Regione Lombardia, 2014). In altre parole, poco meno di 16.000 euro per struttura a fronte di ricavi complessivi di circa 2,2 miliardi di euro. In termini gestionali il sistema rimanda un'immagine di fragilità, pericolosamente al limite della sostenibilità economica. Ad esempio, fra il 2016 e il 2018 sono stati rinnovati o risultano in fase di rinnovo i principali contratti collettivi, con aumenti medi del costo del lavoro del 10-11%; anche per utenze e materiali si registrano aumenti costanti. Al contrario, le remunerazioni riconosciute dalla Regione alle strutture per la quota sanitaria sono – giova ripeterlo – ferme dal 2008-2010. Se il trasferimento economico medio alle RSA continuerà a mantenersi sui 40 euro giornalieri (Regione Lombardia, 2016), i margini saranno destinati a ridursi, i costi delle rette a carico degli utenti potrebbero crescere ulteriormente e le RSA potrebbero av-

viarsi verso una delicata crisi economica di natura sistemica. Un simile scenario potrebbe avere notevoli ripercussioni anche sugli operatori, sia in termini di garanzie occupazionali (con contratti meno tutelanti, forme di inquadramento “atipiche”, ricorso massiccio alla collaborazione libero-professionale, mancata attenzione alla formazione, ecc.) che di remunerazione.

Nel settore domiciliare, invece, la situazione è assai critica già da alcuni anni. Prima delle riforme del 2003 e del 2012, l’ADI era garantita attraverso l’erogazione delle stesse ASL e quella indiretta da parte di poche agenzie specializzate non profit, che si avvalevano di operatori assunti come lavoratori dipendenti e dedicavano una significativa attenzione alla formazione e alla qualità dell’offerta. A partire dal 2003 il quadro si è modificato radicalmente, precarizzando in pochi anni un intero settore occupazionale, oggi molto più insicuro di prima per i suoi lavoratori a causa di fenomeni quali la moltiplicazione degli erogatori⁽³¹⁾ e il ritiro della gestione pubblica.

Per quanto riguarda i contratti di lavoro, va chiarito che le operazioni di vigilanza e controllo previste dalle d.G.r. n. 2569/2014 e n. 1765/2014 per le varie UdO sociosanitarie non entrano nel merito della loro effettiva applicazione, peraltro richiesta dallo stesso assetto normativo. Le funzioni di vigilanza dell’Ispettorato del lavoro, inoltre, sono ostacolate dalla miriade di forme societarie e associative oggi presenti nell’area delle cure domiciliari, oltre che dal vasto utilizzo di figure in regime libero-professionale. Ciò si riscontra in particolare nel settore dell’ADI, che vede multinazionali dei servizi a fianco di realtà a conduzione quasi familiare, chiamate ad operare in un contesto condizionato da una normativa che privilegia l’erogazione di prestazioni più che la qualità delle organizzazioni. Anche le nuove modalità di pagamento a voucher chiuso introdotte nel 2016⁽³²⁾ hanno avuto un impatto negativo. La loro adozione ha costretto centinaia di società ad un atipico ruolo di anticipazione economica del lavoro svolto dagli ope-

⁽³¹⁾ Nella sola ATS di Milano, ad esempio, sono ormai 64.

⁽³²⁾ Dal 2017 i pagamenti delle ATS agli erogatori vengono disposti solo per i voucher chiusi nel mese di riferimento per il completamento dei programmi di assistenza, mentre quelli ancora attivi vengono remunerati al momento dell’effettivo completamento. Nel frattempo, però, le organizzazioni continuano a retribuire gli operatori mese per mese secondo il lavoro svolto, anticipando così denaro. Inoltre il pagamento da parte delle ATS avviene per anticipi trimestrali, con saldo finale al termine dell’annualità: in pratica, un erogatore riceverà il completo pagamento delle prestazioni svolte solo durante l’anno successivo all’erogazione e solo fino al tetto di budget.

ratori, con la crescita di esposizioni bancarie poco sostenibili da parte di quelle meno strutturate. Di conseguenza il 2016 è stato un anno di crisi economica del settore, caratterizzato da chiusure, acquisizioni e da rilevanti peggioramenti nelle garanzie economiche per i lavoratori, spesso soggetti a pagamenti ritardati e a forme contrattuali sempre più atipiche, inadeguate e non tutelanti. Pure la remunerazione delle figure professionali più ricercate (infermieri, fisioterapisti) può essere inferiore ai 10 euro per accesso domiciliare, rendendo ovviamente difficile reperire e mantenere in organico personale qualificato; inoltre molte ASL/ATS hanno introdotto forme di abbattimento implicito delle remunerazioni per gli enti, non sempre coerenti con le delibere originarie di accreditamento⁽³³⁾.

Un'attenzione specifica meritano i lavoratori dell'assistenza tutelare (ASA e OSS), che nelle RSA garantiscono il 73% del tempo di assistenza (Regione Lombardia, 2014). Nonostante il loro ruolo cardine, questi operatori guadagnano poco più di 1.000 euro al mese, cifra scarsamente idonea a garantire sicurezza e qualità di vita nella Regione italiana con il più alto costo della vita⁽³⁴⁾. Fino a pochi anni fa l'INAIL collocava il lavoro ausiliario in RSA fra le occupazioni più usuranti, ancora più di quello in miniera o nel settore metalmeccanico. Con l'introduzione dei sistemi di sollevamento meccanico la situazione è decisamente migliorata, ma in precedenza diversi operatori hanno subito conseguenze fisiche, anche rilevanti, connesse alle loro mansioni.

⁽³³⁾ Il sistema di pagamento dell'ADI è estremamente complesso, prevedendo abbattimenti e calcoli proporzionali collegati al numero di giorni nel mese ed eventuali integrazioni economiche (ICA, profili con autorizzazione regionale) erogate in modo incostante e secondo le contingenze economiche del momento. In ugual modo, due o più accessi eseguiti nella stessa giornata sono remunerati come se fosse stato erogato un unico accesso. Non trascurabile, infine, l'influenza delle interpretazioni locali nelle diverse ATS e ASST, che assegnano l'intensità dei profili più in relazione alla disponibilità di budget che ai bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, appiattendolo l'erogazione sui profili prestazionali o di più basso valore economico. In alcune ATS, come Milano, è stata anche eliminata la possibilità di remunerare in modo specifico gli accessi domiciliari di medici specialisti (geriatri, fisiatri), considerati come un normale voucher (24-28 euro lordi). Rapide sono state la diminuzione della loro disponibilità e le ricadute per le famiglie.

⁽³⁴⁾ A titolo di esempio, un OSS operante nella vicina Svizzera percepisce uno stipendio che è circa il quadruplo.

4.4.2. *Un problema di condizioni di lavoro*

Nello scenario delineato non mancano le difficoltà: non stupisce dunque che – nonostante l'assenza di dati di ricerca al riguardo – nelle occasioni di confronto tecnico e professionale tra erogatori sia chiaramente percepibile una diffusa sensazione di insicurezza. Crescono le preoccupazioni lavorative, insieme al rischio di demotivazione e stress non di rado derivanti dalle politiche regionali, anche se in forme poco esplorate e visibili. Ne è un chiaro esempio il già menzionato aumento degli adempimenti burocratici e amministrativi, trend in atto da tempo ma particolarmente accentuato nella X legislatura⁽³⁵⁾, che ha peggiorato le condizioni di lavoro degli operatori di tutte le UdO, mettendone a dura prova anche la motivazione.

Tutti lamentano la presenza incessante di documenti da compilare sottraendo momenti preziosi al lavoro di cura; soprattutto nei servizi domiciliari, viene ritenuto quasi “sprecato” anche il tempo richiesto da valutazioni del caso poco o nulla tenute in considerazione dalle ASL/ATS per la progettazione dei profili, da PAI più virtuali che reali, da diari da aggiornare di fretta (Giunco, Tidoli, 2016a)⁽³⁶⁾. A ciò va aggiunto l'impatto di modalità di gestione documentale gravose e superate, quasi rudimentali in confronto alle tecnologie del terzo millennio⁽³⁷⁾. Gli operatori, soprattutto rispetto ai controlli di appropriatezza ex d.G.r. n. 1765/2014, si sentono sotto giudizio: i controlli sono assai esigenti nel pretendere – a tutti i livelli – performance e documentazione clinica di alto profilo.

Va anche sottolineato come, non solo a causa di decisioni regionali, stia drammaticamente crescendo la quantità di adempimenti burocratici e amministrativi necessari per la normale gestione dei servizi sociosanitari. Negli ultimi anni gli enti hanno dovuto adeguarsi a una serie impressionante

⁽³⁵⁾ Al proposito vanno particolarmente segnalate le d.G.r. n. 2569/2014, n. 1765/2014 e le delibere annuali delle Regole.

⁽³⁶⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/03/02/la-presenza-in-carico-nei-servizi-di-assistenza-domiciliare-integrata-in-lombardia/>.

⁽³⁷⁾ Ad esempio, nelle case dei pazienti seguiti in ADI o RSA aperta, va mantenuta e aggiornata una consistente documentazione cartacea (diari, PI, PAI), che richiede però anche di essere ripetuta o trasferita alle ASL/ATS attraverso sistemi informatici datati e farraginosi. Il sistema produce affanni e consumo di tempo in un continuo andirivieni di documenti fra le case dei pazienti e le sedi degli enti, indispensabile per garantire le rendicontazioni richieste per ottenere i pagamenti. Inutile sottolineare il rischio di errori e di smarrimento di documenti con dati sensibili e conseguenti sanzioni amministrative.

di nuove normative nazionali – sicurezza, privacy, codice etico, normativa anticorruzione e antimafia, responsabilità professionale, qualità, consenso informato, dematerializzazione, normativa antisismica – tutte ispirate da ottimi principi ma gravate da un corollario di complessi e spesso incerti doveri e adempimenti amministrativi. A questo retroterra già impegnativo si è aggiunta la continua produzione di atti regionali, immancabilmente fonte di nuovi oneri a carico degli enti. Non meraviglia, quindi, che in tutti i servizi l'impiego di risorse umane e i costi collegati a adempimenti amministrativi obbligatori siano rapidamente cresciuti. Emblematico il caso delle RSA, dove i dati di fonte regionale indicano che tali costi assorbono quasi il 30% del totale del conto economico degli enti gestori (Regione Lombardia, 2014).

Va rimarcato come, in uno scenario a risorse bloccate, questo aumento abbia determinato una riduzione, proporzionale e parallela, del capitale umano ed economico che gli enti hanno potuto destinare agli scopi peculiari dei servizi e all'effettivo lavoro di cura. Una conseguenza diretta è la già citata diminuzione dei minutaggi assistenziali dedicati ai residenti nelle RSA. Gli operatori vivono così la duplice difficoltà di dover operare con tempi contingentati e di dover affrontare le giuste (vista anche l'entità delle rette sostenute) pretese dei parenti; la quotidianità operativa diventa più difficile da gestire sotto il piano fisico ed emotivo. Ciò è ancor più vero nel contesto domiciliare, dove è spesso stridente la distanza fra i bisogni degli utenti, che gli operatori hanno la capacità di osservare e stimare, e l'esiguità dei tempi e delle prestazioni loro concesse in base alle effettive possibilità di risposta del sistema.

4.5. Conclusioni

Si può cercare di sintetizzare le articolate vicende esaminate riconducendole a tre concetti chiave: il sistema di welfare, la regolazione degli interventi e il finanziamento. Nel sistema di welfare per gli anziani, il periodo analizzato ci rimanda innanzitutto un quadro di notevole continuità con il passato, ben superiore a quanto l'iper-produzione normativa potrebbe – ad un primo sguardo – far ipotizzare. Questa continuità, tuttavia, racchiude in sé alcune ambivalenze di segno opposto. Da una parte, è stato rafforzato l'approccio sanitario alla non autosufficienza, del tutto obsoleto, che propone la malattia come chiave di lettura della vecchiaia; dall'altra si è avuto un importante investimento sui servizi domiciliari, elemento di discontinuità con il passato.

Quanto alla regolazione degli interventi, la prima criticità riguarda la modalità adottata, contraddistinta dalla sopraccitata imponente legislazione regionale, che ha appesantito il sistema in misura certo non proporzionale ai risultati ottenuti. Sul piano dei contenuti, permane un tratto antico del welfare lombardo: mentre viene confermata la capacità di regolare piuttosto efficacemente le singole unità di offerta – si pensi agli ulteriori miglioramenti in termini di promozione e verifica della qualità – rimane debole quella di regolare complessivamente la rete che esse vanno a comporre. Basti menzionare le rinnovate difficoltà nel costruire un sistema integrato di risposte nel territorio, così come la mancata valorizzazione dei percorsi innovativi/sperimentali attivati per giungere alla definizione delle (opportune) nuove unità di offerta.

Venendo, infine, al finanziamento, va sottolineato come il settore degli anziani sia inevitabilmente – per dimensioni e trend demografici – quello che ha sofferto maggiormente per le tensioni finanziarie del sistema. Una conseguenza di questa situazione, manifestatasi in forma particolarmente accentuata nella X legislatura, riguarda la crescente distanza tra i bisogni degli utenti e l'intensità delle risposte fornite; un'altra concerne l'insostenibilità delle rette nelle strutture residenziali, che tocca un numero di famiglie maggiore. Un ulteriore, ma non meno rilevante, punto di caduta è rintracciabile nel peggioramento delle garanzie occupazionali e dei livelli di remunerazione di quote sempre più ampie di operatori.

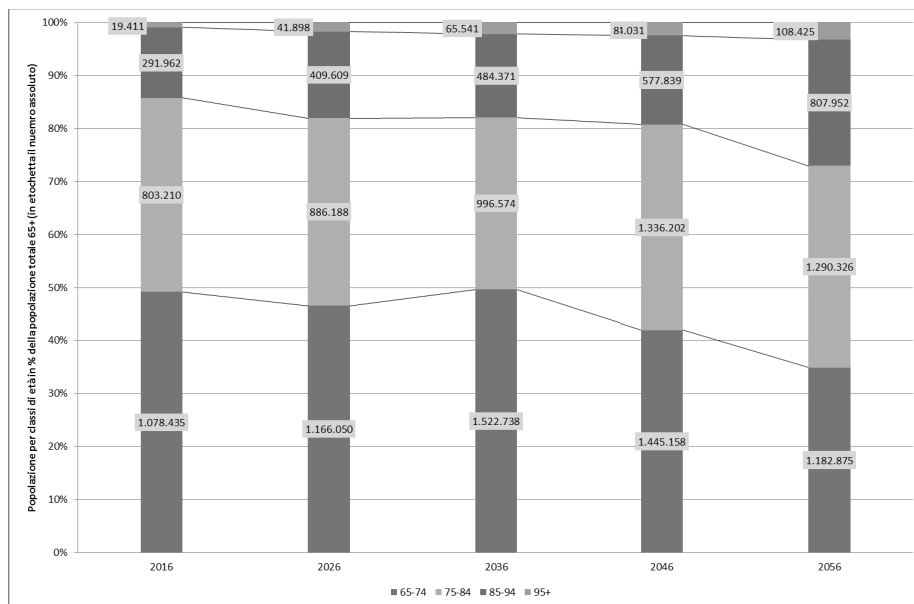
Sino a qui la nostra analisi ha riguardato la X legislatura. Le figure contenute in appendice, raffiguranti i trend demografici del tempo davanti a noi, mostrano invece la complessità delle ulteriori sfide che il welfare lombardo per gli anziani sarà chiamato ad affrontare nel prossimo futuro.

APPENDICE

Tendenze demografiche, bisogni e risposte

La figura 1 descrive l'evoluzione attesa della popolazione anziana lombarda ultra-sessantacinquenne e la sua composizione interna. Da notare l'aumento delle persone ultra85enni: entro i prossimi 20 anni sono destinate a passare dalle attuali 292.000 a quasi 600.000. I soli ultra95enni, oggi meno di 20.000, raddoppieranno nei prossimi dieci anni e triplicheranno entro il 2026.

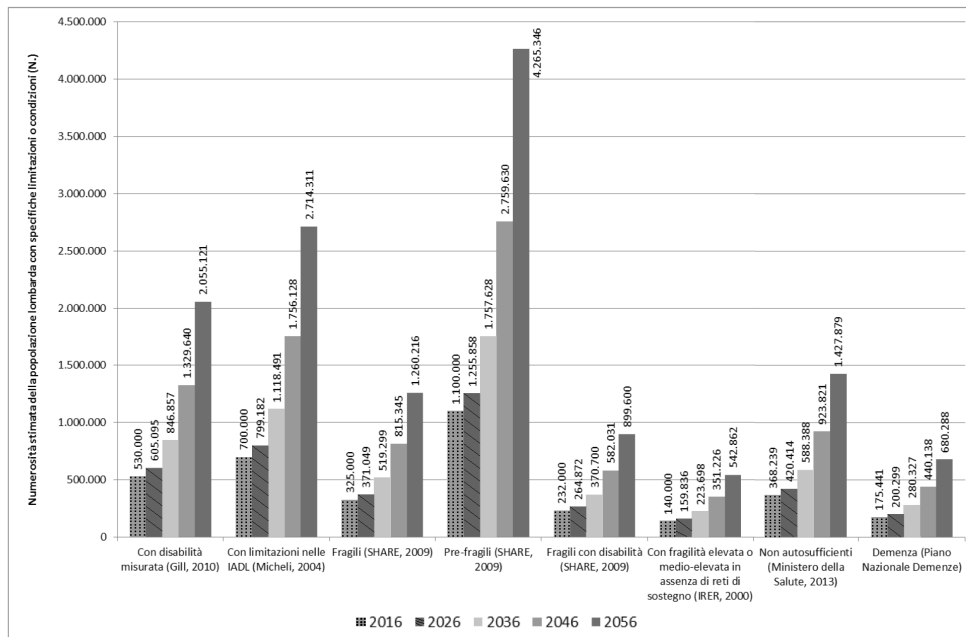
Figura 1 - Evoluzione attesa della popolazione 65+, per classi di età, valori assoluti e percentuali sul totale del gruppo, Lombardia



Fonte: elaborazione su dati ISTAT 2017 (demo.istat.it, scenario mediano).

La figura 2 illustra l'evoluzione attesa della popolazione anziana in Lombardia per diversi profili di bisogni, stimata da vari studi. Si noti, in particolare, l'incremento numerico delle persone con demenza e di quelle fragili, soprattutto in assenza di adeguate reti di sostegno familiare.

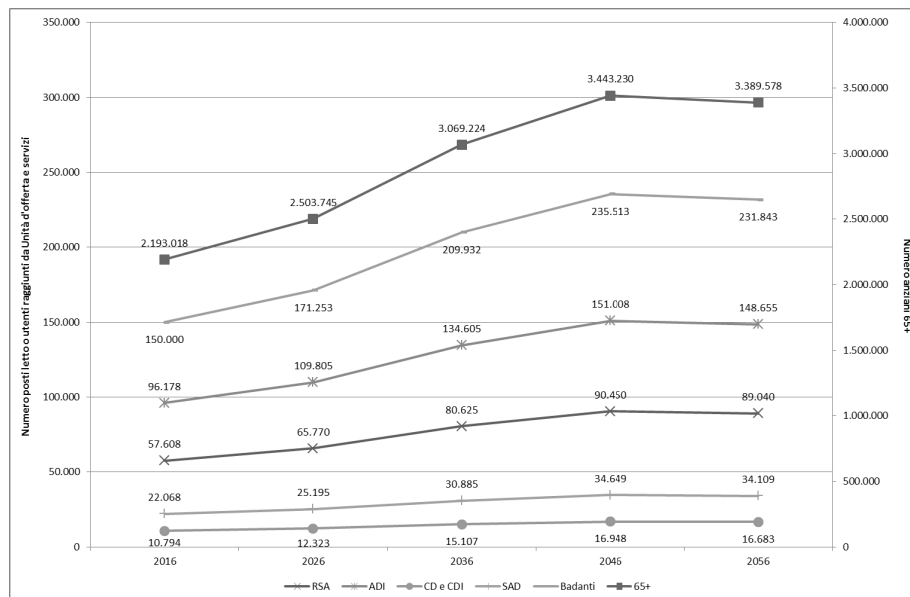
Figura 2 - Evoluzione attesa della popolazione 65+, valori assoluti, per diversi profili di bisogni, Lombardia



Fonti: ISTAT (demo.istat.it, scenario mediano), Gill 2010, Santos-Eggiman 2009, Guaita 2000, Micheli 2004, Ministero della Salute in Longo, 2014.

La figura 3 riassume – in modo semplificato – l'evoluzione del numero di persone in età 65+ che ogni servizio sarà chiamato a raggiungere nei prossimi decenni per mantenere le attuali percentuali di utenza rispetto a questo gruppo di popolazione. Aumenti così rapidi della consistenza della rete dei servizi imporrebbero scelte programmatiche ed economiche nette. L'alternativa sarebbe, invece, un altrettanto rapido decremento della percentuale di anziani raggiunti. La situazione rappresentata in figura presuppone, inoltre, una crescita del numero di badanti tale da lasciarne immutata la presenza percentuale rispetto alla popolazione di riferimento: si tratta di un'ipotesi la cui fattibilità è evidentemente da verificare.

Figura 3 - Evoluzione attesa della popolazione 65+ e stima del dimensionamento dei principali servizi con percentuali di utenti di questo gruppo costanti rispetto al 2016, valori assoluti, Lombardia



Fonte: elaborazione su dati ISTAT 2017 (demo.istat.it, scenario mediano), Petrali, 2014, Pasquinelli, 2018.

Bibliografia

- BARBABELLA F., POLI A., CHIATTI C., PELLICCIA L., PESARESI F. (2017), *La bussola di NNA. Lo stato dell'arte basato sui fatti*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto*, Maggioli, Rimini.
- BRIZIOLI E. (2013), *La costruzione di un sistema tariffario per le RSA basato sui RUG*, in PESARESI F. (a cura di), *RSA – Residenze sanitarie assistenziali*, Maggioli, Rimini, pp. 151-165.
- DAVERIO G. (2016), *L'assistenza domiciliare integrata in Europa e Italia: problemi organizzativi e obiettivi da raggiungere*, in Italia Longeva, Roma, 12 luglio 2016.
- GILL T.M. (2010), *Assessment of Function and Disability in Longitudinal Studies*, in *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 2, pp. 308-312.
- GIUNCO F. (2010), *I voucher socio-sanitari*, in GORI C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini.
- GIUNCO F. (2013), *Sperimentazione VAOR: chi stiamo assistendo e in quanto tempo*, in www.lombardiasociale.it, 14 ottobre 2013.

- GIUNCO F. (2014), *Residenzialità leggera e RSA/RSD aperte: possibili opportunità e insidie da evitare*, in www.lombardiasociale.it, 13 gennaio 2014.
- GIUNCO F., COSTA G., PREDAZZI M. (2014), *Abitare Leggero. Nuovi modelli di residenzialità per anziani*, I Quaderni dell'Osservatorio, Fondazione Cariplo, Milano.
- GIUNCO F., TIDOLI R. (2016a), *La presa in carico nei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata in Lombardia – 1*, in www.lombardiasociale.it, 2 marzo 2016.
- GIUNCO F., TIDOLI R. (2016b), *La presa in carico nei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata in Lombardia – 2*, in www.lombardiasociale.it, 18 maggio 2016.
- GIUNCO F. (2016a), *L'ADI in Regione Lombardia. I dati VAOR presentati a Italia Longeva 2016*, in www.lombardiasociale.it, 12 ottobre 2016.
- GIUNCO F. (2016b), *Racconto semiserio di una calda estate*, in www.lombardiasociale.it, 2 novembre 2016.
- GORI C. (a cura di) (2010), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini.
- GORI C., TIDOLI R. (2017), *La riduzione delle rette delle RSA lombarde: un cerotto su una ferita?*, in www.lombardiasociale.it, 22 gennaio 2017.
- GUAITA A. (2000), *La salute*, in IRER (a cura di), *Anziani: stato di salute e reti sociali*, Guerini, Milano, pp. 57-108.
- GUIDETTI C. (2014), *Trabucchi: sì alla Vaor ma con cautela*, in www.lombardiasociale.it, 16 gennaio 2014.
- ISTAT (2014), *Condizioni di salute, rischio e prevenzione. Anno 2013*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma – www.istat.it/it/archivio/144093.
- LONGO F. (2014), *Non autosufficienza e Alzheimer in Italia e in Lombardia*, CERGAS Bocconi, Milano, 19 settembre 2014.
- MELZI A. (2017), *RSA, ma quanto mi costi?*, in www.lombardiasociale.it, 29 marzo 2017.
- MERLO G., MELZI A. (2018), *FNA 2016: i soldi non bastano... mai?*, in www.lombardiasociale.it, 7 febbraio 2018.
- MICHELI G.A. (2004), *Plasticità e stati d'animo. Sotto la dimensione cognitiva della perdita di autonomia*, in I luoghi della cura, 2, pp. 20-25.
- PASQUINELLI S. (a cura di) (2015), *Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia. Gli anziani non autosufficienti*, Maggioli, Rimini.
- PASQUINELLI S. (2018), *Le badanti in Lombardia: il punto della situazione*, in www.lombardiasociale.it, 23 gennaio 2018.
- PELLICCIA L. (2017), *Alcuni profili di assistenza nelle Regioni*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto*, Maggioli, Rimini.
- PESARESI F. (2016), *Quanto costa l'RSA?*, Maggioli, Rimini.
- PETRALI R. (2014), *I provvedimenti relativi alle fondamenta del nuovo sistema di welfare lombardo*.
- REGIONE LOMBARDIA (2014), *DG Famiglia, solidarietà sociale e volontariato*, Milano, 13 febbraio 2014.
- REGIONE LOMBARDIA (2016), *Analisi economica della produzione e delle tariffe delle RSA lombarde*. Milano, incontro con gli enti erogatori, 22 marzo 2016.

- REGIONE LOMBARDIA (2014), *Schede Struttura 2013. Prime evidenze*, Milano, luglio 2014.
- SANTOS-EGGIMANN B. (2009), *Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries*, in *Journals of Gerontology, Series A: Biological and Medical Sciences*, 64A, 6, pp. 675-681.
- SIGG, ARLEA, AGESPI (2013), *Sintesi dei risultati della sperimentazione VAOR-LTCF. Società italiana di Geriatria e Gerontologia*, sezione Lombardia. Milano, 10 novembre 2013.
- TIDOLI R., MAROTTA R. (2011), *I titoli sociali*, in GORI C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini.
- TIDOLI R. (2016), *Il SAD anziani: il punto di vista dei Comuni*, in www.lombardiasociale.it, 6 maggio 2016.
- TIDOLI R. (2017a), *Il grande puzzle del SAD lombardo – 1ª parte*, in www.lombardiasociale.it, 26 aprile 2017.
- TIDOLI R. (2017b), *La rete dei sostegni alla domiciliarità in Lombardia*, in www.lombardiasociale.it, 26 giugno 2017.
- TIDOLI R. (2018), *Una raffica di delibere a fine legislatura*, in www.lombardiasociale.it, 6 febbraio 2018.
- VALENTINI D. (2017), *Chi vuole gli utenti di nessuno*, in www.lombardiasociale.it, 24 maggio 2017.
- VAN DER STEEN J. (2014), *White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care, EAPC*, in www.eapcnet.eu.

5. Giovani e adulti con disabilità

Giovanni Merlo, Massimiliano Malè, Marco Zanisi

La X legislatura ha realizzato numerosi interventi di sviluppo dei servizi e delle risposte in favore delle persone con disabilità. Azioni che inseriscono elementi di discontinuità rispetto al modello consolidato in Lombardia, a partire da una forte valorizzazione del processo di presa in carico, di valutazione e progettazione multidimensionale. Una serie di proposte e di iniziative assunte però, esplicitamente, non per mettere in discussione gli assi fondamentali del modello regionale bensì per renderlo maggiormente efficace ed efficiente, in particolare nella sua capacità di sostenere persone e nuclei familiari in precedenza non raggiunti da alcuna significativa misura di welfare sociale regionale.

L'eredità della lunga epoca delle diverse Giunte Formigoni, come esplicitato nel primo capitolo di questo volume, si concretizza nell'implementazione del cosiddetto modello di welfare lombardo, un sistema organizzato secondo la filiera dei servizi socioassistenziali e sociosanitari disegnati dalle d.G.r. approvate tra il 2003 e il 2008 e da interventi, per lo più affidati ai Comuni, di supporto alla domiciliarità. Un modello i cui punti di forza e di debolezza sono stati ampiamente descritti (Gori, 2010). Da un lato la forte ramificazione territoriale dei servizi (in particolare diurni), una buona capacità di rispondere alle esigenze assistenziali delle persone inserite nelle Unità di offerta e un ampio numero di persone con disabilità prese in carico. Dall'altro un'impronta fortemente sanitaria e assistenziale dell'intero sistema di risposte, che genera trattamenti sempre più standardizzati; un modello dove la preoccupazione prevalente è quella della collocazione delle persone nei servizi piuttosto che la loro emancipazione e inclusione sociale. È in questo contesto che si inseriscono le iniziative della nuova Giunta regionale.

5.1. Più interventi e più beneficiari

5.1.1. *Diritto alla fragilità e sostegno al domicilio*

La nuova legislatura vede l'assessore alla Famiglia e alle politiche sociali Cristina Cantù assegnare al sistema di welfare sociale regionale il compito di garantire il "diritto alla fragilità". Il primo problema da risolvere viene indicato nel fatto che molte persone con fragilità, tra cui sono da considerare anche quelle con disabilità, non ricevono alcuna forma di supporto dal sistema di welfare regionale. Si punta quindi all'incremento delle persone prese in carico, attraverso l'innalzamento della spesa sociosanitaria nei confronti della "fragilità". L'attenzione della Direzione generale famiglie e politiche sociali si concentra soprattutto nell'individuazione di nuove risorse, siano esse di origine statale o regionale, da utilizzare per lo sviluppo di un sistema di intervento maggiormente orientato alla domiciliarità, alla presa in carico, all'integrazione e soprattutto a conferire flessibilità al sistema dei servizi sociosanitari. La matrice di questo orientamento è la delibera di Giunta n. 116/2013 che istituisce il Fondo famiglia e descrive l'orizzonte programmatico della legislatura (Guidetti, 2013)⁽¹⁾. Nel dettaglio, le iniziative tipiche di questa legislatura regionale che hanno interessato il mondo della disabilità sono le misure B1, B2 e ProVI sostenute dal Fondo per la non autosufficienza, la misura relativa alla presa in carico dell'autismo e all'individuazione di un case manager (Ghetti, 2013)⁽²⁾ finanziata dal Fondo famiglia previsto dalla d.G.r. n. 116/2013 e il voucher per l'autonomia rivolto a persone con disabilità, misura finanziata con risorse provenienti dal FSE nell'ambito del Reddito di autonomia, programma lombardo a contrasto della vulnerabilità, avviato a fine 2015. Queste misure sono volte a sostenere la permanenza al domicilio delle persone con disabilità.

Il maggiore impatto è stato avuto dall'implementazione del Fondo per la non autosufficienza, a partire dalla d.G.r. n. 740/2013 (Ghetti, 2013)⁽³⁾, che prevede l'erogazione di sostegni per le persone con disabilità gravissima (B1) e grave (B2). Il supporto al primo target è stato gestito direttamente da Regione, attraverso le ASL (e poi le ASST), assumendo un carattere univer-

⁽¹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2013/05/25/istituzione-del-fondo-regionale-a-sostegno-della-famiglia-e-dei-suoi-componenti-fragili-atto-di-indirizzo/>.

⁽²⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2013/09/24/la-presa-in-carico-comincia-dallautismo/>.

⁽³⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2013/10/07/fondo-non-autosufficienza-si-riparteper-questanno1/>.

salistico. L'attuazione della misura B2 per la grave disabilità è stata invece demandata ai Comuni, a integrazione degli interventi di supporto alla domiciliarità già esistenti. In entrambi i casi, ha assunto in prevalenza il carattere di erogazione monetaria a compensazione del supporto di caregiver familiari o professionali.

5.1.2. *La presa in carico di nuova utenza*

Gli interventi di questa legislatura hanno caratteristiche differenti fra loro ma ispirate da principi, obiettivi e modalità di intervento molto simili. L'idea di fondo è quella di raggiungere un numero significativo di persone con disabilità non inserite in Unità di offerta consolidate, permettendo loro di vivere nel proprio domicilio nelle migliori condizioni possibili.

L'identificazione dei beneficiari di ogni singola misura viene sempre accompagnata da un raffinato meccanismo di esclusione di quanti già in carico a servizi, piuttosto che beneficiari di altre misure d'intervento regionali. Sempre per questo motivo, ogni trasferimento economico ai Comuni è stato generalmente accompagnato dalla prescrizione di considerarlo aggiuntivo e non sostitutivo di quanto già messo in essere dai servizi sociali locali. Grazie a questa attenzione, in questi anni è cresciuto il numero di famiglie che hanno ricevuto un sostegno concreto nell'assistenza del proprio familiare con disabilità. In alcune situazioni un aiuto che segna una svolta nella vita familiare, riducendo il processo d'impoverimento materiale e contrastando l'esclusione sociale.

In alcuni casi si tratta di soggetti già seguiti dai Comuni che hanno visto stabilizzare, talvolta incrementare, il supporto ricevuto (il riferimento è alle persone prese in carico con la misura B2 del FNA). È importante notare come una parte significativa delle persone coinvolte dalla misura B1 del FNA così come dal Reddito di autonomia, risulti in precedenza non conosciuta dal sistema dei servizi sociosanitari. Un esito estremamente significativo e da non trascurare, nemmeno nel momento in cui si mettano in luce i limiti e i problemi conseguenti al modo in cui si è deciso di conseguire questo risultato. L'aumento del numero delle persone con disabilità complessivamente prese in carico dal sistema di welfare sociale regionale è stato uno degli obiettivi più tenacemente perseguiti e raggiunti dall'amministrazione regionale anche grazie a finanziamenti aggiuntivi statali o europei (cfr. par. 5.3.2.).

Tabella 5.1 - Beneficiari misure B1 – B2 anni, 2014 - 2017

Anni	Beneficiari		
	Misura B1	Misura B2	Totale
2014	2.274	9.103	11.377
2015	2.539	9.587	12.126
2016	2.646		
2017	5.010	7.491*	12.501

*Dato al 30 settembre 2017

Fonte: rielaborazione Lombardiasociale dati monitoraggi regionali FNA negli anni.

5.1.3. Le ricadute sulla qualità della vita delle persone

I primi beneficiari delle nuove politiche di welfare sono, quindi, le persone che in precedenza non ricevevano nulla e che ora possono accedere a misure di sostegno. Ma si è davvero ottenuto un miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità (e in tal caso, in che misura), oppure ciò riguarda “solo” i suoi caregiver familiari? La domanda posta in questi termini può apparire retorica, e per certi versi lo è. Vuole però mettere in evidenza che, mentre si raccolgono con precisione dati e informazioni sul numero di persone raggiunte e sul tipo di sostegni erogati (quanti voucher, quanti buoni ecc.), non viene effettuato alcun tipo di indagine sugli effetti, percepiti e reali, di tali misure sul primo beneficiario, ovvero la persona con disabilità. Anche per quanto riguarda il complesso dei servizi offerti, viene confermato un orientamento alla risposta dei bisogni di cura e di assistenza mentre non vengono individuati (con la sola parziale eccezione degli SFA, i servizi di formazione dell'autonomia) obiettivi di emancipazione, vita indipendente e inclusione sociale. Nei cinque anni che abbiamo alle spalle è confermata e ampliata la distanza tra le risposte offerte e le esigenze, le aspettative e i desideri di un numero sempre maggiore di persone con disabilità, anche in relazione alla “nuova” rappresentazione dei loro bisogni e dei loro diritti ⁽⁴⁾. Il rischio è quello di scoraggiare l'espressione di esigenze e aspettative in ordine al miglioramento della qualità della vita, e in particolare ai processi di emancipazione dal proprio nucleo familiare sociale e all'inclusione sociale. Vengono invece incentivate le richieste di sostegno relative alle sole prestazioni assistenziali, che cristallizzano il bisogno, lo fanno diventare permanente e generano un

⁽⁴⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2014/03/15/la-valutazione-multidimensionale-questa-s-conosciuta/>.

incremento costante di domande nel tempo. Questi esiti ed effetti riguardano, naturalmente le persone con disabilità e i nuclei familiari raggiunti dal sistema di welfare sociale regionale (Merlo, 2017) ⁽⁵⁾.

Che si tratti di servizi diurni o di misure a sostegno alla domiciliarità, il presupposto non sembra cambiare: la presa in carico sostanziale delle persone con disabilità con forti bisogni rimane in capo alle famiglie, a cui il sistema pubblico offre forme di aiuto per assolvere a questa difficile funzione sociale. Del resto l'unica alternativa offerta è quella dell'“istituzionalizzazione”, con l'inserimento in residenze sanitarie (RSD) o nelle comunità sociosanitarie (CSS), fenomeno che anche le norme ritengono sia “da contrastare e ritardare”. Questa, però, pare essere una dichiarazione destinata a rimanere solo sulla carta. Nella programmazione regionale, infatti, non si scorgono né un'analisi critica di tale situazione – che sembra venire assunta come un dato di fatto – né, tantomeno, un tentativo reale e concreto di imboccare una direzione diversa.

5.1.4. *Gli esclusi*

Non si hanno dati e informazioni affidabili sul numero e sulle caratteristiche delle persone con disabilità ⁽⁶⁾, bisognose di sostegno, che non ricevono forme significative di supporto pubblico diverse dalle provvidenze economiche. Pur non essendo possibile compiere un'analisi quantitativa e qualitativa di questo gruppo, ci sembra tuttavia importante soffermarci su alcuni aspetti relativi alla selezione dell'utenza “meritevole” degli aiuti pubblici per via delle loro significative ricadute.

L'analisi dei regolamenti dei Comuni lombardi, infatti, mostra come i criteri di accesso “premino” le persone con disabilità considerate più gravi e/o più povere (Merlo, 2016) ⁽⁷⁾. Se tali criteri sembrano ragionevoli, tanto da non essere mai stati messi seriamente in discussione, hanno però come primo effetto evidente quello di escludere dal raggio d'azione dei servizi le persone con disabilità non abbastanza gravi e/o non abbastanza povere. Si tratta di un'area grigia di popolazione che vive processi di esclusione sociale e lavorativa e rimane quindi in carico ai rispettivi nuclei familiari. A questi bisogna aggiungere un gruppo,

⁽⁵⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/12/17/disabilita-piu-sostegni-alla-solitudine/>.

⁽⁶⁾ Cfr. “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare”, Audizione del Presidente dell'Istituto nazionale di statistica Giorgio Alleva, 11ª Commissione “Lavoro, previdenza sociale” del Senato della Repubblica, 2016.

⁽⁷⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/09/27/chi-accede-ai-servizi-per-la-disabilita/>.

probabilmente più ampio, di individui che vivono situazioni di parziale emarginazione: persone che, ad esempio, hanno accesso ai servizi di mediazione lavorativa e poi al mondo del lavoro senza però aver risolto, sia per ragioni reddituali che sociali, la dipendenza economica ed esistenziale dalla propria famiglia di origine. Questa popolazione potrebbe beneficiare in modo significativo di interventi di natura educativa e sociale, finalizzati al riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione; invece, per via dei criteri di selezione dei servizi, ne rimane in gran parte tagliata fuori. Ciò si verifica almeno fino a quando le condizioni di salute e di vita non si aggravano a tal punto da poter rientrare nella categoria degli "abbastanza gravi e abbastanza poveri". Queste sono persone che gli addetti ai lavori conoscono bene: una popolazione che sfugge, per il momento, a statistiche e ricerche e le cui caratteristiche, per i motivi sopra accennati, non possiamo ancora descrivere nel dettaglio.

5.2. Il percorso di presa in carico delle persone con disabilità

I cardini dichiarati nelle scelte politiche ed amministrative regionali hanno dunque riguardato l'estensione del numero e delle caratteristiche delle persone con disabilità raggiunte da misure di welfare sociale regionale e la promozione di una sempre più reale personalizzazione degli interventi, anche attraverso una forte tensione a garantire una maggiore integrazione sociosanitaria. Tali obiettivi contengono la critica esplicita ad un sistema d'offerta in cui prevalgono risposte e proposte standardizzate, non adeguate alle specifiche esigenze delle persone. I percorsi disegnati dalle d.G.r. appaiono coerenti con gli intenti espressi. Tuttavia la presa in carico globale delle persone con disabilità è stata promossa e annunciata, ma la sua implementazione è avvenuta senza la dovuta cura, senza un'adeguata programmazione che indicasse chi deve assumere questa funzione, con quale responsabilità nei confronti della persona e con quale ruolo in rapporto agli altri attori sociali.

Non sono stati identificati i cambiamenti attesi e da perseguire: si è fatta quindi strada l'idea che la presa in carico e la progettazione individualizzata potessero essere considerate a loro volta delle prestazioni invece che gli elementi regolatori del funzionamento di tutti i sostegni e di tutti gli interventi. Non vi è stato un accompagnamento a un processo di riflessione e di approfondimento di carattere culturale, scientifico e tecnico, necessario per avviare un percorso di questa portata. Infine, ma non certo per ultimo, non è stato previsto neanche un adeguato investimento economico a sostegno dei

processi di presa in carico, anche solo con lo scopo di incrementare il numero degli operatori sociali coinvolti.

5.2.1. *Prove d'integrazione sociosanitaria a favore della presa in carico*

Una novità rilevante della X legislatura è data dal fatto che l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria non viene semplicemente dichiarato ma trova alcuni puntuali riscontri, almeno nell'implementazione delle misure che abbiamo descritto fino ad ora come tipiche di questa amministrazione. Facciamo in particolare riferimento all'attivazione delle "Cabine di regia" tra ASL (ora ATS) e Comuni per la gestione delle misure prevista dal FNA e, in modo specifico, all'attivazione delle Unità di valutazione multidimensionale⁽⁸⁾ (cfr. cap. 3). La valutazione ritorna in auge dopo un lungo periodo di oblio seppure, in prima battuta, come semplice attività di certificazione per l'accesso a misure specifiche anziché come primo passo del processo di presa in carico delle persone con disabilità. Per quanto si sia visto con soddisfazione il progressivo rientro in scena della valutazione multidimensionale, la sua strutturazione e il suo utilizzo non permettono ancora di far emergere le aspettative della singola persona affinché, in ottemperanza all'articolo 14 della legge n. 328/2000 (Progetti individuali per le persone disabili), si possa costruire un Progetto di vita concretamente in base al principio dell'autodeterminazione. Ad oggi l'integrazione ha avuto come obiettivo e come esito l'individuazione dei beneficiari delle misure e la definizione delle prestazioni da garantire; un approccio prevalentemente amministrativo, senza reali possibilità di entrare nel merito dei progetti e delle modalità di utilizzo delle risorse. Non siamo neanche riusciti, ad esempio, a fare in modo che una persona potesse presentare la domanda per FNA in un unico luogo (o in Comune o all'ASL), lasciando poi al sistema di valutare se possa accedere alla B1 o alla B2, piuttosto che ad altre misure di sostegno. Inoltre, l'istituzione delle Cabine di regia e la condivisione della valutazione multidimensionale hanno escluso da questi istituti gli operatori dei servizi del privato sociale, che rappresentano la maggioranza di quelli coinvolti; infine, vengono adottate modalità di valutazione obsolete e senza prevedere un comune linguaggio tra gli aspetti specifici considerati (es. uso scale ADL/IADL).

Quello che è certo però, è che le ASL (ora ATS e ASST) e i Comuni hanno ripreso, dopo molti anni, a parlarsi e a lavorare sistematicamente insieme, e

⁽⁸⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2014/05/14/valutazione-multidimensionale-i-limiti-attuali-e-le-prospettive-di-cambiamento-necessarie/>.

non solo per iniziativa e buona volontà di qualche attore locale. Pur con tutte queste criticità appare quindi evidente che un percorso di cambiamento è stato avviato. Lo dimostra la d.G.r. n. 6674/2017, che presenta il Piano attuativo della legge n. 112/2015 (Dopo di noi) in Lombardia (Ghetti, 2017)⁽⁹⁾, che prevede e ribadisce l'importanza della valutazione multidimensionale come punto di partenza per la progettazione personalizzata, aprendo alla sperimentazione e all'adozione di strumenti valutativi basati sui domini relativi alla qualità della vita. Rimane escluso, invece, da ogni pianificazione regionale tutto ciò che non si configura come unità di offerta o misura specifica. I luoghi e le relazioni in cui l'inclusione sociale si compie vengono considerati come opportunità accidentali: cose che accadono, si palesano, ma che non è responsabilità e compito di nessuno promuovere e sostenere.

5.2.2. *Sostegno al lavoro di cura privato*

Passando da esaminare cos'è effettivamente successo nel passaggio dalla teoria alla pratica, si nota come in queste misure innovative prevalgano, quando previste, le erogazioni monetarie a compensazione di interventi assistenziali dei familiari rispetto alla valorizzazione dei servizi.

Ad esempio, gran parte delle risorse previste per le persone con disabilità gravissima (misura B1) è stata destinata a sostenere il lavoro di cura svolto dalle famiglie e dagli assistenti familiari (il buono da 1.000 euro): a questo sono stati aggiunti 360 euro (500 euro per i minori) di voucher in gran parte spesi per potenziare l'assistenza domiciliare. Un andamento analogo si ritrova anche nell'analisi dei dati della misura B2, ovvero delle risorse messe a disposizione dei Comuni per interventi in favore delle persone con disabilità gravi, dove quasi il 68% delle prestazioni erogate è stato di carattere monetario (Merlo, Melzi, 2018)⁽¹⁰⁾.

Rispondere ai bisogni tramite trasferimenti monetari costituisce una modalità sia apprezzata dalle famiglie, sia proposta spesso dalle istituzioni in quanto, all'interno di un sistema di servizi sempre più frammentato, con tempi scarsi e frenetici e una logica burocratica via via prevalente, tale modalità risulta meno onerosa a livello amministrativo e anche in termini di presa in carico (Gori, Ghetti, Rusmini, Tidoli, 2014).

In questo modo, però, non si mette in discussione il fatto che, ancora oggi, i bisogni delle persone con disabilità sono considerati un fatto privato

⁽⁹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/06/13/il-dopo-di-noi-lombardo/>.

⁽¹⁰⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2018/02/07/fna-soldi-non-bastano-mai/>.

dei familiari e non una questione sociale a cui deve rispondere la comunità. Il processo avviato, pur nascondendosi sotto l'etichetta di personalizzazione, si sta trasformando in una crescente parcellizzazione e individualizzazione, che ostacola il lavoro di rete dei servizi e degli operatori e impedisce una reale presa in carico globale delle persone con disabilità da parte dei servizi sociali comunali e della comunità di appartenenza.

5.2.3. Autoreferenzialità e burocratizzazione del lavoro sociale

Nel corso della X legislatura abbiamo assistito da un lato ad una modalità invariata di presa in carico da parte dei servizi residenziali e semiresidenziali dall'altro ad un incremento della mole e della complessità del lavoro assegnato ai servizi territoriali. Nel modello di welfare lombardo tradizionale la presa in carico coincide con l'ingresso nel servizio liberamente scelto: le misure B1 e B2 del FNA invece ripropongono un percorso di presa in carico che vede la valutazione multidimensionale e la progettazione globale come momenti distinti rispetto alla programmazione dei singoli interventi. Significativo è anche il fatto che l'oggetto della sperimentazione della d.G.r. n. 392/2013 sia proprio il modello di case management in favore delle persone con autismo. Nel complesso, il sistema di regolamentazione dei servizi sociosanitari e socioassistenziali ha conservato, e in realtà rinforzato, almeno nella declinazione della norma, lo strumento tipico dell'intervento sociale e in particolare di quello educativo, cioè il progetto. La direzione della strada tracciata non è però chiara: se infatti con il FNA la regia dovrebbe tornare ad essere pubblica, nella d.G.r. n. 392 si afferma un'idea di case management affidato al privato sociale. Si tratta comunque di una decisa inversione di tendenza rispetto al recente passato, che non è stata accompagnata da provvedimenti per incrementare risorse umane e soprattutto le competenze degli operatori pubblici, consentendo loro di far fronte in modo adeguato a queste nuove richieste. In aggiunta va sottolineato che le misure FNA, ProVI, Reddito di autonomia (così come ora, l'attuazione della legge n. 112/2016 riguardo al tema Dopo di noi) sono complicate da gestire perché sono frammentate, rigide ma con ampi spazi di sovrapposizione, nonostante da tempo si invochi, anche nella nuova legislazione regionale, la necessità di ricomposizione delle risorse. Questa situazione purtroppo dà adito a un processo di ulteriore burocratizzazione del lavoro del servizio sociale.

5.3. Il sistema dei servizi

5.3.1. *Grande fermento ma scarsa innovazione*

I nodi critici del modello di welfare lombardo iniziano a evidenziarsi già da prima dell'inizio della legislatura e attraversano, ad esempio, la stesura del PAR Disabilità 2010-2020 – Piano di azione regionale per le persone con disabilità (Ghetti, 2011) ⁽¹¹⁾. Elementi di critica che ritroviamo nelle premesse culturali della d.G.r. n. 116/2013 così come nel testo del Libro Bianco sull'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo (Ledha, 2014) ⁽¹²⁾. Nonostante le dichiarazioni di principio tuttavia il sistema delle Unità di offerta sociosanitarie e socio-assistenziali non è stato interessato da iniziative realmente riformatrici ma si caratterizza, invece, per una sostanziale staticità delle risorse dedicate e dell'offerta di servizi. Come è noto, il sistema prevede l'accreditamento di unità di offerta gestite in prevalenza da enti di terzo settore, che vengono finanziate in base al numero complessivo di giornate di frequenza degli utenti.

Nonostante l'orientamento all'innovazione ed alla flessibilità della d.G.r. n. 116/2013, l'impianto normativo della rete delle unità di offerta ha conservato, e anche rafforzato, tutta la sua tradizionale rigidità lungo tutto l'arco della legislatura. Il sistema dei servizi accreditati continua ad essere il primo caposaldo delle politiche di welfare sociale per le persone con disabilità, sia per numero di utenti presi in carico che per spesa e diffusione territoriale, anche nella percezione delle persone con disabilità e dei loro familiari, degli operatori e degli amministratori pubblici.

I presupposti su cui si fonda il sistema d'offerta tradizionale sono, però, radicalmente differenti da quelli che caratterizzano le misure tipiche introdotte dalla legislatura visti precedentemente, con cui tuttavia convivono senza apparenti contraddizioni. Questa convivenza risulta ancora possibile perché il meccanismo di finanziamento della rete dei servizi, in particolare di quella sociosanitaria, ne garantisce una sostanziale autoreferenzialità rispetto all'insieme dei servizi locali. In altre parole, soprattutto dopo l'avvento della l.r. n. 23/2015 – che ha causato sia la fuoriuscita del sociosanitario dal perimetro della l.r. n. 3/2008, sia la ridefinizione delle competenze della dire-

⁽¹¹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2011/09/15/lopinione-di-anffas-sul-par-piano-dazione-regionale-sulla-disabilita/>.

⁽¹²⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2014/11/01/ledha-commenta-il-libro-bianco-della-regione/>.

zione sociale delle ASL (trasformata in direzione sociosanitaria dell'ATS), sia la frammentazione scoordinata della parte più territoriale dell'ASL, confluita nelle ASST – nonostante le dichiarazioni normative, si è perso il riferimento alla “rete delle unità di offerta”, centrale nella l.r. n. 3/2008, con la conseguenza di una perdita non solo culturale, ma anche formale dei rapporti di rete tra enti gestori accreditati e istituzioni politiche e sociali territoriali.

Ma al di là di quanto scritto e previsto nelle norme, come ha funzionato in questi cinque anni la rete di welfare lombarda per le persone con disabilità? Anche in questo caso non è possibile formulare una risposta univoca ma è necessario focalizzare lo sguardo di volta in volta sul sistema tradizionale dei servizi e su quello innovativo. Non vi è dubbio, infatti, che vi fosse un'intenzione politica iniziale (anche dichiarata) di procedere ad un'innovazione complessiva del sistema nella prospettiva di un superamento del dualismo che vedeva sociale e sociosanitario da un lato, e sanitario dall'altro e ben rappresentato dalle due leggi regionali di riferimento, la legge n. 3/2008 e la legge n. 33/2009, e a partire da quanto si andava sperimentando con le nuove iniziative, in particolare con le modalità di utilizzo del FNA. Il brusco cambiamento introdotto con l'approvazione della legge regionale n. 23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario non ha affatto attuato l'auspicato superamento delle due principali dimensioni del welfare, quella sociale e quella sanitaria, ma ha semplicemente condotto la parte già finanziata dal Fondo sanitario regionale, cioè quella delle UdO socio-sanitarie, fuori dalla sua storica connotazione sociale per inglobarla in quella sanitaria. È stato spostato il confine tra sociale e sanitario, sulla base della fonte di finanziamento. Tant'è che né la legge n. 3/2008 né la legge n. 33/2009 sono state eliminate, bensì solo modificate. La prima cancellando tutti i riferimenti al sociosanitario, e la seconda, in sostanza, modificando il titolo I e II, per accogliere i già citati elementi di novità e “le UdO socio sanitarie”. La successiva separazione della Direzione generale Welfare dalla Direzione generale Reddito di autonomia e inclusione sociale non è altro che l'esito logico dell'interruzione di quel percorso e il mantenimento di due modelli d'intervento che si basano su presupposti (“fonti di finanziamento?”) differenti tra loro.

Al momento non è possibile evidenziare alcun esito concreto nell'iter attuativo della riforma sociosanitaria, se non la sensazione dell'intero comparto di esserne ai margini e di trovarsi alla vigilia di un processo di ancora maggior sanitarizzazione: la preoccupazione è quella di dover fare i conti con enti sanitari di grandi dimensioni e con logiche di funzionamento assai distanti da quelle fino ad ora vigenti.

5.3.2. *Staticità e limiti nella sostenibilità*

Non si intravedono, nelle scelte politiche e amministrative attuate da Regione Lombardia, modalità innovative nell'affrontare il tema della sostenibilità nel tempo del sistema dei servizi in favore delle persone con disabilità. L'incremento del numero dei soggetti presi in carico è stato possibile, di fatto, solo grazie all'utilizzo di risorse aggiuntive, rese disponibili da finanziamenti di origine statale (es. FNA) o europea (es. Reddito di autonomia). Come abbiamo visto, né nelle modalità di risposta tradizionali né in quelle innovative si scorgono nell'utilizzo delle risorse scarti significativi, tali da mettere in discussione il paradigma di fondo degli interventi, che rimangono sempre di carattere prestazionale a supporto di un welfare familistico.

In estrema sintesi il modello di welfare sociale propone due alternative. Da un lato la collocazione delle persone con disabilità in servizi dall'impronta sempre più sanitaria; dall'altro il sostegno alla domiciliarità attraverso l'erogazione monetaria a parziale sostegno delle spese assistenziali. Già nel 2010 Anffas Lombardia (Medeghini, Vadalà, Fornasa, Nuzzo, 2013), al termine di un percorso di ricerca sui (mancati) esiti dei servizi sulla qualità della vita delle persone con disabilità, descriveva questo sistema come "un'autostrada senza uscita". Dato che nella rete dei servizi sociosanitari regionali molti entrano e pochi escono, la possibilità di rispondere alle persone bisognose ancora escluse non potrà che passare dalla continua gemmazione di nuovi servizi e di nuovi contenitori dove inserire le nuove generazioni di persone con disabilità adulte, che escono dai circuiti educativi e che non riescono a trovare posto nella società. Un approccio che appare, nel tempo, insostenibile dal punto di vista economico e che intacca il senso stesso dei servizi sociali, nati non solo per erogare prestazioni o benefici ma per sostenere le fragilità e rendere le comunità più coese. Il rischio, o forse già la realtà, è infatti che si pensi a sostenere un'ulteriore spinta alla "privatizzazione" della gestione della disabilità all'interno delle mura domestiche.

Il dato da mettere in evidenza è come le misure innovative nei confronti delle persone con disabilità nel corso della legislatura si siano progressivamente stabilizzate divenendo parte integrante del "Menù" del sistema regionale di welfare sociale. Al netto delle difficoltà e criticità incontrate, si tratta di strumenti conosciuti e diffusi in tutta la Lombardia, sui quali molte persone con disabilità e le loro famiglie contano per la gestione della

propria esistenza. Un'affermazione valida sicuramente per le misure B1 e B2 del FNA ma anche per i progetti sostenuti dalla d.G.r. n. 392/2013 (Case manager autismo), che hanno trovato continuità; lo stesso vale, a diverso titolo, anche per i progetti a sostegno della Vita indipendente, finanziati sempre dal FNA. In questi due ultimi casi, però, gli esiti delle sperimentazioni non hanno modificato sostanzialmente l'impostazione ordinaria dell'insieme dei servizi, oltre a non aver neppure avuto occasioni pubbliche di presentazione e di discussione. Anche gli interventi dedicati alla disabilità inseriti nell'azione complessivamente definita come "Reddito di autonomia", dopo un avvio faticoso si sono ritagliati uno spazio specifico nel disegno complessivo delle politiche sociali regionali. La continuità di queste misure dipende, in realtà, da scelte politiche sovraordinate, connessa alla conferma o meno dei fondi che le sostengono. Quanto al Fondo famiglia, va sottolineato come non sia stato oggetto dell'incremento inizialmente previsto dalla d.G.r. n. 116/2013.

L'impressione è che le misure innovative siano da considerarsi uno specifico della prima fase della legislatura, durante la quale l'assessore Cantù nella Direzione generale Famiglia e politiche sociali tentava di affermare il "diritto alla fragilità". Nella seconda fase, con l'approvazione della legge regionale n. 23/2015 e l'avvio della riforma sociosanitaria, le iniziative precedenti sono proseguite in modo quasi inerziale, solo perché erano già state avviate ed erano disponibili le risorse. Non si è (più) puntato, invece, a innovare il sistema di welfare: l'attenzione al rinnovamento si è interamente concentrata sugli aspetti organizzativi interni alla stessa Regione della riforma sociosanitaria.

Tirando le somme, si può affermare che gli interventi innovativi si sono sovrapposti – senza modificarlo – al sistema tradizionale, che rimane fondamentalmente statico, più oneroso per i cittadini.

Tabella 5.2 - Confronto tra budget per u.o. sociosanitarie 2012 e 2015 – mln di euro ⁽¹³⁾

	2012	2015	Δ 2012-2015
ADI e voucher SLA	98,9	124,4	+25,8%
Centro diurni anziani e disabili	111,9	117,9	+5,4%
Servizi per le dipendenze	53,3	57,2	+7,3%
Riabilitazione / cure intermedie	242,7	258,6	+6,6%
RSA	854,6	872,8	+2,1%
RSD	133,8	143,9	+7,6%
Hospice	20,2	29	+43,9%
Consultori privati	20,2	20,5	+1,5%
Altro	26,7	22,2	+16,8%

Fonte: d.G.r. e d.d.g. di riparto – 2012 e 2015.

5.4. La sanitarizzazione dei servizi

5.4.1. Maggiore regolazione del sistema

Nella gestione ordinaria del sistema dei servizi sociosanitari per le persone con disabilità (CDD, CSS e RSD) abbiamo assistito ad un'ulteriore spinta verso una gestione di carattere medico-sanitario, molto attenta agli aspetti procedurali e alla tutela delle persone in carico piuttosto che a percorsi di autonomia e partecipazione sociale. Una spinta avviata prima della nuova configurazione dei due Assessorati e quindi – questa – non imputabile al processo di riforma sociosanitario in corso. È da tempo, infatti, che si parla di sanitarizzazione dei servizi. Seguendo le voci degli operatori degli enti gestori e dei leader associativi, appare evidente come negli ultimi anni questo processo sia cresciuto, andando oltre quanto già sperimentato nel decennio precedente (2005-2013). Il punto di snodo potrebbe essere rappresentato prima dalla d.G.r. n. 1765/2014, e subito dopo dalla d.G.r. n. 2569/2014, entrambe destinate a rendere omogeneo il sistema dei controlli dell'attività dei servizi, che ha radicalizzato e generalizzato le richieste di attivazione di protocolli e procedure prescrittive, tipiche della pratica medica (Merlo, 2017) ⁽¹⁴⁾. L'ap-

⁽¹³⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/03/18/confronto-maroni-formigoni-come-cambiano-le-scelte-allocative-sul-sociosanitario/>.

⁽¹⁴⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/05/03/la-complicata-vita-delle-unita-di-offerta-per-le-persone-con-disabilita/>.

proccio sanitario non sembra avere un esplicito mandato politico, anzi, nelle intenzioni della legge regionale di riforma n. 23/2015, c'era anche la volontà di assorbire gli elementi caratteristici del modello sociosanitario: quello che non cura, ma si prende cura della persona, quello che non tratta la parte del corpo malata, ma fa progetti di presa in carico che coinvolgono non solo la persona ma la famiglia, gli amici e persino la comunità. In queste affermazioni si potrebbe persino leggere la volontà di de-medicalizzare la sanità e di avviare un'opera di contaminazione tra paradigmi finora isolati.

Ma nella pratica, nella redazione delle delibere di Giunta e nelle procedure di realizzazione dei controlli, si nota un sempre maggiore radicamento del cosiddetto approccio sanitario alla disabilità. Un "successo" che affonda le sue motivazioni in una diffusa ed esplicita convinzione – anche nel sistema burocratico amministrativo che gestisce quotidianamente il sistema di autorizzazioni, finanziamenti e controlli – che i servizi pagati da fondi sanitari debbano essere usati per sostenere spese di carattere strettamente medico-infermieristico e assistenziali in senso stretto. Convinzioni che per tradursi in atti concreti non necessitano di ulteriori azioni dirette da parte della Giunta regionale e che possono essere attuate direttamente dagli organi preposti al controllo (Malè, 2017) ⁽¹⁵⁾. In questa prospettiva vanno letti, ad esempio, gli irrigidimenti al divieto di somministrazione dei farmaci da parte degli educatori. Il diritto all'integrazione sociale della persona con disabilità, correttamente affermato anche come indicatore di appropriatezza, soccombe alla questione del rischio di esercizio abusivo della professione dell'infermieristica ⁽¹⁶⁾. Anche il tema della flessibilità, richiamato in ogni dove nelle normative, si infrange con il rispetto settimanale degli standard, sempre più difficile da garantire soprattutto nelle strutture medio-piccole come i CDD e le RSD.

Questi processi hanno aumentato, all'interno dei servizi, l'investimento operativo sulla manutenzione dei documenti, a discapito dei tempi di riflessione e confronto sull'effettiva efficacia delle scelte gestionali e dei comportamenti degli operatori.

⁽¹⁵⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/11/27/servizi-la-disabilita-sanitarizzazione-etero-ritorno-della-burocrazia/>.

⁽¹⁶⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/11/23/i-servizi-sociosanitari-per-la-disabilita-luoghi-di-cura-o-di-vita/>.

5.4.2. *Gli esiti della sanitarizzazione sulle persone e per i servizi*

“Indicazioni e prescrizioni normative in materia di accreditamento e appropriatezza, che oggi stabiliscono cosa è e cosa non è una RSD, ci restituiscono la fisionomia forse più di un ospedale (dove le persone sono ricoverate per curare fasi acute di malattia) che di una casa (dove le persone normalmente vivono). Come se l’ambiente naturale della persona con disabilità dovesse necessariamente essere un luogo di cura, come se vivere una condizione di disabilità significasse automaticamente essere malati” (Magani, 2018) ⁽¹⁷⁾.

L’approccio di matrice sanitaria non risulta adeguato a supportare il lavoro di carattere educativo e sociale, scritto nella storia e nell’identità di gran parte dei servizi semiresidenziali e residenziali per le persone con disabilità oggi attivi in Lombardia. Questi servizi dovrebbero rispondere, oltre ai bisogni sanitari, a quelli decisamente più complessi che riguardano domini oggi riconosciuti. Tra questi rientrano quelli che definiscono la Qualità della vita (Shalock, Alonso, Verdugo, 2006), che pongono sullo stesso livello l’attenzione al benessere fisico, materiale ed emotivo, all’inclusione sociale, alle relazioni interpersonali, allo sviluppo personale, ai diritti ed all’autodeterminazione (Merlo, 2017) ⁽¹⁸⁾. Oggi i servizi appaiono in affanno e rischiano di essere soffocati dagli attuali modelli organizzativi, appiattiti su logiche di appropriatezza degli interventi e delle prestazioni tipiche del modello medico.

I processi di sanitarizzazione riducono ad una domanda di cura ciò che in realtà è una domanda di vita. Le persone con disabilità non sono malati cronici, i bisogni sanitari sono solo una piccola parte di ciò che contribuisce a costituire la qualità di vita, che questo approccio tende a “de-normalizzare”. Il processo di sanitarizzazione dei servizi ha avuto come esiti da un lato quello di incentivare ulteriormente un processo di presa in carico e di progettazione autoreferenziale dei servizi, dall’altro quello di produrre un ulteriore irrigidimento nell’organizzazione delle attività e un forte disincentivo alla promozione di interventi fuori dalle mura dei servizi, dei centri e delle residenze. Si è quindi ulteriormente allargato il divario tra il funzionamento concreto di gran parte dei servizi e quanto prescritto dall’articolo 19 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, che indica come unico obiettivo “consentire loro (le persone con disabilità) di vivere nella so-

⁽¹⁷⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2018/01/22/vivere-ospedale-bene-alla-salute/>.

⁽¹⁸⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/04/12/limportante-e-la-salute-e-non-la-sanita/>.

cietà e di inserirsi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione". Se guardiamo al risultato nella vita delle persone con disabilità, è facile constatare che stiamo andando in direzione opposta. La missione affidata al sistema delle Unità di offerta non è l'inclusione ma la cura, l'assistenza e la custodia.

5.5. Conclusioni

Gli anni che abbiamo alle spalle e che stiamo vivendo sono caratterizzati da un intenso dibattito culturale e scientifico sulla questione "disabilità". Facciamo riferimento ai percorsi di analisi, ricerca e riflessioni che hanno portato le grandi istituzioni internazionali, come l'OMS e l'ONU, ad approvare rispettivamente nuove modalità di classificazione del fenomeno (ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute, 2001) e una norma specifica di tutela dei diritti umani (Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, 2006). Non si tratta, in quest'occasione, di ripercorrere i contenuti di tali documenti: quello che è certo è che, anche a partire da questi pronunciamenti, pure nella società lombarda si è avviata in modo diffuso una fase di riflessione e di confronto sullo stesso concetto di disabilità e sul "mandato" da affidare alle politiche sociali. Cosa significa, ad esempio, adempiere a quella prescrizione della Convenzione ONU che indica come obiettivi dei servizi quello di "consentire loro di vivere nella società e di inserirsi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione"?

Di questi interrogativi e analisi troviamo ampia traccia nel Piano d'azione regionale per le persone con disabilità, approvato nel 2010 ma che non ha poi trovato un significativo riscontro nella programmazione regionale. Essi, infatti, non sembrano essere stati presi seriamente in considerazione dall'amministrazione regionale, che pare sempre fare riferimento a una visione della condizione delle persone con disabilità risalente, forse, agli anni '80.

Complessivamente, l'azione riformatrice sostenuta dall'assessore Cantù all'inizio della legislatura sembra aver riguardato la quantità delle risorse e la differenziazione delle offerte di servizi, senza tuttavia modificare il paradigma di fondo degli interventi, che rimangono sempre a forte impronta prestazionistica e a sostegno di un modello di welfare familistico. Anche gli obiettivi di cambiamento dichiarati, principalmente la personalizzazione degli interventi e l'integrazione sociosanitaria, non sono stati sostanzialmente raggiunti, sia per le vicende politiche che hanno caratterizzato la legislatura che, probabilmente, per la poca attenzione riservata a sostenere adeguatamente il cambiamento.

Nel corso della X legislatura, quindi, il quadro di insieme ha registrato la crescita delle risorse disponibili mentre le modalità di funzionamento complessive, invece, non sembrano essere variate di molto. L'impianto dei servizi tradizionali ha subito un'ulteriore spinta verso una gestione di carattere assistenziale e sanitaria. Le nuove misure introdotte dalla legislatura si sono ridotte, in gran parte, a erogazioni monetarie a sostegno della funzione assistenziale dei familiari. Non si registra alcun investimento significativo sui Comuni e sulle ex ASL per rafforzarne il ruolo di presa in carico pubblica previste dalla Costituzione, da diverse norme e richiamate dalle diverse delibere. Si sono evidenziati alcuni segnali di discontinuità nella gestione dei fondi a sostegno dei Progetti di vita indipendente (ProVI) e del Reddito di autonomia, il cui peso è ancora poco rilevante, in attesa di capire se e cosa potrà muovere l'implementazione attualmente in atto della legge n. 112/2016.

Questo contesto, sostanzialmente critico, non può mettere in ombra il fatto che un numero crescente di persone con disabilità possa contare, per la prima volta, su misure di sostegno di carattere pubblico.

Un quadro complesso in cui, spesso al di fuori della programmazione regionale, organizzazioni di terzo settore e amministrazioni locali stanno sperimentando modalità sostenibili per utilizzare le risorse di welfare al fine di garantire alle persone con disabilità il diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale.

Bibliografia

- DESSI C. (2017), *Reddito di autonomia: i numeri della nuova edizione dei voucher per anziani e disabili*, in www.lombardiasociale.it, 14 febbraio 2017.
- DESSI C., GHETTI V. (2017), *Voucher per l'autonomia: decollano o no?*, in www.lombardiasociale.it, 17 giugno 2017.
- GHETTI V. (2011), *L'opinione di Anffas sul PAR*, in www.lombardiasociale.it, 15 dicembre 2011.
- GHETTI V. (2013), *La presa in carico comincia dall'autismo*, in www.lombardiasociale.it, 12 luglio 2013.
- GHETTI V. (2013), *Fondo non autosufficienza: si ripart... per quest'anno*, in www.lombardiasociale.it, 7 ottobre 2013.
- GHETTI V. (2017), *Il dopo di noi lombardo*, in www.lombardiasociale.it, 13 giugno 2017.
- GORI C., GHETTI V., RUSMINI G., TIDOLI R. (2014), *Il welfare sociale in Italia. Realtà e prospettive*, Carocci, Roma.

- GUIDETTI C. (2013), *Istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili*, in www.lombardiasociale.it, 14 maggio 2013.
- MAGANI F. (2018), *Vivere in "ospedale" fa bene alla salute?*, in www.lombardiasociale.it, 22 gennaio 2018.
- MALÈ M. (2017), *Servizi per la disabilità: sanitarizzazione o eterno ritorno della burocrazia?*, in www.lombardiasociale.it, 27 novembre 2017.
- MEDEGHNI R., VADALÀ G., FORNASE W., NUZZO A. (2013), *Inclusione sociale e disabilità. Linee guida per l'autovalutazione della capacità inclusiva dei servizi*, Erickson, Trento.
- MERLO G. (2014), *L'attrazione speciale*, Maggioli, Rimini.
- MERLO G. (2014), *La valutazione multidimensionale... questa (s)conosciuta?*, in www.lombardiasociale.it, 15 marzo 2014.
- MERLO G. (2014), *Valutazione multidimensionale: i limiti attuali e le prospettive di cambiamento necessarie*, in www.lombardiasociale.it, 14 maggio 2014.
- MERLO G. (2016), *Chi accede ai servizi per la disabilità?*, in www.lombardiasociale.it, 27 settembre 2016.
- MERLO G. (2016), *I servizi sociosanitari per la disabilità: luoghi di cura o di vita?*, in www.lombardiasociale.it, 23 novembre 2016.
- MERLO G. (2017), *L'importante è la Salute non la sanità*, in www.lombardiasociale.it, 12 aprile 2017.
- MERLO G. (2017), *La complicata vita delle unità d'offerta per le persone con disabilità*, in www.lombardiasociale.it, 3 maggio 2017.
- MERLO G. (2017), *Disabilità: più sostegni... alla solitudine*, in www.lombardiasociale.it, 17 dicembre 2017.
- MERLO G., MELZI A. (2018), *FNA, i soldi non bastano mai*, in www.lombardiasociale.it, 7 febbraio 2018.
- SCHALOCK R., ALONSO M., VERDUGO (2006), *Manuale di qualità della vita. Modelli e pratiche di intervento*, Vannini, Brescia.

6. I minori e le famiglie

Elisabetta Dodi e Cecilia Guidetti

Regione Lombardia, durante la legislatura in esame, ha declinato le sue politiche a sostegno delle famiglie e dei minori lungo quattro traiettorie prevalenti di intervento:

- l'area del sostegno alla natalità e alla genitorialità che, in continuità con la legislatura precedente, ha visto nelle misure economiche il canale prioritario di attuazione delle scelte programmatiche;
- l'area delle misure volte a favorire la conciliazione tra vita e lavoro che ha implementato e messo a sistema quanto sperimentato nella legislatura precedente;
- gli interventi volti a sostenere gli enti locali nelle azioni di tutela dei minori, come nuova area di azione regionale rispetto alle legislature precedenti;
- l'area della programmazione dei percorsi di inclusione sociale a favore delle famiglie con adolescenti in difficoltà, nonché di giovani e persone con problemi di abuso e grave rischio di emarginazione.

Citiamo anche, tra gli ambiti di intervento dell'Assessorato, le azioni di contrasto alla violenza di genere perché, dopo essere state poste in passato in capo ad altri Assessorati, le competenze in materia sono tornate in capo alla Direzione generale Reddito di autonomia e inclusione sociale.

6.1. L'ampliamento del target delle misure

Regione Lombardia ha puntato, nella X legislatura, ad ampliare la platea dei destinatari di misure ed interventi sociali, scegliendo di destinare i propri interventi non più e non solo alle famiglie in evidenti condizioni di povertà e di disagio sociale ed economico, ma di intercettare famiglie in condizioni di vulnerabilità socioeconomica, anche temporanea, tradizionalmente non in carico ai servizi e storicamente non riconosciute come target e destinatarie di interventi sociali e di misure di sostegno. Nel corso della legislatura la Re-

gione ha, infatti, esplicitamente dichiarato la volontà di estendere e ampliare la gamma degli interventi e delle misure a un numero sempre maggiore di famiglie, considerando come popolazione target anche famiglie che stavano attraversando una fase temporanea di impoverimento o crisi e per le quali un sostegno economico poteva rivelarsi risolutivo o preventivo rispetto al rischio di caduta in povertà o in situazioni di disagio più conclamato (Dipartimento Politiche per la Famiglia, 2017a).

In questa direzione si sono orientati la legge regionale n. 18/2014 (Ghetti, 2014)⁽¹⁾ sui genitori separati e gli atti conseguenti (Fondo Sostegno, Interventi di sostegno abitativo) che hanno di fatto, introdotto tra i destinatari delle misure, in ottemperanza a quanto dichiarato nel PSR, un target “nuovo” e specifico quale quello dei genitori separati o divorziati, target fino ad allora non contemplato in modo intenzionale dalle politiche sociali lombarde e che accedeva a servizi e misure solo se in condizioni di povertà o disagio, rispondendo cioè ad altri requisiti previsti e non al requisito specifico dell’essere separato o divorziato.

Sono andate nella direzione appena descritta anche le scelte in materia di supporto alla natalità e alla maternità che si sono orientate verso un sempre crescente allargamento della popolazione target e dell’accessibilità delle misure: dal 2013 ad oggi si è susseguita una serie di requisiti di accesso sempre meno stringenti che hanno portato al requisito attualmente in vigore che definisce una soglia massima ISEE di 20.000 euro/nucleo familiare per accedere alla misura Nidi gratis e al Bonus famiglia (Dodi, Guidetti, 2016a)⁽²⁾.

La soglia ISEE di 20.000 euro indicata quale tetto per l’accesso al Bonus famiglia è diventata criterio e parametro trasversale anche per le misure Nidi gratis e per gli interventi di sostegno abitativo per genitori separati, a segnare un cambio deciso e chiaro nella ridefinizione della popolazione target a cui Regione Lombardia intende rivolgersi ed erogare le risorse economiche disponibili.

Relativamente alle misure a sostegno della natalità e della maternità, anche altri cambiamenti introdotti confermerebbero la scelta di un ampliamento significativo del target:

- l’ampliamento della misura Nasko e Cresco anche alle famiglie adottive;
- la graduale razionalizzazione e semplificazione delle misure (Nasko, Cresco) in una misura unica (Bonus famiglia);

⁽¹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2014/07/13/una-legge-per-i-genitori-separati/>.

⁽²⁾ Per una comparazione e analisi delle diverse misure e della loro evoluzione, si rimanda a <http://www.lombardiasociale.it/2016/05/11/da-nasko-e-cresco-al-bonus-famiglia-cosa-cambia/>.

- il cambiamento introdotto nelle modalità di accesso alle misure che non avviene più per accesso diretto ai servizi, ma presentando domanda su apposita piattaforma regionale. Questo cambiamento potrebbe apparire poco significativo, ma mostra aspetti interessanti: se il target al quale ci si vuole rivolgere sono anche quelle famiglie non tradizionalmente abituate a interfacciarsi con i servizi sociali e sociosanitari e per le quali il rivolgersi ai servizi è qualcosa di “vergognoso o imbarazzante”, la richiesta di accesso alla misura tramite piattaforma ha certamente una valenza importante e si mostra quale procedura certamente più “vicina” al target immaginato per le misure.

Tabella 6.1 - Comparazione tra Fondo Nasko, Fondo Cresco e Bonus famiglia

	NASKO	CRESCO	BONUS FAMIGLIA
Anno di avvio	D.G.r. n. IX/84 del 31 maggio 2010	D.G.r. n. X/1005 del 29 novembre 2013	D.G.r. n. X/5060 del 18 aprile 2016 e d.G.r. n. X/5095 del 29 aprile 2016
Destinatari	Madri che recedono dalla scelta di interrompere volontariamente la gravidanza.	Neomamme e loro bambini fino a 12 mesi di età in condizione di forte disagio economico.	Famiglie vulnerabili con presenza di donne in gravidanza e famiglie adottive.
ISEE di accesso	Fino a 9.000 €/anno per nucleo familiare e fino a 15.000 €/anno per donna sola gravida.	Fino a 9.000 €/anno per nucleo familiare.	Uguale o inferiore a 20.000 euro.
Altri criteri di accesso	• Residenza in Regione Lombardia da almeno 2 anni; • certificato IVG; • sottoscrizione di un progetto personalizzato presso un Consultorio pubblico, privato accreditato e a contratto o presso un CAV iscritto all'elenco regionale.	• Residenza in Regione Lombardia da almeno due anni; • autocertificazione allattamento al seno; • età del bambino compresa tra 0 e 12 mesi.	• Residenza in Lombardia per entrambi i genitori di cui almeno uno residente da 5 anni continuativi; • documento di avvenuto colloquio relativamente alla condizione di vulnerabilità socioeconomica, rilasciato dai servizi sociali del Comune di residenza della famiglia o dai Centri aiuto alla vita; • certificato di gravidanza attestante la settimana di gestazione; • sentenza di adozione non antecedente al 1° maggio 2016.

Fonte: LombardiaSociale, 2016.

Nella stessa direzione di un ampliamento del target si sono anche mosse tutte le misure per la conciliazione dei tempi tra vita e lavoro che, proprio perché finalizzate a sostenere il lavoro di cura di minori, anziani e persone non autosufficienti conciliandolo con le esigenze della vita lavorativa, sono state orientate a intercettare una fascia di famiglie con reddito medio-alto e almeno un componente occupato.

Inoltre, l'attuale legislatura ha di fatto confermato gli orientamenti della Riforma dei Consultori sempre più indirizzati verso una presa in carico globale della famiglia e della popolazione 0-99, prevedendo quindi un ampliamento consistente dei destinatari e dei servizi offerti e un superamento della loro specificità storica.

Non ultimo, ricordiamo anche che Regione Lombardia, a partire dal 2015⁽³⁾, ha destinato risorse e interventi verso le famiglie con adolescenti in difficoltà e verso i giovani e le persone con problemi di abuso a grave rischio di emarginazione, sperimentando interventi rivolti a una fascia di popolazione non tradizionalmente "toccata" dalle misure più consolidate in materia di interventi per i minori e le famiglie.

Complessivamente, le scelte di ampliamento del target hanno generato importanti cambiamenti tanto nella relazione tra servizi e utenti quanto ricadute organizzative significative sul sistema stesso dei servizi e sulla professionalità degli operatori. Proviamo a evidenziarne alcune.

6.1.1. *Una difficile valutazione*

A fronte delle scelte sopra evidenziate, il primo elemento da osservare nel valutare l'efficacia delle misure messe in campo, in relazione all'obiettivo di rispondere ad un più ampio numero di beneficiari, è quello relativo ai destinatari effettivamente raggiunti ed alla loro incidenza in relazione alla popolazione target (v. tab. 6.2).

Per quanto riguarda la misura Bonus famiglia, l'unico dato disponibile riferisce di 9.800 famiglie raggiunte con un primo stanziamento di 15 milioni di euro e di un sottoutilizzo delle risorse (risparmiati 2.300.000 euro), successivamente reinvestiti nella medesima misura e a cui sono stati aggiunti ulteriori 8.500.000 euro per un totale di 23.500.000 euro di risorse stanziare

⁽³⁾ D.G.r. n. 3206 del 26 febbraio 2015 "Programmazione dei percorsi di inclusione sociale a favore di famiglie con adolescenti in difficoltà, nonché di giovani e persone con problemi di abuso a grave rischio di marginalità".

fino ad ottobre 2017. Non essendo disponibili dati più aggiornati, una *proxy* fa prevedere che, se utilizzate interamente, le risorse disponibili sulla misura Bonus famiglia consentirebbero di raggiungere circa 18.000 famiglie⁽⁴⁾.

La misura Nidi gratis, invece, ha raggiunto nell'anno scolastico 2016/2017 circa 13.000 bambini, con un investimento di 26.737.000 euro, andando così a garantire una copertura del 18,2% dei posti di Asili nido e Micronidi disponibili in Lombardia. I Comuni coinvolti sono stati 385, pari al 28,6% dei Comuni lombardi in cui sono presenti Asili nido e Micronidi⁽⁵⁾ comunali o privati convenzionati. Per il secondo anno di attuazione le risorse dedicate sono state aumentate a 32 milioni, con l'auspicio di raggiungere così una maggiore copertura.

Tabella 6.2 - Risorse e destinatari delle misure Bonus famiglia e Nidi gratis

Misura	Risorse destinate primo anno	Popolazione raggiunta	Nuovo stanziamento	Risorse complessive
Bonus Famiglia (avvio giugno 2016)	15.000.000 €	9.800 famiglie ad aprile 2017	8.500.000 €	23.500.000 €
Nidi gratis (avvio su AS 2016/2017)	26.737.000 €	13.000 bambini 385 Comuni	32.000.000 €	58.737.000 €

Fonte: elaborazioni LombardiaSociale.

A fronte di questi dati, restano aperti alcuni interrogativi in merito alla valutazione di efficacia di queste misure.

Per prima cosa, sarebbe interessante poter valutare “chi” effettivamente le misure abbiano raggiunto. Le misure hanno intercettato le persone e le famiglie in condizioni di vulnerabilità socioeconomica? O ai servizi hanno continuato ad accedere i destinatari più “tradizionali” già in carico ai servizi?

⁽⁴⁾ I nati in Lombardia nel 2016 sono 81.588 (dato Istat), ma non è possibile considerare questo dato come popolazione target, in quanto la misura è rivolta soltanto a famiglie con ISEE inferiore a 20.000 euro. Non sono invece disponibili dati relativi al numero di famiglie lombarde con ISEE inferiore o uguale a 20.000 euro.

⁽⁵⁾ Sono complessivamente 1.516 i Comuni lombardi, ma solo nell'88,8% di questi sono presenti servizi per la prima infanzia, ed è su questi che è stato calcolato il dato di copertura. Per approfondimenti in merito ai tassi di copertura dei servizi per la prima infanzia in Lombardia si veda <http://www.lombardiasociale.it/2016/12/19/un-volo-dallalto-sui-nidi-lombardi/>.

O, ipotesi ancora diversa, un accesso consistente alle misure di persone e famiglie del “ceto medio impoverito” ha limitato l’accesso e la fruizione delle misure a persone e famiglie in condizioni di povertà o disagio più conclamate? Si tratta di domande a cui non sarebbe difficile rispondere se fossimo in presenza di un monitoraggio puntuale e aggiornato di alcuni dati, anche semplici, che la Regione comunque raccoglie attraverso la piattaforma SiAge, la piattaforma on line per presentare le domande di contributo o di finanziamento per le misure promosse dalla stessa Regione. Ad oggi, non sono ancora stati resi disponibili alcuni dati, anche minimi, che descrivano il target raggiunto dalle diverse misure: età, nazionalità, fascia ISEE di riferimento, intervento richiesto, esiti del progetto personalizzato... Si tratta di informazioni e dati che il sistema SiAge raccoglie, ma che non sono stati elaborati e neanche utilizzati a sostegno e argomentazione dell’efficacia degli interventi e delle scelte programmatiche via via realizzate. Un ampliamento del target quindi, certamente dichiarato e auspicato, ma che al momento non è dato sapere se raggiunto, se non accogliendo ed esplorando le riflessioni e le analisi di chi nei servizi lavora (Dodi, 2016) ⁽⁶⁾.

6.1.2. *Misure per tanti, ma non per tutti*

Se da un lato Regione Lombardia ha spinto verso un ampliamento del target, dall’altro questa scelta è proceduta di pari passi con altre scelte che di fatto, hanno ridotto, invece, la possibilità di accesso alle stesse misure per alcuni target di popolazione.

L’innalzamento degli anni di residenza in Regione Lombardia da 2 a 5 anni orienta in modo evidente le misure verso le famiglie di cittadinanza italiana, escludendo di fatto famiglie di origine straniera in Italia da meno di 5 anni, malgrado queste potrebbero essere maggiormente bisognose, considerando che sono proprio i primi anni di arrivo gli anni più difficili nel processo di integrazione.

Non solo. Le misure per genitori separati o divorziati limitano la misura stessa a quei genitori che hanno contratto matrimonio: restano esclusi dalla misura tutti i genitori non sposati, tutti i “monogenitori” e, a cascata, tutte le bambine e i bambini nati fuori dal matrimonio. Una scelta evidentemente

⁽⁶⁾ Per una prima valutazione della misura Bonus famiglia da parte delle operatrici e degli operatori coinvolti nell’erogazione della misura, si rimanda a <http://www.lombardiasociale.it/2016/12/05/il-bonus-famiglia-tra-indicazioni-regionali-e-variet%C3%A0-attuarial/>.

discriminatoria che esclude porzioni di popolazione sulla base di specifiche scelte personali (Dodi, 2014 e 2017d) ⁽⁷⁾.

Non ultimo, la misura Nidi gratis è accessibile solo per quelle famiglie nei cui Comuni di residenza sono presenti nidi comunali o nidi privati convenzionati e che aderiscono all'iniziativa, criterio di accesso che rischia di discriminare ulteriormente quelle famiglie che non solo non hanno accesso al servizio nido o hanno come unica scelta il nido privato (con costi spesso più elevati), ma che si vedono privata la possibilità di poter usufruire di un azzeramento (o almeno di una riduzione) della retta.

Infine, la connotazione prevalentemente amministrativa, più che sociale, delle misure e dei relativi strumenti di lavoro, la comunicazione istituzionale eccessivamente orientata a promuovere l'erogazione di risorse al cittadino e la frequente scarsa motivazione delle persone raggiunte a "essere inserite" in percorsi di presa in carico perché più interessate al ricevimento del beneficio economico, costituiscono tutti elementi (Guidetti, 2015) ⁽⁸⁾ che hanno contribuito sempre più ad abbandonare la strategia progettuale a favore di una sempre maggiore focalizzazione sull'erogazione di risorse monetarie (*only cash*).

Una modalità di intervento che per alcune tipologie di famiglie – pensiamo in particolare a quelle che si trovano in una situazione di potenziale vulnerabilità e non di vera fragilità – può tradursi in un sostegno senza alcuna pretesa di intrusività, che può costituire un valido supporto di cui facilmente le famiglie fruiscono, perché privo di connotazioni negative legate al trovarsi in una situazione di bisogno. Tuttavia queste medesime modalità per altre famiglie – quelle maggiormente fragili e bisognose di vero supporto – rischiano invece di essere insufficienti e di far scivolare facilmente i servizi verso una forma di aiuto priva di relazione e con pochissime *chance* di modificare effettivamente la condizione di fragilità e bisogno.

6.1.3. *Un target importante, da non dimenticare*

Dal punto di vista dell'ampliamento del target delle misure regionali, gli interventi avviati nel 2015 a sostegno delle famiglie con adolescenti in

⁽⁷⁾ Sui rischi discriminatori delle misure Sostengo e Nidi gratis, si rimanda a <http://www.lombardiasociale.it/2014/11/28/novita-e-conferme-intorno-al-fondo-sostengo/> e <http://www.lombardiasociale.it/2017/07/16/nidi-gratis-tutti/>.

⁽⁸⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/12/22/quale-efficacia-dei-fondi-nasko-cresco-e-sostengo/>.

difficoltà, dei giovani e delle persone con problemi di abuso a grave rischio di emarginazione⁽⁹⁾ hanno costituito una scelta importante perché hanno posto l'attenzione su un target, quale quello degli adolescenti fragili, normalmente poco considerato nella programmazione sociale e sociosanitaria lombarda.

La misura si concretizzava nell'erogazione di voucher che consentivano l'attivazione – presso un soggetto erogatore accreditato dalla ASL – di percorsi di sostegno individualizzati. Misura che però, pur avendo il pregio di andare a colmare un vuoto, in questi anni non è stata messa a sistema, né dal punto di vista della modellizzazione del percorso di presa in carico, né dal punto di vista della continuità.

Questi interventi, infatti, non sono stati rilanciati e sostenuti con ulteriori deliberazioni dopo il 2015 e Regione Lombardia non è arrivata a definire in modo univoco, anche a partire dalla varietà delle esperienze territoriali, la distribuzione di ruoli e funzioni tra i diversi soggetti coinvolti e in particolare, a collocare la funzione di *case management* in capo a un soggetto definito.

Questa resta dunque, un'area di intervento su cui si auspica possano giungere nuove indicazioni⁽¹⁰⁾ e ulteriori stanziamenti di risorse dedicate per riportare attenzione e investimenti progettuali verso questo “nuovo” target.

6.1.4. *Un cambiamento poco accompagnato*

L'allargamento degli interventi a nuovi target (persone e famiglie vulnerabili in condizioni di disagio economico oltre che sociale e familiare, persone con età 0-99 per i consultori che portano ai servizi problematiche e disagi nuovi...) così come la centratura delle misure sull'erogazione monetaria hanno, di fatto, chiesto agli operatori un cambiamento di prospettiva e un riposizionamento professionale.

Gli operatori hanno necessariamente dovuto rivedere e aggiornare le proprie modalità di intervento e presa in carico, le strategie relazionali con l'utenza (analisi e lettura di nuovi e differenti problemi e risorse “non trattati” fino ad ora, presa in carico vincolata all'erogazione di contributi economici e quindi con ridotta possibilità di co-costruire un progetto con l'utenza...) e le collaborazioni con altri servizi (si pensi al lavoro nell'area della prevenzione della violenza sulle donne o delle relazioni da attivare con il servizio sociale comunale a proposito della scheda relativa al colloquio per la valutazione

⁽⁹⁾ D.G.r. n. 3206, d.d.g. n. 7060 e d.d.g. n. 11002.

⁽¹⁰⁾ D.G.r. n. 7229 del 17 ottobre 2017.

della vulnerabilità) (Dodi, 2017 e 2017c) ⁽¹¹⁾. Tuttavia, Regione Lombardia non ha assunto un ruolo incisivo di regia e di accompagnamento di questi cambiamenti, curando poco i processi di trasferimento e di negoziazione dei cambiamenti auspicati con le ATS e con i territori. Tutto ciò ha fatto sì che a loro volta, ATS e territori abbiano faticato a sostenere le reti dei servizi e ad offrire linee di indirizzo e strumenti chiari ed efficaci per riorganizzarsi in relazione alle richieste regionali, con un conseguente aumento delle dimensioni di fatica e di disorientamento negli operatori.

Unica eccezione, in questo quadro, è rappresentata dalle misure per la conciliazione tra vita e lavoro, per le quali, in relazione al grande cambiamento richiesto ai vari enti coinvolti e alla necessità di individuare e acquisire nuove modalità di intervento per intercettare e relazionarsi alla nuova tipologia di target (lavoratori, aziende, ecc.), sono state previste e finanziate *ad hoc* azioni di supporto e formazione alle reti territoriali tramite risorse prettamente dedicate (20.000 euro per ogni rete territoriale nel triennio).

6.2. Governo e regolazione del percorso di presa in carico

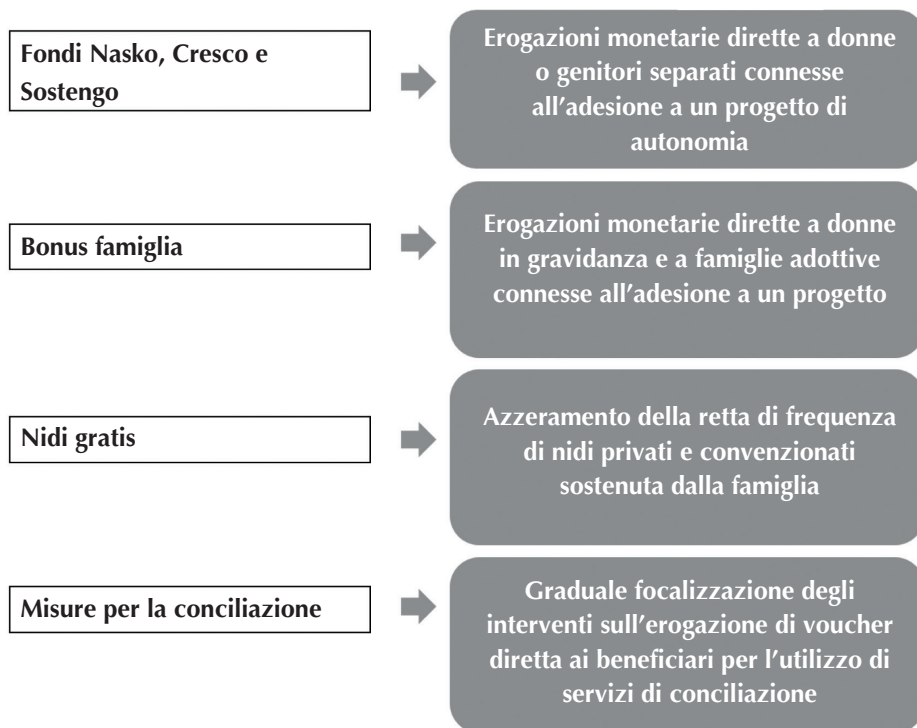
6.2.1. La premessa: mix di cash & care per sostenere fragilità e vulnerabilità

La strategia regionale di sostegno alle famiglie, perseguita tramite i fondi e le misure di sostegno alla natalità e alla genitorialità, costituiva – dal punto di vista programmatico – un’interessante articolazione di un mix tra *cash & care* finalizzato anche ad avvicinare ai servizi donne e famiglie in condizioni di fragilità per la nascita o la cura di un figlio o per una separazione o un divorzio in corso.

Le erogazioni monetarie, sempre connesse ad una progettualità che potesse accompagnare verso il superamento della fase critica, potevano dunque, secondo questa logica, costituire un volano per agganciare donne o famiglie in condizioni di potenziale vulnerabilità che altrimenti non si sarebbero rivolte ai servizi, e realizzare con loro dei progetti per il fronteggiamento delle condizioni di criticità.

⁽¹¹⁾ Sui cambiamenti e l’evoluzione dei servizi consultoriali in relazione alle misure, si vedano <http://www.lombardiasociale.it/2017/05/26/levoluzione-dei-consultori-lombardi/> e <http://www.lombardiasociale.it/2017/06/08/cosa-diventati-consultori-lombardi/>.

Figura 6.1 - Le principali erogazioni di contributi economici nell'area minori e famiglie



6.2.2. Molto cash, poco care

Gli strumenti messi in campo e le modalità di implementazione, tuttavia, si sono mostrati inadeguati a perseguire nel concreto le finalità sopra indicate e la dimensione economica ed erogatoria ha costituito il fulcro della maggior parte degli interventi. Le misure Nasko, Cresco e Sostengo si sono caratterizzate, di fatto, come erogazioni monetarie e la definizione e l'implementazione di un progetto di accompagnamento da parte degli operatori dei consultori molto spesso si sono ridotte a puro "atto strumentale" funzionale all'accesso alla misura economica (Guidetti, 2015) ⁽¹²⁾. Lo stesso destino è toccato anche alla misura Bonus famiglia che ha gradualmente perso la fo-

⁽¹²⁾ Per approfondimenti si veda <http://www.lombardiasociale.it/2015/12/22/quale-efficacia-dei-fondi-nasko-cresco-e-sostengo/>.

calizzazione sulle progettualità che sono via via diventate poco più che una formalità, tanto che, una volta firmato il progetto, la misura viene erogata scevra da ogni intervento di accompagnamento e verifica (Dodi, Guidetti, 2016a; Dodi, 2016) ⁽¹³⁾.

La logica è stata simile anche nell'area della prima infanzia: prima con l'attuazione del piano nidi nazionale ⁽¹⁴⁾ e successivamente con la nuova misura Nidi gratis, la strategia regionale è stata quella di intervenire sempre con erogazioni dirette alle famiglie con l'obiettivo di sgravarle, in parte o del tutto, dai costi del servizio e di non intervenire invece, sulla qualificazione e sul rafforzamento della filiera dei servizi (Dodi e Guidetti, 2016; Dodi 2016a; Dodi 2017b) ⁽¹⁵⁾.

Anche le misure finalizzate alla conciliazione vita-lavoro, dopo una prima fase che aveva visto l'abbandono della dote conciliazione a favore della nascita delle reti territoriali e dei relativi Piani territoriali, è stata sempre più orientata, per espressa volontà regionale, all'erogazione di benefici immediatamente visibili alle famiglie, in particolare attraverso voucher per l'acquisto di servizi di cura (Guidetti, 2016a) ⁽¹⁶⁾.

I limiti sopra nominati si ritrovano anche nelle forme date alla valutazione degli interventi e delle misure, che si sono limitate sostanzialmente ad un mero monitoraggio della capacità erogativa e non dell'efficacia delle misure nel favorire e sostenere l'incontro tra cittadini e servizi e l'attivazione di percorsi di presa in carico e di accompagnamento delle persone.

6.2.3. Famiglie al centro (e servizi sullo sfondo)

Coerentemente con la scelta di erogare misure economiche direttamente alle famiglie, sostenendo la domanda e intervenendo poco sul sistema di of-

⁽¹³⁾ Si vedano <http://www.lombardiasociale.it/2016/05/11/da-nasko-e-cresco-al-bonus-famiglia-cosa-cambia/> e <http://www.lombardiasociale.it/2016/12/05/il-bonus-famiglia-tra-indicazioni-regionali-e-varieti-attuative/>.

⁽¹⁴⁾ Si intende qui il Piano di sviluppo dei servizi socioeducativi per la prima infanzia avviato nel 2007 e conclusosi nel 2014.

⁽¹⁵⁾ Per approfondimenti si vedano <http://www.lombardiasociale.it/2016/04/25/cosa-ha-prodotto-il-piano-straordinario-nidi-in-lombardia/> e <http://www.lombardiasociale.it/2016/10/11/nidi-gratis-indicazioni-regionali-modalita-attuative-e-primi-numeri/> e <http://www.lombardiasociale.it/2017/02/26/famiglie-servizi-e-comuni-alla-prova-della-misura-nidi-gratis/>.

⁽¹⁶⁾ Per approfondimenti si veda <http://www.lombardiasociale.it/2016/09/30/stati-general-della-conciliazione-famiglia-lavoro-e-del-welfare-aziendale-dove-siamo-arrivati-e-i-nodi-per-il-futuro/>.

ferta dei servizi, anche nelle campagne comunicative a supporto delle tante misure implementate, Regione Lombardia ha posto al centro della propria strategia la relazione diretta con le famiglie: le campagne comunicative per il Bonus famiglia e per la misura Nidi gratis hanno avuto come destinatari primi e diretti le famiglie lombarde sostenendo e valorizzando la capacità della famiglia di autoregolarsi e di affrontare i compiti di cura in modo autonomo grazie al supporto economico della Regione. Una rappresentazione, quindi, di una Regione che dialoga direttamente con le famiglie e lascia sullo sfondo il sistema dei servizi e dell'offerta.

Questo scenario conferma, in discontinuità con la legislatura precedente che aveva maggiormente investito sul sistema dell'offerta, lo scarso investimento della X Giunta sul miglioramento della qualità dell'offerta e sul potenziamento della filiera dei servizi. Anche quelle che potevano potenzialmente essere misure finalizzate ad attivare risorse personali e territoriali si sono ridotte a misure di supporto temporaneo ai beneficiari, generalmente poco incisive nel modificare le condizioni personali, ambientali, sociali concause della vulnerabilità o nel generare nuove opportunità e potenzialità per i beneficiari.

6.2.4. *Integrazione solo auspicata*

La scelta, perseguita da Regione Lombardia, di concentrarsi sulla domanda e poco sull'offerta, ha avuto, come ricaduta non secondaria, lo scarso investimento nell'integrazione sociosanitaria, annoverata tra le priorità ad avvio di mandato.

Si pensi per esempio, ai percorsi di presa in carico di adolescenti in difficoltà, percorsi per i quali la partecipazione dell'Ente locale è prevista esclusivamente in fase di segnalazione e in fase di valutazione, ma solo in casi specifici e su convocazione dell'équipe multidisciplinare: una scelta che certamente stranisce, trattandosi di interventi rivolti, almeno per un'ampia fascia, a soggetti minori spesso anche in carico ai servizi sociali e/o con procedimenti amministrativi o penali in corso. In una definizione così accurata della valutazione, della progettazione e della presa in carico, l'assenza di una procedura di raccordo, coinvolgimento e integrazione tra ATS ed ente locale, in particolare per i casi che presentano spiccate problematiche di rilievo sociale, risulta particolarmente in contrasto con i dichiarati di integrazione sociosanitaria proposti dall'Esecutivo Maroni.

6.3. Competenze professionali, cambiamenti e qualità del lavoro

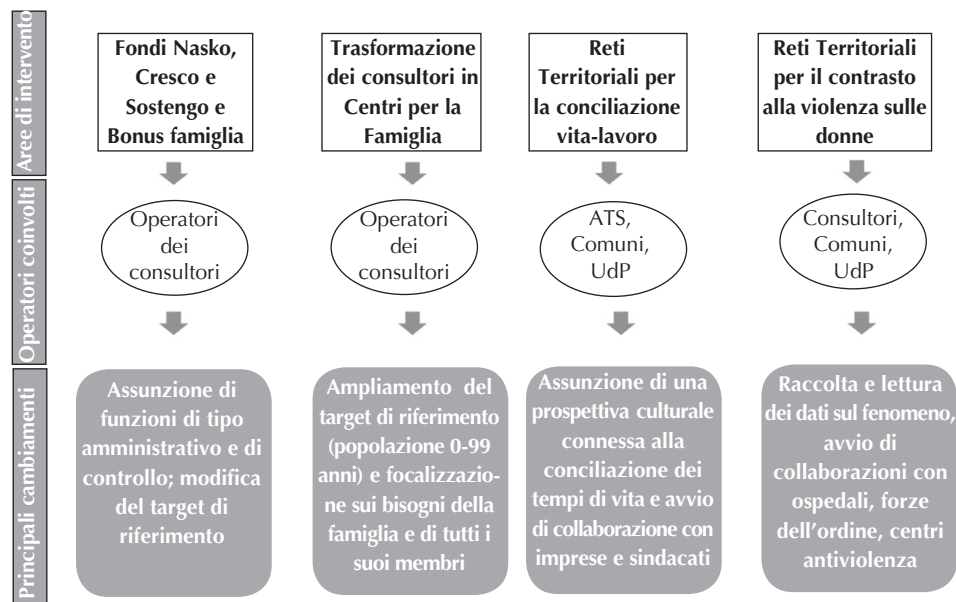
Nell'area delle misure rivolte a famiglie e minori, in relazione ai cambiamenti già richiamati, ai servizi e agli operatori è stata chiesta una importante rimodulazione del proprio ruolo o delle proprie attività, a volte in forma restrittiva, altre volte in forma di apertura e ampliamento del mandato professionale in ragione dell'allargamento a nuovi target.

L'apertura a nuovi target ha riguardato, in particolare, due aree di servizi: in forma massiccia i servizi consultoriali che in relazione all'applicazione delle misure sopra richiamate e alla spinta verso la loro trasformazione in servizi rivolti alla famiglia ampiamente intesa, si sono trovati a interfacciarsi con un target differente da quello che storicamente li caratterizzava. In forma meno onerosa e impattante, anche gli Uffici di piano e i Comuni, in quanto capofila delle reti territoriali per la conciliazione e delle reti territoriali per il contrasto alla violenza sulle donne, sono entrati in relazione con nuove tipologie di target (per es. famiglie a cui proporre misure di conciliazione non abituali destinatarie dei servizi) e hanno dovuto individuare, di conseguenza, diverse strategie comunicative e di intervento.

Dal punto di vista, invece, dell'avvio di collaborazioni e partnership con nuovi soggetti del territorio, la promozione delle reti territoriali per la conciliazione tra vita e lavoro e per il contrasto alla violenza sulle donne ha costituito degli interessanti banchi di prova per i soggetti coinvolti, in particolare gli Uffici di piano e i Comuni interessati, che si sono trovati a relazionarsi con soggetti nuovi e spesso poco conosciuti (aziende del territorio, ospedali, Forze dell'Ordine, ecc.).

Per quel che riguarda, invece, il sostegno alla natalità e alla genitorialità, i servizi consultoriali sono stati spinti, seppur debolmente, a rafforzare la relazione con i servizi comunali per promuovere prese in carico integrate tra sociale e sanitario, integrazione spesso però rimasta limitata nei confini di uno scambio di informazioni, laddove presenti, tra operatori di diversi servizi.

Figura 6.2 - Principali cambiamenti e innovazioni introdotte nel lavoro degli operatori sul fronte degli interventi rivolti a minori e famiglie



6.3.1. Ampliamento dei compiti e delle funzioni degli operatori

Per gli interventi a sostegno alla natalità e alla genitorialità, caratterizzati, come già ribadito, dal passaggio “dal *care* al *cash*”, la rivisitazione del mandato e dei compiti professionali degli operatori sembra essersi giocata in una forma decisamente restrittiva poiché gli operatori hanno spesso agito funzioni prevalentemente di tipo amministrativo e di controllo (Guidetti, 2015a) ⁽¹⁷⁾, a scapito di una valorizzazione delle competenze professionali sviluppate negli anni.

L’interfacciarsi con nuovi target non solo non ha valorizzato le competenze degli operatori, ma ha generato anche un affaticamento dei servizi impegnati nel riorganizzarsi in funzione di un appesantimento di compiti amministrativi e gestionali poco coerenti con missione e ambiti di intervento e limitanti rispetto alla possibilità di sviluppare e implementare aree di lavoro già in essere.

⁽¹⁷⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/12/22/quale-efficacia-dei-fondi-nasko-cresco-e-sostengo/>.

La promozione delle misure di conciliazione, invece, che si sono mosse in una modalità decisamente più fluida e meno strutturata, ha facilitato in molti casi, nei territori, la possibilità di “aprirsi” a nuovi target come a un’opportunità per immaginare nuove forme di intervento e di relazione con la cittadinanza. Si tratta di un processo che con queste misure si è avviato, ma certamente non concluso. Le difficoltà incontrate sono tante e i territori hanno anche spesso maturato dubbi in merito alla legittimità di intervenire in relazione a nuovi target tanto distanti da quelli tradizionali. Gli attori tradizionalmente impegnati in ambito sociale (Comuni, Uffici di piano, cooperative) hanno infatti dovuto ripensare linguaggi, modalità comunicative e modalità di intervento (ad es. semplificazione delle procedure di accesso alle misure) per poter effettivamente promuovere le proprie misure verso un target meno “bisognoso” e non sempre propenso ad espletare pratiche eccessivamente burocratiche. Queste difficoltà, in relazione poi alla residualità che i progetti di conciliazione hanno avuto rispetto alle normali funzioni dei soggetti coinvolti, hanno comportato tempi lunghi di attuazione ed esiti talvolta scarsi in termini di erogazione delle misure, ma hanno certamente avuto il pregio di spingere i territori a sperimentarsi in strategie di intervento e in forme di collaborazione nuove (Dipartimento per le Pari Opportunità, 2016).

Tabella 6.3 - Principali sfide e primi risultati raggiunti dalle misure per la conciliazione vita-lavoro, dati a ottobre 2016

Obiettivi delle misure per la conciliazione vita-lavoro	Esiti a ottobre 2016
Avvio di Reti territoriali per la Conciliazione	15
Costituzione di Alleanze territoriali per la realizzazione di progetti di conciliazione	63
Numero di enti pubblici e privati aderenti alle Reti Territoriali	1.104
Persone beneficiarie degli interventi	47.022
Imprese beneficiarie degli interventi	1.885

Fonte: d.G.r. n. 5969 del 12 dicembre 2016.

6.3.2. Nuove relazioni e nuovi partenariati

Ugualmente, e forse in modo ancora più evidente, questa dinamica si è realizzata nell’avvio di collaborazioni e partenariati con nuovi soggetti, anche legati al mondo produttivo. Gli Uffici di piano, capofila delle reti territoriali, si sono trovati ad interfacciarsi con attori non abituali, con tutte le difficoltà dettate dalla distanza dei linguaggi, delle culture organizzative e dei valori di

riferimento: si è trattato di un processo difficoltoso che ha richiesto la messa in discussione di stili e codici di intervento e di relazione e che non sempre è stato fruttuoso. Quello che si può però rilevare dall'esperienza del Piani territoriali è che un passo avanti è stato fatto nella direzione di diffondere una cultura di collaborazione e di lavoro di rete con nuovi soggetti, pur se si tratta di un obiettivo che non si può dire ancora raggiunto.

Interessante, rispetto alle due analisi proposte in merito alla richiesta di sviluppo di nuove funzioni e competenze relativamente ai servizi consultoriali e alle misure di conciliazione, evidenziarne gli elementi di evidente differenza: in un caso, la trasformazione richiesta ai consultori delle loro funzioni *core* è avvenuta senza alcun accompagnamento, da parte di Regione, in grado di facilitare la riorganizzazione richiesta e di sostenere gli operatori nel processo di ridefinizione delle proprie competenze e funzioni.

Le misure di conciliazione sono, invece, state introdotte *a latere* delle normali funzioni dei soggetti coinvolti, hanno richiesto loro una fase ideativa e di progettazione e sono state accompagnate da un'attività formativa e di supporto a cui – per espressa indicazione regionale – ogni Rete doveva indirizzare parte delle risorse disponibili. Questo ha consentito agli operatori di procedere gradualmente, di rielaborare i cambiamenti in corso e di integrarli quali possibili aree di sviluppo della propria professionalità e delle proprie competenze, senza percepirli come stravolgimenti delle proprie funzioni.

6.3.3. *Il sostegno al cambiamento attraverso la valorizzazione delle pratiche territoriali*

Un'altra modalità, ancora diversa, che in questa legislatura è stata utilizzata per accompagnare e sostenere gli operatori nell'assunzione di nuove competenze e funzioni e che vale la pena qui richiamare, è stata utilizzata nell'area della tutela minori dove l'ente regionale ha proceduto attraverso due interventi: da una parte la pubblicazione delle Linee guida per la promozione dei diritti e delle azioni di tutela dei minori (Guidetti, 2016)⁽¹⁸⁾, elaborate in un gruppo di lavoro composto da diversi soggetti coinvolti in questa area di intervento⁽¹⁹⁾

⁽¹⁸⁾ D.G.r. n. 4821 del 15 febbraio 2016.

⁽¹⁹⁾ Hanno partecipato al gruppo di lavoro i Tribunali per i minorenni, le Procure della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni nei distretti di Milano e Brescia, la IX sezione del Tribunale ordinario di Milano, i Servizi della giustizia minorile, il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza, i rappresentanti degli enti locali, delle Azien-

e finalizzate a delineare un percorso di presa in carico e una metodologia di lavoro comuni tra gli operatori e i servizi; dall'altra la raccolta di buone prassi territoriali ⁽²⁰⁾ caratterizzate dall'utilizzo di metodologie e modalità di intervento affini a quanto richiamato nelle linee guida, con la finalità dichiarata da parte regionale di "offrire strumenti e spunti al lavoro nell'ambito della tutela minori e portare a conoscenza le esperienze migliori in atto nei contesti locali per contribuire alla diffusione di modelli possibili e sostenere così, nel proprio sviluppo, operatori ed organizzazioni a vario titolo impegnati nei percorsi di tutela, in coerenza con quanto indicato dalla normativa" (Ghetti, 2017a) ⁽²¹⁾. L'accompagnamento degli operatori e dei territori è stato dunque giocato, in questo caso, in una forma leggera e *bottom up*, attenta a valorizzare saperi e pratiche degli operatori e a fornire una cornice di riferimento comune a supporto degli interventi e della pratica professionale.

6.4. Conclusioni

6.4.1. *Curare la qualità più che modificare nomi e contenitori*

Le attenzioni programmatiche di Regione Lombardia si sono, di fatto, concentrate sugli interventi di modifica dei contenitori delle politiche, ma poco hanno inciso sui contenuti, sulle strategie di intervento, sul governo e sulla regolazione del percorso di presa in carico. Sono stati introdotti cambiamenti formali, ma poco si è intervenuto nel merito delle politiche: la Riforma dei consultori ha dichiarato un ampliamento della presa in carico globale 0-99, ma poco si è investito su una loro riorganizzazione, sulla connessione con altri servizi, su un aggiornamento delle competenze e delle professionalità, delegando, di fatto, ai servizi e ai professionisti l'aggiornamento delle pratiche e generando eterogeneità di risposte, riadattamenti e interpretazioni

de sanitarie, dell'associazionismo familiare e degli enti non profit impegnati nelle attività di accoglienza dei minori in difficoltà. Per approfondimenti <http://www.lombardiasociale.it/2016/03/21/condividere-i-saperi-ricomporre-le-risorse-e-integrare-gli-interventi-per-promuovere-i-diritti-e-la-tutela-dei-minori-2/>.

⁽²⁰⁾ <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/Enti-e-Operatori/sistema-sociale-regionale/politiche-per-i-minori/linee-guida-tutela-minori-buone-prassi/linee-guida-tutela-minori-buone-prassi>.

⁽²¹⁾ Per approfondimenti si veda l'intervista a Davide Sironi a cura di Ghetti in <http://www.lombardiasociale.it/2017/02/22/linee-guida-sulla-tutela-una-call-per-le-buone-pratiche-locali/>.

non sempre uniformi del mandato. Anche le misure economiche, pur cambiando nome nel corso degli anni, al di là delle modifiche introdotte sui criteri di accesso, non hanno generato alcun cambiamento o rivisitazione dei percorsi di presa in carico e della loro connessione e integrazione con altri servizi, comunali o specialistici, generando spesso aspecificità dei servizi e confusività nell'utenza.

6.4.2. *Famiglie fragili e famiglie vulnerabili, ma c'è ancora spazio per le risorse delle famiglie?*

Il dichiarato programmatico di inizio legislatura e gli atti che ne sono seguiti evidenziano un'attenzione regionale alla famiglia intesa come famiglia in difficoltà, in condizioni di fragilità e vulnerabilità.

Lo scivolamento del finanziamento dei progetti *ex lege* regionale n. 23/1999 verso il sostegno alle famiglie in condizioni di forti difficoltà, la veloce uscita di scena della sopracitata legge n. 23/1999 (Guidetti, 2013a) ⁽²²⁾, gli atti e le misure rivolti ai genitori separati in condizioni di disagio economico, la tutela della maternità e della genitorialità realizzata attraverso strumenti meramente economici parlano di una chiara scelta di campo da parte di Regione Lombardia verso interventi a carattere prevalentemente riparativo, a differenza delle azioni di conciliazione e di contrasto alla violenza che puntano invece all'attivazione di collaborazioni e reti territoriali anche con finalità preventive e promozionali delle risorse delle comunità.

Il passaggio dal sostegno alla famiglia *tout court* verso una fascia di popolazione specifica – e inevitabilmente più limitata – è un cambio di prospettiva evidente che seppur si connoti come risposta necessaria alla complessiva riduzione delle risorse disponibili, rischia di abbandonare definitivamente la famiglia come principale attore e risorsa sociale rispetto a cui le istituzioni dovrebbero assumere un ruolo non sostitutivo, bensì di sostegno e promozione. La Lombardia vanta certamente un enorme capitale sociale di associazioni di solidarietà familiare che sono più che raddoppiate nell'ultimo decennio e che con fatica promuovono interventi preventivi e promozionali nell'area del rafforzamento delle reti territoriali e nell'ottica di un welfare di comunità (Dodi, 2017a) ⁽²³⁾.

⁽²²⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2013/09/20/riparte-la-legge-23/>.

⁽²³⁾ Per un approfondimento delle declinazioni che il welfare lombardo sta assu-

Non ultimo, in Lombardia assistiamo da un lato, ad un investimento prioritario di Regione nella definizione di un sistema di misure e interventi a supporto della domanda, anche a prescindere dalle specificità e dalle risorse dei diversi territori e dei servizi che questa domanda dovrebbero accogliere e prendere in carico, dall'altro alla presenza sempre più consistente di soggetti privati e Fondazioni che investono sui territori e sullo sviluppo di welfare di comunità: il rischio al quale assistiamo è la creazione di un doppio binario di welfare e una scarsa integrazione non solo tra progettualità, servizi e attori del welfare⁽²⁴⁾, ma tra indirizzi e indicazioni strategiche.

APPENDICE

Il perimetro delle politiche per le famiglie: linee di intervento e principali atti

1. Il sostegno a natalità e genitorialità

Nel merito delle misure a sostegno della genitorialità, Regione Lombardia ha sostanzialmente confermato le scelte programmatiche della precedente legislatura che individuava nelle misure economiche lo strumento attuativo prioritario.

Tra il 2014 e il 2016 i fondi Nasko e Cresco sono stati rifinanziati e, così come annunciato in campagna elettorale, è stata emanata la l.r. n. 18/2014 "Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori" (Ghetti, 2014)⁽²⁵⁾ ed è stata varata la conseguente misura Sostengo a favore dei genitori separati e divorziati che, rispetto alle misure Nasko e Cresco, ha introdotto alcune azioni migliorative per facilitare e regolare l'accesso e la fruizione della misura.

Di fatto, è nel 2016 che si è verificato un cambiamento di passo, tanto nella programmazione delle misure e degli interventi, quanto nella revisione dei requisiti di accesso e del target: le misure Nasko, Cresco e Sostengo si sono concluse e sono, di fatto, confluite nella misura Bonus famiglia quale misura unica a sostegno della natalità e della genitorialità (Dodi, Guidetti, 2016a)⁽²⁶⁾. È stata inoltre varata la misura Nidi

mendo, si veda <http://www.lombardiasociale.it/2017/05/08/esiste-un-modello-lombardo-di-welfare-di-comunita/>.

⁽²⁴⁾ Interessante anche esplorare, in questo quadro di incertezze, le ricadute della Riforma sociosanitaria sui territori e la *governance* territoriale del welfare, in <http://www.lombardiasociale.it/2017/03/14/nuovi-assetti-di-governance-post-riforma-cosa-sta-cambiando-per-il-sociale/>.

⁽²⁵⁾ In <http://www.lombardiasociale.it/2014/07/13/una-legge-per-i-genitori-separati/> è possibile trovare una disamina degli elementi qualificanti la legge.

⁽²⁶⁾ Maggiori approfondimenti sul passaggio al bonus famiglia si possono trovare in <http://www.lombardiasociale.it/2016/05/11/da-nasko-e-cresco-al-bonus-famiglia-cosa-cambia/>.

gratis (Dodi, 2016a)⁽²⁷⁾ che prevede l’azzeramento della retta pagata per i nidi pubblici o per i posti in nidi privati convenzionati e, già da metà 2015, in attuazione della legge regionale n. 18/2014, gli interventi a sostegno dei genitori separati o divorziati sono stati rideclinati in interventi di sostegno abitativo.

Questa ridefinizione delle misure ha coinciso con una “revisione” degli stessi destinatari delle misure: dal 2016 Regione Lombardia infatti, ha rivisto i criteri di accesso nella direzione di un ampliamento del target. Da un lato, il Reddito di autonomia e la misura Nidi gratis si rivolgono non più e non solo a famiglie e genitori in condizioni di povertà e di disagio tradizionalmente utenti dei servizi, ma anche a nuclei e persone in condizioni di vulnerabilità con un indicatore ISEE uguale o inferiore a 20.000 euro: diventano “nuovi” destinatari dei servizi e delle misure persone e famiglie in condizioni di vulnerabilità socioeconomica, famiglie del “ceto medio impoverito” che, a fronte di crisi o difficoltà economiche, famigliari, di salute, si trovano ad attraversare una fase critica anche provvisoria, ma per le quali anche un supporto temporaneo può riattivare risorse o possibilità (Natili, 2016)⁽²⁸⁾. Per un altro verso, la scelta di innalzare a cinque anni il periodo di residenza in Regione Lombardia quale requisito necessario per accedere alle misure ne limita l’accesso a famiglie di origine straniera residenti su territorio lombardo da meno anni, orientando quindi la misura più ai cittadini italiani che non a quelli di origine straniera.

2. Interventi a favore della conciliazione

Sul fronte delle misure volte a favorire la conciliazione tra vita e lavoro, questa legislatura ha visto il riavvio di un nuovo triennio di lavoro a seguito della sperimentazione realizzata nella legislatura precedente. In sintesi, con la d.G.r. n. 1081/2013, la Regione definisce le linee guida per l’intervento dei territori, ponendo in capo alle ASL la regia delle Reti territoriali, ma responsabilizzando invece gli Ambiti territoriali nella gestione delle alleanze territoriali e nella realizzazione degli interventi, in un’ottica di sempre maggiore integrazione con le altre politiche, e superando la precedente dote conciliazione per fare spazio a una varietà di interventi definiti su base territoriale (Guidetti, 2014)⁽²⁹⁾.

Le Reti territoriali così costituite hanno avuto quindi a disposizione tre anni per implementare i progetti di intervento. Questo processo ha posto gli Uffici di piano e gli

⁽²⁷⁾ Si veda anche <http://www.lombardiasociale.it/2016/10/11/nidi-gratis-indicazioni-regionali-modalita-attuarie-e-primi-numeri/>.

⁽²⁸⁾ Interessanti comparazioni tra le scelte di Regione Lombardia e di altre Regioni italiane si possono trovare in <http://www.lombardiasociale.it/2016/04/07/il-reddito-di-autonomia-lombardo-a-confronto-con-altre-regioni/>.

⁽²⁹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2014/01/31/reti-territoriali-per-la-conciliazione-vita-e-lavoro-quali-cambiamenti/>.

altri soggetti delle reti a confrontarsi con diverse sfide, prima tra tutte quella di relazionarsi con nuovi temi e nuovi soggetti (per es. le aziende) e allargare quindi il perimetro del proprio raggio di azione in una nuova direzione (Guidetti, 2015) ⁽³⁰⁾.

A gennaio 2017 i Piani territoriali così realizzati si sono conclusi e la Regione, con d.G.r. n. 5969, ha dato avvio alla nuova stagione della conciliazione, emanando linee guida per un nuovo piano a valere sul successivo biennio. Le risorse stanziato, al momento 2,5 milioni di euro che potranno essere integrate con altrettante risorse provenienti dai finanziamenti POR-FSE, sono finalizzate a finanziare nuovi Piani territoriali, che dovrebbero mantenere il medesimo assetto di *governance* degli anni precedenti e focalizzarsi in particolare sull'articolazione di pratiche conciliative all'interno delle imprese (Ghetti, 2017) ⁽³¹⁾.

3. Azioni a favore delle famiglie con adolescenti in difficoltà, di giovani e persone con problemi di abuso a grave rischio di emarginazione

Nel 2015, con tre diversi atti (d.G.r. n. 3206, d.D.g. n. 7060 e d.D.g. n. 11002), Regione Lombardia è intervenuta in materia di programmazione dei percorsi di inclusione sociale a favore delle famiglie con adolescenti in difficoltà, nonché di giovani e persone con problemi di abuso a grave rischio di emarginazione.

A febbraio 2015 sono stati stanziati 3.000.000 di euro per interventi psico-socio-educativi a favore di famiglie con adolescenti in difficoltà e interventi a favore di giovani e persone abusatori di sostanze in situazione di grave marginalità e successivamente, con d.D.g. n. 7060, sono state pubblicate le Linee guida per l'attivazione degli interventi, gli strumenti di valutazione multidimensionale dei casi e di progettazione individualizzata, il riparto delle risorse tra le diverse ASL. Nei mesi successivi le ASL lombarde hanno proceduto ad accreditare gli enti erogatori degli interventi secondo i requisiti definiti da Regione e hanno avviato i primi interventi. Infine, con d.D.g. n. 11002 di dicembre 2015, la Regione ha definito le risorse relative alla prima tranche di interventi, pari a 900.000 euro sul totale dei 3 milioni stanziati, sulla base del fatto che il budget complessivo era soggetto a revisione semestrale in relazione al rapporto tra risorse assegnate e spesa rendicontata e in considerazione delle necessità di rimodulazione rispetto alle allora nuove aggregazioni territoriali (ATS e ASST) a seguito dell'attuazione della l.r. n. 23/2015.

⁽³⁰⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/05/15/le-sfide-dei-territori-a-confronto-con-la-conciliazione/>.

⁽³¹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/01/12/famiglia-e-lavoro-proseguono-gli-interventi-a-favore-della-conciliazione/>.

4. Azioni a sostegno degli enti locali nello svolgimento delle funzioni di tutela dei minori

Sul fronte degli interventi a tutela dei minori Regione Lombardia è intervenuta, in questi anni, con due atti (d.G.r. n. 6342 del 27 giugno 2016 e d.G.r. n. 7626 del 28 dicembre 2017) attraverso i quali stanZIA risorse dedicate a sostenere gli enti locali nel pagamento delle rette delle comunità residenziali per minori vittime di abuso, violenza e grave maltrattamento e definisce criteri per la valutazione della qualità degli inserimenti in comunità e degli interventi socio-sanitari correlati.

Inoltre, nel febbraio 2016 con d.G.r. n. 4821 sono state pubblicate le *Linee guida per la promozione dei diritti e delle azioni di tutela dei minori con le loro famiglie* (Guidetti, 2016) ⁽³²⁾. Si tratta di un documento elaborato da un gruppo di lavoro congiunto tra la Regione e i rappresentanti di tutte le organizzazioni che operano nel campo della tutela (enti locali, comunità di accoglienza, Tribunali ordinari e per i minorenni, Procura, ASL, associazionismo) che viene presentato come uno strumento dinamico, a supporto delle azioni di sostegno dei minori e delle loro famiglie svolte da tutti i soggetti impegnati nei servizi di tutela e nelle reti di aiuto e accoglienza.

Il documento propone dunque spunti metodologici in relazione ai processi di presa in carico dei minori, ai profili organizzativi dei servizi di tutela e alla suddivisione di funzioni tra i diversi soggetti che operano in questo campo con l'intento di disegnare un'impostazione comune per tutti i soggetti che operano in Lombardia.

A ulteriore supporto di un processo di omogeneizzazione e indirizzo delle pratiche realizzate sul territorio regionale, l'Assessorato ha inoltre pubblicato una call per la raccolta di buone pratiche locali, coerenti con le linee di indirizzo emanate, che ha dato vita alla pubblicazione di schede di presentazione delle buone prassi raccolte (Ghetti, 2017a) ⁽³³⁾.

5. Azioni di contrasto alla violenza contro le donne

Con l'avvio della X legislatura, le competenze in materia di prevenzione e contrasto della violenza contro le donne sono passate dalla Direzione Famiglia, solidarietà sociale e volontariato alla Direzione generale Casa, housing sociale e pari opportunità, per poi tornare alla Direzione generale Reddito di autonomia e inclusione sociale. Malgrado questa oscillazione di competenze, le scelte programmatiche e le relative scelte attuative in materia di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne sono state

⁽³²⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/03/21/condividere-i-saperi-ricomporre-le-risorse-e-integrare-gli-interventi-per-promuovere-i-diritti-e-la-tutela-dei-minori-2/>.

⁽³³⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/02/22/linee-guida-sulla-tutela-una-call-per-le-buone-pratiche-locali/>.

significative e ci sembra importante qui richiamarle, anche se non di competenze specifiche, nel corso degli anni, dell'Assessorato Famiglia prima e Reddito di autonomia poi.

Nel novembre del 2015, è stato approvato il "Piano regionale quadriennale di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne" (Dodi, 2016b) ⁽³⁴⁾ che ha dato impulso alla costruzione del sistema integrato di politiche pubbliche regionali e di azioni di prevenzione e contrasto alla violenza, sostenendo, con successive delibere, la creazione di reti territoriali interistituzionali antiviolenza e di nuovi centri antiviolenza. Contestualmente, è stato avviato l'Osservatorio regionale antiviolenza (ORA) per il monitoraggio del fenomeno e la conoscenza del percorso di valutazione e presa in carico delle donne che si rivolgono ai centri antiviolenza.

Bibliografia

- AA.VV. (2016), *Costruiamo il Welfare dei Diritti. Ridefinire le politiche sociali su criteri di equità e di efficacia*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, anno XLVI, 2, primavera 2016.
- BANDERA L. (2016), *Come sono andati gli Stati generali della conciliazione e welfare aziendale di Regione Lombardia. Breve sintesi dei principali risultati emersi nel corso dell'evento e primi materiali di lavoro prodotti nel corso dei workshop tematici*, in www.secondowelfare.it.
- BARAZZETTA E. (2017), *In Lombardia continua l'esperienza delle Reti territoriali di conciliazione*, in www.secondowelfare.it.
- DIPARTIMENTO DELLE POLITICHE PER LA FAMIGLIA (2016), *Monitoraggio del piano di sviluppo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia*, Rapporto al 31 dicembre 2014.
- DIPARTIMENTO DELLE POLITICHE PER LA FAMIGLIA (2017a), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche per la famiglia delle Regioni e Province Autonome al 30 giugno 2017*, settembre 2017.
- DIPARTIMENTO DELLE POLITICHE PER LA FAMIGLIA (2017b), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche per la famiglia dei Comuni al 30 giugno 2017*, settembre 2017.
- DIPARTIMENTO PER LE PARI OPPORTUNITÀ (2016), *Tempi di vita e di lavoro: un equilibrio possibile. Le soluzioni adottate dalle Regioni nell'ambito delle Intese conciliazione dei tempi di vita e di lavoro 2010 e 2012: tipologia ed effetti*, Atti del convegno 14 dicembre 2016
- DODI E. (2014), *Novità e conferme intorno al Fondo Sostengo*, in www.lombardiasociale.it, 28 novembre 2014.

⁽³⁴⁾ Per un approfondimento di finalità e indicazioni del Piano quadriennale si rimanda a <http://www.lombardiasociale.it/2016/03/02/violenza-di-genere-il-piano-quadriennale-regionale/>.

- DODI E. (2016), *Il Bonus famiglia tra indicazioni regionali e varietà attuative*, in www.lombardiasociale.it, 5 dicembre 2016.
- DODI E. (2016a), *Nidi gratis: indicazioni regionali, modalità attuative e primi numeri*, in www.lombardiasociale.it, 11 ottobre 2016.
- DODI E. (2016b), *Violenza di genere: il piano quadriennale regionale*, in www.lombardiasociale.it, 2 marzo 2016.
- DODI E. (2017), *Cosa sono diventati i consultori lombardi?*, in www.lombardiasociale.it, 8 giugno 2017.
- DODI E. (2017a), *Esiste un modello lombardo di welfare di comunità?*, in www.lombardiasociale.it, 8 maggio 2017.
- DODI E. (2017b), *Famiglie e servizi alla prova della misura Nidi gratis*, in www.lombardiasociale.it, 26 febbraio 2017.
- DODI E. (2017c), *L'evoluzione dei consultori lombardi*, in www.lombardiasociale.it, 26 maggio 2017.
- DODI E. (2017d), *Nidi gratis... per tutti?*, in www.lombardiasociale.it, 16 luglio 2017.
- DODI E., GUIDETTI C. (2016), *Cosa ha prodotto il piano straordinario Nidi in Lombardia?*, in www.lombardiasociale.it, 25 aprile 2016.
- DODI E., GUIDETTI C. (2016a), *Da Nasko e Cresco al Bonus Famiglia: cosa cambia?*, in www.lombardiasociale.it, 11 maggio 2016.
- GHETTI V. (2014), *Una legge per i genitori separati*, in www.lombardiasociale.it, 13 luglio 2014.
- GHETTI V. (2017), *Famiglia e lavoro: proseguono gli interventi a favore della conciliazione*, in www.lombardiasociale.it, 21 gennaio 2017.
- GHETTI V. (2017a), *Linee guida sulla tutela: una call per le buone pratiche locali*, in www.lombardiasociale.it, 22 febbraio 2017.
- GHETTI V. (2017b), *Nuovi assetti di governance post riforma: cosa sta cambiando per il sociale?*, in www.lombardiasociale.it, 14 marzo 2017.
- GORI C., GHETTI V., RUSMINI G., TIDOLI R. (2014), *Il welfare sociale in Italia. Realtà e prospettive*, Carocci, Roma.
- GUIDETTI C. (2013), *Le scelte regionali sui fondi per la conciliazione tra vita e lavoro: una comparazione tra alcune Regioni del Nord Italia*, in www.lombardiasociale.it, 24 aprile 2013.
- GUIDETTI C. (2013a), *Riparte la legge 22*, in www.lombardiasociale.it, 20 settembre 2013.
- GUIDETTI C. (2014), *Reti territoriali per la conciliazione vita e lavoro: quali cambiamenti?*, in www.lombardiasociale.it, 31 gennaio 2014.
- GUIDETTI C. (2015), *Le sfide dei territori a confronto con la conciliazione*, in www.lombardiasociale.it, 15 maggio 2015.
- GUIDETTI C. (2015a), *Quale efficacia dei fondi Nasko, Cresco e Sostengo?*, in www.lombardiasociale.it, 22 dicembre 2015.
- GUIDETTI C. (2016), *Condividere i saperi, ricomporre le risorse e integrare gli interventi per promuovere i diritti e la tutela dei minori*, in www.lombardiasociale.it, 21 marzo 2016.

- GUIDETTI C. (2016a), *Stati generali della conciliazione famiglia e lavoro e del welfare aziendale. Dove siamo arrivati e nodi per il futuro*, in www.lombardiasociale.it, 30 settembre 2016.
- ISTITUTO DEGLI INNOCENTI E MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI CON LE REGIONI E PROVINCE AUTONOME (2017), *Rapporto "Affidamenti familiari e collocamenti in comunità al 31.12.2014"*, in Quaderni della ricerca sociale, 40.
- NATILI M. (2016), *Il Reddito di autonomia lombardo a confronto con altre Regioni*, in www.lombardiasociale.it, 7 aprile 2016.
- PELLICCIA L. (2016), *Un volo dall'alto sui nidi lombardi*, in www.lombardiasociale.it, 19 dicembre 2016.
- SABATINELLI S. (2018), *Famiglia, infanzia e adolescenza. Elezioni 2018. Cosa è cambiato per le famiglie e per l'infanzia e cosa resta da fare*, in www.welforum.it, 21 febbraio 2018.

7. Il contrasto dell'esclusione sociale

Carla Dessi e Cecilia Guidetti

Il profilo della popolazione in povertà assoluta in Italia negli ultimi anni è cambiato in modo significativo (Gori, 2017). Se circoscriviamo l'analisi al decennio 2005-2015 possiamo, infatti, osservare che:

- la maggioranza degli individui in povertà assoluta non vive più nel Mezzogiorno e, parallelamente, è raddoppiata l'incidenza al nord (dal 2,5 al 5%), con una maggiore crescita relativa nelle Regioni settentrionali;
- la maggioranza dei poveri vive in famiglie con persona di riferimento occupata, ciò ad indicare come l'inserimento nel mercato del lavoro rappresenti sempre meno una forma di tutela dalla caduta in una condizione di povertà.

In uno scenario, dunque, in cui i dati portano all'attenzione anche in Lombardia l'impoverimento delle famiglie, assistiamo all'ascesa di questo tema anche nell'agenda politica nazionale:

- la legge di stabilità 2016 (legge 28 dicembre 2015, n. 208) al comma 386, istituisce presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale e prevede la definizione di un Piano nazionale di contrasto alla povertà;
- nelle more della definizione del Piano, viene disposto l'avvio su tutto il territorio nazionale della sperimentazione del Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA) a cui segue, coerentemente con la proposta del Reddito d'Inclusione Sociale (REIS) dell'Alleanza contro la povertà (Gori *et al.*, 2016), l'introduzione del Reddito di inclusione (REI) come livello essenziale delle prestazioni (d.lgs. n. 147 del 15 settembre 2017).

Delimitare, dunque, il confine degli interventi di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale in Regione Lombardia non è compito semplice: i legislatori regionali non hanno assunto in questo senso una posizione netta, né hanno precisato in modo univoco chi dovesse essere annoverato all'interno della categoria delle persone e famiglie in condizione di povertà. In questo quadro di difficile composizione, la scelta che ci ha orientato nella stesura di

questo capitolo è, pertanto, quella di parlare in modo più ampio di interventi a “sostegno delle vulnerabilità”.

Tra le direzioni della politica regionale possiamo, quindi, identificare:

- in continuità con le precedenti legislature, il sostegno e la promozione del diritto al cibo attraverso la riduzione degli sprechi e la redistribuzione delle eccedenze alimentari (vedi l.r. n. 34/2015);
- l'introduzione di misure *ad hoc* rivolte a categorie specifiche di soggetti ritenuti “vulnerabili”, in una logica di erogazione di contributi economici *una tantum* e di voucher per l'acquisto di servizi (vedi il Reddito di autonomia);
- l'accompagnamento all'implementazione delle misure di contrasto alla povertà definite a livello nazionale (vedi l'avvio della sperimentazione del SIA nel settembre 2016).

In considerazione dell'ammontare delle risorse economiche investite e della specificità della posizione assunta da Regione Lombardia nella sperimentazione del Reddito di autonomia e del SIA, ci proponiamo di sviluppare nelle pagine che seguono i principali elementi caratterizzanti l'implementazione di queste due misure.

7.1. Un nuovo target

La X legislatura è stata caratterizzata dall'introduzione del Reddito di autonomia, misura rivolta ai cittadini lombardi in condizione di vulnerabilità economica, che costituiscono un nuovo target per gli interventi regionali. Mentre, infatti, in passato le azioni regionali nell'area del contrasto all'esclusione sociale – seppure ridotte, frammentate (Mesini, Dessi, 2010) – erano orientate a contrastare le marginalità estreme e a mettere a disposizione alcuni strumenti di sostegno al reddito di tipo emergenziale, con la sperimentazione e la successiva implementazione del Reddito di autonomia, si introduce una nuova via nelle politiche di contrasto all'esclusione sociale, andando ad operare in forma preventiva sulle aree di vulnerabilità, anche in risposta ai nuovi bisogni dei cittadini emersi durante la crisi socioeconomica di questi anni. La scelta regionale, dunque, è stata quella di differenziare il proprio approccio sia rispetto a quanto attuato dalle Giunte precedenti, sia rispetto alle linee strategiche dettate dal livello nazionale e alle scelte di numerose altre Regioni (cfr. oltre) estendendo le misure a una fascia di popolazione più

ampia e nuova rispetto a quella storicamente intercettata dalle politiche di contrasto alla povertà.

L'introduzione del Reddito di autonomia indica, infatti, la decisione di intervenire su una popolazione target normalmente non destinataria di misure e interventi di contrasto alla povertà. La caratteristica primaria dei beneficiari della nuova misura consiste nel trovarsi in una condizione di rischio di caduta in povertà, in ragione dell'incrocio tra una situazione economica precaria e particolari condizioni di salute o di rilevanti cambiamenti in corso nell'organizzazione e nella vita familiare. In questo senso, alcune condizioni di vita specifiche, quali la disabilità, l'età anziana, l'ampliamento familiare per la nascita di un figlio, sono state ritenute difficili da affrontare senza un adeguato "paracadute" economico, e dunque meritevoli di un supporto da parte regionale.

Il Reddito di autonomia si compone in una fase iniziale di 5 misure⁽¹⁾ in relazione alle quali vengono introdotti requisiti categoriali. Considerando nel complesso sia la fase sperimentale iniziale (Guidetti, 2015)⁽²⁾ sia la successiva implementazione (Ghetti, 2016)⁽³⁾, sono state individuate come popolazione target le seguenti categorie di cittadini: famiglie in attesa di un figlio o con figlio adottivo; genitori di figli nella fascia 0-3 anni; anziani ultra75enni con compromissioni funzionali lievi o disabili; disoccupati da più di 36 mesi, senza ulteriori integrazioni; famiglie residenti da almeno 5 anni in Lombardia, in affitto caratterizzate da situazioni di vulnerabilità e fragilità economica (fig. 7.1). Requisiti completati anche da una condizione di basso reddito, che, tra la prima sperimentazione e la seconda fase del Reddito di autonomia, si è modificata in una direzione di innalzamento, fino ad arrivare agli attuali 20.000 euro di ISEE come requisito generale⁽⁴⁾.

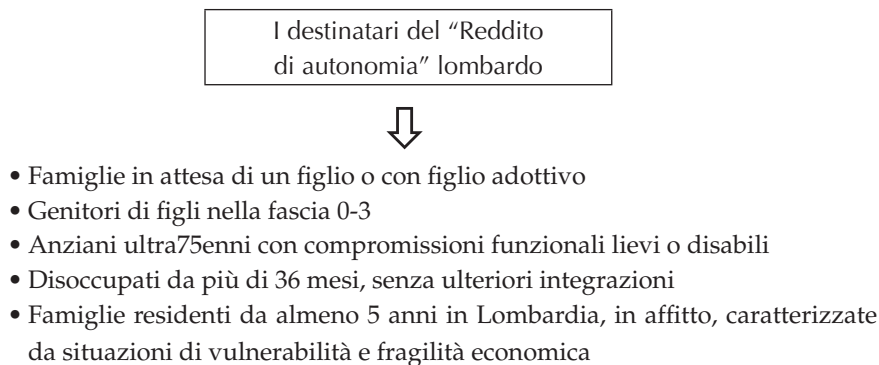
⁽¹⁾ Le misure previste ad avvio della sperimentazione sono così denominate: "Bonus bebè", "Bonus affitti", "Abolizione super ticket ambulatoriale", "Assegno di autonomia" e "Progetto inserimento lavorativo".

⁽²⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/10/30/la-via-lombarda-al-reddito-di-autonomia>.

⁽³⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/04/20/il-rilancio-del-reddito-di-autonomia-lombardo/>.

⁽⁴⁾ Unica eccezione è rappresentata dall' "Esenzione superticket" i cui destinatari sono cittadini con reddito familiare fiscale lordo inferiore a euro 18.000.

Figura 7.1 - I destinatari del Reddito di autonomia



7.1.1. La logica di un posizionamento

La scelta lombarda di intervenire nell'area della vulnerabilità e non su quella della povertà assoluta ha ricevuto varie critiche: si tratta, invece, di un posizionamento con una sua robusta logica. Diverse Regioni (ad esempio Puglia, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata), nel periodo esaminato, hanno deciso di impegnarsi nella lotta all'esclusione sociale e l'hanno fatto concentrandosi sul contrasto alla povertà assoluta, focalizzandosi, dunque, su un target caratterizzato da ISEE molto bassi (3.000-6.000 euro) e da forme più o meno gravi di esclusione sociale (Natili, 2016⁽⁵⁾; Jessoula, Natili, 2018). Diversa, si è visto, è stata invece la scelta della Lombardia, che ha rivolto il proprio intervento ad un'altra area di bisogno, destinando il Reddito di autonomia alle famiglie e ai cittadini considerati a rischio di impoverimento. Famiglie e cittadini, dunque, che alla fragilità economica accompagnano una particolare vulnerabilità derivante da specifici motivi, ad es. la non autosufficienza o la disabilità, l'arrivo di un figlio o la disoccupazione di lungo periodo.

Con questo disegno, la Regione ha pertanto scelto di porsi in una posizione complementare, integrativa e di non sovrapposizione rispetto a quella dello Stato, andando ad operare in relazione a un target non toccato dalle misure nazionali. Infatti, le Regioni hanno per lungo tempo atteso che il livello centrale si dotasse di un livello essenziale e di una relativa misura di

⁽⁵⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/04/07/il-reddito-di-autonomia-lombardo-a-confronto-con-altre-regioni/>.

contrasto alla povertà assoluta, cosa poi effettivamente avvenuta, prima con la sperimentazione del SIA e in seguito con l'introduzione del REI come livello essenziale.

Tale strategia aveva tutte le potenzialità per risultare molto significativa nel realizzare un intervento ad ampio raggio, capace di intercettare, attraverso un mix di misure regionali e nazionali, una fascia estesa di cittadini caratterizzata contemporaneamente sia dalle situazioni di vulnerabilità, grazie all'intervento regionale, quanto da quelle di grave marginalità, in capo all'intervento dello Stato.

Purtroppo tale potenzialità ad oggi non si può dire si sia evidenziata a pieno, in parte a causa del disegno stesso del Reddito di autonomia, in parte in relazione ad alcuni vincoli e caratteristiche del contesto lombardo che non hanno favorito la sua piena implementazione (si veda oltre). Allo stesso tempo, anche l'intervento statale, tramite il REI, è oggi lontano da una capacità di copertura totale del fabbisogno, e dunque la potenzialità complessiva degli interventi risulta al momento ridotta.

7.2. Dai principi alla pratica

7.2.1. *Il basso take-up*

Il Reddito di autonomia è stato presentato dalla Regione come una politica di punta della X legislatura, tanto da istituire un Assessorato dedicato (Assessorato al Reddito di autonomia e inclusione sociale). La Regione pare, dunque, aver voluto dare un forte segnale politico in merito alla propria capacità di intervenire a favore di fasce di popolazione abitualmente non intercettate. Per analizzare i risultati del Reddito di autonomia si circoscrive qui l'analisi ai "Voucher di autonomia" rivolti alle persone anziane non autosufficienti ed agli individui con disabilità, ovvero le due misure che più delle altre si sono indirizzate alla categoria dei "soggetti con vulnerabilità" ⁽⁶⁾.

I relativi dati indicano che – fino ad ora – gli esiti non paiono quelli sperati. Le risorse effettivamente utilizzate sono molto ridotte rispetto a quelle stanziare e i numeri dei beneficiari coinvolti inferiori alle aspettative. L'elemento di criticità più evidente rilevabile, in particolare nella prima fase di sperimentazione, ma proseguito anche in quella successiva, è relativo al *take*

(6) In riferimento alle misure rivolte alle famiglie si veda il cap. 6 *I minori e le famiglie*.

up raggiunto: il numero dei voucher approvati, sia per gli anziani che per i disabili, risulta di molto inferiore a quelli previsionali ⁽⁷⁾. In particolare, nella prima fase di sperimentazione, i voucher rivolti agli anziani effettivamente approvati sono solo un quarto di quelli previsionali, e nella seconda fase, pur a fronte di un consistente miglioramento, restano comunque inferiori al 50%. Risultati un po' migliori sono stati raggiunti dal voucher per le persone con disabilità, che se nella fase sperimentale risultava inferiore al 50%, nella seconda fase è riuscito a raggiungere il 66% di approvati rispetto ai previsionali (tab. 7.1). Si tratta comunque di percentuali di take-up ancora basse.

Tabella 7.1 - Il take-up del Reddito di autonomia

	1ª Fase 2015			2ª Fase 2016		
	N. voucher assegnati (previsionali)	N. voucher approvati con graduatorie	% sul tot. voucher assegnati	N. voucher assegnati (previsionali)	N. voucher approvati con graduatorie	% sul tot. voucher assegnati
Voucher Anziani	520	125	24,0	898	393	43,7%
Voucher Disabili	475	227	47,8	896	595	66,4%

Fonte: varie d.G.r. sul tema.

Ad oggi, dunque, gli esiti e le ricadute di queste misure sono solo parzialmente soddisfacenti sia in relazione al primario obiettivo di ampliare la popolazione che accede ai servizi sia in relazione alle reali capacità di raggiungere e coinvolgere secondo una logica preventiva, una fascia di popolazione difficile da identificare, poco avveza e poco motivata a rapportarsi con i servizi qual è quella afferente all'area della vulnerabilità (Dessi, Ghetti, 2017) ⁽⁸⁾.

⁽⁷⁾ Si ricordi che:

- i voucher previsionali sono i voucher preliminarmente attribuiti da Regione Lombardia a ciascun ambito territoriale considerando il totale delle risorse stanziato e l'ammontare destinato a ciascun voucher, pari annualmente a euro 4.800;
- i voucher approvati con graduatorie sono quelli effettivamente assegnati agli ambiti una volta verificato il possesso dei requisiti da parte dei cittadini che hanno presentato domanda. Tale valore può essere suscettibile di variazioni in caso di rinuncia o fuori uscita dalla misura da parte dei beneficiari.

⁽⁸⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/06/14/voucher-lautonomia-decollano-no/>.

7.2.2. La parcellizzazione delle risposte

Il Reddito di autonomia è un intervento frammentato in tante micro-misure che hanno contribuito a diminuirne l'impatto e a rallentarne l'implementazione, pur a fronte di una significativa quantità di risorse investite. Nonostante, infatti, complessivamente le risorse dedicate al Reddito di autonomia siano pari a euro 30.500.000 nella prima fase sperimentale avviata a ottobre 2015 e a euro 90.000.000 nella fase di rilancio di aprile 2016, la loro suddivisione su 6 differenti misure e sui relativi target ha parcellizzato le ricadute relative ai diversi obiettivi (tab. 7.2).

Tabella 7.2 - Reddito di autonomia "1^a Fase 2015" e "2^a Fase 2016": misure a confronto

Fase	Misura	Target	Risorse stanziare
1^a Fase 2015	Bonus bebè	Bimbi nati nel periodo 8.10.15-31.12.2015	€ 3.000.000
	Bonus affitti	Famiglie residenti in abitazioni in locazione nei 155 Comuni lombardi ad alta tensione abitativa	€ 4.700.000
	Abolizione superticket ambulatoriale	Cittadini e i loro familiari a carico con un reddito familiare fiscale annuale non superiore ad € 18.000	€ 8.000.000
	Voucher di autonomia anziani	Over 75enni con compromissione funzionale derivante da stato iniziale di demenza o Alzheimer o altre patologie di natura psico-geriatrica	€ 2.500.000
	Voucher di autonomia disabili	Giovani e adulti con disabilità medio/grave	€ 2.300.000
	Progetto di Inserimento Lavorativo	Persone beneficiarie di Dote Unica lavoro	€ 10.000.000

segue

Fase	Misura	Target	Risorse stanziare
2ª Fase 2016	Bonus famiglia	Famiglie in attesa di un figlio o con figlio adottivo	€ 34.000.000
	Nidi retta 0	Genitori con figli nella fascia 0-3 fruitori di nidi pubblici o convenzionati	€ 30.000.000
	Bonus disagio abitativo	Famiglie in affitto caratterizzate da situazioni di vulnerabilità e fragilità economica conseguenti ad eventi intervenuti nel 2015	€ 7.400.000
	Esenzione superticket	Cittadini con reddito familiare fiscale lordo inferiore ai 18.000 €	n.d.
	Voucher di autonomia	– Anziani over 75 con compromissione funzionale lieve – Persone con disabilità intellettiva o con esiti da traumi o patologie invalidanti con età superiore a 16 anni	€ 9.600.000
	Progetto di Inserimento Lavorativo	Persone beneficiarie di Dote Unica lavoro	€ 10.000.000

Fonte: varie d.G.r. sul tema.

Tale frammentazione, oltre ad aver investito i servizi e i territori con una serie di mandati e incombenze la cui organizzazione si è rivelata piuttosto complessa, non ha neppure consentito di attuare un intervento massivo capace di intercettare un'alta percentuale della popolazione target, dato che per ogni tipologia sono state raggiunte solo piccole o piccolissime porzioni dei potenziali beneficiari. Ne è derivato, così, un intervento che difficilmente riesce a costituire, per ognuna delle popolazioni coinvolte, un significativo elemento di cambiamento.

7.2.3. I requisiti richiesti ai beneficiari e il cambiamento atteso

Un altro elemento critico è relativo alle caratteristiche dei beneficiari a cui il Reddito di autonomia si è rivolto, alla loro individuazione e coinvolgimento. Infatti, la *ratio* adottata per la definizione dei requisiti mirava a limitare l'accesso alla misura a una fascia specifica di cittadinanza, caratterizzata da una condizione economica di vulnerabilità ma non di marginalità (ISEE inferiore ai 10.000 euro) e dal fatto di non essere ancora in relazione con i Servizi sociali, con la finalità di avvicinare nuove persone alla rete dei ser-

vizi; tuttavia la realtà si è scontrata con alcune problematiche principali. Da una parte la difficoltà di reperire e raggiungere persone con entrambe queste caratteristiche, persone cioè che pur trovandosi in una condizione critica dal punto di vista economico, non si fossero mai rivolte al Servizio sociale (elemento che ha portato infatti nella fase di rilancio delle misure a innalzare il tetto ISEE di riferimento a 20.000 euro, con l'intento di ampliare i possibili destinatari); dall'altra un problema di coinvolgimento in relazione alla tipologia di contributo previsto, formulato come un voucher per l'utilizzo dei servizi e non come un contributo economico liberamente spendibile, la forma di erogazione più familiare e più apprezzata dall'utenza⁽⁹⁾ (Dessi, 2016).

Sempre nell'analizzare le ricadute di questi interventi, è utile sottolineare che il principale cambiamento atteso, in particolare per quanto riguarda i voucher anziani e disabili, è principalmente quello di avvicinare i cittadini alla rete dei servizi, facilitandone la frequenza grazie a una riduzione dei costi a carico delle famiglie. Tuttavia, pur considerando il valore positivo dell'avvicinare la popolazione alla rete dei servizi, risulta difficile valutare quanto questo riesca effettivamente a incidere sulla riduzione delle condizioni di vulnerabilità e nella promozione di una effettiva maggiore autonomia.

In questa visione, la vulnerabilità è dunque letta soltanto nei termini di una carenza di risorse economiche, che trova risposta nell'erogazione di voucher, mentre sembra essere stata poco considerata l'esperienza che in questo ambito hanno accumulato diversi territori lombardi, che in questi anni hanno provato a implementare progetti e politiche di welfare comunitario territoriale specificatamente mirate ad individuare e intercettare situazioni di vulnerabilità socioeconomica. Queste esperienze, così come la letteratura di settore (Mazzoli, Spadoni, 2009), parlano sempre più di una vulnerabilità che è data non soltanto dalla scarsità di risorse economiche, ma anche dalla sua combinazione con la mancanza di reti e relazioni sociali che possano fornire un adeguato supporto in caso di necessità.

La scelta di campo della Regione è stata, invece, quella di articolare tutta la misura intorno a un criterio di tipo economico, sganciando l'individuazione dei destinatari da un lavoro sociale di lettura e valutazione della situazione e del contesto sociale di riferimento.

⁽⁹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2016/04/22/come-e-andata-la-sperimentazione-del-voucher-per-lautonomia/>.

7.2.4. *La fatica dei territori*

Nel valutare la misura bisogna inoltre tener conto delle criticità incontrate dal punto di vista organizzativo, derivanti sia da una scarsa attenzione alla dimensione attuativa che, come anticipato sopra, dalla compresenza di diverse micro-misure all'interno dello stesso Reddito di autonomia.

I fattori che hanno prodotto le maggiori difficoltà nel lancio e nello sviluppo degli interventi sono due: le tempistiche molto strette e la richiesta, avanzata ai territori, di uscire dal loro consueto campo di azione per andare a intercettare fasce di popolazioni non abituali.

A titolo esemplificativo, la raccolta delle domande delle famiglie in possesso dei requisiti per l'accesso ai voucher di autonomia, sia anziani che disabili, è avvenuta nello stesso arco temporale per la presentazione delle domande per la nota "misura B2", altro strumento a disposizione degli operatori per il sostegno delle persone con disabilità grave e degli anziani non autosufficienti. Oltre all'evidente sovraccarico degli operatori, impegnati in contemporanea su più fronti (uno dei quali – lo ricordiamo – totalmente nuovo); quello che si è potuto osservare nei territori è un vero e proprio "corto circuito", questa è indubbiamente una delle variabili che hanno contribuito al sottoutilizzo dei voucher, soprattutto nella prima fase della sperimentazione.

Questi elementi hanno causato anche, soprattutto nella fase sperimentale, la rinuncia di diversi territori ad aderire alla misura, scelta che sfocia nella difficoltà di garantire equità territoriale sul livello regionale, ossia pari opportunità di sostegno per i cittadini a parità di condizioni e caratteristiche.

7.3. **Un complesso ruolo di regia tra Stato e territori**

La complessità degli interventi a sostegno delle vulnerabilità si è giocata anche attraverso il delicato equilibrio tra i diversi ruoli assunti da Regione Lombardia, sia in riferimento al livello nazionale che a quello territoriale.

7.3.1. *L'esperienza del SIA e i timidi tentativi di governance del sistema in Lombardia*

Il varo a livello nazionale di una misura di contrasto alla povertà, prima con la sperimentazione del SIA e poi con l'introduzione, come livello essenziale delle prestazioni, del Reddito di inclusione (REI), rappresenta sicuramente una chiave di volta nella *governance* degli interventi di contrasto alla

povertà, precedentemente in carico esclusivo ai singoli Comuni. Coerentemente con la proposta del Reddito d'inclusione sociale (REIS) dell'Alleanza contro la povertà (Gori *et al.*, 2016), ampiamente ripresa nel disegno del REI, alle Regioni è, infatti, chiesto di svolgere una funzione centrale nella realizzazione dell'infrastruttura per il welfare locale. Il loro ruolo non è quello di assistere meramente ad un passaggio di risorse Stato-Comuni ma di contribuire attivamente, anche attraverso l'adozione di specifici atti programmatici⁽¹⁰⁾, alla costruzione di un sistema di interventi di contrasto alla povertà integrato con la programmazione esistente da attuare, necessariamente, attraverso uno stretto raccordo con i Comuni e gli Ambiti territoriali, soggetti gestori di queste misure.

Questo è sicuramente un momento storico in cui Regione Lombardia può assumere a pieno titolo quel ruolo di regia dei territori che si è attribuito in questi anni⁽¹¹⁾ e, altresì, un'opportunità per Regione per "misurarsi" con un livello nazionale, rispetto al quale l'introduzione del REI rappresenterà in futuro un terreno privilegiato di confronto.

Alla luce di quanto abbiamo potuto osservare in altre Regioni italiane, ci sembra che esistano due scelte strategiche adottabili per implementare il SIA-REI sul territorio regionale ma estendibili, in termini più generali, agli interventi di contrasto alla vulnerabilità:

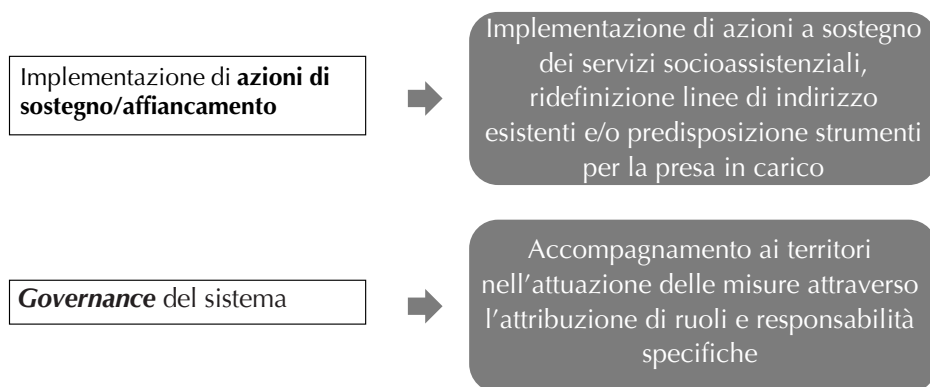
- l'implementazione di azioni di sostegno/affiancamento dei servizi socio-assistenziali per una maggiore aderenza alle indicazioni nazionali⁽¹²⁾;
- la costruzione delle condizioni per la *governance* del sistema attraverso l'attribuzione di ruoli e responsabilità specifiche.

⁽¹⁰⁾ Vedi art. 14 d.lgs. n. 147/2017.

⁽¹¹⁾ Si rimanda al cap 3 sulla *governance*.

⁽¹²⁾ Vedi ad esempio in Regione Campania la d.G.r. n. 317 del 31 maggio 2017 "Programma «Primavera del welfare». Azioni complementari al SIA: sostegno dei servizi socio-assistenziali e di inclusione socio-lavorativa delle persone svantaggiate e a rischio di povertà"; in Regione Toscana la d.G.r. n. 570 del 29 maggio 2017 "Ridefinizione delle linee di indirizzo approvate con d.G.r. n. 1134/2015 per l'attivazione ed il finanziamento degli interventi sulle attività dell'Asse B del POR FSE 2014-2020 per le quali il Settore Innovazione sociale è Responsabile di Attività"; in Regione Marche la d.G.r. n. 1560 del 19 dicembre 2016 e in Regione Piemonte la d.G.r. n. 13-5284 del 3 luglio 2017 "Approvazione dello schema tipo di accordo di collaborazione territoriale per la presa in carico integrata dei destinatari di misure di inclusione attiva nell'ambito del PON inclusione sociale 2014-2020".

Figura 7.2 - Sintesi delle possibili scelte strategiche a livello regionale



In questo scenario, in Regione Lombardia, dall'avvio della sperimentazione del SIA nel settembre 2016 non sono stati adottati specifici atti programmatici né sono state implementate azioni di sostegno e affiancamento ai territori.

Un timido tentativo in termini di *governance* del sistema può essere rintracciato nelle indicazioni e negli orientamenti forniti agli Ambiti territoriali per la costruzione delle proposte progettuali a valere sul PON Inclusione⁽¹³⁾. Va, tuttavia, precisato che l'interesse manifestato nel voler contestualizzare sul territorio lombardo la sperimentazione del SIA non è stato seguito da ulteriori e più puntuali comunicazioni in merito agli strumenti effettivamente a disposizione degli Ambiti nella progettazione degli interventi; ciò ha contribuito altresì ad incrementare l'incertezza in cui già si trovavano i territori, impegnati con l'implementazione di una misura comunque nuova.

Inoltre, la regia inizialmente assunta da Regione attraverso la convocazione di tutti i territori a momenti di confronto sull'avvio della sperimentazione⁽¹⁴⁾ non è stata seguita da successivi appuntamenti: un'occasione mancata in un momento in cui gli Ambiti avrebbero sicuramente apprezzato un

⁽¹³⁾ Vedi decreto n. 229/2016 del 3 agosto 2016 della Direzione generale per l'inclusione e le politiche sociali e relativa adozione dell'Avviso pubblico n. 3/2016 per la presentazione di progetti a valere sul "PON Inclusione", Fondo sociale Europeo, programmazione 2014-2020 e circolare regionale n. 21 del 30 novembre 2016.

⁽¹⁴⁾ Tali incontri, convocati da Regione Lombardia, sono stati calendarizzati nei primi mesi di avvio della sperimentazione, nell'autunno 2016.

ruolo “ponte” da parte di un soggetto istituzionale, vista l’intermittenza delle interazioni con i principali attori del SIA, ovvero INPS e Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

L’auspicio è che la Regione assuma *in toto* il ruolo programmatico attribuito, fondamentale per una effettiva integrazione con le altre misure e interventi presenti per le quali, allo stato attuale, è demandato ai territori l’annoso compito di ricomposizione.

7.3.2. *Un difficile governo dei territori tra la complessità dei processi introdotti e lo smarrimento dei servizi*

Possiamo notare come l’incertezza nell’accompagnamento ai territori per l’implementazione di una misura introdotta a livello nazionale, così com’è stato per il SIA, specularmente si sia manifestata anche per il Reddito di autonomia.

Ripercorrendone le tappe fin dalla sua introduzione nell’autunno 2015 e mantenendo un’attenzione specifica ai voucher anziani e disabili, ad integrazione di quanto già evidenziato, può essere utile richiamare i seguenti punti:

- *La complessità nei processi introdotti.* L’uscita del Bando per l’accesso ai Voucher di autonomia ha richiesto preliminarmente, nella prima edizione, un’adesione su base volontaria da parte degli Ambiti, in seguito alla quale sarebbe stato attribuito a ciascun territorio il numero di voucher disponibili, sia per gli anziani che per i disabili. Tale richiesta, tuttavia, ha generato qualche incomprensione nei territori tale per cui un quarto degli Ambiti è stato escluso⁽¹⁵⁾. A seguito della ripartizione delle risorse a ridosso con le festività natalizie⁽¹⁶⁾, gli Ambiti hanno avuto solo qualche settimana di tempo per la raccolta delle domande delle famiglie interessate e poco meno di un mese per portare a compimento le valutazioni multidimensionali. Tale richiesta non teneva in considerazione come la conoscenza di una famiglia che per la prima volta accede ai servizi (ovvero il target a cui inizialmente i voucher si rivolgevano) richieda, nella maggior parte dei casi, più momenti di osservazione, difficil-

⁽¹⁵⁾ Entro la scadenza per l’adesione fissata per il 16 dicembre 2015, sono stati 72 su 98 ad aver presentato domanda correttamente: 13 Ambiti hanno aderito fuori termine e altrettanti non hanno espresso adesione.

⁽¹⁶⁾ Vedi decreto n. 11643 del 21 dicembre 2015 e decreto n. 11640 del 21 dicembre 2015.

mente calendarizzabili in un arco temporale così circoscritto. Non a caso sono stati diversi i territori che hanno lamentato di non essere riusciti ad adempiere ai vari passaggi richiesti. Tra le dirette conseguenze: un quadro impreciso in merito ai requisiti di accesso per i potenziali beneficiari dei voucher e un crescente numero di famiglie che, di fronte alla richiesta di documentazione integrativa, hanno rinunciato a proseguire con la sottoscrizione del progetto personalizzato ⁽¹⁷⁾.

- *Un cambiamento “culturale” poco accompagnato e distante dalla realtà dei servizi.* A seguito dell’approvazione delle graduatorie da parte di Regione Lombardia, gli operatori degli Ambiti si sono dovuti attivare nella predisposizione di progetti individuali, coerentemente con la richiesta che per ciascun progetto avviato venisse individuata la figura di “case manager” a garanzia delle funzioni di informazione, orientamento e accompagnamento delle famiglie nonché di raccordo e coordinamento con gli altri servizi territoriali. Questo processo, sicuramente virtuoso, ha tuttavia causato agli Ambiti alcune difficoltà connesse all’individuazione di figure professionali dedicate, non disponibili in tutti i territori agli adempimenti richiesti nella compilazione degli strumenti per la presa in carico e all’identificazione dei servizi presso i quali i beneficiari potevano “spendere” il proprio voucher. Rispetto a quest’ultimo punto va precisato, infatti, che:
 - la scelta all’interno della rete dei soggetti accreditati non prevedeva, ad esempio, la possibilità per gli utenti anziani di utilizzare il voucher per l’acquisto di prestazioni professionali quali SAD e “badantato”, ritenute più pertinenti per la domanda espressa da questa tipologia di utenza;
 - le connessioni con il sistema sanitario, sebbene previste, si sono concretizzate a fatica sia per la difficoltà nel definire i confini degli interventi, in assenza di chiare indicazioni regionali, sia per il parallelo processo di riforma della sanità lombarda e la mancanza di chiarezza in merito agli interlocutori con cui interagire.

⁽¹⁷⁾ La rinuncia alla sottoscrizione del progetto personalizzato è da ritenersi una delle variabili responsabili del micro-impatto della misura in termini di beneficiari raggiunti, come già richiamato nel testo. Va precisato, infatti, che a seguito delle risorse stanziata da Regione Lombardia nella prima edizione dei voucher anziani e disabili il numero di domande ritenute ammissibili è stato pari, rispettivamente, al 25% e al 47,8% sul totale dei voucher disponibili. Si vedano il decreto n. 1802 del 14 marzo 2016 e il decreto n. 1803 del 14 marzo 2016.

7.3.3. *L'integrazione con altre iniziative presenti sul territorio regionale*

In che modo Regione Lombardia si è integrata con le altre iniziative presenti sul territorio regionale sul tema del contrasto alle famiglie in condizioni di vulnerabilità? Va ricordato che gli ultimi cinque anni hanno registrato il proliferare di molteplici opportunità di finanziamento su questo tema⁽¹⁸⁾: sono stati diversi i territori lombardi che, attraverso partenariati compositi pubblico-privato, hanno colto l'occasione per realizzare progetti che vedessero interventi a sostegno di famiglie in difficoltà.

Ricordiamo che:

- le risorse destinate al contrasto della povertà minorile si propongono, in una prospettiva più ampia, di prevenire il fenomeno della povertà e dell'esclusione sociale per gli "adulti di domani" e di attivare progetti di Welfare comunitario che vedranno la costruzione di collaborazioni fattive tra soggetti di natura pubblica e privata (Dodi, 2017)⁽¹⁹⁾;
- agli interventi finanziati dal Bando "Doniamo energia" viene richiesto di intercettare precocemente le persone e le famiglie fragili e favorire la loro riattivazione attraverso misure personalizzate⁽²⁰⁾, prevedendo altresì la necessità di attivazione di reti territoriali in connessione ad altre misure nazionali, quali il SIA.

Ebbene, nonostante le forti connessioni di questi canali di finanziamento con quanto espresso dalla legislazione regionale in termini di presa in carico delle famiglie vulnerabili e auspicata integrazione, quello che abbiamo potuto notare, anche in questo caso, è l'occasione mancata per Regione Lombardia

⁽¹⁸⁾ Per entità di risorse investite vale la pena citare:

- i contributi messi a disposizione da Fondazione Cariplo nell'ambito del Bando "Welfare di comunità" nelle diverse edizioni, a partire dal 2014 (vedi <http://www.fondazione-cariplo.it/it/progetti/servizi/welfare-di-comunita/index.html>);
- a partire dal 2016 le risorse a valere sul "Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile" gestite dalla Fondazione Con I Bambini (vedi <http://www.conibambini.org/contrasto-alla-poverta-educativa-minorile/>) che in base alla prevista ripartizione regionale vedono in Regione Lombardia oltre euro 7.000.000 per il Bando Infanzia e Adolescenza e oltre 3 milioni di euro per il Bando nuove generazioni;
- nel 2017 il Bando "Doniamo energia" promosso da Fondazione Cariplo e Banco dell'energia finalizzato al contrasto della povertà e vulnerabilità sociale.

⁽¹⁹⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2017/11/28/poverta-educative-poverta-delle-politiche-educative/>.

⁽²⁰⁾ <http://www.fondazione-cariplo.it/it/news/servizi/doniamo-energia-al-via-il-bando.html>.

di assumere un ruolo di regia, da “direttore dei lavori”. Quello che continuiamo ad osservare è la compresenza di “mondi paralleli” che, pur intercettando le stesse categorie di beneficiari, ancora poco, se non per nulla, dialogano tra di loro.

7.4. Conclusioni

7.4.1. *Un'integrazione ancora incompiuta*

La scelta di Regione Lombardia di estendere il target dei propri interventi alla categoria delle persone e delle famiglie con vulnerabilità, oltre a differenziarla dalle scelte intraprese da altre Regioni, ha “chiamato in causa”, ancor di più, la necessità di attivare delle connessioni con altri settori delle politiche regionali, quali nello specifico i settori Famiglia, Casa e Lavoro. Il Reddito di autonomia rappresenta in questo senso un esempio emblematico per la varietà delle misure introdotte e per le evidenti difficoltà nell'entrare in sinergia con quanto sviluppato a livello territoriale. La sperimentazione del SIA sul territorio regionale ha contribuito ulteriormente ad alimentare la necessità di connessioni con il comparto degli inserimenti socio-lavorativi; tuttavia i risultati in termini di formalizzazione di accordi e collaborazioni nei territori sono ancora minimi, a riprova di un'occasione mancata per Regione Lombardia di assumere un ruolo di facilitazione.

Infine, nonostante il proliferare di iniziative sul territorio regionale sul tema del contrasto alle famiglie in condizione di vulnerabilità, non si rileva ancora una presa di posizione “istituzionale”, che vada nella direzione di un dialogo con le altre ingenti risorse investite dal privato sociale con la stessa finalità.

7.4.2. *Chi ricomponete la frammentazione?*

Il moltiplicarsi di misure introdotte a sostegno di specifiche categorie di target, se ha sicuramente ampliato la rosa di interventi in risposta ad un bisogno sempre più complesso e dalle molteplici sfaccettature, ha contribuito anche ad alimentare un quadro di confusione nei territori, a cui sembra essere demandato il compito di ricomporre la frammentazione esistente.

Il tentativo di assumere un ruolo di regia da parte di Regione Lombardia nei primi mesi di avvio della sperimentazione del SIA non ha avuto un seguito, bensì ha contribuito a generare false aspettative nei territori. Dal con-

fronto con altre Regioni italiane si evince come altre posizioni possano essere assunte: la transizione dal SIA al Reddito di inclusione potrà rappresentare un'opportunità per Regione per "accreditarci" in questa direzione.

7.4.3. *Una programmazione possibile ma ancora lontana*

L'introduzione di un insieme di misure come il Reddito di autonomia in un'ottica di sperimentazione interroga in merito al loro sviluppo futuro, in termini di continuità dei finanziamenti e inserimento nella programmazione dei servizi sociosanitari territoriali: allo stato attuale, infatti, non sussistono ancora elementi riguardo alla sua durata temporale.

Il cambiamento di popolazione target e il peso amministrativo che l'introduzione di questa misura ha portato ai territori potrebbero avere maggiori opportunità di riuscita se adeguatamente programmati sul lungo periodo.

A conferma di una programmazione ancora parziale va citata anche la recente d.G.r. 7773/2018⁽²¹⁾, relativa allo stanziamento di 10 milioni di euro sul biennio 2018-2019 per la sperimentazione di una nuova misura che richiama gli ambiti ad attivare partnership tra soggetti istituzionali e non per la promozione di interventi rivolti a persone in condizione di vulnerabilità e disagio. Anche in questo caso una "nuova" misura e una ulteriore "sperimentazione", i cui confini e le connessioni con il sistema consolidato dei servizi sociali territoriali e le altre misure implementate dalla stessa Regione sono – una volta di più – poco chiari.

APPENDICE

Il perimetro degli interventi regionali a sostegno delle vulnerabilità

1. Gli elementi di continuità

L'avvio della X legislatura è sicuramente caratterizzato da una continuità nelle scelte adottate da Regione Lombardia negli anni precedenti e introdotte a ridosso dell'insediamento della nuova Giunta⁽²²⁾. A chiusura di questo periodo di continuità va collocata, quindi, anche la l.r. n. 34 del 6 novembre 2015 "Legge di riconoscimento,

⁽²¹⁾ Vedi d.G.r. n. 7773 del 17 gennaio 2018 "Sperimentazione di percorsi di inclusione attiva a favore di persone in condizione di vulnerabilità e disagio".

⁽²²⁾ Si pensi, anche se non esplorati all'interno di questo capitolo al "Fondo sostegno affitto", al "Fondo cresco" e alla "Dote lavoro".

tutela e promozione del diritto al cibo”⁽²³⁾, legge che, in conformità con la già in vigore l.r. n. 25/2006⁽²⁴⁾ conferma il sostegno e la promozione di politiche di contrasto alla povertà alimentare identificando quale obiettivo di lungo periodo la riduzione degli sprechi alimentari del 50% entro il 2025.

Tra i principi e le finalità della legge va sottolineata la promozione di sistemi agro-alimentari locali e sostenibili che garantiscono la riduzione dello spreco e la ridistribuzione delle eccedenze alimentari da parte di soggetti pubblici e privati. Nell’attuazione del principio di sussidiarietà e della complementarietà tra enti pubblici e privati vediamo, così, che assume ancor più valenza la logica dell’intervento integrato nell’ambito delle politiche non solo socio-assistenziali ma anche sanitarie, formative, produttive, agricole, territoriali, paesaggistiche, ambientali, del commercio, economiche e di sviluppo rurale.

Il primo biennio della X legislatura conferma, quindi, per Regione Lombardia una visione che identifica le situazioni di vulnerabilità come fortemente ancorate al concetto di povertà assoluta.

2. Una nuova direzione

Una nuova direzione nel contrasto delle situazioni di vulnerabilità in Regione Lombardia possiamo dire che trova espressione all’interno della rosa di misure previste all’interno del Reddito di autonomia, avviato nell’ottobre del 2015: “la via lombarda al reddito di autonomia” si propone come un ventaglio di misure che vanno a intervenire su diverse tematiche e ambiti di policy (politiche di co-partecipazione alla spesa sanitaria, politiche abitative, politiche di inclusione sociale, politiche attive del lavoro, politiche dell’istruzione, della formazione e del diritto allo studio) in una logica di erogazione di contributi economici *una tantum* e di voucher per l’acquisto di servizi.

Mentre a livello nazionale a seguito della sperimentazione del SIA in 12 città si comincia a parlare di Reddito di inclusione, la Lombardia sceglie una propria strada di sperimentazione e in considerazione, come da dichiarazioni del Presidente Maroni, di diverse proposte emerse da soggetti della società civile lombarda (tra cui Caritas ambrosiana, sindacati e associazioni di volontariato)⁽²⁵⁾.

Tra gli elementi di “novità” introdotti vanno sicuramente messi in evidenza:

⁽²³⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/12/22/quale-direzione-per-le-politiche-di-contrasto-alla-poverta-in-regione-lombardia/>.

⁽²⁴⁾ Legge regionale dell’11 dicembre 2006, n. 25 “Politiche regionali di intervento contro la povertà attraverso la promozione dell’attività di recupero e distribuzione dei prodotti alimentari a fini di solidarietà sociale”.

⁽²⁵⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/10/29/il-reddito-di-autonomia-della-regione-lombardia-non-e-quello-della-caritas/>.

- l'apertura ad altre tipologie di target vulnerabili: oltre alle famiglie con figli e a disoccupati, si riconosce infatti la necessità di introdurre misure volte a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane e con disabilità;
- una visione che vuole superare l'erogazione "tradizionale" di contributi economici per andare nella direzione di un mix *cash and care*;
- una visione che vuole andare sempre più nella direzione di progettazioni personalizzate spingendosi altresì verso una integrazione tra servizi e diverse professionalità.

Una ulteriore misura con caratteristiche di sperimentazione sul tema delle vulnerabilità, sebbene introdotta a fine legislatura e quindi non analizzata all'interno di questo capitolo ma che rappresenta una conferma di questa "nuova direzione", la troviamo all'interno della d.G.r. n. 7773 del 17 gennaio 2018 "Sperimentazione di percorsi di inclusione attiva a favore di persone in condizione di vulnerabilità e disagio". Regione Lombardia con uno stanziamento di 10 milioni di euro per il biennio 2018-2019 promuove l'attivazione di percorsi di inclusione che dovranno essere realizzati da partnership composte da soggetti istituzionali e soggetti privati e dovranno essere finalizzati a definire percorsi individualizzati condivisi e con assunzione di corresponsabilità da parte del destinatario, nella prospettiva di un superamento dello stato di vulnerabilità e di disagio sociale.

Bibliografia

- DESSI C. (2016), *Come è andata la sperimentazione del voucher per l'autonomia?*, in www.lombardiasociale.it, 22 aprile 2016.
- DODI E. (2017), *Povertà educative o povertà delle politiche educative?*, in www.lombardiasociale.it, 28 novembre 2017.
- GHETTI V. (2016), *Il rilancio del Reddito di Autonomia lombardo*, in www.lombardiasociale.it, 20 aprile 2016.
- GHETTI V. e DESSI C. (2017), *Voucher per l'autonomia: decollano o no?*, in www.lombardiasociale.it, 14 giugno.
- GORI C., BALDINI M., MARTINI A., MOTTA M., PELLEGRINO S., PESARESI F., PEZZANA P., SACCHI S., SPANO P., TRIVELLATO U., ZANINI N. (2016), *Il Reddito d'Inclusione Sociale (Reis). La proposta dell'Alleanza contro la povertà in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- GORI C. (2017), *Verso un nuovo modello italiano di povertà?*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, 4, pp. 183-205.
- GUIDETTI C. (2015), *La via lombarda al Reddito di Autonomia*, in www.lombardiasociale.it, 30 ottobre.
- JESSOULA M., NATILI M. (2018), *Regioni e schemi di reddito minimo: rischi e opportunità di una governance multi-livello*, in www.welforum.it, 17 gennaio 2018.
- MAZZOLI G. e SPADONI N. (a cura di) (2009), *Piccole imprese globali. Una comunità locale costruisce servizi per le famiglie*, Franco Angeli, Milano.

MESINI D. e DESSI C. (2010), *Le politiche e gli interventi di contrasto alla povertà*, in *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Maggioli, Rimini.

NATILI M., (2016), *Il Reddito di Autonomia lombardo a confronto con altre Regioni*, in www.lombardiasociale.it, 7 aprile 2016.

PARTE TERZA
La visione d'insieme

8. Un bilancio

Cristiano Gori

Quale giudizio complessivo può essere formulato nei confronti delle politiche regionali di welfare sociale ⁽¹⁾ realizzate nella X legislatura (2013-2018)? Il capitolo prova a rispondere a tale interrogativo ricomponendo i contributi precedenti in un'interpretazione unitaria ⁽²⁾.

A guidare la lettura proposta saranno gli obiettivi strategici della Giunta, definiti all'inizio del quinquennio e più volte ribaditi: di ognuno si verificherà in quale misura sia stato effettivamente raggiunto, discutendone le implicazioni. Innanzitutto, però, è necessario esplicitare le peculiarità del contesto.

8.1. Lo scenario

Il titolo del libro ruota intorno a tre elementi: riforme, norme ed attuazione. Non è un caso, dato che questi sono i poli concettuali di riferimento per comprendere le recenti vicende del welfare sociale lombardo. Il sistema, infatti, è stato segnato da un'intensa attività normativa e dalla definizione di obiettivi di profonda riforma, punti toccati in questo paragrafo. A partire dal prossimo, invece, si volge lo sguardo a quanto effettivamente avvenuto nei territori.

⁽¹⁾ Per welfare sociale (spesso abbreviato in welfare) s'intende l'insieme di servizi e interventi sociali, sociosanitari e socioeducativi – di titolarità di Comuni e ASL – rivolti in particolare ad anziani non autosufficienti, giovani e adulti con disabilità, minori e famiglie, soggetti in condizione di povertà o a rischio di cadervi. Gli Assessorati regionali di riferimento sono stati quello alla Famiglia, solidarietà sociale e volontariato sino al 2015 e quelli al Welfare e al Reddito di autonomia ed inclusione sociale in seguito (cfr. Introduzione).

⁽²⁾ Queste conclusioni rielaborano, sotto la responsabilità dello scrivente, i principali risultati emersi nei capitoli precedenti. Per non appesantire la lettura, non vengono direttamente citati i diversi contributi e le fonti bibliografiche cui si fa via via riferimento.

8.1.1. *Un'intensa produzione di atti*

In merito alla X legislatura, tutto si può affermare, tranne che la produzione di norme e delibere sia stata scarsa. Il riferimento principale è la l.r. n. 23/2015, che ha ridisegnato il complessivo assetto istituzionale del sistema sanitario e sociosanitario. Ma non è certo l'unico. Basti pensare al Fondo famiglia, ad inizio mandato, ed alla riforma della presa in carico dei pazienti cronici, verso la fine. E, ancora, alle nuove prestazioni finanziate dal Fondo non autosufficienza nazionale e alla varietà di micro-misure afferenti al Reddito per l'autonomia, sino alle varie sperimentazioni a favore di anziani non autosufficienti, disabilità e famiglie. Inoltre, bisogna ricordare il gran numero di atti amministrativi che hanno modificato e/o aggiornato il profilo di singole misure e unità d'offerta, i relativi sistemi di valutazione di appropriatezza e qualità ed i meccanismi di vigilanza e controllo.

Il quinquennio, in sintesi, è stato caratterizzato da una produzione di atti vasta e continua, che ha interessato molteplici aspetti del sistema e ne ha comportato innumerevoli trasformazioni, richiedendo un notevole impegno a tutti i soggetti coinvolti.

8.1.2. *Nuovi obiettivi strategici*

La Giunta Maroni ha puntato su quattro obiettivi principali, individuati all'inizio del suo cammino e richiamati costantemente nel tempo:

- a) lo sviluppo di percorsi di presa in carico della persona, da attuare grazie alla stretta collaborazione delle diverse realtà operanti nei territori;
- b) il rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria e la costruzione di interventi unitari tra i servizi sociali dei Comuni e quelli sociosanitari delle ASL (poi ASST);
- c) la rimodulazione del sistema di offerta, con una maggiore articolazione delle risposte disponibili;
- d) l'incremento del peso del welfare, attraverso l'aumento dei finanziamenti dedicati.

Rispetto alle precedenti Giunte Formigoni, peraltro anch'esse di centro-destra ⁽³⁾, le finalità elencate indicano – pur senza esplicitarlo – un netto cam-

⁽³⁾ Si tratta delle Giunte presiedute da Roberto Formigoni (Forza Italia) dal 1995 al 2012. Pur variando in alcune componenti, a partire dalla legislatura 2000-2005 tali compagini, così come quella presieduta da Roberto Maroni, hanno sempre avuto in Forza Italia e

biamento, che riguarda sia le priorità politiche (obiettivo d) sia il modello di regolazione (obiettivi a, b e c). Per quanto concerne il primo aspetto, i dati mostrano che in passato erano state destinate al settore risorse inferiori a quelle della maggior parte delle Regioni comparabili del centro-nord, segnalandosi così il minor rilievo politico assegnato al welfare (Gori, a cura di, 2010). Venendo al modello regolativo, la Lombardia era stata l'unica – di nuovo, tra le Regioni comparabili – a disinvestire sui percorsi di presa in carico e sull'integrazione sociosanitaria, nonché una di quelle ad investire meno nell'articolazione dell'offerta. All'origine di tali scelte risiedeva una precisa impostazione di fondo, che attribuiva la priorità a libertà ed autodeterminazione di persone, famiglie e soggetti erogatori e promuoveva la de-regolazione del sistema (Marotta, 2010).

Definendo questi nuovi obiettivi, dunque, dopo oltre un decennio di cammino in direzione opposta ⁽⁴⁾ la Lombardia si è allineata all'impostazione strategica adottata dalle altre Regioni ⁽⁵⁾ e condivisa dalla gran parte degli studiosi, compresi gli Autori di questo libro ⁽⁶⁾.

8.2. Il finanziamento

8.2.1. *Il rallentamento degli stanziamenti e la loro crescente insufficienza*

Gli stanziamenti complessivi trasferiti dalla Regione ai territori per il welfare sono saliti da 1.726 milioni di euro (2012) a 1.905 (2017); i 179 milioni in più equivalgono ad un incremento del 10%. Questi dati sono da interpretare con cautela perché 114 milioni addizionali provengono da maggiori finanziamenti statali finalizzati, principalmente, a recuperare l'azzeramento dei fondi nazionali per il sociale avvenuto nel periodo 2009-2012. L'incremento delle

nella Lega i loro attori principali. Quest'ultima forza politica si trovava, invece, all'opposizione nella legislatura 1995-2000.

⁽⁴⁾ Il precedente modello di welfare sociale era stato introdotto a partire dalla legislatura cominciata nel 2000.

⁽⁵⁾ Evidentemente, tale impostazione viene declinata operativamente attraverso modalità eterogenee nelle diverse Regioni, e con risultati assai variabili. Il punto è che mentre le altre Regioni seguono da tempo tale percorso, seppur incontrando non di rado difficoltà significative, per un lungo periodo la Lombardia ha proceduto con decisione lungo la via contraria. Come si vedrà, nei territori è ancora tangibile l'eredità di questa fase.

⁽⁶⁾ Il suggerimento di imboccare la strada definita dagli obiettivi qui menzionati si trova, ad esempio, in Gori, 2010.

risorse proprie regionali, dunque, ammonta a 65 milioni, pari al 4% della dotazione iniziale.

Collocando le tendenze recenti in un orizzonte più lungo, ne emerge la differenza rispetto al periodo precedente. Nel sociosanitario – che assorbe la gran parte della spesa regionale – si è passati da un incremento medio annuo del 5,2% nel periodo 2005-2012 ad uno dell'1,1% nel corso della X legislatura, con un netto rallentamento.

All'inizio del decennio erano state segnalate le prime tensioni legate alla necessità di più robuste politiche di finanziamento, indispensabili per alimentare in modo adeguato una rete di offerta che ha conosciuto la sua fase di maggiore espansione nel periodo 2000-2010 (Gori, a cura di, 2010). Poiché, invece, si è andati in direzione opposta, i capitoli precedenti mostrano che le risorse stanziare sono risultate, sempre più, insufficienti per rispondere ai bisogni presenti nella società lombarda. Le previsioni sull'incremento della popolazione anziana, peraltro, indicano che – in assenza di interventi incisivi – le criticità registrate sono destinate ad acuirsi rapidamente.

8.2.2. Il sottofinanziamento nella quotidianità di utenti e servizi

L'insufficienza degli stanziamenti ha determinato diverse conseguenze nel welfare locale, ma la principale consiste nella contraddizione tra l'obiettivo di ampliare l'utenza e quello d'incrementare la qualità/intensità delle risposte fornite ai singoli beneficiari. L'amministrazione ha puntato ad estendere gli interventi a più persone, un passaggio necessario sia per rispondere all'incremento delle aree di bisogno tradizionali che per fronteggiare i nuovi rischi. Nel sociosanitario il risultato è stato ottenuto in misura contenuta nei servizi residenziali – incremento dei posti in RSD e RSA – e più ampia nell'ADI (cfr. par 8.3.1). Nella filiera sociale si possono menzionare il Reddito di autonomia, teso a raggiungere fasce di popolazione vulnerabile per prevenirne la caduta in povertà, i nuovi target degli interventi rivolti alle famiglie, ad esempio gli adolescenti in difficoltà, così come le misure B1 e B2 (Fondo nazionale non autosufficienza), progettate al fine di agganciare persone non ancora seguite dai servizi.

Dati gli inadeguati finanziamenti complessivi, tuttavia, questa scelta ha impedito di destinare risorse al miglioramento della qualità/intensità degli interventi erogati agli utenti. Il problema è che pure questo, al pari del precedente, rappresenta un obiettivo necessario. Basti ricordare che nelle principali Unità di offerta sociosanitarie – RSA, RSD e servizi diurni – non sono state

aggiornate le quote sanitarie remunerate dal Fondo sanitario regionale (FSR), i cui importi sono fermi dal 2008-2010. Una ridotta intensità degli interventi, peraltro, si rintraccia anche nell'ADI.

La carenza, in numerosi servizi, delle risorse economiche impiegate per ogni beneficiario ha avuto molteplici effetti. Primo, l'incremento delle rette a carico di utenti e famiglie, sulle quali i gestori tendono non di rado a spostare l'aumento dei costi di produzione, non sostenuto dal finanziamento regionale. Il fenomeno è particolarmente visibile nelle RSA, le cui rette hanno subito una rilevante crescita tra il 2011 e il 2016 ⁽⁷⁾. Secondo, il peggioramento delle condizioni occupazionali e/o retributive degli operatori. Se tale realtà è già abbastanza diffusa nei servizi domiciliari, in quelli residenziali hanno cominciato ad affacciarsi, e ad aumentare, i segnali di criticità. Terzo, una maggiore diffusione di situazioni di tensione tra chi opera nei servizi e gli utenti e le loro famiglie, che richiedono livelli di qualità e d'intensità superiori a quelli in essere.

8.2.3. *I vincoli statali e la continuità della politica regionale*

L'obiettivo di incrementare il peso del welfare, aumentandone i relativi finanziamenti, non è stato dunque raggiunto. A differenza delle altre finalità dichiarate, però, in questo caso la possibilità di farlo è dipesa solo parzialmente dalle scelte regionali, dato il ruolo centrale dei vincoli di spesa fissati dal livello nazionale. Il periodo in esame, infatti, è stato segnato da un particolare rigore per la finanza regionale, chiamata dallo Stato a garantire gli obiettivi del patto di stabilità, il pareggio di bilancio e a corrispondere un contributo a titolo di risanamento della finanza pubblica ⁽⁸⁾. Lo stesso Fondo sanitario nazionale – fonte degli stanziamenti per il sociosanitario – è stato interessato da decise politiche di contenimento.

Il quadro tratteggiato non ha tolto del tutto alle Regioni i margini di manovra per indirizzare maggiori risorse verso il welfare: la Giunta lombarda, tuttavia, non l'ha ritenuta una priorità. Lo dimostra la sostanziale invarianza della percentuale del Fondo sanitario regionale (FSR) destinata all'assistenza sociosanitaria (9,47% nel 2012 e 9,53% al termine della legislatura). Emerge qui continuità con le decisioni assunte in precedenza quando, anche in mo-

⁽⁷⁾ In media la retta minima giornaliera è passata da 53,04 a 59,36 euro e la massima da 61,74 a 67,85 euro.

⁽⁸⁾ La spesa corrente regionale complessiva è scesa dai 21,8 miliardi del 2013 ai 21,7 del 2016.

menti di particolare aumento del FSR, il riequilibrio tra i comparti della sanità acuta e del sociosanitario non è mai stato considerato una finalità di rilievo. Tra il 2005 e il 2012, infatti, la quota del Fondo riservata al sociosanitario era aumentata solo leggermente, passando dall'8,7% al 9,5%; in quella fase, dunque, la relativa spesa era sensibilmente cresciuta non tanto a causa di una riallocazione delle risorse tra le due aree quanto, invece, come esito della forte crescita globale del FSR e del conseguente aumento proporzionale delle somme indirizzate ad ognuno. In effetti, essendo al governo della Regione la medesima maggioranza, sarebbe stato arduo ipotizzare che l'equilibrio tra i due comparti – rimasto immutato in un'epoca di risorse sanitarie complessivamente in aumento – venisse modificato in una legislatura che ha visto incrementi marginali del FSR.

Lo scarso peso politico attribuito al welfare trova una conferma anche nel settore sociale. Dato che la Regione in materia ha responsabilità ridotte, è opportuno ricordare che l'impatto delle scelte che lo riguardano è minore di quelle concernenti il sociosanitario. Ciò premesso, bisogna evidenziare come il sopracitato aumento dei finanziamenti nazionali sia stato accompagnato dalla diminuzione di quelli regionali ⁽⁹⁾. Il modesto rilievo assegnato al sociale si pone, ancora una volta, in continuità con il passato: i dati mostrano infatti che all'inizio della X legislatura gli stanziamenti indirizzati a questo comparto risultavano inferiori rispetto alla media delle Regioni del centro-nord a statuto ordinario (Gori, 2015) ⁽¹⁰⁾.

8.3. La rete di offerta

La rimodulazione della rete di offerta può essere realizzata attraverso due strade, tra loro complementari: *a)* il cambiamento del mix delle risposte in campo, introducendone di nuove e/o modificando l'estensione di quelle già presenti, *b)* la trasformazione del profilo dei servizi e degli interventi disponibili. Le accomuna l'obiettivo di adattare il sistema alla pluralità delle esigenze presenti nella società ed ai loro mutamenti.

⁽⁹⁾ L'esito è che, mentre nel 2012 al comparto sociale era dedicato il 3,4% del bilancio regionale extra sanità, nel 2017 tale valore era leggermente inferiore al 2%.

⁽¹⁰⁾ <http://www.lombardiasociale.it/2015/02/04/il-finanziamento-regionale-delle-politiche-sociali-note-su-un-tema-controverso/>.

8.3.1. *Un migliore equilibrio tra i servizi esistenti*

Nel quinquennio sono stati compiuti numerosi percorsi innovativi – spesso promettenti – per mettere alla prova nuove unità di offerta. Nell’assistenza agli anziani, ad esempio, sono stati sperimentati servizi rivolti all’ampia fascia di bisogno, oggi scoperta, collocata nello spazio intermedio tra ADI e RSA; l’esperienza più significativa è rappresentata dalla RSA aperta. Le indicazioni emerse nei vari percorsi innovativi, tuttavia, non sono sfociate nella messa a regime di alcuna nuova tipologia di offerta. La rete dei servizi di diretta titolarità regionale, quelli sociosanitari (rivolti perlopiù a anziani e disabilità), è rimasta dunque immutata ⁽¹¹⁾.

Positive novità, invece, hanno riguardato l’equilibrio tra le risposte esistenti. I (modesti) fondi sociosanitari addizionali divenuti disponibili nella legislatura, infatti, sono stati concentrati in maniera particolare nei servizi domiciliari, segnatamente l’ADI, i cui stanziamenti hanno conosciuto un incremento significativo ⁽¹²⁾. La percentuale di anziani utenti ADI è così salita dall’1,39% (2012) al 3% (2016), un valore che – seppure ancora inferiore a quello di numerose Regioni del centro-nord – ha notevolmente ridotto la distanza. La Lombardia aveva storicamente penalizzato la domiciliarità: le scelte allocative compiute rappresentano un passo importante nella direzione opposta.

8.3.2. *Il rafforzamento dell’attuale profilo delle unità di offerta*

Nei servizi sociosanitari (residenziali, domiciliari, diurni) sono stati introdotti ulteriori miglioramenti nella strumentazione in uso per assicurare la qualità e l’appropriatezza. A tale scopo, una nutrita serie di delibere ha previsto l’impiego di nuove metodologie riguardanti le diverse fasi dei processi di cura; anche il sistema di vigilanza è migliorato. L’interpretazione di quanto avvenuto, però, non può che essere ambivalente. Infatti, i passi in avanti compiuti non sono stati accompagnati dalla dotazione di ulteriori risorse economiche per sostenerli: tra i livelli di qualità richiesti e quelli effettivamente finanziati si è così creata una distanza che ha posto sotto pressione i servizi e

⁽¹¹⁾ Fanno eccezione le riforme delle cure palliative e dell’area dipendenze, non prese in considerazione nel volume.

⁽¹²⁾ La spesa per la domiciliarità sociosanitaria è salita da 98,9 (2012) a 154,9 milioni di euro (2017), dei quali 124,9 per l’ADI e 30 per la RSA aperta.

gli operatori (cfr. par. 8.2.2). Inoltre, è stato ulteriormente consolidato il modello d'intervento esistente, a forte connotazione sanitaria (cfr. par. 8.5.2).

Nei (rari) casi in cui un cambiamento del profilo dell'unità di offerta è avvenuto, l'amministrazione regionale ha agito più sulla forma che sulla sostanza, come emerge nitidamente nei consultori familiari, trasformati in Centri per la famiglia titolari di una presa in carico globale da 0 a 99 anni. I decisori, in effetti, hanno investito ben poco sulla loro riorganizzazione e sull'aggiornamento delle competenze e delle professionalità degli operatori. Come sempre avviene in questi casi, ciò ha generato un'eterogeneità di risposte nei territori, con interpretazioni non sempre uniformi del mandato ricevuto.

8.3.3. *I tre universi del welfare lombardo*

A ben vedere, nella X legislatura una dinamica di articolazione dell'offerta ha avuto luogo, seppur con caratteristiche peculiari: il welfare lombardo si è infatti strutturato in tre universi separati e tra loro poco comunicanti. Si tratta:

- della rete dei servizi sociosanitari a regime ⁽¹³⁾ – che assorbono la grandissima maggioranza delle risorse regionali – rimasta, come detto, sostanzialmente invariata;
- della varietà dei nuovi interventi varati durante il quinquennio ⁽¹⁴⁾, un eterogeneo universo comprendente sia stimolanti esperienze innovative che la riproposizione di modelli superati ⁽¹⁵⁾. Dove si verificano positivi percorsi di cambiamento, però, questi non sembrano influenzare la rete tradizionale di risposte. Oltre al già menzionato caso della RSA aperta, ad esempio, nella disabilità colpisce il fatto che esperienze nuove e valide, quali i progetti di vita indipendente e la sperimentazione del *case management* per l'autismo, non abbiano in alcun modo influito nei servizi a regime. Nondimeno, la proliferazione di una varietà di micro-misure (pensiamo a quelle del Reddito di autonomia) con target circoscritti e limitati ha prodotto un'elevata frammentazione, alimentando confusione e incertezza nei territori;

⁽¹³⁾ Coerentemente con gli obiettivi del volume, non si fa qui riferimento ai servizi sociali e socioeducativi di titolarità dei Comuni.

⁽¹⁴⁾ Nella maggior parte dei casi si tratta d'interventi finanziati con fondi statali o europei.

⁽¹⁵⁾ Ci si riferisce – in particolare – al diffuso ricorso a contributi economici invece di servizi alla persona, anche quando tale risposta non pare la più appropriata.

- del numero crescente di interventi sperimentali promossi e finanziati da privati e Fondazioni, dedicati a temi vari tra i quali prevale lo sviluppo del welfare di comunità. Anche qui, non si rintracciano azioni regionali tese a riversare nel sistema di risposte consolidate ciò che si è appreso grazie a queste esperienze.

Nell'insieme, il punto da sottolineare è che, parallelamente alla continuità della rete tradizionale, nel welfare regionale è in atto una molteplicità di percorsi innovativi (pubblici e privati), ma che il patrimonio di conoscenza maturato non viene impiegato per promuovere l'evoluzione dell'offerta istituzionale.

8.3.4. *L'eterogenea distribuzione territoriale dei servizi*

Rimodulare la rete di offerta, come spiegato, serve a renderla più confacente alle esigenze della società: quest'obiettivo ha anche una declinazione pratica, particolarmente importante per la Lombardia, che fino ad ora è stata trascurata dall'amministrazione regionale e dalla maggior parte degli osservatori. Si tratta di una distribuzione territoriale dei servizi meglio corrispondente al profilo della popolazione.

Già all'inizio della legislatura, i dati mostravano che la suddivisione dell'offerta sociosanitaria tra i diversi territori della Regione risultava la più eterogenea tra quelle comparabili del centro-nord, senza che tale peculiarità fosse in alcun modo spiegabile con la natura dei bisogni. Il motivo risiede difatti nell'assenza di criteri oggettivi di riparto dei fondi sociosanitari sulla base di indicatori di fabbisogno. L'allocazione avviene secondo un metodo storico aggiustato incrementalmente: ogni anno si parte dalle somme trasferite in precedenza e se ne cambia – o meno – la consistenza in relazione alle interazioni tra i diversi soggetti coinvolti (politici ed amministratori di livello regionale e locale, enti gestori ed altri).

Poiché nel periodo esaminato non sono state apportate modifiche, le evidenze più recenti confermano che nella disponibilità dei servizi sociosanitari continuano ad esservi marcate differenze locali che non dipendono minimamente dai diversi livelli di bisogni; il fenomeno tocca – seppur con gradi diversi d'intensità – i servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali rivolti agli anziani non autosufficienti così come ai giovani e agli adulti con disabilità. Il quadro risulta migliore nel settore sociale, dove le risorse vengono

effettivamente distribuite utilizzando indicatori di fabbisogno ⁽¹⁶⁾; dato che gli strumenti in questione sono piuttosto grezzi, però, gli aspetti critici non mancano. Anche tale comparto durante la legislatura non è stato interessato da cambiamenti. Complessivamente, dunque, il nodo dell'equità territoriale non ha sinora trovato spazio nell'agenda del welfare lombardo ⁽¹⁷⁾.

8.4. La presa in carico

8.4.1. *Un obiettivo (perlopiù) irrealizzato*

La presa in carico rappresenta il fine più spesso richiamato dall'amministrazione regionale: non esiste quasi atto nel quale non si parli di valutazione multidimensionale, progettazione personalizzata, responsabile del caso, affiancamento e monitoraggio dell'utente nel tempo. Risiede qui la cesura più simbolica con il precedente modello (cfr. par. 8.1.2), che marca il passaggio dalla promozione della libertà declinata al negativo (non avere vincoli e costrizioni per l'azione) a quella in positivo (disporre degli strumenti per realizzare il più possibile ciò che si desidera). In pratica, l'utente e la sua famiglia non devono più essere posti nella condizione di compiere il proprio percorso di vita e nei servizi senza interferenze, bensì di farlo nel modo più consono ai propri desideri; a tale scopo occorre accompagnarli adeguatamente.

Tuttavia, la traduzione dell'obiettivo nella pratica ha incontrato notevoli difficoltà in ogni area di utenza ed è risultata ridotta. Pur non mancando situazioni felici, la presa in carico è stata perlopiù parziale o assente; anche dove è stata messa in atto, inoltre, spesso si è trattato di adempimenti formali. Complessivamente, dunque, l'odierno sistema lombardo evidenzia ancora una posizione di arretratezza nella capacità di affiancare l'utente e la famiglia nelle diverse fasi del loro percorso.

Molteplici le criticità verificatesi. Nell'assistenza agli anziani, ad esempio, nemmeno l'introduzione di uno strumento valido come il VAOR Home care – disegnato per la valutazione multidimensionale a supporto di progetti organici di presa in carico – ha permesso di compiere passi avanti. Il suo im-

⁽¹⁶⁾ Il criterio prevalente consiste nel numero di abitanti.

⁽¹⁷⁾ Lo scarso interesse verso l'equità territoriale è confermato dall'assenza di indicazioni regionali in materia di rette dei servizi, per cui cittadini con le medesime esigenze possono trovarsi a pagare cifre piuttosto diverse a seconda della località in cui vivono.

piego, infatti, è stato limitato alla sola erogazione dell'ADI, che ha continuato a garantire risposte prestazionali e circoscritte come in passato. Per quanto riguarda le prestazioni del Reddito di autonomia, gli Ambiti territoriali hanno incontrato problemi ad assicurare la figura del case manager, richiesta per l'avvio dei progetti personalizzati. Nei Centri per la famiglia – come già accennato – il target è stato ampliato fino a comprendere persone di ogni età. Ciò ha richiesto agli operatori di rivedere/aggiornare le modalità di presa in carico, ma l'assenza di un significativo ruolo regionale di sostegno al cambiamento ha rappresentato un grande ostacolo. E così via.

8.4.2. *La mancata costruzione delle condizioni necessarie*

La ridotta realizzazione della presa in carico è dovuta ad un insieme di ragioni, diverse ma legate da un filo conduttore: essersi prevalentemente limitati a definire l'obiettivo senza costruire in modo adeguato le condizioni per la sua attuazione. Vediamo le principali.

Primo, l'ampia attività definitoria riguardante la presa in carico, e la relativa strumentazione, non è stata accompagnata da una riflessione culturale e tecnica sul suo significato e sulle implicazioni per la rete dei servizi. È così accaduto, ad esempio, che valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata siano state considerate prestazioni aggiuntive e non – come dovrebbe essere – elementi regolatori di tutto il sistema, cioè connettori tra i vari sostegni disponibili.

Secondo, i territori non sono stati dotati delle figure professionali indispensabili per concretizzare lo scopo. Terzo, a favore dei contesti locali non sono state predisposte le necessarie attività di affiancamento, la prima delle quali è la formazione, fondamentale per operatori che per tanto tempo – o addirittura mai – non hanno esercitato determinate competenze (cfr. oltre). Quarto, se si vogliono ricomporre i percorsi in capo all'utente non si può prescindere dalla realizzazione di accordi tra i responsabili istituzionali dei diversi settori coinvolti (sanità e sociale, ma non solo): come mostra il paragrafo 8.5.1, però, le azioni tese a costruirli sono state limitate. Quinto, anche laddove si stavano strutturando dispositivi di presa in carico integrata e dotando gli operatori di opportune competenze – supplendo con uno sforzo locale alle carenze regionali – l'introduzione della l.r. n. 23/2015 ha creato incertezza, assorbendo un'enorme mole di energia ed attenzione a tutti i soggetti coinvolti e distogliendoli dall'obiettivo.

Su tutto ciò, nondimeno, ha pesato l'eredità del passato. Infatti, aver disinvestito sulla presa in carico per oltre 10 anni ha reso inevitabilmente compli-

cati i tentativi di riattivarla; com'era lecito aspettarsi, sono emerse resistenze da parte di alcuni territori che, negli anni, avevano perso l'abitudine a lavorare su questa funzione. Un'eredità complessa ma affrontabile, a patto di accompagnare opportunamente il cambiamento.

8.5. Il rapporto tra sanità e sociale

8.5.1. *Primi passi verso l'integrazione*

Nel periodo considerato, l'obiettivo di pervenire ad una maggiore integrazione tra i settori di sociale e sanità è stato ricercato ad un doppio livello, quello istituzionale e quello concernente la presa in carico del singolo caso. Rispetto al primo, nella parte iniziale della legislatura sono state introdotte le Cabine di regia, organismi deputati alla decisionalità operativa su finanziamenti e aspetti gestionali legati all'integrazione sociosanitaria, così da garantire un maggior raccordo tra le (allora) ASL e i Comuni/Ambiti ⁽¹⁸⁾. La l.r. n. 23/2015 ha però modificato radicalmente il quadro nel quale avrebbero dovuto concretizzarsi tali positive indicazioni, introducendo un assetto di *governance* non sempre in linea con le stesse. La riorganizzazione in ATS e ASST, la netta distinzione delle loro funzioni e il frequente accorpamento dei territori di più province ⁽¹⁹⁾ hanno cambiato in modo significativo lo scenario, obbligando le parti coinvolte a costruire nuove interlocuzioni; nondimeno l'ampliamento delle conferenze dei sindaci, imposto dai confini delle nuove ATS, ha indebolito la capacità negoziale dei Comuni con la sanità. Le Cabine di regia, sospese a lungo in attesa che le ATS si costituissero, si sono trovate di fronte a perimetri di riferimento diversi; in una stessa Cabina sono talora confluiti ambiti territoriali che non avevano mai lavorato insieme. Complessivamente – come già ricordato (cfr. par. 8.4.2.) – l'attuazione della legge regionale n. 23 ha lasciato poco spazio ad altre finalità, cosicché gli obiettivi di integrazione istituzionale dichiarati all'inizio della legislatura sono passati in secondo piano. La Cabina di regia è diventata soprattutto uno spazio formale d'informazione reciproca, un organismo certamente utile e migliorativo rispetto al passato, ma ben diverso da ciò che avrebbe dovuto essere nelle intenzioni originarie.

⁽¹⁸⁾ Si tratta – come noto – di organismi ulteriori rispetto a Conferenze e Assemblies dei sindaci.

⁽¹⁹⁾ Avvenuto in 12 ASL su 15.

Per quanto riguarda l'integrazione sul caso si rimanda al par. 8.4.1, dedicato alla presa in carico. Qui basti ricordare che l'obiettivo è stato raggiunto solo in misura circoscritta, principalmente perché non sono stati concretizzati i presupposti per la sua attuazione: il mancato presidio di vari passaggi necessari a tal fine ha fatto sì che l'integrazione sul caso sia rimasta soprattutto una questione formale.

Quale valutazione si può esprimere nell'insieme? Certamente sono stati compiuti passi in avanti verso l'obiettivo dell'integrazione, che – però – sono risultati perlopiù inadeguati rispetto a quelli che sarebbero stati effettivamente necessari per renderla una realtà tangibile nei territori, per gli utenti e per le loro famiglie.

8.5.2. *Una cultura sempre più sanitaria*

Passando dalle relazioni tra gli attori a quelle tra i diversi orientamenti culturali, si è assistito al fenomeno sovente denominato “sanitarizzazione”, inteso come il rafforzamento di un approccio proveniente dagli interventi clinici e specialistici di derivazione ospedaliera nell'ambito di servizi – quali quelli del welfare – con ben altre caratteristiche.

Per quanto riguarda gli anziani, se ne ritrovano esempi nelle modalità di assicurazione e verifica della qualità in tutte le unità di offerta, così come nel modello di ADI messo in campo. Particolarmente sintomatica, tuttavia, risulta la tendenza a sovrapporre le politiche destinate ai non autosufficienti con quelle rivolte ai malati cronici, nonostante queste due condizioni non determinino necessariamente gli stessi bisogni. La normativa sulla presa in carico della cronicità si concentra sui consumi sanitari riferiti ad un ampio gruppo di patologie croniche senza occuparsi delle molteplici esigenze di *care* legate alla non autosufficienza: questa è un'indicazione corretta se si vuole rispondere, per l'appunto, alle prime, mentre risulta fallace se – come è avvenuto in Lombardia – le si attribuisce l'obiettivo di affrontare le necessità dovute alla seconda.

Venendo alla disabilità, le prescrizioni normative sulle RSD le rendono più simili a ospedali che a case, come se l'ambiente naturale delle persone interessate dovesse essere un luogo di cura sanitario e la disabilità equivallesse a una malattia. Ampliando lo sguardo, nella X legislatura i compiti assegnati alle unità di offerta rivolte a giovani ed adulti con disabilità sembrano essere perlopiù la cura sanitaria, l'assistenza e la custodia anziché l'inclusione. Poiché rispondere ai bisogni sanitari rappresenta solo una parte circoscritta della

qualità della vita di una persona con disabilità, seguire tale approccio ha significato non sostenere adeguatamente il lavoro educativo e sociale portato avanti da tanti servizi semiresidenziali e residenziali nei territori. Ha voluto dire, inoltre, accentuare l'autoreferenzialità dei servizi nelle fasi di presa in carico e nella progettazione, irrigidire l'organizzazione delle loro attività e disincentivare gli interventi al di fuori delle strutture.

Seppure la particolare influenza della cultura di matrice clinico/ospedaliera in ambiti che non le competono abbia storicamente contraddistinto la Lombardia, colpisce l'ulteriore penetrazione avvenuta durante la X legislatura. Si palesa, infatti, uno stridente contrasto con le indicazioni ormai consolidate del dibattito internazionale, tese a superare la malattia quale chiave di lettura unificante della vecchiaia così come a rafforzare gli obiettivi d'inclusione sociale negli interventi rivolti a giovani ed adulti con disabilità ⁽²⁰⁾.

8.5.3. Alla ricerca di connessioni

Quelle incontrate nell'integrazione sociosanitaria possono essere interpretate come esempi di più ampie difficoltà, e ritrosie, dell'amministrazione regionale nell'esercitare un ruolo di *governance* mirato a promuovere la collaborazione tra i diversi settori delle politiche pubbliche. Si pensi alla vicenda del Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA), misura nazionale contro la povertà transitoria che – nel 2016/17 – ha preceduto l'introduzione del Reddito d'inclusione (REI). La normativa statale chiamava le Regioni non ad essere spettatori del passaggio dei finanziamenti dal livello centrale ai Comuni, titolari della misura, bensì a svolgere un ruolo che favorisse la costruzione di un sistema integrato d'interventi contro la povertà a livello locale. Pensando ai diversi servizi coinvolti nella lotta alla povertà, il primo raccordo sul quale agire – certo non l'unico – è quello tra sociale e politiche del lavoro. A differenza di quanto avvenuto, pur con esiti alterni, in altre Regioni, un'azione in tal senso in Lombardia non è stata neppure tentata.

La lettura congiunta del presente paragrafo e dell'8.3.3 rivela come una debole capacità di costruire connessioni attraversi l'intero sistema di welfare lom-

⁽²⁰⁾ Sembra sussistere una certa confusione in merito alla differenza tra i due significati del verbo curare, *to cure* (approccio clinico, che considera la singola patologia sanitaria con l'obiettivo di rimuoverla/contenerla) e *to care* (welfare sociosanitario e sociale, che guarda le molteplici dimensioni della condizione umana con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita).

bardo: lì ci si riferisce ai nessi mancanti tra i servizi a titolarità pubblica a regime e gli interventi innovativi regionali così come tra la rete pubblica e le sperimentazioni private, qui a quelli tra le diverse filiere delle politiche pubbliche.

8.6. Conclusioni

L'analisi complessiva delle politiche di welfare sociale a titolarità regionale attuate nel periodo 2013-2018 è sintetizzabile in un unico messaggio. Gli approfondimenti riguardanti vari servizi, interventi e target di utenza concordano nell'indicare che la configurazione di fondo del sistema lombardo è rimasta sostanzialmente immutata; nel contempo, sono emerse maggiori difficoltà rispetto al passato a rispondere adeguatamente ai bisogni presenti nella società. Il mix tra continuità ed affaticamento, dunque, ha rappresentato il tratto essenziale della X legislatura.

La continuità è dovuta alla realizzazione solo parziale delle finalità di riforma dichiarate: la cesura con il precedente modello è risultata netta nelle enunciazioni ma blanda nella realtà. La ragione ultima risiede nel mancato allineamento tra obiettivi e strumenti. È stata prodotta, infatti, un'ampia mole di leggi, delibere e regolamenti, in ognuno dei quali si ribadiscono i fini menzionati: una profonda sottovalutazione della strumentazione necessaria a tradurli in pratica, tuttavia, ha permeato tanto il disegno delle norme quanto il modo in cui queste sono state agite dall'amministrazione regionale.

Vediamo alcune declinazioni di questa affermazione. Primo, la scarsa considerazione della complessità insita nei percorsi d'implementazione delle politiche a livello locale, che avrebbe richiesto la costruzione di adeguate condizioni per il cambiamento nei territori ed il loro effettivo accompagnamento nell'impegnativo cammino in tale direzione. Secondo, la separazione tra il nutrito pacchetto d'interventi sperimentali/innovativi e la rete delle risposte a regime: i risultati emersi dagli stimolanti laboratori messi in campo non sono stati utilizzati per migliorarle. Terzo, lo spostamento dell'attenzione dell'intero sistema verso il ridisegno dell'assetto istituzionale richiesto dalla riforma sanitaria (l.r. n. 23/2015), che ha determinato una lunga fase d'incertezza ed ha assorbito gran parte delle energie dei soggetti coinvolti. Gli effettivi legami tra questa complessa operazione d'ingegneria istituzionale e la realizzazione degli obiettivi dichiarati sono, tuttavia, assai tenui.

Nel frattempo – come anticipato – sono cresciute le difficoltà del sistema di welfare nel rispondere alle esigenze che si manifestano nella società lom-

barda. Per trovare le radici di questo affaticamento bisogna guardare ai finanziamenti ed al modello d'intervento. Da una parte, si registra il contrasto tra l'incremento dei bisogni e la limitatezza degli stanziamenti disponibili, dovuta all'intreccio tra i vincoli di spesa posti dallo Stato e la ridotta priorità politica assegnata al settore dalla Regione. L'esempio principale di una "coperta sempre più corta" si rintraccia nella contraddizione – insanabile, a risorse invariate – tra due obiettivi entrambi condivisibili, cioè l'ampliamento dell'utenza e l'innalzamento di qualità/intensità degli interventi per ogni beneficiario. Dall'altra, si allarga la distanza tra una società in trasformazione ed un ventaglio di risposte che, invece, rimane perlopiù immutato. Si pensi alla mancata innovazione del menù di Unità di offerta presenti a regime, così come alle persistenti criticità riguardanti le connessioni tra i diversi interventi e l'accompagnamento di utenti e famiglie nel loro percorso. Nell'insieme, in fondo, l'affaticamento del sistema altro non è che l'esito della ridotta realizzazione delle apprezzabili finalità di riforma dichiarate dalla Giunta. Esistono due prospettive, opposte ed ugualmente inutili, alla luce delle quali è possibile leggere i risultati del libro. Quella "catastrofista" induce a sottovalutare i punti di forza che tuttora caratterizzano il welfare lombardo, a partire dalla dotazione di servizi e dai livelli di qualità assicurati. La prospettiva "della rimozione", a sua volta, porta a non vedere le difficoltà in essere (peraltro, implicitamente riconosciute dalla stessa Giunta regionale nella definizione dei suoi obiettivi) ed il loro aumento. Qualora si voglia adottare uno sguardo "realista", invece, il testo restituisce una fotografia del welfare lombardo che mette in luce le aree su cui è prioritario agire affinché i problemi di oggi, in aumento ma affrontabili, non diventino domani sempre più preponderanti, rendendo necessario contrastarli con sforzi ben maggiori, ai limiti del possibile.

8.7. Postilla. I dati e il dibattito pubblico

8.7.1. *Aumentano i dati raccolti, diminuiscono quelli disponibili*

La discussione sui contenuti è terminata. Non si può concludere il volume, però, senza tornare ⁽²¹⁾ su un ostacolo incontrato nella sua realizzazione: i dati resi disponibili al pubblico dall'amministrazione regionale sono scarsi e, non di rado, d'incerta qualità. Si è trattato di un problema rilevante perché,

⁽²¹⁾ Il tema è stato toccato anche nell'Introduzione.

benché abbiamo potuto poggiare anche su altre fonti ⁽²²⁾, quella istituzionale è primaria. All'epoca della nostra precedente valutazione delle politiche lombarde, nel 2010, le informazioni di natura ufficiale risultavano ben più numerose, complete e affidabili rispetto ad oggi (Gori, a cura di, 2010). Ecco il paradosso: rispetto ad allora l'amministrazione raccoglie più dati ma ne rende disponibili di meno ⁽²³⁾.

Un soggetto terzo, quale è l'osservatorio di *LombardiaSociale.it*, non può farsi carico della raccolta d'informazioni che compete all'istituzione pubblica; se anche volessimo provarci, in molti casi non ne avremmo la possibilità materiale, trattandosi di dati ottenuti dagli enti titolari dei servizi per conto della Regione. Inoltre, non disponiamo della forza economica ed organizzativa per condurre ulteriori approfondimenti sul campo oltre a quelli che già realizziamo. Ciò premesso, siamo convinti che una minore disponibilità di dati non costituisca un buon motivo per rinunciare a promuovere il dibattito pubblico sulle scelte e sulle loro conseguenze, che è poi la ragione ultima dell'esistenza stessa del nostro osservatorio. Abbiamo, dunque, cercato di realizzare il miglior prodotto possibile nell'ambito dei vincoli esistenti.

8.7.2 *Un nodo da sciogliere*

Le difficoltà riscontrate riguardano, innanzitutto, le tematiche (non) coperte dai dati disponibili, che si riferiscono soprattutto al numero di persone raggiunte ⁽²⁴⁾ dalle diverse risposte. Le principali carenze toccano, invece: *a)* il profilo degli utenti, *b)* l'organizzazione dei servizi nel territorio, *c)* i percorsi di attuazione delle misure, *d)* gli effetti percepiti ed oggettivi degli interventi sulla popolazione interessata, *e)* la compartecipazione alla spesa, *f)* i flussi finanziari.

Un secondo insieme di problemi concerne la qualità dei dati. In particolare: *a)* la mancanza di regolarità e i frequenti ritardi nel loro aggiornamento; *b)*

⁽²²⁾ In particolare: rapporti e analisi realizzati da diversi soggetti attivi nel monitoraggio delle politiche regionali; dati e studi di confronto con altre Regioni; specifici approfondimenti e raccolte originali di evidenza empirica che *LombardiaSociale.it* ha realizzato in questi anni.

⁽²³⁾ Non è altresì chiaro se – e in quale misura – i dati raccolti vengano elaborati dall'amministrazione e non resi disponibili a soggetti esterni (limitando così il dibattito pubblico), oppure se non siano elaborati neppure ad uso interno (limitando così pure l'attività istituzionale di progettazione delle politiche).

⁽²⁴⁾ O al numero di posti, nel caso di strutture residenziali e semi-residenziali.

la frammentarietà, dovuta all'assenza di raccordi tra le diverse fonti e al fatto che le informazioni disponibili sono disseminate in una varietà di materiali e documenti, non necessariamente i più ortodossi, quali ad esempio relazioni presentate da esponenti regionali a convegni, delibere ed altro ⁽²⁵⁾; c) l'assenza di informazioni di livello infra-regionale, indispensabili per i confronti sui servizi nei vari territori.

L'esistenza e la fruibilità di dati di qualità rappresentano la prima condizione per un dibattito pubblico basato su elementi di realtà e non su impressioni, ideologie o peggior. Si auspica, dunque, un deciso miglioramento in proposito, nella convinzione che un confronto aperto e plurale, fondato su informazioni più solide possibile, non possa che fare bene al welfare lombardo.

Bibliografia

- GORI C. (2010), *Come cambia il welfare lombardo*, in GORI C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini, pp. 423-470.
- GORI C. (a cura di) (2010), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini.
- GORI C. (2015), *Il finanziamento regionale delle politiche sociali. Note su un tema controverso*, in www.lombardiasociale.it, 4 febbraio.
- MAROTTA R. (2010), *Gli obiettivi della Regione*, in GORI C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini, pp. 19-30.

⁽²⁵⁾ È da notare come una parte non indifferente dei dati presentati nei precedenti capitoli non sia stata resa disponibile in modo trasparente, bensì sia stata da noi ricostruita – tra varie difficoltà – ricomponendo, per l'appunto, fonti eterogenee, tra le quali quelle citate.

Gli Autori

Carla Dessi, ricercatrice senior dell'area "Politiche e servizi sociali e sanitari" dell'IRS, per cui collabora dal 2002, è esperta in progettazione, monitoraggio e valutazione di interventi e servizi, in particolare nell'ambito delle politiche migratorie, povertà ed esclusione sociale. Fa parte del gruppo di autori del volume *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali* (Maggioli, 2010) e dell'osservatorio *LombardiaSociale.it*. È coautrice del volume *Progettare e valutare nel sociale. Metodi ed esperienze* (Carocci, 2013).

Elisabetta Dodi, pedagoga e formatrice, svolge attività di ricerca, formazione e consulenza in servizi e progetti educativi e sociali e in diverse progettazioni complesse sullo sviluppo del welfare comunitario finanziate dal programma "Welfare in Azione" di Fondazione Cariplo e da altre Fondazioni Bancarie di altre Regioni italiane. Fa parte del gruppo di autori dell'osservatorio *LombardiaSociale.it* e collabora con il Centro di Ricerca sulle Relazioni Interculturali dell'Università Cattolica di Milano.

Valentina Ghetti, ricercatrice senior dell'IRS di Milano e vicedirettore dell'osservatorio *LombardiaSociale.it* sin dalle sue origini. Insegna Teoria e metodi della programmazione sociale nel Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università di Trento. È consulente della Banca Mondiale per l'assistenza tecnica ministeriale all'implementazione del Reddito di inclusione. È Project manager di progettazioni complesse sullo sviluppo del welfare comunitario finanziate dal programma "Welfare in Azione" di Fondazione Cariplo. È coautrice, tra le altre, delle pubblicazioni *Il welfare sociale in Italia. Realtà e prospettive* (Carocci, 2014) e *Progettare e valutare nel sociale* (Carocci Faber, 2013).

Fabrizio Giunco, direttore medico dei servizi socio-sanitari dell'Istituto Geriatrico Pallaolo di Milano, Fondazione Don Carlo Gnocchi IRCCS. Della stessa Fondazione è anche membro del Comitato etico. Referente del gruppo tecnico per i temi sociosanitari di ARIS Lombardia. Componente del Consiglio regionale e referente della Commissione Anziani di UNEBA Lombardia. Docente a contratto nei corsi di formazione post laurea delle Università di Milano, Trieste, Pavia e Castellanza e formatore accreditato di EU-POLIS Lombardia. Già responsabile dell'Area Anziani di Caritas Ambrosiana e del Con-

sorzio Farsi Prossimo di Milano. Autore di articoli, libri e ricerche sull'invecchiamento, sui servizi e sulle politiche di sostegno a anziani fragili e vulnerabili.

Cristiano Gori insegna politica sociale nel Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università di Trento ed è consulente scientifico dell'IRS di Milano. Ha ideato e dirige l'osservatorio *LombardiaSociale.it*. È coordinatore scientifico dell'Alleanza contro la povertà in Italia e coordinatore del Network non Autosufficienza (NNA), da lui ideati. Tra le sue recenti pubblicazioni *Long-term care reforms in OECD countries: successes and failures* (Policy Press, 2016, curato con J.L. Fernandez e R. Wittenberg) e *Il Reddito d'Inclusione Sociale. La proposta dell'Alleanza contro la povertà in Italia* (Il Mulino, 2016, scritto con altri).

Cecilia Guidetti, ricercatrice e formatrice presso l'area "Politiche e servizi sociali e sanitari dell'IRS" di Milano. Realizza attività di ricerca, formazione, progettazione e valutazione delle politiche di welfare, con particolare interesse per gli interventi rivolti ai minori e alle famiglie, l'area dell'accoglienza e dell'integrazione dei cittadini di origine straniera e le esperienze di coprogettazione tra enti pubblici e del privato sociale. Dal 2011 si occupa del coordinamento redazionale dell'osservatorio *LombardiaSociale.it* e nel 2016 ha pubblicato con Ugo De Ambrogio il volume *La coprogettazione. La partnership tra pubblico e terzo settore* edito da Carocci.

Massimiliano Malè, psicopedagogo, formatore e consulente esperto di aspetti organizzativi dei servizi sociali e sociosanitari per persone con disabilità e di progettazione socioeducativa su base ICF. Direttore dei Servizi della Cooperativa Sociale Nikolajewka ONLUS, Consigliere regionale di Confcooperative e Federsolidarietà per cui è referente per il settore disabilità e partecipante al Gruppo di Lavoro Appropriatezza e Accreditamento, della passata legislatura regionale.

Alice Melzi, assistente sociale, ha maturato esperienze professionali riguardo gli ambiti della disabilità, non autosufficienza, povertà e grave emarginazione. Attualmente, tramite la Cooperativa Sociale La Grande Casa ONLUS, lavora presso i servizi sociali del Comune di Biassono (MB). Dal 2016 collabora nella redazione dell'osservatorio *LombardiaSociale.it*. In passato ha collaborato per "Welfare Oggi", bimestrale edito da Maggioli.

Giovanni Merlo, direttore LEDHA – Lega per i diritti delle persone con disabilità –, svolge attività di ricerca, formazione e divulgazione nel campo delle politiche sociali. È autore del libro *L'attrazione speciale. Minori con disabilità: integrazione scolastica, scuole speciali, presa in carico, welfare locale* (Maggioli, 2015) e di numerosi articoli sul tema delle politiche per la disabilità. È membro della redazione di *LombardiaSociale.it* dalla sua fondazione.

Rosemarie Tidoli ha lavorato a lungo come assistente sociale, occupandosi di coordinamento di servizi, analisi di bisogni e risorse e del tavolo anziani di un PdZ distrettuale. Attualmente svolge attività di consulenza e progettazione nell'area anziani e si occupa di ricerca sociale collaborando con IRS, NNA e altri. Coordina l'area anziani di *LombardiaSociale.it* ed ha al suo attivo varie pubblicazioni su non autosufficienza, politiche sociali e welfare privato.

Marco Zanisi, educatore, direttore e presidente della Cooperativa Sociale Serena di Lainate (MI) e collaboratore della Cooperativa Il Grappolo. Impegnato nella gestione di servizi (scolastici, diurni e residenziali) a favore della qualità della vita delle persone con disabilità, collabora con LEDHA, ANFFAS e UILDM per la tutela dei diritti. Si occupa di ricerca, divulgazione e promozione collaborando con realtà di rilievo nazionale quali Opera don Orione, Fondazione Istituto Sacra Famiglia, Associazione Italiana per lo studio delle disabilità Intellettive (AIRIM), Società Italiana per lo studio dei disturbi del Neuro Sviluppo (SIDiN).

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 Fasci,
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
- **Assistenza in psicogeriatrica**
Fabrizio Asioli e Marco Trabucchi (a cura di)
- **La progettazione terapeutica nelle strutture
socio-sanitarie**
Monica Zanolli

- **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)
- **Strategie per la fragilità**
Carmelo Scarcella, Fausta Podavitte,
Marco Trabucchi
- **Cooperare per l'infanzia**
Alfredo Morabito (a cura di)
- **Le disabilità complesse**
Alain Goussot (a cura di)
- **Tra normalità e rischio**
Cristina Faliva (a cura di)
- **Non autosufficienza e territorio**
Koinè
- **Riflettere e agire relazionalmente**
Giovanna Rossi e Lucia Boccacin (a cura di)
- **Metodi e strumenti per la qualità dell'integrazione scolastica della persona disabile**
Sabrina Paola Banzato, Loretta Mattioli
- **La relazione come cura nell'assistenza geriatrica**
Giovanni Braidì, Giovanni Gelmini
- **Il problema obesità**
Paola Gremigni e Laura Letizia (a cura di)
- **Il tempo del morire**
Marta Roncaglia, Roberto Biancat, Luca Bidogia,
Francesca Bordin, Maurizio Martucci
- **Comunicazione profonda in Sanità**
Francesco Calamo Specchia
- **Sette paia di scarpe**
Paola Rossi
- **Manuale di empowerment con i genitori**
Anna Putton, Angela Molinari
- **Professione Counseling**
Piera Campagnoli (a cura di)
- **Manuale di movimentazione del paziente**
Samanta Cianfrone
- **Guida al welfare italiano: dalla pianificazione sociale alla gestione dei servizi**
Raffaello Maggian
- **Contro la contenzione**
Maila Mislej, Livia Bicego
- **Assistere a casa**
Giuseppe Casale e Chiara Mastroianni (a cura di)
- **Anziani da slegare**
Maria Luisa Vincenzoni (a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 3° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza
(a cura di)
- **Incontri di Mondi**
Saperi, luoghi e identità
Giovanni Amodio e Milli Ruggiero (a cura di)
- **1° Rapporto provinciale delle politiche sociali territoriali comasche**
- **Costellazione RSA**
Carmen Primerano e Valter Tarchini (a cura di)
- **Agorà**
Daniela Catullo, Barbara Mazzardis
- **L'aggressività nei servizi sociali**
Renata Fenoglio, Laura Nardi, Adriana Sumini,
Aurelia Tassinari
- **L'educatore professionale**
ANEP
- **Vita da OSS**
Gianluigi Rossetti, Patrizia Beltrami
- **Metodologie e strumenti per la gestione delle cure primarie**
Carmelo Scarcella, Fulvio Lonati (a cura di)
- **Manuale dell'Operatore Socio-Sanitario**
Luca Cecchetto e Gianluigi Romeo
- **Oltre la crisi**
Giovanni Devastato
- **La programmazione sociale**
Angelo Mari (a cura di)
- **Fatica e bellezza del prendersi cura**
Beatrice Longoni, Enrica Picchioni,
Antonio Musto (a cura di)
- **Animazione e demenze**
Walther Orsi, Clelia D'Anastasio,
Rosa Angela Ciarrocchi (a cura di)

- **Take Care**
Giuseppe Imbalzano, Maria Grazia Silvestri
- **Alzheimer: idee per la qualità della vita**
Letizia Espanoli
- **Nuove sfide per la salute mentale**
Giuseppe Biffi, Giorgio De Isabella
- **Diritto Sanitario**
Giampiero Cilione
- **Scherzo, litigio, bullismo, reato?**
Susanna Testa
- **Il progetto girasole**
AA.VV.
- **Tra cambiamenti e continuità**
Daniela Gatti, Graziano Maino, Anna Omodei (a cura di)
- **Le parole dell'immigrazione**
Daniela Pompei
- **Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche**
Emidia Vagnoni, Laura Maran
- **Alzheimer: curarlo e gestirlo in RSA**
Sara Angelini
- **Autismo e competenze dei genitori**
Alain Goussot (a cura di)
- **Servizio sociale e crisi del welfare**
Carmelo Bruni, Giovanni Devastato
Enzo Nocifora, Lluís Francesc Peris Cancio
Enrico Pugliese, Giuseppe Ricotta
Giovanna Sammarco, Elena Spinelli
- **Primary Nursing**
Giorgio Magon, Tiziana Suardi (a cura di)
- **RSA Residenze Sanitarie Assistenziali**
Franco Pesaresi
- **Liberare la qualità**
Simone Peruzzi
- **Le demenze: mente, persona, società**
Antonio Monteleone, Antonio Filiberti
Patrizia Zeppegno (a cura di)
- **Voci dalla strada**
Francesca Zuccari, Laura Paolantoni
- **La leadership nella RSA**
Oscar Zanutto
- **Anziani. Salute e ambiente urbano**
Rita Cutini
- **Immigrazione**
Daniela Pompei
- **La metodologia pedagogia dei genitori**
Augusta Moletto, Rizziero Zucchi
- **Le procedure disciplinari delle professioni sanitarie**
Mauro Di Fresco
- **Sala operatoria e terapia intensiva**
Francesca Ciraolo, Francesca Giofrè (a cura di)
- **Pediatrati e bambini**
Giancarlo Cerasoli, Francesco Ciotti (a cura di)
- **Fondamenti di infermieristica in salute mentale**
Vincenzo Raucci, Giovanni Spaccapeli
- **OSS operatore socio-sanitario manuale e quiz per il concorso**
Luca Cecchetto, Gianluigi Romeo
- **Nuove dimensioni del servizio sociale**
Franca Dente (a cura di)
- **I principi dell'organizzazione professionale dell'infermiere**
Paola Ripa, Piera Bergomi, Enrico Frisone,
Duilio Loi
- **Principi di risk management nei servizi sanitari e socio-sanitari**
Luca Degani, Oliviero Rinaldi,
Massimo Monturano, Andrea Lopez,
Marco Ubezio
- **La rendicontazione sociale nelle RSA**
Maura Marangon
- **Dove l'acqua si ferma: la cura e il benessere degli anziani fragili con il metodo gentlecare**
Marco Fumagalli, Fabrizio Arrigoni
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia**
N.N.A. Network Non Autosufficienza (a cura di)

- **Ginnastica mentale**
Cristina Gueli
- **Manuale dell'animatore sociale**
Irene Bruno, Rabih Chattat, Stefano Canova (a cura di)
- **Il lavoro con gli anziani in casa di riposo**
Luca Fazzi
- **Organizzazione e gestione delle strutture per il benessere fisico**
Carlo Bottari, Pasqualino Maietta Latessa, Giovanni Paruto
- **Malati per forza**
Ferdinando Schiavo
- **I tumori cerebrali infantili: relazioni di cura**
Rosapia Lauro Grotto, Massimo Papini, Debora Tringali
- **Nordic Walking e salute**
Luca Cecchetto
- **La fragilità degli anziani**
Cristina Malvi, Gabriele Cavazza (a cura di)
- **Contenzione o protezione?**
Sara Saltarelli, Silvia Vicchi (a cura di)
- **Peer Counseling della disabilità**
Maurizio Fratea
- **Gestire l'impresa sociale**
Federico Spazzoli, Marta Costantini, Monica Fedeli
- **Quasi schiavi**
Enzo Nocifora (a cura di)
- **Il mobbing infermieristico**
Mauro Di Fresco
- **La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze**
Stefano Bugnoli (a cura di)
- **Schiavitù latenti**
Francesco Carchedi (a cura di)
- **Dal valore della produzione alla produzione di valore**
Elena Meroni (a cura di)
- **La pratica del welfare locale**
Monia Giovannetti, Cristiano Gori, Luca Pacini (a cura di)
- **De-mente? No! Sente-mente**
Letizia Espanoli
- **Nuova domiciliarità**
Massimiliano Di Toro Mammarella (a cura di)
- **Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale**
Enrico Brizioli, Marco Trabucchi (a cura di)
- **Il consenso informato e le misure di contenzione in RSA**
Luca Degani, Marco Ubezio, Andrea Lopez
- **Progettare sociale**
Alessandro Sicora, Andrea Pignatti
- **Il nuovo ISEE e i servizi sociali**
Franco Pesaresi (a cura di)
- **Guida alla gestione di IPAB/ASP, Fondazioni, RSA**
Adelaide Biondaro, Ladi De Cet, Virgilio Castellani, Egidio Di Rienzo (a cura di)
- **Non autosufficienza e qualità della vita**
Antonio Monteleone
- **Outcome infermieristici: documentare e fare ricerca**
Giorgio Magon, Alessandra Milani (a cura di)
- **Bullismo e cyberbullying**
Maurizio Bartolucci (a cura di)
- **La comunità-officina**
Maria Sellitti
- **Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia**
Sergio Pasquinelli (a cura di)
- **L'attrazione speciale**
Giovanni Merlo
- **Servizio sociale e complessità**
Giovanni Viel
- **L'educatore professionwale**
ANEP (Associazione Nazionale Educatori Professionali)
- **Social link**
Ricerche e azioni sui ricongiungimenti familiari dei minori
Luca Salmieri, Lluís Francesc Peris Cancio (a cura di)

- **Corso di lingua italiana (L2) per operatori socio-sanitari**
Antonio Bria, Renzo Colucci
Associazione Seneca - Bologna
- **Business intelligence nelle RSA**
Paolo Galfione, Oscar Zanutto
- **Manuale critico di sanità pubblica**
Francesco Calamo-Specchia (a cura di)
- **Persone non autosufficienti: responsabilità degli operatori e delle strutture**
Antonio Caputo
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 5° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza
(a cura di)
- **Gli operatori sanitari e la demenza: case management e programmi di intervento**
Marco Fumagalli, Fabrizio Arrigoni
- **RSA: metodi e buone prassi per raggiungere l'eccellenza**
Franco Iurlaro
- **L'assistente sociale**
Milena Cortigiani, Paolo Marchetti
(a cura di)
- **Complessità assistenziale: un metodo per orientarsi**
Giuseppe Marmo, Monica Molinar Min
Aldo Montanaro, Paola Rossetto
(a cura di)
- **Quanto costa l'RSA?**
Franco Pesaresi
- **Vittime fragili e servizio sociale**
Cristina Galavotti
- **E.P. educatore professionale**
Francesco Crisafulli (a cura di)
- **Il primo P.A.S.S.O.**
Cinzia Dalla Gassa, Carlo Pettinelli
- **Lavoro sociale e azioni di comunità**
Giovanni Devastato
- **A cena in rsa: nutrizione, gusto, cultura**
Irene Bruno, Alessandro Meluzzi,
Vincenzo Pedone (a cura di)
- **Il servizio sociale nel terzo settore**
Luca Fazzi
- **Il servizio sociale in comune**
Teresa Bertotti (a cura di)
- **Concorso per operatore socio-sanitario e socio-assistenziale**
Giuseppe Midiri
- **La qualità nelle RSA**
Giuseppe Midiri
- **Lavorare con la ricerca azione**
Francesca Falcone
- **Nidi e scuole dell'infanzia**
Diletta Basso, Emanuela Fellin
Maurizio Gianordoli, Fabio Vidotto
(a cura di)
- **La storia della mia vita**
Marco Fumagalli, Laura Lionetti
- **L'anziano attivo**
Anna Maria Melloni, Marco Trabucchi
(a cura di)
- **Le demenze. La cura e le cure**
Antonio Guaita, Marco Trabucchi (a cura di)
- **Progettare in partnership**
Marco Cau, Graziano Maino (a cura di)
- **Professione infermiere: alle soglie del XXI secolo**
Caterina Galletti, Loredana Gamberoni
Giuseppe Marmo, Emma Martellotti
- **Apprendere per cambiare**
Jean Neumann
- **Gratta e perdi**
Mauro Croce, Fabrizio Arrigoni
- **Primo rapporto sulle Misericordie in Italia**
Luca Fazzi, Gianfranco Marocchi
- **Il lavoro sociale con le persone immigrate**
Eduardo Barberis, Paolo Boccagni
- **Manuale dell'operatore socio-sanitario**
Luca Cecchetto, Gianluigi Romeo
- **Il socio sanitario è donna**
Matteo Tessarollo (a cura di)
- **Il corpo nella demenza**
Elena Sodano
- **Il servizio sociale incontra l'analisi transazionale**
Ariela Casartelli, Patrizia Cola, Francesca Merlini

- **Generare l'umano in RSA e dintorni**
Antonio Monteleone (cura di)
- **Liberi dalla contenzione**
Azienda USL di Bologna (a cura di)
- **Alzheimer.**
Niente panico ma intervenire subito!
Floriana De Vanna - Maria Pia Cozzari -
Stefania Giammarino
- **Riforma del Terzo settore**
AA. VV.
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia**
NNA (a cura di)
- **REI - Contrasto alla povertà e reddito minimo**
Maurizio Motta
- **La qualità della comunicazione. Alla scoperta dell'anziano in difficoltà**
Carlo Cristini - Fabrizio Arrigoni -
Marco Fumagalli
- **Incontri in RSA**
Mariangela Bonzani
- **La segregazione delle persone con disabilità**
Giovanni Merlo - Ciro Tarantino (a cura di)
- **Un universo da (ri)conoscere**
Rita Cutini - Paola Cottatellucci (a cura di)
- **Incontri di mondi. Madri lingue Lingue madri**
Giovanni Amodio - Milli Ruggiero (a cura di)
- **La valutazione nel lavoro dell'educatore professionale**
Francesco Crisafulli (a cura di)
- **RSA - Strategie e tattiche per il governo**
Marco Trabucchi
- **Il welfare delle riforme?**
Cristiano Gori (a cura di)

