

21. Come cambia il welfare lombardo? ⁽¹⁾

Cristiano Gori

21.1. L'eredità della riforma

Il capitolo propone una disamina complessiva della riforma delle politiche sociali ⁽²⁾ realizzata dall'amministrazione regionale nel decennio 2000-2010. Mentre i contributi precedenti hanno discusso specifici interventi e singoli temi, qui riprendo i loro risultati al fine di proporre un bilancio globale dell'esperienza lombarda ⁽³⁾.

Come specificato nell'Introduzione, il volume si è posto il duplice obiettivo di condurre un'analisi della legislatura 2005-2010 e di realizzare un esame d'insieme della riforma lombarda ⁽⁴⁾. Mentre lavoravamo, però, i due obiettivi sono progressivamente diventati tutt'uno perché – nella gran parte dei casi – gli interventi realizza-

⁽¹⁾ Desidero ringraziare Katja Avanzini, Ugo De Ambrogio, Carla Dessi, Valentina Ghetti, Fabrizio Giunco, Sonia Guarino, Giovanbattista Guerrini, Daniela Mesini, Laura Pelliccia ed Emanuele Ranci Ortigosa per le osservazioni e i commenti a precedenti versioni del capitolo. Un particolare ringraziamento va a Rosemarie Tidoli per il prezioso aiuto nella definizione dei contenuti del contributo così come nella messa a punto della sua forma. La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente mia.

⁽²⁾ Nel volume abbiamo definito "politiche sociali" l'insieme di servizi e interventi – di titolarità di Comuni e Asl – erogati al fine di alleviare, rimuovere o prevenire condizioni di disagio e/o mancanza di autonomia; in concreto, ci si riferisce ai servizi socio-sanitari delle Asl e ai servizi sociali e socio-educativi dei Comuni. Si tratta dell'insieme di attività di responsabilità – per quanto riguarda il livello regionale – dell'Assessorato alla Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

⁽³⁾ I precedenti capitoli del libro non saranno citati per semplicità ma è da intendersi che – se non diversamente indicato – i dati e le informazioni sono quelli presentati nel capitolo in cui è stato discusso il tema in oggetto. Ad esempio, le informazioni sulla spesa sono tratte dal capitolo 3 di Laura Pelliccia, quelle sul percorso assistenziale dal capitolo 6 di Katja Avanzini e Ugo De Ambrogio, e quelle sulle strutture per persone con disabilità dal capitolo 13 di Renzo Bagarolo. L'utilizzo di questo materiale al fine di costruire una complessiva valutazione dell'esperienza lombarda è di responsabilità esclusivamente mia.

⁽⁴⁾ Con riforma lombarda s'intende l'insieme dei cambiamenti strutturali, introdotti perlopiù nella legislatura 2000-2005, legati da alcuni presupposti culturali comuni, e tesi a costruire un originale "modello lombardo" di welfare (cfr. capitolo 1). Queste sono alcune tra le novità avviate in quella legislatura: titoli sociali, voucher sociosanitario, sistema Sosia per la remunerazione delle Rsa, sistema Sidi per la remunerazione delle strutture Rsd e dei Css, riforma delle Ipab, definizione della nuova strategia regionale riguardante la programmazione locale e definizione della nuova strategia regionale concernente il rapporto tra sociale e sanitario. Il primo segnale dell'intenzione di

ti dalla Regione in quest'ultima legislatura costituiscono il proseguimento dei cambiamenti strutturali introdotti nella precedente. Coerentemente, le prossime pagine puntano l'attenzione sulla complessiva riforma lombarda del decennio 2000-2010.

Il capitolo è costruito intorno ai criteri valutativi che hanno rappresentato la "bussola" comune alle nostre varie analisi ⁽⁵⁾. Dopo un paragrafo iniziale dedicato alle risorse stanziare, ne dedico poi uno a ogni criterio, chiedendomi quali risultati abbia raggiunto la riforma ⁽⁶⁾ (Box 1). Ai paragrafi indicati nel Box si aggiungerà, infine, una breve conclusione sul futuro del welfare lombardo (paragrafo 11).

Box 1 – La mappa delle domande

(par. 21.2) La riforma lombarda ha investito nelle politiche sociali?

Obiettivi prioritari della Regione

(par. 21.3) La riforma lombarda ha valorizzato il Terzo Settore?

(par. 21.4) La riforma lombarda ha sviluppato la competizione?

(par. 21.5) La riforma lombarda ha introdotto la libertà di scelta?

(par. 21.6) La riforma lombarda ha sostenuto la famiglia?

Obiettivi aggiunti dagli Autori

(par. 21.7) La riforma lombarda ha migliorato la regolazione del welfare locale?

(par. 21.8) La riforma lombarda ha migliorato gli effetti dei servizi per gli utenti?

(par. 21.9) La riforma lombarda ha incrementato l'equità del sistema?

(par. 21.10) La riforma lombarda ha valorizzato le figure professionali?

Nel 2005, quando terminò la legislatura regionale iniziata nel 2000, la maggior parte delle novità era stata introdotta da due o tre anni. La loro ampiezza richiedeva tempo ulteriore per la completa attuazione e, ancor più, per la valutazione dei risultati: il giudizio, quindi, non poteva che essere provvisorio. Dopo altri cinque anni, è trascorso un periodo adeguato a stilare un bilancio basato sull'esperienza.

In queste conclusioni, per ogni criterio valutativo voglio presentare poche considerazioni, riguardanti le politiche sociali nel loro insieme e (il più possibile) solidamente basate su dati empirici. Nei precedenti capitoli e nel volume del 2005 (Gori, a cura di, 2005) abbiamo proposto una moltitudine di analisi e di giudizi. Giunti al termine del percorso di valutazione di un decennio di trasformazioni, di seguito provo a mettere a fuoco qual è il "nocciolo" di aspetti che costituiscono le più importanti conseguenze della riforma. Qual è – detto altrimenti – la sua principale eredità.

introdurre un originale "modello lombardo" fu la legge regionale sulla famiglia (legge 23), approvata nel 1999. In merito a oggetto, obiettivi e percorso del volume si veda l'introduzione.

⁽⁵⁾ I criteri sono stati presentati nel capitolo 2 e si tratta – per la quasi totalità – dei medesimi impiegati nel 2005 (Gori, a cura di, 2005). Come ripreso nel box 1, si dividono tra i criteri che fanno riferimento agli obiettivi prioritari della Giunta Formigoni e quelli concernenti obiettivi aggiunti dagli Autori.

⁽⁶⁾ Queste conclusioni possono essere confrontate con i precedenti capitoli del libro e con quelli del volume del 2005, costruiti nello stesso modo. Il libro del 2005 conteneva un capitolo conclusivo con una struttura molto simile, di cui qualche parte viene ripresa nelle pagine seguenti.

21.2. La riforma lombarda ha investito nelle politiche sociali?

In molti settori pubblici i finanziamenti sono sufficienti e la sfida è utilizzarli meglio (problema di efficienza) mentre il caso delle politiche sociali è differente. Queste hanno un strutturale problema di adeguatezza finanziaria ⁽⁷⁾: i bisogni sono superiori agli interventi disponibili e tali sono destinati a rimanere, pure nel miglior scenario. Incrementare la spesa, dunque, significa ridurre la quota di popolazione in stato di necessità che è priva di sostegno pubblico. Lo strutturale problema di adeguatezza finanziaria spiega perché gli stanziamenti dedicati rappresentino il principale indicatore dell'interesse di un governo – nazionale, regionale o locale che sia – verso le politiche sociali. Più di ogni altro atto, sono le decisioni sulla spesa a segnalare quanto il nostro settore conti veramente per chi decide ⁽⁸⁾.

Veniamo ai dati. Le risorse complessivamente destinate dalla Regione Lombardia alle politiche sociali – come da noi definite – sono cresciute, tra il 2000 e il 2008, del 27,9% in termini reali (al netto dell'inflazione). Le risorse proprie – il cui stanziamento dipende da scelte autonome della Giunta, mentre quelle complessive comprendono anche i trasferimenti statali – sono aumentate del 20%. I dati mostrano in modo chiaro, dunque, che nel periodo in esame l'investimento pubblico nel sociale è stato incrementato notevolmente (tab. 21.1).

Tabella 21.1 - Spesa regionale per le politiche sociali, milioni di euro a prezzi costanti ⁽⁹⁾, anni vari

	2000	2005	2008	2000-2008
Spesa complessiva ⁽¹⁰⁾	1053	1214	1347	+ 27,9%
Spesa propria ⁽¹¹⁾	1022	1119	1226	+ 20,0%

Fonti: Rielaborazione su tabella 3.1 di Pelliccia, in questo volume, e Da Roit e Gambino, 2005

⁽⁷⁾ I motivi dello strutturale problema di adeguatezza riguardano – come noto – l'ampiezza dei bisogni cui intendono rispondere le politiche sociali, la loro costante crescita e lo storico ritardo del welfare italiano in materia.

⁽⁸⁾ Esempio è la differenza con la sanità ospedaliera. Qui le risorse sono abitualmente adeguate e il vero interesse di chi governa verso la salute della popolazione si misura su altri piani, come la capacità d'incrementare l'efficienza anche compiendo scelte impopolari (ad esempio la chiusura di piccoli ospedali o il potenziamento di alcuni reparti rispetto ad altri).

Nel sociale l'efficienza rappresenta sovente una criticità (si pensi, in diverse realtà, alla gestione di appalti/convenzioni/accreditamenti) ma l'interesse della politica si misura, innanzitutto, nella capacità d'incrementare le risorse, togliendole ad altre destinazioni.

⁽⁹⁾ La spesa è stata depurata dall'effetto dell'inflazione. Come deflatore è stato utilizzato il rapporto tra la spesa delle amministrazioni pubbliche a prezzi correnti del conto economico risorse e impieghi (Fonte Istat) e la stessa spesa a valori concatenati, con anno base il 2000. Le elaborazioni compiute appositamente per questo paragrafo sono di Laura Pelliccia, che ringrazio.

⁽¹⁰⁾ S'intende la complessiva spesa regionale dedicata alle politiche sociali, come da noi definite, quindi principalmente: la parte del Fondo Sanitario Regionale per il sociosanitario, il Fondo Regionale Sociale, il Fondo Nazionale Politiche Sociali, il Fondo nazionale non autosufficiente.

⁽¹¹⁾ Mi riferisco alla spesa la cui entità dipende da scelte autonome della Giunta, cioè la som-

Nel decennio appena trascorso, la spesa sociale è salita notevolmente in gran parte delle Regioni italiane. A spingerne l'aumento sono stati l'incremento dei bisogni (a partire dall'invecchiamento della popolazione), il crescente riconoscimento della necessità di una risposta pubblica e il maggiore ruolo assegnato alle Regioni dalle riforme di decentramento istituzionale. In un decennio, lo scenario delle politiche sociali regionali ha conosciuto una trasformazione epocale. Di conseguenza, l'interrogativo da porsi al fine di valutare l'azione della Giunta Formigoni non è se le risorse dedicate siano aumentate bensì quale sia stata la portata dello sforzo compiuto, domanda cui è possibile rispondere solo attraverso il confronto con lo sforzo realizzato in realtà simili.

Gli unici dati comparativi attendibili riguardanti i finanziamenti regionali paiono quelli dell'Age.na.s sulla spesa sociosanitaria per anziano ⁽¹²⁾. Questi coprono il periodo 2003-2007 e disegnano una tendenza chiara: in Lombardia la crescita della spesa è stata minore rispetto alla media del nord, 6% contro + 21%. La nostra Regione ha visto così progressivamente erodere il proprio vantaggio iniziale poiché mentre nel 2003 il suo impegno finanziario risultava superiore alla media settentrionale, giunti al 2007 era diventato uguale. Nella seconda metà della legislatura 2005-2010, inoltre, le altre Regioni hanno investito in misura particolare nelle politiche sociali ⁽¹³⁾, a differenza della Lombardia che non ha visto cambiamenti di rilievo ⁽¹⁴⁾. Sembra realistico (anzi, prudentiale) ⁽¹⁵⁾ ipotizzare che sia quest'ultima sia il Nord Italia nel

ma della quota del Fondo Sanitario Regionale destinata al sociosanitario e delle altre risorse che la Regione dedica alle politiche sociali, costituite principalmente dal Fondo Regionale Sociale. L'entità del Fondo Nazionale Politiche Sociali e quella del Fondo nazionale non autosufficienze dipendono – come noto – dalle decisioni del governo nazionale.

⁽¹²⁾ Si tratta della rilevazione dell'Age.na.s sui "costi per i Lea socio-sanitari per gli anziani", ottenuta dalla somma della spesa dei seguenti livelli di assistenza: "assistenza programmata a domicilio (Adi)", "assistenza residenziale agli anziani", "assistenza semiresidenziale agli anziani" e "attività sanitarie e sociosanitarie a favore di anziani" (quest'ultima una voce residuale dove l'Age.na.s inserisce spese per il sociosanitario che non è possibile collocare altrove, in alcune Regioni la spesa per le Uvg, in altre quella dei consultori per anziani. Nella media italiana questa voce assorbe il 6% della spesa sociosanitaria per anziani) (Age.na.s, 2009).

⁽¹³⁾ In particolare grazie all'ampliamento delle politiche rivolte alle persone non autosufficienti, perlopiù legato all'attivazione o allo sviluppo dei "Fondi regionali per la non autosufficienza".

⁽¹⁴⁾ Ad esempio in Emilia-Romagna nel 2007 e in Toscana (Dgr 754/2008) nel 2008 sono effettuati nuovi investimenti di risorse proprie nei fondi regionali per la non autosufficienza rispettivamente per 100 e 27 milioni di euro. Rispetto alla spesa del Ssn per gli anziani non autosufficienti del 2007 (quella per anziano rilevata da Age.na.s moltiplicata per il numero di anziani) si tratterebbe di incrementi del 21,3 e del 9%. Le più recenti iniziative di espansione dei servizi a favore dei non autosufficienti della Lombardia (contributi per i caregiver e voucher per Sla e stati vegetativi, in cui la Regione ha investito 9,12 milioni nel 2009) hanno rappresentato un aumento, rispetto alla spesa per gli anziani rilevata dall'Age.na.s per la Regione, dello 0,9%, quindi uno sforzo molto più contenuto.

⁽¹⁵⁾ A ben vedere, sulla base di quanto affermato, parrebbe realistico ipotizzare che il tasso annuo di crescita della media del Nord sia stato negli ultimi due anni superiore a quello del periodo 2003-2007, trattandosi di un periodo di particolare sviluppo del settore. Preferisco, però, ipotizzare un

complesso abbiano sperimentato nel 2008-2009 un tasso di crescita annuale della spesa pari al rispettivo tasso medio annuo del quadriennio precedente. È ragionevole supporre, pertanto, che giunti alla fine dell'ultimo quinquennio la spesa socio-sanitaria per anziano sia in Lombardia minore della media del Nord ⁽¹⁶⁾ (tab. 21.2).

Tabella 21.2 - Spesa per i lea socio-sanitari per anziani, valore assoluto per anziano (Euro) e crescita percentuale rispetto al 2003

	2003	2005	2007	2009 (stima)
Lombardia	497 -	504 (+ 1%)	526 (+ 6%)	542 (+ 9%)
Nord Italia	453 -	481 (+6%)	527 (+16%)	562 (+ 24%)

Fonte: rielaborazione di Pelliccia (par 3.3) su dati Agenas, 2009.

La tendenza riferita ai servizi socio-sanitari per gli anziani si può estendere all'insieme delle politiche sociali regionali ⁽¹⁷⁾. I primi assorbono circa il 60% della spesa regionale per le politiche sociali e nelle altre principali aree d'intervento – disabilità, famiglia ed emarginazione – non sono stati realizzati investimenti tali da alterare il quadro definito, infatti i rispettivi capitoli indicano un trend sostanzialmente simile.

Alla domanda “la riforma lombarda ha investito sulle politiche sociali?” possiamo rispondere, quindi, che lo sforzo vi è stato ma è risultato minore di quello compiuto nelle altre Regioni settentrionali (e in alcune centrali). Durante il decennio,

tasso costante, così da ottenere un confronto più “vantaggioso” per la Regione Lombardia e rendere particolarmente solide le considerazioni successive. In termini puntuali i risultati della tabella 21.2 non sono comparabili con quelli della tabella 21.1, per una varietà di motivi metodologici. In ogni modo, il riferimento dei flussi indicati in tabella 21.2 è quello indicato in tabella 21.1 come spesa propria.

⁽¹⁶⁾ L'Age.na.s non fornisce i dati per macro-aree territoriali, bensì esclusivamente quelli concernenti le singole Regioni e la media nazionale; la media del Nord è stata elaborata impiegando il metodo utilizzato dall'Age.na.s per calcolare quella nazionale. È da notare che la media del Nord non costituisce la media aritmetica delle singole Regioni, bensì è calcolata sull'intero aggregato dell'area (si opera così una ponderazione in cui il peso di ogni Regione cresce all'aumentare della popolazione). In questo modo si evitano effetti distorcenti dovuti ai valori più elevati di Regioni e Province a Statuto Speciale (in particolare Trento e Bolzano). Inoltre, considerando che la Lombardia assorbe il 35% della popolazione del Nord, il suo valore condiziona fortemente quello complessivo; detto altrimenti, la media del Nord stimata per il 2009 senza la Lombardia sarebbe più alta. Le Regioni del Nord sono quelle definite come tali dall'Istat: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Bolzano, Trento, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna. Anche alcune Regioni del Centro – in particolare Marche e Toscana – hanno avuto negli ultimi anni tassi di crescita della spesa superiori a quelli lombardi.

⁽¹⁷⁾ Altre fonti confermano che la spesa della Lombardia nella prima fase dell'ultima legislatura era in linea con quella dell'insieme delle Regioni del Nord; ad esempio dal Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza 2005-2006 del Ministero della Salute si apprende che il servizio sanitario in Lombardia nel 2006 ha speso per i disabili 37,7 Eur pro-capite. Da questa fonte si può desumere un valore medio delle Regioni del Nord di 38 euro (abbiamo calcolato il rapporto tra la spesa complessiva del Nord e la somma della popolazione ivi residente).

inoltre, le altre realtà del centro nord hanno visto il proprio tasso di crescita aumentare progressivamente, mentre ciò non si è verificato in Lombardia.

La tabella 21.3 è coerente con quanto illustrato sinora. Mostra, infatti, che tra il 2005 e il 2008 la percentuale di spesa dedicata alle politiche sociali è rimasta sostanzialmente invariata, intorno al 7% di quella regionale complessiva autonoma (cioè quella la cui allocazione è decisa dalla Giunta) ⁽¹⁸⁾. Invece altri settori – ad esempio lo sviluppo economico ⁽¹⁹⁾ – nel medesimo periodo hanno migliorato la propria posizione tra gli stanziamenti regionali; ciò s’inquadra nell’ambito di una legislatura che ha maggiormente favorito gli interventi economico-infrastrutturali rispetto ai servizi alla persona e alla famiglia.

Tabella 21.3 - Spesa regionale dedicata alle politiche sociali come % della spesa regionale autonoma corrente

	2005	2008
Percentuale	6,9	7,1

Fonte: Rielaborazione su tabella 3.3 di Pelliccia.

I dati sulle tendenze della spesa ben raccontano il welfare lombardo dell’ultimo decennio. All’inizio del periodo, la nostra Regione investiva più delle altre nelle politiche sociali: le principali riforme sono state introdotte nella legislatura 2000-2005 mentre nelle altre realtà avanzate ciò è avvenuto durante il quinquennio successivo. Durante il decennio il quadro è progressivamente mutato. Nel corso dell’ultima legislatura regionale, alcune Giunte si sono date la priorità d’incrementare in misura rilevante gli stanziamenti del welfare sociale, un obiettivo cui dare visibilità e sul quale cercare consenso, ma ciò in Lombardia non è avvenuto. Detto altrimenti, nelle altre Regioni settentrionali (e in alcune centrali) è stata compiuta la scelta politica di aumentare notevolmente i finanziamenti dedicati al welfare sociale, facendone una priorità per la quale rinunciare a stanziamenti su altri versanti. Questa scelta politica, invece, non è stata compiuta nella nostra Regione. Non a caso, numerose analisi convergono oggi nell’indicare le politiche sociali come un segmento del welfare lombardo ⁽²⁰⁾ non particolarmente sviluppato rispetto alle realtà comparabili.

⁽¹⁸⁾ Per motivi metodologici non è possibile elaborare un dato precedente al 2005.

⁽¹⁹⁾ Secondo la riclassificazione del bilancio per funzioni di spesa realizzata da Pelliccia e riportata nell’appendice al capitolo 3 (in www.lombardiasociale.it) nel triennio 2005-2008 la “spesa per lo sviluppo economico” (che include varie voci tra cui la spesa per il lavoro e quella per le varie attività economiche) è cresciuta del 29% e quella per i trasporti del 32,7%. È da precisare che si tratta di variazioni calcolate sulla spesa totale regionale (corrente e in conto capitale) e non sulla spesa corrente autonoma (aggregato a cui si riferisce la tab. 21.3). Tuttavia anche le variazioni della spesa complessiva per il sociale (+18%) e per il sanitario (+19,3%) risultano molto più contenute di quelle per lo sviluppo economico e i trasporti.

⁽²⁰⁾ Ad esempio, di recente Longo e Tanzi hanno così descritto rispettivamente la Lombardia

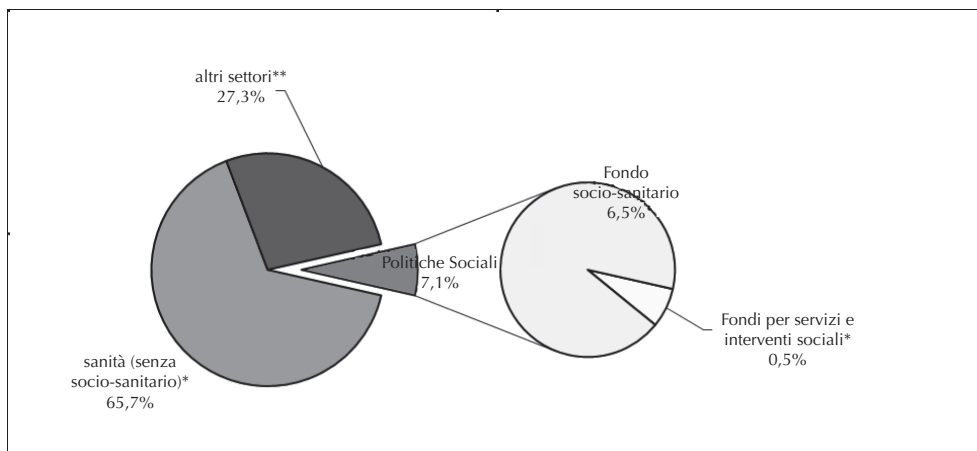
Le decisioni di spesa costituiscono il principale punto di contatto tra le scelte della politica e le condizioni delle famiglie. I precedenti capitoli hanno presentato un sistema “giunto al limite”, destinato a un progressivo deterioramento in assenza di maggiori investimenti. Si tratta di una situazione differente dal 2005, quando le necessità di finanziamenti ulteriori erano assai meno pressanti (Gori, a cura di, 2005). La ragione risiede nella mancata corrispondenza tra i passi in avanti compiuti in termini quantitativi (ampliamento dell’utenza) e qualitativi (miglioramento degli standard in quasi tutte le tipologie di strutture residenziali e semi-residenziali), che comportano una crescita dei costi, e l’ampiezza dell’incremento dei finanziamenti pubblici.

Gli spazi per potenziare il settore, peraltro, esistono. Essendo la quota della spesa globale dedicata pari al 7,1% (tab. 21.3), si potrebbe ottenere un finanziamento del 25% superiore a oggi semplicemente stanziando un ulteriore 1,8% del bilancio complessivo ⁽²¹⁾, la cui composizione è sintetizzata nella figura 21.1. Detto altrimenti, un robusto incremento della spesa sarebbe possibile con uno sforzo relativamente contenuto per l’amministrazione regionale. Questo sforzo produrrebbe tanto notevoli benefici in termini di benessere sociale – data l’ampiezza dei bisogni oggi insoddisfatti – quanto un significativo ritorno di consenso per il decisore, trattandosi di temi particolarmente sentiti dalla popolazione come l’assistenza agli anziani non autosufficienti e il sostegno alla famiglia ⁽²²⁾.

e l’Emilia-Romagna: “Il sistema lombardo si qualifica tradizionalmente per la sua rete ospedaliera basata su molti poli di eccellenza... I servizi territoriali [*ci si riferisce qui a quelle che noi definiamo le politiche sociali, N.D.A.*] sono – invece – meno ricchi e raramente si trovano al centro del dibattito e degli interventi di policy... Il sistema dell’Emilia-Romagna è tradizionalmente orientato a un bilanciamento tra ospedale e territorio, facendo dello sviluppo dei servizi socio-sanitari territoriali uno dei propri punti di forza, frequentemente considerati la best practice nazionale” (Longo e Tanzi, 2010, pag. 24). Per un confronto tra la Lombardia e le altre Regioni sull’assistenza agli anziani non autosufficienti si può vedere NNA, 2010; un confronto sugli interventi contro la povertà si trova nel capitolo 19 di questo volume, di Mesini, e in merito ai servizi alla prima infanzia si possono vedere le schede sulle Regioni all’interno del monitoraggio del Piano Nidi (“Piano straordinario 2007-2009 di sviluppo dei servizi socio-educativi alla prima infanzia”) in www.politichefamiglia.it

⁽²¹⁾ La spesa dedicata passerebbe così dal 7,1 all’8,9% del totale delle risorse autonome, con una crescita appunto del 25%.

⁽²²⁾ È noto l’apparente paradosso del sociale che “costa poco”, produrrebbe elevati ritorni sia di benessere sociale sia di consenso ma è difficile da potenziare. Il fenomeno è dovuto alle peculiarità del processo decisionale in Italia, nel quale chi governa ha tradizionalmente ridotta autonomia nel decidere ed è particolarmente esposto alle pressioni dei soggetti organizzati che rappresentano i differenti interessi e le varie istanze. I soggetti organizzati del sociale – rappresentanti degli utenti così come degli erogatori – sono, però, piuttosto deboli. Per questo motivo lo sviluppo del settore dipende dalla volontà e dalla capacità dei decisori di compiere uno sforzo particolarmente tenace per incrementare le risorse dedicate, levandole ad altre destinazioni.

Figura 21.1 - Suddivisione percentuale della spesa corrente autonoma, Regione Lombardia, 2008 ⁽²³⁾

Fonti: *Bilancio Sociale (valori di spesa corrente) **Relazione sul rendiconto generale, 2008 (impegni correnti per spesa corrente autonoma)

Mentre preparavo questo capitolo ho constatato di non aver prestato sufficiente attenzione al tema dei finanziamenti negli ultimi anni. Mi pare una criticità condivisa dal complessivo dibattito lombardo, dedicatosi perlopiù a discutere “chi” fornisce i servizi (il ruolo del Terzo Settore e quello della famiglia) e “come” ciò avviene (la libertà di scelta, il percorso assistenziale), trascurando il tema del “quanto” viene stanziato (la fetta di bilancio regionale destinata) ⁽²⁴⁾. È prima di tutto il “quanto”, però, a indicare la posizione che una Giunta assegna al sociale nella propria idea di welfare.

⁽²³⁾ La figura 21.1 è stata ottenuta rapportando le voci correnti della tabella 3.1 del capitolo 3 di questo volume (tratte dal Bilancio Sociale Regionale), escluse le risorse trasferite, alla spesa corrente autonoma regionale. Come valore di spesa sanitaria è stata utilizzata la consistenza del fondo sanitario regionale riportata nel Bilancio Sociale al netto del fondo socio-sanitario (quello che nella tabella 3.1 del capitolo 3 è denominato “Fsr per interventi sanitari”). Il valore degli altri interventi è ottenuto per via residuale come differenza tra la spesa corrente autonoma, quella per il welfare e quella per la sanità. Per i calcoli si veda la tabella 1 presentata nell’appendice al capitolo 3 pubblicata in www.lombardiasociale.it. In appendice sono riportati anche i confronti tra la sola spesa sociale corrente e il totale della spesa corrente regionale.

Si vuole fornire qui un’idea di quali sono gli altri settori che incidono di più sul bilancio regionale 2008 oltre a quelli da noi analizzati (si veda di nuovo l’appendice al capitolo 3 in www.lombardiasociale.it): trasporti (6,4% del totale), amministrazione e finanza (3,1%), sviluppo economico – che include la spesa per il lavoro e quella per le varie attività economiche – (3%). Si tratta di quote calcolate sul complesso della spesa corrente e in conto capitale (non è stato possibile calcolare l’incidenza sulla spesa corrente autonoma poiché il rendiconto riporta una classificazione funzionale della spesa soltanto di quell’aggregato).

⁽²⁴⁾ Vari fattori hanno contribuito a determinare questo esito, tra cui: le nette posizioni assunte dalla Giunta Formigoni in materia di famiglia, Terzo Settore, libertà di scelta e percorso assistenzia-

Box 2 - La riforma lombarda ha investito nelle politiche sociali?

- Nel decennio, la spesa regionale per le politiche sociali è cresciuta notevolmente (+ 20% la spesa propria)
- Lo sforzo complessivo è stato minore delle altre Regioni del nord (e di alcune del centro). All'inizio del periodo la spesa dedicata in Lombardia superava la media settentrionale, oggi è inferiore
- Ciò si è verificato perché nella legislatura 2005-2010 le politiche sociali non hanno costituito una priorità della Giunta lombarda, a differenza di quanto accaduto in molte Regioni del centro-nord
- Il sociale "costa poco": spostando alle politiche sociali un ulteriore 1,8% del bilancio regionale, lo stanziamento crescerebbe del 25% (passando dal 7,1 all' 8,9% del totale)

21.3. La riforma lombarda ha valorizzato il Terzo Settore?

La Giunta Formigoni si è posta la valorizzazione del Terzo Settore (TS) come traguardo cruciale, coerente con un'idea di welfare che colloca al centro la sussidiarietà orizzontale. Il traguardo è stato articolato in due obiettivi concreti: incrementare la quota di servizi alla persona gestita dal TS e farne un interlocutore privilegiato dei processi programmatori, a livello regionale e locale.

21.3.1. Il Terzo Settore come produttore di servizi

L'amministrazione regionale ha compiuto un insieme di azioni tese a ridurre la quota di servizi a (almeno parziale) finanziamento pubblico fornita dal settore pubblico medesimo, portandolo a concentrarsi sempre più sulle funzioni di Programmazione-Acquisto-Controllo (Pac) e rendendo la gestione una crescente responsabilità dei privati, con priorità al non profit. L'assunto sottostante è che il TS assicuri agli utenti servizi di qualità superiore a quella del pubblico o del for profit ⁽²⁵⁾, e agli operatori migliori condizioni di lavoro.

L'obiettivo è stato raggiunto, in varie forme. Ecco le principali situazioni rilevate:

- *servizi nei quali il Terzo Settore era già dominante.* Il TS non è cresciuto solo laddove non era possibile farlo ulteriormente perché – all'inizio del decennio – risultava nettamente maggioritario e la sostanziale stabilità del numero complessivo di utenti nel

le, il forte richiamo ideologico/valoriale che questi temi esercitano su numerosi attori del dibattito pubblico e scientifico, le maggiori difficoltà tecniche insite nella discussione del finanziamento (discussione che necessita inevitabilmente di elementi comparativi in un ambito nel quale i confronti risultano particolarmente complicati).

⁽²⁵⁾ Per semplicità, in questo capitolo, le dizioni "Terzo Settore (TS)" e "non profit" sono utilizzate come sinonimi. Gli enti gestori vengono, quindi, suddivisi tra pubblici TS=non profit e for profit (privati con scopo di profitto).

tempo non ha creato opportunità di nuovo sviluppo. Sono, principalmente, i servizi per le persone con disabilità ⁽²⁶⁾ e le strutture per minori in difficoltà;

- *servizi che assorbono la maggior parte delle risorse pubbliche.* In termini di volume, l'ampliamento del non profit si è concentrato nei servizi per gli anziani non autosufficienti. Questi ultimi utilizzano circa i due/terzi del bilancio regionale e hanno conosciuto – nel periodo considerato – un'espansione costante. L'estensione del TS ha toccato le Rsa, il sistema del voucher sociosanitario/Adi e quello del voucher sociale;
- *progetti, che impiegano una quota contenuta di risorse ma hanno un particolare significato.* Esistono interventi cui è destinata una parte limitata del bilancio regionale, operanti attraverso progetti rivolti esclusivamente o in gran parte al Terzo Settore, che rivestono un elevato significato per quest'ultimo e per il complessivo disegno della riforma lombarda. Vi si possono annoverare la l.r. 23/1999, i finanziamenti al TS (in particolare al Banco Alimentare) contro la povertà estrema e altre iniziative sperimentali ⁽²⁷⁾.

Pur mancando un dato di sintesi sulla crescita dei gestori non profit, si può affermare quanto segue. Nelle politiche da noi considerate, la percentuale di enti gestori di servizi a finanziamento pubblico appartenenti al TS è cresciuta notevolmente durante il decennio. Oggi in nessuno di questi servizi la suddetta percentuale risulta inferiore al 60% del totale e nella maggior parte supera il 70% (tab. 21.4).

Tabella 21.4 - Percentuale di soggetti del Terzo Settore tra i gestori di servizi a finanziamento pubblico, anno più recente disponibile ⁽²⁸⁾

Servizi	% soggetti TS (anno di riferimento)
<i>Servizi dove il TS era già dominante ⁽²⁹⁾</i>	
Rsd disabili	91 (2009)
Comunità educative minori	97 (2008)
<i>Servizi che assorbono la maggior parte delle risorse pubbliche</i>	
Rsa anziani	72 (2010)
Adi/Voucher sociosanitario	77 (2008)
Voucher sociale	75 (2008)

(segue)

⁽²⁶⁾ Con la parziale eccezione dei Cdd, per i quali in alcuni contesti locali esiste una tradizione di gestori pubblici.

⁽²⁷⁾ Le iniziative sperimentali sono illustrate e discusse nel capitolo 20, di Carla Dessi.

⁽²⁸⁾ L'unico indicatore sulla diffusione del TS disponibile per la maggior parte dei servizi consiste nella percentuale di gestori non profit sul totale. Sarebbe più attendibile poter contare anche su dati riguardanti la suddivisione dei finanziamenti e dell'utenza tra gestori pubblici, non profit e for profit. In ogni modo, l'insieme dei dati raccolti dimostra in modo piuttosto solido la crescente presenza del non profit.

⁽²⁹⁾ La presentazione dei dati nella tabella è organizzata seguendo la tripartizione di gruppi di servizi e progetti proposta all'inizio del paragrafo. Come detto, rispetto al gruppo di servizi dove il TS era già dominante all'inizio della riforma, tra le persone con disabilità vi è la parziale eccezione dei Cdd, i cui soggetti gestori del TS sono circa il 60% del totale (2009).

Servizi	% soggetti TS (anno di riferimento)
<i>Progetti</i>	
Progetti Legge 23	100 ⁽³⁰⁾ (2009)
Progetti povertà estreme	Nettamente maggioritari (2009) ⁽³¹⁾
Progetti sperimentali	Maggioritari (2009)

Fonti: Dati tratti dai rispettivi capitoli.

Come detto, la maggiore presenza di gestori non profit costituisce l'esito di diversi interventi dell'amministrazione regionale, tra loro coerenti. Primo, la riforma delle Ipab (legge 1/2003), che ha spinto la grande maggioranza di queste a trasformarsi in Fondazioni, persone giuridiche di diritto privato senza scopo di lucro ⁽³²⁾. La maggior parte delle Rsa allora esistenti erano Ipab e ne sono, dunque, state toccate. Secondo, l'insieme di interventi tesi a promuovere l'esternalizzazione dei servizi nella domiciliarità (le riforme legate all'introduzione dei voucher sociosanitari e sociali). Terzo, l'introduzione dei menzionati finanziamenti per progetti rivolti perlopiù al Terzo Settore (l.r. 23/1999, povertà estreme, varie iniziative sperimentali) ⁽³³⁾.

Quanto affermato sinora riguarda la diffusione del TS e non la qualità. Come già ricordato, la Giunta Formigoni muove dall'assunto che la qualità dei servizi erogati dal TS e quella delle condizioni di lavoro al suo interno siano superiori rispetto ai gestori pubblici ed a quelli for profit. Non abbiamo dati adeguati a verificare questa ipotesi per la Lombardia ⁽³⁴⁾ e il più ampio dibattito italiano in proposito – come noto – presenta opinioni diversificate (cfr., tra gli altri, Borzaga e Zandonai, 2009; Zandonai, 2009; Accoriniti, 2008).

Intanto, mentre si consolida la presenza del non profit, rapidamente avanza il for profit. Nell'assistenza agli anziani, infatti, i gestori con fini di profitto si diffondono con particolare velocità tra gli erogatori di servizi a finanziamento pubblico. Nelle Rsa si è passati dal 5,2% di soggetti for profit sul totale dei gestori accreditati del 2001 al 16,3% del 2010, oltre il triplo, e i gestori di Adi pubblica appartenenti al-

⁽³⁰⁾ Di cui: 50% associazioni familiari e 27% cooperative sociali (2009).

⁽³¹⁾ I dati disponibili non permettono di costruire indicatori di sintesi riguardanti i progetti contro le povertà estreme e quelli sperimentali. Dalle analisi condotte nei capitoli 19 e 20, in ogni modo, pare ragionevole desumere che nei progetti contro le povertà estreme i soggetti gestori appartenenti al TS siano almeno il 70% del totale e nei progetti sperimentali almeno il 60%.

⁽³²⁾ La riforma delle Ipab (l.r. 1/2003) ha dato loro la possibilità di decidere tra diventare Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (APS) e Fondazioni; la Giunta ha inserito nella normativa vincoli ed incentivi per indirizzare la scelta verso queste ultime. L'88% delle Ipab ha deciso di diventare Fondazione (Battistella e Gambino, 2005).

⁽³³⁾ Sul finire dell'ultima legislatura si sono segnalati, inoltre, nel territorio alcuni casi di ripubblicizzazione di servizi in precedenza esternalizzati. La loro rilevanza numerica è ridotta ma sono da seguire con attenzione perché potrebbero indicare il sorgere di una più ampia tendenza in questa direzione (Battistella, in corso di pubblicazione).

⁽³⁴⁾ Alcuni capitoli sugli specifici servizi propongono analisi in proposito.

la medesima categoria sono aumentati da 31 a 55 in quattro anni (2004-2008), quasi il doppio ⁽³⁵⁾. Non è possibile discutere qui il fenomeno – per motivi di spazio – ma è da notare che mentre la diffusione del Terzo Settore rappresenta il risultato di azioni a ciò finalizzate da parte dell'amministrazione regionale, la presenza del for profit tra gli erogatori di servizi a finanziamento pubblico ha preso piede spontaneamente e l'impressione diffusa è che sia destinata a progredire ulteriormente nel prossimo futuro ⁽³⁶⁾.

21.3.2. *Il Terzo Settore nei processi programmatori*

La partecipazione del TS ai processi programmatori a livello centrale è migliorata nel tempo, in particolare durante l'ultima legislatura. Si è trattato di una maturazione progressiva, compiuta durante il lungo percorso di elaborazione della legge di riordino del sistema "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" (3/2008), che sostituisce la precedente norma quadro regionale (legge 1/1986). In questo cammino, i rappresentanti del Forum del Terzo Settore e i tecnici a esso afferenti si sono ripetutamente confrontati con gli esponenti dell'amministrazione regionale sui contenuti della nuova legge, dando vita a un approfondito scambio di idee che ne ha toccato numerosi aspetti ⁽³⁷⁾.

La prassi di partecipazione – costruita nella pratica – è stata poi formalizzata nella medesima legge 3/2008, che prevede il coinvolgimento del TS nella programmazione delle politiche regionali ⁽³⁸⁾, definendo momenti e luoghi di consultazione. Successive delibere hanno tradotto in concreto questo coinvolgimento, principalmente attraverso l'istituzione del Tavolo Permanente di Consultazione del Terzo Settore, strumento di raccordo e interlocuzione tra questo e l'amministrazione regionale ⁽³⁹⁾.

⁽³⁵⁾ Le ragioni della crescita sono illustrate nei capitoli 8 e 9.

⁽³⁶⁾ La crescita tocca in misura significativa esclusivamente il settore degli anziani non autosufficienti.

⁽³⁷⁾ Un altro esempio di partecipazione del Terzo Settore a livello regionale è il suo coinvolgimento nell'elaborazione del Bilancio Sociale, da ultimo Regione Lombardia – Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale, 2009.

⁽³⁸⁾ Alcune indicazioni in tal senso erano già presenti nel Pssr 2007-2009.

⁽³⁹⁾ Il Tavolo persegue le seguenti finalità: esaminare congiuntamente le proposte di testi di legge del settore; affrontare le tematiche inerenti al TS; concorrere alla programmazione della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie; sviluppare ed elaborare proposte e progetti integrati di intervento; promuovere l'attività di formazione degli operatori di TS. Il tavolo viene convocato almeno tre volte l'anno in relazione alla presentazione di atti deliberativi in attuazione di leggi di settore, ad atti inerenti alla programmazione regionale per cui è prevista la consultazione del TS e per ogni proposta di legge che riguardi aspetti di cui si occupa il TS. La partecipazione al tavolo è garantita politicamente con la presenza dell'assessore alla Famiglia e Solidarietà Sociale, e tecnicamente dai funzionari della direzione generale Famiglia e Solidarietà Sociale. Le organizzazioni del Terzo Settore partecipano al tavolo previa esplicita manifestazione di volontà da parte dei loro or-

Nell'insieme, dunque, i passi in avanti compiuti a livello regionale sono stati di indubbio rilievo, sul piano della pratica così come dell'elaborazione normativa.

La partita più impegnativa ha riguardato il coinvolgimento del Terzo Settore nella programmazione a livello territoriale. Qui, se confrontiamo la realtà attuale con quella di un decennio fa, abbiamo davanti agli occhi uno scenario decisamente più avanzato. Tre triennali di Piani di zona ⁽⁴⁰⁾ hanno offerto al TS un'occasione cruciale – spesso la prima vera – per intraprendere percorsi di partecipazione alla definizione delle scelte di *policy* territoriale. Il luogo del confronto sono stati i tavoli tematici, che oggi rappresentano una realtà consolidata nella maggior parte degli Ambiti. Inoltre, al fine di poter giocare un ruolo da protagonista in un contesto reso sempre più impegnativo dall'ampliarsi degli interlocutori e dall'affermarsi della dimensione sovracomunale (ambito zonale) quale luogo di programmazione, in molte realtà locali il TS si è organizzato in proprie forme di rappresentanza (coordinamenti e forum) e, così facendo, ha consolidato la propria presenza e rafforzato la sua identità. Le differenze tra i territori – come per tutti gli aspetti riguardanti i piani di zona – sono peraltro notevoli: mentre in alcuni la partecipazione si è articolata, specializzandosi e passando da una logica puramente consultiva e informativa a un orientamento maggiormente progettuale, in altri ci si trova ancora ben più indietro.

Rimangono, nondimeno, alcune criticità, presenti in varia misura in diversi contesti:

- *la proliferazione dei luoghi di consultazione.* Ai tavoli tematici sono stati affiancati – su indicazione regionale – i Tavoli di Rappresentanza del Terzo Settore istituiti negli Ambiti ⁽⁴¹⁾ e quelli di Concertazione con il TS attivati nelle Asl ⁽⁴²⁾. Tale processo moltiplicativo ha determinato poca chiarezza rispetto alle precise funzioni dei diversi tavoli e a come metterli in rete, ha alimentato una certa confusione complessiva e ha incrementato le difficoltà di partecipare per i rappresentanti del TS (dato che le occasioni aumentano in misura significativa) ⁽⁴³⁾ (De Ambrogio, 2009);

ganismi regionali rappresentativi e successiva valutazione della Regione. A livello regionale, oltre al tavolo permanente sono attivi tavoli tematici settoriali (anziani, minori, persone con disabilità).

⁽⁴⁰⁾ L'ultima delle quali in corso mentre scrivo.

⁽⁴¹⁾ I Tavoli di Rappresentanza del TS vengono sentiti in relazione a: la programmazione socio-sanitaria, la progettazione e realizzazione delle unità d'offerta socio-sanitarie, l'istituzione degli Uffici di pubblica tutela e di altri strumenti di tutela (amministratori di sostegno) nonché la realizzazione di sperimentazioni. Partecipano il direttore sociale dell'Asl e i direttori di distretto, che partecipano anche al tavolo dei piani di zona, nel caso i due tavoli fossero distinti.

⁽⁴²⁾ I Tavoli Locali di Concertazione del TS sono convocati in relazione a: programmazione sociale, progettazione e realizzazione delle unità operative sociali, individuazione dei nuovi modelli gestionali e sperimentali, definizione dei criteri di accreditamento e di ulteriori livelli di assistenza e dei parametri d'accesso prioritario, organizzazione del segretariato sociale. Partecipano il presidente dell'assemblea dei distretti e i responsabili dei servizi sociali dei Comuni dell'ambito.

⁽⁴³⁾ La numerosità di tavoli di consultazione del TS a livello locale ha eguali, in Italia, nella so-

- *la necessità di maggiori competenze.* Alcuni rappresentanti del TS palesano difficoltà nella discussione tecnica delle politiche, in particolare quando dalla fase di valutazione del bisogno e di progettazione degli interventi si passa a quella di monitoraggio e analisi della loro attuazione. È un problema condiviso anche da alcuni conduttori dei tavoli ⁽⁴⁴⁾;
- *la scarsa chiarezza dei ruoli.* Era una criticità più presente in passato ma che si palesa ancora in qualche contesto. Mi riferisco, in particolare, agli equivoci legati al doppio ruolo intrinseco al TS, produttore di servizi, da una parte, e soggetto di advocacy e testimonianza di bisogni e istanze della cittadinanza, dall'altra. Questi equivoci possono causare comportamenti di ostacolo alla buona riuscita della programmazione locale da parte di rappresentanti del TS così come degli enti pubblici.

Nell'insieme, gli obiettivi che la Giunta Formigoni si era data per il TS sono stati perlopiù raggiunti e i principali margini di crescita oggi toccano la partecipazione alla programmazione locale, le cui prospettive paiono ambivalenti. Da una parte esistono significative opportunità di miglioramento, dovute all'ampia conoscenza maturata in proposito così come sui piani di zona in generale, uno degli aspetti della riforma lombarda maggiormente sottoposti in questi anni ad analisi empiriche. Il decisore regionale, pertanto, dispone oggi di diagnosi piuttosto approfondite sui nodi da affrontare ⁽⁴⁵⁾.

Dall'altra parte, i rischi di progressivo disinvestimento del TS sono alti, a causa di un certo logoramento inevitabile in un'esperienza ormai decennale, della distanza tra le forti aspettative che la partecipazione alla programmazione locale aveva inizialmente prodotto nel Terzo Settore e i risultati in chiaroscuro ottenuti, e dell'impegno (di tempo, risorse umane ed energie) che un suo adeguato coinvolgimento richiede. Immaginare un rilancio della partecipazione del TS senza un rinnovato investimento della Regione nella programmazione locale, però, pare irrealistico. Questo investimento, a sua volta, non potrebbe che essere parte di una complessiva strategia per la regolazione del welfare locale (cfr. par. 7).

la Puglia (De Ambrogio, 2009, pag 110). Questo aspetto viene sempre più riconosciuto come una criticità, da più parti, ma risulta difficile superarlo. Sinora solo 8 Ambiti su 98 hanno fatto coincidere il Tavolo di rappresentanza locale di ambito con quello dell'Asl, cioè hanno realizzato l'unica connessione tra i diversi tavoli esplicitamente prevista dalla normativa regionale (Regione Lombardia – Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale, 2010).

⁽⁴⁴⁾ Inoltre, mentre nei vari tavoli tematici i diversi soggetti di TS possono valorizzare le proprie competenze specifiche riferite alle aree di utenza di cui si occupano, più complessa risulta per loro l'elaborazione di un punto di vista che riguardi il sistema complessivo del welfare locale.

⁽⁴⁵⁾ Su piani di zona e partecipazione del TS si vedano i capitoli 4 e 5 in questo volume, e Pesi e De Ambrogio (a cura di), 2009, e le relative bibliografie.

Box 3 – La riforma lombarda ha valorizzato il Terzo Settore?

La produzione di servizi

- La quota di gestori non profit di servizi a finanziamento pubblico è cresciuta notevolmente, grazie a un coerente insieme di azioni regionali a ciò finalizzate
- Oggi, in tutti i settori delle politiche sociali pubbliche i gestori non profit sono almeno il 60% del totale e nella maggior parte superano il 70%
- Nell’assistenza agli anziani non autosufficienti, tra gli erogatori di servizi a finanziamento pubblico, il privato for profit cresce in modo particolarmente rapido

I processi programmatori

- La partecipazione del Terzo Settore ai processi programmatori a livello regionale è cresciuta notevolmente
- La partecipazione ai processi programmatori a livello locale, legata principalmente ai piani di zona, è anch’essa aumentata
- Nella programmazione territoriale permangono alcune criticità (moltiplicazione tavoli, deboli competenze di analisi delle politiche, scarsa chiarezza di ruoli), presenti in misura variabile nelle diverse realtà
- Il sistema pare al bivio tra un progressivo disinvestimento da parte del TS e un rilancio della sua partecipazione, collocato all’interno di un rinnovato investimento della Regione nella programmazione territoriale

21.4. La riforma lombarda ha sviluppato la competizione?

Tra gli obiettivi dichiarati dalla Giunta Formigoni figurava l’introduzione – nei servizi a (almeno parziale) finanziamento pubblico – del “quasi-mercato”, in cui diversi gestori accreditati competono per attrarre l’utente, libero di scegliere quello che preferisce. Per un erogatore – sia esso privato non profit, privato for profit o pubblico – venire accreditato dall’Ente pubblico significa essere riconosciuto idoneo a fornire servizi di qualità adeguata a ricevere finanziamenti pubblici, cosa che non coincide con l’ottenerli. Affinché ciò accada, infatti, deve competere con gli altri gestori accreditati e convincere l’utente a sceglierlo.

Rispetto alla situazione precedente (gestione diretta pubblica o convenzionamento/appalto con erogatori privati), dunque, venire giudicato di qualità adeguata da parte dall’ente pubblico è condizione necessaria, ma non più sufficiente, affinché un gestore sia finanziato: ora deve essere scelto anche dall’utente. Ecco il passaggio fondamentale, ritenuto capace di modificare alla radice la struttura d’incentivi che muove il sistema. Si pensa, così, d’incrementare la qualità degli interventi perché crescerà l’attenzione di chi fornisce servizi nei confronti di chi li riceve. Dovendo competere per “conquistare” gli utenti, infatti, gli erogatori presteranno più attenzione alle loro preferenze e ai loro bisogni; lo faranno, inoltre, con rapidità e flessibilità superiori a prima, adattandosi maggiormente alle loro esigenze ⁽⁴⁶⁾.

⁽⁴⁶⁾ Si ritiene che crescerà anche l’efficienza degli interventi, intesa come la capacità di offrire servizi di maggiore qualità a parità di risorse (oppure di medesima qualità con meno risorse).

- Per verificare quanto accaduto distinguiamo, di nuovo, tre tipologie di servizi:
- *le strutture presso le quali l'utente si deve recare (residenziali, semi-residenziali e centri diurni)*. Assorbono almeno i due/terzi del bilancio regionale delle politiche sociali, le principali sono le Rsa per gli anziani e le Rsd e i Cdd per la disabilità. In nessuna è stata introdotta la competizione. L'accreditamento, infatti, non ha significato per gli erogatori la possibilità di competere nel "quasi mercato" al fine di essere scelti dall'utente bensì la sicurezza di ricevere un finanziamento pubblico. La Regione ha sempre seguito la medesima condotta. Accreditava un numero di posti pari a quelli che poteva finanziare e pagava al gestore le giornate nelle quali questo riusciva a occuparli; poiché le persone che domandano un intervento sono – nel nostro settore – più di quelli disponibili, i posti venivano (quasi) sempre occupati ⁽⁴⁷⁾. Per il singolo erogatore, dunque, vedersi accreditato un certo numero di posti voleva dire avere la certezza di ricevere per questi il finanziamento pubblico, senza dover competere allo scopo di essere scelto dall'utente ⁽⁴⁸⁾;
 - *i servizi domiciliari socio-sanitari (Adi)*. La competizione è stata introdotta nel 2003, con l'attivazione del voucher socio-sanitario. L'utente cui veniva riconosciuto il diritto al voucher, infatti, poteva scegliere il preferito tra diversi erogatori accreditati; nella maggior parte dei distretti i gestori erano effettivamente almeno due. Per l'erogatore essere accreditato non significava la sicurezza del finanziamento pubblico bensì esclusivamente la possibilità di competere nel "quasi-mercato"; si assegnava, quindi, un certo potere di scelta all'utente e alla sua famiglia. Nel 2006, però, la competizione è stata fortemente limitata, in diversi casi (di fatto) abolita, dall'introduzione della negoziazione di budget. Da allora, nei primi mesi dell'anno ogni Asl contratta con ogni erogatore accreditato un budget annuale, il cui ammontare è definito sulla base delle prestazioni fatturate nell'anno precedente, di quelle che Azienda ed erogatore stimano possibili per l'anno in corso e dei fondi pubblici complessivamente disponibili. Per un gestore, quindi, ricevere un finanziamento pubblico non dipende più solo dalla capacità di essere scelto dall'utente nell'ambito di un mercato competitivo ma anche, o soprattutto ⁽⁴⁹⁾, dalla contrattazione con l'Asl ⁽⁵⁰⁾;

⁽⁴⁷⁾ La Regione non remunera ai gestori le giornate di posti accreditati che non siano effettivamente fruiti (il cosiddetto "vuoto per pieno"), ma si tratta di una percentuale minima, dovuta principalmente a possibili intermezzi nel cambio tra utenti differenti.

⁽⁴⁸⁾ In qualche fase può non essere stato così – ad esempio, per alcune realtà, i periodi nei quali l'incremento dei posti in Rsa si accompagnava alla crescente disponibilità di assistenti familiari (badanti) a bassa remunerazione, ma non vi sono dubbi che questa sia risultata la tendenza prevalente del decennio.

⁽⁴⁹⁾ Le eventuali possibilità di aggiustamento (verso l'alto o verso il basso) del budget annuale finanziato dall'Asl, qualora il volume effettivo di attività dell'erogatore non corrisponda a quello previsto, differiscono tra le varie Aziende; si veda il capitolo 8.

⁽⁵⁰⁾ La vicenda presenta rilevanti analogie con l'evoluzione della sanità lombarda. Qui la riforma del 1997 (legge 31) ha inteso introdurre un sistema di "quasi-mercato" fondato sul mix tra

- *i servizi domiciliari sociali*. L'amministrazione regionale ha previsto la possibilità di realizzare una reale competizione legata a questo strumento, lasciando ampia discrezionalità agli ambiti territoriali. Alcuni l'hanno effettivamente introdotta e altri no, in ogni caso si tratta di una porzione minima del welfare lombardo.

Nell'insieme, quindi, la competizione è stata introdotta in misura esigua. Piuttosto che la costruzione di un "quasi-mercato", il decennio ha visto l'accelerazione del processo di esternalizzazione in atto da tempo, con l'aumento del numero di gestori impegnati nei servizi a (almeno parziale) finanziamento pubblico.

Vari sono, secondo me, i motivi di tale esito. Uno risiede nel timore che la pressione prodotta dal maggiore potere assegnato al cittadino potesse determinare un aumento non controllabile delle prestazioni fornite e, quindi, della spesa; detto altrimenti, che si potesse verificare una catena consequenziale fatta di "+ potere al cittadino, + domanda di prestazioni, difficoltà nel contenerla, forte crescita della spesa". Il timore pare aver giocato un ruolo nella decisione di introdurre la negoziazione di budget per l'Adi nel 2006, considerando che nel periodo precedente i finanziamenti erano cresciuti e che non era previsto un ulteriore incremento per gli anni successivi⁽⁵¹⁾. Non è chiara la fondatezza empirica di questa preoccupazione per il sociosanitario ma certamente ha influito il ricordo della (allora) recente esperienza in sanità, dove l'introduzione di un modello simile di "quasi mercato" nel 1997 produsse – in pochi anni – un forte incremento di spesa⁽⁵²⁾ (Neri, 2010).

Un'altra ragione consiste nelle resistenze dei soggetti coinvolti. Vi sono state opposizioni all'interno dell'ente pubblico, che avrebbe visto ridursi il proprio ruolo d'intermediazione. Oggi, infatti, la scelta degli erogatori da finanziare è nelle mani dell'amministrazione regionale (accreditamento delle strutture) e delle Asl (servizi domiciliari)⁽⁵³⁾. Introdurre un effettivo "quasi-mercato" avrebbe significato trasfe-

libertà di scelta dell'utente e competizione tra aziende ospedaliere accreditate. In pochi anni di funzionamento di un siffatto "quasi-mercato", la spesa pubblica è cresciuta fortemente. Nel 2002, pertanto, le regole sono state cambiate ed è stata introdotta la stipula di un budget annuale da parte della Regione con ogni azienda ospedaliera accreditata: l'ente pubblico assicura il finanziamento delle prestazioni entro il limite di questo budget, mentre eventuali prestazioni ulteriori sono a carico dell'erogatore. Questa modalità di controllo della spesa si è rivelata piuttosto efficace ed è tuttora in uso. Al netto delle differenze dovute alle peculiarità di Adi e ospedale, l'evoluzione temporale è stata la medesima: una prima fase con priorità a competizione e libertà di scelta individuale, cui fa seguito una seconda fase nella quale il perno diventa la definizione di budget annuali tra l'ente pubblico e ogni singolo erogatore accreditato. Una lucida disamina delle vicende della sanità lombarda negli ultimi 15 anni si trova in Neri, 2010.

⁽⁵¹⁾ La spesa regionale per il sistema voucher sociosanitario/Adi è passata da 81 a 89 milioni annui di euro tra il 2004 e il 2006, per poi stabilizzarsi intorno a quest'ultimo valore negli anni successivi.

⁽⁵²⁾ Cfr. nota 49.

⁽⁵³⁾ Ci si riferisce qui ai finanziamenti socio-sanitari, che assorbono la gran parte del bilancio regionale complessivo per le politiche sociali.

rire il potere della scelta dei gestori da finanziare al cittadino. Il desiderio di non rinunciare a questa intermediazione da parte delle istituzioni pubbliche sembra aver influito sul mancato decollo del “quasi-mercato”⁽⁵⁴⁾. Si sono, poi, registrate le resistenze di alcuni soggetti del non profit, tra quelli che erogano servizi a finanziamento pubblico in un regime che, di fatto, da lungo tempo è monopolistico (o quasi). Passare alla competizione avrebbe significato, per loro, mettere in gioco le proprie posizioni dominanti.

Nel caso dei servizi forniti in strutture presso le quali l’utente si deve recare (che assorbono gran parte del bilancio), in ogni modo, il motivo principale mi sembra un altro. Si tratta della ridotta applicabilità – nelle politiche sociali – del modello lombardo di “quasi mercato”, fondato sul binomio composto da concorrenza tra erogatori e libertà di scelta dell’utente. Come detto, oggi la domanda supera l’offerta e il problema non è scegliere tra più possibilità bensì trovare un posto libero in Rsa o in Cdd. In teoria, si potrebbe ovviare accreditando più erogatori dei posti finanziabili ma, in pratica, emergerebbero criticità difficilmente superabili⁽⁵⁵⁾. I gestori vivono principalmente degli stanziamenti pubblici e, in un siffatto scenario, non avrebbero alcuna certezza sulle loro entrate. Affrontare i propri costi fissi (personale e gestione delle strutture) risulterebbe assai complicato e per molti impossibile; inoltre, la mancanza di certezze sui finanziamenti disponibili spingerebbe gli erogatori a comprimere la qualità dei servizi e la remunerazione dei lavoratori. Nondimeno, il contesto fortemente instabile che si verrebbe a creare renderebbe ostica all’ente pubblico la costruzione di rapporti di collaborazione con i gestori, che costituiscono una condizione decisiva per un’efficace attività di monitoraggio della qualità e di pungolo al suo miglioramento.

Per quanto riguarda la domiciliarità, quest’ultimo motivo ha una portata limitata, data la maggiore flessibilità dei costi fissi degli erogatori, mentre le prime due ragioni paiono aver avuto un certo peso. Nella domiciliarità si presentano, in ogni modo, altre limitazioni all’applicabilità del “quasi mercato”, come quella legata alla conformazione territoriale: si possono avere diversi erogatori operativi solo in pre-

⁽⁵⁴⁾ In Lombardia, il ruolo d’intermediazione dell’amministrazione nel decidere a quali soggetti privati debbano essere destinati i finanziamenti pubblici è particolarmente esteso. Alla cospicua esternalizzazione di servizi con le modalità indicate nel testo bisogna aggiungere l’ampia presenza di progetti rivolti (in misura prevalente o esclusiva) al Terzo Settore: quelli della l.r. 23/1999, quelli contro la povertà estrema e una varietà di altri progetti sperimentali (cfr. paragrafo 21.3). L’amministrazione pubblica detiene un rilevante grado di discrezionalità nel decidere a quali soggetti assegnare i finanziamenti per i progetti.

⁽⁵⁵⁾ Oggi la Regione accredita (e finanzia) circa 57.000 posti in Rsa per anziani. Si provi, ad esempio, a immaginare un contesto in cui i posti accreditati sono circa il doppio, 115.000, quelli finanziati rimangono 57.000 e i gestori con posti accreditati competono per attrarre gli utenti cui viene riconosciuto il diritto ad entrare in struttura. Per realizzare il modello che lega competizione tra gli erogatori e libertà di scelta dell’utente, infatti, il numero di posti accreditati deve essere sensibilmente superiore a quello dei posti scelti.

senza di un bacino di utenza sufficientemente ampio e abbastanza concentrato territorialmente ⁽⁵⁶⁾.

Il binomio fatto di competizione tra gli erogatori e libertà di scelta dell'utente, dunque, pare perlopiù non applicabile alle politiche sociali. Gli esiti della vicenda lombarda in tal senso sono coerenti – oltre che con ragioni teoriche impossibili da approfondire per ragioni di spazio (si veda ad es. Forder, Robinson, Hardy, 2005) – con la complessiva esperienza italiana e con quella internazionale.

Durante la seconda metà degli anni '90, l'introduzione di un siffatto "quasi mercato" raccolse ampio interesse nel nostro paese, trasversalmente ai diversi schieramenti politici e orientamenti culturali. La legge 328/2000, ad esempio, fu approvata da un governo nazionale di colore opposto a quello lombardo ma assegnò un ruolo centrale al "quasi mercato ⁽⁵⁷⁾", riponendovi le medesime aspettative di maggiore qualità, efficienza e attenzione all'utente della Giunta Formigoni. Le elezioni nazionali del 2001 videro la diffusione di questo strumento figurare nei programmi di entrambi gli schieramenti, e si potrebbero portare molti altri esempi concernenti quel periodo ⁽⁵⁸⁾.

Nella prima metà degli anni 2000, però, il quadro mutò. Al momento di tradurre nella pratica il modello fatto di competizione e libertà di scelta, infatti, i motivi discussi dissuasero quasi tutti gli enti di governo italiani e l'effettiva diffusione risultò, dunque, limitata. Tra le Regioni, l'unica a introdurlo fu la Lombardia – nel 2003 – nella domiciliarità ⁽⁵⁹⁾.

I paesi che maggiormente sono andati avanti nella direzione del "quasi-mercato" (come Regno Unito e Olanda) hanno seguito un percorso comune e hanno introdotto la competizione tra erogatori senza accompagnarla, perlopiù, con la libertà di scelta individuale. Hanno, detto altrimenti, puntato su accordi pluriennali tra ente pubblico fi-

⁽⁵⁶⁾ La probabilità che vi siano diversi fornitori è maggiore in contesti urbani o, comunque, caratterizzati da una significativa densità abitativa e da una non eccessiva dispersione degli abitanti. Infine, questo strumento può essere utilizzato solo per prestazioni che rispondano a un bisogno conclamato e misurabile, il cui riconoscimento porti all'erogazione, appunto, di un voucher per rispondervi. Ciò restringe il campo alle prestazioni di cura e assistenza, escludendo interventi di prevenzione del disagio, orientamento/informazione e promozione del benessere. Per un quadro delle ragioni della scarsa diffusione del voucher in Italia si veda Fazzi e Gori, 2004; con specifico riferimento all'esperienza lombarda, Pasquinelli, a cura di, 2006.

⁽⁵⁷⁾ Si vedano in proposito i documenti prodotti dall'allora Ministro degli Affari Sociali, Livia Turco, e dai suoi consulenti (Dipartimento per gli Affari Sociali, 2001, Piva, 1998).

⁽⁵⁸⁾ Il dibattito italiano è risultato piuttosto differente rispetto a quello europeo, come mostra il diverso significato assegnato alla medesima espressione. Mentre nel nostro paese l'espressione "quasi mercati" viene associata a un modello fondato innanzitutto sulla libertà di scelta individuale, nel resto d'Europa l'equivalente "quasi-markets" è perlopiù utilizzato per indicare un modello fondato innanzitutto sulla competizione tra gestori, principalmente in assenza di libertà di scelta dell'utente.

⁽⁵⁹⁾ Ci si riferisce qui agli interventi introdotti a regime, non alle sperimentazioni.

nanziatore ed ente gestore (privato non profit, privato for profit o pubblico), che assicurano a quest'ultimo il finanziamento di un certo numero di posti per un arco di tempo prefissato ⁽⁶⁰⁾ (Fernandez *et alii*, 2009; Glendinning e Moran, 2009). Sono stati ottenuti risultati positivi – in termini di qualità ed efficienza – grazie all'azione dell'ente pubblico finanziatore/regolatore e, in particolare, alla sua capacità di svolgere le seguenti funzioni: rapportarsi ai gestori creando tra loro una vera concorrenza per stipulare accordi con il pubblico, svolgere un efficace monitoraggio di qualità e costi e rendere credibile la possibilità di cambiare erogatore in caso di qualità insoddisfacente ⁽⁶¹⁾.

Tradotta nella realtà italiana, la configurazione strategica di un simile assetto non si discosta sostanzialmente dalle modalità di accordo già in uso tra ente pubblico finanziatore e gestori (siano esse convenzioni, appalti, contratti o altro), che si riteneva potessero essere sorpassate dalla libertà di scelta dell'utente quale perno della regolazione. Il punto, invece, è far crescere ulteriormente la capacità dell'ente pubblico di creare concorrenza tra gli erogatori per stipulare accordi con esso, di svolgere efficacemente le funzioni controllo e monitoraggio, di revocare gli accordi quando la qualità non è adeguata; il tutto in un clima capace di coniugare gli incentivi al miglioramento insiti nella competizione con il grado di stabilità necessario agli erogatori per operare al meglio. Si giunge, così, al messaggio chiave del decennio: non esistono alternative al difficile lavoro di regolazione dell'ente pubblico, nessuna "grande idea" può evitare che la qualità e l'efficienza dei servizi dipendano in maniera decisiva da tale attività ⁽⁶²⁾. Questa è l'unica strada possibile, la sfida è percorrerla sempre meglio (cfr. par. 21.7).

Box 4 - La riforma lombarda ha sviluppato la competizione?

- La competizione tra gestori, nell'ambito del "quasi mercato", è oggi presente in misura minimale
- Nei servizi erogati in strutture (residenziali, semi-residenziali, centri diurni) non è mai stata introdotta
- Nell'Adi è stata introdotta nel 2003 e limitata nel 2006. Viene utilizzata in alcuni ambiti territoriali con il voucher sociale
- L'esperienza lombarda, quella italiana e quella internazionale concordano nel mostrare la ridotta applicabilità, nelle politiche sociali, del modello di "quasi mercato" fondato sul binomio composto da competizione tra erogatori e libertà di scelta dell'utente
- Il messaggio del decennio è che per migliorare qualità ed efficienza dei servizi non esistono alternative al rafforzamento dell'azione regolativa svolta dall'ente pubblico finanziatore

⁽⁶⁰⁾ Ad esempio un triennio.

⁽⁶¹⁾ Quindi non rinnovando il contratto quando la qualità monitorata risulta inadeguata.

⁽⁶²⁾ Questo messaggio, a mio parere, vale per molti temi, in numerosi settori del welfare, ed è denso d'implicazioni. Puntare sulle "grandi idee" ha abitualmente il vantaggio di colpire maggiormente gli interlocutori e – essendo queste idee legate a scenari di cambiamento radicale – di non richiedere alcuna dettagliata analisi della realtà attuale. Tuttavia, l'unica strada percorribile al fine di migliorare il welfare consiste in un lavoro certosino di analisi della realtà, di disamina tecnica dell'esistente, da tradurre in cambiamenti graduali.

21.5. La riforma lombarda ha introdotto la libertà di scelta?

Tra gli obiettivi della riforma figura l'introduzione della libertà di scelta, cui è stato assegnato un duplice significato: più importante è considerata la libertà di scegliere "da chi ricevere" un determinato servizio (scelta tra erogatori), poi vi è quella di decidere "che cosa fare" in un momento critico (scelta tra percorsi di vita).

Comincio, dunque, dalla libertà di scelta tra erogatori, ritenuta un incentivo per incrementare qualità ed efficienza, secondo la logica illustrata nel precedente paragrafo. La quasi totale assenza di effettiva competizione tra gli erogatori, tuttavia, ne ha resa impossibile la diffusione.

Oltre che strumento da utilizzare per elevare qualità ed efficienza, la libertà di scelta tra erogatori è stata considerata pure un valore in sé, quale manifestazione dell'importanza che la Giunta Formigoni attribuisce alla valorizzazione della persona, alla società civile e all'autonomia del cittadino nei confronti dell'amministrazione pubblica. Volgiamo ora lo sguardo alle ridotte occasioni in cui è stata introdotta in modo netto, cioè il triennio 2003-2006 del voucher sociosanitario e alcuni casi di voucher sociale. Le interviste realizzate a utenti e familiari sono coerenti tra loro, con i risultati del nostro precedente volume (Gori, a cura di, 2005) e con gli altri studi empirici disponibili (condotti in Lombardia e altrove). Diversi tra questi affermano di viverla più come onere che come risorsa, un impegno ulteriore da affrontare in momenti già carichi di difficoltà, nella delicata fase di passaggio rappresentata dalla presa in carico. In particolare, quanto più l'utenza è fragile, anziana e con deboli reti informali tanto più la libertà di scelta è ritenuta un onere. Mentre sulla sua natura di onere le opinioni variano, su un altro aspetto la maggior parte di utenti e familiari concorda: la libertà di scelta tra erogatori non rientra tra i loro desideri prioritari⁽⁶³⁾. Tali risultati riflettono la letteratura internazionale, la quale mostra che il gradimento verso la libertà di scelta si concentra nell'utenza non particolarmente fragile, non anziana (o "giovane anziana"), con bisogni non troppo complessi e di lungo periodo (ad esempio AARP European Leadership Study, 2006; Burau, Theobald e Blank, 2007)⁽⁶⁴⁾. Ecco l'aspetto cruciale: la libertà di scelta tra erogatori è apprezzata dall'utenza più "forte", ma questa rappresenta una quota minoritaria dei beneficiari delle politiche sociali regionali⁽⁶⁵⁾.

L'altra libertà è quella di scegliere tra percorsi di vita. In questo caso l'Ente pubbli-

⁽⁶³⁾ Si vedano, tra gli altri, Pasquinelli, a cura di, 2006 e Costa, a cura di, 2007. Altri sono i desideri prioritari dichiarati: ricevere servizi di qualità, avere punti di riferimento nella rete dei servizi così come nei soggetti gestori, essere informati, essere accompagnati in un percorso assistenziale continuo e così via.

⁽⁶⁴⁾ Le ricerche indicano anche che il gradimento verso la libertà di scelta è maggiore laddove l'utente può disporre di un solido network informale e/o di un operatore pubblico cui fare riferimento quando sorgono problemi.

⁽⁶⁵⁾ La libertà di scelta come obiettivo si è imposta a livello internazionale con riferimento alle persone adulte con disabilità fisica ed è stata poi riproposta in altri ambiti, a partire dagli anziani non autosufficienti (Da Roit e Hoogenboom, 2010).

co offre al cittadino-utente non la possibilità di decidere da quale tra i diversi erogatori accreditati ricevere un determinato intervento (ad esempio, quale tra quattro gestori accreditati gli fornisca un servizio domiciliare) bensì di scegliere quale intervento ricevere (ad esempio se servizi domiciliari, centro-diurno o residenziale; se denaro o servizi). Questa libertà è rimasta sullo sfondo – destino comune all'intera esperienza italiana ⁽⁶⁶⁾ – e la sua realizzazione non è stata perseguita. Un cammino teso a esplorarne le concrete applicazioni avrebbe, però, aperto prospettive stimolanti.

Varie ne sono le possibili traduzioni pratiche, tra le quali: l'insieme d'interventi che facilitano la possibilità per una mamma di decidere se continuare o meno a lavorare dopo la nascita di un figlio (ad esempio la scelta tra un posto al nido e un sostegno monetario), la realizzazione di progetti di vita indipendente che permettano alla persona con disabilità di decidere cosa fare della propria esistenza ⁽⁶⁷⁾, l'opportunità per gli anziani non autosufficienti – e i loro familiari – di scegliere tra diversi luoghi di cura (domicilio, centro diurno, residenzialità) e tra varie tipologie di interventi ⁽⁶⁸⁾.

La mia impressione è che – in modo autonomo l'uno dall'altro – i rispettivi dibattiti internazionali su donne e natalità, politiche per la disabilità e assistenza agli anziani non autosufficienti convergano nell'assegnare rilevanza crescente alla scelta tra percorsi di vita. Questo è il quadro che risulta da interventi per la conciliazione, progetti di vita indipendente e attenzione sempre più forte nelle politiche per la non autosufficienza alla scelta tra tipologie d'interventi e a quella tra luoghi di cura. Si tratta di un terreno evidentemente complesso ma fecondo: numerosi studi portano a ritenere che – nei momenti critici della propria esistenza – alle persone questa libertà interessi più di quella di poter decidere tra diversi erogatori. Pertanto, la riforma lombarda sembra dover ancora realizzare le migliori potenzialità della libertà di scelta.

Box 5 - La riforma lombarda ha introdotto la libertà di scelta?

- Il mancato sviluppo della competizione ha impedito la diffusione della libertà di scelta tra erogatori
- I dati raccolti quando è stata introdotta mostrano che la libertà di scelta tra erogatori non rappresenta una priorità di utenti e famiglie
- La libertà di scelta tra percorsi di vita non è stata perseguita mentre potrebbe aprire prospettive stimolanti. Questa libertà tocca, tra gli altri, i temi della conciliazione per le madri, della vita indipendente per le persone con disabilità, della scelta tra tipologie d'interventi e di quella tra luoghi di cura per gli anziani non autosufficienti
- Nella riforma lombarda, dunque, la libertà di scelta sembra dover ancora realizzare le proprie potenzialità migliori

⁽⁶⁶⁾ Si pensi all'importanza che la legge 328/2000 attribuiva alla libertà di scelta tra erogatori, cui era destinato un intero articolo (il 17), mentre dedicava meno attenzione alla libertà di scelta tra percorsi di vita.

⁽⁶⁷⁾ La nostra Regione, come noto, ha puntato sui progetti di vita indipendente meno di altre (cap 14).

⁽⁶⁸⁾ Ad esempio, per gli anziani a domicilio di scegliere tra prestazioni monetarie, servizi sociali e servizi socio-sanitari.

21.6. La riforma lombarda ha sostenuto la famiglia?

Si assiste – da anni – a un vivace dibattito sulla capacità del welfare lombardo di sostenere la famiglia. La difformità, spesso radicale, di alcune valutazioni ha suscitato perplessità, trasmettendo l'impressione che le diverse parti non si riferissero ai medesimi interventi. E così probabilmente era. La chiave di volta, secondo me, consiste nel non considerare la "famiglia" in generale bensì nel guardare concretamente alle diverse tipologie di famiglie.

21.6.1. *Le famiglie di nuova composizione e/o con figli*

La Giunta Formigoni ha voluto rivolgersi al nucleo familiare – legato dal vincolo matrimoniale – nel suo insieme di relazioni, non al suo singolo componente. Ha puntato l'attenzione sulla famiglia che si costituisce, procrea figli e affronta le diverse fasi della loro crescita⁽⁶⁹⁾. Pertanto, si parla di "politiche regionali per la famiglia" (denominazione della l.r. 23/1999) per intendere "politiche regionali per le famiglie di nuova composizione e/o con figli piccoli, adolescenti, minori". L'impostazione lombarda riflette la dottrina cattolica sulla famiglia, che si concentra su due priorità: rafforzare il ruolo della famiglia fondata sul matrimonio come unità di base della società e promuovere la natalità. Tale impostazione si ritrova nelle riflessioni degli esperti cattolici di welfare cui fa riferimento la Giunta⁽⁷⁰⁾.

L'interesse verso questa tipologia di famiglia è ritenuto antitetico rispetto alla tradizione italiana. Mentre il nostro welfare si concentra su quella che viene chiamata la "famiglia patologica", cioè sostiene il nucleo solo dopo l'insorgere di un problema, come la povertà o la non autosufficienza, si vuole passare a un sistema capace di accompagnarla anche in quelle che vengono definite le "normali" transizioni del suo percorso di vita. È il cambiamento – si afferma – dall'approccio riparativo (storicamente dominante) a quello promozionale (auspicato), attraverso interventi che puntino alle risorse e non ai deficit, alla salute e non alla malattia, in sintesi alla "normalità" e non alla "patologia".

⁽⁶⁹⁾ Ha inteso, dunque, sostenere la famiglia quando vuole formarsi e cerca una casa, quando nasce un figlio, nell'accudimento del bambino piccolo, nella gestione del tempo libero dei figli in età scolastica e così via.

⁽⁷⁰⁾ Per quanto riguarda la dottrina cattolica, si veda, ad esempio, il Capitolo V del Compendio della Dottrina Sociale della Chiesa, "La famiglia cellula vitale della società", sul sito www.vatican.va. Per quanto riguarda la riflessione in materia degli esperti cattolici di welfare si vedano i rapporti biennali sulla famiglia del Cisf (Centro internazionale studi famiglia), pubblicati dal 1989 e giunti all'undicesima edizione; da ultimo, Donati (a cura di, 2010). Più in generale, si può notare che quando esponenti politici o intellettuali facenti riferimento al mondo cattolico parlano della necessità di sostenere la famiglia si riferiscono principalmente alla famiglia con figli. L'equivalenza politiche per la famiglia = politiche per le famiglie con figli, peraltro, nel tempo si è diffusa in tutti gli ambienti così come a livello istituzionale. Ad esempio, Comuni e Regioni italiani definiscono come interventi per "famiglia e minori" quelli rivolti alle famiglie con figli, e lo stesso dicasi per la definizione di family policy utilizzata dall'Eurostat nel proprio database sulla spesa di welfare.

Per queste famiglie, l'amministrazione Formigoni ha sviluppato una specifica strategia, attraverso la l.r. 23/1999, che le ha consentito, perlopiù, di raggiungere i propri obiettivi. Tale normativa costituisce un caso emblematico – e piuttosto raro nel welfare italiano – di capacità di tradurre in modo coerente un insieme di idealità in azioni concrete (Brugnoli e Vittadini a cura di, 2008; Pesenti, 2008).

Con la legge 23, innanzitutto, è stata superata la storica marginalità di queste famiglie nel welfare regionale, assegnando loro uno spazio significativo nelle azioni effettivamente realizzate così come nel dibattito. Sono stati messi in campo interventi rivolti a bisogni largamente insoddisfatti: per le famiglie con bambini piccoli si tratta soprattutto di nidi famiglia e spazi gioco, per quelle con figli più grandi di supporto alle attività scolastiche e aggregazione giovanile, per l'insieme delle giovani famiglie di formazione ai ruoli familiari, prestiti sull'onore e agevolati ⁽⁷¹⁾.

La critica della debolezza progettuale del welfare regionale su questa materia e l'intenzione di valorizzare ruolo, idee ed esperienze delle famiglie stesse hanno influenzato la definizione dei progetti e dei soggetti responsabili. La legge 23 ha finanziato progetti innovativi, così da far appunto risaltare le elaborazioni delle famiglie e da ovviare alle tradizionali carenze delle politiche pubbliche. Inoltre, si è data priorità alle modalità di auto-organizzazione delle famiglie (le associazioni familiari) nella realizzazione dei progetti finanziati ⁽⁷²⁾.

Oggi ci si chiede in che modo si possa valorizzare l'innovazione maturata nel territorio e condurre, pertanto, il percorso pluriennale compiuto verso il suo naturale approdo, cioè un cambiamento destinato a durare nel tempo. I progetti della legge 23 risultano tendenzialmente separati rispetto alla rete dei servizi, hanno spesso durata limitata e toccano un quota esigua dei nuclei potenzialmente interessati. Questi sono tratti insiti nella natura stessa di una norma che finanzia progetti innovativi e la cui funzione, quindi, consiste nell'aprire nuove strade. La sfida adesso è compiere il passo successivo, cioè spostare il perno dell'azione regionale dai progetti innovativi agli interventi a regime, che abbiano assicurata una certa continuità e che riguardino una fascia più ampia di popolazione. Si tratta evidentemente di un passaggio complicato e pieno d'insidie, prima fra tutte quella di perdere la spinta innovativa, ma il punto di arrivo non può che essere questo.

Rispetto alla realizzazione di tale passaggio, il decennio trascorso lascia una situazione i cui sbocchi non paiono ancora delineati. Da una parte, non sono state create le condizioni per apprendere dalle esperienze positive maturate nel territorio, co-

⁽⁷¹⁾ Alla conclusione della precedente legislatura regionale (2005) i progetti maggiormente finanziati erano: "Formazione ai ruoli familiari" (33% del totale dei progetti), "Supporto alle attività scolastiche" (24%) e "Spazi gioco" (13%). Giunti quasi al termine della successiva legislatura (2009, dato più recente) i progetti maggiormente finanziati risultavano essere: "Formazione ai ruoli familiari" (37%) e "Supporto alle attività scolastiche" (37%).

⁽⁷²⁾ Nel 2009 le associazioni di solidarietà familiare gestivano il 50% dei progetti finanziati, seguite dalle cooperative sociali con il 27%.

sì come dagli errori commessi, poiché i progetti della legge 23 sono stati oggetto di una ridotta attività valutativa. Dall'altra, le azioni tese a costruire politiche rivolte alle famiglie con figli che vadano oltre i progetti, fino ad oggi hanno avuto una velocità ridotta. In proposito è significativa – tra i settori che interessano queste famiglie – la situazione di quello su cui l'amministrazione regionale ha maggiori leve per intervenire, cioè i servizi alla prima infanzia: le specifiche vicende hanno seguito *iter* differenti, pensiamo all'accreditamento e all'applicazione del Piano nidi nazionale, ma hanno condiviso una comune lentezza nel realizzare più ampie azioni regionali d'insieme ⁽⁷³⁾.

21.6.2. *La famiglia con persone non autosufficienti*

L'obiettivo di valorizzare la famiglia ha riguardato esclusivamente i nuclei di nuova composizione e/o con figli senza toccare quelli con persone non autosufficienti, anziane o disabili, che costituiscono la gran parte dell'utenza delle politiche regionali. Per i *caregiver* impegnati ad assistere un proprio parente non autosufficiente, dunque, non è stata messa in campo alcuna strategia esplicita di sostegno ⁽⁷⁴⁾.

In assenza d'interventi rivolti direttamente a loro, bisogna chiedersi quali siano stati gli effetti indiretti della riforma lombarda sull'impegno di cura e/o sulla qualità della vita dei *caregiver* familiari di anziani e disabili. Quali effetti, cioè, abbiano avuto su questi soggetti le azioni promosse dalla Regione per perseguire obiettivi di altra natura (che, quindi, non hanno avuto loro come target principale). L'attenzione si focalizza sui parenti di chi vive a domicilio, non di chi si trova in residenza (situazione che richiede ai familiari meno impegno). È noto che la possibilità di ricevere informazioni/suggerimenti su come affrontare le attività di cura e sul modo di orientarsi nella rete dei servizi costituisce un'esigenza fondamentale dei familiari. La strategia lombarda, però, non ha puntato sulla funzione di accompagnamento della famiglia nel percorso assistenziale (cfr. prossimo paragrafo). Un altro aspetto cruciale riguarda l'offerta dei servizi nel territorio, necessari per permettere alla persona fragile di vivere nel proprio ambiente e per sostenere lo sforzo della famiglia. Sia nei servizi rivolti agli anziani sia in quelli per persone con disabilità l'investimento sulla domiciliarità è stato contenuto, inferiore a quello di gran parte delle altre Regioni settentrionali. Nel complesso, pertanto, la riforma lombarda ha prodot-

⁽⁷³⁾ Da ricordare sono qui anche i nidi in famiglia che, nati come progetti della l.r. 23/1999 sono stati successivamente riconosciuti quali unità di offerta delle politiche a regime. Si tratta dell'unico caso sinora realizzato di passaggio dalla prima alle seconde. Non sono a oggi chiari gli esiti dell'introduzione dei nidi in famiglia tra le unità di offerta a regime, esiti che meriteranno un'attenta valutazione; in ogni modo i servizi coinvolti sono pochi.

⁽⁷⁴⁾ Con una sola eccezione, che non modifica il quadro delineato. Tra le tipologie di progetti della l.r. 23/1999 finanziati, per l'intero periodo considerato, alcuni tra quelli riferiti a "Promozione dell'associazionismo familiare e del mutuo aiuto" e "Banche del tempo" riguardavano le famiglie di disabili e anziani.

to alcuni effetti indiretti negativi sui familiari degli anziani non autosufficienti e delle persone con disabilità.

Box 6 - La riforma lombarda ha sostenuto la famiglia?

- La riforma lombarda ha inteso sostenere le famiglie di nuova composizione e/o con figli
- La l.r. 23/1999 ha permesso di dare rilievo a queste famiglie, promuovendo l'innovazione loro destinata
- Per le famiglie con figli la sfida, ora, è spostare il perno dell'azione regionale dai progetti innovativi agli interventi a regime
- La riforma non ha perseguito obiettivi diretti di sostegno ai familiari di anziani non autosufficienti e di persone con disabilità
- La riforma ha avuto, altresì, effetti indiretti sui familiari di anziani non autosufficienti e di persone con disabilità. Si è trattato di effetti negativi, dovuti ai ridotti investimenti nel percorso assistenziale e nei servizi domiciliari

21.7. La riforma lombarda ha migliorato la regolazione del welfare locale?

La regolazione di un sistema di welfare locale dipende da ciò che accade a vari livelli di governo. Di seguito, pertanto, si affronta il tema sotto diversi punti di vista, procedendo dal livello micro al livello macro: il percorso dell'utente e dei suoi familiari nei servizi (par. 21.7.1), l'assetto organizzativo e istituzionale che riguarda i diversi attori operanti nel territorio (par. 21.7.2) e il complessivo indirizzo fornito dall'amministrazione regionale (par. 21.7.3). L'angolo visuale cambia – si vedrà – i tratti di fondo che emergono sono i medesimi ⁽⁷⁵⁾.

21.7.1. *L'utente e la sua famiglia*

Accompagnare l'utente e la sua famiglia durante le diverse fasi del loro percorso nei servizi – informazione, accesso, valutazione, presa in carico e passi successivi – non ha rappresentato uno degli obiettivi della riforma lombarda. Nel periodo in esame, la Regione ha oscillato tra il disinteresse e le azioni finalizzate ad abolire i presidi pubblici del percorso già esistenti. Ciò è avvenuto per tutti gli utenti ma qui vale la pena di riprendere la vicenda degli anziani non autosufficienti perché, meglio di qualunque altra, chiarisce la relazione tra idee e realtà venutasi a creare su questo tema.

⁽⁷⁵⁾ La regolazione del welfare locale è un tema di particolare rilievo e, per questo motivo, le sono stati dedicati vari capitoli nella seconda parte del volume. Si propone lì un'approfondita analisi dei suoi diversi aspetti, trasversale ai differenti settori d'intervento delle politiche sociali regionali. Si rimanda, dunque, a questa parte per una disamina specifica mentre qui vengono ripresi alcuni punti di sintesi.

Bisogna tornare al marzo 1995, quando la precedente Giunta approvò il “Progetto Obiettivo Anziani”. Il Progetto prevedeva la presenza nei territori dell’Unità di Valutazione Geriatrica (Uvg), deputata alla valutazione multidimensionale di chi richiedeva l’accesso alla rete dei servizi e alla stesura del piano d’intervento globale personalizzato. All’Uvg era anche assegnata – nelle intenzioni – la funzione di regia dell’accesso ai servizi pubblici, dell’integrazione tra interventi sociali e sanitari, e, più in generale, di governo della rete locale di welfare.

Negli anni successivi, però, la concreta realizzazione delle Unità di Valutazione sul territorio incontrò varie difficoltà e le indicazioni del Piano Regionale vennero tradotte nella pratica solo in misura limitata. Non mancarono casi di eccellenza ma prevalsero gli indirizzi di natura burocratico-amministrativa, “schiacciati” sulla funzione di autorizzazione all’accesso ai servizi a scapito del progetto personalizzato e del governo della rete. Prese così piede, tra gli addetti ai lavori, un dibattito sulle criticità dell’Uvg e sulle possibili modalità per superarle (ad esempio Guerrini, 2001).

A cavallo del nuovo millennio, alla riflessione sui problemi dell’Unità Valutativa si affiancò l’elaborazione strategica che l’amministrazione regionale stava compiendo per costruire la propria riforma delle politiche sociali, incentrata sugli obiettivi presentati nel primo capitolo del volume. Una tra le prime decisioni scaturite da tale elaborazioni fu – all’inizio del decennio – l’abolizione dell’Uvg.

La scelta non fu dovuta ai problemi venuti alla luce durante l’attuazione. Infatti, se fossero state ritenute utili le funzioni attribuite all’Unità Valutativa dal Progetto Obiettivo, il nodo sarebbe stato affrontato sul piano attuativo, operando per modificare le criticità sopra esposte. A tal fine l’amministrazione avrebbe potuto impiegare numerosi strumenti: svolgere analisi empiriche di quanto accaduto nel territorio, costruire linee guida, diffondere le buone pratiche emerse e così via.

La Regione, invece, decise di eliminare le Unità Valutative per un altro motivo: la loro presenza non risultava coerente con il disegno della riforma. Detto altrimenti, il punto critico non consisteva nel fatto che le Uvg avessero incontrato problemi operativi nei primi anni di attività, bensì era il loro stesso ruolo ad essere giudicato incompatibile con il nuovo welfare. Da una parte, si riteneva che la funzione di governo dell’accesso fosse incompatibile con la libertà di scelta delle persone che accedono alla rete di scegliere autonomamente il servizio da ricevere (obiettivo “libertà di scelta”). Dall’altra, la regia del sistema locale veniva giudicata in contraddizione con la possibilità degli erogatori accreditati di competere nel proporsi agli utenti (obiettivo “sviluppo del quasi-mercato”) ⁽⁷⁶⁾.

Prendere una simile decisione voleva dire non dare credito alle argomentazioni

⁽⁷⁶⁾ La supposta contraddizione tra l’Uvg e la logica della riforma fu esplicitata in numerose occasioni pubbliche. Inoltre, sembra di capire che la costruzione di presidi pubblici al percorso assistenziale troppo complessa dal punto di vista attuativo, anche se questa ulteriore motivazione non venne esplicitata.

di coloro i quali sostengono l'importanza di presidiare il percorso assistenziale. Tali argomentazioni sono che le famiglie richiedono informazioni, consulenze, suggerimenti su come affrontare le necessità insorte e sul modo di orientarsi nel welfare locale, e che è necessaria una funzione di regia pubblica della rete dei servizi per fare sì che ogni bisogno riceva la risposta più appropriata possibile. Come noto, la letteratura scientifica – italiana e internazionale – è unanime circa la necessità di accompagnare il percorso assistenziale di utenti e famiglie (la strada da percorrere) mentre si divide su come farlo (gli strumenti con cui percorrerla) (ad es NNA, 2009, 2010). La peculiarità della riforma lombarda, dunque, è consistita nel ritenere che si potesse intraprendere una strada differente.

Nel decennio, pertanto, l'indicazione della Regione Lombardia – seguita da alcuni ma non da tutti i territori – è stata quella di deregolare il percorso assistenziale, disattivando i presidi già esistenti (Uvg) e non costituendone altri (Porta Unica di Accesso, Pua, e *case manager*). Le altre Regioni, intanto, hanno lavorato in una direzione differente, operando per il rafforzamento del sostegno pubblico alle diverse fasi del percorso assistenziale. Partendo da situazioni diverse, si sono avviate lungo il medesimo cammino, che le vede passare progressivamente dalla "Posizione intermedia 1" al "Percorso regolato" (tab. 21.5). Al di fuori della nostra Regione, infatti, negli ultimi anni si è registrata un'attenzione estesa e crescente nei confronti del percorso assistenziale.

Affermare che le altre Regioni stiano lavorando sempre più sul percorso – è bene precisarlo – non significa affatto sostenere che siano riuscite a ottenere risultati significativi. La tabella 21.5 presenta gli obiettivi dichiarati; proprio su questi temi spesso esiste un certo scollamento tra quanto enuncia la normativa e ciò che si riesce effettivamente a realizzare. Le altre Regioni, però, hanno in varia misura raggiunto esiti positivi e hanno tutte accumulato un prezioso bagaglio di esperienza in merito.

La collocazione della Lombardia – unica Regione italiana – nel modello del "percorso deregolato" si è conclusa nel 2008. A partire da quell'anno, infatti, alcune novità normative hanno segnalato l'intenzione di tornare a presidiare il percorso assistenziale, riprendendo l'esperienza interrotta dopo il Progetto Obiettivo Anziani 1995. Mi riferisco alle indicazioni che provengono in tal senso della legge 3/2008, alle linee guida per la terza triennalità dei Piani di zona (2009-2011) e all'introduzione del CeAD (Centro per l'assistenza domiciliare). Le applicazioni operative si sono mostrate limitate e non sempre ordinate, sinora l'aspetto di maggior rilievo è stata l'evidenza del cambio di orientamento strategico. Cambio di orientamento, che – a partire dal 2008 – è stato esplicitato anche con riferimento alle altre aree di utenza delle politiche sociali. I prossimi anni mostreranno se sarà tradotto in pratica in maniera robusta.

Tabella 21.5 - Le Regioni e il percorso assistenziale: obiettivi dichiarati

Tipologia di percorso <i>Fasi del percorso:</i> presidio pubblico	Percorso deregolato	Posizione intermedia 1	Posizione intermedia 2	Percorso regolato
<i>Accesso: Pua</i>	NO	NO	Sì	Sì
<i>Valutazione e progettazione: Uvg</i>	NO	SI	Sì	Sì
<i>Responsabilità nel tempo: case manager</i>	NO	NO	NO	Sì
<i>Esempi</i>	Lombardia 2000-2008	Calabria, Molise	Liguria, Piemonte	Toscana, Marche

Fonte: Gori e Pesaresi, 2009; Avanzini e De Ambrogio, capitolo 6

21.7.2. *L'assetto organizzativo ed istituzionale*

Le analisi condotte nei differenti capitoli del libro mostrano la necessità di supportare la ricerca di una maggiore collaborazione a livello del caso con una più solida integrazione sul piano organizzativo e istituzionale.

Per quanto riguarda le indicazioni regionali riguardanti il rapporto tra Comuni e Asl, il decennio si è articolato in fasi diverse. Inizialmente si è creata una situazione abbastanza confusa, segnata dall'assenza d'integrazione e dalla tendenziale prevalenza delle Asl sui Comuni nella gestione dei piani di zona. Gli aspetti caratterizzanti questo periodo, dunque, sono stati la scarsa chiarezza e una certa predominanza della sanità rispetto al sociale (prima triennalità piani di zona). Nella fase successiva, invece, l'amministrazione regionale ha "messo in ordine" il rapporto tra sociale e sanitario, parificando formalmente i ruoli di Comuni e Asl. Questa fase è cominciata con la seconda triennalità dei piani di zona ed è proseguita con la legge 3/2008, che ha fornito un ulteriore contributo nella definizione di una più corretta equiparazione tra Asl e Comuni, identificando per ognuno la propria area di titolarità e precisandone a livello formale reciproci ruoli e funzioni (programmazione della rete socio-assistenziale all'uno e della rete sociosanitaria all'altro). Il chiarimento offerto dalla normativa nella definizione di ruoli e funzioni tra sociale e sociosanitario, pur necessario, ha più che altro di nuovo orientato verso una separazione e una spartizione di aree di competenza tra i due settori (Ferrario, 2009). L'esito della riforma, pertanto, è stato quello di giungere a una "ordinata separazione di competenze" tra sociale e sanitario, pensati come due settori ben chiaramente separati nella configurazione istituzionale così come nelle modalità operative.

Nel periodo in esame, intanto, la gran parte delle altre Regioni del centro-nord ha lavorato in misura crescente alla costruzione di un effettivo sistema d'integrazione organizzativa e istituzionale tra sociale e sanitario. Non vi è qui lo spazio per entrare nel dettaglio di quanto è stato realizzato (si rimanda a Baretta, a cura di, 2009; Muraro e Rebba, a cura di, 2009) ma si vuole evidenziare la tendenza che emerge.

Le altre Regioni – a partire da Emilia-Romagna, Toscana, Veneto – hanno introdotto numerose novità tese alla costruzione di un'effettiva integrazione organizza-

tiva e istituzionale tra sociale e sanitario, legata ai meccanismi programmatori così come al rafforzamento di logiche di condivisione degli assetti decisionali e delle risorse finanziarie tra i soggetti coinvolti. I risultati sono stati sinora molto vari, a volte negativi, ma, in ogni caso, l'esperienza maturata non potrà che risultare utile alle Regioni che l'hanno realizzata per le loro azioni future.

Venendo ai piani di zona, in molti territori la loro esperienza si è consolidata notevolmente e ha portato a rilevanti innovazioni di natura gestionale (es. nascita di aziende e consorzi ⁽⁷⁷⁾). La pianificazione zonale, in particolare dalla seconda triennialità, ha aperto a una serie di sviluppi e ha definito un quadro nel quale in tanti casi i Comuni si sono riappropriati della funzione di programmazione e molti soggetti – nei diversi tavoli – si sono attivati in processi virtuosi di costruzione delle politiche sociali del loro territorio. Certamente la situazione regionale non è omogenea e il quadro appena tratteggiato non riguarda tutti e 98 i piani di zona. L'avvio poco regolato ha lasciato molti margini di libertà che, in contesti particolarmente ricettivi e disposti alla trasformazione e al cambiamento, hanno permesso una certa vitalità e la produzione di innovazioni interessanti. Per una discussione dettagliata di piani di zona e programmazione locale si veda il capitolo 5, di Avanzini e Ghetti.

Nell'insieme, il libro mostra come non sia possibile discutere separatamente l'integrazione tra sociale e sanitario, l'integrazione con gli altri settori del welfare, il futuro della programmazione locale, il rafforzamento dei rapporti tra i Comuni di un medesimo ambito e lo sviluppo della partecipazione del Terzo Settore ai processi programmatori (cfr. par. 21.3). Ognuno di questi temi, infatti, è intrecciato con gli altri e i loro destini non sono, quindi, separabili. La sfida è individuare le leve di politica regionale – poche ma realmente incisive – capaci di promuovere il governo unitario del sistema locale di welfare a livello di ambito/distretto.

21.7.3. *L'indirizzo regionale*

Se si legano tra loro i principali risultati di questo paragrafo e li si colloca nel quadro complessivo della nostra analisi, l'indirizzo regionale assume contorni abbastanza ben delineati. Il passaggio cruciale consiste, mi pare, nel distinguere le azioni riguardanti i singoli servizi da quelle concernenti il sistema di welfare. La Giunta lombarda si è concentrata sul profilo dei singoli servizi – i soggetti che li erogano e la qualità degli interventi forniti – e la sua azione in proposito è risultata efficace. Infatti, per quanto riguarda i gestori è stato raggiunto l'obiettivo di ampliare la presenza del Terzo Settore e valorizzarne il ruolo (par. 21.3). Rispetto alla qualità degli interventi, sono stati migliorati sostanzialmente gli standard di gran parte dei servizi (par. 21.8) ⁽⁷⁸⁾.

⁽⁷⁷⁾ Sin dalla fine del primo triennio la Regione aveva indicato la necessità di definire forme di gestione adeguata, identificando diverse ipotesi tra cui l'Azienda speciale, il Consorzio, la Società, pur senza mai porre vincoli e/o incentivi a questi indirizzi e lasciando quindi all'azione dei diversi territori.

⁽⁷⁸⁾ Mi riferisco ai servizi i cui standard di qualità sono determinati direttamente dalla Regio-

Non si è puntato, invece, sulla regolazione del sistema locale di welfare. Mi riferisco qui all'insieme di azioni tese a coordinare i diversi interventi forniti nel territorio e finalizzate a rendere la complessiva risposta il più possibile appropriata ai bisogni della popolazione (unitarietà e appropriatezza della risposta). L'insieme di tali azioni non tocca direttamente i singoli servizi – la loro qualità o il profilo del gestore – ma esercita un impatto cruciale sulla popolazione. Vediamo:

- *il percorso nei servizi*: è mancato uno sforzo per accompagnare utente e famiglia nelle sue diverse fasi (cfr. par. 21.7.1);
- *l'assetto organizzativo e istituzionale*: si è lavorato poco per costruire forme di coordinamento tra i vari attori coinvolti (cfr. par. 21.7.2);
- *l'equità territoriale*: è stata migliorata la corrispondenza tra la distribuzione degli interventi nei vari territori regionali e i rispettivi bisogni della popolazione, ma il quadro rimane critico (cfr. par. 21.9.1);
- *il mix di servizi*: l'allocazione delle risorse tra le voci del bilancio regionale è determinata in misura troppo limitata dai bisogni della popolazione e in proporzione eccessiva dalla capacità dei diversi settori di esercitare pressione sul decisore. In questo scenario a vincere è sempre il settore politicamente più forte: la sanità acuta prevale sul sociosanitario e – al suo interno – il residenziale prevale sul domiciliare; alla stessa stregua, la sanità prevale sul sociale ⁽⁷⁹⁾. Si produce così un'articolazione dell'offerta non consona rispetto ai bisogni: il sintomo più visibile è l'esiguo investimento nella domiciliarità, in Lombardia inferiore alle altre Regioni settentrionali.

Negli ultimi anni, le altre Regioni del centro-nord comparabili hanno lavorato in misura crescente su questi aspetti, assumendo sempre più un ruolo di enti di governo del sistema di welfare (non solo di singoli servizi). Pure in assenza di studi definitivi, si può certamente affermare che la nostra Regione, tra le realtà del centro-nord comparabili, sia una di quelle che meno si è dedicata ad ognuno di questi aspetti ⁽⁸⁰⁾. Il punto da sottolineare è l'omogeneità tra i temi considerati per quanto riguarda la posizione di debolezza della Lombardia. Ne emerge un quadro assai cri-

ne, cioè quelli residenziali e semi-residenziali per anziani e per persone con disabilità. Servizi che assorbono complessivamente circa i due/terzi del bilancio regionale per le politiche sociali.

⁽⁷⁹⁾ Evidentemente ciò accade anche nelle altre Regioni, la differenza rispetto alla nostra è che i settori meno forti politicamente (sociosanitario, domiciliarità, sociale) riescono ad ottenere maggiori risorse sulla base delle necessità della popolazione. Esiste, detto altrimenti, una maggiore capacità di governare la spesa e di allocarla secondo i bisogni.

⁽⁸⁰⁾ Quelli qui richiamati non sono gli unici temi di governo del sistema sui quali – da varie parti – si è chiesto negli ultimi anni alla Regione Lombardia d'intervenire. Ho inserito solo questi, però, perché su ognuno è documentato lo sforzo compiuto dalla maggior parte delle altre Regioni del centro-nord e, dunque, il ritardo lombardo. Su altri temi l'azione regolativa regionale sinora è stata limitata in Lombardia, anche se sarebbe utile, ma lo è stata anche nelle altre Regioni (regole nucleo Isee per anziani e disabili; qualità servizi domiciliari) e su altri temi ancora non ho una conoscenza adeguata di cosa accada nelle altre Regioni (condizioni contrattuali dei lavoratori del welfare).

tico sulla regolazione del sistema, più preoccupante di quanto venga abitualmente percepito dalla maggioranza degli osservatori. Nel dibattito pubblico, infatti, si tende a considerare i suddetti temi singolarmente, mentre collocarli in una visione d'insieme meglio evidenzia la dimensione reale delle criticità. Peraltro, su questo come su altri argomenti, una certa ritrosia a confrontarsi con le altre Regioni – che ha segnato gli anni della riforma lombarda – può non aver aiutato il formarsi della consapevolezza di quanto stesse accadendo altrove.

Con riferimento all'importanza di regolare il sistema locale di welfare, vale qui quanto già affermato per il percorso assistenziale. Se consideriamo i quattro temi sopra elencati, infatti, esiste un ampio consenso tra gli esperti sulla necessità di costruire politiche regolative in merito, mentre ci si divide su quali siano gli strumenti più opportuni da utilizzare a tal fine ⁽⁸¹⁾.

Oltre alle menzionate tematiche concernenti i singoli servizi – profilo degli erogatori e qualità degli interventi – l'altra linea di lavoro su cui la Regione Lombardia ha concentrato gli sforzi è stata quella dei progetti innovativi (l.r. 23/1999, povertà, progetti sperimentali). La numerosità dei progetti realizzati e l'impegno dell'amministrazione regionale sono superiori rispetto alle Regioni comparabili. Anche qui i risultati sono stati prevalentemente positivi ma si tratta – per definizione – d'interventi differenti dalle necessarie azioni di governo del sistema ⁽⁸²⁾.

Box 7 - La riforma lombarda ha migliorato la regolazione del welfare locale?

- La riforma lombarda è stata efficace, perlopiù, nelle azioni riguardanti i singoli servizi (la natura dei loro gestori e la qualità degli interventi realizzati). Non ha puntato, invece, sulla regolazione del sistema locale di welfare
- Le Regioni del centro-nord comparabili con la nostra hanno lavorato in misura crescente, durante il periodo in esame, sui seguenti temi riguardanti la regolazione del welfare locale:
 - accompagnamento di utenti e famiglie nelle diverse fasi del percorso nei servizi;
 - costruzione di forme di coordinamento organizzativo e istituzionale tra gli attori presenti nel territorio;
 - rafforzamento dell'equità territoriale nella distribuzione degli interventi;
 - mix di offerta complessiva determinato, in misura maggiore rispetto a prima, dai bisogni della popolazione
- La Regione Lombardia è una tra quelle che meno si è dedicata ad ognuno degli aspetti menzionati
- Gli esperti concordano sulla necessità di costruire politiche regolative che affrontino questi temi, mentre si dividono sugli strumenti da impiegare a tal fine

⁽⁸¹⁾ In proposito si veda, per ognuno dei quattro temi, la bibliografia richiamata in questo e negli altri capitoli del libro.

⁽⁸²⁾ A partire dal 2008, come detto, si sono manifestati alcuni segnali di cambiamento, a livello di indicazioni strategiche dell'amministrazione regionale, nella direzione di un maggiore accompagnamento di utenti e familiari nel percorso nei servizi. L'impressione è che questa attenzione potrebbe – nel prossimo futuro – estendersi all'insieme dei temi riguardanti la regolazione del welfare locale.

21. 8. La riforma lombarda ha migliorato gli effetti dei servizi per gli utenti?

Questo, tra tutti, è evidentemente l'interrogativo più importante perché riguarda le conseguenze concrete delle politiche sociali regionali sulle condizioni di chi ne fruisce. Si tratta di comprendere se – grazie ai cambiamenti introdotti con la riforma – le politiche sociali producano per gli utenti conseguenze migliori rispetto a quanto accadeva in precedenza. È, però, impossibile rispondere in modo rigoroso alla domanda perché, su questo punto, il nostro lavoro non rispetta alcuni presupposti base della metodologia di valutazione⁽⁸³⁾. Ciò precisato, mi pare che i nostri dati permettano di cogliere i cambiamenti fondamentali apportati alla qualità dei servizi dalla riforma lombarda, e che tali cambiamenti evidenzino le principali tendenze riguardanti gli effetti sugli utenti.

Tale affermazione vale per i servizi rispetto ai quali la Regione dispone di maggiori leve per determinare la qualità: i servizi socio-sanitari, in strutture residenziali o semi-residenziali, forniti a regime⁽⁸⁴⁾. Si tratta dei servizi residenziali e semi-residenziali per anziani non autosufficienti (Residenze Sanitarie Assistenziali, Rsa e Centri Diurni Integrati, Cdi) e di quelli rivolti alle persone con disabilità (Residenze Sanitarie assistenziali per Disabili, Rsd, Centri Diurni per Disabili, Cdd, Comunità Alloggio Socio-Sanitarie, Cds). Questo insieme di servizi assorbe poco più dei due terzi del bilancio regionale.

Per ognuno di essi l'amministrazione regionale ha compiuto i medesimi passaggi chiave. La prima legislatura della riforma è stata dedicata al complessivo ripensamento della natura e della qualità dei servizi. Innanzitutto, sono state definite nuove unità operative, dato che, dei cinque servizi qui considerati, prima del 2002 esistevano solo le Rsa; gli altri sono stati definiti in quegli anni, come sviluppo/innovazione di unità di offerta preesistenti. Per ogni unità operativa la Regione ha elaborato gli standard strutturali e gli standard gestionali, e gli erogatori hanno cominciato il cammino per recepirli. La legislatura successiva è stata dedicata al consolidamento. Si è proseguito nell'applicazione degli standard e – laddove necessario

⁽⁸³⁾ Mi riferisco alla metodologia di analisi valutativa degli effetti sugli utenti. In particolare non sono rispettati i seguenti presupposti: a) non abbiamo confronti tra le condizioni degli utenti prima e dopo l'introduzione della riforma; b) nelle Regioni centro-settentrionali l'ultimo decennio, cioè il periodo della riforma lombarda, ha visto le politiche sociali compiere ovunque notevoli passi avanti per qualità e quantità dell'offerta. Risulta, pertanto, impossibile comprendere quali dei cambiamenti verificatisi in Lombardia non si sarebbero realizzati senza la riforma e quali, invece, avrebbero avuto luogo in ogni caso; c) i nostri dati si concentrano sulla qualità dei servizi, che è aspetto diverso dagli effetti sulle condizioni delle persone (Martini e Sisti, 2009).

⁽⁸⁴⁾ Si tratta dei servizi non sperimentali che per ricevere un finanziamento pubblico devono rispettare gli standard qualitativi indicati dalla Regione. Non considero, quindi, i servizi sociali, quelli domiciliari e i servizi innovativi/sperimentali; in vari capitoli – ai quali rimando – si propongono stimolanti analisi sui loro effetti. In sede conclusiva mi concentro sui servizi la cui qualità è più direttamente riconducibile all'azione regionale.

– l'amministrazione regionale ha introdotto alcuni aggiustamenti e ha rafforzato alcuni aspetti. Pure con qualche lieve differenza, e date le specificità dei rispettivi contenuti, questo è stato il comune percorso del decennio. Si è trattato di un ampio e articolato sforzo per elevare la qualità dei servizi socio-sanitari (tab. 21.6).

Tab. 21.6 - Migliorare la qualità dei servizi socio-sanitari: il percorso del decennio

<i>Servizi coinvolti</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rsa e Cdi (Anziani) • Rsd, Cdd e Css (Persone con disabilità)
<i>Legislatura 2000-2005</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La Regione definisce nuove unità operative • La Regione elabora gli standard strutturali • La Regione elabora gli standard gestionali • I gestori iniziano a recepire gli standard
<i>Legislatura 2005-2010</i>	<ul style="list-style-type: none"> • I gestori proseguono il recepimento dei nuovi standard • La Regione compie alcuni aggiustamenti e rafforza alcuni aspetti

Le analogie riguardano anche gli esiti del percorso illustrato. Si può affermare che questo percorso abbia portato un netto miglioramento della qualità in tutti i servizi esaminati, pure se con intensità differenti. Qui evidenzio la tendenza complessiva, rimandando ai singoli capitoli le discussioni sugli specifici aspetti tecnici, che non ho le competenze per approfondire. Con riferimento alla disabilità:

“fino al 2003, l'assetto gestionale-organizzativo dei servizi per le persone con disabilità in Regione Lombardia era definito sostanzialmente attraverso i criteri strutturali, gestionali e organizzativi previsti nel Piano Socio-Assistenziale 1988-1990. Per diversi aspetti, tuttavia, quel Piano era stato solo parzialmente attuato ... mentre, nel frattempo, erano profondamente cambiati il contesto culturale ... epidemiologico ... e normativo ...

La riforma di questo decennio ha svolto l'importante funzione di definire, standardizzare e semplificare i requisiti strutturali, gestionali e organizzativi di molti servizi sanitari (riabilitazione) e socio-sanitari (Rsd, Css, Cdd). Così facendo è stato possibile permetterne un'applicazione diffusa e garantire controlli più stringenti e puntuali su gestori ed erogatori, pena l'esclusione dal sistema di remunerazione regionale.

Questi cambiamenti hanno prodotto conseguenze positive sulla qualità dei servizi autorizzati e accreditati, almeno in termini strutturali, organizzativi e gestionali. In questi anni l'estesa azione di accreditamento e controllo da parte delle diverse Asl ha permesso di garantire condizioni residenziali, abitative e organizzative di servizio pressoché omogenee su tutto il territorio regionale” (Cicoletti *et ali.*, capitolo 13).

Per quanto riguarda gli anziani:

“Nelle Rsa si è avuto un globale miglioramento della qualità residenziale ed alberghiera (i posti letto adeguati allo standard strutturale passano dal 34.2% del totale all'81.3% tra il 2003 e il 2010). Vi è stata una progressiva promozione, ad opera della normativa regionale, della qualità non solo relativa alla struttura (standard

strutturali e gestionali) ma anche ai processi e agli esiti. Nell'insieme, si può riscontrare una crescita globale del sistema delle residenze in termini di adeguamento alla normativa e di miglioramento della qualità.

Con i Cdi è stato costruito un sistema capace di aiutare le persone anziane che vivono sole a mantenere la propria autonomia contrastando il rischio del declino funzionale, cognitivo ed affettivo e dell'istituzionalizzazione. I Cdi, inoltre, offrono a persone in condizioni di parziale o totale non autosufficienza assistenza tutelare ed infermieristica ed un'opportunità di riabilitazione globale" (sintesi, a cura di Guerini, dei capitoli 9 e 10).

I risultati della riforma lombarda sono da comparare con quelli ottenuti dalle altre Regioni confrontabili del centro-nord nel medesimo periodo. Mancano studi d'insieme ma, sulla base delle informazioni disponibili ⁽⁸⁵⁾, si può indubbiamente affermare che la riforma lombarda abbia dato origine a uno dei percorsi più significativi in Italia in materia di qualità: oggi la nostra è una delle prime Regioni su questo fronte.

Non voglio qui trascurare né le criticità esistenti nei servizi presi in esame né le sfide poste dall'evoluzione dei bisogni (diffusione delle forme di demenza, da una parte, e disabili che invecchiano, dall'altra); anche in questo caso rimando agli specifici capitoli. Vi sono poi le criticità di sistema, riguardanti in particolare l'esiguità dei servizi domiciliari, riprese nel paragrafo 21.7. Intendo, però, evidenziare che nei servizi dei quali la Regione controlla maggiormente la qualità – e che assorbono due terzi del bilancio per le politiche sociali – durante il decennio sono stati compiuti importanti passi in avanti, che riguardano proprio l'aspetto di maggior importanza per i destinatari. È un risultato fondamentale e mi pare non sempre ottenga abbastanza rilievo nel dibattito pubblico.

Box 8 - La riforma lombarda ha migliorato gli effetti dei servizi per gli utenti?

- Si può rispondere con riferimento ai servizi di cui le politiche regionali controllano la qualità, quelli residenziali e semi-residenziali per anziani non autosufficienti e disabili (poco più di 2/3 del bilancio regionale)
- Le tappe principali del decennio sono state le stesse per tutti i servizi considerati. La legislatura 2000-2005 è stata dedicata al ripensamento complessivo della natura e della qualità dei servizi. La legislatura 2005-2010 è stata dedicata al consolidamento dei cambiamenti introdotti
- Le nostre analisi mostrano che questo percorso ha portato un netto miglioramento della qualità in tutti i servizi esaminati, pure se con intensità differenti
- Il confronto con le Regioni comparabili mostra che il percorso della riforma lombarda in materia di qualità dei servizi socio-sanitari è stato tra i più significativi compiuti e che oggi la nostra è una tra le prime realtà italiane su questo fronte
- È un risultato cruciale, ottenuto nel tema di maggior rilievo per chi riceve i servizi, ma non sempre riceve rilievo adeguato nel dibattito pubblico

⁽⁸⁵⁾ Per gli anziani non autosufficienti si veda, tra gli altri, NNA, 2009 e 2010. Per le persone con disabilità, tra gli altri, www.handylex.org e la rivista HandylexPress.

21.9. La riforma lombarda ha incrementato l'equità del sistema?

21.9.1. *Equità orizzontale*

È la capacità di tutelare allo stesso modo individui/famiglie nelle medesime condizioni: nella nostra analisi significa, principalmente, garantire risposte simili a persone con le stesse esigenze che si trovano in aree diverse della Lombardia. Si tratta, detto altrimenti, di assicurare l'equità territoriale.

Ogni volta che un'amministrazione introduce regole valide per l'intero territorio regionale aumenta, di conseguenza, l'equità territoriale. Il paragrafo 7 ha discusso di tali regole – quelle che esistono e quelle che si potrebbero inserire – in merito ad alcuni temi, come la qualità dei percorsi assistenziali (standard per porta d'accesso/presa in carico/Pai), la qualità degli interventi (standard per le varie tipologie di servizi) e il contributo dei cittadini al loro costo (rette e compartecipazione alla spesa). L'incremento di equità territoriale è qui insito in azioni il cui scopo principale riguarda la qualità o la suddivisione dei costi.

Esistono, nondimeno, azioni che hanno l'obiettivo primario di assicurare nel territorio una distribuzione degli interventi che sia conforme ai bisogni, azioni, cioè, il cui scopo principale consiste nell'incrementare l'equità territoriale del sistema regionale di welfare. Da alcuni anni tutte le amministrazioni stanno lavorando per questo obiettivo e seguono percorsi diversi, che si possono ricondurre a tre tipologie.

– *Aggiustamenti nell'ambito dei meccanismi esistenti.* Una possibilità consiste nel mantenere il vigente sistema di distribuzione dei finanziamenti e dell'offerta di servizi, e nel ridurre le differenze territoriali utilizzando i margini di movimento esistenti. In altre parole, non vengono attuate riforme che modifichino sostanzialmente la distribuzione infraregionale delle risorse o i meccanismi di accesso ai servizi ma, semplicemente, si sfruttano gli spazi che la configurazione attuale consente. Questo è quanto accaduto per la maggior parte dei finanziamenti in Lombardia, dove l'equità nella distribuzione delle risorse tra le Asl è migliorata rispetto a cinque anni fa, pur permanendo ancora una notevole eterogeneità non derivante da differenti bisogni. Sono stati mantenuti criteri di riparto delle risorse economiche tra i territori regionali fondati sulla spesa storica e si è agito nella negoziazione con le singole Asl per variarla progressivamente ⁽⁸⁶⁾.

⁽⁸⁶⁾ In Lombardia le risorse per il sociosanitario non sono allocate tra le Asl secondo una formula esplicita ma attraverso un processo di negoziazione di tipo incrementale, che porta a un aggiustamento dei fondi trasferiti negli anni precedenti. Nel sociale, invece, l'amministrazione regionale esplicita i criteri, piuttosto grezzi, con cui assegna le risorse in ambito distrettuale: il Fnps con quota capitaria secca mentre il Fondo Sociale Regionale viene attualmente ripartito per il 50% su base storica e per il 50% su quota capitaria, con un ritardo rispetto alle intenzioni – manifestate già da qualche tempo dalla Regione – di abbandonare gradualmente il criterio storico per convergere sull'uso della sola quota capitaria (nel 2011 il 75% delle risorse sarà allocato secondo la quota capitaria). Ricordiamo che le risorse per il sociale impiegano il 15% del bilancio regionale per il welfare.

– *Riforma per omogeneizzare la disponibilità di servizi e interventi nei vari territori.* Si prevede di modificare gradualmente il sistema di welfare così da distribuire l’offerta di servizi e interventi nei vari territori regionali in modo omogeneo rispetto ai bisogni. Una declinazione di questa ipotesi consiste nell’introdurre criteri di assegnazione dei fondi tra i territori basandosi su indicatori di fabbisogno, più o meno sofisticati (tasso di persone 75+, tasso di disabilità, indice di deprivazione sociale, tasso di povertà, ecc). Sovente una simile distribuzione delle risorse è accompagnata da alcune indicazioni sui servizi da assicurare in ogni area, secondo i suddetti indicatori di fabbisogno ⁽⁸⁷⁾. La logica consiste nel garantire aderenza ai bisogni nella distribuzione territoriale delle risorse, lasciando poi decidere agli operatori chi debba accedere alla rete dei servizi. L’esempio più noto è la riforma attuata dall’Emilia-Romagna nell’ultima legislatura.

– *Riforma per assicurare una risposta certa a chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno.* Si tratta di modificare il sistema di welfare regionale in modo da prevedere per ogni persona che superi una certa soglia di bisogno la possibilità di accedere agli interventi pubblici, in qualunque area della Regione si trovi. La soglia è calcolata utilizzando una stessa scheda di valutazione multidimensionale nell’intero territorio regionale, così da fornire una definizione chiara ed esplicita di chi può accedere alla rete dei servizi e da tradurla in un indice misurabile ⁽⁸⁸⁾. Strumento di valutazione multidimensionale e soglia precisa per l’accesso alla rete pubblica sono i tratti comuni a tutte le versioni di questa ipotesi, che poi si differenziano. La più diffusa prevede che sopra la soglia d’accesso l’utenza venga suddivisa in diversi gruppi secondo l’intensità dell’assistenza necessaria e che, per ognuno di questi gruppi, siano possibili diverse risposte (varie tipologie di servizi, servizi o prestazioni monetarie). Gli esempi più noti sono l’utilizzo della scheda Svama in Veneto e la riforma della non autosufficienza in Toscana ⁽⁸⁹⁾.

⁽⁸⁷⁾ Ad esempio un punto unico di accesso ogni x abitanti, un centro diurno ogni y persone con disabilità, una certa percentuale di anziani utenti di servizi domiciliari e così via. Nel discutere le varie strategie per l’equità territoriale bisogna considerare, evidentemente, la presenza delle strutture residenziali e semi-residenziali.

⁽⁸⁸⁾ Questa strategia è utilizzabile esclusivamente nei settori dove i bisogni sono manifesti e misurabili, come la non autosufficienza, la disabilità (gli esempi principali riferiti alle politiche regionali), e la povertà, non per altri come la prevenzione, l’informazione e l’orientamento. Nella non autosufficienza le schede di valutazione in uso comprendono, abitualmente, alcune scale che permettono di esaminare le seguenti dimensioni: funzionale, sanitaria, cognitiva, sociale ed economica. Sulla base delle rilevazioni compiute con le diverse scale viene stimato un indice complessivo di bisogno assistenziale, con un relativo punteggio. La soglia per l’accesso alla rete dei servizi e i gruppi per diverso livello di bisogno assistenziale sono definiti sulla base del punteggio in questo indice.

⁽⁸⁹⁾ Un’analisi critica degli strumenti valutativi per le persone non autosufficienti impiegati dalle Regioni si trova in Francesconi e Razzanelli, 2008.

Le tipologie sono qui presentate in modo semplificato ⁽⁹⁰⁾ mentre la realtà vede sovente manifestarsi forme ibride; ma il punto è che, se s'intende mettere in atto una strategia riformatrice per ottenere maggiore equità territoriale, solo due sono le logiche di fondo possibili. Anche i percorsi dei paesi che perseguono tale obiettivo su scala nazionale si possono suddividere in base alla logica che prediligono: in Gran Bretagna, ad esempio, si tratta della ricerca di una distribuzione delle risorse tra i territori che renda omogenea la disponibilità di servizi e interventi mentre in Francia e Germania è l'esistenza di una risposta certa per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno.

Il riferimento a politiche nazionali non è casuale. Risposta individuale certa e distribuzione territoriale delle risorse secondo i bisogni, infatti, costituiscono pure le principali strategie discusse – da tempo – nel dibattito sui livelli essenziali nel sociale e socio-sanitario ⁽⁹¹⁾, che dovrebbero incrementare l'equità territoriale del nostro paese. L'attenzione verso i livelli – sorta in seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001 – si è progressivamente affievolita, però, in assenza di azioni concrete. L'impressione è che le Regioni più avanzate stiano realizzando da qualche anno, con riferimento al proprio territorio e senza chiamarle in questo modo, quelle strategie di livelli essenziali di cui si è discusso a lungo con riferimento all'intero paese ⁽⁹²⁾. L'azione delle Regioni su tale versante è andata di pari passo con la crescita dei loro stanziamenti per le politiche sociali e con la sempre maggiore consapevolezza delle differenze esistenti al proprio interno.

In Lombardia le differenziazioni territoriali nella distribuzione degli stanziamenti pubblici e nell'offerta di servizi rimangono tra le più elevate del centro-nord. L'amministrazione regionale non ha sinora realizzato una riforma finalizzata a incrementare l'equità territoriale e, nel frattempo, tra gli osservatori è aumentata la consapevolezza della necessità di agire su questo fronte. Non è chiaro quale sia la migliore strategia da perseguire ma pare certo, altresì, che la necessità di un intervento riformatore in materia si porrà, nel prossimo futuro, con sempre maggior forza.

⁽⁹⁰⁾ Le due tipologie di riforma hanno profili differenti sotto numerosi aspetti ad esempio: una parte dal bisogno individuale e l'altra dal profilo dell'offerta, una prevede un ruolo ridotto degli operatori nella determinazione di chi sono gli utenti mentre l'altra ne richiede un ruolo più ampio, una è applicabile solo in caso di bisogni conclamati e misurabili, l'altra per tutte le aree delle politiche sociali.

⁽⁹¹⁾ La letteratura sulle politiche regionali ha sinora trascurato, a mia conoscenza, il confronto tra le strategie di equità territoriale. Per chi volesse approfondire i possibili interventi in Lombardia, la strada consigliabile è esaminare la letteratura sui livelli in ambito nazionale, applicando le analisi lì condotte al contesto regionale. Si veda, ad esempio, Ranci Ortigosa, 2008, a cura di.

⁽⁹²⁾ In concreto, ad esempio, non si discute più di livelli essenziali nazionali che garantiscano la presenza di risposte omogenee tra il Piemonte e la Liguria, mentre si lavora in misura crescente per assicurare risposte omogenee tra i differenti distretti all'interno della Liguria.

Box 9a - La riforma lombarda ha incrementato l'equità orizzontale del sistema di welfare?

- L'amministrazione regionale ha ridotto l'eterogeneità tra le diverse aree della Lombardia nella disponibilità di finanziamenti e di servizi, ma la nostra rimane una delle realtà del centro-nord con la situazione peggiore sotto questo profilo
- Numerose Regioni del centro-nord hanno attivato strategie di equità territoriale, scegliendo tra le due logiche possibili: "disponibilità di servizi e interventi omogenei territorialmente" e "risposta certa per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno"
- Non è chiaro quale strada sia meglio per la Lombardia mentre è certo che l'esigenza di un intervento riformatore su questo fronte si porrà, nel prossimo futuro, con sempre maggior forza

21.9.2. *Equità verticale*

Riguarda la capacità di tutelare in modo peculiare le famiglie in condizioni di maggiore difficoltà. L'attenzione si volge qui alle politiche esplicitamente mirate al sostegno dei nuclei in particolari difficoltà economiche.

L'amministrazione regionale ha compiuto alcuni sforzi di rilievo contro la povertà e l'esclusione sociale, a partire dalla promozione di un insieme di progetti contro la marginalità estrema realizzati perlopiù dal Terzo Settore, come l'attività di recupero e distribuzione delle eccedenze alimentari da parte del Banco Alimentare. Inoltre, alcuni buoni sociali sono stati utilizzati quali misure occasionali di sostegno al reddito, tese a tamponare una difficoltà economica della famiglia⁽⁹³⁾. È stata anche utilmente sviluppata la riflessione sul tema, mediante l'attivazione di ORES (Osservatorio Regionale sull'Esclusione Sociale)⁽⁹⁴⁾.

Al giudizio positivo sulle specifiche azioni si accompagna la constatazione della loro limitatezza dimensionale, testimoniata dalla percentuale di spesa dedicata (2% della spesa per le politiche sociali regionali, come da noi definite) e dalla quota della popolazione target raggiunta (tra il 7%⁽⁹⁵⁾ e il 9,9%⁽⁹⁶⁾ dei nuclei stimati potenzialmente raggiungibili).

La nostra analisi spinge a chiedersi se l'amministrazione regionale non potrebbe ampliare il proprio sforzo contro la povertà. Motiverebbe una simile azione – se-

⁽⁹³⁾ Nella triennalità 2006-2008 della programmazione zonale (ultimi dati disponibili), circa il 10% dell'utenza dei buoni sociali era rappresentato dalla categoria "povertà, emarginazione e dipendenze". Inoltre, anche una parte dei buoni destinati a "immigrazione" e a "famiglia e minori" è stata impiegata come misura contro la povertà economica. Bisogna pure ricordare – nel biennio 2009-2010 – il "buono famiglia" destinato alle famiglie con almeno tre figli, di cui almeno uno sotto i 6 anni, e ridotte disponibilità economiche.

⁽⁹⁴⁾ ORES realizza varie attività di analisi e approfondimento, tra cui un Rapporto annuale sull'Esclusione Sociale in Lombardia (da ultimo ORES, 2010); si veda <http://ores.esae.it>.

⁽⁹⁵⁾ Si tratta del 7% dell'insieme delle famiglie in condizione di povertà relativa "aggravata" (Isee annuo inferiore agli 11.000 euro), che sono pari al 7,9% dei nuclei familiari residenti.

⁽⁹⁶⁾ Si tratta del 9,9% dell'insieme di famiglie in condizione economica grave, appena sopra la soglia di povertà assoluta, che sono pari al 5,6% dei nuclei familiari residenti.

condo i suoi sostenitori – la riforma del Titolo V della Costituzione (2001), che ha reso l'assistenza sociale una responsabilità esclusiva delle Regioni. Ma proprio questo è il punto. Lo Stato italiano, infatti, non ha accompagnato questo trasferimento di funzioni dal centro alle Regioni con alcun passaggio di finanziamenti per la loro concreta realizzazione⁽⁹⁷⁾, comportamento coerente con l'assenza di sforzi di rilievo a favore dei poveri che ha sempre contraddistinto l'azione statale⁽⁹⁸⁾. Pertanto, pare complicato chiedere alla Lombardia – così come alle altre Regioni – di intervenire in un settore per il quale non è stata dotata dei relativi stanziamenti. In particolare, in una fase che vede diversi comparti del welfare regionale in evidente sofferenza economica, sembra opportuno rivolgere a ogni livello di governo le richieste riguardanti i temi di propria competenza.

I rappresentanti della Regione Lombardia, invece, dovrebbero esercitare maggiore pressione nei confronti dello Stato affinché dedichi più attenzione alla povertà⁽⁹⁹⁾. Le Regioni potrebbero giocare un ruolo significativo in tal senso – vi sarebbe, infatti, uno spazio di manovra non piccolo – ma sinora lo sforzo della nostra, analogamente a quello di gran parte delle altre, è stato contenuto. La transizione verso il federalismo dei prossimi anni offrirà maggiori occasioni per farlo ma, nel caso questo sforzo non sia realizzato, presenterà anche rischi crescenti.

Combattere la povertà significa sia rivolgersi alle famiglie che la vivono sia agire affinché l'insorgere di bisogni di cura non produca una deriva verso tale condizione. Mi riferisco principalmente alla non autosufficienza, la cui comparsa richiede alle famiglie spese aggiuntive che – come mostrano le ricerche (ad es. Benassi e Facchini, 2009) – causano un progressivo impoverimento in un numero crescente di casi. La non autosufficienza costituisce il principale settore di responsabilità delle Regioni e i loro interventi, se non sono ben congegnati, rischiano di contribuire a questa deriva.

L'esempio più eclatante – in Lombardia – sono le rette delle Rsa, che nel 2009 hanno raggiunto il valore medio giornaliero di 54 euro, dopo una crescita del 37% nel periodo 2001-2009. Nel medesimo arco temporale la tariffa media regionale è au-

⁽⁹⁷⁾ L'assenza di stanziamenti adeguati è legata alla nota vicenda della mancata definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali nell'assistenza. Ovviamente a meno che non si ritengano adeguati a tali funzioni gli stanziamenti addizionali forniti dall'inizio del decennio attraverso il Fondo Nazionale Politiche Sociali (Fnps), utilizzato per finanziare i buoni sociali richiamati sopra. Anche le crescenti difficoltà da parte dei Comuni a intervenire contro la povertà dipendono dalle scelte compiute a livello centrale, che ne hanno ridotto le risorse disponibili.

⁽⁹⁸⁾ L'Italia – come noto – è uno tra i paesi europei con la più debole politica contro la povertà (da ultimo si veda Eurostat, 2010). Negli ultimi 15 anni la disattenzione dei governi nazionali verso questa tematica ha coinvolto entrambi gli schieramenti, benché vi sia stato qualche sforzo in più da parte del centro-sinistra.

⁽⁹⁹⁾ Attività da compiere nella contrattazione politica così come nelle sedi istituzionali luogo del confronto tra i vari livelli di governo (Conferenza Stato-Regioni e Conferenza Unificata Stato-Regioni-Autonomie Locali).

mentata del 15%: è noto come una certa quota della maggior spesa dovuta all'innalzamento degli standard strutturali e gestionali delle Rsa sia stata coperta dalla Regione mentre una parte si sia riversata sugli utenti ⁽¹⁰⁰⁾. Pure in assenza di dati chiari, pare ragionevole affermare che per numerose famiglie le rette abbiano un importo difficilmente sostenibile; non vi sono, però, tutele rivolte loro, a parte l'eventuale contributo dei Comuni (piuttosto contenuto). Mancano dati sulle strutture per le persone con disabilità: per loro e per le rispettive famiglie il fenomeno dell'impoverimento sembra comunque meno diffuso, anche se presente.

Il rischio che l'insorgere della non autosufficienza produca impoverimento sarà sempre più forte, nei prossimi anni, e così la necessità di una particolare attenzione da parte delle politiche pubbliche. Questo costituirà certamente un campo su cui si misurerà la capacità dell'amministrazione regionale d'innovare. Esistono diverse leve che essa potrebbe variamente combinare a tal fine: a) evitare che la crescita della qualità ricada sugli utenti attraverso un incremento eccessivo delle rette, b) pensare a modalità di graduazione delle rette in base alle condizioni economiche degli utenti, c) definire appropriate regole regionali per l'Isee (par. 7), d) pensare a possibili accordi con i Comuni riguardanti i contributi economici per le famiglie che non riescono a pagare le rette.

Box 9b - La riforma lombarda ha incrementato l'equità verticale del sistema di welfare?

- La Regione Lombardia ha realizzato alcuni specifici interventi di rilievo contro la povertà ma la loro dimensione complessiva è limitata e, secondo alcuni, lo sforzo dovrebbe ampliarsi
- La Lombardia - come le altre Regioni - non dispone delle risorse necessarie a tal fine perché lo Stato non gliele ha mai trasferite. I rappresentanti regionali dovrebbero, innanzitutto, esercitare maggiore pressione nei confronti dello Stato affinché dedichi più attenzione alla povertà
- È sempre più diffuso il rischio che l'insorgere della non autosufficienza diventi causa d'impoverimento e che le politiche regionali contribuiscano a questa deriva. L'esempio più eclatante è la crescita delle rette in Rsa nel decennio
- Evitare che l'insorgere della non autosufficienza produca impoverimento costituirà un banco di prova dell'innovazione nelle politiche regionali dei prossimi anni, gli strumenti utilizzabili sono vari

21.10. La riforma lombarda ha valorizzato le figure professionali?

Le nostre analisi non consentono di proporre una risposta a questo interrogativo bensì solo di avanzare un'ipotesi per ulteriori approfondimenti. L'ipotesi è che gli effetti della mancata corrispondenza tra lo sviluppo dei servizi promosso dall'amministrazione regionale e la crescita degli stanziamenti dedicati siano ricaduti, in

⁽¹⁰⁰⁾ La maggiore spesa dovuta all'innalzamento degli standard strutturali e gestionali delle Rsa è stata coperta, per un'altra parte, riducendo il costo del lavoro, cfr. paragrafo 10.

una certa misura, su alcune categorie professionali ⁽¹⁰¹⁾. La riforma lombarda, infatti, ha incrementato l'offerta di servizi ed ha elevato la qualità degli interventi ma, a fronte del rilevante costo di questi miglioramenti, la crescita dei finanziamenti pubblici – pure ampia – è risultata inadeguata (cfr. par. 2). È così sorta, di fatto, una spinta a recuperare in altro modo una parte delle risorse economiche necessarie. Le politiche di assunzione e/o retribuzione dei lavoratori ne sono state inevitabilmente coinvolte poiché i costi del personale rappresentano la principale voce di spesa – almeno i $\frac{3}{4}$ del totale – delle politiche sociali.

Gli spazi utilizzati per rientrare nei costi sono stati, soprattutto: a) la ricerca di forme contrattuali più favorevoli per la gestione dei servizi ma non sempre per i lavoratori ⁽¹⁰²⁾; b) il ricorso alle possibilità offerte da ogni tipo di contratto per utilizzare modelli di assunzione e remunerazione delle prestazioni meno costosi, che però assicurano minori garanzie all'operatore; c) l'esternalizzazione di numerosi servizi (cfr. par. 3); d) la diffusione di modelli aziendali o di organizzazione contemplati dalle normative del lavoro e da quelle sociali ma potenzialmente critici per la stabilità e sicurezza professionale degli operatori ⁽¹⁰³⁾.

Alcune di queste possibilità sono utilizzabili anche per migliorare le condizioni degli operatori, ma la realtà sembra indicare sovente l'esito opposto. In molte situazioni, pertanto, chi lavora nei servizi ha subito una diminuzione o un mancato aumento della sua remunerazione, o ha visto diventare più instabile la propria posizione professionale. Le conseguenze hanno toccato le condizioni di vita e lavoro degli operatori e possono aver causato sperequazioni tra chi svolge funzioni identiche; ad esempio, spesso i peggioramenti riguardano chi ha minore anzianità e un rapporto meno consolidato con la realtà dei servizi. Nel complesso, queste dinamiche possono determinare ricadute significative sulla qualità stessa degli interventi ⁽¹⁰⁴⁾.

⁽¹⁰¹⁾ Gli effetti di questa mancata corrispondenza si sono riversati, in parte, anche sull'incremento delle rette per gli utenti, cfr. par. 21.9.

⁽¹⁰²⁾ Tale variabile sta influenzando il rapporto fra gestori pubblici e gestori privati, essendo i primi condizionati da contratti di lavoro più rigidi e costosi, ma sta facendo anche emergere le differenze e le problematiche del gran numero di contratti possibili. Ad esempio, anticipando uno dei temi successivi, nelle Rsa lombarde sono in uso sette tipologie differenti di contratto: Autonomie Locali, Sanità pubblica, Sanità privata, Uneba, Anaste, Agidae, Cooperative Sociali.

⁽¹⁰³⁾ Può rientrare in questa casistica la forma del socio lavoratore di molte organizzazioni cooperative, che può nascondere modalità di deresponsabilizzazione del gestore effettivo, di mascheramento delle responsabilità, di elusione implicita di molte forme di tutela.

⁽¹⁰⁴⁾ Paradossalmente è possibile che i risparmi sul costo del personale, dovuti alla necessità di spostare risorse verso l'innalzamento degli standard qualitativi, causino conseguenze negative per la qualità stessa. Ad esempio, se per introdurre miglioramenti s'abbassa il rapporto tra numero di utenti e di operatori ma, nel farlo, si riduce la remunerazione e/o si precarizza la condizione degli operatori, si rischia di creare una situazione in cui un utente ha intorno a sé personale in numero maggiore ma meno motivato.

Si tratta di una dinamica poco visibile ma presente, frutto dell'insieme di obiettivi e di vincoli attribuiti – negli anni – al sistema di welfare lombardo. È come avere un triangolo formato da ampliamento quanti-qualitativo dei servizi/finanziamenti dedicati inadeguati/risorse per gli operatori, in cui i primi due lati sono immodificabili per decisione regionale. Così non è per il terzo, sul quale si ripercuotono tutti i cambiamenti e si vanno inevitabilmente a scaricare le tensioni dovute alle incoerenze tra i primi due ⁽¹⁰⁵⁾.

La ricerca ha evidenziato il verificarsi di tale dinamica nell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Le Rsa hanno visto una crescita dell'offerta ed un innalzamento degli standard strutturali e gestionali mentre l'aumento dei finanziamenti non ha tenuto il passo dei costi addizionali maturati di conseguenza. Per rispondere alla situazione venutasi a creare vari gestori hanno modificato la tipologia di contratto in uso per il personale, così da ridurre il costo del lavoro. Con l'introduzione del sistema voucher/Adi si è ampliata l'offerta di domiciliarità sociosanitaria, accompagnata anche in questo caso da un incremento di stanziamenti inadeguato. Si è trovata la quadratura perché una quota di utenza è stata trasferita ad alcuni gestori privati che hanno contratti di lavoro più flessibili e meno costosi rispetto al pubblico o impiegano in modo più diffuso la libera professione ⁽¹⁰⁶⁾. Più aneddotica è la percezione di varie situazioni di ridotta remunerazione e/o elevata precarizzazione degli operatori legata alla diffusione dei progetti nell'ambito della riforma lombarda (progetti sperimentali, legge 23, povertà estreme).

Mentre credo che ogni osservatore del welfare lombardo concorderebbe sul fatto che simili fenomeni si siano realizzati, a nessuno ne è chiara la diffusione, che, pertanto, bisognerebbe cercare di conoscere. Ugualmente sarebbe da approfondire il legame tra l'azione dell'amministrazione regionale e le condizioni di chi lavora nei servizi. Ciò permetterebbe di mettere a fuoco in che modo l'intreccio tra le diverse scelte della Giunta ⁽¹⁰⁷⁾ possa aver esercitato un ruolo di rilievo nel comprimere le risorse disponibili per gli operatori e consentirebbe pure di capire meglio quali azioni potrebbero essere messe in campo per evitare il ripetersi di simili situazioni in futuro.

⁽¹⁰⁵⁾ Quanto affermato ha alcune limitazioni. In particolare, non discuto qui la soddisfazione degli operatori, e l'eterogeneità e la numerosità dei profili professionali suggeriscono cautela sulla generalizzabilità delle affermazioni fatte.

⁽¹⁰⁶⁾ Gli studi disponibili sulla nostra Regione confermano i fenomeni illustrati (per la residenzialità: Lo Schiavo, Cicoletti e Turati, 2009; per la domiciliarità: Neri, 2007). Da sottolineare, inoltre, è la precarietà dei rapporti di lavoro collegati alla diffusione di nuove organizzazioni, soprattutto nell'area dei servizi domiciliari sociali e socio-sanitari, di piccole dimensioni, di ridotta esperienza o strettamente legate al destino di gare di appalto o dell'evoluzione, non sempre prevedibile, dei budget negoziati.

⁽¹⁰⁷⁾ Il citato intreccio tra il rafforzamento dei servizi e l'incremento inadeguato della spesa, ma non solo.

Solo qui – in tutto il capitolo – mi soffermo su alcuni aspetti in merito ai quali, a mio parere, bisognerebbe raccogliere maggiori informazioni. Lo faccio perché vedo un’analogia tra il nostro studio e il complessivo dibattito lombardo: la ridotta attenzione alle condizioni delle figure professionali e alle conseguenze per loro delle politiche regionali costituisce la principale lacuna di entrambi ⁽¹⁰⁸⁾. Questa lacuna stride tanto con i dati di analisi quanto con l’esperienza diretta, mia e di tutto il gruppo di autori. Il lavoro di consulenza e di ricerca nei territori e il confronto con le realtà impegnate nel welfare locale evidenziano, infatti, la centralità del tema delle professioni e dell’impatto che le politiche regionali producono – in modo diretto o indiretto – su di loro e, di conseguenza, sulla qualità degli interventi. Non potrebbe che essere così, evidentemente, nei “servizi alla persona”.

Box 10 - La riforma lombarda ha valorizzato le figure professionali?

- Le nostre analisi suggeriscono l’ipotesi che su alcuni operatori e alcune categorie professionali siano ricaduti gli effetti della mancata corrispondenza tra lo sviluppo delle politiche sociali (crescita quantitativa) e l’incremento degli stanziamenti dedicati (robusto ma non adeguato)
- Le conseguenze hanno toccato le condizioni di vita e di lavoro degli operatori, hanno causato sperequazioni tra chi svolge funzioni identiche e rischiano di impattare sulla qualità stessa degli interventi
- Sia l’effettiva diffusione di tale fenomeno sia il legame con l’azione dell’amministrazione regionale non sono chiari
- Più in generale, la ridotta attenzione alle condizioni delle figure professionali e alle conseguenze delle politiche regionali su di loro costituisce una delle principali lacune del dibattito lombardo

21.11. Il futuro del welfare lombardo

Termina qui l’esame della riforma 2000-2010. Mi auguro che nei prossimi anni si tornerà spesso a discutere il periodo appena trascorso perché l’esperienza passata racchiude in sé le chiavi necessarie a disegnare al meglio il futuro, nei risultati positivi da confermare e negli errori da non ripetere. Le sfide per il welfare lombardo non mancano: sulla base delle analisi contenute nel volume si può ritenere che gli esiti dipenderanno dalle risposte alle domande che seguono (ognuna conclusa con una parola chiave).

Il welfare sociale sta diventando una tra le poche, vere, priorità politiche della Giunta?
Ciò si tradurrebbe nell’incrementare, in misura adeguata, i finanziamenti dedicati e

⁽¹⁰⁸⁾ Tale lacuna è dovuta a vari motivi, tra cui la difficoltà di misurare come cambino le condizioni degli operatori e quale sia l’impatto delle scelte dell’amministrazione regionale su questi cambiamenti, la poca forza degli operatori nel confronto pubblico, e l’eterogeneità dei loro profili. Crescenti segnali sulle condizioni critiche di chi opera nei servizi sociali e socio-sanitari, peraltro, giungono non solo dal territorio lombardo ma anche dal più ampio contesto italiano (ad es. De Pietro, 2007) e internazionale (ad es. Fujisawa e Colombo, 2009).

nel saper rinunciare ad altri obiettivi a favore dello sviluppo del welfare. Questo non è un passaggio facile ma – nella situazione attuale – se non si riuscirà a compierlo ogni altra ambizione risulterà vana. Parola chiave: Politica.

Si sta proseguendo il lavoro positivo condotto su molteplici fronti? Su tanti temi, il decennio trascorso ha visto importanti passi in avanti. Si pensi, tra gli altri, ai miglioramenti nei servizi residenziali e semi-residenziali per anziani e in quelli per persone con disabilità, al coinvolgimento del Terzo Settore, al sostegno delle famiglie con figli. La sfida del futuro è continuare, agendo sui problemi comunque esistenti. Parola chiave: Continuità.

Si sta costruendo un sistema regionale di welfare? Con questa dizione mi riferisco all'insieme di azioni che non riguardano direttamente i singoli servizi ma sono finalizzate a coordinare tra loro i vari interventi e, più in generale, a incrementare l'appropriatezza complessiva dell'offerta rispetto ai bisogni dei cittadini. Alcuni tra i temi coinvolti sono il percorso assistenziale, l'integrazione istituzionale e l'equità territoriale. È un punto critico della nostra Regione. Parola chiave: Sistema.

Si sta valorizzando il rapporto con la realtà? Per farlo bisogna mettere in campo azioni che partano dall'analisi dei concreti bisogni della popolazione, si deve apprendere da quanto accaduto nel recente passato ed è necessario confrontarsi con ciò che viene realizzato nelle altre Regioni. Nel periodo esaminato, il rapporto tra decisioni e realtà non sempre è stato stretto. Parola chiave: Realtà.

Politica, continuità, sistema e realtà sono, a mio parere, le parole chiave per gli anni davanti a noi.

Spero che operatori, dirigenti, decisori, studenti e tutti coloro i quali sono – a vario titolo – interessati al welfare in Lombardia abbiano potuto trovare nel volume dati e idee utili ad alimentare la propria opinione.

Bibliografia

- AARP EUROPEAN LEADERSHIP STUDY, 2006, *European Experiences with Long-term care. France, the Netherlands, Norway and the United Kingdom*, AARP, Washington.
- ACCORINITI M. (2008), *Terzo Settore e welfare locale*, Carocci, Roma.
- AGE.NA.S (2009), *Rilevazione sull'attuale spesa sanitaria pubblica per gli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard*, www.assr.it
- BARETTA A. (a cura di), (2009), *L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca scientifica ed esperienze operative a confronto*, Bologna, Il Mulino.
- BATTISTELLA A. (in corso di pubblicazione), *Cooperazione sociale e crisi economica*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie".

- BATTISTELLA A. e GAMBINO A. (2005), *La riforma delle Ipab*, in GORI C. (a cura di), *op. cit.*
- BENASSI D. e FACCHINI C. (2009), *Condizioni economiche e sociali in Italia*, in "I Luoghi della cura", 4.
- BORZAGA C. e ZANDONAI F. (a cura di), (2009), *L'impresa sociale in Italia. Rapporto IRIS Network*, Roma, Donzelli.
- BRUGNOLI A., VITTADINI G. (a cura di), (2008), *La sussidiarietà in Lombardia. I soggetti, le esperienze, le policy*, Guerini Associati, Milano.
- BURAU V., THEOBALD H., BLANK R. (2007), *Governing home care. A cross-national comparison*, Cheltenham, Edward Elgar.
- CAFFARENA C. (2008), *I progetti di vita indipendente*, in GORI C. (a cura di), "Le riforme regionali per i non autosufficienti", Roma, Carocci.
- DA ROIT B. e GAMBINO A. (2005), *Il finanziamento e la spesa*, in "Politiche sociali di centro destra. La riforma del welfare lombardo", a cura di C. GORI, Carocci, Roma.
- DA ROIT B. e HOOGENBOOM M. (2010), *Vuoto per pieno: trasferimento delle idee e conseguenze (implicite) di policy* in "La rivista delle politiche sociali", 1.
- DE AMBROGIO U. (2009), *Potenzialità e insidie nel passaggio da una prospettiva di government a una di governance nel rapporto pubblico/privato*, in PESENTI L. e DE AMBROGIO U. (a cura di).
- DE PIETRO C. (2007), *Mercato del lavoro e professionalizzazione del sistema socio-sanitario in Italia*, in RPS, 1, pagg. 195-205.
- DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI (1999), *Regole per la qualità dei servizi sociali*, Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- DONATI P. (a cura di), (2010), *Il costo dei figli. Quale welfare per le famiglie?*, Rapporto famiglia CISF 2009, Milano, Angeli.
- EUROSTAT (2010), *Combating poverty and social exclusion. A statistical portrait of the European Union 2010*, Brussels, Eurostat.
- FAZZI L. e GORI C. (2004), *Il voucher e il "quasi-mercato"*, in GORI C. (a cura di), "La riforma dei servizi sociali in Italia", Roma, Carocci, pagg. 167-181.
- FORDER J., ROBINSON R., HARDY B. (2005), *Theoretical perspectives on purchasing*, in FIGUERAS J., ROBINSON R., JAKUBOWSKI E. (a cura di), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Open University Press, Buckingham.
- FERNANDEZ J.L. et alii (2009), *How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people?*, Who regional office for Europe and European Observatory on Health Systems and policies, Policy brief 11.
- FERRARIO P., (2009), *Servizi sociali e socio-sanitari in Lombardia*, in "Prospettive sociali e sanitarie", 1, pagg. 3-7.
- FRANCESCONI P. e RAZZANELLI M. (2008), *La valutazione del caso*, in GORI C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma.
- FUJISAWA R. e COLOMBO F. (2009), *The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand*, OECD working paper.
- GLENDINNING C. e MORAN N. (2009), *Reforming Long-Term Care: Recent Lessons from Other Countries*, York, SPRU.
- GORI C. (a cura di), (2005), *Politiche sociali di centro-destra*, Carocci, Roma.
- GUERRINI G., *Ripensare le Unità di Valutazione Geriatrica: le ragioni di una crisi e le ipotesi per il futuro. Riflessioni sull'esperienza lombarda*, G. Gerontol, 49:281-284, 2001.

- LO SCHIAVO M., COIOLETTI D. e TURATI G. (2009), *La professione infermieristica nelle Rsa lombarde. Una prima indagine esplorativa*, Milano, Istituto per la Ricerca Sociale.
- LONGO F., TANZI E. (2010), *La governance della non autosufficienza*, in Id. (a cura di), "I costi della vecchiaia", Milano, Egea.
- MURARO G., REBBA V. (a cura di), (2009), *Nuove istituzioni per l'assistenza socio-sanitaria. Principali esperienze nazionali ed estere*, Milano, Franco Angeli.
- NERI S. (2007), *Il mercato del lavoro nei servizi di cura per gli anziani non autosufficienti*, in COSTA G. (a cura di), "Politiche per la non autosufficienza in età anziana. Attori, risorse e logiche a partire dal caso lombardo", Roma, Carocci, pagg. 117-135.
- NERI S. (2010), *Il mercato preso sul serio? Nascita ed evoluzione dei quasi-mercati dei servizi sanitari in Lombardia*, paper presentato al XXIV Convegno Sisp, Venezia, 16-18 settembre.
- N.N.A. (Network Non Autosufficienza), 2010, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo Rapporto*, Rimini, Maggioli.
- ORES, *L'esclusione sociale in Lombardia*, Rapporto 2009, Guerini e Associati, Milano, 2010.
- PASQUINELLI S. (a cura di), *Buoni e voucher sociali in Lombardia*, Franco Angeli, Milano, 2006.
- PESENTI L. (2008), *Politiche sociali e sussidiarietà: i modelli, gli attori, le esperienze*, Roma, Edizioni Lavoro.
- PIVA P. (1998), *Governare la produzione e l'acquisto di servizi sociali*, in "L'Assistenza Sociale", 1, pagg. 151-164.
- RANCI ORTIGOSA E. (a cura di), (2008), *I livelli essenziali nel sociale*, I quad di "Prospettive Sociali e Sanitarie", Milano, Irs.
- REGIONE LOMBARDIA – ASSESSORATO ALLA FAMIGLIA E SOLIDARIETÀ SOCIALE, (2009), *Bilancio Sociale – 2008*, Milano, Regione Lombardia, disponibile su www.famiglia.regione.lombardia.it
- ZANDONAI F. (2009), *Lavorare nell'impresa sociale*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 10, pagg. 1-3.