

4. Il governo e la *governance* regionali

Emanuele Ranci Ortigosa e Valentina Ghetti

4.1. Un'arena con più attori

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.1. I Piani di Zona

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.2. La legge regionale 23/1999

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

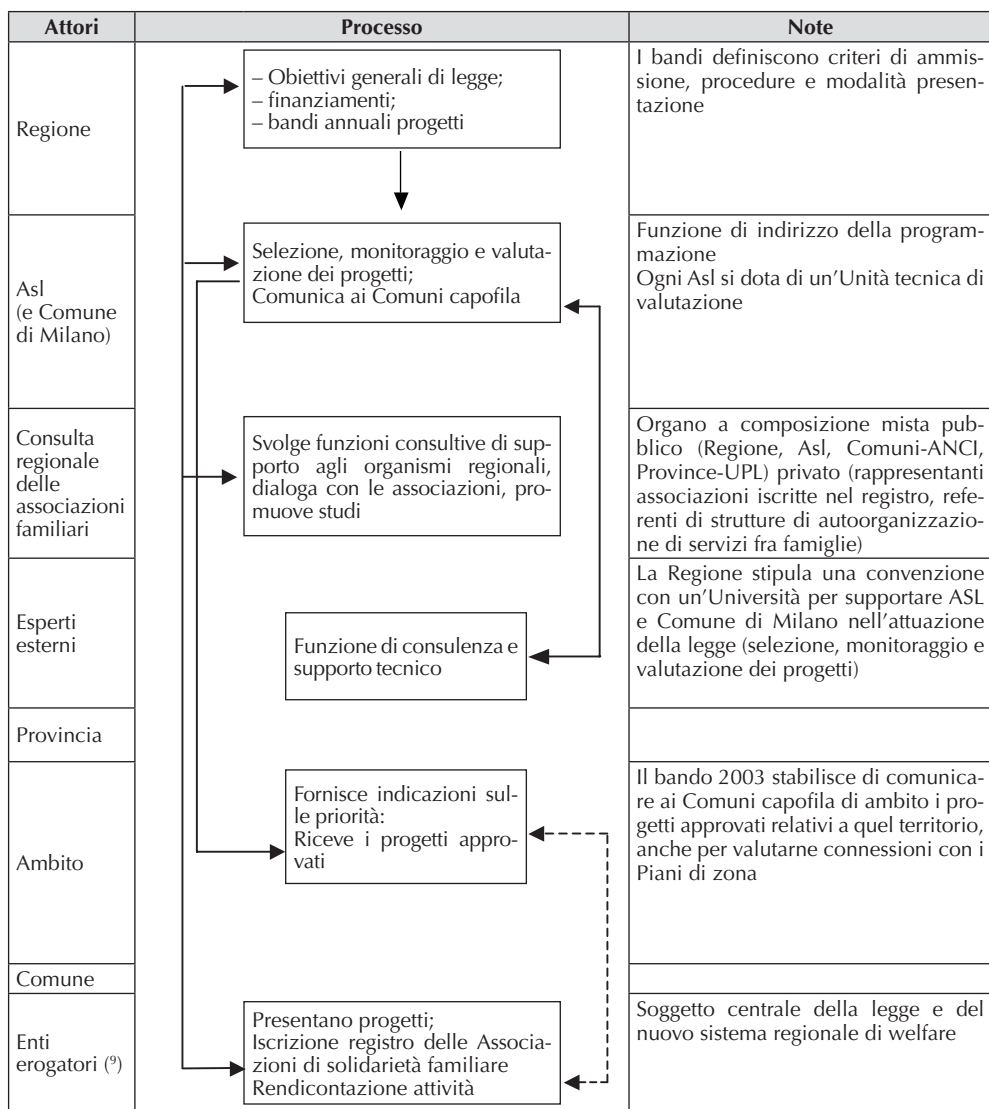
(7) Deliberazioni n. 7798 e n. 7797 del 30 luglio 2008.

(8) Una trattazione più analitica dei Piani di Zona si trova nel prossimo capitolo.

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

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

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



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

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

4.3.3. *La residenzialità per anziani e disabili*

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.4. *Il voucher socio-sanitario*

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

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

- un'integrazione con il comparto sanitario mediante la connessione dei voucher socio-sanitari con i credit sanitari;
- un incremento del parco fornitori e, di conseguenza, lo sviluppo di una reale possibilità di esercizio della libertà di scelta da parte dei cittadini;
- l'introduzione di alcune forme di regolazione del sistema, come la negoziazione annuale del budget di ogni soggetto gestore con la propria Asl.

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

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

Attori	Processo	Note
Regione	<div data-bbox="350 376 747 606" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Decide la separazione tra acquirente ed erogatore; Introduce la competizione tra gli erogatori con spazi crescenti per gli erog. privati; Introduce la libertà di scelta degli utenti; Indica linee generali del percorso assistenziale, i criteri di base di accreditamento, le tariffe per remunerare erogatori </div>	<p>La Regione fornisce assai poche indicazioni. Si tratta di una strategia esplicitata: fornire solo alcune indicazioni chiave e lasciare grande autonomia ad ogni singola Asl</p> <p>I criteri di accreditamento sono esigui, quelli sostanziali li decide ogni Asl autonomamente</p>
Asl	<div data-bbox="350 709 747 875" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Decidono come si svolgono nel loro territorio il percorso assistenziale e i rapporti con gli erogatori, definiscono i criteri di accreditamento vero e proprio; Sovente modificano le tariffe regionali in base alle proprie esigenze </div>	<p>L'autonomia delle Asl è assai ampia. Nella pratica, il voucher socio-sanitario è stata applicato con modalità anche estremamente diverse tra le varie Asl</p>
Province		
Ambiti		
Comune		<p>Non ci sono indicazioni regionali in proposito.</p> <p>Nelle singole Asl si sviluppano rapporti tra Aziende, erogatori Adi e Comuni sulla base di come è organizzato il voucher e di quali erano i rapporti tra tali soggetti in precedenza</p>
Enti erogatori	<div data-bbox="350 1400 747 1483" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Si accreditano nei vari distretti </div>	<p>Un numero crescente di erogatori si accredita in più Asl</p>

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

4.3.5. *Il Fondo per la non autosufficienza*

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

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

- a) attivazione o rafforzamento dei punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi;
- b) attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza;
- c) attivazione o rafforzamento dei servizi socio-sanitari e socio assistenziali, con riferimento prioritario a quelli che possono favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti.

Tali prestazioni e servizi non sono sostitutivi di quelli sanitari.

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4.1. La sussidiarietà verticale

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

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

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

Sulle politiche socio-sanitarie la Regione afferma la sua piena ed esclusiva competenza, tanto per i servizi che il Pssr definisce "ad alta integrazione", finanziati esclusivamente dal Fondo Sanitario Regionale, quanto per i servizi "integrati", al cui finanziamento oltre al Fondo Sanitario Regionale sono chiamati a concorrere anche Comuni e famiglie. L'azione di governo (programmazione, finanziamento, controllo) è esercitata dalla Regione direttamente e tramite le Asl, enti strumentali della Regione stessa. L'autorizzazione al funzionamento, la stipula dei contratti, la sospensione e la revoca delle strutture socio-sanitarie, sono state trasferite alle Asl, mentre la Regione gestisce direttamente il loro accreditamento sulla base di una istruttoria svolta dalle Asl. Possiamo aggiungere che anche le funzioni amministrative di vigilanza e controllo⁽¹⁾ sulle persone giuridiche di diritto privato che operano in ambito

⁽¹⁾ Previste dagli artt. 23 e 25 del codice civile.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4.2. *La sussidiarietà orizzontale*

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

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

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

- le associazioni senza scopo di lucro (l.r. 28/1996) sono triplicate, da 291 a 957;
- le associazioni di solidarietà familiare (l.r. 23/1999) sono quasi raddoppiate, da 367 a 641;
- le cooperative sociali sono cresciute da 868 a 1.420;
- le organizzazioni di volontariato da 2.831 a 4.236.

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4.2.1. La partecipazione del Terzo Settore

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5. Valutazioni conclusive

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

- AVANZINI K. e GHETTI V., (2010), *Accreditamento nel sociale. Quale strategia*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 5/2010, pagg. 1-6.
- BONI S., (2004), *La programmazione socio-sanitaria: quali percorsi di integrazione*, in "La Rivista delle Politiche sociali", 2, pagg. 163-180.
- BRUGNOLI A. e VITTADINI G., (2008), (a cura di), *La sussidiarietà in Lombardia: i soggetti, le esperienze, le policy*, Guerini e Associati, Milano.
- CIOLETTI D., (2008), *Volontariato e Piani di Zona in Lombardia*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 18/2008.
- DEAMBROGIO U., AVANZINI K. e GHETTI V., (2005), *Il Piano di Zona*, in C. Gori (a cura di), "Politiche sociali di centro- destra", Carocci, Roma, pagg. 127-155.
- FERRARIO P., 2009, *Servizi sociali e socio-sanitari in Lombardia*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 1/2009, pagg. 3-7.
- GHETTI V., PUDDU L., (2010), *Gli ambiti lombardi verso l'accREDITAMENTO del sociale: qualche suggerimento per l'uso*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 5/2010, pagg. 6-8.
- IL PIANO SOCIO-SANITARIO (2002-2004), deliberazione VII/462 del 14 marzo 2002.
- IL PIANO SOCIO-SANITARIO (2007-2009), deliberazione VIII/0257 del 26 ottobre 2006.
- IRER, (2010), *Lombardia 2010. Rapporto di fine legislatura*, Guerini e Associati, Milano.
- MOSCA A., (2008), (a cura di), *Il volontariato e il nuovo welfare*, Franco Angeli, Milano.
- ORES, (2010), *L'esclusione sociale in Lombardia. Rapporto 2009*, Guerini e Associati, Milano.
- PESENTI L. e DE AMBROGIO U. (a cura di), (2009), *I Piani di Zona in Lombardia*, Guerini e Associati, Milano.
- RANCI ORTIGOSA E. e LO SCHIAVO M., (2005), *I ruoli di governo*, in C. Gori (a cura di), "Politiche sociali di centro-destra", Carocci, Roma, pagg. 97-123.
- RANCI ORTIGOSA E., GHETTI V. e CIOLETTI D., (2010), *Volontariato e policy making nelle Regioni, in I "volontariati" oggi in Italia, "Impresa sociale" n. 4/2010, pagg. 137-158.*
- REGIONE LOMBARDIA, DG FAMIGLIA E SOLIDARIETÀ SOCIALE, (2010), *Bilancio Sociale 2008*, pagg. 96-111.