

## 5. La programmazione territoriale

Katja Avanzini e Valentina Ghetti

### 5.1. Premessa

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

## 5.2. La programmazione zonale

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

---

<sup>(5)</sup> Cfr. circolare n. 48 del 27.10.2005.

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

<sup>(9)</sup> Cfr. Circolare 48 del 2005.

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

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

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

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

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

Tabella 5.1 - Le nuove forme gestionali in Lombardia

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

Fonte: Ricognizione IRS su analisi documentale e siti istituzionali

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

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

- trovare una modalità di gestione dei servizi che veda il coinvolgimento anche di altri Comuni e di altri attori operanti nel territorio di riferimento, in concomitanza con la fine del processo di delega dei servizi sociali alle Asl;
- realizzare economie di scala, soprattutto in presenza di Comuni di piccole dimensioni;
- sperimentare forme di gestione meno vincolate a logiche e procedure burocratiche, ma nel contempo in grado di mantenere la centralità dei Comuni consorziati.

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

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

- la problematicità per i Comuni Capofila a corrispondere alle limitazioni del patto di stabilità e contemporaneamente assumere i rischi economici della gestione associata;
- la difficoltà nel reperire le risorse per gestire in autonomia i singoli servizi da parte dei Comuni di piccole dimensioni;
- la precarietà della struttura organizzativa, che non permetteva la costituzione di staff di lavoro stabili;
- l'effetto delega nei confronti dell'ente capofila da parte degli altri enti associati;
- la complessità di pianificare e promuovere nuovi investimenti;
- la difficoltà a gestire servizi complessi, garantendo un'adeguata specializzazione delle équipes professionali, nonché la necessaria differenziazione funzionale.

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

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



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

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

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

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

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

### 5.3. Il sistema di regolazione dei servizi

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

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

- un progressivo finanziamento della domanda e non più dell'offerta (si finanzia direttamente la famiglia e la si lascia libera di scegliere il proprio fornitore);
- un progressivo spostamento della funzione pubblica da erogazione diretta di interventi e prestazioni a una funzione di regolazione (regia) del sistema dei servizi;
- l'introduzione di una maggior competitività come stimolo verso lo sviluppo di un miglioramento continuo della qualità.

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

---

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

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

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

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

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

- l'aggiornamento dei requisiti autorizzativi e l'introduzione di criteri di accreditamento;
- la regolazione di unità d'offerta di recente comparsa nel panorama dei servizi regionali, come ad esempio i nidi famiglia e i centri prima infanzia, che sono andate sviluppandosi in modo consistente e dunque dove una chiarificazione in termini definitivi, di differenze e confini, risultava assolutamente necessaria;
- il tentativo di costruire maggior appropriatezza del sistema dei servizi rispetto al bisogno espresso e ai percorsi delle persone<sup>(17)</sup>.

---

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

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

<sup>(16)</sup> Cfr. con la Dgr 8496 del 26.11.2008

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

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

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

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

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

---

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

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

<sup>(20)</sup> Decreto dirigenziale n. 1254 del 15.2.2010.

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 5.4.2. *L'integrazione con le altre politiche*

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

---

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



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

Su questo possiamo segnare alcune evidenze:

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5.6. Conclusioni

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

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

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

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

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

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

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

---

<sup>(24)</sup> Cfr. A. Battistella, *Cooperazione sociale e crisi economica* in corso di pubblicazione su "Prospettive Sociali e Sanitarie".

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

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

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

scelta rischia però di andare a discapito degli investimenti rispetto al sostegno delle funzioni più tipicamente pubbliche<sup>(25)</sup>.

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

## Bibliografia

- AA.VV. (2006), *Social planning: temi e competenze per la programmazione e la progettazione delle politiche sociali*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie" n. speciale 10-11.
- AA.VV., (2010), *Federalismo fiscale, livelli essenziali e welfare nella prospettiva della l. 42/09*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie" n. speciale 8-9.
- AVANZINI K. (2009), *L'integrazione socio-sanitaria tra programmazione e gestione*, in PESENTI L., DE AMBROGIO U., 2009, (a cura di) *Piani di zona in Lombardia. Le sfide della programmazione sociale*, Guerini e Associati, Milano, pagg. 99-108.
- AVANZINI K., e GHETTI V. (2010), *Accreditamento nel sociale. Quale strategia*, in "Prospettive Sociali e sanitarie" n. 5/2010, pagg. 1-6.
- BARBERIS D. (2009), (a cura di) *Il prodotto del lavoro sociale*, Franco Angeli, Milano.
- BRUGNOLI A., e VITTADINI G. 2008, (a cura di) *La sussidiarietà in Lombardia: i soggetti, le esperienze, le policy*, Guerini e Associati, Milano.
- CICOLETTI D. (2008), *Volontariato e Piani di Zona in Lombardia*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 18.
- DE AMBROGIO U. (2009), *Potenzialità e insidie nel passaggio da una prospettiva di government a una di governance nel rapporto pubblico/privato*, in PESENTI L., DE AMBROGIO U., 2009, (a cura di) *Piani di zona in Lombardia. Le sfide della programmazione sociale*, Guerini e Associati, Milano, pagg. 109-114.

---

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



- DE AMBROGIO U. (a cura di) (2008), *Piani di zona tra innovazione e fragilità*, i Quid di Prospettive Sociali e Sanitarie, Milano.
- DE AMBROGIO U., LAZZAROTTO L. (2007), *Tavoli tematici dei Pdz: risorsa od ostacolo?*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 5.
- DE AMBROGIO U., AVANZINI K. e GHETTI V. (2005), *Il Piano di Zona*, in C. GORI (a cura di), "Politiche sociali di centro-destra", Roma, Carocci, pagg. 127-155.
- FERRARIO P. (2009), *Servizi sociali e socio-sanitari in Lombardia*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 1/2009, pagg. 3-7.
- GATTI D. e ROSSI P. (2010), (a cura di), *Esperienze di welfare locale. Le Aziende speciali e la gestione dei servizi sociali nei Comuni lombardi*, Maggioli Editore, Rimini.
- GHETTI V., e PUDDU L. (2010), *Gli ambiti lombardi verso l'accreditamento del sociale: qualche suggerimento per l'uso*, in "Prospettive Sociali E Sanitarie" n. 5/2010, pagg. 6-8.
- IRER (2010), *Lombardia 2010. Rapporto di fine legislatura*, Guerini e Associati, Milano.
- LUPPI M. (a cura di), *Coesione sociale nella città. Azioni e relazioni nell'esperienza di due quartieri di Milano*, Guerini e Associati, Milano.
- MONTANELLI R., GHETTI V., CASTEGNARO C. (2010), *L'accreditamento dei servizi prima infanzia: l'esperienza del Distretto Sociale sud-est Milano*, in Aa.Vv., *Crescere a Milano. Seconda relazione sociale della provincia di Milano*, Osservatorio per le politiche sociali della Provincia di Milano.
- PASQUINELLI S. (2009), *I titoli sociali: sostegno economico e promozione all'autonomia*, in PESENTI L., DE AMBROGIO U. (2009), (a cura di) *Piani di zona in Lombardia. Le sfide della programmazione sociale*, Guerini e Associati, Milano, pagg. 115-123.
- PASQUINELLI S. (2007), (a cura di), *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie*, Carocci Faber, Roma.
- PASQUINELLI S. (2006), (a cura di), *Buoni e voucher sociali in Lombardia*, Franco Angeli, Milano.
- PESENTI L., DE AMBROGIO U. (2009), (a cura di) *Piani di zona in Lombardia. Le sfide della programmazione sociale*, Guerini e Associati, Milano.
- RANCI ORTIGOSA E., GHETTI V., CICOLETTI D. (2010), *Volontariato e policy making nelle Regioni*, in "Impresa sociale" n. 4, pagg. 137-158.
- RANCI ORTIGOSA E. (2008), (a cura di), *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, i Quid di Prospettive Sociali e Sanitarie, Milano.