

# LA RIFORMA SOCIOSANITARIA E ALTRE TRASFORMAZIONI NELLA GOVERNANCE DEL WELFARE LOMBARDO

a cura di **Valentina Ghetti**

prefazione di **Cristiano Gori**

**2016**

# Indice

<b>Prefazione di Cristiano Gori</b>	2
<b>Introduzione</b>	4
<b>Al via la riforma sociosanitaria lombardo</b>	
La riforma del sistema sociosanitario in Lombardia: la LR 23/2015	7
Il nuovo modello sanitario lombardo: aziende integrate ma eterodirette	16
La riforma del welfare serve ai cittadini lombardi?	20
<b>I primi passaggi attuativi</b>	
Delibera delle regole 2016: indicazioni operative per gestire la transizione	29
I Piani Organizzativi Strategici di ATS e ASST: i punti salienti delle linee guida regionali	35
La riforma sociosanitaria è entrata in vigore: cosa abbiamo capito in più?	44
<b>Innovazioni locali in corso</b>	
Dalla co-progettazione alla co-gestione tra enti pubblici e terzo settore	49
#Oltreiperimetri: comunità locali alla prova della vulnerabilità	56

# Prefazione

di Cristiano Gori

Gentili Lettrici e Gentili Lettori,

come è ormai abitudine, la nuova stagione di *Lombardiasociale.it* si apre con la pubblicazione dei Vademecum. Si tratta di dossier tematici che raccolgono vari articoli pubblicati nell'ultimo anno – in questo caso dal settembre 2015 ad oggi - e riguardanti alcuni tra i temi di maggiore rilievo per il welfare sociale lombardo. Ogni Vademecum colloca pezzi usciti in momenti diversi all'interno di un quadro comune e si propone, così, come un piccolo stato dell'arte del tema esaminato. Uno stato dell'arte che vuole fornire un insieme di spunti, dati ed idee utili all'operatività e alla discussione.

Quello appena trascorso è stato un anno di lavoro particolarmente intenso per *Lombardiasociale.it*, reso possibile dal rinnovato – ed accresciuto - sostegno che hanno deciso di darci i nostri promotori. Si tratta di Fondazione Cariplo (promotore istituzionale), dei sindacati pensionati lombardi di Cgil, Cisl e Uil, Caritas Ambrosiana e Gruppo Korian (promotori principali), e di Agespi, Confcooperative e Legacoop della Lombardia (promotori ordinari)<sup>1</sup>. Ad ogni promotore va il nostro sentito ringraziamento. Da una parte per il sostegno economico, senza il quale non potrebbe esistere un sito che produce un'ampia mole di materiali accessibili liberamente da chiunque sia interessato al welfare lombardo. Dall'altra per il rapporto instauratosi, che coniuga un continuo scambio di idee con la garanzia della totale autonomia della direzione nella definizione della linea editoriale.

I riscontri che otteniamo, per numero di accessi e circolazione dei materiali proposti, continuano ad essere positivi. La crescita dei nostri lettori in atto da anni, infatti, durante gli ultimi 12 mesi è proseguita con particolare intensità, vedendo gli utenti unici mensili attestarsi nel primo semestre del 2016 intorno agli 11.000. Questi risultati ci gratificano e, allo stesso tempo, ci spingono a compiere ogni sforzo per migliorare. In tale prospettiva, stiamo lavorando da mesi ad una profonda ristrutturazione del sito, tesa ad accrescerne la fruibilità e la facilità d'uso. Il nuovo sito sarà online nel corso dell'autunno.

I nuovi Vademecum toccano, così come in passato, una varietà di temi riguardanti il welfare sociale lombardo. Il lettore ne troverà uno per ognuna delle principale aree di interesse del nostro sito: anziani non autosufficienti, persone con disabilità, famiglie e minori, povertà, finanziamento e spesa, e programmazione e governance. Ci auguriamo che i Vademecum costituiscano una buona opportunità per far circolare

---

1. <sup>1</sup> Maggiori informazioni sui promotori si trovano sulla nostra homepage.

ancora di più i nostri articoli, anche tra quanti hanno meno occasione di seguire il sito con continuità, e per promuovere così la diffusione e l'allargamento del dibattito sul welfare sociale nella nostra regione. Come sempre, i commenti e le critiche ci saranno particolarmente utili.

Milano, settembre 2016

# Introduzione

di Valentina Ghetti

L'anno è stato caratterizzato dall'approvazione della riforma sociosanitaria, la L.R. n. 23/2015, che ha interessato gran parte dell'attività sul welfare regionale di questi mesi, nel ridisegno degli assetti di *governance* complessivi e nella declinazione, di fatto, di un periodo di transizione anche per la programmazione. Nel presente compendio sono raccolti alcuni articoli di rilievo sul tema della riforma sociosanitaria e del nuovo assetto di *governance* che va delineandosi, oltre che su alcune aree di innovazione locale.

## Al via la riforma sociosanitaria lombarda

Nell'estate 2015, dopo un lungo periodo di gestazione – viene approvata la prima parte della riforma sociosanitaria lombarda, la LR n.23/2015.

Il primo contributo [analizza il testo della legge](#) mostrandone le principali modifiche nell'assetto del sistema rispetto alle norme precedenti, la L.R. n. 33/2009 Testo unico delle leggi in materia di sanità e la L. n. 3/2008, Governo delle reti dei servizi della persona in ambito sociale.

I successivi articoli propongono alcuni commenti interpretativi, alla vigilia dell'approvazione del nuovo quadro normativo. Il primo analizza [il tipo di modello sanitario introdotto dalla riforma](#) e ne commenta il passaggio dall'approccio di tipo contrattuale dell'epoca formigioniana ad uno nuovo - nelle intenzioni – di tipo integrato, illustrandone però le contraddizioni interne, prima tra tutte l'assetto organizzativo che mantiene la separazione tra ATS e ASST.

Il secondo, [La riforma del welfare serve ai cittadini lombardi](#), analizza la riforma a partire dalle ricadute concrete che essa potrà generare per i diretti beneficiari del sistema di welfare. Propone un'analisi di quadro sui principali vantaggi attesi - maggior integrazione sociosanitaria, miglioramento della presa in carico e sensibili risparmi – e l'enucleazione degli elementi su cui si fondano le argomentazioni che li sostengono, ma anche dei possibili svantaggi che, già all'indomani dell'approvazione della legge, è possibile ravvisare - lo stress duraturo per il sistema, la centratura su obiettivi dichiarati e su cambiamenti dell'assetto istituzionale che hanno scarso impatto nella vita dei cittadini e la mancata valorizzazione dei percorsi avviati nel primo biennio di attività dell'Esecutivo.

## I primi passaggi attuativi

Dal 1° gennaio 2016 la riforma entra in vigore, passando dunque alla fase attuativa. L'analisi dei primi atti consente di osservare l'avvio della sua declinazione operativa.

Il primo contributo analizza [l'annuale delibera sulle regole di esercizio](#) che di fatto delinea il 2016 come anno di transizione nell'applicazione della riforma, andando in piena continuità con l'esercizio precedente su gran parte dei temi di rilievo (es. sperimentazioni, accreditamento e contratti, vigilanza e controllo) e sospendendo alcune trasformazioni di grande impatto previste nelle regole precedenti (es. messa a sistema sperimentazioni e ridefinizione sistema d'offerta, costi standard, ...).

Il secondo contributo commenta un successivo atto di particolare rilievo, [la delibera sulle linee guida per i Piani organizzativi strategici di ATS e Asst \(POAS\)](#), che declina alcuni aspetti rilevanti circa il nuovo assetto organizzativo dei nuovi Enti, mettendo a fuoco alcune questioni su temi nodali della riforma come ad esempio in riferimento agli obiettivi di risparmio complessivo e del governo della domanda .

Il terzo articolo infine continua l'analisi di quadro proposta in seguito all'approvazione della legge, aggiornandola dopo i primi mesi di avvio, e mostrando [cosa si è capito in più sulla riforma](#). L'analisi, tra le altre cose, evidenzia come l'evoluzione migliorativa del sistema sembri toccare prevalentemente il comparto sanitario, mentre è ancora carente un'idea chiara di integrazione con quello sociale. Sembrano invece confermati, nella confusione e disorientamento degli operatori, i rischi di stress del sistema e di arretramento su alcuni percorsi già in atto.

## Innovazioni locali in corso

A livello regionale certamente la riforma sociosanitaria ha dominato il dibattito sulla programmazione e governance del welfare lombardo, e dunque anche le analisi proposte da LombardiaSociale.it. A livello locale è possibile individuare però almeno altri due temi che hanno attraversato il dibattito di questi mesi.

Uno è riferito alla pratica sempre più diffusa della co-progettazione. Il primo articolo di questa sezione propone una riflessione sul [passaggio dalla co-progettazione alla co-gestione di servizi/interventi in area sociale](#) e a come tali pratiche stiano trasformando il rapporto tra pubblico e privato.

L'altro riguarda le esperienze di welfare comunitario diffuse in Lombardia grazie al programma finanziato da Fondazione Cariplo con il bando denominato [Welfare in azione](#). Un bando che ha posto agli ambiti territoriali l'ambizioso obiettivo di cambiare i sistemi di welfare attraverso processi di innovazione, valorizzazione delle risorse della comunità e governance partecipate. Il secondo e ultimo contributo del compendio

propone alcune riflessioni ad un anno dal primo bando derivanti dall'esperienza di uno dei progetti che ha ottenuto il finanziamento.

# **Al via la riforma sociosanitaria lombarda**



# La riforma del sistema socio-sanitario in Lombardia: la LR 23/2015

Contributo di **Paolo Ferrario** già docente di Politiche sociali alla Università di Milano Bicocca e autore del Blog di ricerca Mappeser.com

A cura di Valentina Ghetti

26 ottobre 2015

Temi > Programmazione e governance, Regione, Riforma socio-sanitaria

**Analisi dettagliata della L.R. n. 23 del 11 agosto 2015 – Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e l Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)**

Con questo articolo si intende contribuire ad un'analisi orientata alle professioni sociali delle politiche legislative in materia di servizi sociali e socio-sanitari della Regione Lombardia, in riferimento alla recente LR n. 23/2015 che ha abrogato in modo integrale o parziale un rilevante numero di leggi del periodo 1974-2014.

Agli effetti di questa analisi ci interessa in particolare mettere in evidenza le rilevanti modifiche apportate alla LR n. 33/2009 (testo unico delle leggi in materia di sanità) e alla LR n. 3/2008 (governo delle reti dei servizi della persona in ambito sociale)[\[1\]](#).

## L'agenda delle politiche dei servizi in Lombardia

In relazione alla complessità di tale testo normativo, che effettivamente va a costituire un sistema istituzionale dotato di altissima articolazione, è opportuno fare un breve riferimento all'agenda politica degli ultimi decenni.

In particolare è da sottolineare che **ad una fase in cui la Regione Lombardia ha regolato in modo incisivo lo specifico settore dei servizi sociali (anni '70 e '80) si è passati ad un'altra, nella quale il sistema delle Asl è stato modificato nella direzione di un accentramento regolativo e della loro riduzione numerica. Il nodo critico ricorrente è sempre stato la connessione fra Comuni e Asl.**

Poiché quest'ultima legge regionale modifica in modo incisivo l'ordinamento dei servizi sanitari in Lombardia, nell'analisi successiva si farà riferimento al testo delle leggi regionali in materia di sanità (LR n. 33/2009) e a quello sui servizi sociali ([LR n. 3/2008](#)), così come modificati dalla suddetta LR n. 23/2015.

In allegato sono proposte le tavole di lettura analitica delle due modificate leggi regionali.

**Tab.1 - Agenda delle politiche dei servizi in Lombardia dagli anni '70 ad oggi**

<b>Anni '70</b>	Costruzione della prima rete: consorzi intercomunali sanitari di zona, asili nido, anziani, consultori familiari, handicap, tossicodipendenze
<b>Anni '80</b>	Attivazione dell'assetto istituzionale e organizzativo delle USSL- unità sociosanitarie locali, con riferimento alla legge quadro n. 833/1978 Legge di organizzazione e sviluppo dei servizi sociali comunali (LR n. 1/1986) Piani socio-assistenziali e Programmi di zona dei servizi sociali
<b>Primi anni '90: 1990-1997</b>	Prima riorganizzazione e diminuzione numerica delle ASL: da 85 a 44
<b>Ciclo legislativo 1997-2001</b>	Legge di riorganizzazione delle Aziende Sanitarie Locali e loro ulteriore riduzione numerica (da 44 a 15); Attivazione delle Aziende Ospedaliere
<b>Ciclo legislativo 2001-2009</b>	Processi di attuazione della Legge n. 328/2000 Trasformazione delle IPAB in Fondazioni o ASP- Aziende pubbliche di servizi alla persona Piani socio-sanitari regionali Regolazione normativa delle tre reti: servizi sociosanitari; servizi sanitari; servizi sociali (LR n. 3/2008) Testo unico delle leggi in materia di sanità (LR n. 33/2009)
<b>X Legislatura 2013, in corso</b>	Libro bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario lombardo e consultazioni nei territori Riorganizzazione istituzionale e organizzativa del SSR- servizio sanitario e sociosanitario regionale (LR n. 23/2015)

## Cultura dei servizi, valori, principi e tecnologie sanitarie

Nella parte sui "Principi" si possono mettere in evidenza criteri già tipici del sistema lombardo degli anni precedenti, cui si aggiungono elementi di interessante innovazione.

**Viene ribadita la "scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture", ma viene evidenziato anche un fattore organizzativo particolarmente rilevante: l'"orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso".**

Dal punto di vista dei processi di erogazione tale obiettivo acquista un suo rilievo in relazione soprattutto alle caratteristiche funzionali mantenute dal sistema lombardo: la "separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di

erogazione". Detto in altri termini, **la sottolineatura della "presa in carico" prende atto dei rischi presenti nel sistema lombardo consistenti soprattutto nell'elevata frammentazione delle unità di offerta e delle specifiche strategie operative di ogni sottosistema.**

Il tentativo di conciliare la razionalizzazione dei costi con l'esigenza di offrire servizi è affrontata facendo riferimento alla "appropriatezza clinica, trasparenza amministrativa, economica-organizzativa e qualità delle prestazioni".

Viene **confermato il principio della "sussidiarietà orizzontale"** consistente nella parità dei diritti e dei doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione dell'offerta.

**Il principio della libertà di scelta dovrà essere collegato alla "valutazione multidimensionale del bisogno".**

La separazione delle funzioni è ribadita quando si distinguono le prestazioni sanitarie e sociosanitarie nelle seguenti tipologie: acute, intermedie, subacute, postacute o riabilitative, a media e bassa intensità.

**La prospettiva di un'estrema frammentazione dell'offerta è attenuata attraverso questa importante affermazione: "elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico" in un "processo di integrazione fra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle di competenza delle autonomie locali".**

Importante sembra anche l'assunzione di responsabilità rispetto ai rischi della cosiddetta "medicina difensiva" (ossia quei processi di riduzione dell'offerta indotti dalla preoccupazione delle azioni legali attivate dagli utenti). Nel testo si individua un'assunzione di responsabilità da parte della Regione dove si parla di identificazione di "aree di rischio clinico rispetto alle quali è necessario sviluppare i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali da utilizzare come linee guide del SSL, finalizzate a ottenere la riduzione della pratica della cosiddetta medicina difensiva".

## **La struttura istituzionale e soggetti del sistema**

### **I compiti della Regione**

I compiti della Regione sono identificati nel modo seguente: garanzia nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza; funzioni di programmazione, indirizzo e controllo; definizione dei requisiti di accreditamento; elaborazione di sistemi informativi sulla qualità delle strutture; indirizzi per l'appropriatezza clinica e organizzativa.

Lo strumento operativo è individuato nell'elaborazione annuale da parte della Giunta di "regole di sistema per la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti e degli investimenti e la definizione dei contratti".

## La struttura istituzionale

L'innovazione più importante e altamente significativa riguarda la nuova definizione della struttura istituzionale del sistema lombardo.

**Viene istituito l'Assessorato alla salute e politiche sociali Welfare** che riassume le deleghe appartenenti in passato all'Assessorato alla salute e all'Assessorato alla famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità. Questa concentrazione delle responsabilità in sede regionale costituisce il cambiamento più importante della legge. **Se l'obiettivo sarà veramente quello di coordinare, connettere, articolare tutto il campo delle politiche sociali, effettivamente si può dire che si assiste a un cambio di sistema. Non sarà facile, data la potente articolazione burocratica messa in atto da questa legge e tuttavia in questo modo sono stati fissati alcuni spunti (tutti da sviluppare con intelligenza professionale) per presidiare le cosiddette "funzioni di integrazione dei servizi". Il vero risultato lo si otterrà se anche nei territori si riuscirà a metter in atto la medesima operazione. E qui saranno di nuovo strategici i momenti di comunicazione interprofessionale fra servizi pubblici e soggetti di Terzo Settore.**

## I Comuni

L'altro soggetto istituzionale decisivo, in Italia, è quello delle autonomie locali. Come noto, il sistema italiano dei servizi è organizzato in due grandi sottosistemi: quello sanitario, che fa capo alle Regioni e quello dei servizi sociali, che fa capo ai Comuni. Tale distribuzione dei compiti ha reso, e rende, sempre altamente problematica la connessione fra queste due istituzioni. **La presenza dei sindaci (o loro delegati) è prevista nelle assemblee di distretto e in quelle degli ambiti territoriali: si tratta della architettura locale già sperimentata negli anni passati che, tuttavia dovrà essere rivisitata in riferimento ai nuovi assetti.**

Il ruolo di tali conferenze si esprime in: proposte per l'organizzazione territoriale dell'attività sociosanitaria e socio assistenziale; pareri sulle linee guida per l'integrazione; partecipazione alle verifiche di attuazione dei programmi; promozione dell'integrazione delle prestazioni e/o delle funzioni sociali anche "favorendo la costituzione tra i Comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica" (art. 20).

## Volontariato e terzo settore

Per quanto concerne il volontariato, si parla di "promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione che non devono essere considerate sostitutive di servizi". In merito al terzo settore, la Regione si dà il compito di favorire la "crescita e sviluppo dei soggetti pubblici e privati, erogatori e non, diretti o indiretti, anche attraverso la definizione di modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo".

## Le Università

Un altro soggetto che acquista peso nel sistema lombardo sarà costituito dalle università per favorire collaborazioni fra le funzioni di assistenza e quelle di ricerca.

Passiamo ora alla individuazione delle impalcature del SSL (sistema sanitario, sociosanitario, sociale integrato lombardo) sinteticamente rappresentato nel

Grafico del sistema della ATS e ASST. Vedremo poi nel punto 5 come questo assetto istituzionale si proietta in quello organizzativo.

## Il sistema istituzionale delle ATS e delle ASST

Anche qui il cambio di rotta è rilevante: vengono istituite le **ATS (agenzie di tutela della salute), ossia articolazioni amministrative della Regione che si proiettano nei territori**. Tali strutture attuano la programmazione definita dalla Regione, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati pubblici e privati.

Le ATS, anche attraverso [i distretti](#), hanno i seguenti compiti: negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate; attivazione di un "governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi" (art. 6/3); governo dell'assistenza primaria e relativo convenzionamento; programmi di educazione alla salute; sicurezza alimentare; controllo della salute degli ambienti di vita e di lavoro; sanità pubblica veterinaria; monitoraggio della spesa farmaceutica.

Ogni ATS si organizza in dipartimenti (art. 6/6): igiene e prevenzione sanitaria; cure primarie; programmazione, accreditamento, acquisto; veterinario e sicurezza degli alimenti; amministrativo; programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali. Il già sperimentato Dipartimento Assi del passato trova spazio, probabilmente con una nuova definizione, nel nuovo sistema.

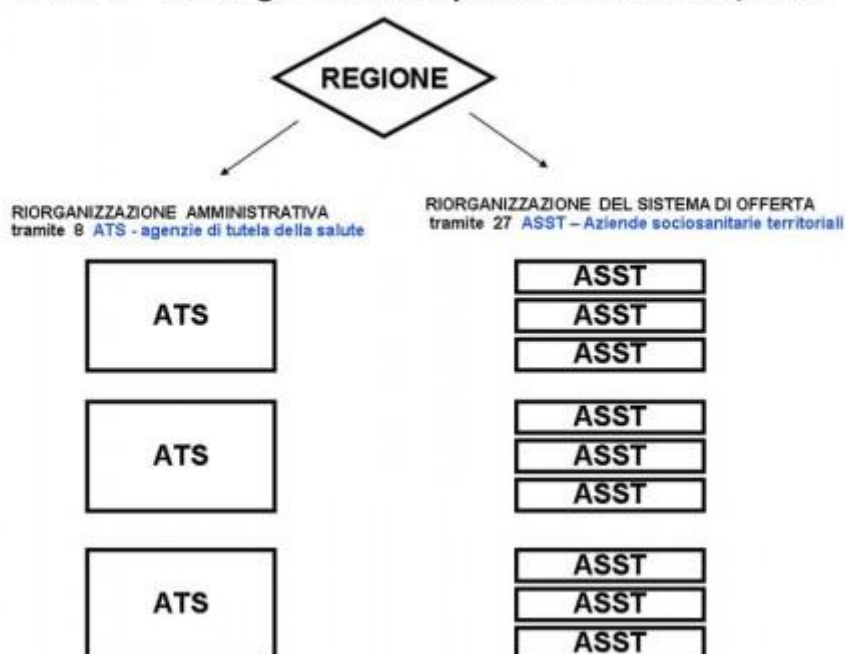
Il secondo "pezzo" del sistema territoriale sarà costituito dalle **ASST (aziende socio sanitarie territoriali), ossia delle strutture operative pubbliche della sanità lombarda** (art. 7).

**In sintetica conclusione, viene strutturato un sistema a tre livelli** (si veda [articolo correlato](#)):

- **centrale regionale**
- **sue articolazioni amministrative (ATS)**
- **sue articolazioni operative (ASST)**

Il cambiamento innovativo più rilevante è indubbiamente quello della incorporazione degli ospedali in uno stesso sistema di offerta. **Non più, dunque, le ASL e le Aziende ospedaliere (anche se nell'art.7/18 si dice che "la Regione può istituire nuove aziende ospedaliere"), ma un unico sistema di offerta nel quale effettivamente programmare, organizzare e gestire processi di "presa in carico" delle persone in modo coordinato e integrato.** Certamente questo avverrà attraverso la predisposizione di protocolli clinici definiti a livello centrale e, tuttavia, **il risultato potrebbe essere quello di avviare effettive (ed auspicabili) azioni di connessione interorganizzativa e interprofessionale.**

Graf. 1. – La riorganizzazione prevista dalla LR 23/2015



## Processi di programmazione e finanziamento

### PLS e prevenzione

La programmazione avviene tramite il **PSL (piano sociosanitario integrato lombardo)** che contiene: il quadro dei bisogni della popolazione; gli indicatori per determinare i volumi di attività; gli indicatori di risultato per il controllo e la valutazione; progetti obiettivi e azioni per rispondere a specifiche aree di bisogno; linee di indirizzo per la promozione della salute; elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, i processi di integrazione tra attività sanitarie, sociosanitarie e sociali di competenza delle autonomie locali; l'identificazione dei contenuti delle prestazioni

distinguendo fra quelle di tipo acuto, intermedio, subacuto, postacuto o riabilitativo, a media e bassa intensità.

In questi contenuti del piano è opportuno sottolineare il richiamo ai processi di integrazione fra i servizi e la tendenziale suddivisione tra le diverse tipologie di intervento.

E' previsto anche un **piano regionale della prevenzione** con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisico, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio e ridurre le disuguaglianze. Tale piano ha una durata triennale e anche qui troviamo l'obiettivo dell'"integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema sociosanitario e in particolare l'integrazione territoriale".

## Finanziamento

Il finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale avviene mediante diversi flussi: finanziamento ordinario corrente; finanziamento dei livelli essenziali di assistenza; finanziamenti regionali aggiuntivi; finanziamenti del disavanzo sanitario pregresso; finanziamento per investimenti; finanziamento da entrate proprie aziendali.

Il calcolo dei costi delle prestazioni avviene secondo la modalità dei DRG (raggruppamenti omogenei di diagnosi). La Regione, tramite l'Osservatorio integrato del SSL (art. 5/14) promuove la revisione periodica di queste tariffe allo scopo di adeguarle alle più recenti valutazioni cliniche e tecnologiche.

Allo scopo di monitorare la spesa sanitaria, la Giunta regionale definisce le informazioni necessarie tramite un sistema informativo contabile (art. 22).

## Le nuove Agenzie regionali

È istituita anche un'**Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo** che ha lo scopo di produrre e gestire strumenti organizzativi e di comunicazione a livello nazionale e internazionale. Quest'ultima istituisce anche un "Osservatorio delle best practices cliniche" al fine di garantire le migliori performances di cura e di processo e un "Osservatorio di soddisfazione degli utenti" (art. 14).

In relazione alle funzioni appena descritte si segnala che la Giunta regionale, con il supporto delle ATS, predispone anche "Programmi di valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie" (art. 17/7).

Con riferimento alla cosiddetta "sanità digitale" (ossia l'utilizzazione delle tecniche del web per le amministrazioni pubbliche) è istituita la "tessera sanitaria" quale strumento indispensabile per il monitoraggio della spesa. I soggetti erogatori delle prestazioni (compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti) sono

tenuti ad utilizzare le piattaforme tecnologiche del sistema informativo messe a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari.

È istituita un'**Agenzia di controllo del sistema sociosanitario** lombardo dotata di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile. Tale organismo ha la funzione di: adottare il piano annuale dei controlli e dei protocolli; di mettere in atto un sistema di monitoraggio; di valutare i criteri per la determinazione della remunerazione delle funzioni; di raccogliere dati e informazioni sulla soddisfazione degli utenti (art. 11).

## Conclusioni

La LR n. 23/2015 riorganizza in modo profondo il sistema dei servizi nella Regione Lombardia.

I principi ispiratori restano quelli già presenti nell'agenda politica degli anni Novanta, tuttavia si assiste a un rilevante mutamento che incide sia sulla struttura che sui processi di funzionamento. L'auspicio è che effettivamente si corregga il precedente modello della "libera scelta delle unità di offerta" con un altro che metta al centro i processi di presa in carico delle persone in situazione di bisogno.

Attraverso le AST la Regione Lombardia si proietta nei territori attraverso proprie strutture amministrative, allo scopo di mettere in atto gli obiettivi definiti nei piani programmatori e gestionali della Giunta e dell'Assessorato.

Mediante le ASST, invece, determina una diversa strutturazione organizzativa delle precedenti ASL (aziende sanitarie locali).

Negli anni futuri, man mano che verrà implementata questa legge, restano ancora da definire la cultura, le forme, le modalità e i criteri di connessione con i territori e, in particolare, con i Comuni e, più in generale, i soggetti che intervengono come attori nella produzione dei servizi alla persona.

---

[1] Per dare ordine logico alla trattazione si individuano i seguenti punti chiave: 1. agenda delle politiche dei servizi in Lombardia e Glossario della riforma; 2. cultura sottostante al testo normativo, con particolare riferimento alle tecnologie mediche; 3. struttura istituzionale e i soggetti del sistema; 4. processi di programmazione



### **Riferimenti legislativi**

Legge Regionale 11 agosto 2015 , n. 23, Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al [Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33](#) (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

Legge Regionale 30 dicembre 2009 , n. 33. Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità

Legge Regionale 12 marzo 2008 , n.3, Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale

### **Bibliografia**

*Il modello lombardo di Welfare*, a cura di Giuliana Carabelli e Carla Facchini, Franco Angeli, 2011, p. 256

*Come cambia il welfare lombardo*, a cura di Cristiano Gori, Maggioli editore, 2011, p. 473

*Esperienze di welfare locale*, a cura di Daniela Gatti e Paolo Rossi, Maggioli editore, 2010, p. 200

Sito [Mappeser.com, voce Lombardia](#)

# Il nuovo modello sanitario lombardo: aziende integrate, ma eterodirette

Un contributo di **Vittorio Mapelli** - professore di Economia Sanitaria, Università degli Studi di Milano

A cura di Valentina Ghetti

8 marzo 2016

Temi > Presa in carico, Programmazione e governance, Regione Riforma sociosanitaria

Quale modello sanitario sta proponendo la riforma dell'Esecutivo Maroni? È un cambiamento radicale rispetto all'approccio contrattuale dell'epoca Formigoni, propone un modello sanitario di tipo integrato, tuttavia con molti compromessi e diversi elementi di criticità.

## Il modello verso cui stiamo andando: un nuovo ibrido<sup>[1]</sup>

Il [Libro Bianco](#) del 2014 aveva anticipato l'idea dell'integrazione dei servizi in un'unica azienda, considerato il profondo cambiamento del quadro epidemiologico in corso (invecchiamento della popolazione, cronicità) e la [legge di riforma sanitaria](#) **compie in effetti, dopo 18 anni, un'inversione a U rispetto alla riforma di Formigoni.**

Con la **legge 31 del 1997** la Lombardia aveva voluto introdurre il **modello contrattuale sull'esempio della riforma Thatcher del '91** (il cosiddetto quasi-mercato), in cui cioè gli acquirenti-finanziatori e i produttori-ospedali sono due entità giuridiche distinte, che regolano i loro rapporti sulla base di un contratto, in cui si fissano quantità, tipologia e prezzi delle prestazioni. A dire il vero l'applicazione lombarda non ha avuto il coraggio di portare alle sue naturali conseguenze questo modello e, basandosi sul principio di libera scelta, ha contrattualizzato *tutti* gli ospedali accreditati, pubblici e privati. I "contratti" sono standard, molto elementari (l'ASL riconosce il 98% del fatturato dell'anno precedente, senza indicare quantità e tipi di ricovero), i prezzi sono fissi e non è ammessa la selezione dei produttori. **Più che di un modello contrattuale si è trattato di fatto di un modello "separato" o, meglio, "semi-separato"**, in cui l'assistenza ospedaliera, specialistica e psichiatrica facevano capo all'AO, mentre l'ASL

produceva i servizi di sanità pubblica, prevenzione, cure primarie, assistenza domiciliare, sociali e veterinari.

**Oggi la riforma Maroni sposta l'asse su un altro tipo di modello, quello integrato**, ovvero un'unica azienda che è allo stesso tempo assicuratore/finanziatore e produttore di servizi. Anche in questo caso però non si è avuto il coraggio di andare fino in fondo ed eliminare i doppioni delle realtà create in passato, mantenendo in vita ancora [due tipologie di enti](#): le Aziende sanitarie (ora denominate Aziende socio sanitarie territoriali-ASST) e le nuove Agenzie di tutela della salute (ATS). Il modello integrato, invece, è tale perché tutti i servizi appartengono ad un'unica e sola azienda sanitaria, in altri termini, nel modello integrato le Agenzie sono superflue, non hanno ragione di esistere.

## I nodi della riforma

### Servizi integrati ma...separati in casa

La nuova legge regionale prevede che tutti gli erogatori pubblici confluiscono – finalmente – in 27 Aziende socio sanitarie territoriali, costituendo così un'azienda integrata. L'operazione avviene mediante incorporazione nelle precedenti 29 Aziende ospedaliere (che già possedevano i presidi ospedalieri e gli ambulatori specialistici) dei servizi di igiene e prevenzione, veterinaria e assistenza socio-sanitaria, prima in capo alle ASL. L'ASST è suddivisa in due settori autonomi (con contabilità separata)(art 7) – polo ospedaliero e rete territoriale – retti da un direttore sanitario e da un direttore sociosanitario. Come dire, servizi integrati, ma separati in casa. Il “polo ospedaliero” si articola in presidi ospedalieri e/o dipartimenti. Gli ospedali prima costituiti in AO (ad es. Niguarda) perdono la loro personalità giuridica e divengono semplici presidi ospedalieri. Nella “rete territoriale” confluiscono i presidi ospedalieri di minore dimensione, che sono trasformati in POT (presidi ospedalieri territoriali, a media e bassa intensità, per acuti e cronici) e i PreSST (presidi socio sanitari territoriali, per degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative). **Rimane incerta la collocazione dei servizi sociosanitari territoriali** (consultori, Cps, Sert) o domiciliari (Adi) che, facendo capo ai Distretti, si dovrebbero collocare nelle ATS, insieme alle cure primarie (MMG), ma in base al principio di integrazione dovrebbero confluire nelle ASST con gli altri erogatori. Il tempo dirà la loro sistemazione. **E' prevista, da ultimo, la possibilità che rinascano le Aziende Ospedaliere (art. 7.18), di cui non si comprende la necessità e la logica, in un modello integrato.**

## Le ATS...un contenitore vuoto

Le 15 ASL, svuotate di servizi, sono ridotte di numero e trasformate in 8 Agenzie di tutela della salute (ATS), che hanno funzioni di programmazione, acquisto e controllo dei servizi sanitari (art. 6). Diventano un contenitore vuoto, che non possiede strutture sanitarie e non eroga servizi (eccetto quelli sociosanitari territoriali? v. sopra). Ma dispongono di numeroso personale e mantengono al loro interno ben 6 Dipartimenti (vuoti). E tanti Distretti quanti sono le ASST, da suddividere a loro volta in "Ambiti distrettuali" di almeno 80.000 abitanti (art 7 bis). Le ATS, con il finanziamento ricevuto dalla Regione, contrattano e pagano gli erogatori di servizi, che sono le ASST, gli IRCCS e i privati accreditati (art. 6). Contrattare è un eufemismo, perché il contratto è standard (fissato ogni anno dalla Regione con le "regole di sistema") e non possono negoziare le tariffe, il tipo e le quantità di prestazioni. Attuano la programmazione regionale, emanando linee di indirizzo alle ASST, che peraltro sono aziende indipendenti, con propria personalità giuridica, dotate di ampia autonomia organizzativa, patrimoniale, gestionale e tecnica (art. 7). Sarebbe come andare a comandare in casa d'altri. **Le ATS, così come configurate, appaiono come agenzie di pagamento, di cui il modello integrato può fare a meno. Sarebbe bastata un'unica ATS regionale o, meglio ancora, nessuna ATS.** Basta la Regione per programmare, finanziare e controllare le ASST.

## Una riorganizzazione territoriale impegnativa

Le ASL di Milano città, Milano 1, Milano 2 e Lodi diventeranno una mega ATS di 3.500.000 abitanti e la città di Milano, prima organizzata in un'unica ASL, è ora frammentata in 7 ASST (di cui l'ASST G. Pini è senza un territorio di riferimento). A Varese le due ASL di Varese e Como si fonderanno in un'unica ATS. Lecco e Monza formeranno un'ATS unica della Brianza. A Bergamo, Brescia e Pavia era presente un'ASL che si trasformerà in ATS, mentre le ASL di Mantova e Cremona si fonderanno nell'ATS della Val Padana e quelle di Sondrio e Valle Camonica nell'ATS della montagna.

## Previsioni di economie dubbie

La riforma sanitaria del 1997 aveva creato, nel tempo, 15 ASL, 29 Aziende Ospedaliere, 1 Azienda regionale per l'emergenza e urgenza (AREU) per un totale di 45 aziende con 150 direttori tra direttori generali, sanitari, sociali ed amministrativi. Con la nuova riforma sanitaria si avranno 8 ATS, 27 ASST, 1 AREU, 1 Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo e 1 Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo per un totale **di 38 enti e 149 direttori. Sul piano dei costi non vi sarà nessun beneficio apprezzabile.**

## Dal Ministero...ci osservano

La riforma sanitaria lombarda – che è molto peculiare – viene considerata dal Ministero della Salute come una sperimentazione, che dovrà essere valutata nei suoi risultati entro tre anni. Gli aspetti critici della riforma lombarda sono numerosi – a prescindere dagli inevitabili costi di riorganizzazione del sistema informativo, contabile, delle procedure, degli appalti che comporterà. Il testo di legge è di difficile interpretazione e sono ancora da chiarire le sovrapposizioni tra le funzioni erogative in capo alle ASST e quelle dei Distretti in capo all’ATS. Le Agenzie per la tutela della salute non sono una fattispecie prevista dalla normativa nazionale.

## In sintesi

A livello europeo non esiste un modello simile a quello approvato dalla Regione Lombardia, **è un modello molto compromissorio e italiano**. Se si intendono mantenere la separazione delle funzioni tra acquirenti (*purchasers*) e produttori (*providers*) di servizi sanitari, è necessario attribuire alle Agenzie per la Tutela della Salute i giusti poteri negoziali: selezione degli erogatori (dei presidi ospedalieri o anche solo dei reparti), possibilità di negoziare il valore delle tariffe, il tipo e la quantità delle prestazioni, i tempi di attesa. Se al contrario si opta per la libera scelta degli assistiti, la contrattualizzazione di tutti gli erogatori, pubblici e privati, contratti standard e uniformi per tutti, tariffe non negoziabili, **le ATS divengono organismi inutili e costosi, privi di reale potere coercitivo verso le ASST, che solo la Regione può esercitare**.

Una considerazione finale. La riforma – come ogni riforma – cambia l’assetto istituzionale e organizzativo, ma non si auto-realizza. Certo l’assetto strutturale conta, ma ancora di più contano le scelte politiche che faranno la Regione Lombardia e le aziende sanitarie a livello locale. Conteranno la “visione” progettuale, le capacità delle persone, la ricchezza degli strumenti di *governance*. In altri termini, conterà la politica. In attesa, comunque, di una vera riforma del “sociale” che trasferisca le residue competenze dei Comuni ad un’unica vera integrata azienda sociosanitaria.

---

[1] Il presente contributo è tratto dall’intervento dell’autore al seminario organizzato dal FAP-Acli “Luci e ombre della riforma sociosanitaria” tenutosi il 10 dicembre 2015 a Milano – si vedano gli atti [in allegato](#)

# La riforma del welfare serve ai cittadini lombardi?

Un'analisi di quadro della L.R.23/2015

di Cristiano Gori e Valentina Ghetti

1 dicembre 2015

Temi > Integrazione sociosanitaria, Presa in carico, Programmazione e governance, Regione, Regole di sistema, Riforma sociosanitaria

**L'articolo osserva la legge di riforma a partire dalle ricadute concrete che essa potrà generare per i diretti beneficiari del sistema di welfare, i cittadini lombardi. Si propone una analisi di quadro sui principali vantaggi, e i possibili svantaggi, che già oggi è possibile ravvisare.**

Una riforma può assolvere a numerose funzioni – assai diverse tra loro – ma una sola conta: riuscire a migliorare i servizi offerti ai cittadini. Unicamente il tempo permetterà di giudicare l'impatto della [legge 23/2015](#) sulla realtà dei servizi nella nostra regione. Tuttavia, oggi pare possibile provare a mettere a fuoco alcuni vantaggi e svantaggi che è ragionevole attendersi, o non attendersi, per l'ambito di interesse del nostro sito, cioè il welfare sociale<sup>[1]</sup>. E' ciò che cerchiamo di fare in questo articolo.

Esperienze analoghe – in Italia e all'estero – mostrano che riforme come quella lombarda, incentrate sul ridisegno del complessivo assetto istituzionale, vengono non di rado introdotte per scopi non legati al miglioramento dei servizi, ed in particolare:

- *obiettivi di potere*. Simili riforme consentono di ridefinire gli equilibri tra i diversi soggetti coinvolti nel governo regionale, attraverso la redistribuzione di posizioni significative sia nelle responsabilità politiche sia in quelle amministrative, a livello centrale e locale;
- *obiettivi comunicativi*. Ai non addetti ai lavori è molto più incisivo comunicare l'attivismo di una Giunta in un determinato settore con la realizzazione di una "grande riforma", come appunto la L.R. 23, piuttosto che attraverso la messa in pratica di cambiamenti magari più utili ma meno visibili.

Lasciando al lettore il compito di valutare se – e in quale misura – le finalità di potere e quelle comunicative abbiano influenzato la scelta di introdurre la nuova normativa, ci concentriamo, come anticipato, sugli obiettivi di miglioramento dei servizi del welfare sociale.

## I vantaggi attesi

### Il rafforzamento della presa in carico

Il *claim* della riforma “dalla cura al prendersi cura” indica l’intento di passare da un sistema che lo stesso Esecutivo Maroni ha – in più occasioni[2] – giudicato troppo settoriale e frammentato ad una presa in carico della persona globale ed integrata. Tale scopo – certamente condivisibile – permea l’intera legge 23, che lo richiama in numerosi passaggi.

Il testo, però, non indica in che modo sarà garantita la presa in carico, quali ridefinizioni organizzative saranno necessarie, quali dispositivi saranno introdotti per l’assessment, la progettazione e il monitoraggio del caso e come saranno definite le responsabilità in merito. **In altre parole, si dichiara più volte l’obiettivo senza mai prevedere strumenti per tradurlo in pratica: non occuparsi della sua declinazione operativa, tuttavia, equivale – nella sostanza – ad ignorarlo.** Il nostro paese è lastricato di leggi ricche di finalità espresse – ambiziose e condivisibili - non accompagnate da previsioni attuative e che non hanno, pertanto, migliorato alcunché.

**Inoltre, anche sul piano del dichiarato, l’attenzione alla presa in carico non rappresenta una novità.** Le riforme introdotte dalla Giunta Formigoni nello scorso decennio le attribuivano un ruolo marginale, a favore della libertà di scelta del cittadino[3], ma a partire dal 2009 quest’impostazione è stata sostanzialmente modificata. Da allora, sia con l’Esecutivo Formigoni (Assessore alla famiglia Boscagli[4]) sia con la successiva Giunta Maroni (Assessore Cantù), l’importanza della presa in carico è stata regolarmente sottolineata nei documenti e nelle comunicazioni ufficiali[5]. Poiché gli sforzi sinora compiuti dall’amministrazione regionale per renderla un effettivo cardine dell’attività dei servizi sono unanimemente giudicati inadeguati, **oggi la sfida non è reiterare le enunciazioni bensì passare alla fase successiva, individuando nuove e più efficaci strade per concretizzarle.**

### Una maggiore integrazione sociosanitaria

La riforma intende migliorare l’integrazione socio-sanitaria: anche questa non è una novità, bensì un fine che le Giunte lombarde da diversi anni menzionano costantemente. **A differenza del precedente obiettivo, però, qui si prevedono concreti meccanismi per la sua realizzazione,** fondati su un comune assunto: maggiore

integrazione istituzionale – ottenuta attraverso una nuova suddivisione delle responsabilità nell’amministrazione regionale e nelle Asl – determinerà più integrazione anche nell’operatività dei servizi nei territori.

## Nel governo regionale

**L’iniziale intenzione di dar vita ad un solo Assessorato al Welfare è stata – come noto – abbandonata.** Ora ne esistono due, uno responsabile di tutti gli interventi finanziati dal Fondo sanitario regionale (Welfare) e l’altro di quelli di politica sociale (Reddito di Autonomia e inclusione sociale). Pertanto, l’integrazione a livello del governo regionale non riguarda – come nel progetto iniziale – il rapporto tra il sociale e l’intero complesso della sanità (due distinte aree di welfare) bensì – esclusivamente – quello tra acuzie e socio-sanitario, entrambi comparti del medesimo settore, quello sanitario.

Al proposito, in ogni modo, l’evidenza empirica è univoca: **non esiste alcun legame tra una maggiore integrazione istituzionale nelle strutture di governo sovra-ordinate ed il rafforzamento dell’integrazione operativa nei territori.** Anzi, gli esperti concordano nel ritenere che per ottenerla l’ente di governo sovra-ordinato non dovrebbe preoccuparsi tanto di costruire un unico soggetto istituzionale responsabile, quanto di fornire ai diversi servizi locali strumenti operativi ed incentivi che li spingano a lavorare sempre più insieme[6].

## A livello territoriale

L’unione delle aziende ospedaliere e della rete territoriale in ASST – Aziende sociosanitarie territoriali – offre l’occasione di assicurare maggiore continuità assistenziale tra ospedale e territorio, grazie anche all’articolazione di strutture intermedie come i POT (Presidi ospedalieri territoriali). **Si aprono qui evidenti opportunità positive, riguardanti i percorsi di dimissione protetta e altri ambiti della post-acuzie: la capacità di coglierle dipenderà dal tipo di relazione realizzata tra ospedale e territorio.** Bisognerà, dunque, verificare se tale relazione sarà fondata su un effettivo equilibrio tra le due parti oppure si verificherà una predominanza dell’ospedale, che produrrebbe evidenti effetti negativi.

**Riguardo l’integrazione nella rete territoriale dei vari servizi di natura sociosanitaria, invece, lo scenario è incerto.** Ci si riferisce qui specialmente al ruolo dei PreSST (Presidi socio-sanitari territoriali), ulteriore articolazione della rete territoriale: non si comprende ancora in quali termini le nuove “modalità organizzative” – così come cita la norma – cambieranno l’attuale articolazione dei distretti sociosanitari e dei servizi territoriali, sia pubblici che accreditati. In sostanza rimane ancora da chiarire come si pensa di generare una maggior integrazione all’interno della rete dei servizi domiciliari



(punti fragilità – adi – protesica...), di quelli consultoriali (cav e consultori pubblici e accreditati), della psichiatria (cps) e delle dipendenze (sert e smi) - cioè di tutti quei servizi conosciuti e fruiti dai cittadini.

Inoltre, come già detto, **si tratta di un'integrazione parziale poichè riguarda solo una parte del sistema di welfare: quello sanitario (aziende ospedaliere) e sociosanitario (Asl). Questa parte, sicuramente rilevante, ne lascia però fuori un'altra altrettanto significativa, quella socio-assistenziale e socio-educativa**, incrementando ulteriormente la difficoltà di tenere connessi livelli di governo differenti (Regione-ATS e Comuni).

A proposito di quest'ultimo punto, poi, le nuove geografie che verranno a costituirsi dal primo gennaio prossimo, attraverso i nuovi azionamenti, renderanno certamente più complessa la programmazione e il governo dell'integrazione tra comuni e ATS. **Le cabine di regia e le conferenze dei sindaci ampliaranno i loro confini; sarà da verificare se nelle nuove dimensioni territoriali, in qualche caso sopra provinciali (ATS della città metropolitana, della Brianza e della Val padana), riusciranno ad essere dispositivi efficaci.**

## I risparmi

La nascita di un unico Assessorato al welfare, il dimezzamento delle ex Asl (8 ATS invece che 15 Asl), il passaggio da 81 distretti a 24 ASST e altre innovazioni gestionali, come l'introduzione della centrale unica di acquisto, permetteranno di risparmiare – secondo le stime della Giunta – 300 milioni di Euro. Questa somma sarà destinata alla riduzione dei ticket sanitari, delle liste d'attesa e delle rette nelle RSA. Realizzare guadagni di efficienza che consentano di recuperare risorse da utilizzare per gli obiettivi menzionati rappresenta una scelta utile e condivisibile. In ogni modo, è utile misurarne la portata: 300 milioni equivalgono a circa l'1,6% della spesa sanitaria regionale<sup>[7]</sup>.

## Gli svantaggi attesi

### Un forte e duraturo stress per il sistema dei servizi

Qualunque siano gli esiti, riforme come quella lombarda – che prevedono un profondo ridisegno istituzionale del welfare – **assorbono una notevole quantità dell'energia di tutti gli attori coinvolti, per un lungo periodo.** Ciò accade sempre – in Italia e all'estero – poichè costituisce una conseguenza inevitabile della trasformazione degli assetti organizzativi, delle funzioni gestionali e dei ruoli professionali che simili normative portano con sé. Coloro i quali operano nei servizi vivono, di conseguenza, un forte stress, dovuto principalmente:

- *all'incertezza sul futuro*. Inizialmente, chi ne è coinvolto – ad ogni livello (dirigenti, funzionari ed operatori) – s'interroga su quale sarà il proprio destino nel nuovo scenario, cioè se la nuova configurazione istituzionale porterà a cambiamenti di ruolo (non è detto che ciò accada) e in che modo dovranno modificarsi le modalità di lavoro (questo accadrà certamente);
- *allo sforzo per imparare ad operare nel nuovo contesto*. Successivamente, una volta che i nuovi ruoli e le nuove funzioni sono state definite, si tratta di imparare ad agire nel nuovo quadro istituzionale, attivando nuove relazioni, capendo come operare in presenza di regole nuove e così via.

**Lo stress al quale il sistema dei servizi lombardi sarà sottoposto nel prossimo futuro è oggi percepito, dai più, in misura inferiore alla sua effettiva portata.** Si tratta, di nuovo, di un fenomeno ricorrente: i decisori tendono a sottovalutare l'impatto di simili riforme sul sistema dei servizi, mentre chi vi opera ne diventa progressivamente consapevole con il trascorrere del tempo, man mano che questo si manifesta. Le energie assorbite dagli sforzi necessari per adattarsi al nuovo assetto istituzionale verranno, inevitabilmente, distolte dall'attività ordinaria di programmazione e realizzazione degli interventi.

## La centratura su obiettivi dichiarati e assetti istituzionali

Abitualmente, le leggi di riforma complessiva del welfare si compongono di tre parti: a) principi e obiettivi dichiarati, b) assetti istituzionali e rapporti tra gli attori, c) indicazione degli interventi da realizzare. Nella riforma le prime due sono ampiamente sviluppate, mentre la terza è sostanzialmente mancante. Tale assenza si riflette nei commenti sinora pubblicati sul nostro sito. Infatti, se escludiamo gli apprezzamenti per le finalità enunciate e le dettagliate analisi degli assetti istituzionali condotte, in merito agli interventi il commento unanime è "bisogna attendere le prossime decisioni della Regione".

Nella prospettiva da noi utilizzata, centrata sul miglioramento dei servizi, quanto illustrato solleva due interrogativi:

- qual è la funzione di una radicale trasformazione degli assetti istituzionali priva di effettive indicazioni circa gli interventi da compiere nei territori?
- non è possibile realizzare incisive azioni di miglioramento dei servizi offerti senza prevedere impegnative operazioni di ridisegno istituzionale?

**Non è molto chiaro, in altre parole, il collegamento tra i contenuti della riforma e gli obiettivi di miglioramento dei servizi nei territori.** L'unico evidente consiste nell'atteso legame causa-effetto tra ridisegno degli assetti istituzionali e migliori servizi; tuttavia – come si è detto[8] – la sua portata risulta, nella migliore delle ipotesi, piuttosto limitata.

## La mancata valorizzazione dei percorsi compiuti

Poiché gli effetti di una riforma dipendono anche dal momento in cui viene introdotta, è opportuno interrogarsi sul significato della LR 23 nel cammino della consiliatura regionale 2013-2018. Nel 2013, dopo il suo insediamento, la Giunta Maroni ha definito i propri obiettivi strategici per il welfare sociale, che – come anticipato – sono in ampia parte sovrapponibili a quelli della l.r. 23/2015[9].

Nel biennio 2013-2015, la Giunta ha avviato vari percorsi orientati alla loro traduzione nella pratica: la progressiva messa a sistema delle numerose sperimentazioni in corso[10]; il miglioramento dell'appropriatezza dei servizi[11]; l'introduzione della rete delle cure intermedie[12]; l'attuazione di alcune trasformazioni significative nei percorsi di presa in carico[13].

Le esperienze realizzate sono state contraddistinte da un livello di qualità assai variabile tra i diversi interventi e le varie realtà locali; ciononostante potrebbero offrire una base significativa sulla quale costruire un cambiamento durevole. Ci si aspettava, pertanto, che la priorità della Regione consistesse nel valorizzarle, apportando correzioni dove necessario, estendendo le innovazioni rivelatesi positive e abbandonando quelle negative, e – in generale – utilizzando il tempo a disposizione sino al 2018 facendo fruttare le fatiche già compiute nei territori al fine di radicare trasformazioni capaci di rimanere (si veda un [precedente articolo](#)).

Molti di questi percorsi proseguiranno, benché in alcuni casi il loro incrocio con la LR 23 non sia ancora chiaro. In attesa di verificarlo, un punto risulta già evidente. **L'applicazione della nuova riforma è divenuta la priorità della Regione e, inevitabilmente, assorbirà in misura predominante gli sforzi; spostare dai nuovi interventi realizzati a partire dal 2013 una quantità così rilevante di attenzione non potrà che andare a discapito della loro valorizzazione.**

In conclusione, molto rimane da capire in merito agli effetti della LR 23/2015. Ciò detto, pare ragionevole chiedersi se introdurre un simile complessivo ridisegno istituzionale del sistema – con tutte le conseguenze che porta con sé – costituisca oggi la strada più opportuna per far crescere i servizi di welfare sociale in Lombardia.

---

[1] Con questo termine ci riferiamo all'insieme dei servizi ed interventi socio-sanitari, socio-assistenziali e socio-educativi.

[2] Si veda il Libro Bianco per lo sviluppo del sistema sociosanitario della Lombardia 2014, l'introduzione alle regole di sistema 2015, le linee guida ai piani di zona 2015-2017 o ancor prima la stessa dgr 116/2013.

[3] Gori, C (a cura di), 2010, Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali, Rimini, Maggioli, <http://www.lombardiasociale.it/come-cambia-il-welfare-lombardo/>

[4] La modifica dell'impostazione regionale in materia coincide sostanzialmente con cambio di Assessore alla Famiglia tra Abelli (in carica dal 2000 al 2008) e Boscagli (in carica dal 2008 al 2013). Dopo le elezioni regionali del 2013 e sino a pochi mesi la titolare dell'Assessorato è stata Maria Cristina Cantù.

[5] Si ricordi il Patto per il nuovo welfare dell'assessore Boscagli <http://www.lombardiasociale.it/2012/09/24/i-si-e-i-no-al-patto-per-un-nuovo-welfare/> o le dichiarazioni che accompagnavano l'introduzione del nuovo Fondo Famiglia, all'indomani dell'insediamento della nuova Giunta <http://www.lombardiasociale.it/2013/10/31/fondo-famiglia-sosteniamo-il-nostro-welfare/?c=la-voce-della-regione>

[6] Tra gli altri si veda Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G. & Wodchis, W. (2014). *Providing integrated care for older people with complex needs: Lessons from seven international case studies*. London: The King's Fund. Scaricabile da [http://cdn.basw.co.uk/upload/basw\\_102418-7.pdf](http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_102418-7.pdf)

[7] 1,59% dell'oltre 18,8 miliardi di spesa sanitaria <http://www.lombardiasociale.it/2015/11/24/tagli-alla-spesa-sanitaria-uno-sguardo-dinsieme-e-il-caso-lombardo/?c=dati-e-ricerche>

[8] Si veda il precedente paragrafo sull'integrazione sociosanitaria.

[9] I quattro obiettivi principali enunciati dalla Giunta Maroni per il welfare sociale, sin dall'inizio della consiliatura sono: a) sviluppare i percorsi di presa in carico integrata, b) rafforzare l'integrazione sociosanitaria, c) rimodulare il sistema di offerta, articolandola maggiormente, d) incrementare i finanziamenti dedicati. Queste finalità si ritrovano nella dgr 116/2013 e in successivi atti, tra i quali il Libro bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario della Lombardia e le regole di sistema. Nella legge 23 gli obiettivi a) e b) sono riproposti, il c) manca perché essa non si occupa – per l'appunto – di interventi e il d) manca perché dal 2015 le risorse dedicate al welfare sociale sono iniziate a calare.

[\[10\]](#) Ad esempio la riforma dei consultori in centri per la famiglia o l'apertura dei servizi residenziali a sperimentazioni di rsa/rsd aperte e residenzialità leggera (dgr 2022/2014).

[\[11\]](#) Ad esempio attraverso la revisione degli indicatori di appropriatezza (dgr 1765/2014), la revisione delle funzioni di vigilanza, l'aggiornamento dei requisiti di accreditamento (dgr 2569/2014).

[\[12\]](#) Dgr 3833/2015

[\[13\]](#) Ad esempio le unità di valutazione multidimensionali e l'applicazione del sistema di valutazione Vaor, l'istituzione della Cabina di regia, con la precisazione delle sue funzioni e l'articolazione della sua organizzazione (vedi dgr 2941/2014).

# I primi passaggi attuativi

# Delibera delle regole 2016: indicazioni operative per gestire la transizione

DGR n.X/4702 - Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2016

Di Valentina Ghetti e Giovanni Merlo

29 gennaio 2016

Temi > Anziani, Disabilità, Famiglia e minori, Programmazione e governance, Regione, Regole di sistema, Riforma socio sanitaria

**Un'analisi della delibera sulle regole di esercizio 2016. Un anno di transizione per l'applicazione della riforma socio sanitaria, dunque indirizzi tendenzialmente in continuità con l'esercizio precedente, a parte qualche eccezione.**

In chiusura d'anno la Giunta ha approvato la delibera delle regole 2016. Una delibera molto diversa dal solito, dato che l'esercizio del sistema sarà attraversato, per tutto il 2016, dall'attuazione della riforma socio sanitaria approvata la scorsa estate con la [legge 23](#).

**Quello appena iniziato infatti, lo dice la dgr stessa, sarà un anno di transizione e l'atto che abitualmente detta i temi regionali sul welfare e declina le scelte principali del legislatore, con ricadute significative sull'intero sistema (per enti gestori, operatori e cittadini), questa volta sembra avrà impatti meno rilevanti, andando – su molti temi- in continuità con l'esercizio precedente.**

La formulazione della delibera cambia radicalmente: non è più articolata nelle tre sezioni e non esiste più l'allegato C dedicato al comparto socio sanitario. **Il testo è centrato sulla declinazione di indicazioni per la gestione della transizione e corredato di numerosi sub-allegati che forniscono specifici indirizzi sui diversi aspetti gestionali legati alla costituzione dei nuovi enti, ATS e AssT: gestione del personale; passaggio dei contratti; definizione del bilancio, rebranding...**

E' all'interno del complesso del testo e degli allegati che si ricostruiscono le specifiche note che interessano il welfare sociale. Qui di seguito si tenta una sintesi dei principali aspetti che riguardano il nostro comparto di analisi.

## 2016: anno di transizione che non deve pesare sui cittadini

Si considera, come detto, necessario un periodo di transizione per la messa a regime della riforma istituzionale. L'atto insiste molto nel sottolineare come tale passaggio non debba generare ostacoli nella fruizione dei servizi e nell'erogazione delle attività per i cittadini. In diverse parti della delibera si richiama l'attenzione a dare garanzia di continuità alle funzioni di coordinamento, programmazione ed erogazione e a questo vengono correlati specifici obiettivi di valutazione dei direttori generali.

**Questa è certamente una buona notizia, l'attenzione a che il ridisegno istituzionale non porti al peggioramento del sistema è necessaria.** Sarebbe però interessante porsi il tema dei percorsi migliorativi in atto. Se infatti la corretta applicazione delle indicazioni della delibera garantirà la continuità dei servizi e delle prestazioni, dall'altro appare chiaro come **il processo di cambiamento, anche culturale, delle politiche socio-sanitarie promosse dall'Assessorato alla Famiglia negli ultimi due anni subisce una battuta d'arresto.** In questo contesto le singole sperimentazioni e iniziative, rimangono (momentaneamente?) prive di quella cornice politica necessaria per renderle interessanti e significative per l'intero sistema dei servizi (es. regolazione dell'accesso e sperimentazione suw; introduzione costi standard, i percorsi di presa in carico e valutazione multidimensionale, revisione unità d'offerta...).

## Il finanziamento al welfare

La delibera delle regole abitualmente preannuncia lo stato del finanziamento al welfare per l'anno in corso. Anche in questo caso vengono date indicazioni, successivamente poi precisate anche dal bilancio di previsione, approvato in gennaio.

**Tab. Finanziamento al welfare sociale – aa 2012-2016**

	2012	2013	2014	2015	2016
Finanziamento ASSI	1.650,00	1.652,00	1.712,00	1.697,00	Fino a 1.712
<i>di cui Fondo famiglia</i>	<i>30***</i>	<i>20</i>	<i>80</i>	<i>40</i>	Fino a 50
<i>di cui Fondo socio-sanitario tradizionale</i>	<i>1.620,00</i>	<i>1.632,00</i>	<i>1.632,00</i>	<i>1.657,00</i>	Fino a 1.662



Al vecchio comparto Assi si attribuiscono risorse fino a 1.662 milioni euro per il fondo sociosanitario tradizionale e fino a 50 milioni per il fondo famiglia, confermati nel bilancio di previsione. **Complessivamente si torna così a recuperare quella decurtazione di 15 milioni prevista – e poi realizzata – dalle regole dello scorso anno, riportando il finanziamento ai valori del 2014.**

Il passaggio del sociosanitario all'assessorato al Welfare, che governa anche la sanità, sembrerebbe vedere dunque scongiurato il pericolo di un depotenziamento nella dotazione finanziaria. In sostanza, se la preoccupazione era quella di vedere una riduzione del finanziamento in favore della sanità, per ora tale preoccupazione sembra fugata.

**Sul fondo famiglia è da notare tuttavia che il finanziamento recupera 10 milioni rispetto allo scorso anno, ma rimane ancora significativamente lontano sia dai valori del 2014, che da quanto dichiarato nelle intenzioni del precedente Assessore.**

## Innovazioni, sperimentazioni e flessibilità nel sistema d'offerta

In tema di sperimentazioni e unità d'offerta innovative, ovvero in riferimento a quanto introdotto negli scorsi anni dalle ddgrr [856/2013](#) e [3239/2012](#) (e [seguenti](#)), anche qui le indicazioni sono all'insegna della continuità.

**Proseguono, secondo le medesime modalità in atto, le misure rivolte ai minori con disabilità** (riabilitazione minori e residenzialità rivolta a minori con gravissime disabilità); **quanto avviato con la dgr 392 sull'autismo e in relazione al potenziamento del case management; la residenzialità per anziani** (rsa aperta e residenzialità leggera) **e per minori**. Per ciascuna misura vengono indicati i volumi di finanziamento previsti per l'anno (tab.2).

Nessuna novità di rilievo dunque, ma almeno due note da segnalare:  
1. In tema di residenzialità leggera, due terzi delle risorse assegnate (3 milioni), sono destinate in favore di una specifica categoria, quella dei religiosi, dando continuità a quanto stabilito nella precedente dgr 4086/2015;

2. sulla residenzialità per minori si anticipa la necessità di rivedere la misura e le modalità di impiego delle risorse, probabilmente per meglio coordinarsi con l'erogazione del fondo sociale regionale, rimandando però a giugno 2016 la formulazione di nuove indicazioni.

**Tab.2 – La prosecuzione delle sperimentazioni**

Riabilitazione minori	6 milioni
Case management	1,5 milioni
residenzialità rivolta a minori con gravissima disabilità	1,3 milioni di euro
Minori vittime di abuso	17 milioni
Rsa aperta	35 milioni
Residenzialità leggera/assistita	4,7 milioni
Assistenza post acuta domiciliare	1,3 milioni (sino a maggio, poi rientrerà come profilo Adi)

## Salute mentale, l'area con qualche interessante novità

Qualche buona notizia arriva dall'area Salute Mentale e Neuropsichiatria. Tutto procederà come ora ma:

- a. viene **confermata la sperimentazione in area psichiatrica del Budget di Salute;**
- b. sulle **Uonpia, viene messa in evidenza il problema delle liste di attesa per l'accesso e per i trattamenti e, vengono stanziati 4 milioni di euro in più.**

Al di là delle singole misure prevista della delibera, è **importante ricordare come lo sviluppo dell'intera area della salute mentale sia ancora oggetto di dibattito politico**, dato che è in discussione, proprio in questi giorni, presso la Terza Commissione l'articolo della riforma dedicato proprio a questa area.

## Sulla regolazione del sistema: un anno in stand by

### Accreditamento e percorsi di presa in carico

Si da conto che nel corso del 2015 l'offerta sociosanitaria regionale si è ampliata con la messa a contratto di 500 posti di RSA, nelle aree territoriali carenti. **Data la priorità regionale di attuazione della riforma, per l'anno 2016 l'indicazione è di sospendere nuovi accreditamenti per tutte le tipologie di unità d'offerta sociosanitaria**, con l'eccezione di alcune poche aree (es. area bassa intensità assistenziale dipendenze).

**Una sospensione in attesa di mettere a punto "nuovi modelli organizzativi", facendo riferimento in particolare alla creazione di nuove reti tra soggetti erogatori e nuove modalità di presa in carico e assistenza.** Viene data priorità alla prima – le reti tra soggetti- e demandato ad un secondo momento la declinazione dei percorsi di presa in carico.

## Vigilanza e controllo

In tema di vigilanza e controllo, **l'esercizio passa alle ATS e il coordinamento della funzione all'Agenzia di controllo, su cui si attendono indicazioni.** All'ATS viene confermato il compito delle Asl di vigilare anche sulle unità di offerta socioassistenziali previste dalla Legge 3/08, in accordo con l'Assessorato al reddito di autonomia. Viene ribadita la [Dgr 1765/2014](#) sui criteri di appropriatezza. Un passaggio che conferma l'orientamento della riforma sociosanitaria, che tende a ridurre lo spazio di azione dei Comuni anche nei servizi sociosanitari e socio assistenziali che contribuiscono in gran parte a finanziare.

## Compartecipazione

La DGR prevede la messa a punto di un nuovo modello di compartecipazione, specificando che riguarderà sia il sistema dei ticket sanitari che quello delle rette sociosanitarie. Si prevede esplicitamente che alla messa a punto di questo modello continueranno le organizzazioni sindacali. Non si fa cenno al ruolo dei Comuni e alla partecipazione a questo processo delle organizzazioni di terzo settore. Una scelta che, se confermata, si troverebbe in perfetta continuità con il percorso di approvazione della riforma sociosanitaria, che ha visto un'interlocuzione diretta con i sindacati; decisamente minore con i comuni e praticamente nulla con il terzo settore.

## Vendor Rating

In riferimento alle RSA viene **mantenuta la sperimentazione del [vendor rating](#), dando indicazione della sua applicazione, per il 2016, unicamente orientata però al posizionamento delle singole unità d'offerta, senza ricadute economiche per i gestori.** [Il percorso condotto con i gestori](#) ha portato dunque, in questa transizione, ad un ulteriore tempo di studio del sistema.

## Costi standard

Non tutto va in continuità. Se in tema di rating si procede nell'applicazione, **sul percorso riferito all'introduzione dei costi standard delle Rsa**, tema da tempo posto in agenda e su cui già dal precedente esecutivo la Regione era impegnata in una serie di approfondimenti (si veda [articolo precedente](#)), **non si trova più traccia.**

## Integrazione sociosanitaria

In virtù della distinzione in due assessorati, **si richiama la costituzione entro l'anno 2016 di un gruppo di lavoro interassessorile, che prevede la partecipazione delle rappresentanze sia delle ATS/ASST che dei comuni**, per la definizione di indirizzi utili

alla piena integrazione tra azione sociale e sociosanitaria, anche in riferimento alla gestione delle risorse e dei modelli organizzativi.

Viene inoltre specificato che, nel frattempo, continueranno a funzionare le “cabine di regia” il cui governo avverrà a livello di ATS. Anche su questo aspetto si nota l’assenza di previsioni di interlocuzione con il terzo settore (come invece era previsto dalla l.3/08) per la riuscita di questo processo.

Nel sub-allegato 3 viene indicata la suddivisione delle competenze tra i diversi enti (ATS E ASST), per macro processi aziendali. **In riferimento però allo specifico delle funzioni di integrazione sociosanitaria, che richiama direttamente la responsabilità dell’assessorato al Reddito autonomia e del Dipartimento per l’integrazione, nel testo delle regole viene lasciato un punto interrogativo. Ciò fa presumere ancora una scarsa chiarezza sul tema.**

# I Piani Organizzativi Strategici di ATS e ASST: i punti salienti delle linee guida regionali

DGR n. X/5113 del 29 aprile 2016 – Linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di tutela della salute (ATS), delle Aziende sociosanitarie territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e degli AREU

A cura di Valentina Ghetti

25 maggio 2016

Temi > Programmazione e governance, Riforma sociosanitaria

**Una delibera che segna di fatto in primo atto attuativo dopo la legge riforma sociosanitaria LR 23/2015. Con queste linee guida si comprendono importanti aspetti circa il nuovo assetto organizzativo dei nuovi Enti.**

## Una delibera importante

Intanto è bene precisare di cosa stiamo parlando. I POAS – piani di organizzazione aziendale strategica – sono lo strumento di programmazione con cui le nuove ATS e ASST definiscono il proprio assetto organizzativo e le loro modalità di funzionamento, in attuazione degli obiettivi regionali. Inizialmente la Regione ne aveva previsto l'elaborazione da parte dei nuovi enti per fine febbraio ([l.r. 23/2015](#)). Con queste linee guida il legislatore ha inteso intervenire fornendo alcuni indirizzi per la loro declinazione, così da favorire un'omogeneità di comportamento all'interno del territorio regionale. Non ci sono indicazioni precise sui tempi di approvazione dei Piani – nella dgr si rimanda infatti ad ulteriori atti – ma in un passaggio la delibera richiama la data del 31 dicembre 2017 come *dead line* per il pieno completamento del processo di riforma.

Queste linee guida rappresentano un atto particolarmente rilevante: di fatto sono il primo passo attuativo della riforma approvata ad agosto scorso, poiché qui vi si ritrovano – oltre ad una più chiara precisazione delle ragioni che l'hanno ispirata e degli obiettivi da perseguire per realizzarla – **importanti esplicitazioni circa il nuovo**

**assetto organizzativo che il legislatore ha in mente, con le relative declinazioni di ruoli e funzioni.** Diventa cioè più chiaro cosa devono fare ATS e ASST e in quale relazione stanno, tra loro e con il resto degli attori del welfare. Si tratta di indicazioni che disegnano la cornice di riferimento entro cui i nuovi enti dovranno muoversi. Una cornice che definisce uno schema comune, entro il quale gli enti stessi dovranno definire la migliore declinazione organizzativa possibile, in considerazione delle caratteristiche e della storia degli specifici contesti.

E' un documento corposo, composto di 3 allegati e 2 sub allegati. Qui se ne riportano alcuni passaggi, giudicati particolarmente significativi, in particolare in riferimento al comparto welfare sociale, oggetto privilegiato del nostro sito.

## Sulle ATS

### Ruolo e funzioni

Si ribadiscono alcuni fondamenti delle scelte regionali. La costituzione delle ATS in Agenzia (e non più Azienda) ne fa perdere le precedenti funzioni di erogazione e porta a compimento il processo di piena separazione della funzione programmatica da quella erogativa. Aggiunge però un ulteriore obiettivo: **le ATS avranno il ruolo, oltre che di governo e committenza, anche di promozione dell'integrazione**, starà cioè alle ATS sviluppare una nuova prospettiva del sistema di cura e assistenza che in vari punti richiama ad alcuni passaggi nodali:

- dalla centralità della diagnosi a quella di *percorsi* diagnostico-terapeutici;
- dall'organizzazione della cura e assistenza sul singolo individuo ad un'organizzazione centrata su gruppi di popolazione (*Population Healt Management*);
- dall'organizzazione su singole unità d'offerta a una fondata sulla logica dei *centri multi-servizio*;
- dal solo governo dell'offerta all'assunzione di un concomitante ruolo di *governo della domanda*.

Accanto alle tradizionali funzioni delle ex-ASL - programmazione dell'offerta, accreditamento, negoziazione, contrattualizzazione, acquisto, valutazione e controllo e di promozione e tutela della salute – si introduce, quale elemento di particolare innovazione, una specifica funzione nel governo della domanda finalizzata alla *“presa in carico integrata e alla realizzazione di reti essenziali per la gestione di percorsi assistenziali”*.

Questo significa che le ATS dovranno sviluppare **nuove funzioni trasversali orientate all'analisi della domanda; allo sviluppo di nuovi approcci statistico-epidemiologici per valutazione dell'appropriatezza e degli esiti delle cure; al monitoraggio della salute della popolazione e dell'accessibilità dei servizi**. Le modalità con cui sviluppare tali funzioni sono lasciate all'autonomia delle ATS.

## L'organizzazione interna

L'ATS è articolata in 6 dipartimenti, oltre la Direzione strategica:

1. Igiene e Prevenzione sanitaria
2. Cure primarie
3. PAAPS (Programmazione, Accredimento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie)
4. Veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale
5. Amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali
6. PIPSS (Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie e Sociali)

I nuovi dipartimenti PAAPS e PIPSS sono quelli che acquistano particolare rilevanza per il welfare sociale, l'uno centrato sul governo dell'offerta (PAAPS), l'altro della domanda (PIPSS).

Sul primo, che agisce di fatto in continuità con il vecchio dipartimento P.A.C., la principale novità è il collegamento funzionale con la nuova Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo in relazione alle funzioni di vigilanza e controllo: sarà da questa che verranno le indicazioni a cui il PAPSS dovrà attenersi per il loro espletamento.

Sul secondo le novità sono diverse. Il PIPSS, si precisa, non è l'analogo dell'ex Dipartimento ASSI, è il luogo dove si sviluppano le nuove funzioni strategiche di analisi e governo della domanda nonché il governo della presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Le linee guida identificano tre funzioni in capo ai PIPSS:

- a) *il raccordo tra sociosanitario e sociale*, avvalendosi anche delle Cabine di regia, ed operando con gli Uffici di piano e i Sindaci per realizzare:
  - l'analisi dei bisogni del territorio e delle risorse presenti (sia di servizi che economiche);

- la promozione del lavoro di rete tra i diversi attori;
- l'identificazione di modelli e strumenti integrati di valutazione e presa in carico e il loro monitoraggio;
- l'istituzione e gestione di tavoli tematici

b) *il coordinamento e monitoraggio su progettualità innovative. E' qui dunque che confluirà il governo delle sperimentazioni in essere, ad esempio le misure finanziate dal Fondo famiglia, Piano Conciliazione o Reddito di Autonomia.*

c) *Il governo della presa in carico e dei percorsi assistenziali attraverso:*

- la promozione di protocolli e procedure per l'integrazione tra la filiera dei servizi e per garantire la continuità assistenziale;
- la definizione di criteri e modalità di valutazione multidimensionale e il monitoraggio dell'appropriatezza degli esiti;
- l'identificazione di target di popolazione prioritari, sulla scorta di dati epidemiologici e dell'analisi dei bisogni;
- la declinazione di modalità di presa in carico delle persone fragili da parte degli erogatori, anche attivando approcci proattivi;
- l'adozione di sistemi informativi basati sulla condivisione delle fonti;
- la promozione percorsi formativi e informativi a contrasto della frammentazione del sistema
- l'intervento diretto nella gestione di casi complessi.

Le ATS sono organizzate in **distretti**, articolazioni territoriali di dimensione delle ASST, che si specifica afferiscono funzionalmente ai PIPSS e danno concreta attuazione alle funzioni del Dipartimento.

Rispetto al passato, i distretti **perdono le funzioni di erogazione – cedute alle ASST – acquisendo funzioni di supporto al governo della presa in carico territoriale, attraverso l'interazione con gli attori presenti sul territorio** (erogatori, Uffici di piano e sindaci, Ass. volontariato, Terzo settore, Ass. di categoria...) **concorrono a realizzare l'analisi dei bisogni e delle prestazioni necessarie, fornendo indicazioni utili per la gestione delle funzioni di negoziazione e acquisto condotte dal PAPSS.** I distretti partecipano alle Cabine di regia.



## L'integrazione con il sociale

L'integrazione con il comparto sociale è, come visto, competenza del dipartimento PIPSS e viene realizzata con il concorso di due organismi: cabine di regia e assemblea dei sindaci.

Sulle **Cabine di regia** si danno precisazioni circa la composizione e il loro funzionamento. Possono essere attivate, con funzione consultiva, dal Dipartimento PIPSS e il coordinamento è in capo al Direttore sociosanitario dell'ATS. Un'importante puntualizzazione riguarda **le dimensioni territoriali della Cabina che sono lasciate alla valutazione del Direttore generale, il che significa che non sono necessariamente coincidenti con il perimetro dell'ATS, ma potrebbero avere articolazioni ulteriori.**

Sulla composizione si dice che essa è determinata dal Direttore generale dell'ATS e deve però prevedere la partecipazione de:

- il direttore del dipartimento PIPSS;
- i direttori sociosanitari delle ASST;
- i rappresentanti degli enti locali/conferenza o assemblea dei sindaci
- i coordinatori/responsabili degli uffici di piano
- i rappresentanti dei soggetti gestori delle Unità d'offerta/servizi interessati dalle tematiche oggetto della Cabina;
- altri responsabili delle ATS che, per materia, si ritiene opportuno invitare.

Si suggerisce infine un'articolazione per sottogruppi tematici, per l'approfondimento di alcune aree della presa in carico di particolare interesse: anziani non autosufficienti; disabili in età evolutiva e in particolare nell'area dello spettro autistico; disabili in età adulta in particolare con riferimento alle malattie neurodegenerative.

In riferimento alla **Conferenza dei sindaci** si conferma di fatto quanto indicato nella legge, ovvero il confine legato all'ATS ma al contempo un'articolazione su due livelli (assemblea di distretto e di ambito) e le funzioni prevalentemente consultive e di proposta.

## Sulle ASST

Sulle ASST si precisa che, nel nuovo modello di Azienda che accorpa in un'unica realtà la parte ospedaliera con quella territoriale, il legislatore ha inteso sostenere la condivisione delle risorse produttive garantendo all'interno di un unico soggetto tutte le attività e i servizi della filiera erogativa, così da *“superare la frammentazione e la distinzione dei percorsi di cura tra ospedale e territorio e tra sanitario e sociosanitario”*.

## Strategie organizzative

La principale “svolta organizzativa” richiesta a queste nuove realtà è quella di **superare l’articolazione (solo) per ambiti specialistici/discipline/specifiche competenze, per orientarsi all’acquisizione di modelli organizzativi in grado di sviluppare una “visione per processi” ovvero un approccio organizzativo capace di implementare anche la gestione di “processi orizzontali di raccordo” che mettano insieme diversi settori, differenti discipline e diverse figure professionali, al fine di garantire la presa in carico del paziente lungo l’intero percorso diagnostico-terapeutico.**

Tale svolta è ritenuta particolarmente necessaria per la definizione di risposte efficaci e di qualità nei confronti dei pazienti cronici, definiti *frequent user* del sistema, ovvero coloro che hanno contatti ripetuti con il servizio socio-sanitario regionale, sia interni che esterni all’ospedale, stimati in 3,5 milioni di persone nella regione, pari al 30% dell’intera popolazione.

Le linee guida non declinano uno specifico modello organizzativo. Non sarebbe possibile, si dice, definire modelli standard per tutto il territorio regionale, ma si richiamano le Direzioni strategiche aziendali a studiare e implementare modelli organizzativi che rispondano a tale obiettivo, attraverso *“mappature dei macroprocessi organizzativi”* e *“reingegnerizzazioni aziendali”*.

Pur non entrando nella declinazione del modello, si richiamano alcune possibilità:

- la costituzione di appositi **Dipartimenti funzionali**, che accorpano più USC/SSD sulla base dei processi di cura e affidate ad una responsabilità di tipo medico;
- oppure l’attribuzione di funzioni di **Process Owner** (responsabile di processo) ad una figura, non necessariamente di profilo medico, che opera in modo trasversale alle diverse unità d’offerta
- un mix delle due opzioni.

Nella riorganizzazione si invita a tener conto anche **dell’evoluzione del sistema tariffario, che anch’esso deve superare l’approccio per singola prestazione ma aprirsi alla logica della remunerazione per percorsi di cura.** Si richiamano le esperienze in corso sulle tariffe Bundled (a pacchetto) in sperimentazione per i pazienti cronici nei POT e cooperative medici CREG.

## Le aree di produzione

Le linee guida concorrono a chiarire i contenuti e i confini dei diversi settori.

Il **Polo ospedaliero** è l’insieme dei presidi ospedalieri di cui è composta l’ASST ed è prevalentemente orientato *“all’erogazione di prestazioni in acuzie e all’erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità”*. Le attività possono

essere organizzate verticalmente, per specialità, o orizzontalmente, per intensità di cura.

Il settore **Rete territoriale** è invece l'insieme dei punti di erogazione territoriale delle prestazioni distrettuali di specialistica, diagnosi, cura e riabilitazione a bassa intensità assistenziale e cure intermedie. E' in questo secondo settore che transiteranno dunque le funzioni prima in carico alle ASL: gestione delle erogazioni per gli assistiti al domicilio; protesica e ausili; CPS, SERT, Consultori familiari, NOA...

L'ulteriore declinazione di questi poli in POT (Presidi ospedalieri di territorio) e Presst (Presidi sociosanitari territoriali) rimane invece ancora piuttosto generica. Nelle Linee vengono definiti come articolazioni complesse di più unità erogative, ma su questo punto la dgr non aiuta a comprendere meglio in cosa consistano operativamente e quale sia la prospettiva organizzativa a cui riferirsi.

Il quadro produttivo si completa poi con la **Rete delle unità d'offerta extra-aziendali** e che comprendono tutte le altre realtà che operano sul territorio e che intervengono nel processo di cura (servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, delle cure intermedie, hospice...).

## Sulle cronicità – R.I.C.C.A.

La Legge di riforma incaricava la DG Welfare di dare indicazioni circa il modello organizzativo da adottare per la presa in carico di pazienti cronici. In queste linee guida **si identifica la Rete Integrata di Continuità Clinico-Assistenziale, con l'acronimo di R.I.C.C.A., come dispositivo organizzativo che ha l'obiettivo di "attuare la presa in carico delle persone in condizioni di cronicità e fragilità garantendo continuità e appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle unità d'offerta deputate all'erogazione delle prestazioni"**. A questo specifico strumento è dedicato l'intero sub-allegato 1 della dgr.

La R.I.C.C.A. è identificata come una "componente della rete territoriale della ASST" di cui fanno parte servizi sanitari, sociosanitari e integrata con quelli sociali, orientati ad una specifica tipologia di utenza. **Si tratta dell'insieme di servizi e professionalità che si devono ricomporre intorno al bisogno della persona.**

## I presupposti e gli strumenti delle R.I.C.C.A.

Nelle linee guida ricorrono alcuni presupposti metodologici del funzionamento della rete:

- il lavoro di gruppo tra professionalità provenienti da enti diversi
- l'orientamento a specifici target di utenza

- la condivisione delle informazioni, mediante sistemi informativi accessibili e l'utilizzo di tecnologie
- la presenza di regole esplicite di funzionamento
- la disponibilità degli operatori a cambiare radicalmente il modo abituale di operare.

L'elenco dei nodi della rete – cioè chi vi può far parte – è amplissimo, sono ricompresi sostanzialmente tutti i servizi e le unità d'offerta del settore. Nella dgr si dice però che, per le caratteristiche innovative della rete, se ne prevede un'implementazione graduale, con progressive integrazioni da parte di soggetti aggiuntivi.

**Tra gli strumenti in uso alla rete, per gestire l'integrazione, si fa riferimento prevalentemente a dispositivi conosciuti:**

- la valutazione multidimensionale, quale strumento di conoscenza e diagnosi sulle diverse dimensioni della persona (clinica, funzionale, relazionale e sociale). Può essere realizzata dagli erogatori in grado di assicurare le competenze necessarie, anche in collaborazione con altri, e deve essere il più possibile ristretta ai soli pazienti cronici e fragili;
- il PAI – Piano di assistenza individuale – per la pianificazione dell'intervento e il collegamento dei nodi della rete. Si dice debba essere gestito con appropriati supporti tecnologici;
- il Patto di cura con l'utente come dispositivo di ingaggio e responsabilizzazione della persona;
- il Case manager quale punto di responsabilità del caso e sull'attuazione del PAI e di raccordo tra i nodi della rete. E' definito "facilitatore" per la persona, incaricato tra i nodi della rete coinvolti in base all'intensità e prevalenza della risposta "all'atto di stesura dell'avvio del percorso".

**Quello che sembra dover cambiare è la modalità con cui utilizzare questi strumenti: "ciascun nodo della rete deve attivare in modo proattivo la presa in carico del paziente; definire il PAI e stabilire una relazione orizzontale con i restanti nodi della rete per garantire una presa in carico unitaria".** Tale coordinamento avviene mediante accordi e procedure.

## L'evoluzione dei modelli di remunerazione

Di una certa rilevanza pare il passaggio in cui si orienta la modalità di remunerazione di questo nuovo approccio di rete nell'intervento sulla cronicità.

Innanzitutto si fa riferimento al fatto che *ad ogni rete viene assegnato un budget annuale* ("comprensivo di risorse economiche, strutturali, tecnologiche e

professionali”) e compito della direzione della rete, in capo alla Asst, è quello di intervenire nel governo di tale budget.

Si riconosce però la necessità di remunerare la gestione del paziente cronico all’interno della Rete, quale cardine per l’integrazione. **E’ qui che si propone uno scostamento dal modello di remunerazione a prestazione, che tende a frammentare il percorso assistenziale, per aderire invece a modalità nuove che possano incentivare la presa in carico integrata, proponendo anche prospettive possibili**, facendo esemplificazioni e specificando gli effetti attesi:

1. assegnazione di una quota al coordinatore di rete per garantire continuità e appropriatezza del percorso (*Pay for coordination*)
2. assegnazione di una quota per pacchetto di prestazioni (*bundled payment*)

La dgr si completa con una sezione (il sub allegato 2) dedicato alla rete integrata materno-infantile, a cui rimandiamo per una lettura completa della indicazioni fornite.

# La riforma sociosanitaria è entrata in vigore: cosa abbiamo capito in più?

Un'analisi aggiornata dei primi due mesi di attuazione della L.R. 23/2015

di Cristiano Gori e Valentina Ghetti

17 febbraio 2016

Temi > Presa in carico, Programmazione e governance, Riforma sociosanitaria

A due mesi dall'avvio della riforma alcuni aspetti della legge si sono fatti più chiari. L'evoluzione migliorativa del sistema, nell'idea del legislatore, tocca prevalentemente il sistema sanitario, mentre manca un'idea chiara di integrazione con il sociale. I rischi di stress del sistema e di arretramento su alcuni percorsi già in atto, sembrano – in questa prima fase attuativa – già pienamente confermati.

## A che punto siamo

Dal 1° gennaio di quest'anno è entrata in vigore la riforma sociosanitaria lombarda voluta dall'Esecutivo Maroni e approvata l'estate scorsa con la [legge regionale 23/2015](#). Sul territorio regionale dunque non esistono più Asl e Aziende Ospedaliere, sostituite dalle nuove Agenzie (ATS) e Aziende (ASST), di cui sono state effettuate le nomine per le figure dirigenziali che le guideranno (direttori generali, direttori sociosanitari e direttori sanitari).

Due mesi fa abbiamo pubblicato un [primo articolo](#) che poneva alcune riflessioni sui vantaggi attesi e gli svantaggi possibili, alla vigilia dell'entrata in vigore della legge. Sebbene lo scenario di riforma sia ancora in piena evoluzione e le sue ricadute concrete si potranno cogliere solo con il tempo, è importante continuare ad osservare i diversi passaggi del suo processo attuativo, per aggiungere progressivi elementi di comprensione e analisi.

## L'integrazione è prevalentemente in area sanitaria

Uno degli assunti centrali dell'operazione di riforma Maroni è quello del rafforzamento dell'integrazione tra settori nella cura della persona per migliorarne la presa in carico ("dalla cura al prendersi cura").

Nel dibattito di questi mesi, nelle diverse presentazioni pubbliche che si sono susseguite con una certa intensità, ma anche dall'emanazione di alcuni atti specifici (es. [Piano sulle cronicità](#)) è risultato sempre più chiaro che l'asse centrale su cui si giocherà una parte importante dell'integrazione è quello ospedaliero ovvero il passaggio dalla degenza alle post acuzie o, detto altrimenti, il rapporto tra ospedale e territorio. Ricordiamo che questo è anche un settore su cui pesano le indicazioni sul contenimento dei ricoveri impropri provenienti dal livello nazionale e la necessità dunque per le Regioni di trovare soluzioni organizzative più adeguate.

Su questo fronte le idee del regolatore sembrano essere piuttosto chiare e poggiano su alcune evidenze. I POT – presidi ospedalieri territoriali –, ovvero i nuovi snodi organizzativi a cui è affidato questo livello di integrazione, sono infatti stati sperimentati in questi anni in alcuni contesti territoriali e dunque la scelta va nella direzione di estendere tale modello all'intero sistema ospedaliero regionale.

A questo livello **l'integrazione auspicata è prevalentemente di tipo sanitario, dentro la sanità acuta e in quello spazio di connessione con il comparto sociosanitario: stiamo infatti parlando prevalentemente di post-acuzie, riabilitazione, cure intermedie, malattie croniche** (neurodegenerative, endocrine, cardiopatie, patologie autoimmuni...).

**Meno chiara invece continua ad essere l'idea di integrazione territoriale, quella in cui il comparto sociosanitario è coinvolto in modo significativo.** In questi primi mesi di attuazione non ci sono stati infatti elementi chiarificatori circa il dispositivo organizzativo dei PressT – Presidi sociosanitari territoriali. Cosa saranno nel concreto, come modificheranno gli attuali luoghi di erogazione di prestazioni ( le sedi dei consultori, dei cps, dei ser.t, delle cure domiciliari...), come varierà – se varierà – l'articolazione tra pubblico e privato, sono aspetti ancora piuttosto indefiniti. Gli stessi operatori dei servizi appena citati stanno vivendo momenti di grande incertezza e l'evasione dei vertici regionali nel dare risposta a domande puntuali su questo aspetto (i presidi cambieranno? Le sedi fisiche attuali rimarranno o verranno ridefinite?), rende evidente che l'operazione è di fatto ancora allo studio.

## Sul sociale manca una linea?

Invece è sempre più chiaro che **sul fronte dell'integrazione con il comparto sociale (servizi socio assistenziali e Comuni) un'idea semplicemente non c'è, o quanto meno non ancora.** Le evidenze sono varie.

Nelle [regole di esercizio 2016](#), nella declinazione della ripartizione di competenze tra Asst e Ats, il riferimento all'integrazione con i Comuni è indicato – letteralmente – con un punto interrogativo, ad evidenziare che oggi **non sono ancora chiari nemmeno i luoghi in cui tale integrazione debba essere definita.**

Sempre nelle regole l'integrazione con l'area socio-assistenziale viene demandata alla costituzione di uno specifico gruppo di lavoro interassessorile, partecipato da ANCI, che avrà il compito di dettarne le linee guida. Stiamo parlando dunque di **un obiettivo rimandato all'istruttoria di un altro organismo, che è ancora da costituire.**

Quanto agli assetti di *governance* si evidenziano altri segnali contrastanti. La Conferenza dei Sindaci e le Cabine di regia, ovvero i due organi deputati all'integrazione strategica ed operativa tra parte sociale e sociosanitaria, sono confermati a livello di ATS, dunque su **perimetri territoriali molto più ampi delle vecchie Asl. Una scelta che ne rende dubbia l'effettiva capacità di azione ed efficacia.**

L'articolazione di un livello distrettuale coincidente con il perimetro delle Asst – e nello specifico la possibilità di istituire assemblee dei sindaci a questo livello - e dunque uno spazio intermedio tra livello comunale e ATS, rimane ad oggi un aspetto ancora incerto. Aleggia nel dibattito l'ipotesi dell'intenzione regionale di ridurre il numero degli ambiti territoriali a quello dei nuovi distretti: da 98 a 27 dunque. Un tema che da tempo attraversa le dichiarazioni regionali (si veda [intervista all'assessore Boscagli nel 2012](#)) ma che sino ad ora non ha trovato spazi di attuazione. Ad ogni modo, non ci sono stati ancora incontri tra le nuove dirigenze e i comuni/piani di zona (se non in pochissime eccezioni), e dunque non si conoscono ancora le declinazioni concrete degli assetti di *governance* territoriale.

Tuttavia, se lo scenario è quello descritto, **i comuni e le loro rappresentanze potrebbero giocare spazi importanti per concorrere, insieme al decisore regionale, al disegno dei rapporti tra le due parti,** almeno per contenere il rischio che la riforma si traduca in un sistema fortemente sbilanciato sull'asse sanitario.

## 2016 un anno di transizione

Un ultimo elemento è riferito ai **“costi della riforma” ovvero alle ricadute che, almeno nel breve, si stanno generando in termini di stress e incertezza per gli operatori, che devono comprendere ed imparare ad operare in un nuovo contesto, e di attenzioni ed investimenti distolte dai percorsi in atto sul miglioramento del sistema.**



Dell'incertezza generata per gli operatori si è già detto. I segnali che arrivano dal territorio ne danno piena conferma: chi si interfaccia con il nuovo mondo delle ATS e Asst spesso non trova più i referenti abituali e non conosce ancora quelli nuovi. Lo stesso personale delle vecchie ASL e dei servizi sociosanitari a gestione diretta, non conosce ancora il proprio destino, dove sarà collocato, con quali mansioni e con che ruolo. Le regole indicano nel 28 febbraio prossimo il termine entro cui i vertici dovranno ridefinire l'organizzazione interna di ATS e Asst, con l'approvazione dei POAS lo scenario dovrebbe forse farsi più chiaro.

Le regole di esercizio hanno infine confermato con molta chiarezza che **l'anno in corso sarà un "tempo di transizione" impiegato nel passaggio alla costruzione del nuovo assetto istituzionale** ed in particolare alla nuova organizzazione gestionale (nuove personalità giuridiche, nuovi statuti, nuovi bilanci, nuovi sistemi contabili...), **cioè a dare forma ai nuovi "contenitori" del welfare sociosanitario. Sui contenuti invece si prende tempo:** si dà prosecuzione ad alcune sperimentazioni avviate ormai da qualche anno, rimandandone però la messa a sistema (es. rsa aperte, residenzialità leggera, grave disabilità e autismo); si sospendono alcuni percorsi in passato enunciati come nodali per il miglioramento del sistema (evoluzione dell'appropriatezza, introduzione del sistema di vendor rating, definizione dei costi standard RSA) e altri si danno per assodati senza verificarne la corretta attuazione (vaor, unità di valutazione multidimensionale). Si conferma per ora dunque il rischio che il processo di riforma non valorizzi affatto l'esperienza pregressa e i percorsi migliorativi già in campo.

Continueremo a seguire da vicino il percorso applicativo e ad alimentare il dibattito affinché il tema della riforma - di per sé tema complesso - possa trovare spazi di lettura e comprensione per i lettori di LombardiaSociale.

# Innovazioni locali in corso

# Dalla co-progettazione alla co-gestione tra enti pubblici e terzo settore

Come si stanno sviluppando le esperienze territoriali lombarde?

di Cecilia Guidetti e Ugo De Ambrogio

1 dicembre 2015

Temi > Programmazione e governance, Terzo settore

A 4 anni dall'emissione dei principali atti regionali che hanno introdotto la coprogettazione tra le possibili modalità di collaborazione tra enti pubblici e organizzazioni del terzo settore, questo strumento e metodo di lavoro si è diffuso a macchia d'olio in tutta la Lombardia e non solo.

Oggi non solo si coprogetta, ma si sperimentano anche modalità di cogestione degli interventi e la relativa creazione di nuovi equilibri e relazioni tra enti pubblici e privato sociale.

Riportiamo qui alcune considerazioni trasversali che mirano a evidenziare le principali opportunità che la coprogettazione sta offrendo ai territori e le principali attenzioni nel praticarla, nella consapevolezza che si tratta di un metodo di lavoro che richiede ancora allenamento, sistematizzazione e un'efficace modellizzazione.

Nel 2011 Regione Lombardia ha emesso le "Linee Guida per la semplificazione amministrativa e la valorizzazione degli enti del terzo settore nell'ambito dei servizi alla persona e alla comunità" e le "Indicazioni in ordine alla procedura di co-progettazione fra comune e soggetti del terzo settore per attività e interventi innovativi e sperimentali nel settore dei servizi sociali" (DGR IX/1353 e [IX/12884](#)) nelle quali definisce le principali "modalità di esercizio dei rapporti di collaborazione tra Pubblica Amministrazione e terzo settore". Queste sono nel documento così elencate: procedure di selezione pubblica; accreditamento; convenzioni o accordi

procedimentali; attività di collaborazione all'interno dei piani di zona. Tra le possibili convenzioni e accordi procedimentali la Regione inserisce la coprogettazione, richiamando la L.328/00 e il DPCM 30/03/2001, che per la prima volta aveva introdotto il termine "coprogettazione", rinviando al legislatore regionale la definizione delle modalità di funzionamento di tale strumento.

Nelle Linee Guida si specifica che "la coprogettazione ha per oggetto la definizione progettuale d'iniziativa, interventi e attività complesse, tenendo conto delle priorità strategiche evidenziate e condivise dall'ente pubblico, da realizzare in termini di partnership tra quest'ultimo e i soggetti del terzo settore individuati in conformità a una procedura di selezione pubblica."

Dall'emissione delle Linee Guida ad oggi sono passati più di quattro anni, e il termine "coprogettazione" si è diffuso a macchia d'olio in tutta la Lombardia e non solo, e come consulenti IRS abbiamo incontrato molte di queste esperienze attraverso percorsi formativi e attività di consulenza e assistenza tecnica alla loro realizzazione.

Trattando questo tema è da considerare, inoltre, che, insieme alla Lombardia, altre 7 regioni sono intervenute a livello normativo per definire le procedure di istruttoria pubblica necessarie a realizzare la coprogettazione: Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, Piemonte e Puglia; altre regioni, inoltre, come Abruzzo e Basilicata, pur in assenza di un'attività prettamente regolativa hanno cominciato a trattare o nominare il tema attraverso alcuni atti regionali.

A fronte di questa dinamica riportiamo qui alcune considerazioni sulle pratiche di coprogettazione che si stanno sviluppando nella nostra regione e sulle ricadute effettive che gli atti regionali hanno portato nella pratica della relazione tra enti pubblici e privato sociale.

## **Che cos'è la coprogettazione e quali cambiamenti ha introdotto**

La coprogettazione di per sé non costituisce una novità di questi anni, poiché veniva già richiamata tra gli strumenti possibili per regolare la relazione tra Enti Pubblici e privato sociale nella L.328 agli inizi degli anni 2000. Tuttavia, si è dovuto attendere che le regioni definissero le modalità effettive di applicazione perché non solo il termine, ma il metodo di lavoro e il relativo strumento amministrativo, si diffondessero.

In Regione Lombardia sono trascorsi 4 anni dall'emissione delle Linee Guida che ne hanno definito le modalità di utilizzo e in questi quattro anni abbiamo assistito a una graduale ma continua diffusione di questo metodo e strumento, da parte dei grandi Comuni ma anche di Comuni più piccoli: si pensi che oggi i Comuni di Milano, Brescia, Bergamo e Lecco hanno tutti introdotto la coprogettazione tra le proprie modalità di affidamento, così come moltissimi altri Comuni che ne stanno sperimentando l'utilizzo.

La coprogettazione nasce con la funzione di allargare la governance delle politiche sociali locali per corresponsabilizzare maggiormente i soggetti in campo e per rafforzare il senso di appartenenza verso i progetti e i programmi di politica pubblica promossi. Si tratta quindi di una modalità con cui si vuole migliorare l'efficienza e l'efficacia delle azioni in campo nel welfare comunitario. Di per sé oggi la spinta ad una rinnovata relazione tra il pubblico e il terzo settore avviene spesso anche indipendentemente dallo strumento contrattuale che si utilizza e la ricerca continua di risposte a problemi in costante aumento e cambiamento dei cittadini non interroga più solo l'amministrazione pubblica, ma l'intera società civile: singoli cittadini e realtà organizzate del terzo settore. Ciò porta necessariamente, anche a fronte della crisi economica che interessa famiglie e Istituzioni, a processi di revisione dei modelli di welfare.

L'idea della coprogettazione prende piede in tempi recenti perché sia gli enti locali sia i soggetti del privato sociale si trovano oggi ad agire in una cornice che supera il tradizionale rapporto committente fornitore che aveva caratterizzato la loro relazione fino a qualche tempo fa.

Dunque la coprogettazione rappresenta una forma di collaborazione tra P.A. e soggetti del Terzo Settore per la realizzazione di attività e interventi in base al principio di sussidiarietà e fonda la sua funzione sui principi di trasparenza, partecipazione e sostegno dell'impegno privato nella funzione sociale.

### **La coprogettazione dal punto di vista degli Enti Pubblici...**

Nelle esperienze che abbiamo incontrato, la scelta di utilizzare questo tipo di strumento nasce dalla volontà degli enti pubblici di stimolare l'innovazione e la diversificazione dei modelli organizzativi e delle forme di erogazione dei servizi e degli interventi, ma anche, allo stesso tempo, di stimolare la crescita qualitativa e la capacità di offerta delle organizzazioni del terzo settore, in modo che esse possano concorrere alla realizzazione degli interventi del sistema integrato, nell'ottica della condivisione degli obiettivi e attraverso la progettazione congiunta delle caratteristiche dei servizi o degli interventi.

Dunque, dal punto di vista degli enti pubblici, la coprogettazione è uno strumento che può potenzialmente rispondere a tre finalità principali:

- negoziare con i soggetti non profit forme e modalità della loro inclusione nella rete integrata dei servizi sociali e della condivisione della titolarità della funzione pubblica sociale;
- instaurare e disciplinare rapporti di collaborazione fra P.A. e soggetti del Terzo Settore che intendono condividere le responsabilità della funzione sociale;

- realizzare forme di collaborazione mediante messa in comune di risorse, non solo economiche, tra P.A. e Terzo Settore.

Tuttavia, la scelta del soggetto pubblico di avviare un partenariato con soggetti del terzo settore attraverso il sistema della coprogettazione richiede di avere a riferimento i principi di adeguatezza e di economicità che implicano, in particolare, la verifica che la collaborazione con il Terzo settore rispetti la sua identità originaria e non comporti per esso lo svolgimento di ruoli che siano incompatibili con la sua natura; che sussistano nelle organizzazioni coinvolte le capacità organizzative e tecniche e la capacità di ragionare secondo una logica di sussidiarietà volta a favorire l'affermazione e la crescita delle competenze; che l'economicità dell'affidamento sia valutata in ragione della congruità delle risorse necessarie per lo svolgimento delle prestazioni richieste, ivi comprese quelle che i soggetti del terzo settore possono garantire.

Un altro aspetto da considerare è che, come accennavamo in precedenza, la coprogettazione non costituisce solo uno strumento amministrativo, e non può essere ridotto a questo, in quanto comporta anche un cambiamento metodologico. Da un punto di vista metodologico la coprogettazione è un metodo per costruire politiche pubbliche coinvolgendo risorse e punti di vista diversi, provenienti dal soggetto pubblico e dal terzo settore.

### **... e la coprogettazione dal punto di vista del terzo settore**

Nelle esperienze che abbiamo incontrato la diffusione dello strumento della coprogettazione ha incontrato nel terzo settore allo stesso tempo curiosità e apertura ma anche la necessità di approfondire ed esplicitare la natura della nuova cornice in cui ci si trova ad agire.

Da una parte le organizzazioni del terzo settore percepiscono la necessità di ripensare il proprio ruolo nella realizzazione degli interventi sociali e vedono in questo strumento un'opportunità di partecipazione alla definizione delle priorità e delle concrete modalità di intervento che può potenzialmente valorizzare al meglio le competenze acquisite in questi anni; dall'altra si trovano così a dover ripensare il proprio ruolo e la propria relazione con l'ente pubblico, all'interno di un quadro normativo, amministrativo e metodologico che spesso non risulta del tutto chiaro.

Quali sono gli oggetti e gli ambiti di intervento per i quali la coprogettazione può diventare uno strumento privilegiato e quali invece quelle aree di azione rispetto alle quali non è possibile o utile porsi in una relazione di partnership? Come si può effettivamente distribuire tra i due soggetti la responsabilità della realizzazione e dell'efficacia degli interventi, nel rispetto dei rispettivi ruoli e responsabilità anche di tipo giuridico? Quanto la coprogettazione costituisce uno strumento per allargare il

perimetro delle risorse economiche, anche richiedendo al terzo settore l'immissione di risorse proprie all'interno dei progetti? Queste sono alcune delle principali domande che ci vengono poste da entrambe le parti. E questo fornisce un'idea di come l'introduzione della coprogettazione stia mobilitando pensieri, riflessioni e strategie da parte di tutti gli attori in campo.

Il terzo settore, inoltre, attraverso questo strumento viene posto spesso davanti a un'ulteriore sfida, cioè quella di partecipare alla relazione di partenariato con l'Ente Pubblico per lo più non come singole organizzazioni ma costituendo una aggregazione, una sorta di "pre-partenariato" tra diverse organizzazioni del terzo settore. Questo comporta, inevitabilmente, la necessità di ripensare le relazioni tra organizzazioni diverse (che si trovano spesso su altri fronti ad essere *competitors* per l'aggiudicazione di appalti o di altre tipologie di gare) e di arrivare a costituire per l'ente pubblico un interlocutore unico, capace di mettere a sistema tutte le competenze presenti e di organizzare compiti e responsabilità di intervento in forma unitaria.

## Criticità, rischi e possibili strategie per affrontarli

Le maggiori criticità che come consulenti e facilitatori di processi di coprogettazione abbiamo incontrato nelle esperienze sviluppate fino ad oggi attengono, in particolare, a tre ordini di questioni:

- **La scarsa definizione** – da parte del legislatore regionale – **della cornice attraverso cui agire una volta sottoscritto il contratto di partenariato**. Se si analizzano approfonditamente le Linee Guida per la valorizzazione del terzo settore e gli atti regionali che sono seguiti, si nota immediatamente che esse dettagliano per filo e per segno il processo che va dall'emissione di un Avviso Pubblico da parte dell'ente locale per avviare la procedura di coprogettazione, fino alla selezione dei soggetti con cui avviare una relazione di partenariato. Ma i dubbi più rilevanti subentrano proprio in questa fase: come si procede una volta realizzato il partenariato? Che cosa differenzia concretamente, dal punto di vista della gestione e dell'implementazione, un intervento realizzato secondo una coprogettazione da altri tipi di intervento?

Su questo aspetto – proprio perché non normato e non definito a livello regionale – molto si sta imparando dall'esperienza, attraverso le modalità sperimentali che i vari territori stanno utilizzando. Dal nostro punto di vista di facilitatori e osservatori di queste esperienze notiamo che quanto più si sperimenta una revisione complessiva delle normali modalità organizzative dei progetti, attraverso forme di co-gestione, coordinamento e realizzazione congiunta degli interventi tra pubblico e privato sociale, tanto più si può valorizzare la partnership come strumento di scambio e diffusione di competenze maggiormente efficace nel realizzare servizi e interventi capaci di rispondere ai bisogni delle persone.

- **La diffusione dell'idea**, dal nostro punto di vista un po' illusoria, **che la coprogettazione possa magicamente contribuire all'ampliamento delle risorse economiche disponibili per gli interventi di welfare**. Spesso si sente dire che la coprogettazione è una modalità utile per allargare il perimetro delle risorse finanziarie a disposizione del sistema. Questo non è del tutto vero, o meglio i due aspetti non sono necessariamente connessi: la coprogettazione può contribuire ad ampliare le risorse economiche disponibili qualora ad essa venga abbinata una forma di cofinanziamento da parte delle organizzazioni del terzo settore. La coprogettazione non prevede però di per sé sempre forme di cofinanziamento, tanto più che in una strategia di allargamento del perimetro delle risorse disponibili per il welfare, gli interlocutori principali non sono tanto quelle organizzazioni del terzo settore che gestiscono dei servizi, che difficilmente possono disporre di significative risorse aggiuntive a quelle del proprio mantenimento, ma altri "investitori" potenziali quali le aziende for profit (nell'ottica della responsabilità sociale di impresa), le fondazioni bancarie, le fondazioni private ecc. Le risorse che attraverso la coprogettazione, i diversi soggetti in campo possono mettere in comune sono semmai risorse del capitale sociale (conoscenze e competenze) o infrastrutturali (sedi, strutture) che possono fornire vantaggi nella realizzazione dei progetti e che non sono necessariamente da includere nelle voci di spesa.

- **La necessità di modificare la relazione tra Ente pubblico e privato sociale**, da un rapporto fino a qui sperimentato di tipo committente – fornitore verso un rapporto di partnership, e la capacità di giostrarsi tra queste due modalità relazionali in modo flessibile in relazione alle diverse fasi della coprogettazione. Il processo avviene, infatti, secondo diverse fasi, che vedono inizialmente l'Ente Pubblico porsi in una relazione di committenza – attraverso l'emissione di un Avviso Pubblico e la selezione delle proposte presentate da diverse organizzazioni – e successivamente l'introduzione di una relazione di partenariato, rispetto alla quale ognuno dei soggetti in campo deve trovare una propria collocazione, anche spesso molto differente rispetto ad abitudini consolidate negli anni. A questo cambiamento di prospettiva si aggiunge, inoltre, un ulteriore elemento di complessità dato dal fatto che Ente Pubblico e terzo settore sono caratterizzati da culture organizzative molto diverse, che possono avere difficoltà ad entrare in contatto e a relazionarsi in forma paritaria, anche in nome di una sostanziale differenza di ruolo e di responsabilità (anche di tipo giuridico) attribuite alle une e alle altre. Lavorare in una prospettiva di coprogettazione significa dunque riuscire a costruire una relazione di partenariato senza per questo confondere i ruoli, anche istituzionali, che restano comunque alla base della coprogettazione. Per questo riteniamo opportuno definire questo tipo di partnership "asimmetrica", capace cioè di mantenere una differenza di ruoli e responsabilità, pur in una relazione di tipo partenariale.



## Qualche riflessione conclusiva

Osservando le esperienze che si sono sviluppate in modo diffuso in questi anni, possiamo dire che lo strumento la coprogettazione, se non intesa solo come uno strumento prettamente amministrativo ma anche come un metodo di lavoro, rappresenta una nuova modalità di agire la relazione tra pubblico e terzo settore che ha la potenzialità di ottenere maggiore efficacia nella risposta ai bisogni sociali emergenti, e può pertanto costituire una piccola rivoluzione.

A fronte di tali potenzialità, questo processo sta certamente richiedendo, a quanti stanno intraprendendo questa strada, sia sul fronte degli Enti Pubblici sia del terzo settore, un notevole sforzo non soltanto di cambiamento nelle modalità di relazione e di intervento ma anche di riflessione e autovalutazione in merito ai cambiamenti introdotti, per trarre apprendimenti e indicazioni in vista di future coprogettazioni.

La coprogettazione, infatti, essendo allo stesso tempo uno strumento giuridico ma anche un nuovo metodo di lavoro, richiede allenamento e, soprattutto, sistematizzazione delle pratiche concrete, individuazione dei principali rischi e delle principali strategie per fronteggiarli, definizioni chiare dei possibili ruoli e delle modalità per assumerne onori ed oneri, che solo attraverso un lavoro riflessivo e di condivisione delle esperienze è possibile realizzare. In questa direzione stiamo lavorando a un volume – di prossima pubblicazione<sup>[1]</sup> – che metta a sistema gli apprendimenti realizzati fino a qui e che consenta di proseguire nella diffusione e nella definizione di questo metodo.

---

[1] De Ambrogio U. e Guidetti C., *La coprogettazione, La partnership fra pubblico e terzo settore*, Carocci, 2016.

Nel territorio

# #Oltreiperimetri: comunità locali alla prova della vulnerabilità

I progetti della prima edizione di “Welfare in azione” hanno compiuto un anno

di Oliviero Motta

11 luglio 2016

Temi > Innovazione, Povertà

I progetti della prima edizione del bando “Welfare in azione” di Fondazione Cariplo hanno soffiato sulla prima delle tre candeline a disposizione. Un bando che ha posto agli ambiti territoriali l’ambizioso obiettivo di cambiare i sistemi di welfare attraverso processi di innovazione, valorizzazione delle risorse della comunità e governance partecipate. L’esperienza del progetto #Oltreiperimetri, nel rhodense, offre spunti di riflessione per chi sta provando a lavorare sull’innovazione e sulla trasformazione del welfare in un’ottica comunitaria.

## Welfare in azione: un bando ambizioso

La metafora del sasso nello stagno non è completamente adeguata. Innanzitutto perché un sistema locale di welfare, per quanto immerso nella sua routine quotidiana, non è mai fermo come una pozza stagnante; e poi perché il progetto assomiglia più a una gragnola di pietruzze che a una unica pesante pietra. Almeno a giudicare da quanti cerchi concentrici si possono riconoscere e seguire a un anno di distanza. Già, **perché tutti i progetti della prima edizione del bando [“Welfare in azione”](#), fortemente voluti, promossi e sostenuti da Fondazione Cariplo, hanno soffiato nelle settimane scorse sulla prima delle tre candeline concesse.** Un bando molto ambizioso, che ha posto agli ambiti territoriali l’obiettivo di cambiare i sistemi di welfare attraverso processi di innovazione, valorizzazione delle risorse della comunità e *governance* realmente partecipata tra soggetti diversi, pubblici e privati. Il traguardo vorrebbe essere quello di un welfare più comunitario e maggiormente generativo. Mica paglia.

## La vulnerabilità oltre i perimetri

#Oltreiperimetri è il progetto del territorio del Rhodense, di cui [Sercop](#) (l'azienda speciale dei Comuni del Rhodense) è capofila e il consorzio Cooperho il principale partner.

Il progetto prende il nome dalla volontà – comune a tutti i progetti finanziati – di **andare oltre i confini del tradizionale intervento sociale, per promuovere rinnovati legami tra le persone e tra le diverse soggettività diffuse nel tessuto dei nove Comuni del Rhodense**. Per poi intervenire – insieme – sulle situazioni di impoverimento e vulnerabilità. Questo è infatti il “target” principale delle attività: un certo ceto medio in difficoltà che, pur partendo da un equilibrio economico decoroso, sta scivolando verso una condizione di disagio in ragione di eventi naturali della vita: la nascita di un figlio, l'appesantimento dei carichi di cura, le separazioni, i costi eccessivi dell'abitare, la perdita del lavoro, l'indebitamento che ne è conseguenza diretta. Tali fatti diventano degli ostacoli molto seri per persone non attrezzate alla sopravvivenza di necessità e disabitate a chiedere aiuto. Si tratta di persone che di norma non dispongono di risposte organizzate, ma hanno ancora una buona dotazione di risorse per gestire i problemi e quindi di fatto si collocano al di fuori dei perimetri operativi dei servizi tradizionali.

## Allestire nuovi contesti di comunità e di utilità

L'idea centrale di #Oltreiperimetri è quella di **allestire nuovi contesti per accompagnare questi cittadini a trasformare la condizione di disagio, quasi sempre sommerso e silente, in una presenza consapevole e capace di co-generare nuove risposte, da progettare e gestire in modo partecipato e condiviso, in modo da prevenire l'ampliamento del bisogno**. In particolare sono stati allestiti quattro “centri civici” – chiamati #OPcafé – concepiti e realizzati come luoghi attraversabili, non riconoscibili come “servizi sociali”, in cui da un lato realizzare attività di socializzazione e attivazione comunitaria e, dall'altro, trovare contestualmente servizi di accompagnamento sui cruciali temi del lavoro, della casa, dell'indebitamento, dei carichi familiari.

## Cerchi nell'acqua

Dicevamo dunque dei cerchi che si intersecano e si rifrangono sulla superficie dell'acqua. E' infatti questa la sensazione a un anno dal varo delle attività: tante “cose” messe in movimento su una superficie molto vasta, sia dal punto di vista tematico che territoriale.

Il primo elemento da evidenziare sono **le vaste reti di associazioni e gruppi informali messe in moto negli #OPcafè, attraverso i laboratori di comunità e le attività di socializzazione promosse**. Si tratta di un primo livello – per certi versi basico – del progetto, relativo alla promozione di maggiore coesione sociale dei territori. Al di là della cooperazione sociale, già totalmente coinvolta come partner di progetto, le reti locali stanno dando vita a iniziative peculiari e talvolta originali, che in alcuni casi hanno già generato piccole attività autogestite rivolte ai bisogni della collettività (ad esempio lo spazio mamme/bimbi a Pregnana o la nuova Banca del tempo di Settimo milanese). I progetti, insomma, pare riescano effettivamente a mettere...in azione o a ri-attivare energie locali e informali.

Vi sono poi **attività o ambiti "vecchi" che all'interno dei progetti "cambiano segno" perché posizionati in maniera diversa, in particolare più comunitaria e generativa**. E' il caso della riapertura, come #OPcafè, di Palazzo Granaio a Settimo milanese. Palazzo Granaio era chiuso da tre anni, dopo una lunga storia di servizi per i giovani, promossi e gestiti con un coinvolgimento limitato e carente della comunità locale. Ora le porte si sono ri-aperte e si è dato vita a un vero e proprio centro civico co-progettato e animato da decine di iniziative di associazioni e cittadini che si sono attivati come soggetti protagonisti della città. Ma è anche il caso delle attività di orientamento e reinserimento al lavoro dedicate ad over 40 disoccupati da meno di due anni (denominate con l'acronimo di Orafo); le "classiche" politiche attive del lavoro – bilancio di competenze, consulenza ad hoc per la ricerca di nuove opportunità, sostegno per i colloqui di lavoro, tirocinio di tre mesi in un'impresa – cambiano segno se sono promosse e finanziate da un Fondo cittadino di solidarietà, com'è successo ad Arese, partecipato dalle risorse del Comune, dell'associazionismo locale, di alcune imprese e persino dalle donazioni di singoli cittadini. I progetti pare che servano a ridisegnare in un orizzonte comunitario ciò che è nato dentro schemi consolidati o addirittura invecchiati.

## Innovazione

Ma dentro #oltreiperimetri si sono creati anche **significativi spazi di innovazione, in particolare sul fronte delle attività di contrasto all'indebitamento e dell'educazione finanziaria**. Questo tema si sta rivelando un vero e proprio "reagente" in grado di provocare connessioni e alchimie interessanti. Da un lato rappresenta uno strumento operativo in grado di rispondere a un bisogno concreto del target messo al centro del progetto, e cioè quello di essere sostenuti nella lettura della propria situazione finanziaria e di essere orientati verso soluzioni praticabili per alleggerirne le criticità. Dall'altro, il tema ha un certo appeal in grado di muovere l'attenzione e la disponibilità di ambienti molto diversi tra loro: dalle società sportive ai comitati inquilini Aler, dalle

parrocchie alle università per la terza età. Si tratta di relazioni che si possono tradurre, e nei fatti si traducono, anche in collaborazioni concrete: lettura del bisogno, segnalazione, promozione di gruppi di educazione finanziaria, consulenze individuali. L'educazione finanziaria, il lavoro e la casa sono temi concreti che stanno costruendo le condizioni per il coinvolgimento attivo di attori non tradizionali del welfare: l'azienda municipalizzata per i rifiuti Aser di Rho, i proprietari di casa per l'azione housing, ma anche gli imprenditori di Arese, Cornaredo e Lainate. I progetti, insomma, pare che funzionino come volani per allestire collaborazioni con soggetti non tradizionali del welfare, attivi nella comunità.

Ma l'educazione finanziaria è servita anche come reattivo per coinvolgere tutti gli assistenti sociali in un percorso laboratoriale e formativo che ha posto al centro le prassi di contrasto alla povertà e l'educazione finanziaria come nuovo strumento di lavoro. Il laboratorio ha consentito un appassionato coinvolgimento nel progetto, l'apprendimento di nuovi strumenti per la lettura delle domande e dei bisogni portati dai cittadini, ma sta creando anche una buona base per ripensare a livello di ambito gli interventi di sostegno economico alle povertà, finora governati autonomamente dalle singole amministrazioni. I progetti sono in grado di attivare potenziali innovazioni nella gestione ordinaria del welfare locale.

## Le domande e le prospettive

Dunque, attraverso l'esperienza di #oltreiperimetri possiamo già articolare qualche ipotesi sull'impatto positivo sui sistemi di welfare. **Naturalmente rimane ancora pressoché intatta la sfida di far diventare questi cerchi sulla superficie delle vere e proprie correnti mulinanti sul fondo. Quelle che trasformano e cambiano realmente l'assetto dell'intero bacino.**

In particolare rimangono ancora integri tre nodi che probabilmente accompagneranno tutto il restante tratto di strada dei progetti.

Il primo riguarda **le nuove figure professionali che i progetti sono in grado di mettere in campo per promuovere un rinnovato welfare comunitario e generativo.** #Oltreiperimetri, da questo punto di vista, ha avuto la fortuna di poter puntare su una nutrita nuova équipe di operatori incaricata di allestire e animare gli #OPcafè. Si tratta di un gruppo molto composito per esperienza, professionalità e sguardo, che finora sta lavorando in maniera molto entusiasta e positiva. Il mix generato dal progetto pare rispondere ai bisogni compositi e stratificati del progetto stesso, ma è solo all'inizio il lavoro di rielaborazione dell'esperienza per capire se si stia andando verso vere e proprie nuove figure professionali e, se sì, quali siano le attitudini e le competenze più adeguate. La sfida di tenere insieme socialità e risposte competenti ai bisogni dei vulnerabili è ancora tutta lì da giocare.

Il secondo nodo riguarda **il coinvolgimento degli attori non convenzionali nel cuore dei sistemi di welfare e nella governance degli stessi**. Finora l'aggancio e il coinvolgimento si è rivelato parziale e puntuale in merito ad alcune funzioni molto individuate: l'educazione finanziaria piuttosto che la messa a disposizione di case per l'housing. Il proseguo del lavoro dirà quanto si possa andare avanti nell'ingaggio di queste realtà che potenzialmente rappresentano punti di vista e risorse "altre" in grado di arricchire e diversificare i sistemi locali. E' altrettanto vero, tuttavia che ciascuno degli enti ha mission e priorità che spesso assorbono totalmente le energie a disposizione, consentendo solo collaborazioni limitate nell'investimento di energie e nel tempo.

Il terzo nodo riguarda quello che a tutti gli effetti è **il target principale dei progetti**; difficile dire, allo stato attuale, quanto i quattro #OPcafè e le loro attività stiamo davvero impattando su famiglie e persone vulnerabili non conosciute dai tradizionali servizi sociali. Il dato può essere preciso solo per quanto riguarda alcuni strumenti molto finalizzati a calibrati sul target (ad esempio le attività di Orafo); per il resto è proprio l'ipotesi iniziale a rendere difficile monitorare e valutare questo elemento fondamentale. L'ipotesi di fondo è quella che gli #OPcafè, attraversabili e non etichettabili come luoghi per i marginali, possano raggiungere più agevolmente coloro che marginali non vogliono essere e nemmeno sentirsi. Ma pescare con una grande rete fuori dai perimetri, nel mare magnum dei nostri cittadini, può solo aumentare la probabilità di contatto e aggancio, non assicurarla. D'altra parte, creare luoghi esplicitamente per vulnerabili ricreerebbe nel giro di poco la trappola dell'etichetta e del perimetro.

Possiamo dunque accontentarci di questo? Probabilmente no. Ci vorranno nuovi salti (**#OP!**) di creatività e di ingegnosità per diventare progressivamente sempre più efficaci ed utili. Nuovi sassolini nello stagno, nuovi cerchi (evitando, se possibile, i buchi!) nell'acqua.

*LombardiaSociale.it è un sito indipendente che si occupa di analisi e valutazione del sistema lombardo dei servizi e degli interventi sociali, sociosanitari e socio educativi, ampiamente intesi come welfare sociale. È un progetto ideato da Cristiano Gori, che lo dirige, realizzato da un'équipe di ricerca collocata presso l'Istituto per la Ricerca Sociale e finanziato e promosso dai principali soggetti che si occupano di welfare sociale in Lombardia.*

*Il principale obiettivo che persegue è la costruzione di uno spazio di confronto sul welfare lombardo, attraverso la pubblicazione online di materiali di analisi delle misure regionali, l'aggiornamento e la raccolta di punti di vista ed esperienze territoriali e l'organizzazione di seminari ed eventi di discussione e confronto con quanti operano nell'area del welfare sociale in Lombardia.*

PROGETTO REALIZZATO DA



PROMOTORE ISTITUZIONALE



PROMOTORI PRINCIPALI



PROMOTORI ORDINARI

AGeSPI Lombardia  
LegaCoop  
Confcooperative

IN COLLABORAZIONE CON

