

Nuovi assetti di governance post riforma: cosa sta cambiando per il sociale?

Evidenze dal confronto con i territori – parte 2

Il precedente articolo “La riforma invisibile?” presenta le prime evidenze, raccolte all’interno di un focus con alcuni attori territoriali, rispetto a cosa è cambiato nella vita dei cittadini e degli operatori a seguito della riforma del sistema sociosanitario lombardo. Vediamo ora i principali cambiamenti sugli assetti di governance ed in particolare le osservazioni dai territori – tratte dallo stesso focus - su ciò che sta accadendo riguardo la partecipazione dei comuni alla programmazione e al governo del nuovo welfare riformato

a cura di Valentina Ghetti - martedì, marzo 14, 2017

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

Nel [precedente articolo](#) abbiamo analizzato alcune evidenze, emergenti dal territorio, sui cambiamenti generati dalla riforma, soffermandoci in particolar modo sulle ricadute già visibili per cittadini ed operatori. Un ulteriore aspetto da approfondire riguarda i cambiamenti sugli assetti di *governance* e sulle loro conseguenze, in particolare per quanto riguarda la partecipazione dei comuni, e dunque della parte sociale – politica e tecnica -, alla programmazione e al governo del nuovo welfare riformato.

In questi 19 mesi di attuazione della riforma, in prima battuta, si è vista la costituzione dei nuovi enti – Ats e Asst – e la nomina delle dirigenze generali, sanitarie, sociosanitarie ed amministrative. Si è arrivati poi a declinare i programmi strategici – i cosiddetti [POAS](#) – che, non appena saranno approvati dalla Regione, dovranno definire ufficialmente l’assetto organizzativo interno, il posizionamento dei servizi e dei relativi operatori, nonché precisare gli orientamenti in relazione agli indirizzi da perseguire sul dichiarato passaggio dal curare al “prendersi cura”. Infine, in questi ultimi mesi, sono state date indicazioni anche sulla nuova articolazione degli organismi deputati alla governance del sistema con la [dgr 5507/2016](#).

E’ proprio su questo ultimo aspetto che abbiamo chiesto un confronto con i territori^[1] per capire cosa sta concretamente accadendo.

I principali cambiamenti

La riorganizzazione, come noto, ha agito principalmente su due assi: da una parte il pieno compimento della separazione tra le funzioni programmatiche e gestionali (la prima in capo alle ATS e la seconda alle ASST, superando la “doppia anima” delle ASL) e, dall’altra, la ridefinizione territoriale attraverso alcuni accorpamenti (da 15 Asl a 8 ATS, da 98 a 27 distretti).

Con il regolamento appena citato, la Regione ha definito gli organismi di *governance* del nuovo sistema sociosanitario lombardo, che sinteticamente sono indicati:

- nelle *Conferenze dei sindaci*, composte dai sindaci di tutti i comuni compresi nelle nuove Ats;

- nei *Consigli di rappresentanza* di cui si avvalgono queste ultime, composti da 5 membri eletti dalle Conferenze stesse;
- in un nuovo livello intermedio, ovvero le *Assemblee dei sindaci di distretto*, coincidente con l'area territoriale delle Asst;
- e poi nel mantenimento delle pre-esistenti *Assemblee dei sindaci di ambito distrettuale*, coincidenti con il livello politico della programmazione zonale.

Si conferma anche la *Cabina di regia* quale organo tecnico di supporto alla programmazione integrata, ma anch'essa ri-organizzata a livello di ATS.

Per tutto il primo anno e mezzo di attuazione della L.R.23, dunque, il tema dell'assetto di *governance* è rimasto sullo sfondo. La nuova definizione è arrivata nel momento in cui, a seguito della delibera regionale, le ATS hanno provveduto alla definizione di specifici regolamenti per la costituzione delle Assemblee di distretto e di ambito e sono sorti i nuovi organismi, con l'elezione delle varie nomine e le prime convocazioni da parte delle ATS (tra dicembre 2016 e febbraio 2017) .

Le osservazioni dal territorio

Certamente siamo nel pieno del compimento di questo passaggio trasformativo e, dato che il varo dei nuovi organismi è recentissimo, non si ha ancora completa chiarezza sulle loro modalità effettive di funzionamento e sui livelli di integrazione tra le diverse parti (Comuni, Ats e Asst). Tuttavia è interessante raccogliere sin da ora le prime osservazioni derivanti dalla riorganizzazione in atto.

Un campo da gioco ancora incerto

Il dato comune che sta attraversando la programmazione e il governo territoriale è quello di una grande incertezza in riferimento al contesto di relazioni nel quale si opera. Se – come visto nel precedente articolo – ancora poco è cambiato nel rapporto tra servizi e con gli operatori, a livello programmatico e nelle relazioni istituzionali, il cambiamento è invece molto avvertito. E' opinione comune che dai regolamenti regionali la *governance* non si evinca con chiarezza. Prevalgono l'incertezza e la confusione rispetto a *chi* siano i nuovi interlocutori; altrettanto difficile appare distinguerne con sicurezza *nuovi ruoli e funzioni*. L'incertezza è dovuta in primo luogo al **cambio di referenti**. In questi mesi infatti sono mutate moltissime delle figure con cui le Assemblee dei sindaci, gli Uffici di piano e i gruppi tecnici comunali erano abituati ad interfacciarsi sul fronte dell'integrazione sociosanitaria (i direttori sociali e direttori di distretto delle ex Asl, i direttori di dipartimento delle ex A.O.) e alcune posizioni peraltro non risultano ancora essere state assegnate (es. direttori di distretto delle ATS). In qualche caso poi, le nuove figure nominate non hanno alcuna conoscenza del mondo sociale e dunque si sono mosse sin qui con qualche "temporeggiamento" nella relazione con i comuni.

La dimensione di incertezza è data però anche dal fatto che **non sono ancora chiare le nuove funzioni** e come siano differenziate tra ATS e Asst: dal confronto con i territori sono emersi vari dubbi. Il rinnovo di un protocollo siglato con l'ex Azienda ospedaliera, o la sigla di uno nuovo, chi deve coinvolgere ora? E' necessario passare da un'interlocuzione con l'Ats? O ancora, alla figura del nuovo direttore di distretto ATS cosa compete? Che differenze ci sono con il precedente direttore di distretto Asl, snodo cruciale per la programmazione operativa dell'integrazione sociosanitaria? In particolare la relazione con la nuova Asst, alla quale è passata la gestione delle prestazioni e dei servizi sociosanitari prima in capo alle Asl (consultori, cps, ser.t, servizi fragilità...), è giudicata centrale per l'attuazione dell'integrazione operativa,

ma non è chiaro come gestirla.

Come detto, i regolamenti locali sono stati approvati molto di recente, la situazione è in evoluzione e dunque si confida che i dubbi ancora presenti possano presto trovare risposte e procedure certe.

Il distretto: un perimetro da costruire

Un altro dato comune è una certa **indefinitezza della nuova dimensione del Distretto**. E' chiaro che nel pensiero del legislatore è il livello a cui viene demandata la programmazione e il governo dell'integrazione sociosanitaria – vista la coincidenza con i territori di competenza delle Asst – ma appare altrettanto evidente come questo livello – nel territorio – vada ancora costruito.

Per quanto riguarda l'ATS si è già detto dell'incertezza circa le funzioni in capo alla nuova figura di direzione del distretto e lo stesso vale per la neonata Assemblea dei sindaci il cui ruolo, al di là del dichiarato, deve ancora costruirsi. In alcuni contesti la nuova Assemblea è il livello politico istituzionale in cui si sta giocando la relazione con l'Asst circa il passaggio in Azienda dei servizi sociosanitari, nonché la negoziazione sulle possibili ricadute sulla parte sociale di competenza comunale (es. la [già citata](#) soppressione delle funzioni di valutazione delle capacità genitoriali da parte dei consultori). Ma non ovunque questo organismo è già attivo.

In alcuni territori si è inoltre costituito un Consiglio direttivo che opera già con compiti di istruttoria e di formulazione di proposte e pareri all'Assemblea di distretto, in cui è prevista anche la partecipazione degli Uffici di piano e degli organismi di gestione associata (Aziende e Consorzi). Nella maggior parte dei casi, però, i Consigli direttivi, pur previsti da molti dei regolamenti approvati, sono un dispositivo ancora in costruzione.

Per quanto riguarda la parte sociale, non si deve dimenticare poi che spesso **il Distretto aggrega ambiti zonali con storie molto differenti, sia nella programmazione che nella gestione sovracomunale del welfare locale**. Non sempre i diversi ambiti sono stati così abituati in questi anni a interloquire tra loro e, tantomeno, a coordinarsi nelle scelte di governo. La convergenza della recente programmazione (si vedano le [linee guida ai piani di zona 2015-2017](#)) è avvenuta prevalentemente sulla lettura dei contesti di riferimento e sulla definizione di indirizzi strategici, più raramente sulle scelte allocative delle risorse o sulla regolazione del sistema dei servizi. Il confronto avvenuto negli anni a livello di Cabine di regia, o con i precedenti tavoli Asl-Ambiti, ha certamente favorito la conoscenza reciproca e il confronto territoriale – e lo stesso vale per il livello politico con le Conferenze dei sindaci precedenti – ma le scelte sono sempre state governate a livello di ambito zonale (es. regole di riparto dei fondi) e non senza difficoltà.

Il dato di realtà da cui partiamo, quindi, è ancora una volta un'elevata eterogeneità, che suggerisce si debba disporre di un tempo adeguato per costruire un fattivo nuovo livello di *governance*.

Il raccordo tecnico-gestionale dov'è?

Sino ad ora si è analizzato il livello politico istituzionale, ma non meno rilevante nella ridefinizione degli assetti di *governance* appare il raccordo con il livello tecnico-gestionale. L'impressione generale è che, **sino a questo momento, questa parte sia stata lasciata in secondo piano**.

I referenti territoriali della programmazione zonale – in molti casi – stanno venendo a conoscenza dei nuovi assetti solo man mano che essi si costituiscono.

Le cabine di regia, gli organi formalmente deputati all'integrazione operativa tra sociale e sanitario e alla programmazione strategica, in particolare di alcune politiche (non autosufficienza) e di alcuni fondi (FSR), **hanno visto rallentare in questi mesi il proprio funzionamento, con incontri a periodicità molto diradata e di carattere prevalentemente informativo**. Per molti territori questo è avvenuto anche a causa dell'ampliamento dei confini territoriali di riferimento: le Cabine stesse sono diventate

delle assemblee così ampie per numerosità dei partecipanti da rendere veramente complicato mettere in atto un livello di scambio e confronto. Per questo motivo in alcuni contesti l'ATS ha proposto di mantenere, temporaneamente, le conformazioni delle Cabine in sottogruppi più ristretti (es. ATS Metropolitana).

Sono rari i casi in cui, ad esempio, gli Uffici di piano sono soggetti già coinvolti – con posizionamenti chiari – all'interno del nuovo sistema; per lo più ciò avviene nei territori che non hanno vissuto accorpamenti e che registrano una maggior continuità con il passato (es. Bergamo).

Una domanda sotto traccia

Il cambiamento di assetto ancora in corso, dunque, lascia molte domande ancora senza risposta.

La prima, la più urgente, è riferita alla programmazione zonale. Ormai è prossima la scadenza dei piani di zona vigenti (aprile 2018) e nel nuovo disegno di riforma rimane ancora incerta la definizione dei prossimi. Saranno a livello d'ambito, approvati dall'Assemblea dei sindaci di ambito territoriale, a livello di nuovo distretto o ad altro livello ancora? Una programmazione sovra-ambito, nel caso questa fosse la direzione, riguarderà solo il momento programmatico (documenti comuni) o anche quello gestionale? Nel triennio si dovrà tendere ad unici enti capofila, uffici di piano unici e unici soggetti gestionali?

Queste sono le domande che interrogano i territori. Rappresentano quesiti che nascono certamente dal fatto di agire, come detto all'inizio, in un campo da gioco ancora in trasformazione, ma che richiedono risposte urgenti. Se il legislatore ha in mente cambiamenti significativi su questo fronte e una riduzione significativa di interlocutori (da 98 a 27 piani di zona), è tempo di dare un segnale chiaro.

[1] Hanno partecipato al focus group soggetti di differenti aree territoriali riferite a 5 delle 8 ATS – Brianza, Val Padana, Insubria, Bergamo, Metropolitana. Si ringraziano M. Sacchetti Ufficio di piano di Vimercate ASC Offerta Sociale (MB); M. Luciani Ufficio di piano Tradate e Arcisate (VA); G.P. Folcio – ASC ComuniInsieme Lomazzo e Galliano Cantù (CO); G. Farinotti Ufficio di piano Grumello del Monte e ASC Valle Imagna – Villa d'Almé (BG); M.V. Della Canonica Ufficio di piano Garbagnate ASC Comuni Insieme (MI); A. Forenza Ufficio di piano di San Donato M. e ASC Assemi S. Donato M. (MI), D. Barberis Ufficio di piano Lodi e Casalpusterlengo (LO); Katja Avanzini Consorzio Casalasco e ufficio di piano di Cremona (CR); Roberta Lorenzini Ufficio di piano Suzzara (MN)