# 1. L'evoluzione della legislatura. Cronistoria del quinquennio

Valentina Ghetti

In questo primo capitolo si vuole ripercorrere lo sviluppo della X legislatura, analizzando l'evoluzione del quinquennio e le principali tappe che hanno caratterizzato l'operato della Giunta Maroni all'interno del comparto del welfare sociale ([1]), oggetto di analisi di questo testo.

La consiliatura si è chiaramente sviluppata lungo due fasi: la prima, dal 2013 a metà 2015, in cui alla guida dell'allora Assessorato alla Famiglia, solidarietà sociale e volontariato era l'assessore Cantù; la seconda dall'approvazione della l.r. n. 23/2015 sino alla conclusione del mandato, caratterizzata da importanti riforme.

La Giunta Maroni ha avviato la legislatura dichiarando una netta cesura con il modello lombardo affermato nel corso nei due decenni precedenti. Non si è trattato solo di un cambio di equilibri politici all'interno del centro destra – con il passaggio da Forza Italia alla Lega sia alla presidenza che alla guida dell'Assessorato deputato al sociale – ma soprattutto dell'affermazione di una differente visione di *policy* in ambito sociale e di un nuovo ruolo per l'attore pubblico. Per comprendere la natura di tale discontinuità è utile ripercorrere la storia precedente, ovvero la lunga stagione guidata dal Presidente Formigoni.

## 1.1. L'eredità formigoniana

### 1.1.1. *L'affermazione del "modello lombardo" (2000-2008)*

La visione di welfare che si è affermata e consolidata nel corso dei precedenti vent'anni – conosciuta come "il modello lombardo" – prende il via alla

([1]) Per welfare sociale si intende l'insieme degli interventi e servizi erogati al fine di alleviare o prevenire condizioni di disagio o di mancanza di autonomia, in concreto i servizi sociosanitari in capo ad ATS e ASST e socioassistenziali, socioeducativi di competenza dei Comuni.

fine del secolo scorso con la riforma sanitaria del '97, la legge regionale 31 recante le "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali". Una riforma dai contenuti originali per l'epoca, che aveva l'ambizione di diventare un esempio per altre Regioni. È qui che si affermano alcuni dei principi cardine del modello regionale che arriveranno, negli anni successivi, a coinvolgere anche gli altri comparti del welfare: separazione delle funzioni, competizione tra erogatori e introduzione dell'istituto dell'accreditamento, parità pubblico privato, libertà di scelta del cittadino (Marotta, 2010).

È con i primi anni 2000 che si assiste alla progressiva declinazione di questa visione anche in area sociale, mutuando quanto realizzato prima in sanità. Con l'avvio del nuovo secolo prende forma un'incisiva opera di strutturazione e rafforzamento del sistema dei servizi attraverso il riordino delle filiere prima sociosanitaria e poi anche sociale che, con la revisione dei diversi requisiti autorizzativi e l'introduzione degli accreditamenti, porta allo sviluppo di un sistema d'offerta ampio e qualificato (Gori, 2010). Gli indirizzi strategici che hanno guidato gli obiettivi di policy di quell'epoca hanno puntato infatti allo sviluppo di un quasi mercato del welfare sociale, guidato anche qui dalla libera scelta del cittadino e dalla competizione tra gli erogatori, considerati i veri *driver* per garantire lo sviluppo di un sistema d'offerta articolato e di qualità.

Il ruolo di governo dell'ente pubblico è stato incentrato sulle funzioni di regolazione dell'offerta, ovvero programmazione, acquisto e controllo (PAC) (Carabelli, Facchini, 2011). Scarsa attenzione è stata invece dedicata al governo della domanda, e in particolare alla presa in carico dei cittadini e delle famiglie e del loro accompagnamento nella rete dei servizi e interventi. Credendo fermamente in un sistema fondato sulla de-regolazione del percorso dei cittadini nel sistema dei servizi sociosanitari, si sono anzi considerati gli strumenti già esistenti a tal fine (es. UVG), ostacoli alla valorizzazione dell'autonomia delle persone ed alla loro libera scelta. Tale logica ha previsto anche che la costruzione di un'unitarietà di risposte tra servizi sociali e sociosanitari non fosse oggetto di particolare attenzione. Coerentemente a ciò la Lombardia non ha investito nella costruzione di forme in supporto all'integrazione tra i Comuni e le ASL, puntando invece su una precisa separazione di competenze tra i due soggetti, tanto sul piano organizzativo quanto su quello istituzionale. Una posizione unica nel panorama nazionale dove invece, in questa stessa fase caratterizzata dalla grande espansione dei sistemi regionali di welfare ("trainata" dalla crescita dell'assistenza ai non autosuffi-

cienti), le altre Regioni del centro-nord sono state impegnate proprio nella costruzione di forme di regolazione del percorso di utenti e familiari nella rete dei servizi, confrontandosi dunque con temi quali i punti unici di accesso, le unità di valutazione multidimensionale, le progettazioni integrate sul caso ed il governo del caso (case management).

In sostanza dunque è il sistema di offerta dei servizi ad essere posto al centro dell'azione pubblica di quegli anni e quello descritto sommariamente sin qui, è il modello che si è affermato.

### 1.1.2. *Primi ripensamenti (2008-2012)*

Questo almeno fino al 2008 quando l'arrivo del nuovo assessore Boscagli introduce un primo ripensamento del modello di welfare costruito che con la nuova legislatura, nel 2010, si rafforza ulteriormente. Vengono messi in dubbio in particolare il ruolo dell'ente pubblico e la scelta di privilegiare la sola regolazione dell'offerta, per richiamare invece alla necessità di un maggior presidio pubblico a sostegno della persona nel suo percorso all'interno dei servizi. Per la prima volta l'Esecutivo esplicita alcune fragilità del modello lombardo consolidato sin a quel momento, riconoscendo i limiti della frammentazione del sistema, della sua eterogeneità e della conseguente mancata equità territoriale.

La IX legislatura comincia quindi dichiarando intenzioni differenti. Sono infatti gli anni del Piano di Azione regionale sulla disabilità (PAR), che rimette al centro il percorso del cittadino nei servizi e apre ad un concetto diverso di libertà di scelta, ovvero la libertà di scegliere il proprio percorso di vita nei servizi, non semplicemente individuare l'erogatore. È sempre di questi anni il tentativo di riforma della domiciliarità con la sperimentazione ADI in cui si introduce un nuovo modello di accesso e di valutazione del bisogno e dunque un tentativo di regolazione pubblica di alcuni passaggi cruciali del percorso dei cittadini nei servizi. E poi, ultimo in termini temporali, la definizione del Patto per il nuovo welfare, in cui il legislatore riconosce le criticità prima nominate e la necessità di prevederne una revisione.

Tuttavia si è trattato di un ripensamento prevalentemente "dichiarato", fermo cioè al livello di affermazione di intenti e di nuovi principi di riferimento, senza una loro traduzione concreta in modifiche dei modelli di intervento e delle pratiche operative (Ghetti, 2012) ([2]). Anche i pochi tentativi fatti

---

([2]) *http://www.lombardiasociale.it/2012/07/23/due-anni-di-legislatura-come-sta-il-welfare-lombardo/.*

in questa direzione (es. CEAD), spesso introdotti secondo una logica sperimentale (in via transitoria, solo in alcuni territori e solo su alcuni servizi), non sono stati sufficientemente incisivi per poter generare un cambiamento diffuso e significativo. La chiusura anticipata della legislatura regionale poi, a termine del 2012, ha posto definitivamente fine a tale periodo, lasciando di fatto invariato il modello complessivo del welfare lombardo.

Dunque, sebbene gli obiettivi siano in parte stati rivisti, l'ultimo periodo a guida Formigoni non ha però determinato cambiamenti significativi e nell'intero primo decennio degli anni 2000 si è di fatto registrata una sostanziale continuità nel modello regionale di welfare che si è affermato.

| **Box 1 – Lo sviluppo del welfare lombardo nelle Giunte Formigoni** | |
|---|---|
| **1995-2000** | Attuazione della riforma sanitaria con la l.r. n. 31/1997 e affermazione del "modello lombardo" di welfare fondato sui principi della separazione delle funzioni, sulla competizione, sull'equiparazione pubblico-privato e sulla libertà di scelta del cittadino. |
| **2000-2008** | Applicazione del modello lombardo al sistema sociosanitario e sociale: ridefinizione della filiera dei servizi mediante la revisione dei requisiti autorizzativi delle unità d'offerta, introduzione del sistema di accreditamento e dei titoli di acquisto delle prestazioni (voucherizzazione), assunzione di ruolo regolativo pubblico nel governo dell'offerta (PAC) e deregolazione della presa in carico (abolizione UVG). |
| **2008-2012** | Ripensamento del modello. Riconoscimento di alcuni limiti (frammentazione, eterogeneità, isolamento famiglie) e della necessità di assumere il tema del governo della domanda e della regolazione del percorso dei cittadini nei servizi. Dichiarazione di obiettivi differenti, rimasti però a livello di intenzioni, anche a causa del termine prematuro della IX legislatura. |

## 1.2. L'avvio della nuova legislatura. Prima fase all'insegna della discontinuità (2013-2015)

### 1.2.1. *Una nuova visione di welfare*

Sin dal suo insediamento la nuova Giunta Maroni, con l'assessore alla Famiglia, solidarietà sociale e volontariato Maria Cristina Cantù, mostra di avere idee diverse sul futuro del welfare sociale lombardo, marcatamente differen-

ti da quel modello consolidato nelle precedenti legislature. Ha definito infatti una propria precisa visione in merito e l'ha collocata al centro di tutti i primi atti prodotti, sia di natura programmatoria che riguardanti specifici interventi. Una visione proposta con un'incisività e una coerenza che era mancata al cambio di passo tentato nel biennio precedente dall'assessore Boscagli.

| Box 2 – I primi atti della X legislatura | |
|---|---|
| **D.G.r. 113/2013** | Programma Regionale di Sviluppo della X legislatura |
| **D.G.r. 116/2013** | Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo ([3]) |
| **Libro Bianco** | Libro bianco sullo sviluppo del sistema socio-sanitario ([4]) |
| **D.G.r. 392/2013** | Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico |
| **D.G.r. 740/2013** | Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze – anno 2013 – e alla d.G.r. 2 agosto 2013, n. 590. Determinazioni conseguenti |
| **D.G.r. 856/2014** | Interventi in sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della d.G.r. n. 116/2013. Primo provvedimento attuativo |
| **d.G.r. 1185/2013** | Delibera delle Regole 2014 |

Il welfare targato Maroni, da subito, esplicita dunque obiettivi opposti a quanto era stato sino a quel momento al centro del modello lombardo, affermando di voler riformare il settore puntando proprio sulle questioni da tempo trascurate:

*a*) lo sviluppo di percorsi di presa in carico della persona;
*b*) il rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria;
*c*) la rimodulazione del sistema di offerta, articolandolo maggiormente;
*d*) l'incremento del peso del welfare sociale, aumentandone i finanziamenti dedicati.

---

([3]) *http://www.lombardiasociale.it/2013/05/25/istituzione-del-fondo-regionale-a-sostegno-della-famiglia-e-dei-suoi-componenti-fragili-atto-di-indirizzo/.*

([4]) *http://www.lombardiasociale.it/2014/07/14/libro-bianco-sullo-sviluppo-del-sistema-socio-sanitario-in-lombardia/.*

Come non accadeva da tempo, anche nel dibattito pubblico si trova ampia concordia sulla direzione da intraprendere. Gli obiettivi indicati dalla nuova Giunta rappresentano infatti i punti su cui il dibattito pubblico degli ultimi anni si era focalizzato, trovando dunque una rinnovata sintonia sui temi nodali da affrontare e una grande speranza nella possibilità che venissero finalmente affrontati. Punti unici welfare, valutazione multidimensionale, progettazione e pianificazione individuale realizzata in modo integrato, monitoraggio e controllo, finanche budget di cura (non voucher), diventano le parole chiave del nuovo welfare. Sebbene, come detto, fossero temi in parte già anticipati nell'ultimo periodo Boscagli, l'univocità e la generalità con cui vengono affermati in tutti i primi atti del nuovo Esecutivo, e dunque la coerenza con cui viene presentata la nuova visione di politica regionale sul sociale, apre ad attese di maggior determinazione e di maggior forza attuativa.

### 1.2.2. *Prime indicazioni attuative verso il cambiamento*

In questa prima fase si ravvisano alcuni importanti passaggi nella concretizzazione di questa nuova visione che orientano la legislatura verso il compimento dei principi dichiarati, affinché non rimangano – come nel passato – unicamente delle buone intenzioni. Ricordiamo qui i più significativi.

Più soldi. Il primo passo, il più coraggioso, è stato l'incremento delle risorse dedicate a questo comparto, annunciando – appena dopo l'insediamento – l'istituzione di un nuovo Fondo dedicato a sostenere le famiglie con componenti fragili (cfr. d.G.r. n. 116/2013). L'annuncio è stato di 330 milioni complessivi, da reperire tra le risorse proprie della Regione e orientato a sostenere alcune specifiche misure. Tratteremo più avanti, nel corso del testo, il tema del finanziamento al welfare e del suo andamento, qui preme però sottolineare come un primo segnale fattivo del maggior riconoscimento al settore sia partito proprio da un tema strutturalmente critico, quello delle risorse.

In secondo luogo l'attuazione della presa in carico. La nuova centralità assegnata al tema del percorso del cittadino nella rete dei servizi non viene posta solo come obiettivo teorico e dichiarato, ma declinata in alcuni dispositivi operativi concreti, richiamati in tutti gli atti. Prima tra tutti la valutazione multidimensionale, introdotta come passaggio di assessment da garantire, in modo omogeneo, sul territorio regionale per i casi complessi. Ritorna al centro del presidio pubblico la valutazione del caso e per giunta in chiave multidisciplinare, riconoscendo dunque la fase valutativa come primo tassello per la costruzione di una integrazione fattiva sul caso, da parte dei diversi

soggetti deputati ad assicurare l'attuazione del progetto individualizzato (*in primis* operatori pubblici sociosanitari e sociali). Nella produzione normativa di questa prima fase, nella declinazione delle varie misure previste, trova ampio spazio una specifica attenzione ai passaggi ed alle modalità di presa in carico dell'utenza (valutazione multidimensionale, progettazione individualizzata, piano operativo, monitoraggio e valutazione, case management…).

Un terzo elemento è rappresentato dal tentativo di portare a conclusione la lunga fase sperimentale. La Giunta, pur portando avanti alcune delle misure sperimentali della precedente legislatura, nel corso di questa prima fase dichiara l'intenzione di procedere ad una loro valutazione e messa a sistema – come vedremo poi solo parzialmente riuscita – dando un segnale importante circa la volontà di lavorare sull'adeguamento del sistema d'offerta. Alcune traduzioni fattive si realizzano da subito (Motta, 2013) ([5]). Per quanto concerne la domiciliarità, ad esempio, si pone fine alla lunga fase di incertezza circa le strumentazioni valutative da adottare (cfr. FIM VAOR), declinando un unico riferimento a livello regionale per la valutazione del bisogno sociosanitario – la scala VAOR home care – per la valutazione del bisogno sociosanitario. L'obiettivo della rimodulazione dell'offerta trapela anche da altri passaggi come l'annuncio della volontà di rivedere il sistema dei servizi per la disabilità o ancora dai percorsi di studio su un possibile sistema di vendor rating e quello sui costi standard dei servizi.

Quarto, nuovi dispositivi a garanzia dell'integrazione socio-santiaria. Ad avvio legislatura l'Esecutivo punta sulle Cabine di regia quale organo istituzionale deputato a garantire il raccordo programmatorio tra le allora ASL e i Comuni. Il ruolo strategico delle Cabine viene richiamato in molti atti, andandone a declinare nel dettaglio obiettivi, compiti e modalità di funzionamento. Il tema dell'integrazione e della ricomposizione viene declinato inoltre nel passaggio alla nuova programmazione zonale 2015-17 in cui, preceduto da un lavoro congiunto tra Regione ed Uffici di Piano, prende il via il "Sistema integrato della conoscenza" quale sistema informativo unitario ASL-Comuni a sostegno della programmazione integrata degli interventi e dei servizi territoriali (capitolo 3). In questa occasione la Regione riconosce esplicitamente la necessità di ricomporre un sistema che nel tempo si è connotato per un'elevata frammentazione – nei dati di conoscenza, nel sistema

([5]) *http://www.lombardiasociale.it/2013/10/16/nuove-unita-dofferta-si-chiude-la-sperimentazione-e-si-avviano-le-migliorie/.*

dei servizi e anche nella gestione delle risorse – e lo assume come obiettivo su cui dichiara un diretto impegno.

Più in generale il cambiamento è dato anche da un nuovo stile. Non solo parole nuove, molto più concordi nei contenuti con quanto auspicato da tempo e dai più, ma anche modalità di confronto diretto tra le parti che, sebbene non hanno lesinato momenti di acceso dibattito, sono state perlopiù apprezzate dal mondo degli attori del welfare (Gollini, 2015) ([6]).

### 1.2.3. *Lo snodo cruciale dopo il primo biennio*

Un avvio dunque che ha fatto ben sperare anche se non sono mancate sin da subito importanti difficoltà, certamente prevedibili dato il radicamento del modello di welfare impostato nel decennio precedente. Affrontare il passaggio "dall'offerta alla domanda" ha significato infatti fare i conti con molte resistenze, a partire da quelle degli stessi operatori pubblici a cui torna ad essere assegnato un ruolo dismesso da tempo (es. occuparsi della valutazione della persona) con ripercussioni per l'intero sistema (Gori, Ghetti, 2014) ([7]). Già nel corso del primo biennio la rimodulazione delle unità di offerta ha cominciato ad "annacquarsi" in una serie di proroghe alle misure e servizi sperimentali (Ghetti, 2014) ([8]); lo stesso Fondo famiglia e altri fondi successivi (es. Sostengo) hanno mantenuto un approccio sperimentale e non trasformativo dell'esistente, in giustapposizione al sistema strutturato dei servizi. La modalità della voucherizzazione e del finanziamento alla domanda, ha continuato a mantenere una posizione centrale nelle modalità di erogazione anche nelle nuove misure previste (Sostengo, Fondo famiglia) e il tema del budget di cura è stato poco tematizzato. A metà legislatura, pur riconoscendo tutti gli elementi di novità elencati in precedenza, proponevamo infatti al legislatore di passare ad una fase più incisiva nell'attuazione degli obiettivi, riconoscendo che i tre anni rimanenti rappresentavano un tempo minimo per tradurre il progetto di cambiamento in azioni concrete e per garantirne un radicamento fattivo in tutto il territorio regionale (Gori, 2014) ([9]).

---

([6]) *http://www.lombardiasociale.it/2015/03/31/vendor-rating-nelle-rsa-a-che-punto-siamo/.*

([7]) *http://www.lombardiasociale.it/2014/01/17/il-welfare-regionale-prova-a-cambiare-perche-vi-sono-resistenze-nei-servizi/.*

([8]) *http://www.lombardiasociale.it/2014/07/13/nuove-unita-dofferta-verso-una-ridefinizione-del-welfare-regionale-ancora-6-mesi-di-transizione/.*

([9]) *http://www.lombardiasociale.it/2014/11/06/giunta-maroni-un-primo-bilancio/.*

Nel 2015, in sostanza, la concezione del welfare auspicato è dunque ampiamente delineata, l'attività normativa dei primi due anni l'ha sostanzialmente confermata e ulteriormente precisata. Ci si trova ora di fronte ad uno snodo cruciale, ovvero come riuscire a dare concreta attuazione agli obiettivi assunti.

## 1.3. Seconda fase: la stagione delle riforme (2015-2018)

### 1.3.1. *Riforma istituzionale e riforma della cronicità*

Nel momento cruciale di questo passaggio attuativo il legislatore fa una scelta, annunciando una riforma del sistema sociosanitario, che nell'estate del 2015 diventa legge, la l.r. n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e il Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)". Di fronte allo snodo cruciale di quale strada intraprendere per attuare il cambiamento dichiarato, l'Esecutivo Maroni definisce la sua strategia optando per un'importante riforma istituzionale. La legge regionale n. 23/2015, come noto, ridefinisce l'assetto istituzionale del welfare lombardo delineando il profilo di nuovi organismi deputati a governare e gestire il sistema pubblico dei servizi sanitari e sociosanitari e ne declina relativi compiti e funzioni (Ferrario, 2015) ([10]).

Gli obiettivi di fondo rimangono gli stessi del biennio precedente. La parte che dichiara i principi ispiratori della norma, infatti, richiama quanto già ampiamente enunciato nel corso della prima fase. Dietro a claim apparentemente nuovi, come il famoso "dalla cura al prendersi cura", vi è ad esempio il medesimo obiettivo della centralità della presa in carico che ritroviamo enunciato sin dal Programma regionale di sviluppo del 2013. L'operazione messa in capo è di un'epocale – data l'enfasi – riorganizzazione istituzionale del sistema, che punta, in prima battuta, al ridisegno degli organismi istituzionali e degli assetti e organizza il sistema su tre livelli: quello centrale regionale a cui spettano le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo; le sue articolazioni amministrative, ovvero le nuove Agenzie territoriali della salute (ATS) – evoluzione delle precedenti ASL – infine le ulteriori articolazioni operative cioè le Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) che accorpano i servizi ospedalieri e quelli della rete territoriale.

---

([10]) *http://www.lombardiasociale.it/2015/10/26/la-riforma-del-sistema-sociosanitario-in-lombardia-la-lr-232015/.*

Sintetizzando, le direttrici principali lungo le quali si muove la riforma sono: la prima il compimento del processo di separazione delle funzioni programmatoria e gestionale, rimasto incompiuto dalle riforme precedenti. Le ASL, come noto, sino ad allora assommavano a funzioni programmatorie e di regolazione anche competenze dirette nella gestione ed erogazione di servizi sociosanitari nell'area materno infantile, della domiciliarità, delle dipendenze e della salute mentale. Con la riforma le nuove ATS perdono lo *status* di Aziende (non erogano più) e diventano Agenzie, ovvero braccio territoriale della Regione con compiti di programmazione e governo del sistema. La gestione viene invece assegnata esclusivamente alle ASST, evoluzione delle Aziende ospedaliere, che acquisiscono la rete dei servizi territoriali lasciati dalla trasformazione delle ASL, all'interno delle quali si ricompone quindi la filiera erogativa dell'ospedale e del territorio.

La seconda direttrice è quella dell'accorpamento. Si costituisce un nuovo Assessorato al Welfare che ricomprende l'area della sanità – sino ad allora di competenza dell'Assessorato alla Salute – e quella dei servizi sociosanitari – ricompresa nel precedente Assessorato alla Famiglia. L'operazione non riesce pienamente, poiché – diversamente dall'annuncio di un unico Assessorato – il comparto sociale rimane fuori, di competenza di un secondo nuovo Assessorato denominato Reddito di autonomia ed inclusione sociale. A livello territoriale, poi, l'accorpamento si gioca attribuendo ai nuovi organismi perimetri di riferimento più ampi, modificando radicalmente la geografia del sistema sociosanitario. Questo in particolare vale per le ATS, che passano dalle precedenti 15 ASL alle attuali 8 Agenzie, accorpando Province differenti, con la sola eccezione di Bergamo e Pavia e, parzialmente, Brescia ([11]) e il conseguente ridisegno dei distretti.

Ma in che relazione stanno queste direttrici di riforma con gli obiettivi cardine della legislatura, ampiamente riproposti anche nella stessa l.r. n. 23? Non è sempre facile identificare tali legami, e ciò deriva proprio dalla scelta di affrontare la concretizzazione degli obiettivi a partire da un cambiamento degli assetti istituzionali. Uno di questi è certamente l'ipotesi che il ricomporre in un'unica organizzazione le diverse parti di un sistema ne favorisca maggiormente – nell'operatività – un funzionamento integrato. Questo vale

([11]) Le restanti sono Insubria (Varese e Como), Brianza (Lecco e Monza); Val Padana (Cremona e Mantova) Metropolitana (Milano e Lodi); della Montagna (Sondrio e parte della Provincia di Como e di Brescia).

per il livello di governo regionale – con l'idea di un Assessorato che riunisca sanità e sociosanitario, prima divisi – e anche quello organizzativo-gestionale delle Asst che ricompongono la filiera dei servizi. Ebbene, se questo secondo è sembrato da subito più promettente, almeno sul fronte dell'integrazione ospedale-territorio, in favore della continuità assistenziale, in particolare del passaggio dalla degenza alle post acuzie (Gori, Ghetti, 2016) ([12]); sulla prima tutte le evidenze empiriche mostrano come sia un'ipotesi priva di fondamento. Non esiste cioè alcuna correlazione tra una maggior integrazione istituzionale nelle strutture di governo sovra-ordinate ed il rafforzamento dell'integrazione operativa nei territori (Gori, Ghetti, 2015)[13]. E comunque la visione di integrazione tradotta dalla riforma è parziale, poiché lascia assolutamente trascurata – per non dire assente – la parte del sociale. Pur nominata in linea di principio, non si trova in tutta la norma (e negli atti successivi) alcuna evidenza di come questa, nel concreto, possa venire attuata, se non per la parte delle già istituite Cabine di regia. In questa seconda fase l'Assessorato che si occupa di sociale è prioritariamente impegnato nell'introduzione di un nuovo programma, il Reddito di autonomia, ovvero un insieme di misure a sostegno delle persone e famiglie in condizioni di vulnerabilità (si vedano nel dettaglio i capitoli 5, 6 e 7) che procede di fatto parallelamente e autonomamente rispetto all'impianto di riforma istituzionale introdotto dalla l.r. n. 23.

L'accorpamento invece richiama obiettivi di efficentamento del sistema, che la Giunta ha anche precisamente quantificato nell'ipotesi di 300 milioni di risparmi, da reinvestire per migliorare il sistema ovvero nella riduzione delle liste d'attesa, dei super ticket e delle rette nelle RSA.

Quanto all'obiettivo della presa in carico, questo rimane un dichiarato che permea costantemente l'intera legge, richiamato nelle funzioni specifiche della nuova ATS ("garantire il governo della presa in carico") ma nell'attuazione rimandato ad un'altra – ulteriore – riforma, ovvero quella derivante dal Piano sulle cronicità di fine 2015 (d.G.r. n. 4662 e seguenti) (Guerrini, 2015) ([14]). La gestione della presa in carico delle persone con cronicità diventa per il legislatore, insieme all'attuazione della riforma istituzionale, un nuovo terreno su cui

---

([12]) *http://www.lombardiasociale.it/2016/02/17/la-riforma-sociosanitaria-e-entrata-in-vigore-cosa-abbiamo-capito-di-piu/.*

([13]) *http://www.lombardiasociale.it/2015/12/01/la-riforma-del-welfare-serve-ai-cittadini-lombardi/.*

([14]) *http://www.lombardiasociale.it/2016/03/15/il-piano-sulla-cronicita-e-il-nuovo-assetto-della-riforma-quale-ruolo-per-le-rsa/.*

lavorare per concretizzare il cambiamento. Le note delibere della "domanda" e dell'"offerta" varate nel 2017 vengono assunte come campo di prova della traduzione territoriale della riforma e della visione di welfare annunciata già dall'avvio della legislatura, per rendere appunto il sistema più capace di prendersi cura delle persone, a partire da chi è in condizioni di maggior bisogno sanitario.

Ma ormai siamo alla fine del quinquennio, dal punto di vista del cambiamento consolidato nel modello di welfare complessivo e soprattutto per i cittadini, cioè quello che più interessa per valutare la capacità di un Esecutivo di determinare un impatto reale, questi annunci sono – purtroppo – fuori tempo.

È importante precisare che, in questa fase storica, la Lombardia non è la sola ad affrontare un processo di riforma. I cambiamenti demografici ed epidemiologici, i trend sull'invecchiamento e le conseguenze in termini di incidenza delle patologie croniche, stanno diffondendo ovunque la consapevolezza della necessità di riformare i sistemi sociosanitari e in tante Regioni sono in atto azioni riformatrici sui sistemi di cura che per lo più affrontano la trasformazione a partire dal cambiamento dell'assetto istituzionale. Come evidenziato nel Rapporto OASI 2016, la riduzione del numero di ASL e l'orientamento verso perimetri aziendali più ampi; il rafforzamento del capogruppo regionale e delle sue agenzie di supporto nonché l'integrazione ospedale territorio, sono direttrici abbastanza comuni (es. Emilia Romagna e Toscana) (Longo, Ricci, 2017). Al contempo è da evidenziare però che la portata del cambiamento istituzionale introdotto dalla Lombardia ha un rilievo unico e si intreccia con il fatto che alcuni elementi strutturali del sistema non sono già consolidati, uno per tutti l'integrazione tra sociale e sanitario.

### 1.3.2. *Il lento percorso di attuazione delle riforme*

I processi di riforma istituzionale hanno notoriamente percorsi di attuazione molto lunghi. I primi 18 mesi di questa seconda fase – il quarto anno e oltre della legislatura dunque – sono stati assorbiti da alcune realizzazioni preliminari: la definizione delle nuove nomine, in particolare delle figure apicali dei nuovi enti (direttori generali, sanitari e sociosanitari); la costituzione dei nuovi organismi attraverso l'impostazione dei nuovi bilanci, l'allineamento dei sistemi informativi, le azioni di *rebranding*…; successivamente la declinazione delle strategie interne e dei relativi piani organizzativi (POAS). Tutto questo ha richiesto tempo, superiore a quanto previsto se si pensa, ad

esempio, che i POAS erano stati chiesti dalla Regione per il febbraio 2016 e sono concretamente stati presentati prima dell'estate 2017 (Ghetti, 2015) ([15]). In sostanza, prima che si sia potuto tornare anche solo a parlare della concretizzazione degli obiettivi cardine del nuovo welfare – presa in carico e di integrazione organizzativa, professionale, con potenziali evidenze nella vita dei cittadini – ci sono voluti molti mesi.

Sull'attuazione della riforma della cronicità, arrivata di fatto nell'ultimo anno della legislatura, non ci soffermiamo dato che è storia troppo recente e dunque sostanzialmente inutile al nostro scopo – cioè priva di evidenze sull'impatto reale di quanto enunciato – considerato anche l'avvicinarsi dell'appuntamento elettorale che ha nuovamente distolto l'attenzione. Possiamo però evidenziare alcune fatiche che hanno rilievo nell'analisi del percorso attuativo, poiché – come detto – è da qui che ci si aspettava derivassero alcune indicazioni operative su come perseguire la presa in carico del paziente, l'integrazione tra i diversi servizi ed anche la costruzione di una sorta di budget di cura, con l'annunciato passaggio da una remunerazione per prestazioni ad una per profili. Si riprenderà nei capitoli successivi il dettaglio dell'analisi sulle due delibere citate, della domanda e dell'offerta; in questa ricostruzione preme richiamare solo che l'operazione sulla cronicità è sembrata più che altro guidata da una diversa modalità di gestione dei consumi – e dei relativi costi – che di reale mutamento del modo di essere al fianco del cittadino per affrontare al meglio il proprio bisogno di assistenza (Giunco, 2017) ([16]). Nello specifico, dell'integrazione con il sociale e della stessa presa in carico di pazienti cronici che alla malattia assommano elementi di fragilità sociale non c'è traccia. Il tema è ulteriormente rimandato ad atti successivi. Anche il budget unico è rimandato, poiché nella prima fase si prevede una remunerazione ancora legata alle prestazioni erogate. Infine l'avvio concreto della gestione dei primi tre milioni di pazienti cronici, con l'invio delle lettere ai beneficiari per la scelta dei gestori della presa in carico, è stato rimandato per diversi mesi e avvenuto ormai a ridosso dell'appuntamento elettorale. Ad un mese dalle elezioni sono state emanate diverse delibere (Giunco, 2018) ([17]) nell'area della non autosufficienza che sembrano mettere in discussione l'im-

---

([15]) *http://www.lombardiasociale.it/2016/05/25/i-piani-organizzativi-strategici-di-ats-e-asst-i-punti-salienti-delle-linee-guida-regionali/.*

([16]) *http://www.lombardiasociale.it/2017/02/14/la-presa-in-carico-di-pazienti-cronici-e-fragili/.*

([17]) *http://www.lombardiasociale.it/2018/02/13/le-tante-delibere-fine-legislatura-sui-servizi-sociosanitari-anziani/.*

pianto dei principi assunti e rimarcati per l'intero quinquennio: ad esempio, nella regolazione dei servizi di cure domiciliari (RSA aperta e ADI) la valutazione pare tornare in capo al gestore.

Ma, al di là di questa vivacità agli sgoccioli della fine della legislatura, la cosa più rilevate è però che i percorsi di attuazione di queste riforme hanno, nei fatti, assorbito le maggiori attenzioni degli ultimi mesi dell'operato dell'Esecutivo, divenendo – dal quarto anno di legislatura – la priorità assoluta, con il conseguente disinvestimento dai processi precedentemente definiti. Dei costi standard, del *vendor rating*, dei punti unici di accesso (SUW), dell'appropriatezza dei servizi non si è più parlato ([18]). Molte sperimentazioni sono state semplicemente procrastinate, senza orizzonti di messa a sistema (es. RSA aperta, Fondo famiglia…). Altri dispositivi (es. Cabine di regia, valutazione multidimensionale, VAOR) sono stati dati per assodati, senza monitorarne il reale stato di attuazione e senza considerare l'effetto "stallo" che la riforma avrebbe potuto generare, ed ha effettivamente generato ([19]). In tutto questo non va dimenticato che il sistema dei servizi e il mondo degli operatori del welfare si è trovato – ed è tutt'ora – ad affrontare una lunga fase di stress, poiché riforme come queste richiedono e assorbono una notevole quantità di energie.

### 1.4. Conclusioni

L'*excursus* qui presentato mostra chiaramente come sia stata una legislatura in due tempi quella che ha preso avvio nel 2013 a guida Maroni. I primi due anni e mezzo impegnati a definire la nuova visione di welfare e tracciarne i dispositivi utili alla sua attuazione e la seconda fase segnata dall'avvio di grandi riforme di sistema. Due tempi, per altro, tra loro non tanto sincronizzati. A metà legislatura vengono infatti riaffermati gli stessi principi di fondo ispiratori del nuovo modello di welfare auspicato, ma vengono determinate nuove ed impegnative scelte strategiche attuative, puntando tutto su complesse riforme, con solo un biennio per la loro concretizzazione.

---

([18]) *http://www.lombardiasociale.it/2016/12/04/riforma-socio-sanitaria-quale-impatto-sui-processi-precedentemente-in-atto/.*

([19]) Ad es. le Cabine di regia, già a rischio di essere luoghi di informazione formale e non di confronto, con l'allargamento si sono ulteriormente indebolite; o ancora le équipe di valutazione multidimensionale, spesso tradotte in semplice atto certificatorio, sono rimaste impallate nello stallo dettato dall'attuazione della riforma.

Se gli obiettivi dichiarati e la visione di welfare enunciata sono stati – sin da subito – chiari e coerenti, in netta discontinuità con il modello lombardo affermatosi negli anni precedenti, i risultati concreti a cui nel complesso si è giunti, anche per mezzo delle riforme, sono decisamente più incerti. La ricostruzione dell'evoluzione della legislatura qui presentata vuole offrire una cornice di riferimento generale entro cui collocare il dettaglio di capitoli che seguono. Lasciamo a loro l'analisi di quanto realizzato e degli esiti raggiunti nelle diverse aree di policy e alle conclusioni del libro di evidenziare se e quanto il modello di welfare sia stato, in questa X legislatura, effettivamente riformato e migliorato.

## Bibliografia


Crabelli G., Facchini C. (a cura di) (2011), *Il modello di welfare lombardo*, Franco Angeli, Milano.

Fattore G., Guiatti A., Longo F. (2017), *Il riordino dei servizi sanitari regionali*, in Rapporto OASI 2016, in *www.cergas.unibocconi.it*.

Ferrario P. (2015), *La riforma del sistema sociosanitario in Lombardia*, in *www.lombardiasociale.it*, 26 ottobre 2015.

Ghetti V. (2012), *Due anni di legislatura: come sta il welfare lombardo,* in *www.lombardiasociale.it*, 23 luglio 2012.

Ghetti V. (2014), *Nuove unità d'offerta sperimentali: verso una ridefinizione del welfare? Ancora 6 mesi di transizione*, in *www.lombardiasociale.it*, 13 luglio 2014.

Ghetti V. (2015), *I Piani organizzativi strategici di ATS e ASST: i punti salienti delle linee guida regionali*, in *www.lombardiasociale.it*, 25 maggio 2015.

Giunco F. (2017), *La presa in carico dei pazienti cronici e fragili (2017),* in *www.lombardiasociale.it*, 14 febbraio 2017.

Giunco F. (2018), *Le tante delibere di fine legislatura sui servizi sociosanitari anziani*, in *www.lombardiasociale.it,* 13 febbraio 2018.

Gollini E. (2015), *Vendor rating a che punto siamo?*, *www.lombardiasociale.it*, 31 marzo 2015.

Gori C. (a cura di) (2010), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini.

Gori C. (2014), *Giunta Maroni: un primo bilancio*, in *www.lombardiasociale.it*, 6 novembre 2014.

Gori C., Ghetti V. (2014), *Il welfare lombardo prova a cambiare: perché vi sono resistenze nei servizi?*, in *www.lombardiasociale.it*, 17 gennaio 2014.

Gori C., Ghetti V. (2015), *La riforma del welfare serve ai cittadini lombardi?*, in *www.lombardiasociale.it*, 1 dicembre 2015.

Gori C., Ghetti V. (2016), *La riforma sociosanitaria è entrata in vigore. Cosa abbiamo capito di più?*, in *www.lombardiasociale.it*, 17 febbraio 2016.

Guerrini G.B. (2015), *Il piano cronicità e il nuovo assetto della riforma: quale ruolo per le RSA*, in *www.lombardiasociale.it*, 15 marzo 2015.

Guidetti C. (2013), *Istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili*, in *www.lombardiasociale.it*, 25 maggio 2013.

Guidetti C. (2014), *Libro bianco sullo sviluppo del sistema socio-sanitario in Lombardia*, in *www.lombardiasociale.it*, 14 luglio 2014.

Longo F., Ricci A. (2017), *Tendenze evolutive del settore sanitario: nuove ipotesi interpretative per una diversa agenda di policy e di management*, in Rapporto OASI 2016, in *www.cergas.unibocconi.it*.

Marotta R. (2010), *Gli obiettivi della Regione*, in Gori C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini.

Motta O. (2013), *Nuove unità di offerta: si chiude la sperimentazione e si avviano le migliorie*, in *www.lombardiasociale.it*, 16 ottobre 2013.

Tidoli R. (2017), *Le riforme istituzionali servono?*, in *www.lombardiasociale.it*, 8 marzo 2017.