8. Un bilancio

Cristiano Gori

Quale giudizio complessivo può essere formulato nei confronti delle politiche regionali di welfare sociale ([1]) realizzate nella X legislatura (2013-2018)? Il capitolo prova a rispondere a tale interrogativo ricomponendo i contributi precedenti in un'interpretazione unitaria ([2]).

A guidare la lettura proposta saranno gli obiettivi strategici della Giunta, definiti all'inizio del quinquennio e più volte ribaditi: di ognuno si verificherà in quale misura sia stato effettivamente raggiunto, discutendone le implicazioni. Innanzitutto, però, è necessario esplicitare le peculiarità del contesto.

8.1. Lo scenario

Il titolo del libro ruota intorno a tre elementi: riforme, norme ed attuazione. Non è un caso, dato che questi sono i poli concettuali di riferimento per comprendere le recenti vicende del welfare sociale lombardo. Il sistema, infatti, è stato segnato da un'intensa attività normativa e dalla definizione di obiettivi di profonda riforma, punti toccati in questo paragrafo. A partire dal prossimo, invece, si volge lo sguardo a quanto effettivamente avvenuto nei territori.

([1]) Per welfare sociale (spesso abbreviato in welfare) s'intende l'insieme di servizi e interventi sociali, sociosanitari e socioeducativi – di titolarità di Comuni e ASL – rivolti in particolare ad anziani non autosufficienti, giovani e adulti con disabilità, minori e famiglie, soggetti in condizione di povertà o a rischio di cadervi. Gli Assessorati regionali di riferimento sono stati quello alla Famiglia, solidarietà sociale e volontariato sino al 2015 e quelli al Welfare e al Reddito di autonomia ed inclusione sociale in seguito (cfr. Introduzione).

([2]) Queste conclusioni rielaborano, sotto la responsabilità dello scrivente, i principali risultati emersi nei capitoli precedenti. Per non appesantire la lettura, non vengono direttamente citati i diversi contributi e le fonti bibliografiche cui si fa via via riferimento.

8.1.1. *Un'intensa produzione di atti*

In merito alla X legislatura, tutto si può affermare, tranne che la produzione di norme e delibere sia stata scarsa. Il riferimento principale è la l.r. n. 23/2015, che ha ridisegnato il complessivo assetto istituzionale del sistema sanitario e sociosanitario. Ma non è certo l'unico. Basti pensare al Fondo famiglia, ad inizio mandato, ed alla riforma della presa in carico dei pazienti cronici, verso la fine. E, ancora, alle nuove prestazioni finanziate dal Fondo non autosufficienza nazionale e alla varietà di micro-misure afferenti al Reddito per l'autonomia, sino alle varie sperimentazioni a favore di anziani non autosufficienti, disabilità e famiglie. Inoltre, bisogna ricordare il gran numero di atti amministrativi che hanno modificato e/o aggiornato il profilo di singole misure e unità d'offerta, i relativi sistemi di valutazione di appropriatezza e qualità ed i meccanismi di vigilanza e controllo.

Il quinquennio, in sintesi, è stato caratterizzato da una produzione di atti vasta e continua, che ha interessato molteplici aspetti del sistema e ne ha comportato innumerevoli trasformazioni, richiedendo un notevole impegno a tutti i soggetti coinvolti.

8.1.2. *Nuovi obiettivi strategici*

La Giunta Maroni ha puntato su quattro obiettivi principali, individuati all'inizio del suo cammino e richiamati costantemente nel tempo:

a) lo sviluppo di percorsi di presa in carico della persona, da attuare grazie alla stretta collaborazione delle diverse realtà operanti nei territori;
b) il rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria e la costruzione di interventi unitari tra i servizi sociali dei Comuni e quelli sociosanitari delle ASL (poi ASST);
c) la rimodulazione del sistema di offerta, con una maggiore articolazione delle risposte disponibili;
d) l'incremento del peso del welfare, attraverso l'aumento dei finanziamenti dedicati.

Rispetto alle precedenti Giunte Formigoni, peraltro anch'esse di centrodestra ([3]), le finalità elencate indicano – pur senza esplicitarlo – un netto cam-

([3]) Si tratta delle Giunte presiedute da Roberto Formigoni (Forza Italia) dal 1995 al 2012. Pur variando in alcune componenti, a partire dalla legislatura 2000-2005 tali compagini, così come quella presieduta da Roberto Maroni, hanno sempre avuto in Forza Italia e

biamento, che riguarda sia le priorità politiche (obiettivo d) sia il modello di regolazione (obiettivi a, b e c). Per quanto concerne il primo aspetto, i dati mostrano che in passato erano state destinate al settore risorse inferiori a quelle della maggior parte delle Regioni comparabili del centro-nord, segnalando così il minor rilievo politico assegnato al welfare (Gori, a cura di, 2010). Venendo al modello regolativo, la Lombardia era stata l'unica – di nuovo, tra le Regioni comparabili – a disinvestire sui percorsi di presa in carico e sull'integrazione sociosanitaria, nonché una di quelle ad investire meno nell'articolazione dell'offerta. All'origine di tali scelte risiedeva una precisa impostazione di fondo, che attribuiva la priorità a libertà ed autodeterminazione di persone, famiglie e soggetti erogatori e promuoveva la de-regolazione del sistema (Marotta, 2010).

Definendo questi nuovi obiettivi, dunque, dopo oltre un decennio di cammino in direzione opposta ([4]) la Lombardia si è allineata all'impostazione strategica adottata dalle altre Regioni ([5]) e condivisa dalla gran parte degli studiosi, compresi gli Autori di questo libro ([6]).

8.2. Il finanziamento

8.2.1. *Il rallentamento degli stanziamenti e la loro crescente insufficienza*

Gli stanziamenti complessivi trasferiti dalla Regione ai territori per il welfare sono saliti da 1.726 milioni di euro (2012) a 1.905 (2017); i 179 milioni in più equivalgono ad un incremento del 10%. Questi dati sono da interpretare con cautela perché 114 milioni addizionali provengono da maggiori finanziamenti statali finalizzati, principalmente, a recuperare l'azzeramento dei fondi nazionali per il sociale avvenuto nel periodo 2009-2012. L'incremento delle

---

nella Lega i loro attori principali. Quest'ultima forza politica si trovava, invece, all'opposizione nella legislatura 1995-2000.

([4]) Il precedente modello di welfare sociale era stato introdotto a partire dalla legislatura cominciata nel 2000.

([5]) Evidentemente, tale impostazione viene declinata operativamente attraverso modalità eterogenee nelle diverse Regioni, e con risultati assai variabili. Il punto è che mentre le altre Regioni seguono da tempo tale percorso, seppur incontrando non di rado difficoltà significative, per un lungo periodo la Lombardia ha proceduto con decisione lungo la via contraria. Come si vedrà, nei territori è ancora tangibile l'eredità di questa fase.

([6]) Il suggerimento di imboccare la strada definita dagli obiettivi qui menzionati si trova, ad esempio, in Gori, 2010.

risorse proprie regionali, dunque, ammonta a 65 milioni, pari al 4% della dotazione iniziale.

Collocando le tendenze recenti in un orizzonte più lungo, ne emerge la differenza rispetto al periodo precedente. Nel sociosanitario – che assorbe la gran parte della spesa regionale – si è passati da un incremento medio annuo del 5,2% nel periodo 2005-2012 ad uno dell'1,1% nel corso della X legislatura, con un netto rallentamento.

All'inizio del decennio erano state segnalate le prime tensioni legate alla necessità di più robuste politiche di finanziamento, indispensabili per alimentare in modo adeguato una rete di offerta che ha conosciuto la sua fase di maggiore espansione nel periodo 2000-2010 (Gori, a cura di, 2010). Poiché, invece, si è andati in direzione opposta, i capitoli precedenti mostrano che le risorse stanziate sono risultate, sempre più, insufficienti per rispondere ai bisogni presenti nella società lombarda. Le previsioni sull'incremento della popolazione anziana, peraltro, indicano che – in assenza di interventi incisivi – le criticità registrate sono destinate ad acuirsi rapidamente.

8.2.2. *Il sottofinanziamento nella quotidianità di utenti e servizi*

L'insufficienza degli stanziamenti ha determinato diverse conseguenze nel welfare locale, ma la principale consiste nella contraddizione tra l'obiettivo di ampliare l'utenza e quello d'incrementare la qualità/intensità delle risposte fornite ai singoli beneficiari. L'amministrazione ha puntato ad estendere gli interventi a più persone, un passaggio necessario sia per rispondere all'incremento delle aree di bisogno tradizionali che per fronteggiare i nuovi rischi. Nel sociosanitario il risultato è stato ottenuto in misura contenuta nei servizi residenziali – incremento dei posti in RSD e RSA – e più ampia nell'ADI (cfr. par 8.3.1). Nella filiera sociale si possono menzionare il Reddito di autonomia, teso a raggiungere fasce di popolazione vulnerabile per prevenirne la caduta in povertà, i nuovi target degli interventi rivolti alle famiglie, ad esempio gli adolescenti in difficoltà, così come le misure B1 e B2 (Fondo nazionale non autosufficienza), progettate al fine di agganciare persone non ancora seguite dai servizi.

Dati gli inadeguati finanziamenti complessivi, tuttavia, questa scelta ha impedito di destinare risorse al miglioramento della qualità/intensità degli interventi erogati agli utenti. Il problema è che pure questo, al pari del precedente, rappresenta un obiettivo necessario. Basti ricordare che nelle principali Unità di offerta sociosanitarie – RSA, RSD e servizi diurni – non sono state

aggiornate le quote sanitarie remunerate dal Fondo sanitario regionale (FSR), i cui importi sono fermi dal 2008-2010. Una ridotta intensità degli interventi, peraltro, si rintraccia anche nell'ADI.

La carenza, in numerosi servizi, delle risorse economiche impiegate per ogni beneficiario ha avuto molteplici effetti. Primo, l'incremento delle rette a carico di utenti e famiglie, sulle quali i gestori tendono non di rado a spostare l'aumento dei costi di produzione, non sostenuto dal finanziamento regionale. Il fenomeno è particolarmente visibile nelle RSA, le cui rette hanno subito una rilevante crescita tra il 2011 e il 2016 ([7]). Secondo, il peggioramento delle condizioni occupazionali e/o retributive degli operatori. Se tale realtà è già abbastanza diffusa nei servizi domiciliari, in quelli residenziali hanno cominciato ad affacciarsi, e ad aumentare, i segnali di criticità. Terzo, una maggiore diffusione di situazioni di tensione tra chi opera nei servizi e gli utenti e le loro famiglie, che richiedono livelli di qualità e d'intensità superiori a quelli in essere.

8.2.3. *I vincoli statali e la continuità della politica regionale*

L'obiettivo di incrementare il peso del welfare, aumentandone i relativi finanziamenti, non è stato dunque raggiunto. A differenza delle altre finalità dichiarate, però, in questo caso la possibilità di farlo è dipesa solo parzialmente dalle scelte regionali, dato il ruolo centrale dei vincoli di spesa fissati dal livello nazionale. Il periodo in esame, infatti, è stato segnato da un particolare rigore per la finanza regionale, chiamata dallo Stato a garantire gli obiettivi del patto di stabilità, il pareggio di bilancio e a corrispondere un contributo a titolo di risanamento della finanza pubblica ([8]). Lo stesso Fondo sanitario nazionale – fonte degli stanziamenti per il sociosanitario – è stato interessato da decise politiche di contenimento.

Il quadro tratteggiato non ha tolto del tutto alle Regioni i margini di manovra per indirizzare maggiori risorse verso il welfare: la Giunta lombarda, tuttavia, non l'ha ritenuta una priorità. Lo dimostra la sostanziale invarianza della percentuale del Fondo sanitario regionale (FSR) destinata all'assistenza sociosanitaria (9,47% nel 2012 e 9,53% al termine della legislatura). Emerge qui continuità con le decisioni assunte in precedenza quando, anche in mo-

---

([7]) In media la retta minima giornaliera è passata da 53,04 a 59,36 euro e la massima da 61,74 a 67,85 euro.

([8]) La spesa corrente regionale complessiva è scesa dai 21,8 miliardi del 2013 ai 21,7 del 2016.

menti di particolare aumento del FSR, il riequilibrio tra i comparti della sanità acuta e del sociosanitario non è mai stato considerato una finalità di rilievo. Tra il 2005 e il 2012, infatti, la quota del Fondo riservata al sociosanitario era aumentata solo leggermente, passando dall'8,7% al 9,5%; in quella fase, dunque, la relativa spesa era sensibilmente cresciuta non tanto a causa di una riallocazione delle risorse tra le due aree quanto, invece, come esito della forte crescita globale del FSR e del conseguente aumento proporzionale delle somme indirizzate ad ognuno. In effetti, essendo al governo della Regione la medesima maggioranza, sarebbe stato arduo ipotizzare che l'equilibrio tra i due comparti – rimasto immutato in un'epoca di risorse sanitarie complessivamente in aumento – venisse modificato in una legislatura che ha visto incrementi marginali del FSR.

Lo scarso peso politico attribuito al welfare trova una conferma anche nel settore sociale. Dato che la Regione in materia ha responsabilità ridotte, è opportuno ricordare che l'impatto delle scelte che lo riguardano è minore di quelle concernenti il sociosanitario. Ciò premesso, bisogna evidenziare come il sopraccitato aumento dei finanziamenti nazionali sia stato accompagnato dalla diminuzione di quelli regionali ([9]). Il modesto rilievo assegnato al sociale si pone, ancora una volta, in continuità con il passato: i dati mostrano infatti che all'inizio della X legislatura gli stanziamenti indirizzati a questo comparto risultavano inferiori rispetto alla media delle Regioni del centro-nord a statuto ordinario (Gori, 2015) ([10]).

8.3. La rete di offerta

La rimodulazione della rete di offerta può essere realizzata attraverso due strade, tra loro complementari: *a*) il cambiamento del mix delle risposte in campo, introducendone di nuove e/o modificando l'estensione di quelle già presenti, *b*) la trasformazione del profilo dei servizi e degli interventi disponibili. Le accomuna l'obiettivo di adattare il sistema alla pluralità delle esigenze presenti nella società ed ai loro mutamenti.

([9]) L'esito è che, mentre nel 2012 al comparto sociale era dedicato il 3,4% del bilancio regionale extra sanità, nel 2017 tale valore era leggermente inferiore al 2%.

([10]) *http://www.lombardiasociale.it/2015/02/04/il-finanziamento-regionale-delle-politiche-sociali-note-su-un-tema-controverso/.*

8.3.1. *Un migliore equilibrio tra i servizi esistenti*

Nel quinquennio sono stati compiuti numerosi percorsi innovativi – spesso promettenti – per mettere alla prova nuove unità di offerta. Nell'assistenza agli anziani, ad esempio, sono stati sperimentati servizi rivolti all'ampia fascia di bisogno, oggi scoperta, collocata nello spazio intermedio tra ADI e RSA; l'esperienza più significativa è rappresentata dalla RSA aperta. Le indicazioni emerse nei vari percorsi innovativi, tuttavia, non sono sfociate nella messa a regime di alcuna nuova tipologia di offerta. La rete dei servizi di diretta titolarità regionale, quelli sociosanitari (rivolti perlopiù a anziani e disabilità), è rimasta dunque immutata ([11]).

Positive novità, invece, hanno riguardato l'equilibrio tra le risposte esistenti. I (modesti) fondi sociosanitari addizionali divenuti disponibili nella legislatura, infatti, sono stati concentrati in maniera particolare nei servizi domiciliari, segnatamente l'ADI, i cui stanziamenti hanno conosciuto un incremento significativo ([12]). La percentuale di anziani utenti ADI è così salita dall'1,39% (2012) al 3% (2016), un valore che – seppure ancora inferiore a quello di numerose Regioni del centro-nord – ha notevolmente ridotto la distanza. La Lombardia aveva storicamente penalizzato la domiciliarità: le scelte allocative compiute rappresentano un passo importante nella direzione opposta.

8.3.2. *Il rafforzamento dell'attuale profilo delle unità di offerta*

Nei servizi sociosanitari (residenziali, domiciliari, diurni) sono stati introdotti ulteriori miglioramenti nella strumentazione in uso per assicurare la qualità e l'appropriatezza. A tale scopo, una nutrita serie di delibere ha previsto l'impiego di nuove metodologie riguardanti le diverse fasi dei processi di cura; anche il sistema di vigilanza è migliorato. L'interpretazione di quanto avvenuto, però, non può che essere ambivalente. Infatti, i passi in avanti compiuti non sono stati accompagnati dalla dotazione di ulteriori risorse economiche per sostenerli: tra i livelli di qualità richiesti e quelli effettivamente finanziati si è così creata una distanza che ha posto sotto pressione i servizi e

---

([11]) Fanno eccezione le riforme delle cure palliative e dell'area dipendenze, non prese in considerazione nel volume.

([12]) La spesa per la domiciliarità sociosanitaria è salita da 98,9 (2012) a 154,9 milioni di euro (2017), dei quali 124,9 per l'ADI e 30 per la RSA aperta.

gli operatori (cfr. par. 8.2.2). Inoltre, è stato ulteriormente consolidato il modello d'intervento esistente, a forte connotazione sanitaria (cfr. par. 8.5.2).

Nei (rari) casi in cui un cambiamento del profilo dell'unità di offerta è avvenuto, l'amministrazione regionale ha agito più sulla forma che sulla sostanza, come emerge nitidamente nei consultori familiari, trasformati in Centri per la famiglia titolari di una presa in carico globale da 0 a 99 anni. I decisori, in effetti, hanno investito ben poco sulla loro riorganizzazione e sull'aggiornamento delle competenze e delle professionalità degli operatori. Come sempre avviene in questi casi, ciò ha generato un'eterogeneità di risposte nei territori, con interpretazioni non sempre uniformi del mandato ricevuto.

8.3.3. *I tre universi del welfare lombardo*

A ben vedere, nella X legislatura una dinamica di articolazione dell'offerta ha avuto luogo, seppur con caratteristiche peculiari: il welfare lombardo si è infatti strutturato in tre universi separati e tra loro poco comunicanti. Si tratta:

- della rete dei servizi sociosanitari a regime ([13]) – che assorbono la grandissima maggioranza delle risorse regionali – rimasta, come detto, sostanzialmente invariata;
- della varietà dei nuovi interventi varati durante il quinquennio ([14]), un eterogeneo universo comprendente sia stimolanti esperienze innovative che la riproposizione di modelli superati ([15]). Dove si verificano positivi percorsi di cambiamento, però, questi non sembrano influenzare la rete tradizionale di risposte. Oltre al già menzionato caso della RSA aperta, ad esempio, nella disabilità colpisce il fatto che esperienze nuove e valide, quali i progetti di vita indipendente e la sperimentazione del *case management* per l'autismo, non abbiano in alcun modo influito nei servizi a regime. Nondimeno, la proliferazione di una varietà di micro-misure (pensiamo a quelle del Reddito di autonomia) con target circoscritti e limitati ha prodotto un'elevata frammentazione, alimentando confusione e incertezza nei territori;

([13]) Coerentemente con gli obiettivi del volume, non si fa qui riferimento ai servizi sociali e socioeducativi di titolarità dei Comuni.

([14]) Nella maggior parte dei casi si tratta d'interventi finanziati con fondi statali o europei.

([15]) Ci si riferisce – in particolare – al diffuso ricorso a contributi economici invece di servizi alla persona, anche quando tale risposta non pare la più appropriata.

- del numero crescente di interventi sperimentali promossi e finanziati da privati e Fondazioni, dedicati a temi vari tra i quali prevale lo sviluppo del welfare di comunità. Anche qui, non si rintracciano azioni regionali tese a riversare nel sistema di risposte consolidate ciò che si è appreso grazie a queste esperienze.

Nell'insieme, il punto da sottolineare è che, parallelamente alla continuità della rete tradizionale, nel welfare regionale è in atto una molteplicità di percorsi innovativi (pubblici e privati), ma che il patrimonio di conoscenza maturato non viene impiegato per promuovere l'evoluzione dell'offerta istituzionale.

8.3.4. *L'eterogenea distribuzione territoriale dei servizi*

Rimodulare la rete di offerta, come spiegato, serve a renderla più confacente alle esigenze della società: quest'obiettivo ha anche una declinazione pratica, particolarmente importante per la Lombardia, che fino ad ora è stata trascurata dall'amministrazione regionale e dalla maggior parte degli osservatori. Si tratta di una distribuzione territoriale dei servizi meglio corrispondente al profilo della popolazione.

Già all'inizio della legislatura, i dati mostravano che la suddivisione dell'offerta sociosanitaria tra i diversi territori della Regione risultava la più eterogenea tra quelle comparabili del centro-nord, senza che tale peculiarità fosse in alcun modo spiegabile con la natura dei bisogni. Il motivo risiede difatti nell'assenza di criteri oggettivi di riparto dei fondi sociosanitari sulla base di indicatori di fabbisogno. L'allocazione avviene secondo un metodo storico aggiustato incrementalmente: ogni anno si parte dalle somme trasferite in precedenza e se ne cambia – o meno – la consistenza in relazione alle interazioni tra i diversi soggetti coinvolti (politici ed amministratori di livello regionale e locale, enti gestori ed altri).

Poiché nel periodo esaminato non sono state apportate modifiche, le evidenze più recenti confermano che nella disponibilità dei servizi sociosanitari continuano ad esservi marcate differenze locali che non dipendono minimamente dai diversi livelli di bisogni; il fenomeno tocca – seppur con gradi diversi d'intensità – i servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali rivolti agli anziani non autosufficienti così come ai giovani e agli adulti con disabilità. Il quadro risulta migliore nel settore sociale, dove le risorse vengono

effettivamente distribuite utilizzando indicatori di fabbisogno ([16]); dato che gli strumenti in questione sono piuttosto grezzi, però, gli aspetti critici non mancano. Anche tale comparto durante la legislatura non è stato interessato da cambiamenti. Complessivamente, dunque, il nodo dell'equità territoriale non ha sinora trovato spazio nell'agenda del welfare lombardo ([17]).

8.4. La presa in carico

8.4.1. *Un obiettivo (perlopiù) irrealizzato*

La presa in carico rappresenta il fine più spesso richiamato dall'amministrazione regionale: non esiste quasi atto nel quale non si parli di valutazione multidimensionale, progettazione personalizzata, responsabile del caso, affiancamento e monitoraggio dell'utente nel tempo. Risiede qui la cesura più simbolica con il precedente modello (cfr. par. 8.1.2), che marca il passaggio dalla promozione della libertà declinata al negativo (non avere vincoli e costrizioni per l'azione) a quella in positivo (disporre degli strumenti per realizzare il più possibile ciò che si desidera). In pratica, l'utente e la sua famiglia non devono più essere posti nella condizione di compiere il proprio percorso di vita e nei servizi senza interferenze, bensì di farlo nel modo più consono ai propri desideri; a tale scopo occorre accompagnarli adeguatamente.

Tuttavia, la traduzione dell'obiettivo nella pratica ha incontrato notevoli difficoltà in ogni area di utenza ed è risultata ridotta. Pur non mancando situazioni felici, la presa in carico è stata perlopiù parziale o assente; anche dove è stata messa in atto, inoltre, spesso si è trattato di adempimenti formali. Complessivamente, dunque, l'odierno sistema lombardo evidenzia ancora una posizione di arretratezza nella capacità di affiancare l'utente e la famiglia nelle diverse fasi del loro percorso.

Molteplici le criticità verificatesi. Nell'assistenza agli anziani, ad esempio, nemmeno l'introduzione di uno strumento valido come il VAOR Home care – disegnato per la valutazione multidimensionale a supporto di progetti organici di presa in carico – ha permesso di compiere passi avanti. Il suo im-

---

([16]) Il criterio prevalente consiste nel numero di abitanti.

([17]) Lo scarso interesse verso l'equità territoriale è confermato dall'assenza di indicazioni regionali in materia di rette dei servizi, per cui cittadini con le medesime esigenze possono trovarsi a pagare cifre piuttosto diverse a seconda della località in cui vivono.

piego, infatti, è stato limitato alla sola erogazione dell'ADI, che ha continuato a garantire risposte prestazionali e circoscritte come in passato. Per quanto riguarda le prestazioni del Reddito di autonomia, gli Ambiti territoriali hanno incontrato problemi ad assicurare la figura del case manager, richiesta per l'avvio dei progetti personalizzati. Nei Centri per la famiglia – come già accennato – il target è stato ampliato fino a comprendere persone di ogni età. Ciò ha richiesto agli operatori di rivedere/aggiornare le modalità di presa in carico, ma l'assenza di un significativo ruolo regionale di sostegno al cambiamento ha rappresentato un grande ostacolo. E così via.

8.4.2. *La mancata costruzione delle condizioni necessarie*

La ridotta realizzazione della presa in carico è dovuta ad un insieme di ragioni, diverse ma legate da un filo conduttore: essersi prevalentemente limitati a definire l'obiettivo senza costruire in modo adeguato le condizioni per la sua attuazione. Vediamo le principali.

Primo, l'ampia attività definitoria riguardante la presa in carico, e la relativa strumentazione, non è stata accompagnata da una riflessione culturale e tecnica sul suo significato e sulle implicazioni per la rete dei servizi. È così accaduto, ad esempio, che valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata siano state considerate prestazioni aggiuntive e non – come dovrebbe essere – elementi regolatori di tutto il sistema, cioè connettori tra i vari sostegni disponibili.

Secondo, i territori non sono stati dotati delle figure professionali indispensabili per concretizzare lo scopo. Terzo, a favore dei contesti locali non sono state predisposte le necessarie attività di affiancamento, la prima delle quali è la formazione, fondamentale per operatori che per tanto tempo – o addirittura mai – non hanno esercitato determinate competenze (cfr. oltre). Quarto, se si vogliono ricomporre i percorsi in capo all'utente non si può prescindere dalla realizzazione di accordi tra i responsabili istituzionali dei diversi settori coinvolti (sanità e sociale, ma non solo): come mostra il paragrafo 8.5.1, però, le azioni tese a costruirli sono state limitate. Quinto, anche laddove si stavano strutturando dispositivi di presa in carico integrata e dotando gli operatori di opportune competenze – supplendo con uno sforzo locale alle carenze regionali – l'introduzione della l.r. n. 23/2015 ha creato incertezza, assorbendo un'enorme mole di energia ed attenzione a tutti i soggetti coinvolti e distogliendoli dall'obiettivo.

Su tutto ciò, nondimeno, ha pesato l'eredità del passato. Infatti, aver disinvestito sulla presa in carico per oltre 10 anni ha reso inevitabilmente compli-

cati i tentativi di riattivarla; com'era lecito aspettarsi, sono emerse resistenze da parte di alcuni territori che, negli anni, avevano perso l'abitudine a lavorare su questa funzione. Un'eredità complessa ma affrontabile, a patto di accompagnare opportunamente il cambiamento.

8.5. Il rapporto tra sanità e sociale

8.5.1. *Primi passi verso l'integrazione*

Nel periodo considerato, l'obiettivo di pervenire ad una maggiore integrazione tra i settori di sociale e sanità è stato ricercato ad un doppio livello, quello istituzionale e quello concernente la presa in carico del singolo caso. Rispetto al primo, nella parte iniziale della legislatura sono state introdotte le Cabine di regia, organismi deputati alla decisionalità operativa su finanziamenti e aspetti gestionali legati all'integrazione sociosanitaria, così da garantire un maggior raccordo tra le (allora) ASL e i Comuni/Ambiti ([18]). La l.r. n. 23/2015 ha però modificato radicalmente il quadro nel quale avrebbero dovuto concretizzarsi tali positive indicazioni, introducendo un assetto di *governance* non sempre in linea con le stesse. La riorganizzazione in ATS e ASST, la netta distinzione delle loro funzioni e il frequente accorpamento dei territori di più province ([19]) hanno cambiato in modo significativo lo scenario, obbligando le parti coinvolte a costruire nuove interlocuzioni; nondimeno l'ampliamento delle conferenze dei sindaci, imposto dai confini delle nuove ATS, ha indebolito la capacità negoziale dei Comuni con la sanità. Le Cabine di regia, sospese a lungo in attesa che le ATS si costituissero, si sono trovate di fronte a perimetri di riferimento diversi; in una stessa Cabina sono talora confluiti ambiti territoriali che non avevano mai lavorato insieme. Complessivamente – come già ricordato (cfr. par. 8.4.2.) – l'attuazione della legge regionale n. 23 ha lasciato poco spazio ad altre finalità, cosicché gli obiettivi di integrazione istituzionale dichiarati all'inizio della legislatura sono passati in secondo piano. La Cabina di regia è diventata soprattutto uno spazio formale d'informazione reciproca, un organismo certamente utile e migliorativo rispetto al passato, ma ben diverso da ciò che avrebbe dovuto essere nelle intenzioni originarie.

([18]) Si tratta – come noto – di organismi ulteriori rispetto a Conferenze e Assemblee dei sindaci.

([19]) Avvenuto in 12 ASL su 15.

Per quanto riguarda l'integrazione sul caso si rimanda al par. 8.4.1, dedicato alla presa in carico. Qui basti ricordare che l'obiettivo è stato raggiunto solo in misura circoscritta, principalmente perché non sono stati concretizzati i presupposti per la sua attuazione: il mancato presidio di vari passaggi necessari a tal fine ha fatto sì che l'integrazione sul caso sia rimasta soprattutto una questione formale.

Quale valutazione si può esprimere nell'insieme? Certamente sono stati compiuti passi in avanti verso l'obiettivo dell'integrazione, che – però – sono risultati perlopiù inadeguati rispetto a quelli che sarebbero stati effettivamente necessari per renderla una realtà tangibile nei territori, per gli utenti e per le loro famiglie.

8.5.2. *Una cultura sempre più sanitaria*

Passando dalle relazioni tra gli attori a quelle tra i diversi orientamenti culturali, si è assistito al fenomeno sovente denominato "sanitarizzazione", inteso come il rafforzamento di un approccio proveniente dagli interventi clinici e specialistici di derivazione ospedaliera nell'ambito di servizi – quali quelli del welfare – con ben altre caratteristiche.

Per quanto riguarda gli anziani, se ne ritrovano esempi nelle modalità di assicurazione e verifica della qualità in tutte le unità di offerta, così come nel modello di ADI messo in campo. Particolarmente sintomatica, tuttavia, risulta la tendenza a sovrapporre le politiche destinate ai non autosufficienti con quelle rivolte ai malati cronici, nonostante queste due condizioni non determinino necessariamente gli stessi bisogni. La normativa sulla presa in carico della cronicità si concentra sui consumi sanitari riferiti ad un ampio gruppo di patologie croniche senza occuparsi delle molteplici esigenze di *care* legate alla non autosufficienza: questa è un'indicazione corretta se si vuole rispondere, per l'appunto, alle prime, mentre risulta fallace se – come è avvenuto in Lombardia – le si attribuisce l'obiettivo di affrontare le necessità dovute alla seconda.

Venendo alla disabilità, le prescrizioni normative sulle RSD le rendono più simili a ospedali che a case, come se l'ambiente naturale delle persone interessate dovesse essere un luogo di cura sanitario e la disabilità equivalesse a una malattia. Ampliando lo sguardo, nella X legislatura i compiti assegnati alle unità di offerta rivolte a giovani ed adulti con disabilità sembrano essere perlopiù la cura sanitaria, l'assistenza e la custodia anziché l'inclusione. Poiché rispondere ai bisogni sanitari rappresenta solo una parte circoscritta della

qualità della vita di una persona con disabilità, seguire tale approccio ha significato non sostenere adeguatamente il lavoro educativo e sociale portato avanti da tanti servizi semiresidenziali e residenziali nei territori. Ha voluto dire, inoltre, accentuare l'autoreferenzialità dei servizi nelle fasi di presa in carico e nella progettazione, irrigidire l'organizzazione delle loro attività e disincentivare gli interventi al di fuori delle strutture.

Seppure la particolare influenza della cultura di matrice clinico/ospedaliera in ambiti che non le competono abbia storicamente contraddistinto la Lombardia, colpisce l'ulteriore penetrazione avvenuta durante la X legislatura. Si palesa, infatti, uno stridente contrasto con le indicazioni ormai consolidate del dibattito internazionale, tese a superare la malattia quale chiave di lettura unificante della vecchiaia così come a rafforzare gli obiettivi d'inclusione sociale negli interventi rivolti a giovani ed adulti con disabilità ([20]).

8.5.3. *Alla ricerca di connessioni*

Quelle incontrate nell'integrazione sociosanitaria possono essere interpretate come esempi di più ampie difficoltà, e ritrosie, dell'amministrazione regionale nell'esercitare un ruolo di *governance* mirato a promuovere la collaborazione tra i diversi settori delle politiche pubbliche. Si pensi alla vicenda del Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA), misura nazionale contro la povertà transitoria che – nel 2016/17 – ha preceduto l'introduzione del Reddito d'inclusione (REI). La normativa statale chiamava le Regioni non ad essere spettatori del passaggio dei finanziamenti dal livello centrale ai Comuni, titolari della misura, bensì a svolgere un ruolo che favorisse la costruzione di un sistema integrato d'interventi contro la povertà a livello locale. Pensando ai diversi servizi coinvolti nella lotta alla povertà, il primo raccordo sul quale agire – certo non l'unico – è quello tra sociale e politiche del lavoro. A differenza di quanto avvenuto, pur con esiti alterni, in altre Regioni, un'azione in tal senso in Lombardia non è stata neppure tentata.

La lettura congiunta del presente paragrafo e dell'8.3.3 rivela come una debole capacità di costruire connessioni attraversi l'intero sistema di welfare lom-

---

([20]) Sembra sussistere una certa confusione in merito alla differenza tra i due significati del verbo curare, *to cure* (approccio clinico, che considera la singola patologia sanitaria con l'obiettivo di rimuoverla/contenerla) e *to care* (welfare sociosanitario e sociale, che guarda le molteplici dimensioni della condizione umana con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita).

bardo: lì ci si riferisce ai nessi mancanti tra i servizi a titolarità pubblica a regime e gli interventi innovativi regionali così come tra la rete pubblica e le sperimentazioni private, qui a quelli tra le diverse filiere delle politiche pubbliche.

8.6. Conclusioni

L'analisi complessiva delle politiche di welfare sociale a titolarità regionale attuate nel periodo 2013-2018 è sintetizzabile in un unico messaggio. Gli approfondimenti riguardanti vari servizi, interventi e target di utenza concordano nell'indicare che la configurazione di fondo del sistema lombardo è rimasta sostanzialmente immutata; nel contempo, sono emerse maggiori difficoltà rispetto al passato a rispondere adeguatamente ai bisogni presenti nella società. Il mix tra continuità ed affaticamento, dunque, ha rappresentato il tratto essenziale della X legislatura.

La continuità è dovuta alla realizzazione solo parziale delle finalità di riforma dichiarate: la cesura con il precedente modello è risultata netta nelle enunciazioni ma blanda nella realtà. La ragione ultima risiede nel mancato allineamento tra obiettivi e strumenti. È stata prodotta, infatti, un'ampia mole di leggi, delibere e regolamenti, in ognuno dei quali si ribadiscono i fini menzionati: una profonda sottovalutazione della strumentazione necessaria a tradurli in pratica, tuttavia, ha permeato tanto il disegno delle norme quanto il modo in cui queste sono state agite dall'amministrazione regionale.

Vediamo alcune declinazioni di questa affermazione. Primo, la scarsa considerazione della complessità insita nei percorsi d'implementazione delle politiche a livello locale, che avrebbe richiesto la costruzione di adeguate condizioni per il cambiamento nei territori ed il loro effettivo accompagnamento nell'impegnativo cammino in tale direzione. Secondo, la separazione tra il nutrito pacchetto d'interventi sperimentali/innovativi e la rete delle risposte a regime: i risultati emersi dagli stimolanti laboratori messi in campo non sono stati utilizzati per migliorarle. Terzo, lo spostamento dell'attenzione dell'intero sistema verso il ridisegno dell'assetto istituzionale richiesto dalla riforma sanitaria (l.r. n. 23/2015), che ha determinato una lunga fase d'incertezza ed ha assorbito gran parte delle energie dei soggetti coinvolti. Gli effettivi legami tra questa complessa operazione d'ingegneria istituzionale e la realizzazione degli obiettivi dichiarati sono, tuttavia, assai tenui.

Nel frattempo – come anticipato – sono cresciute le difficoltà del sistema di welfare nel rispondere alle esigenze che si manifestano nella società lom-

barda. Per trovare le radici di questo affaticamento bisogna guardare ai finanziamenti ed al modello d'intervento. Da una parte, si registra il contrasto tra l'incremento dei bisogni e la limitatezza degli stanziamenti disponibili, dovuta all'intreccio tra i vincoli di spesa posti dallo Stato e la ridotta priorità politica assegnata al settore dalla Regione. L'esempio principale di una "coperta sempre più corta" si rintraccia nella contraddizione – insanabile, a risorse invariate – tra due obiettivi entrambi condivisibili, cioè l'ampliamento dell'utenza e l'innalzamento di qualità/intensità degli interventi per ogni beneficiario. Dall'altra, si allarga la distanza tra una società in trasformazione ed un ventaglio di risposte che, invece, rimane perlopiù immutato. Si pensi alla mancata innovazione del menù di Unità di offerta presenti a regime, così come alle persistenti criticità riguardanti le connessioni tra i diversi interventi e l'accompagnamento di utenti e famiglie nel loro percorso. Nell'insieme, in fondo, l'affaticamento del sistema altro non è che l'esito della ridotta realizzazione delle apprezzabili finalità di riforma dichiarate dalla Giunta. Esistono due prospettive, opposte ed ugualmente inutili, alla luce delle quali è possibile leggere i risultati del libro. Quella "catastrofista" induce a sottovalutare i punti di forza che tuttora caratterizzano il welfare lombardo, a partire dalla dotazione di servizi e dai livelli di qualità assicurati. La prospettiva "della rimozione", a sua volta, porta a non vedere le difficoltà in essere (peraltro, implicitamente riconosciute dalla stessa Giunta regionale nella definizione dei suoi obiettivi) ed il loro aumento. Qualora si voglia adottare uno sguardo "realista", invece, il testo restituisce una fotografia del welfare lombardo che mette in luce le aree su cui è prioritario agire affinché i problemi di oggi, in aumento ma affrontabili, non diventino domani sempre più preponderanti, rendendo necessario contrastarli con sforzi ben maggiori, ai limiti del possibile.

8.7. Postilla. I dati e il dibattito pubblico

8.7.1. *Aumentano i dati raccolti, diminuiscono quelli disponibili*

La discussione sui contenuti è terminata. Non si può concludere il volume, però, senza tornare ([21]) su un ostacolo incontrato nella sua realizzazione: i dati resi disponibili al pubblico dall'amministrazione regionale sono scarsi e, non di rado, d'incerta qualità. Si è trattato di un problema rilevante perché,

([21]) Il tema è stato toccato anche nell'Introduzione.

benché abbiamo potuto poggiare anche su altre fonti ([22]), quella istituzionale è primaria. All'epoca della nostra precedente valutazione delle politiche lombarde, nel 2010, le informazioni di natura ufficiale risultavano ben più numerose, complete e affidabili rispetto ad oggi (Gori, a cura di, 2010). Ecco il paradosso: rispetto ad allora l'amministrazione raccoglie più dati ma ne rende disponibili di meno ([23]).

Un soggetto terzo, quale è l'osservatorio di *LombardiaSociale.it*, non può farsi carico della raccolta d'informazioni che compete all'istituzione pubblica; se anche volessimo provarci, in molti casi non ne avremmo la possibilità materiale, trattandosi di dati ottenuti dagli enti titolari dei servizi per conto della Regione. Inoltre, non disponiamo della forza economica ed organizzativa per condurre ulteriori approfondimenti sul campo oltre a quelli che già realizziamo. Ciò premesso, siamo convinti che una minore disponibilità di dati non costituisca un buon motivo per rinunciare a promuovere il dibattito pubblico sulle scelte e sulle loro conseguenze, che è poi la ragione ultima dell'esistenza stessa del nostro osservatorio. Abbiamo, dunque, cercato di realizzare il miglior prodotto possibile nell'ambito dei vincoli esistenti.

8.7.2 *Un nodo da sciogliere*

Le difficoltà riscontrate riguardano, innanzitutto, le tematiche (non) coperte dai dati disponibili, che si riferiscono soprattutto al numero di persone raggiunte ([24]) dalle diverse risposte. Le principali carenze toccano, invece: *a*) il profilo degli utenti, *b*) l'organizzazione dei servizi nel territorio, *c*) i percorsi di attuazione delle misure, *d*) gli effetti percepiti ed oggettivi degli interventi sulla popolazione interessata, *e*) la compartecipazione alla spesa, *f*) i flussi finanziari.

Un secondo insieme di problemi concerne la qualità dei dati. In particolare: *a*) la mancanza di regolarità e i frequenti ritardi nel loro aggiornamento; *b*)

([22]) In particolare: rapporti e analisi realizzati da diversi soggetti attivi nel monitoraggio delle politiche regionali; dati e studi di confronto con altre Regioni; specifici approfondimenti e raccolte originali di evidenza empirica che *LombardiaSociale.it* ha realizzato in questi anni.

([23]) Non è altresì chiaro se – e in quale misura – i dati raccolti vengano elaborati dall'amministrazione e non resi disponibili a soggetti esterni (limitando così il dibattito pubblico), oppure se non siano elaborati neppure ad uso interno (limitando così pure l'attività istituzionale di progettazione delle politiche).

([24]) O al numero di posti, nel caso di strutture residenziali e semi-residenziali.

la frammentarietà, dovuta all'assenza di raccordi tra le diverse fonti e al fatto che le informazioni disponibili sono disseminate in una varietà di materiali e documenti, non necessariamente i più ortodossi, quali ad esempio relazioni presentate da esponenti regionali a convegni, delibere ed altro ([25]); *c*) l'assenza di informazioni di livello infra-regionale, indispensabili per i confronti sui servizi nei vari territori.

L'esistenza e la fruibilità di dati di qualità rappresentano la prima condizione per un dibattito pubblico basato su elementi di realtà e non su impressioni, ideologie o peggio. Si auspica, dunque, un deciso miglioramento in proposito, nella convinzione che un confronto aperto e plurale, fondato su informazioni più solide possibile, non possa che fare bene al welfare lombardo.

Bibliografia

Gori C. (2010), *Come cambia il welfare lombardo,* in Gori C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini, pp. 423-470.

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

Gori C. (2015), *Il finanziamento regionale delle politiche sociali. Note su un tema controverso*, in *www.lombardiasociale.it,* 4 febbraio.

Marotta R. (2010), *Gli obiettivi della Regione*, in Gori C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, Rimini, pp. 19-30.

([25]) È da notare come una parte non indifferente dei dati presentati nei precedenti capitoli non sia stata resa disponibile in modo trasparente, bensì sia stata da noi ricostruita – tra varie difficoltà – ricomponendo, per l'appunto, fonti eterogenee, tra le quali quelle citate.