

**Documento preparatorio
agli incontri territoriali
promossi dal
Forum del Terzo settore della Lombardia**

27 dicembre 2011

LombardiaSociale.it



Documento preparatorio agli incontri territoriali promossi dal Forum del Terzo settore della Lombardia

PREMESSA

PRIMA PARTE - lo scenario

Gli ultimi dieci anni del welfare lombardo

L'orientamento di questa legislatura

Il quadro nazionale: le politiche di welfare del governo Berlusconi IV

SECONDA PARTE – i temi di oggi

Il finanziamento del welfare

La presa in carico e la regolazione del sistema dei servizi

TERZA PARTE – alcune prime chiavi interpretative

Il presente documento è frutto del lavoro di analisi e approfondimento dei gruppi di lavoro di LombardiaSociale.it. Ne hanno curato i contenuti Laura Busi, Valentina Ghetti, Cecilia Guidetti, Laura Pelliccia con il coordinamento di Cristiano Gori - direttore di LombardiaSociale.it.

PREMESSA - Perché promuovere incontri in Lombardia sul welfare regionale e le sue prospettive

Perché gli effetti della crisi economica spingono un sempre più ampio numero di cittadini a chiedere interventi di sostegno sociale mentre si aggravano le condizioni di disagio e discriminazione di chi, storicamente, convive con una situazione di marginalità;

perché la contrazione delle risorse destinate agli interventi sociali pone in difficoltà proprio le istituzioni, i servizi e le organizzazioni che hanno il dovere e l'aspirazione a rispondere a queste istanze;

perché il futuro delle risposte ai bisogni sociali è fosco: caratterizzato da mancanza di certezze e da una contrazione insostenibile degli interventi sociali che colpisce in particolare le persone in maggiore difficoltà.

Ma anche perché sappiamo che nel territorio le comunità incontrano nuovi e vecchi bisogni sociali e l'autonoma iniziativa dei cittadini sperimenta nuove risposte;

ma anche perché crediamo che a partire da quelle esperienze il welfare regionale può essere effettivamente ed efficacemente riformato per ridiventare un punto di riferimento per i cittadini e di fiducia per le comunità.

Perciò questo incontro vuole essere:

un'occasione per condividere l'analisi della situazione in cui versa attualmente il welfare della nostra regione, dei suoi principali nodi critici e delle sue possibili evoluzioni;

uno strumento per potenziare le capacità delle autonomie sociali di riflettere sulle proprie esperienze e realizzazioni e di valutare il valore delle soluzioni sperimentate;

un'opportunità per rafforzare la fiducia dei corpi intermedi nella capacità di concorrere alla costruzione di un sistema di risposte ai bisogni sociali partecipato, vicino alla Persona e alle comunità e sostenibile.

E tutto questo è fattibile se:

localmente potremo descrivere come si è in grado di rispondere effettivamente ai bisogni sociali anche andando al di là dell'offerta di servizi e prestazioni prevista e organizzata dalle disposizioni pubbliche;

le proposte di riforma del welfare regionale assumono i punti di forza del sistema materiale delle risposte allestito dall'autonoma iniziativa dei cittadini nelle diverse forme in cui si esprime;

accreditiamo come orizzonte un welfare universalistico, di promozione del benessere, incentrato sul protagonismo della persona e delle comunità.

Forum del Terzo Settore Lombardia

Il documento

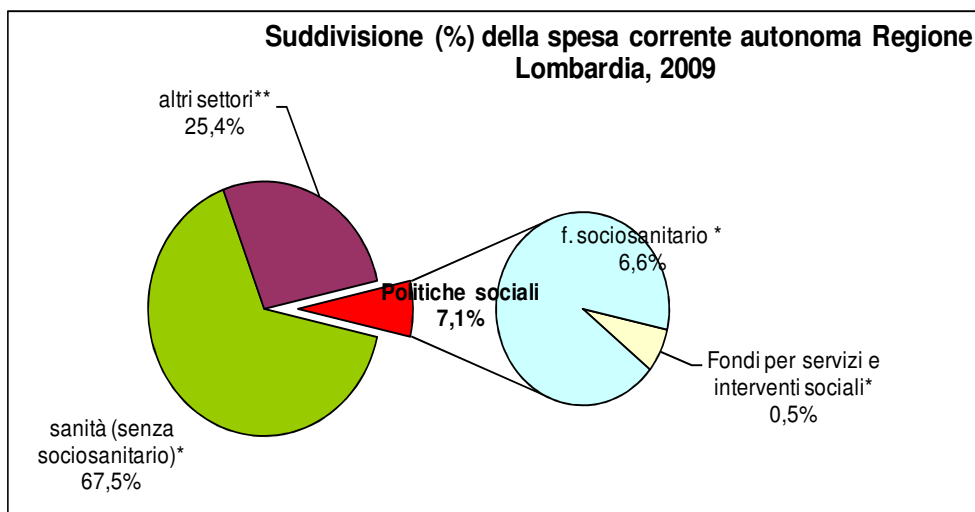
Questo documento si propone di offrire alcuni spunti per avviare il dibattito a livello locale. Sono proposte alcune riflessioni di sintesi sull'analisi delle politiche regionali dello scorso decennio e una ricostruzione di quanto attuato nel corso dei primi due anni di questa nuova legislatura in particolare in tema di finanziamento e allocazione delle risorse e presa in carico e regolazione del sistema dei servizi. Il documento deriva dall'attività di monitoraggio e analisi delle politiche sociali regionali realizzata da LombardiaSociale.it. Ulteriori approfondimenti sono scaricabili dal sito www.lombardiasociale.it

PRIMA PARTE - lo scenario

Gli ultimi dieci anni del welfare lombardo

IL FINANZIAMENTO DEL WELFARE

Finanziamento in crescita. L'analisi delle politiche regionali lombarde riferite agli anni fra il 2000 ed il 2010 ha evidenziato che la spesa destinata alle politiche sociali è notevolmente incrementata (i dati attestano un aumento di circa il 20% rispetto all'anno 2000). Le motivazioni principali di tale incremento sono rintracciabili nella crescita dei bisogni, nella conseguente consapevolezza della necessità di una maggiore risposta pubblica e nel cambiamento del ruolo delle Regioni determinato dalle riforme di decentramento.



Incremento comunque contenuto e inferiore a quello di altre regioni. Nonostante questo importante sforzo, il peso delle politiche sociali è decisamente esiguo ed è sostenibile pensare che con sforzi limitati a carico di altri settori si potrebbero creare grandi benefici.

Inoltre il confronto con altre realtà italiane comparabili ha mostrato che la Regione Lombardia è all'ultimo posto nei finanziamenti garantiti alle politiche sociali e che negli anni ha eroso ulteriormente il proprio vantaggio d'investimento.

Le politiche sociali in sostanza, nonostante l'investimento sia aumentato, non sono state una priorità della giunta regionale lombarda. L'investimento loro dedicato è infatti di gran lunga inferiore rispetto a quello speso per altre attività.

LA LIBERTÀ DI SCELTA

Attraverso la creazione di un "quasi-mercato", la Giunta Regionale si era posta l'obiettivo di aumentare la competizione fra erogatori al fine di garantire ai cittadini la possibilità di individuare l'ente gestore scegliendo fra gli erogatori accreditati, ossia in possesso di determinate caratteristiche previste dalla normativa di riferimento. Questa modalità, attuata all'interno di un meccanismo competitivo, avrebbe spinto gli erogatori a migliorare la qualità dei servizi erogati, al fine di essere scelti dagli utenti.

Un obiettivo parzialmente raggiunto. La Regione Lombardia ha sperimentato tale obiettivo nei servizi forniti all'interno di strutture, sia a regime residenziale che diurno; nell'ADI con l'attivazione nel 2003 del voucher socio-sanitario, e nei servizi domiciliari (vincolo piani di zona sulla domiciliarità e sui titoli). L'esperienza lombarda di questi 10 anni ha mostrato chiaramente che, all'interno delle politiche sociali, è ridotta la possibilità di applicare il modello del quasi mercato puro che si basa sul binomio competizione fra erogatori e libertà di scelta, per altro confermando esperienze analoghe di rilievo internazionale.

I limiti prevalenti sono stati legati all'esigenze di controllo del budget e alla sproporzione tra domanda e offerta, in particolare per alcune aree di bisogno (es. disabilità).

Nella residenzialità è valsa la regola "ogni posto accreditato è finanziato", mentre nella sperimentazione ADI, al fine di contenere la spesa, nel 2006 è stato introdotto un budget contrattato tra ASL ed erogatori sulla base della spesa dell'anno precedente, limitando di fatto la concorrenza e la libertà di scelta. L'unica reale esperienza di applicazione della libertà di scelta è stata di fatto sui servizi domiciliari, dove si è contato una media di circa 2 gestori per territorio.

L'interesse delle famiglie è un altro. Il limite della libertà di scelta è dettato anche dal fatto che non rappresenta una priorità per utenti e famiglie, che spesso non hanno le competenze necessarie per operare una scelta e la cui preoccupazione è, per lo più, legata alla possibilità di ottenere la prestazione (sia essa l'accesso ad una struttura residenziale piuttosto che la fornitura di una prestazione domiciliare). Al contrario, l'interesse delle famiglie sarebbe poter esprimere una reale libertà di scelta fra i diversi percorsi di vita in concomitanza di momenti e transizioni critiche nella vita, al fine di essere accompagnati nel percorso assistenziale e garantire una presa in carico globale che si occupi non solo della persona in stato di bisogno, ma di tutto il suo nucleo di riferimento.

LA PRESA IN CARICO DELLA FAMIGLIA

Disinvestimento sul percorso assistenziale. Gli obiettivi prioritari sulla libertà di scelta e sulla competizione tra gestori per la costituzione di un quasi mercato, hanno di conseguenza portato ad un disinvestimento in tema di regolazione dell'accesso alla rete dei servizi e della presa in carico. La Lombardia in questo decennio ha perseguito obiettivi di deregolamentazione disattivando i presidi già esistenti (ad esempio le Unità di Valutazione Geriatrica) e non costituendone altri con misure organiche. Con questa politica, la Lombardia si è posta in netto contrasto con altre Regioni impegnate in questi stessi anni a favorire il sostegno pubblico alle diverse fasi del percorso d'assistenza.

Tipologia di percorso <i>Fasi del percorso: presidio pubblico</i>	Percorso deregolato	Posizione intermedia 1	Posizione intermedia 2	Percorso regolato
Accesso: PUA	NO	NO	SI	SI
Valutazione e progettazione: UVG	NO	SI	SI	SI
Responsabilità nel tempo: case manager	NO	NO	NO	SI
Esempi	Lombardia 2000-2008	Calabria, Molise	Liguria, Piemonte	Toscana, Marche

Le Regioni e il percorso assistenziale: obiettivi dichiarati¹

La riforma lombarda, quindi, ha puntato ed è stata efficace soprattutto in azioni riguardanti i singoli servizi, senza investire sulla regolazione del sistema locale di welfare: temi come l'accompagnamento delle famiglie e degli utenti nel percorso assistenziale, il rafforzamento dell'equità territoriale nella distribuzione degli interventi e la costruzione di forme di coordinamento fra i diversi attori del territorio, hanno trovato poco spazio all'interno della politiche messa in atto e hanno, di fatto, portato la famiglia ad essere case manager di se stessa. Solo nell'anno 2008 tali obiettivi sono stati parzialmente ripresi attraverso l'istituzione dei Cead e la delibera relativa all'ADI.

Sostenute famiglie di nuova composizione e famiglie con figli in linea con i principi ispiratori della dottrina cattolica (sostegno alla natalità, alle famiglie numerose, al protagonismo familiare, misure in favore della conciliazione). L'investimento prevalente di questi anni è senz'altro andato verso l'introduzione di interventi innovativi in risposta a bisogni insoddisfatti di famiglie all'interno di un "normale ciclo di vita" dando vita anche a nuove tipologie di servizi (es. l.23/99). Invece il sostegno alla famiglia in stato di bisogno, ad esempio quella formata dai *caregiver* di persone non autosufficienti, non è rientrato tra gli obiettivi prioritari di questo decennio, soprattutto per quanto riguarda la funzione di accompagnamento nel percorso assistenziale.

LA QUALIFICAZIONE DEI SERVIZI

Un efficace percorso di riordino e qualificazione sul socio-sanitario. Al fine di garantire una migliore qualità dei servizi erogati, in Lombardia è stato intrapreso un percorso simile per tutti i servizi di cui la Regione ha influenzato direttamente la qualità. Innanzitutto è stata ridisegnata la *filiere* dei servizi, anche introducendo nuove unità operative e definendo nuovi standard strutturali e gestionali². E' stato introdotto, come nel modello sanitario, l'accreditamento come strumento regolativo per accedere alle risorse pubbliche, basato sul possesso di requisiti ulteriori e più qualificanti. Si è avviato l'adeguamento dei gestori ai nuovi requisiti, che ha portato ad un generale innalzamento della qualità dei servizi erogati, se pur con intensità differenti. Parallelamente, la messa in atto di tale modalità ha previsto un controllo più stringente che ha spinto gli erogatori, pena esclusione dal sistema di remunerazione regionale, a mantenere costante (o ad innalzare) il livello qualitativo dei loro servizi. Questa duplice azione ha consentito alla Regione Lombardia di poter vantare una qualità dei servizi socio-sanitari di gran lunga superiore a quella di altre realtà italiane comparabili. Tale traguardo, pur ponendo la Regione Lombardia all'avanguardia nella realtà italiana, spesso è stato dimenticato o scarsamente considerato da parte degli esperti di settore e soprattutto all'interno del dibattito pubblico.

¹ Fonte: C.Gori (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli Editore, p. 451

² Ci si riferisce in particolare alla legislatura 2000-2005 nella quale è stata ripensata complessivamente la natura e la qualità dei servizi. Nella legislatura successiva, invece, si è operato al fine di consentire il consolidamento dei servizi creati.

Un tentativo analogo sul sociale. Il medesimo percorso, di riordino e applicazione di requisiti qualificanti mediante l'accreditamento, è stato intrapreso dal 2005 al 2010 per le unità d'offerta sociali e definito organicamente a fine della scorsa legislatura con un decreto dirigenziale dedicato (2010). Tuttavia sul comparto sociale l'autonomia dei comuni nel regolare l'offerta socio-assistenziale non ha consentito un analogo sviluppo e siamo ancora in presenza di forti eterogeneità territoriali.

IL RUOLO DEL TERZO SETTORE

Cresce nella produzione di servizi. Il terzo settore si è sviluppato in questi anni sia in termini numerici che in riferimento al proprio raggio d'azione. E' cresciuta la presenza non solo in settori gestiti tradizionalmente come la disabilità e la non autosufficienza, ma anche in aree meno praticate, come ad esempio la prima infanzia. Tale crescita è imputabile anche ad iniziative regionali a finanziamento esclusivo del terzo settore. Oltre al terzo settore, nella gestione dei servizi sociali è cresciuto in questi anni anche il privato for profit, che in aree come la residenzialità per anziani o la prima infanzia ha incrementato notevolmente la propria presenza.

Crescita più moderata nel ruolo di programmazione. L'investimento di questi anni è andato anche nella direzione di rafforzare la partecipazione nella programmazione stessa delle politiche sociali a livello sia locale che regionale. Il TS ha consolidato la propria presenza all'interno dei tavoli tematici locali, concepiti nell'intenzione del regolatore non solo come luoghi consultivi ma di vera e propria co-progettazione. E' stato compiuto inoltre uno sforzo di regolazione dei differenti livelli di partecipazione alla programmazione attraverso l'istituzione dei tavoli di rappresentanza locale e regionale, come luoghi di partecipazione politico-strategica.

Il processo di partecipazione caldamente sostenuto, tuttavia, ha evidenziato delle difficoltà. I tavoli tematici e la qualità della partecipazione è ancora fortemente eterogenea tra i 98 piani di zona. La definizione di tavoli diversi a vari livelli ha portato ad una proliferazione delle occasioni d'incontro e di consultazione a causa della quale i rappresentanti del TS si trovano spesso a partecipare a tavoli di natura e di matrice differente con una conseguente scarsa chiarezza rispetto a ruoli, obiettivi e possibilità di porre in rete le diverse esperienze al fine di giungere ad una rappresentazione organica della presenza del TS nella programmazione.

Queste difficoltà, differenti per intensità e distribuzione nelle diverse aree territoriali, hanno creato un'ambivalenza a causa della quale il TS si è trovato, a chiusura del decennio, ad un bivio, tra un progressivo disinvestimento nel ruolo della programmazione ed un rilancio del proprio ruolo e del proprio contributo all'interno della programmazione territoriale.

L'orientamento di questa legislatura

Questa legislatura ha assunto come propri principi guida lo spostamento del baricentro dall'offerta alla domanda; la diversificazione della gamma dei servizi per fornire ai soggetti fragili risposte sempre più personalizzate; la razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili; il superamento delle logiche settoriali, della frammentazione e duplicazione di interventi a favore di prese in carico unitarie e procedure d'accesso ai servizi semplificate e la verifica dei risultati conseguiti (*Piano Regionale di Sviluppo della IX legislatura*).

La produzione normativa ha assunto dunque un compito di riforma e revisione del welfare lombardo centrato su tali principi e ad oggi sono state già toccate diverse aree (disabilità, famiglia, non autosufficienza). Le modalità di intervento normativo sono state all'insegna della costruzione di indicazioni e indirizzi di riferimento di lunga durata, con uno sforzo di coerenza e integrazione tra i diversi settori e

Direzioni generali dell'amministrazione regionale e con un'apprezzabile esplicitazione delle motivazioni e delle ragioni di senso all'interno delle quali si collocano gli specifici obiettivi e le indicazioni operative. La maggior parte di queste riforme sono ad oggi state annunciate e disegnate nel loro intendimento, mentre la predisposizione della loro attuazione è una fase ancora in corso. Indichiamo i principali atti.

DISABILITÀ: IL PIANO DI AZIONE DECENNALE (PAR) – DGR N° IX/983 DEL 15.12.10

Una politica unitaria nel settore della disabilità. Si tratta di un piano a valenza decennale finalizzato a realizzare una politica unitaria regionale in tema di disabilità. E' stato elaborato con un lavoro integrato con tutte le DDGG della Regione e coordinato da un gruppo di approfondimento tecnico dedicato. I punti cardine del piano sono a) la disabilità non concepita come un problema minoritario che riguarda un gruppo ristretto di persone, bensì una condizione di vita altamente influenzata dal contesto in cui chiunque potrebbe incorrere nel corso della vita³; b) la persona disabile considerata soggetto attivo e non mero fruitore di un intervento assistenziale.

In linea con gli obiettivi di riforma del welfare, anche in tema di disabilità la Giunta Regionale Lombarda ha inteso spostare l'attenzione dall'offerta di servizi alla domanda, cioè alle richieste ed ai bisogni delle persone. Questo approccio, nel Piano di Azione, diviene lo strumento per poter affermare e realizzare principi quale l'uguaglianza dei diritti per tutte le persone con disabilità, la vita indipendente, la piena accessibilità e fruibilità di servizi e strutture⁴. Uno dei pilastri che regge l'impalcatura del Piano è la presa in carico, per la quale si individuano luoghi (centri per la famiglia) e funzioni (case manager) che dovranno garantire alla persona con disabilità che nel determinare le scelte vengano rispettati veramente i suoi progetti, desideri, ambizioni e diritti.

RESIDENZIALITÀ: INDICAZIONI DELLE REGOLE 2011

Potenziare e differenziare l'offerta e garantire ai cittadini una maggiore libertà di scelta dei servizi. La Delibera delle Regole 2011 indirizza lo sviluppo della residenzialità in Lombardia in due direzioni: aumento delle unità di offerta e riduzione dei volumi di attività "garantita" e differenziazione delle strutture per tipologie di utenza.

Per aumentare l'unità di offerta è stato previsto, infatti, a partire dal 01.01.11, l'accreditamento di tutte le unità d'offerta in possesso dei requisiti previsti superando la precedente equivalenza sostanziale tra accreditamento e contratto e collocando la programmazione di volumi, risorse e budget nell'ambito della contrattazione delle strutture, in base alle regole di negoziazione. Vengono, inoltre, introdotti un budget di spesa massima per ogni ASL, pari al 100% del budget dell'anno precedente, e per ogni RSA, calcolata sul 98% della remunerazione relativa ai posti accreditati nel 2010.

Questo apre, dunque, all'aumento della competitività tra enti gestori e alla riduzione dell'attività garantita dai finanziamenti regionali, in coerenza con l'obiettivo regionale dello sviluppo di un quasi-mercato che spinga nella direzione di un miglioramento del rapporto costi/qualità e che possa aumentare esponenzialmente la libertà di scelta degli utenti, obiettivo che rischia di penalizzare, però, l'equilibrio economico e finanziario, già difficile, delle strutture residenziali.

Un'altra direzione intrapresa nel 2011 riguarda la modulazione della risposta residenziale, strutturando RSA sempre più orientate al versante sanitario e strutture appositamente dedicate ad una presa in carico "sociale". La Delibera delle Regole 2011 prevede infatti la revisione delle tariffe delle RSA attraverso l'accorpamento delle 8 classi SOSIA in 3 grandi scaglioni retributivi attraverso cui sembrano essere esclusi

³ Al suo interno, il Piano fa esplicito riferimento ai principi cardine della Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità

⁴ A questo proposito l'ICF diventa strumento cardine per gli operatori, in grado di creare un linguaggio comune fra i diversi addetti all'assistenza al fine di raggiungere gli obiettivi fra loro trasversali.

dal circuito delle RSA gli ospiti con minori livelli di compromissione sanitaria e funzionale (classi sosia 7 e 8), con l'obiettivo di snellire le liste d'attesa e favorire lo sviluppo di servizi residenziali più leggeri, quali alloggi protetti e comunità residenziali. Tale scelta, tuttavia, implica una serie di rischi relativi alla gestione di pazienti affetti da disabilità e patologie psichiatriche che richiedono comunque un supporto assistenziale significativo i cui costi rischiano di gravare ulteriormente sulle economie delle famiglie e dei Comuni.

DOMICILIARITA': LA NUOVA RIFORMA ADI – DGR 1746 DEL 18.05.11

Un processo di riforma complessiva degli interventi a sostegno della domiciliarità. L'obiettivo è attuare una serie di cambiamenti orientati a riportare "al centro del sistema la persona e la sua famiglia" contrastando il fenomeno dell'abbandono assistenziale, e orientando il modello di intervento verso la presa in carico delle sue esigenze, piuttosto che verso il semplice atto del curare. Il provvedimento richiama alcuni principi o obiettivi quali a) la necessità di un cambiamento culturale orientato all'ascolto, alla decodifica dei bisogni, al rispetto dei desideri delle persone e delle famiglie; b) l'affiancamento delle persone nella scelta dei percorsi assistenziali; c) il superamento della frammentarietà degli interventi; d) la continuità delle cure fra i diversi sistemi (sanitario, socio-sanitario, sociale).

Le prime indicazioni sull'attuazione della riforma, che regolano l'impiego dei primi 20 milioni di euro, sono rivolte ad interventi resi a favore di persone non autosufficienti con bisogni complessi⁵ e sono tese a favorire lo sviluppo e la qualificazione dei servizi ADI, sostenendo progetti che prevedano orari più ampi, interventi personalizzati, maggiore coinvolgimento delle famiglie, nonché di stimolare la creazione di legami più forti e maggiore continuità fra unità d'offerta domiciliari, semiresidenziali e residenziali. Le risorse messe a disposizione dal decreto, infatti, sono destinate a potenziare non solo l'attività ADI bensì anche quelle di CDD, CDI e CSS per i quali sono auspicabili nuove modalità di erogazione che prevedano servizi di accoglienza temporanea, ampliamento degli orari e dei giorni di apertura, progetti individuali, interventi domiciliari in continuità a programmi già attivi all'interno delle strutture.

FAMIGLIA: PIANO REGIONALE SULLA CONCILIAZIONE

Una politica nazionale ed un percorso di sviluppo regionale. In seguito all'Intesa della Conferenza Unificata che da attuazione al decreto del Ministero delle Pari Opportunità sulla conciliazione tra vita lavorativa e familiare la Lombardia, come tutte le altre Regioni, ha definito un piano attuativo di interventi per favorire la conciliazione.

Si sono quindi susseguiti diversi atti e documenti regionali che individuano e definiscono obiettivi e modalità di sviluppo del percorso Conciliazione famiglia-lavoro in Lombardia: Piano regionale sulla conciliazione (DgR 381/2010); pubblicazione del Libro Verde sulla Conciliazione (novembre 2010) e avvio della consultazione pubblica; delibera attuativa del Piano (DgR 1576/2011); pubblicazione del Libro Bianco sulla Conciliazione (settembre 2011).

Gli obiettivi perseguiti sono: a) sostenere e favorire la nascita di reti territoriali per il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti che possono concorrere alla realizzazione di una rete integrata di servizi e interventi a sostegno della conciliazione; b) coinvolgere attivamente e sostenere il sistema produttivo nella realizzazione di interventi e azioni che favoriscano la conciliazione; c) sostenere la domanda di servizi di cura da parte delle donne.

Si è avviata così una sperimentazione in 6 territori (Brescia, Bergamo, Cremona, Lecco, Mantova, Monza e Brianza) di diverse aree di intervento e in particolare: la costruzione di reti territoriali per la conciliazione; la formalizzazione di reti di imprese per la sensibilizzazione e lo scambio di buone prassi; l'erogazione di

⁵ L'allegato A del decreto definisce le persone con bisogni complessi quelle con capacità funzionali gravemente compromesse, sia per l'evoluzione delle malattie che per la fragilità organizzativa e la ridotta copertura della rete assistenziale.

voucher a donne con figli per l'acquisto di servizi di cura; l'erogazione di voucher alle imprese per l'assunzione di madri escluse dal mercato del lavoro o per l'attuazione di misure che favoriscano la conciliazione.

Le risorse complessive dedicate all'implementazione di questi interventi sono 6.768.298 €, tutti a valere sul Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità per l'anno 2009.

Il quadro nazionale: le politiche di welfare del governo Berlusconi IV

In quale quadro complessivo si collocano le politiche regionali? La scelta di questi anni messa in atto dal Governo di centrodestra è di forte ridimensionamento degli stanziamenti per i fondi statali di carattere sociale. L'Esecutivo ha optato per l'annullamento delle risorse destinate al welfare territoriale, politicamente meno difese rispetto agli stanziamenti per la previdenza o la sanità.

TAGLI ALLA SPESA SOCIALE

Tagli selettivi e mancato governo della spesa La crisi economica ha spinto il Governo Berlusconi ad alcuni interventi di riduzione della spesa pubblica: l'unico settore che ha visto le proprie risorse incrementare è stato quello degli ammortizzatori sociali necessari per la promozione della strategia anticrisi. Non sono stati ridotti gli stanziamenti per pensioni, sanità⁶ e prestazioni monetarie di invalidità, al contrario invece si è assistito alla riduzione di un'ingente quantità di risorse (- 20% rispetto all'inizio della legislatura) dedicate all'implementazione delle politiche sociali dei Comuni. Come mostrato dalla tabella sottostante i Fondi statali trasferiti alle Regioni, che poi li distribuiscono ai Comuni per i servizi sociali, sono in netta diminuzione (la tabella mostra dati in mld di euro).

	2008	2010	2011	2013
Fondo nazionale politiche sociali (parte servizi)	929	435	274	45
Fondo Non Autosufficienza	300	400	0	0
Altri Fondi	793	323	120	99
Totale	2022	1158	394	144

Tuttavia, sono state rese immediatamente utilizzabili delle risorse economiche destinate ad altri obiettivi.

Settore	
Mancato accorpamento elezioni amministrative e referendum	300 mln di euro (stima)
Reintegro fondi cultura e spettacolo	236 mln di euro
Reintegro fondi trasporti locali	425 mln di euro

Tali decisioni rimarcano il fatto che in Italia gli Esecutivi hanno una ridotta capacità di prendere decisioni in modo autonomo perché gruppi di pressione e *lobby* ne condizionano fortemente le scelte sia nella distribuzione di risorse aggiuntive che nella riduzione di quelle esistenti. Mentre è evidente che mancano

⁶ In sanità la spesa per i servizi erogati è stata preservata ed i risparmi hanno riguardato solo il personale e la spesa farmaceutica.

incisivi gruppi di pressione a rappresentanza delle principali categorie di utenti quali anziani, disabili, persone in stato di povertà, ecc.

Il continuo incremento dei contributi economici. Come detto, la spesa destinata alle prestazioni monetarie è fortemente aumentata nell'ultimo decennio e a trainarla è stata l'indennità di accompagnamento che assorbe circa 12,2 dei 16 miliardi di euro destinati alle prestazioni di invalidità.

	2002	2005	2009
Pensioni di invalidità	3.314	3.462 (+ 4%)	3.798 (+ 15%)
Indennità di accompagnamento	7.596	9.465 (+25%)	12.201 (+61%)
Totale prestazioni di invalidità civile	10.911	12.927 (+18%)	16.000 (+47%)

Fra le misure adottate dall'Esecutivo, inoltre, troviamo l'introduzione (nell'anno 2008) della Social Card che, ponendosi come misura a contrasto della povertà, ha comunque rafforzato la predominanza delle prestazioni monetarie rispetto alla creazione o al rafforzamento di servizi per i cittadini.

Nonostante, quindi, la spesa pubblica sia aumentata (la riduzione della spesa pubblica destinata ai servizi è inferiore all'incremento di quella dedicata alle prestazioni monetarie) continuano a prevalere le prestazioni monetarie a discapito dei servizi alla persona. Quest'impostazione si pone in linea con il modello familista che presuppone di trasferire alla famiglia le risorse economiche, delegandole il ruolo di care e lasciandola sempre più sola nel difficile compito dell'assistenza.

DELEGA ALL'ASSISTENZA

Molti sforzi, risparmio esiguo ed elevati costi sociali. Il Disegno di Legge n° 4566 "Delega al Governo sulla riforma fiscale ed assistenziale" nasce con lo scopo di recuperare risorse economiche dal settore socio-assistenziale, al fine di risanare il bilancio pubblico. La Delega ha stimolato un ampio dibattito sia rispetto alla sua legittimità che ai suoi contenuti, soprattutto in riferimento al fatto che lo sforzo richiesto per la sua attuazione sarebbe di gran lunga superiore ai risparmi prodotti, pari al 12%, delle risorse necessarie alla delega fiscale - assistenziale. Importo che, oltre che esiguo, necessiterebbe anche di elevati costi sociali.

Possibili tagli individuati dalla delega e massimi risparmi ottenibili, 2012-14

Possibili tagli	Risparmi, milioni di Euro	Perché i risparmi sono contenuti
Introduzione della soglia di reddito per ricevere l'IA	735 (2012) 1.471 (2013) 2.205 (2014)	Secondo la legge si può introdurre la soglia di reddito solo sulle nuove domande (flusso) e non sulle prestazioni in essere (stock)
Revisione dell'Isee nei servizi locali	20	Nei servizi locali i risparmi si ottengono non dalla revisione dell'Isee bensì dalla rideterminazione dei criteri di accesso e delle regole per la compartecipazione
Tagli alle sovrapposizioni tra prestazioni monetarie e agevolazioni fiscali	100	Risparmi previsti da disabilità. Nel sostegno alla famiglia la priorità politica è utilizzare meglio le risorse disponibili, non ridurle
Tagli ai trasferimenti per i servizi sociali e socio-educativi	0	Tutti i tagli possibili sono già stati realizzati
Totale	855 (2012)	1.591 (2013) 2.325 (2014)

Il Forum del Terzo Settore, in particolare, si è schierato contro tale Delega chiedendone la cancellazione per alcuni motivi chiave⁷.

La Delega andrebbe ad indebolire ulteriormente il settore socio-assistenziale, già fortemente penalizzato e sotto-finanziato. Nella tabella sottostante è presentato un confronto fra la spesa pubblica per il welfare in Italia e quella dell'Europa a 15, in termini di percentuale del PIL.

Settore	Differenza tra Italia ed Europa	Spesa come % Pil
<u>L'ITALIA SPENDE NETTAMENTE PIU' DELL' EUROPA</u>		
Pensioni	Spesa italiana superiore del 38% alla media Europea	ITA= 16,1 EU 15= 11,7
<u>L'ITALIA SPENDE COME L'EUROPA</u>		
Totale Welfare	Spesa italiana superiore del 2% alla media Europea	ITA= 26,5 EU 15= 26
<u>L'ITALIA SPENDE MENO DELL' EUROPA</u>		
Sanità	Media Europea superiore del 10% alla spesa italiana	ITA= 7 EU 15= 7,7
<u>L'ITALIA SPENDE NETTAMENTE MENO DELL'EUROPA</u>		
Non autosufficienza (anziani e adulti disabili)	Media Europea superiore del 31% alla spesa italiana	ITA= 1,6 EU 15 = 2,1
Famiglia e maternità	Media Europea superiore del 61% alla spesa italiana	ITA= 1,3 EU 15 = 2,1
Povertà	Media Europea superiore del 75% alla spesa italiana	ITA= 0,1 EU 15 = 0,4

Come dimostra la parte conclusiva della tabella, inoltre, tale debolezza è legata all'assenza delle necessarie riforme nazionali a sostegno dei diversi settori del sociale, in particolare la povertà e la non autosufficienza, che gli altri Paesi simili a noi, tranne la Grecia, hanno realizzato. Propone di introdurre il reddito come criterio per ricevere l'indennità di accompagnamento, riducendo così gli interventi per la non autosufficienza a sostegno dei meno abbienti invece di riconoscerli come diritti esigibili da tutti i cittadini. Non modifica in maniera sostanziale l'attuale impostazione del welfare e si basa soprattutto su considerazioni astratte e teoriche senza un documento di accompagnamento contenente dati empirici che supportino le tesi presentate. E' anticostituzionale poiché, nel nostro ordinamento, è previsto che lo Stato possa legiferare in materia sociale solo rispetto ai livelli essenziali ed, inoltre, non vengono specificati né i criteri né i principi direttivi cui l'Esecutivo deve attenersi nell'esercizio della Delega.

RIFORMA DELLA SOCIAL CARD

L'assenza di un progetto di lungo periodo. Il governo Berlusconi IV a fine 2008 ha introdotto la Social Card, ossia la carta acquisti dal valore di 40€ mensili, introdotta e destinata a famiglie in povertà assoluta⁸ con almeno un bambino sotto i 3 anni o un anziano sopra i 65 anni costa allo Stato (dati riferiti all'anno 2009)

⁷Cfr <http://www.forumterzosettore.it/?action=news&cat=1&id=776>

⁸ Si tratta di 3,1 milioni di persone che stanno economicamente peggio nel nostro paese e che vivono per la metà al Centro Nord.

circa 240 milioni di euro l'anno. Misura da più parti giudicata insufficiente e priva di una progettualità di breve e lungo periodo, ma di fatto la prima misura adottata nel nostro paese contro la povertà assoluta.

Al fine di razionalizzare la spesa e introdurre criteri differenti per aver accesso a tale prestazione, con il decreto mille proroghe (2011) si prevede una modifica attraverso una sperimentazione di una nuova SC in 12 grandi città italiane a partire dal 2012. Con la delega assistenziale di quest'estate si prevede l'introduzione di un ulteriore terzo modello di social card, mentre per il 2013 il nuovo governo tecnico non ha previsto su questa partita alcun finanziamento.

Il governo Berlusconi IV in sostanza ha lasciato in eredità tre social card ma nessuna certezza sulla prosecuzione futura in materia di contrasto alla povertà. L'Italia rischia di rimanere è l'unico paese europeo - con la Grecia - privo di una misura nazionale a favore delle persone in povertà assoluta.

SECONDA PARTE – I temi di oggi

Il finanziamento del welfare

QUALI LE NOVITÀ DI RILIEVO DELL'ULTIMO BIENNIO⁹

Cresce il sociosanitario. Dal 2009 al 2011 si registra un discreto potenziamento delle risorse su quest'area. Il dato è rilevante perché dà un segnale di ripresa all'interno di un settore che dal 2009 sembrava indebolito rispetto al resto della spesa sanitaria e anche perché si tratta di un incremento che è stato possibile con il recupero di risorse, oltre che dal Fondo Sanitario, anche dal bilancio regionale (27 milioni).

Questi incrementi ricadono prevalentemente sull'area della domiciliarità, a cui sono stati aggiunti nel 2011 40 milioni destinati (almeno nelle prime regolazioni regionali) al potenziamento del sistema di risposte in favore di persone con problematiche ad elevata complessità.

	2009	2010	2011	Variazioni 2009-2011
Budget socio-sanitario	1.455	1.500	1.553	+7%

Si indeboliscono invece le risorse territoriali. In primo luogo per effetto dei tagli ai principali canali di finanziamento nazionale alle politiche sociali (Fondo non autosufficienza, Fondo Famiglia) e dalle forti decurtazioni degli altri fondi, in particolare del Fnps (Fondo nazionale per le politiche sociali). L'indebolimento è dovuto però anche a scelte dirette della Regione sul Fondo Sociale Regionale che, seppur integrato nel 2011 rispetto alle previsioni, ha segnato comunque un decremento di rilievo. Fondo che ha una ricaduta diretta sul sostegno alla rete dei servizi locali e che tra l'altro è già contenuto rispetto a quello di altre realtà regionali.

	2009	2010	2011	Variazioni 2009-2011	note
Fondo sociale regionale	88	85	70	-20%	
FNPS	39	44	25	-36%	-69% dal 2008
FNA	42,8	47	0	-100%	

⁹ Cfr L. Pelliccia *Le finanze per il futuro del welfare lombardo: una partita davvero impegnativa, in parte ancora da giocare* <http://www.lombardiasociale.it/2011/11/17/le-finanze-per-il-futuro-del-welfare-lombardo-una-partita-davvero-impegnativa-in-parte-ancora-da-giocare/?c=punti-di-vista>

Fondo Famiglia	11,2	0	0	-100%	
----------------	------	---	---	-------	--

L'indebolimento non è ancora percepito pienamente a livello territoriale poiché i territori stanno ancora spendendo risorse di fondi assegnati in precedenza (differenziale tra competenza e cassa). I tagli si sentiranno concretamente l'anno prossimo ma è già ridotta la loro capacità di spesa e sono cresciuti i vincoli per la destinazione di alcuni finanziamenti.

Si rafforzano iniziative Regione-Asl. Nell'ultimo biennio la Regione ha esteso alcune proprie iniziative di carattere sociale, a cui ha dedicato risorse specifiche mantenendone un governo diretto per il tramite delle Asl (es. le politiche di conciliazione, la tutela della maternità, il sostegno del volontariato), che hanno frammentato la distribuzione di risorse in tanti fondi non sempre coerenti all'orientamento del budget unico e non chiaramente coordinati in una politica unitaria.

Milioni di euro per iniziative e programmi a diretto governo regionale	2010	2011
Bando maternità	2	
Bando famiglia, associazionismo, volontariato		6
Nasko		1
Bando per progetti innovativi in materia di welfare aziendale e interaziendale		5
Sperimentazioni di servizi a supporto del welfare	1,4	2
Dote conciliazione		3,8

QUALI PROSPETTIVE PER IL PROSSIMO ANNO

I dati di spesa disponibili sono previsionali, per cui potrebbero subire variazioni. Ci riserviamo di continuare ad aggiornare questa parte relativa allo scenario di finanziamento per il prossimo biennio.

Sul sociosanitario si spera nella tenuta. Alcune iniziative recentemente adottate dalla Giunta (riforma Adi, Piano disabilità) fanno sperare nella volontà dell'ente di proseguire nell'investimento nel settore sociosanitario e anche le ricette individuate dal Governo Nazionale per il controllo della spesa sanitaria (blocco rinnovi contrattuali dipendenti pubblici, razionalizzazione della spesa farmaceutica), dovrebbero comportare nell'immediato più risparmi dalla sanità acuta piuttosto che dal sociosanitario.

Ci si auspica però che in un clima di budget per la sanità quasi fermo (il finanziamento del SSN aumenterà solo +1,8% nel 2012 e dello +0,5% nel 2013), le poche risorse aggiuntive per il 2012 non vengano accaparrate dai settori tradizionali della sanità (ospedaliera, diagnostica), solitamente noti per riuscire ad esercitare pressione sulle scelte politiche molto di più di quanto riescano a farlo gli utenti dei servizi sociosanitari. I servizi territoriali hanno lo svantaggio di avere meno visibilità (rispetto ad esempio al rinnovamento del parco ospedaliero e diagnostico) e la tentazione per i decisori potrebbe essere quella di privilegiare questo secondo tipo di interventi nei processi di riqualificazione del SSN.

	2011	Previsionale 2012	Variazione 2011-2012
Budget socio-sanitario complessivo	1.553	1.623	+4,5*

*+3% se si considera il previsionale 2011 che era di 1.574

E si prefigurano cambiamenti di scenario consistenti¹⁰. C'è infatti una grande incognita che si sta giocando attraverso le regolamentazioni introdotte sulle regole di sistema 2012, che stanno suscitando grande fermento sia tra chi gestisce direttamente le unità d'offerta sociosanitarie che tra chi è più direttamente impegnato nella loro applicazione. Già nel 2011 la liberalizzazione degli accreditamenti, la separazione dell'accREDITAMENTO dal contratto e la riduzione del budget al 98% delle risorse trasferite nel 2010, hanno rappresentato uno scenario di profonda trasformazione. Le nuove regole per il 2012 sembrano confermare tale scenario introducendo ulteriori elementi di riforma del sistema. Si parla di revisione dei criteri di accREDITAMENTO, di abolizioni delle remunerazioni delle prestazioni per ricoveri e posti di sollievo (vuoto per pieno), di differenziazione tre servizi di base e servizi aggiuntivi, nonché di estensioni delle sperimentazioni sul modello di valutazione multidimensionale con l'introduzione di unità di valutazione per il governo dell'accesso. Su questi elementi regolativi, di impatto così rilevante per il sistema dei servizi e per le famiglie, tuttavia si è in attesa di chiarificazioni e precisazioni.

Per la spesa sociale un salto nel buio. I dati ad oggi disponibili mostrano riduzioni su tutti i fronti. E' stato comunicato il taglio consistente del Fondo Sociale Regionale che, già ridotto nel 2011, verrà quasi dimezzato per il 2012. La distribuzione della quota regionale del Fnps 2011 poi porterà poca linfa ai piani di zona (25,2 milioni, sempre che la Regione non decida di trattenerne una quota per proprie iniziative) e le aspettative sulla quota di competenza 2012 non sono certo migliori. La legge nazionale di stabilità 2012 non ha potenziato il Fnps 2012 mentre, stando ai dati disponibili all'attualità¹¹, è molto probabile che alla Lombardia arrivi meno della metà della quota 2011. La conseguenza è che i territori passeranno da un trasferimento di 176 milioni del 2010 a soli 50 nel 2012.

	2011	Previsionale 2012	Variazione 2011-2012	note
Fondo sociale regionale	70	40	-43%	Previsionale 2013, 20 milioni -71%
FNPS	25	Stima 10	-60%	

Le manovre nazionali impongono poi ai comuni lombardi (considerando solo quelli superiori a 5000 abitanti) tagli e risparmi che l'Ifel ha stimato in uno sforzo complessivo di quasi un miliardo di cui la ricaduta per il comparto sociale è stata ipotizzata intorno al -13%¹².

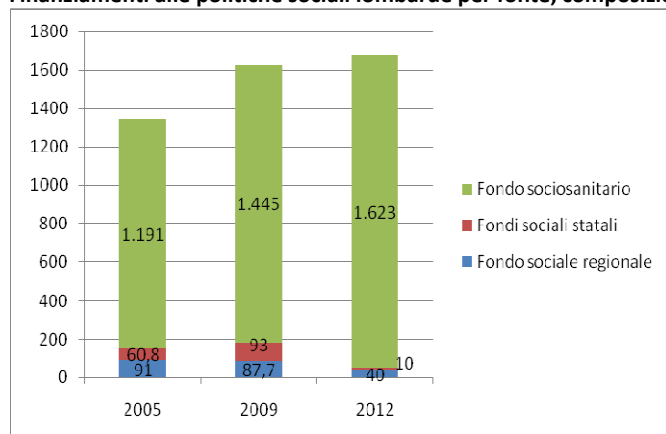
Sommando questi due scenari e provando a fare qualche simulazione a partire dai dati oggi disponibili (disegno di legge Bilancio regionale 2012), è facile vedere un progressivo spostamento dell'investimento sul sociosanitario a scapito del sociale.

¹⁰ Cfr V. Ghetti (a cura di) *I sì e i no alla delibera delle regole 2012* <http://www.lombardiasociale.it/2011/12/21/i-si-e-i-no-alle-regole-2012/?c=punti-di-vista>

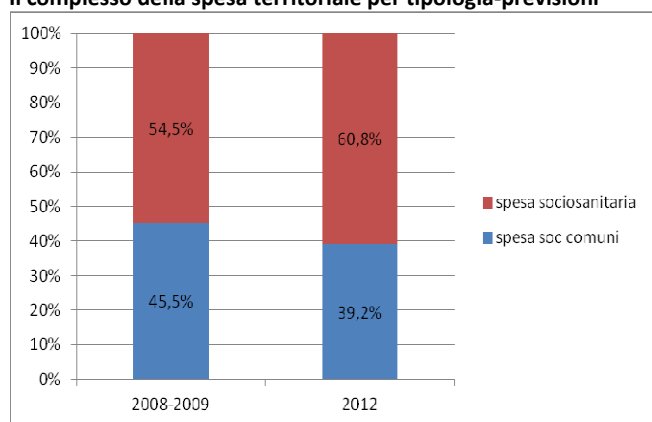
¹¹ Gli importi previsti per il 2012 e il 2013 dalla manovra estiva 2010 erano pari a 70 e 44,6 milioni su base nazionale. A titolo di raffronto il Fnps distribuito nel 2011 al totale delle regioni è stato 178,5 milioni.

¹² stima Ifel pubblicata su www.fondazioneifel.it
www.lombardiasociale.it

Finanziamenti alle politiche sociali lombarde per fonte, composizione (%) 2005; 2009;2012



Il complesso della spesa territoriale per tipologia-previsioni



La sfida è fare network e connettere le diverse risorse. Le recenti disposizioni della Regione, in questa situazione di contrazione generale delle risorse pubbliche, spingono verso la riduzione della frammentazione e la costruzione di connessioni tra risorse oggi disperse, soprattutto private. La logica promossa dalle linee guida per i prossimi piani di zona, le iniziative sulla conciliazione, le regole per l'affidamento di incarichi al terzo settore, sono atti coerenti nel presentare la strategia regionale di fronteggiamento di una situazione di contrazione di risorse: fare network tra risorse pubbliche, del terzo e quarto settore, delle famiglie e del mondo dell'impresa.

IL SECONDO WELFARE

Una strada in evoluzione. In questi anni è cresciuto considerevolmente il ricorso a finanziamenti privati. Per la cooperazione e l'associazionismo e per gli stessi enti pubblici la partecipazione a bandi di fondazioni d'impresa o di origine bancarie è diventata una pratica di finanziamento molto frequente. Lo testimonia ad esempio l'incremento stesso che il principale finanziatore nazionale privato, le fondazioni di origine bancaria, hanno destinato ai progetti di assistenza in questi ultimi anni. Quest'area di investimento è passata rapidamente dal 6° al 2° posto. L'accesso a queste risorse ha rappresentato un'opportunità per sperimentare innovazione ma spesso è stata anche una boccata d'ossigeno per dare continuità ai servizi consolidati, non più sostenuti da Comuni, Asl e Province.

Un'illusione rischiosa dietro l'angolo. Nonostante questa tendenza ci sono alcuni dati che inducono ad una certa cautela nel guardare con speranza salvifica le potenzialità del secondo welfare. La spesa sociale

privata nel nostro paese è ancora limitata e il difficile decollo della fondi integrativi sanitari non fa ben sperare (oggi copre solo 2,1% del pil mentre in altri paesi europei in questi ultimi dieci anni è arriva oltre il 7% - Ocse). Inoltre la contesto di crisi attuale non sta certo colpendo unicamente il settore pubblico. Sono infatti già in contrazione anche gli investimenti delle Fondazioni bancarie, complessivamente diminuiti di quasi un quinto negli ultimi 2 anni. Ma soprattutto l'investimento del privato non può essere considerato *sostitutivo* delle risorse pubbliche. Non lo è in termini di volume complessivo delle risorse poiché i 450 milioni di euro (comprendendo oltre l'assistenza anche la beneficenza e l'educazione) investiti dalle FOB nel 2010 sul sociale, difficilmente possono essere considerati compensativi di un taglio di oltre 1,8 miliardi alla spesa sociale pubblica. Non lo è inoltre perché l'investimento del privato è tendenzialmente orientato alla sperimentazione e all'innovazione progettuale, lasciando pericolosamente scoperto il tema dei servizi di base.

	2008	2009	2010	Variazione 2008-2010
Risorse stanziare dalle FOB (mln di euro)	1.676,70	1.386,00	1.366,60	- 18,5%
Assistenza sociale	151,1	140,5	174,8	+ 16%
Educazione, istruzione formazione	216,9	162	148,2	
Volontariato	170,4	140,7	130,7	
% investimento sul settore assistenza sociale	9%	10,1%	12,8%	

Presa in carico e regolazione della rete dei servizi

Questa legislatura è cominciata con un'annunciata riforma del welfare. Oggi possiamo osservare gli intendimenti per l'attuazione di tale riforma, in base agli indirizzi emanati in questo primi 20 mesi di legislatura. I risultati e le ricadute sul sistema saranno osservabili nel corso tempo, con il supporto di dati ed evidenze empiriche.

Si rinnova l'orientamento al finanziamento della domanda. Prosegue rinforzandosi la linea, adottata già nella precedente legislatura, di sostegno al passaggio dal finanziamento dell'offerta a quello della domanda, mediante l'erogazione di titoli (voucher o doti) direttamente ai fruitori del servizio, nel dichiarato. Vanno in questa direzione alcune misure già in atto come ad esempio le sperimentazioni sulla dote conciliazione, le misure in sostegno alle politiche sulla maternità (Nasko), l'ultima dgr di riparto dell'ultima tranche del fondo famiglia e alcune ipotesi per il prossimo futuro come la dote domiciliarità e il voucher RSA. Il consistente decremento del Fondo sociale regionale, storicamente destinato al sostegno della rete delle unità d'offerta socio-assistenziale, è un ulteriore segnale del rafforzamento di questa tendenza.

Piano conciliazione	Sperimentazione due doti: dote per servizi alla persona (2,8 mln euro) e dote alla premialità alle imprese (900.000 euro)
Intesa famiglia	Erogazione voucher per accesso a servizi prima infanzia (6,7) servizi integrativi 0-13, in parte utilizzabili per voucher (mln 7,5)
Nasko	Sostegno economico mediante carta prepagata utilizzabile per l'acquisto di beni e servizi per la madre e il bambino (mln 5 per il biennio)
Stati vegetativi	Adozione dei voucher su RSA e RSD per Stati Vegetativi e fine vita (10 mln)

Rimessa a tema la presa in carico dell'utenza. Un cambio di rotta sembra invece emergere sul fronte della regolazione dell'accesso al sistema dei servizi, della valutazione del bisogno e della sua presa in carico. Nel decennio precedente la Lombardia ha privilegiato il perseguimento della libertà di scelta e della concorrenza tra erogatori, rinunciando di fatto a regolare il processo di presa in carico, in totale controtendenza con gli sforzi compiuti da altre regioni in quegli stessi anni. Seppur ancora all'interno di un quadro non ancora organico e pienamente chiaro, i segnali verso una ripresa della centralità di questo tema sono diversi. La stessa delibera delle regole 2012 contiene indicazioni in questa direzione, in particolare introducendo una funzione di regia, in via sperimentale in mano alle Asl, di valutazione del bisogno e regolazione dell'accesso, per tutte le unità d'offerta sociosanitarie, residenziali, semiresidenziali e diurne.

PAR (dgr 983/2010)	Parla di progetto di vita e di libertà di scelta non solo tra erogatori ma anche tra percorsi di vita
	Introduce la figura <i>case manager</i> come nuova figura che accompagna la persona con disabilità e la sua famiglia, e la sostiene nella realizzazione dei progetti e scelte di vita
	Si propone di sviluppare percorsi sanitari accessibili e fruibili dedicati alle persone con disabilità e vicini alle loro esigenze attraverso l'estensione del progetto DAMA dell'AO San Polo (MI)
	Indica l'utilizzo dell'ICF (<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>) come linguaggio comune a tutti gli operatori
Riforma ADI (dgr 1746/2011)	Ha previsto la sperimentazione di un nuovo modello di valutazione e classificazione dei bisogni sociali e sanitari nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata
	Indica un ruolo delle farmacie all'interno del sistema d'accesso al servizio
Interventi integrati in favore della famiglia (dgr 2055/2011)	Sperimentazione un sistema correttivo dell'ISEE con l'introduzione di un nuovo sistema di regole per determinarne la compartecipazione alla spesa sociale e sanitaria delle famiglie (fattore famiglia)
Delibera delle regole 2012	Introduce modalità uniformi di valutazione multidimensionale del bisogno della persona, quale strumento per indirizzare l'accesso alle unità d'offerta sociosanitarie (residenziali, semiresidenziali, domiciliare)

Ma rimessa a tema per ora solo dichiarata. Si tratta di una "rimessa a tema" ancora teorica, oggi giocata prevalentemente su un piano di dichiarato normativo, di cui non si vedono ancora ricadute reali né per i cittadini, né per il funzionamento dei servizi. Gli effetti non sono infatti visibili poiché:

- a) alcune misure sono ancora allo studio, come ad esempio il gruppo di lavoro regionale per la definizione del case manager del quale ad oggi non si conoscono ancora gli esiti;
- b) sono in atto sperimentazioni come ad esempio quella relativa nuovo modello di valutazione e classificazione dei bisogni sociali e sanitari nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata o la riforma dell'Issee, che spesso peraltro coinvolgono sono alcuni specifici territori e quindi sulla cui estensione non si hanno ancora precise indicazioni;
- c) anche se le sperimentazioni sono in via di conclusione, non sono state ancora indicate le modalità di prosecuzione e messa a regime del modello, come ad esempio le sperimentazioni su Brescia e Milano del Centro personalizzato per la vita autonoma e indipendente.

Un nuovo ruolo per i piani di zona. Un cambiamento di rilievo è annunciato anche sul fronte della programmazione zonale. Sicuramente lo scenario muterà a causa della drastica riduzione delle risorse trasferite, storicamente gestite a livello di ambito (FSR, FNPS, FNA, Fondo Famiglia), alla riduzione delle risorse a disposizione delle casse comunali, provocate dalle recenti manovre nazionali. A fronte di questo dato, e di una lettura non sempre positiva della programmazione zonale di questi ultimi 9 anni, la Regione

sembra voler puntare su un nuovo ruolo dei piani di zona quali “imprenditori di rete”. Il piano di zona dovrà intercettare e connettere le diverse risorse già attive o attivabili nel proprio territorio, ulteriori a quelle pubbliche, e costruire una programmazione che tenga insieme investimenti delle famiglie, del privato sociale e del mondo dell’impresa. Infatti solo in via transitoria le risorse saranno trasferite per il 2012 ancora su base capitaria, ma la tendenza futura dichiarata sarà un trasferimento discrezionale sulla base di progetti sperimentali meritevoli, sulla base dell’innovazione e della capacità di connettere una vasta rete di soggetti e risorse economiche plurime¹³.

Linee guida ai nuovi piani di zona	
Obiettivi e termini	Il piano di zona dovrà essere orientato a promuovere interventi sperimentali per un nuovo welfare della responsabilità e della conoscenza Il 2012 è considerato come anno di transizione Gli Accordi di programma devono essere sottoscritti entro 31 marzo 2012
La sperimentaltà	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrazione di risorse pubbliche e private 2. Capacità di attrarre altre risorse del territorio 3. Attivazione di un partenariato ampio e qualificato, per corresponsabilità degli attori rispetto alle azioni, per natura del partenariato e per capacità di relazione con altre reti
Il Riferimento territoriale	Il riferimento territoriale è il distretto sociosanitario, con facoltà di aggregazione tra distretti della stessa Asl, incentivata dalla Regione
I contenuti	<ol style="list-style-type: none"> 1. deve essere coerente con i processi di riforma in corso 2. si deve coordinare con altri strumenti di programmazione locale 3. deve contenere analisi dei bisogni, delle risposte, dei soggetti e dei network attivi entro il perimetro sovra distrettuale dell’Asl 4. deve essere integrato con deve individuare obiettivi e azioni condivise con l’Asl per la realizzazione dell’integrazione sociosanitaria; 5. deve promuovere l’integrazione gestionale mediante gestione associata, che la Regione reputa particolarmente idonea per il segretariato sociale e la tutela minori.
Ruolo del terzo settore	La co-progettazione; la sperimentazione nuovi servizi, prevedendone anche la compartecipazione economica del TS; la sperimentazione di nuove modalità gestionali

Rafforzato il ruolo delle Asl anche sul sociale. Si è rafforzato notevolmente il ruolo delle Asl e non solo sul comparto sociosanitario, che abbiamo visto crescere anche dal punto di vista finanziario, ma anche nella gestione diretta di programmi e interventi in area sociale. In particolare in tema di sostegno alla famiglia, attraverso la riforma dei consultori familiari dettata dalla delibera delle regole 2011 e confermate in quelle 2012 (affido e adozione), di programmi dedicati al sostegno alla natalità e delle politiche di conciliazione, in cui i piani territoriali sono governati direttamente dalle Asl. Tale potenziamento è avvenuto talvolta in sovrapposizione a competenze già agite dai comuni, e rafforzate in questi anni grazie alla programmazione zonale. Nella produzione normativa si riconosce, in coerenza con questo rafforzamento, un richiamo al potenziamento della territorialità dell’Asl e, con le regole 2012, si prospetta un rafforzamento del ruolo di governo diretto o di coordinamento dell’accesso e della presa in carico.

¹³ V. Ghetti, K. Avanzini, U. DeAmbrogio *La Regione prova a cambiare strada sui piani di zona. Qualche riflessione sul nuovo scenario* <http://www.lombardiasociale.it/2011/12/21/la-regione-prova-a-cambiare-strada-sui-piani-di-zona-qualche-riflessione-sul-nuovo-scenario-2/?c=punti-di-vista>

TERZA PARTE – Alcune prime chiavi interpretative

Alla luce del quadro tratteggiato si propongono alcuni quesiti conclusivi, attraverso i quali sollecitare la discussione nei territori.

IPOTESI	ALCUNI PRIMI ELEMENTI ARGOMENTATIVI
+ dichiarato = - attuazione?	<p>Il percorso regionale di riforma oggi è prevalentemente giocato su un piano normativo, mentre il risvolto attuativo che genera cambiamenti concreti e reali per cittadini e servizi non si vede.</p> <p>I principi enunciati dalla Regione “finanziamento della domanda, diversificazione della gamma di risposte, personalizzazione delle risposte, riduzione della frammentazione” e contenuti in molte dgr che a parole riformano una serie di settori e di politiche, non hanno ancora avuto un impatto significativo sui territori.</p>
+ Responsabilità = - investimento pubblico sul sociale?	<p>Il richiamo al welfare della responsabilità, attraverso la promozione del concorso alla realizzazione del welfare di una pluralità di soggetti (famiglie, no profit e impresa), sta coincidendo con un progressivo disinvestimento pubblico, non solo a livello nazionale. La premessa alla necessità di attivare una maggior corresponsabilità è la riduzione delle risorse pubbliche nazionali, ma anche la Regione stessa sta procedendo in tal senso sul comparto sociale (-54% del FSR solo parzialmente compensato da risorse su programmi di diretto governo regionale).</p>
- Investimento pubblico = fine del welfare?	<p>Il richiamo al welfare della responsabilità attraverso una partecipazione più attiva del mondo dell'impresa è un direzione interessante ma non sostitutiva dell'investimento pubblico: a) i primi risultati di questi tentativi di applicazione del secondo welfare non sembrano molto positivi b) se questo settore non viene finanziato dal pubblico, è destinato a soccombere c) è già un settore ampiamente sotto-finanziato, basterebbe poco per produrre importanti benefici.</p>
+ sperimentazione = - continuità + precarizzazione?	<p>Regione Lombardia sta estendendo la logica della sperimentazione (conciliazione, fattore famiglia, piani di zona...) e il finanziamento per progetti, regolarizzando una tendenza già praticata nella precedente legislatura. Questo a) pone a forte rischio la continuità degli interventi sperimentati e induce ad una precarizzazione del sociale; b) fa sorgere qualche dubbio sulla reale efficacia della logica sperimentale e sulla reale possibilità di controllo delle buone pratiche locali. Regione Lombardia ha tanto sperimentato, molto più di altre Regioni, ma gli esiti di tali sperimentazioni non sempre si conoscono così come la trasferibilità e l'estensione di quanto sperimentato; c) è forse una pratica illusoria in un momento di forte contrazione di risorse, che mettono a forte rischio il welfare di base.</p>

- risorse pubbliche
- risorse per i servizi
=
+ costo le comunità locali?

L'investimento sulla domanda e la conseguente riduzione di risorse direttamente ai servizi, accompagnato dal combinato disposto della diminuzione delle risorse pubbliche e depauperamento degli enti locali, espone fortemente al rischio di un incremento delle rette nei confronti degli utenti. Segnali preoccupanti sono già evidenti sui servizi ad esempio sui prima infanzia e sulle RSA.

- risorse al territorio
+ discrezionalità e
accentramento
regionale
=
- integrazione?

La tendenza verso un progressivo accentramento e una maggior discrezionalità regionale portano ad un accrescimento del depauperamento comunale non solo economico-finanziario ma anche rispetto alla reale possibilità di governo e di network. I piani di zona, secondo il disegno regionale, dovranno ricomporre e connettere le diverse energie presenti sui territori, con che leve? E' tutta da verificare la scommessa che sembra fare il regolatore regionale ovvero che i comuni coglieranno la contrazione delle risorse come uno stimolo ulteriore all'integrazione. Quanto invece sarà un boomerang e si attiveranno maggiori tendenze alla gestione individuale, con effetti negativi per il sistema dei servizi?