



INDICE

- p. 2 Il governo dei servizi sociali e
socio-sanitari in Lombardia
- p. 4 La legge in breve
- p. 5 La Relazione n. 21:
L'implementazione
Osservazioni
- p. 7 La Relazione n. 21:
Risultati e criticità
Osservazioni
- p. 10 Conclusioni
e ipotesi di approfondimento



Il governo dei servizi sociali e socio-sanitari in Lombardia

*La prima relazione sullo stato di
attuazione della legge regionale
3/2008.*

Questo documento è stato richiesto dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione per l'esame della relazione n. 21/2011, con cui la Giunta risponde ad una clausola valutativa sullo stato di attuazione della l.r. 3/2008 (Governo della rete dei servizi alla persona).

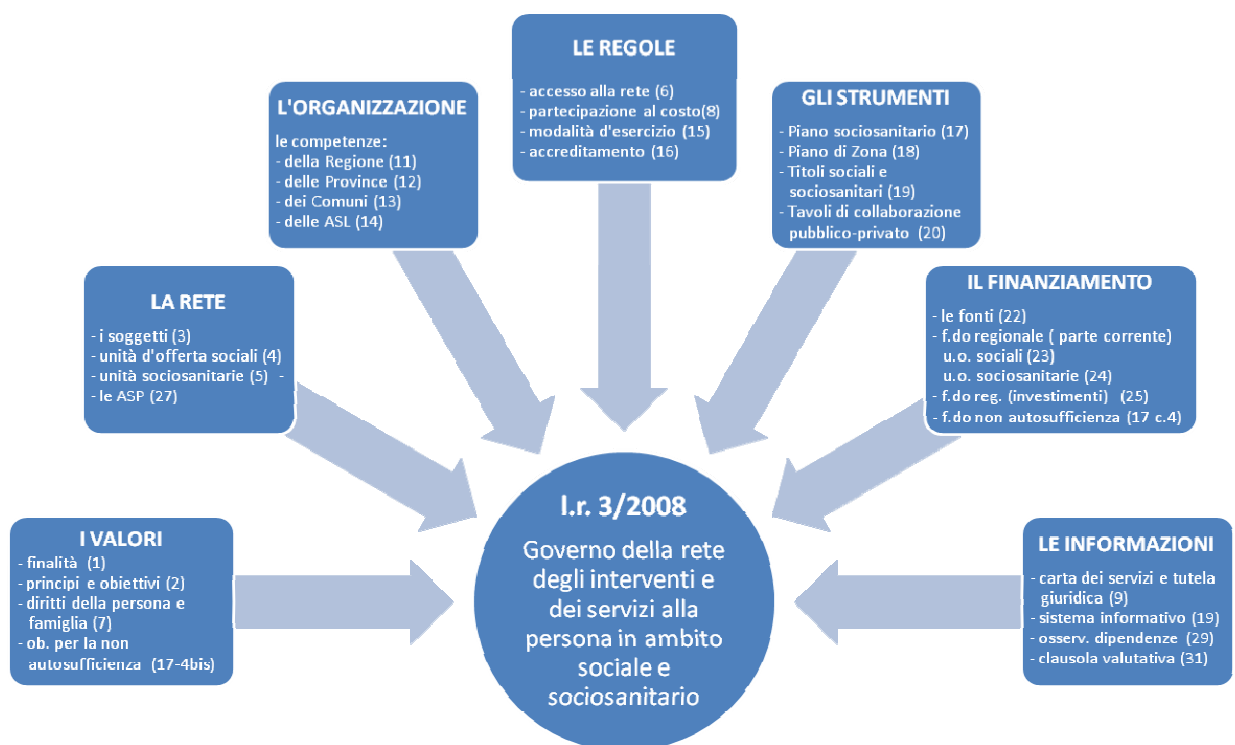
Per introdurre alla lettura della relazione, che riflette una visione procedimentale dell'attuazione, questo lavoro propone un riepilogo dei principali elementi organizzativi previsti dalla disciplina regionale. Segue l'analisi delle informazioni ricevute, in parte integrate con il contributo della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale. L'esame della relazione si conclude con alcune ipotesi di approfondimento, strutturate in forma di domanda, che potrebbero completare il ritorno informativo al Consiglio.

Il governo dei servizi sociali e sociosanitari in Lombardia

La legge regionale di governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona definisce l'organizzazione di alcuni ambiti dei servizi alla persona – sociale e sociosanitario – che appartengono al settore delle politiche di welfare.

La legge in esame sostituisce, abrogandola, la normativa regionale varata circa vent'anni prima (l.r. 1/1986) in relazione ad un contesto legislativo e socio-economico molto diversi dall'attuale. Da un lato, oltre agli indirizzi comunitari, sono intervenuti sia la 'Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali'¹ che la riforma costituzionale del 2001, con il riconoscimento della competenza regionale in materia. Dall'altro si sono invece gradualmente definiti nuovi rischi che esprimono più specifici bisogni di protezione sociale, ai quali occorre dar risposta con risorse sempre più limitate, aggravate, oggi, da una crisi economico finanziaria senza precedenti².

Per governare un ambito che sfugge ad un inquadramento stabile per l'eterogeneità di bisogni sociali che mutano per utenza, nel tempo e sul territorio, la legge regionale 3/2008 punta ad organizzare una rete che chiarisca responsabilità, risorse e strumenti a disposizione, costruendo uno schema normativo a maglie sufficientemente larghe da risultare coerente con discipline in altri settori di welfare, capace di sistematizzare esperienze pregresse ed inoltre adattabile alle evoluzioni in corso.



¹ (d. lgs. 328/2000).

² Per ricordarne solo alcuni: il processo d'invecchiamento della popolazione con le crescenti richieste di cure e cure assistenziali, la precarietà dei rapporti di lavoro, l'indebolimento delle reti di solidarietà familiare, l'incremento dei flussi migratori con le conseguenti istanze di integrazione sociale.

La **legge 3/2008, principalmente di riordino**, ha molti elementi cardine che confermano quanto già introdotto per via amministrativa nel decennio che la precede: attraverso documenti programmatori, (i Piani socio-sanitari), deliberazioni di Giunta, (ad esempio le linee guida per i piani di zona dei Comuni), provvedimenti più mirati, come le circolari e i decreti assunti dalla Direzione generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Questa osservazione vale anche per i principi che vengono ribaditi: la **libertà di scelta**, la **centralità della persona**, la **sussidiarietà**, verticale ed orizzontale, la **valorizzazione della famiglia**, come prima maglia della rete di assistenza e soggetto propositivo di soluzioni ai bisogni.

Come pure per gli **obiettivi**, che puntano a **servizi equamente distribuiti sul territorio**, con omogeneità ed adeguatezza della rete delle unità d'offerta; **personalizzati**, per la flessibilità delle prestazioni e perché centrati sulla domanda anziché sull'offerta; **integrati**, soprattutto nelle componenti sociali e sociosanitarie, e con le altre politiche di welfare; **efficienti**, con un ottimale utilizzo delle risorse finanziarie, maggiore razionalità organizzativa, superamento di frammentarietà e duplicazioni per non disperdere l'efficacia degli interventi.

Si tratta infatti di **concetti e traguardi condivisi con altre normative regionali** che precedono la legge sui servizi alla persona: dalla legge sulla sanità del 1997 con i suoi atti attuativi e programmatori, alla legge sulle politiche della famiglia del 1999, ad esempio.

La precisazione della disciplina attraverso atti amministrativi è una costante nella grande maggioranza delle discipline regionali in materia³, ma in Lombardia ha prodotto un modello di welfare che resta pressoché inedito nel panorama nazionale. Secondo le più recenti analisi in argomento⁴, poggerebbe su due pilastri – il **quasi mercato** e la **sussidiarietà** – che assecondano due caratteristiche del tessuto produttivo e sociale lombardo: da un lato un'**economia trainante** e la ricchezza che ne consegue, dall'altro '**la tradizione storica solidaristica e mutualistica della società civile lombarda**'⁵ che si avvale di una fitta rete di soggetti e di una ricca gamma di iniziative.

Avvalendoci di questa chiave di lettura, nella scheda che segue proponiamo un riepilogo degli elementi essenziali previsti dall'attuale disciplina regionale, che riteniamo utile a ricomporre il quadro a cui si riferisce la relazione della Giunta al Consiglio, nel descriverne l'attuazione nel primo triennio di vigenza.

³ Confronta G. Marchetti, che definisce 'metodo programmatico' questa modalità, in P. Bilancia (a cura di), *Modelli innovativi di governance territoriale. Profili teorici e applicativi*, Milano 2011, pp. 329-365.

⁴ Ci riferiamo a G. Carabelli e C. Facchini (a cura di), *Il modello lombardo di welfare. Continuità, riassetamenti, prospettive*, Franco Angeli, Milano 2011 e a C. Gori (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Maggioli, Milano 2011. Entrambi gli studi concordano su questa lettura e sottolineano come ulteriore elemento distintivo la continuità politico-amministrativa delle ultime legislature che avrebbe consentito l'elaborazione incrementale del modello ed il suo consolidamento.

⁵ Confronta G. Carabelli e C. Facchini, nell'Introduzione a *Il modello lombardo di welfare*, cit. p. 8. Un approfondimento su quest'ambito è contenuto nel saggio di L. Bifulco, "Quasi-mercato e sussidiarietà come pilastri del modello lombardo di welfare", nello stesso volume, pp. 39-58.

LA LEGGE IN BREVE

In estrema sintesi, nel modello organizzativo disegnato nella l.r. 3/2008 riconosciamo:

come elementi di **‘quasi mercato’**:

- la **separazione tra le funzioni di finanziamento, indirizzo e controllo e la funzione di produzione dei servizi**. Le prime sono in capo a soggetti pubblici (Regione, ASL e Comuni), la seconda agli erogatori, soggetti pubblici e privati, non profit e profit che competono tra loro in condizioni di parità (le unità d’offerta).
- la **libertà di iniziativa degli erogatori**, per avere un’ampia offerta su cui i cittadini possono esercitare un’effettiva libertà di scelta. In questa direzione la l.r. 3/2008 ha semplificato le procedure di avvio delle attività eliminando l’autorizzazione preventiva: le unità d’offerta sociosanitarie presentano alla Regione una DIA, quelle sociali una comunicazione di inizio attività al Comune e alla ASL di riferimento.
- l’**accreditamento**, che stabilisce i requisiti minimi per concorrere sul ‘mercato’. La Regione accredita le unità d’offerta sociosanitarie, i Comuni quelle sociali, sulla base dei criteri regionali. Tutti gli erogatori devono possedere la carta dei servizi, senza la quale non si può ottenere l’accreditamento, il quale abilita le prime ad avere accesso ai finanziamenti del Fondo Sanitario; le seconde alla sottoscrizione dei contratti con il Comune.
- i **titoli sociali e sociosanitari**, con cui i cittadini possono esercitare una maggiore libertà di scelta. Si tratta di titoli d’acquisto che favoriscono il mantenimento a domicilio delle persone fragili: permettono di comprare le prestazioni di cui si ha bisogno da soggetti accreditati. Sono titoli sociali, erogati dal Comune: il **voucher sociale** per acquistare aiuto per la cura della persona (preparazione pasti, pulizia casa e igiene); il **buono**, che è un contributo economico a sostegno dell’impegno continuativo di *caregiver* dei familiari. I titoli sociosanitari sono erogati da Regione Lombardia attraverso le ASL e permettono l’acquisto di prestazioni professionali: cure sanitarie integrate a quelle di cura personale (**voucher sociosanitario**) oppure esclusivamente sanitarie, ad esempio infermieristiche, riabilitative (**credit**).

come principio di **sussidiarietà Verticale**:

- il **ruolo centrale dei Comuni** nella programmazione territoriale dei **servizi sociali** e nella partecipazione a quella regionale. I Comuni, riuniti a livello di distretto, elaborano il Piano di Zona che è approvato dall’Assemblea dei Sindaci del distretto e che deve essere sottoscritto, con un accordo di programma, dalla ASL di riferimento e dai soggetti che hanno preso parte alla sua definizione (terzo settore, Province, soggetti erogatori, se hanno contribuito e lo richiedono). Un organismo tecnico – l’Ufficio di Piano, individuato presso il Comune capofila nell’accordo di programma assicura l’istruttoria degli atti di esecuzione del PdZ. I Comuni, oltre a programmare, progettano e realizzano la rete locale dei servizi, erogano contributi economici, partecipano all’integrazione economica delle rette e determinano i parametri che danno la priorità d’accesso ai servizi.
- Le competenze affidate alle **ASL**, generalmente definite ‘enti strumentali della Regione’, che programmano a livello locale la realizzazione della rete dei **servizi socio-sanitari**, erogano le risorse dei fondi regionali, acquistano le prestazioni sociosanitarie dalle unità d’offerta accreditate, vigilano e controllano le unità d’offerta sia pubbliche che private, sia sociali che sociosanitarie.

come principio di **sussidiarietà Orizzontale**:

- l’ampio spazio riconosciuto al **terzo settore**, che partecipa alla programmazione, alla progettazione e alla produzione dei servizi, può realizzare iniziative sperimentali, è consultato sui principali atti di attuazione previsti dalla legge regionale, esercita anche un ruolo di advocacy e siede ai Tavoli di collaborazione pubblico-privato, il cui funzionamento viene assicurato da apposite linee guida elaborate dalla Giunta regionale. Al terzo settore, e più generalmente alle famiglie, ai gruppi informali di mutuo-aiuto, agli enti religiosi, alle organizzazioni sindacali, e ad altri soggetti di diritto privato attivi nel settore, è riconosciuto un ruolo paritario alle istituzioni e ai soggetti pubblici nella produzione regionale dei servizi alla persona (art. 3).

Lo schema organizzativo appronta inoltre alcuni **istituti che tutelano il cittadino** e il suo diritto ai servizi:

- la **carta dei servizi**, indispensabile all’accreditamento
- **gli uffici di protezione giuridica**, per le persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi, che ogni ASL è obbligata a costituire e ad organizzare all’interno del Dipartimento Attività Socio Sanitarie Integrate (ASSI) e che svolge i compiti dell’amministratore di sostegno nei casi in cui la scelta del Giudice Tutela sia ricaduta sull’ASL
- **gli uffici di pubblica tutela**, a sostegno dei diritti delle persone che accedono ai servizi e alle prestazioni sociali, sanitarie e sociosanitarie. Sono uffici autonomi e indipendenti, da istituirsì in tutte le ASL e in tutte le Aziende Ospedaliere, che assistono i cittadini sia nei casi di mancato rispetto delle carte dei servizi da parte dei gestori, sia nel processo di “presa in carico” dell’utente, dei diritti della persona e della famiglia, dell’accesso alla rete dei servizi
- il **ricorso** dell’utente, in caso i reclami non siano risolti, al **difensore civico comunale oppure regionale** rispettivamente per le segnalazioni che interessano unità di offerta sociali oppure prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Richiamiamo in ultimo lo strumento del **segretariato sociale**, assegnato alla competenza dei Comuni, a cui spetta di ricomporre l’offerta complessiva delle possibilità d’aiuto a cui il cittadino può avere accesso, accompagnandolo nel percorso e orientandolo alla scelta degli strumenti più appropriati alle sue necessità.

La relazione n. 21: l'implementazione della legge

L'utilizzo della legge come architettura portante di una disciplina da definirsi prioritariamente con atti amministrativi permette, come noto, un alto grado di flessibilità e adeguamento, ma rafforza l'esigenza di un esauriente ritorno informativo in merito alle azioni regionali attuate e ai risultati conseguiti. E' questo lo scopo della clausola valutativa, che all'art. 31 della l.r. 3/2008 pone uno specifico mandato in capo alla Giunta, in base al quale: **“La Giunta regionale presenta una relazione biennale al Consiglio regionale informandolo sull'attività svolta e sui risultati raggiunti nel promuovere e garantire la piena attuazione della presente legge”**.

La Relazione n. 21 (DGR IX/2082, 28 luglio 2011), che costituisce “il primo momento di verifica sullo stato di attuazione della legge e dei risultati raggiunti”, nasce in risposta ad una clausola valutativa che non specifica le informazioni richieste e ritenute necessarie per comprendere i risultati della politica regionale.

La Giunta ha interpretato pertanto il mandato informativo centrando la descrizione sul processo d'implementazione della legge di riordino, di cui elenca i passaggi fondamentali, di stretta competenza regionale, **“la cui attuazione costituisce la base stessa per rendere effettiva la riforma”** (pag. 2). Segue l'indicazione dei provvedimenti assunti nel primo triennio, distinti nelle deliberazioni di Giunta, adottate principalmente nei primi nove mesi di vigenza e nelle circolari e decreti della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale, assunti dal 2008 al 2011. Per una lettura più rapida li abbiamo riassunti nello schema che segue, ricollegandoli ai passaggi previsti, che sono inclusi tra le competenze regionali elencate all'articolo 11 del testo di legge.

DISCIPLINA RINVIATA AD ATTI AMMINISTRATIVI (ELENCO PUNTI PAG. 2 RELAZIONE GIUNTA)		RIF. lr 3/2008	DGR	CIRCOLARI (c) DECRETI (d)
1	Individuazione delle unità di offerta sociali (e, per la programmazione locale: Procedure per l'approvazione dei Piani di Zona e Accordi di Programma per la programmazione dei Servizi Sociali.)	art. 11-1-a art. 4 art. 18	7433_13/06/2008; 7437_13/06/2008 8551_3/12/2008	c.8_20/6/2008
2	Individuazione delle unità di offerta socio-sanitarie	art. 11-1-a art. 5	7438_13/06/2008 8496_26/11/2009	c.8_20/6/2008
3	Determinazione degli indirizzi per accesso prioritario alla rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie	art. 11-1-j		
4	Determinazione modalità copertura costo prestazioni, criteri per definizione rette e tariffe	art. 11-1-k		
5	Determinazione linee guida organizzazione e funzionamento uffici pubblica tutela (con dg sanità)	art. 11-1-z	10884_23/12/2009	c.5_7/4/2008; c.7_12/6/2008 (UPG/UPT) c.9_27/6/2008 (UPG); com. 30/1/2009 (UPG); c. 10_11/5/2009 (UPG); c. 2_21/2/2011 (UPG/UPT)
6	Definizione criteri modalità concessione titoli sociali; tipologia, modalità, gestione titoli sociosanitari	art. 11-1-n		
7	Definizione requisiti minimi di qualità per unità offerta sociosanitarie, modalità di accreditamento, verifica permanenza requisiti	art. 11-1-f	8496_26/11/2008	
8	Determinazione modalità finanziamento prestazioni rese a carico fondo Sanitario	art. 11-1-f		
9	Definizione requisiti minimi per esercizio unità offerta sociali e criteri per accreditamento	art. 11-1-g Art.16	7437_13/6/2008 7433/2008	D. 1254_15/2/2010 c.8_20/6/2008; C.1_16/1/2009
10	Determinazione schemi contratto per unità sociosanitarie	art. 11-1-h	8496_26/11/2008	
11	indicatori per valutare l'efficacia e qualità delle prestazioni	art. 11_1_i	8496_26/11/2008	
12	Definizione modalità consultazione soggetti articolo 3 (ed anche Informatizzazione registri Enti terzo settore per semplificazione procedura di iscrizione e mantenimento requisiti)	art. 11-1-m art. 11-1-d Art. 20 art. 11 -1-p art. 11-1-q	7797_30/07/2008 1353_25/2/2011 7798_30/07/2008	d. 1079_9/2/2009 d.1080_9/2/2009 d. 13304_20/12/2010 d. 13303_20/12/2010 d. 5591_20/6/2011 d. 5212_9/6/2011
13	Definizione linee indirizzo per formazione aggiornamento e qualificazione del personale	art. 11-1-o art. 11-1-c Art. 21		c. 9_16/3/2010
	promuove costituzione di osservatori	art. 11-1-s art. 29	9737_30/6/2009 DGR 8928_11/2/2009	

Osservazioni

Lo schema⁶ segnala quattro aree che non risultano ancora disciplinate e che interessano – in via principale – la sostenibilità economico-finanziaria dei servizi. Si tratta di:

- indirizzi per individuare le priorità d'accesso ai servizi sociali e alle strutture sociosanitarie pubbliche residenziali e semiresidenziali (punto 3)
- modalità di copertura del costo delle prestazioni, dei criteri per definire rette e tariffe e delle agevolazioni per chi ne ha diritto (punto 4)
- criteri e modalità per erogare i titoli sociali e sociosanitari (punto 6)
- modalità di finanziamento dei servizi socio-sanitari (punto 8).

La mancata regolazione di questi aspetti, riconosciuti nella relazione come fondamentali, non ha di certo arrestato l'erogazione dei servizi sociali e sociosanitari che evidentemente utilizzano la disciplina non ancora riformata. Tuttavia mentre in alcuni casi (l'individuazione delle unità d'offerta, in primis) si sono assunti provvedimenti che confermano il quadro preesistente, la sospensione di decisioni su questi aspetti lascia intuire **cambiamenti in corso**. E' ciò che ci ha confermato la struttura tecnica di Giunta, riferendoci di tavoli di discussione in attività.

Un'altra considerazione che può emergere dalla lettura dello schema di collegamento riguarda la **concentrazione degli atti in precisi ambiti**. Sei circolari (su nove totali) riguardano la definizione delle regole di funzionamento degli uffici di protezione giuridica e degli uffici di pubblica tutela; sei decreti dirigenziali (su sette totali) curano le modalità di consultazione dei soggetti, pubblici e privati, che partecipano al sistema dei servizi alla persona.

Circa la metà dei provvedimenti complessivi su due soli ambiti da un lato può indicare il persistere di problematiche di non semplice soluzione, dall'altro la priorità che la Regione accorda all'obiettivo di ottenere un welfare partecipato tra tutti i soggetti nei suoi diversi ambiti.

La relazione n. 21: risultati e criticità

La penultima sezione della relazione descrive i principali **risultati** raggiunti nel primo triennio d'attuazione, riferiti, in particolare, ad alcuni dei principi di fondo promossi con la riforma. Tra questi la relazione richiama: sussidiarietà, libertà di scelta, personalizzazione delle prestazioni e annovera tra i risultati conseguiti:

- la partecipazione di organismi del terzo settore, Comuni, province, enti erogatori dei servizi e dei sindacati alla stesura di provvedimenti ad essi stessi diretti, ottenuta grazie all'istituzione di tavoli di consultazione previsti all'art. 3 della legge regionale, da cui ci si attende un'omogeneizzazione nei rapporti di collaborazione tra terzo settore e pubblica amministrazione sul territorio lombardo;

⁶ Lo schema di sintesi è stato verificato con gli uffici tecnici della Giunta. Nello schema ci sono 4 atti non compresi nell'elenco originario della Relazione, che abbiamo incluso perché pertinenti alle funzioni lì indicate. (Sono DGR 10884, d. 1254, d. 5212, DGR 8929 rispettivamente ai punti 5, 9, 12 e quello finale).

- l'avvio del processo d'informatizzazione dei registri degli enti del terzo settore che dovrebbe semplificare le procedure di iscrizione ed il controllo dei requisiti posseduti;
- l'istituzione degli Uffici di Protezione Giuridica (UPG) presso ogni ASL e la costituzione degli Uffici di Pubblica Tutela (UPT) all'interno di ogni Azienda Ospedaliera e di ogni ASL;
- l'individuazione delle unità di offerta sociali e sociosanitarie e le prime indicazioni per il loro accreditamento;
- la sottoscrizione degli accordi di programma necessari all'attuazione dei Piani di zona da parte di ogni comune con l'ASL di riferimento e con gli enti del terzo settore che hanno partecipato all'elaborazione del Piano, a seguito delle apposite linee guida approvate dalla Giunta.

Per quanto riguarda i risultati, la relazione propone un elenco di **realizzazioni** più che risultati intesi come **cambiamenti**, e possibilmente miglioramenti, riguardo alla situazione preesistente.

Comunque definiti, si tratta di momenti del processo di implementazione **ancora in discussione**. In buona parte degli ambiti di cui riferisce la relazione, infatti, sono presenti le criticità descritte nella parte conclusiva della relazione.

Quest'ultima sezione sintetizza le problematiche aperte e i possibili correttivi, da apportare anche con revisioni legislative, che riguardano:

- i. le previsioni inerenti la **compartecipazione dell'utente alla spesa**. Queste, secondo l'articolo 8 della legge, si basano sull'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE). La partecipazione alla spesa così regolata è da anni oggetto di contenzioso tra ASL e Comuni nonché tra enti erogatori ed utenti, e risulterebbe poco favorevole alle famiglie più bisognose. Il correttivo individuato prevede una modifica legislativa che superi l'attuale sistema di accertamento dei mezzi economici con un sistema più equo.
- ii. le **carenze nel coordinamento tra ASL e Comuni e nel funzionamento dei tavoli locali del Terzo settore** che potrebbero ostacolare il principio di integrazione su cui vanno impostati i Piani di zona. Il correttivo individuato, in questo caso, consiste nella revisione delle linee guida per la stesura dei Piani e nella rivisitazione del documento di istituzione dei Tavoli, per i quali la direzione generale competente sta raccogliendo proposte dai soggetti interessati.
- iii. le **difficoltà di rapporti tra ASL, Tribunali e Comuni** rilevato da un monitoraggio in corso sul funzionamento degli **Uffici di Protezione Giuridica**. Criticità di tipo organizzativo coinvolgono inoltre l'**operatività degli Uffici di Pubblica Tutela**, che non hanno finora ottenuto il supporto interno dalle Aziende sanitarie e incontrano difficoltà nel reperire competenze adeguate alla funzione vista la gratuità della carica. La relazione individua come correttivo del problema di coordinamento la costituzione dell'ufficio di pubblica tutela regionale, ed una riforma normativa che riduca il numero degli UPT, li rafforzi in termini di risorse e ne definisca in via legislativa i rapporti con altri organismi di difesa e garanzia dei diritti degli utenti.

Osservazioni

Per quanto riguarda il **primo punto** osserviamo che le criticità rappresentate qui non chiamano in causa il processo di attuazione: come mostra lo schema di riepilogo, su quest'area non si è ancora intervenuti⁷.

E' infatti in discussione presso la III Commissione un apposito progetto di legge presentato dall'Esecutivo (pdl 66). Con questa modifica legislativa la Regione intende definire la compartecipazione alla spesa da parte dell'utente sulla base di scale di equivalenza che considerino la composizione familiare, i compiti di cura che essa svolge, la presenza di disabili non autosufficienti o anziani (il fattore famiglia lombardo)⁸.

Il **secondo punto** indica aspetti di relazione non ottimali tra gli enti strumentali della Regione (le ASL, che sovrintendono ai servizi sociosanitari) e gli enti territoriali più prossimi ai cittadini, i Comuni, responsabili dei servizi sociali. In questo senso va letta la preoccupazione in merito al principio di integrazione tra i servizi e la soluzione individuata: nuove linee per i Piani di Zona⁹, su cui definire un'intesa tra i due livelli di *governance* da formalizzare nell'accordo di programma. La Relazione però non indica i fattori che ostacolano il coordinamento, gli indirizzi progettati per rimuoverli, la diffusione territoriale del fenomeno: investe tutte le ASL? Si concentra in alcune? Esistono situazioni con minori difficoltà e dove sia possibile riconoscere elementi che facilitano il coordinamento?

Lo stesso ragionamento si propone a riguardo del funzionamento dei Tavoli del Terzo Settore, ambito su cui la Regione è intervenuta con numerosi provvedimenti: che cosa non ha funzionato e perché? Presso quale livello dei tavoli: locale, regionale o entrambi¹⁰? Gli uffici della DG Famiglia, interpellati in merito, individuano criticità maggiori a livello locale¹¹, ed una generale difficoltà nell'assicurare la consultazione sugli atti più urgenti, che non si conciliano con i tempi d'istruttoria richiesti dalle procedure di consultazione. Sarebbero pertanto allo studio provvedimenti per semplificare e snellire le modalità di attivazione dei tavoli.

Il **terzo punto** investe gli strumenti di tutela dei cittadini (UPG e UPT). Per gli Uffici di Tutela Giuridica esiste una sistema informativo (monitoraggio) che registra difficoltà di dialogo di Tribunali e Comuni con le ASL.

A questo riguardo gli uffici della Direzione Generale indicano come causa principale il forte carico di lavoro che grava sui Tribunali. Ciò renderebbe difficile una collaborazione tempestiva con le ASL, che è invece necessaria nel caso in cui esse sono nominate Amministratori di sostegno di persone incapaci o prive di autonomia. Un'ipotesi di soluzione, ora in fase di

⁷ Si confronti pag. 5.

⁸ Nel corso dei lavori in Commissione al pdl della Giunta è stato abbinato quello proposto dall'opposizione (pdl 71).

⁹ Il PdZ deve attuare l'integrazione tra le reti d'offerta sociale e sociosanitaria, per espressa previsione di legge (art. 18, c. 2).

¹⁰ La Relazione parla di criticità nel "funzionamento dei tavoli locali del Terzo Settore" (pag. 5) e segnala "la necessità di apportare correttivi al funzionamento dei Tavoli regionali" (pag. 6).

¹¹ In particolare, ci informa la DG Famiglia, il coinvolgimento del terzo settore a livello locale viene di fatto prevalentemente svolto nell'ambito di tavoli tecnici tematici per area: Minori e famiglia, Disabilità, Anziani, Immigrazione, emarginazione e povertà. In essi si trattano anche argomenti relativi a Salute mentale, Dipendenze e Politiche giovanili.

studio, considera la sottoscrizione di appositi protocolli operativi in collaborazione con i Tribunali.

Per gli Uffici di Pubblica Tutela, invece, emergono problemi di operatività perché non ottengono “il necessario supporto interno alle Aziende sanitarie”. Anche in questo caso i provvedimenti regionali di chiarimento ed indirizzo sono stati copiosi (si veda il punto 5 dello schema) ed ancora ricorrono problemi relazionali tra le ASL e altri soggetti. I correttivi individuati: la riduzione degli UPT; la costituzione di un UPT regionale di coordinamento, il ricorso ad una legge per definire i rapporti con altri organismi di garanzia per gli utenti mettono in discussione l’assetto precedente ma non spiegano perché tali soluzioni riuscirebbero a migliorarlo.

Conclusioni e ipotesi di approfondimento

Come abbiamo visto, la l.r. 3/2008 non descrive gli interventi sociali attivi o da attivare in Regione, ma la politica regionale disegnata per il governo della rete dei servizi, con gli strumenti scelti per gestirlo. Ciò però non esclude la possibilità di osservare se il cammino procede secondo il disegno prefigurato.

Abbiamo adottato una chiave di lettura che si organizza su due direttrici: la sussidiarietà e il ‘quasi mercato’, cioè un mercato temperato dalla regolazione pubblica, che innestano elementi di competitività in un ambito a forte valenza solidaristica. Ne abbiamo fatto uso come sintesi dei principi guida della riforma: libertà di scelta, centralità della persona, della famiglia, della domanda, prossimità territoriale ai bisogni e valorizzazione delle capacità auto-organizzative della società lombarda.

Tra gli obiettivi da raggiungere, abbiamo richiamato l’equa distribuzione dei servizi sul territorio e l’omogeneità delle possibilità di accesso, la personalizzazione delle prestazioni, l’integrazione degli aspetti di cura e di *care*, l’uso ottimale delle risorse.

Rispetto a questi traguardi, la relazione che la Giunta ha inviato al Consiglio non permette di osservare il percorso svolto perché fornisce una rendicontazione prevalentemente amministrativa.

Sono tuttavia imminenti dei correttivi, in parte di competenza consiliare, che potrebbero modificare il disegno originario della politica regionale. Potrebbe allora essere opportuno approfondire alcuni ambiti d’attuazione, anche in riferimento ai principi e agli obiettivi che guidano l’organizzazione della rete dei servizi alla persona. Di seguito elenchiamo alcune ipotesi, strutturate su domande mirate, che potrebbero contribuire a fare chiarezza sul percorso ancora da svolgere, ad apprendere da quello svolto, a capire diagnosi e terapie che la Regione si appresta ad applicare.

1. Distribuzione dei servizi sul territorio

Prevedendo interventi di semplificazione, la l.r. 3/2008 punta ad ottenere una maggiore disponibilità di servizi sui quali il cittadino possa esercitare un’effettiva libertà di scelta. Come è cambiata quantitativamente la rete delle unità d’offerta, distinta per servizi sociali e sociosanitari, per soggetti pubblici e privati, profit e non

profit? Con quali esiti, rispetto alla distribuzione territoriale dei servizi? Esistono aree di assistenza che tendono ad attrarre in modo differenziato erogatori pubblici e privati o profit e non profit?

2. Personalizzazione dei servizi

Una compiuta personalizzazione dei servizi di assistenza estende la libertà di scelta dei cittadini ai percorsi di vita possibili da decidere sulla base delle opzioni di assistenza disponibili. La legge l.r. 3/2008 prevede un ruolo importante del segretariato sociale, istituito presso i Comuni, come accompagnamento e orientamento dell'utente. Qual è il grado di attivazione di questi istituti sul territorio? Sono sufficienti a garantire questo obiettivo? Esistono *best practice* sul territorio? Ha preso avvio l'istituzione del "case manager", previsto nelle linee guida per i PdZ 2009-2011?

3. Libertà di scelta I

Alcuni studi recenti e la letteratura internazionale in argomento¹² osservano che la libertà di scelta tra erogatori diversi viene apprezzata principalmente da una utenza forte e informata, senza bisogni complessi e di lungo periodo. Invece, quanto più l'utenza è fragile, anziana, sola "scegliere" è più difficile. Questa analisi è condivisa dalla Direzione generale famiglia? In caso contrario, quali evidenze empiriche contrastano questa lettura? In caso affermativo, sono previste modalità per temperare questo principio con la tutela dell'utenza più debole?

4. Libertà di scelta II

I titoli sociali e sociosanitari favoriscono la libertà di scelta, il voucher la rafforza, ma più fonti segnalano una significativa diffusione dello strumento del buono a fronte di maggiori resistenze per la pratica del voucher¹³. Per quali ragioni? Perché il voucher sarebbe più efficiente? Qual è l'impiego di questi strumenti sul territorio? E quante risorse veicolano? In che misura contribuiscono al totale delle risorse assegnate ai servizi sociali e sociosanitari?

5. Accesso ai servizi e tutela del cittadino

Sebbene siano stati istituiti gli Uffici di Pubblica Tutela ovunque previsto (in ogni Azienda Ospedaliera e in ogni Azienda Sanitaria Locale), quelli aperti presso le ASL presentano problemi di operatività, e in alcuni casi non hanno strutture a norma di linee guida. In che modo la riduzione del numero degli UPT e il futuro UPT regionale possono risolvere le criticità osservate, senza diminuire la possibilità di accesso ai cittadini? Nei diversi uffici territoriali, quanti sono i ricorsi al servizio e quali i motivi che li fondano? Quanti utenti hanno poi deciso di rivolgersi al difensore civico?

¹² Cfr. Gori 2011, cit., p. 443.

¹³ Cfr. IRER, Lombardia 2010. *Rapporto di legislatura*, Milano p. 292.

6. Utilizzo delle risorse

L'uso razionale delle risorse esclude che i Comuni possano produrre residui nell'ambito della gestione del budget assegnato. Nelle linee di indirizzo per la programmazione locale (DRG 8551/2008, pag. 5) si accenna ad una pregressa situazione sub ottimale (circa 2,5 M euro di residui sul Fondo Nazionale delle Politiche Sociali). Per migliorare la capacità di utilizzo dei finanziamenti, le linee guida 2009-2011 stabiliscono soglie obiettivo sia per l'impegno delle risorse sia per la relativa liquidazione da raggiungere entro la fine di quest'anno. Quali informazioni sono disponibili in merito?

7. Sussidiarietà orizzontale

La partecipazione del terzo settore nella *governance* dei servizi alla persona è stata favorita dall'istituzione di appositi tavoli di rappresentanza, consultazione, concertazione, che sono presenti al livello locale, zonale e regionale. La molteplicità di tavoli, secondo alcuni esperti¹⁴, è un elemento di complessità, in alcuni casi aggravato da deboli competenze di analisi delle politiche, in altri da scarsa chiarezza di ruoli. Secondo altri¹⁵, da un lato la Regione avrebbe ridimensionato nel tempo il coinvolgimento delle parti sociali nelle questioni cruciali; dall'altro le acquisite capacità politiche e critiche sviluppate a livello regionale non avrebbero trovato adeguati meccanismi di diffusione sul territorio. Come interpreta la Direzione Generale Famiglia questi aspetti? A quale livello e con quali strumenti si può intervenire per rendere più efficace l'apporto del Terzo Settore?

8. Sussidiarietà verticale

Nel processo di attuazione della riforma dei servizi alla persona sono emerse criticità nelle relazioni tra Comuni e ASL. Quali le cause e la diffusione territoriale del fenomeno? Interessa specifiche aree del territorio regionale? Sono riconoscibili fattori che facilitano (oppure ostacolano) le relazioni tra gli enti?

¹⁴ Cfr. Gori 2011, cit., p. 437.

¹⁵ Cfr. Vitale T., "La partecipazione alle politiche sociali in Lombardia: arene deliberative e processi di coordinamento" in G. Carabelli e C. Facchini (a cura di), *Il modello lombardo di welfare. Cit.*, 2011, p. 149.

Il gruppo di lavoro che ha realizzato questa analisi è composto da Pinuccia Dantino (supervisione), Elvira Carola (coordinamento) e Isabella Bertoneri.

Segreteria di redazione: Daniela Carnelli

Si ringrazia per la collaborazione la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale di Regione Lombardia e, in particolare, Ilaria Marzi e Laura Sorice.

Stampa a cura dell'U.O.O. Centro Stampa e Fotocomposizione del Consiglio regionale della Lombardia

È possibile richiedere copia della Nota Informativa e della relativa documentazione presso la segreteria dell'Ufficio Analisi Leggi e Politiche regionali tel. 02/67482437 – e-mail: ufficio.analisileggi@consiglio.regione.lombardia.it

Pubblicazione non periodica. Distribuzione gratuita. Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento può essere pubblicata senza citarne la fonte.