I VADEMECUM DI
LombardiaSociale.it

PROGRAMMAZIONE REGIONALE E RISORSE PER IL WELFARE: TRAIETTORIE EVOLUTIVE

a cura di Valentina Ghetti

PREFAZIONE DI CRISTIANO GORI

2020

Indice

Prefazione di Cristiano Gori 2

Introduzione 3

La programmazione regionale pre-Covid

La proposta di PSS Lombardo Integrato 2019 - 2023 6

Cambiare paradigma? Perché noi siamo già unici 17

Delibera delle Regole di esercizio 2020 24

Ancora principi … ma quando si passa all'azione? 33

Finanziamento e spesa

Fondi per il welfare: cosa c'è di nuovo dopo le manovre estive 39

Un anno in più di spesa sociale. Effetti per la Lombardia 44

Gli attori del welfare lombardo tra sfide e interventi innovativi

Il futuro dei progetti di welfare comunitario 51

Il Network delle Aziende Speciali lombarde compie 10 anni 59

L'identikit delle Fondazioni di comunità 64

Emegenza Covid-19: un volontariato diverso 69

Prefazione

di Cristiano Gori, Direttore di Lombardiasociale.it

Gentili Lettrici e Gentili Lettori,

anche quest'anno, la nuova stagione di *Lombardiasociale.it* comincia con la pubblicazione dei Vademecum. Sono approfondimenti tematici che raccolgono vari articoli pubblicati negli ultimi 12 mesi – in questo caso da settembre 2019 ad oggi - e riguardanti i principali argomenti del welfare sociale seguiti dal nostro sito: anziani non autosufficienti, persone con disabilità, famiglie e minori, povertà, finanziamento e programmazione. Ogni Vademecum è costituito da contributi pubblicati in momenti diversi nell'ambito di un quadro comune e si propone, così, come un piccolo stato dell'arte del tema esaminato. Uno stato dell'arte che vuole fornire un insieme di spunti, dati e idee utili all'operatività e alla discussione.

Il periodo che ci lasciamo alle spalle è stato segnato dall'inedito, e sconvolgente, abbattersi del Covid-19 sulla nostra regione. *Lombardiasociale.it* se ne è occupata ampiamente, come danno conto sia molti articoli contenuti nelle raccolte concernenti i diversi temi sia un Vademecum interamente dedicato. Da mesi, tutti coloro che sono coinvolti – in una varietà di ruoli – nel welfare lombardo si pongono una domanda: quale sarà l'eredità della tragedia vissuta con la pandemia (nella speranza di non assistere a un suo fragoroso ritorno)? Il futuro è ammantato d'incertezza, ma le alternative paiono chiare e nette. La storia del welfare, infatti, mostra come una crisi quale quella vissuta raramente passi senza lasciare tracce profonde. Può costituire l'opportunità per un ripensamento positivo del sistema, uno scatto in avanti che faccia delle difficoltà sperimentate l'occasione per affrontare quei nodi che – in condizioni normali – è difficile sciogliere. Oppure può portare a un'accelerazione e a un peggioramento delle criticità già presenti, esiti di un irrigidimento che consegna ogni azione a una logica difensiva e conservativa. Nel welfare, come in tutti i sistemi sociali, davanti alle crisi le possibilità sono solo due: innovazione o ripiegamento. Una terza strada non esiste. Ci auguriamo che il lavoro del nostro osservatorio, i cui risultati più recenti sono sintetizzati nei Vademecum, possa aiutare a intraprendere la giusta direzione.

Desideriamo ringraziare tutti coloro che ci danno fiducia, con l'impegno a compiere ogni sforzo per migliorare. Un ringraziamento particolare va ai nostri promotori, senza i quali né il nostro lavoro né la possibilità di fruire gratuitamente del sito sarebbero possibili. Si tratta di Fondazione Cariplo (promotore istituzionale), dei sindacati pensionati lombardi di Cgil, Cisl e Uil, Caritas Ambrosiana e Gruppo Korian (promotori principali), e di Agespi, Confcooperative e Legacoop della Lombardia (promotori ordinari)[1]. La nostra gratitudine nei loro confronti concerne sia il sostegno economico sia il rapporto instauratosi, che coniuga un continuo scambio di idee con la garanzia della totale autonomia della direzione nella definizione della linea editoriale.

Milano, settembre 2020

[1] *Maggiori informazioni sui promotori si trovano sulla nostra homepage.*

Introduzione

di Alice Melzi e Valentina Ghetti

Il presente vademecum raccoglie i principali articoli pubblicati nel corso dell'ultimo anno in tema di programmazione e governance regionale in tempo ordinario fino all'irruzione del Covid (si rimanda al compendio dedicato all'Emergenza per l'approfondimento delle principali decisioni e scelte programmatorie assunte a livello regionale in tempo Covid), finanziamento del welfare e spesa sociale dei comuni. L'ultima parte è dedicata agli attori del welfare lombardo impegnati tra sfide e interventi innovativi.

La programmazione regionale pre-Covid

Nel mese di novembre 2019, Regione Lombardia ha approvato la proposta di Piano Sociosanitario Integrato per il quinquennio 2019 – 2023, strumento di programmazione regionale introdotto dalla riforma sociosanitaria lombarda avviata con la Lr n. 23/2015, che individua le aree di priorità e le principali direzioni di sviluppo per ciascun ambito che compone il sistema dei servizi sociosanitari. Il primo articolo del compendio, *La proposta di PSS Lombardo Integrato 2019 – 2023*, presenta i principali contenuti della proposta del Piano riguardo minori e famiglia, disabilità e non autosufficienza, salute mentale.

Le prime reazioni alla proposta, in particolare da parte del mondo del terzo settore, non sono molto positive: il continuo richiamo all'integrazione sociosanitaria, in contrasto con la separazione del comparto socio-sanitario da quello sociale, attuata con la riforma ex Lr 23/2015, costituisce uno degli elementi ritenuti di maggiore criticità. Il secondo articolo proposto, *Cambiare paradigma? Perché noi siamo già unici*, è un contributo di commento alla proposta di Piano Sociosanitario Integrato adottata che presenta il punto di vista del Forum Terzo Settore Lombardia.

Proseguendo, in tema di programmazione e governance regionale in tempo ordinario, il terzo articolo, *Delibera delle Regole di esercizio 2020*, presenta i principali punti delle Regole di esercizio sociosanitario di Regione Lombardia per il 2020, il consueto provvedimento che, ad inizio di ogni anno, individua gli obiettivi e gli indirizzi in merito alla gestione del sistema sociosanitario.

Segue e chiude questa prima parte, l'articolo, *Ancora principi … ma quando si passa all'azione?,* contributo di commento alle Regole 2020 riguardo i temi afferenti l'area della disabilità.

Finanziamento e spesa

Questa seconda parte è dedicata all'analisi del finanziamento al welfare seguendo l'andamento annuale del finanziamento nazionale alle politiche sociali e del riparto alla Lombardia dei principali fondi, e ad osservare e commentare i dati riferiti alla spesa, in particolare dei comuni.

L'articolo, *Fondi per il welfare: cosa c'è di nuovo dopo le manovre estive*, fa il punto sul budget di risorse 2019, analizzando come è cambiato il quadro delle risorse per il welfare regionale dopo l'estate e quali novità sono state introdotte sul fronte dei fondi nazionali per le politiche sociali e per la sanità.

Il secondo contributo, *Un anno in più di spesa sociale. Effetti per la Lombardia*, invece, analizza e commenta i dati più recenti a disposizione dell'Indagine Istat 2017 sulla spesa sociale dei comuni lombardi confronto a confronto con quelli delle altre regioni.

Gli attori del welfare lombardo tra sfide e interventi innovativi

Il primo articolo, *Il futuro dei progetti di welfare comunitario*, presenta la ricerca che Fondazione Cariplo sta realizzando, assieme a LombardiaSociale, per capire quali siano le ricadute dei progetti di Welfare in Azione sulle politiche territoriali e quanto abbiano lasciato un cambiamento duraturo a livello locale. Il programma Welfare in Azione avviato nel 2014 ha rappresentato un'occasione davvero preziosa per ripensare e sperimentare nuove forme di welfare territoriale e comunitario. I progetti delle prime due edizioni sono giunti al termine e diventa interessante cercare di comprendere il segno che queste progettualità stanno lasciando nelle politiche sociali dei territori.

Il successivo contributo, *Il Network delle Aziende Speciali lombarde compie 10 anni*, presenta i dati sull'evoluzione delle Aziende Speciali lombarde, una forma di gestione associata sempre più diffusa nella nostra regione e che spesso caratterizza i contesti maggiormente proiettati allo sviluppo e sperimentazione di nuove forme di innovazione sociale.

Il terzo articolo, *L'identikit delle Fondazioni di comunità*, propone una fotografia delle Fondazioni di Comunità. Quante sono, quale valore generano, quali sfide dovranno affrontare nel prossimo futuro? Domande a cui un recente approfondimento promosso dalla Fondazione Cariplo tenta di rispondere, mostrando dati ed evidenze a partire dall'esperienza delle 16 Fondazioni comunitarie nate dal proprio progetto.

L'ultimo contributo, *Emergenza Covid-19: un volontariato diverso,* propone dati e riflessioni raccolti e analizzati da CSVnet Lombardia in merito a come le organizzazioni del volontariato e del terzo settore hanno affrontato l'emergenza sanitaria e sociale data dal Covid-19, ai nuovi legami creati con cittadini e enti locali e alle prospettive per il futuro.

La programmazione regionale pre-Covid

La proposta di PSS Lombardo Integrato 2019 – 2023

Dgr n. 2498 del 26.11.2019

a cura di Alice Melzi

18 Dicembre 2019

Temi > Anziani, Disabilità, Consultori, Cure palliative, Famiglie e minori, Integrazione sociosanitaria, Presa in carico, Riforma sociosanitaria, Salute mentale

La Regione ha recentemente approvato la proposta del Piano Sociosanitario Integrato per il quinquennio 2019 – 2023, strumento di programmazione regionale che individua le aree di priorità e le principali direzioni di sviluppo per ciascun ambito che compone il sistema dei servizi sociosanitari. Il presente contributo riporta i principali contenuti riguardo minori e famiglia, disabilità e non autosufficienza, salute mentale.

Con la Dgr n. 2498 del 26.11.2019 è stata approvata la proposta del Piano Sociosanitario Lombardo Integrato per il periodo 2019 – 2023, strumento di programmazione del sistema sociosanitario regionale, previsto dall'art. 4 della Lr 33/2009, introdotto dalla riforma sociosanitaria lombarda avviata con la Lr n. 23/2015. La sua finalità è quella di declinare le linee di indirizzo del Programma Regionale di Sviluppo della XI legislatura (DCR n. 64 del 10.07.2018) in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale.

La proposta, come previsto dalla Lr 33/2009 è al vaglio dell'Osservatorio Integrato del Sistema Sociosanitario Lombardo, rappresentativo di tutte le professioni e delle realtà sanitarie che ha il compito di valutare il documento prodotto e di esprimere un parere consultivo comprensivo di eventuali proposte e modifiche, prima di essere trasmesso al Consiglio Regionale per la sua approvazione finale.

Le prime reazioni alla proposta, da parte del mondo del terzo settore, non sono particolarmente positive: il continuo richiamo all'integrazione sociosanitaria, in contrasto con la separazione del comparto socio-sanitario da quello sociale, attuata

con la riforma ex Lr 23/2015, costituisce uno degli elementi ritenuti di maggiore criticità. Lasciamo dibattito e approfondimenti sul tema a contributi che verranno pubblicati successivamente, vediamo ora alcuni tra i principali contenuti della proposta di Piano.

Il contesto demografico

Prima di andare a dettagliare le aree di priorità e le principali direzioni di sviluppo del sistema sociosanitario lombardo, la proposta di Piano, analizza il contesto demografico a livello regionale, al fine di rappresentare il quadro previsionale dei bisogni. Le principali evidenze che emergono sono le seguenti:

- **In generale lieve aumento della popolazione lombarda** negli ultimi anni a causa di un saldo migratorio positivo; continua ad essere negativo, invece, come a livello nazionale, il saldo naturale, ossia il bilancio tra morti e nati, in parte per un eccesso di mortalità peculiare del 2015, ma anche per un indice di fecondità basso da anni.
- **Cresce l'invecchiamento e contestualmente anche il carico assistenziale**: l'indice di dipendenza, simile a quello nazionale, mostra che per ogni due adulti in potenziale età lavorativa è presente un anziano o un bambino da seguire. Si osserva che l'invecchiamento è maggiore nelle aree meridionali (ATS di Pavia e della Val Padana) e meno nella parte est della regione (ATS di Bergamo e Brescia). La prospettiva è di anziani più vecchi, più soli e con supporti familiari meno presenti e meno disponibili, tenuto conto che le risorse di cura familiare nei prossimi venti anni andranno riducendosi, in un quadro demografico in continua evoluzione.
- **Aumentano i soggetti in condizione di cronicità soprattutto over65**, in modo quasi direttamente proporzionale all'incremento del numero di soggetti nella specifica classe di età.
- **In calo i ricoveri ospedalieri, ma non per le persone over80.** Il dato pone all'attenzione la necessità di adeguare l'offerta alle necessità di pazienti sempre più anziani, instabili dal punto di vista clinico e fragili dal punto di vista assistenziale. Per le prestazioni ambulatoriali si osserva che si riducono quelle a favore di soggetti non cronici e che aumentano quelle per i pazienti cronici in termini assoluti. La farmaceutica territoriale rileva invece un incremento evidente di consumi e di soggetti consumatori sopra i 65 anni.

Priorità e principali direzioni di sviluppo del sistema sociosanitario lombardo riguardo minori e famiglia, disabilità e non autosufficienza, salute mentale

La proposta di Piano, individua per ciascun ambito che compone il sistema dei servizi sociosanitari a livello regionale le aree di priorità e le principali direzioni di sviluppo, fornendo anche, come richiesto dalla normativa vigente, indicazioni riguardo gli indicatori di risultato da impiegare per il controllo e la valutazione.

In questa sede riportiamo una sintesi dei contenuti che riguardano gli ambiti afferenti minori e famiglia, disabilità e non autosufficienza, salute mentale. Per una lettura completa ed approfondita si rimanda al documento in allegato.

Le linee di sviluppo a livello generale della rete sociosanitaria di servizi e prestazioni

In generale la proposta di Piano individua due priorità principali per lo sviluppo della rete delle unità d'offerta sociosanitarie che comprende servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari:

- rafforzare gli interventi a sostegno della domiciliarità, essendo questo il livello assistenziale in cui maggiormente si integrano i servizi della rete informale con effetti positivi in termini di qualità di vita e sostenibilità rispetto all'evoluzione dei bisogni;
- assicurare, anche attraverso la stabilizzazione delle sperimentazioni in essere, la presa in carico globale, integrata e flessibile destinata a: sostenere la domiciliarità delle persone anziane con disabilità complesse; sviluppare percorsi di supporto alla domiciliarità attraverso specifiche misure di sostegno del caregiver familiare; assicurare forme di residenzialità protetta/assistita – intermedie tra domicilio e Struttura residenziale – capaci di ritardare il più possibile il ricovero in struttura residenziale sostenendo le capacità residue o percorsi di vita autonoma; favorire l'apertura delle strutture residenziali a persone che vivono al proprio domicilio e presentano bisogni complessi non affrontabili da parte della tradizionale rete territoriale dei servizi semiresidenziali; favorire forme di accoglienza temporanea volta a sostenere specifiche esigenze del caregiver sia familiare che professionale; assicurare, anche attraverso una revisione degli attuali standard gestionali dei servizi dedicati agli anziani e alle persone con disabilità, risposte più mirate.

Il documento inoltre sottolinea che l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari e sociosanitari diventa una necessità "imperativa" per organizzare risposte globali e integrate, così come la governance istituzionale deve guidare i processi che stanno alla base della tutela della salute e della qualità di vita delle persone fragili. A tal fine, nel quadro normativo definito dalla Lr 23/2015, i due strumenti fondamentali individuati

per rafforzare la dimensione della programmazione e potenziare il livello di integrazione tra i settori, sono il "Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali" e l'attribuzione alla Cabina di Regia di "funzioni consultive rispetto alle attività del Dipartimento". Molta importanza viene data al ruolo di regia delle ATS nella costante interlocuzione con i comuni associati (Piani di Zona).

Consultori famigliari

In premessa viene richiamata la riforma dei consultori familiari attuata negli ultimi anni da Regione Lombardia culminata con una modifica del tariffario che ha permesso l'ampliamento delle funzioni e che a completamento di questa evoluzione si intende potenziare le funzioni sociali di tipo specialistico al fine di sostenere la natalità, la genitorialità, il benessere familiare e la funzione di aiuto per i familiari più fragili e di orientamento anche verso altri servizi. Secondo questa logica, il consultorio diventa il punto di riferimento per le famiglie e, attraverso la governance delle ATS, viene accresciuta la sinergia e l'integrazione con le risorse e i diversi servizi del territorio. A tal fine, le aree di bisogno identificate nella proposta di Piano sono:

- il preconcepimento, la gravidanza e il puerperio 0-3 anni, con la finalità principale di promuovere la salute dei genitori e dei bambini, con particolare riferimento alle situazioni a rischio relazionale;
- il sostegno precoce del benessere psicologico dei minori in tenera età, figli di genitori fragili al fine di prevenire interventi di controllo sociale e giuridico;
- la promozione della salute degli adolescenti e dei preadolescenti, in approccio coordinato con le agenzie educative del territorio e con le altre progettualità/sperimentazioni avviate sul territorio;
- la facilitazione dell'accesso ai consultori famigliari tramite l'utilizzo di canali comunicazionali via web con particolare attenzione alla dimensione interculturale;
- la salute di genere e gli interventi finalizzati alla prevenzione della salute psicofisica della donna nelle diverse fasi di vita, compresa la prevenzione dei tumori femminili;
- l'intervento sulle relazioni violente intrafamiliari favorendo il raccordo con i centri antiviolenza;
- la promozione della genitorialità sociale, adottiva e della deistituzionalizzazione delle risposte per la protezione dei minori in collaborazione con gli enti locali, l'associazionismo e il terzo settore;

- la promozione della procreazione responsabile, della contraccezione e dell'educazione sessuale, la prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza e interventi volti alla riduzione del rischio di aborto ripetuto;
- la gestione della separazione della coppia genitoriale al fine di evitare e/o contenere la conflittualità e facilitare le fasi di transizione del sistema famigliare, anche nella prospettiva della continuità delle responsabilità genitoriali.

Cronicità

Riguardo questo ambito, che come rilevato dai dati, interessa un crescente numero di persone soprattutto over 65, la proposta di Piano, in continuità con il modello di presa in carico della cronicità avviato con la riforma del sistema sociosanitario, richiama le seguenti linee di sviluppo:

- il progressivo e completo coinvolgimento del MMG/PLS come clinical manager, sia singolo che associato in cooperativa. Rimane, infatti, principalmente al medico di famiglia e al pediatra di libera scelta il compito di ricomporre e integrare i contributi specialistici al fine di rispondere compiutamente ai bisogni complessivi del paziente;
- l'integrazione nei piani assistenziali individuali degli aspetti della prevenzione e della promozione della salute, degli interventi sociosanitari e sociali;
- la valorizzazione del ruolo del "case manager" che possa accompagnare, orientare e tutelare il malato e la sua famiglia nel percorso di cura;
- la progressiva differenziazione del ruolo dell'Ospedale e della medicina territoriale nella presa in carico dei diversi pazienti anche sulla base dei differenti livelli di complessità e di intensità assistenziale;
- l'attuazione di modalità proattive di individuazione dei soggetti con più elevato rischio, sia in ambito ospedaliero che nelle cure primarie, per assicurare una tempestiva presa in carico dei soggetti più fragili dopo un evento acuto che ha determinato un peggioramento delle condizioni cliniche e della autonomia;
- la valorizzazione della valutazione multidimensionale sia in ambito territoriale sia in ambito ospedaliero;
- il continuo monitoraggio del processo e la valutazione degli esiti, in termini di accessi al Pronto Soccorso – ricoveri ripetuti – istituzionalizzazione;
- l'individuazione di tariffe orientate a promuovere la permanenza del paziente nel territorio.

Disabilità

La proposta di Piano sottolinea l'intenzione di Regione Lombardia di concludere e valutare le numerose sperimentazioni avviate, in un'ottica di maggior personalizzazione e flessibilità degli interventi e di presa in carico globale, al fine di stabilizzare e dare continuità agli interventi efficaci. In particolare: le azioni previste dalla Dgr n. 392/2012 riguardo la riabilitazione di soggetti disabili e il case management rivolto a soggetti con disturbo dello spettro autistico e alle loro famiglie; le misure B1 e B2 sostenute con risorse del FNA e risorse regionali a supporto del caregiver familiare per il mantenimento al domicilio di persone in condizione di disabilità grave e gravissima; la sperimentazione di progetti di vita indipendente e di inclusione sociale delle persone con disabilità sostenuta con quota parte di risorse FNA e cofinanziamento di alcuni Ambiti – Protocollo Regione e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; gli interventi afferente i temi del "Dopo di Noi" in attuazione della L. 112/2017 "Dopo di noi" e Dgr n. 6674/2917.

Nel prossimo quinquennio, inoltre, il documento individua le seguenti direzioni di sviluppo:

- definire con le Amministrazioni locali, attraverso i Piani di Zona, progetti per l'inclusione sociale delle persone con disabilità mediante i percorsi sperimentati attraverso i "voucher per l'autonomia e l'inclusione attiva", declinati e finanziati con risorse comunitarie;
- offrire sostegni alla permanenza al domicilio delle persone con disabilità, coerenti con le diverse fasi del "ciclo di vita", che si concretizzino in misure specifiche a supporto delle famiglie che le assistono, a promozione di formule di coresidenzialità autogestita, di percorsi di accompagnamento all'autonomia, di vita indipendente, di piena inclusione sociale;
- rafforzare l'intervento a favore di minori con gravissima disabilità, in particolare quelli in "dipendenza vitale", sviluppando percorsi di affiancamento ai genitori in contesti/ambienti di tipo familiare alternativi all'utilizzo inappropriato dell'ospedale (come, ad esempio, le comunità a lungo sperimentate in Lombardia che ospitano bambini con disabilità gravissime) implementandone l'offerta territoriale;
- assicurare, a livello di cure specialistiche ambulatoriali e ospedaliere, servizi flessibili, personalizzati, capaci di erogare prestazioni con i tempi e le modalità adeguate alle condizioni del paziente disabile (modello DAMA);
- finalizzare le misure previste da FNA e Dopo di Noi raccordandole e integrandole con l'insieme degli interventi sanitari e/o sociosanitari e/o sociali

affinché risorse e sostegni siano orientati a sostenere il Progetto di vita quale reale ed appropriata modalità d'intervento;

- consolidare il ruolo di case-manager a livello territoriale per garantire l'orientamento e il supporto alla persona e alla famiglia, la comunicazione tra gli operatori, la integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, la costruzione di percorsi di presa in carico e di progetti di vita;
- monitorare i servizi semiresidenziali e residenziali, al fine di renderli sempre più rispondenti alle diversificate esigenze delle persone;
- monitorare gli interventi definiti, anche a seguito di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, di natura sociosanitaria a favore dei minori vittime di abuso, grave maltrattamento e in situazioni di particolare vulnerabilità inseriti in contesti comunitari;
- tutelare il passaggio alla maggiore età, momento di crisi per la persona e la sua famiglia, per individuare insieme i servizi appropriati e necessari alla qualità della vita;
- valorizzare il ruolo del volontariato e del terzo settore.

Dimissioni protette in ambito ospedaliero

Nell'ottica di superare la frammentazione dei servizi tra territorio e ambito specialistico e considerare gli aspetti sociali, famigliari ed economici come determinanti della qualità della vita e della salute e garantire la continuità tra la fase della diagnosi, della cura, della riabilitazione e dell'assistenza, la proposta di Piano enuncia che in ogni ambito di ricovero verranno implementati i servizi orientati alle dimissioni protette. Servizi multiprofessionali con competenze nella valutazione multidimensionale e nel case management, capaci di individuare, nel rispetto delle scelte e della famiglia, percorsi di cura post dimissione che possono prevedere il rientro al domicilio con il supporto dell'assistenza domiciliare o con modelli di presa in carico della cronicità, la riabilitazione, le degenze di comunità, le cure palliative, o l'inserimento in struttura residenziale di lunga degenza.

Degenze di comunità, POT e PreSST

Per degenze di comunità, ricordiamo, si intende il complesso sistema delle cure sub acute, post acute, generali geriatriche, intermedie erogate in diversi ambiti assistenziali residenziali, sanitari, sociosanitari e sociali, la cui rete è stata recentemente ridisegnata in via sperimentale dalla Dgr n. 2019 del 31.07.2019. A riguardo la proposta di Piano sottolinea la necessità di portare a compimento il disegno sperimentale, monitorandone gli esiti, uniformando i criteri e le modalità di

accesso e modulando l'offerta sulla reale domanda espressa, promuovendo la continuità con le degenze ospedaliere.

Riguardo i POT, che ricordiamo – sono definiti dalla Lr 23/2015 come "strutture multiservizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali, sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari" – la proposta di Piano evidenzia che dovranno rappresentare un nodo funzionale della rete e operare promuovendo la collaborazione tra i diversi ambiti, avvalendosi anche dei medici di medicina generale, che partecipano alla gestione clinica dei propri pazienti ricoverati, con differenti livelli di collaborazione nell'ambito di accordi specifici stipulati con la ASST e con l'ATS di riferimento, con ampia autonomia assistenziale e gestionale affidata all'infermiere. Dovrà, inoltre, essere sviluppato il ruolo di case management e di programmazione di percorsi post dimissione e di presa in carico, favorendo, ove possibile, il rientro al domicilio.

Al fine di ricomporre i servizi erogati alla persona costruendo un'efficace risposta alle complesse diversificate esigenze del cittadino nelle diverse fasi della vita del malato cronico, il documento sottolinea che occorre rafforzare e sviluppare il PreSST quale luogo appropriato, ben identificabile per la popolazione, di erogazione di servizi e di costruzione di percorsi di cura. Devono essere il punto di accesso unico e il primo punto di contatto ai servizi per ogni problema di salute e rappresentare il luogo di incontro di più figure professionali con una forte vocazione al governo della presa in carico e all'integrazione sociosanitaria e sociale. Dovranno assicurare la valutazione multidimensionale e la progettazione di percorsi personalizzati.

Cure domiciliari

Le direzioni di sviluppo del sistema sociosanitario in tema di diritto alle cure presso il proprio domicilio, secondo quanto indicato nella proposta di Piano sono:

- allocare i finanziamenti attraverso una negoziazione che, oltre ai criteri su base storica, tenga in considerazione criteri oggettivi relativi ai bisogni, anche al fine di diminuire la disomogeneità nell'offerta dei servizi;
- evidenziare profili di cura rivolti a pazienti complessi, con specifiche necessità (quali ad esempio la dialisi domiciliare, l'assistenza specialistica domiciliare per persone in condizione di dipendenza vitale) e identificare gli enti erogatori con caratteristiche gestionali ed organizzative adeguate agli stessi;
- sperimentare forme di assistenza domiciliare di bassa intensità, prolungate nel tempo, erogate in stretta connessione con il medico di famiglia, con finalità di educazione sanitaria, prevenzione del decadimento cognitivo e della cronicità,

monitoraggio delle condizioni di salute e individuazione tempestiva delle situazioni di instabilità clinica;

- valutare gli esiti della sperimentazione introdotta con la Dgr 7770/2018 al fine di implementare il ruolo di valutazione multidimensionale e di costruzione di percorsi di cura da parte del PreSST e dei servizi di dimissione protetta ospedalieri, con particolare riferimento alle situazioni complesse e ad alta intensità assistenziale.
- affrontare, d'intesa coi comuni, il tema dell'assistenza tutelare a favore delle persone disabili e non autosufficienti al fine di integrare il ruolo del caregiver famigliare realizzando una reale integrazione tra la dimensione sociosanitaria e quella sociale.

Il documento cita anche l'importanza di promuovere/sostenere le politiche innovative e le sperimentazioni in ambito abitativo (es. housing/cohousing, tecnologie domotiche,…) e del welfare comunità.

Cure Palliative e Hospice

In questi ultimi anni il settore è stato oggetto di riforma a partire dalla Lr 23/2015 e in adempimento del DPCM 12.01.2017 sui nuovi LEA, al fine di promuove forme di governo dei processi di presa in carico e di cura in grado di migliorare e semplificare l'accessibilità ai servizi rispondendo maggiormente alla specificità dei bisogni dei pazienti. In continuità con il rinnovamento del sistema avviato, la proposta di Piano sottolinea l'intenzione di rivolgere specifiche risposte di intervento ai minori in particolari condizioni di malattia inguaribile e/o terminale e ai loro famigliari anche mediante la valutazione degli esiti dell'iniziativa ex Dgr 728/2018. Individua, inoltre, come direzioni prioritarie di sviluppo: proseguire nelle azioni di informazione, sensibilizzazione, formazione rivolte a tutti gli operatori del sistema sociosanitario; implementare la collaborazione tra i servizi di cure palliative e gli specialisti che hanno seguito il paziente nelle diverse fasi della malattia; valutare le esperienze e promuovere le capacità prognostiche per definire il momento di attivazione delle cure palliative e avviare programmi di symultaneous care.

Piano per le demenze e per l'autismo

Un'attenzione particolare è dedicata a questi due ambiti riguardo i quali, a fronte di una ingente domanda di diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza non solo a livello sanitario, ma anche sociosanitario e sociale, permangono importanti difficoltà di presa in carico continuativa e globale. La proposta di Piano richiama la definizione di specifici

piani, a cura del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) regionale, al fine di superare le criticità presenti del sistema di servizi e prestazioni a riguardo.

Misure a favore della popolazione fragile

La proposta di Piano in questa parte del documento si riferisce alle forme di intervento, innovative e flessibili, finalizzate alla presa in carico di anziani e minori, in condizioni peculiari di fragilità e/o vulnerabilità nonché al contemporaneo sostegno del nucleo famigliare nelle sue funzioni di accadimento e cura, avviate a partire dalla Dgr 116/2013, nello specifico: residenzialità assistita, RSA aperta, misura residenzialità per disabili gravissimi e comunità per vittime di abuso e grave maltrattamento per i minori. La principale direzione di sviluppo di questa area è necessariamente la stabilizzazione e il consolidamento di queste misure.

Salute mentale

La principale problematica relativa all'ambito psichiatrico che la proposta del Piano richiama, concerne il fatto che attualmente oltre il 70% della spesa riguarda la residenzialità, sistema che coinvolge meno del 5% dei pazienti in carico. È indicazione prioritaria dunque la revisione della residenzialità e l'individuazione di meccanismi più flessibili e centrati sui percorsi (ad es sperimentazioni budget di salute) che riportino l'asse dell'intervento sulla territorialità, a partire dalla riorganizzazione dei Centri Psicosociali, rafforzandone le competenze, differenziando i percorsi a seconda della tipologia dei pazienti che vi accedono, potenziando le competenze di "case management". Il documento inoltre, sottolinea tra le priorità, anche il superamento del concetto di Doppia Diagnosi e la necessità di un approccio integrato basato sulla centralità della persona.

Le priorità afferenti l'area della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza riguardano, invece:

- L'introduzione di criteri di priorità mirati per gli accessi e per gli interventi terapeutici (triage), che tengano in considerazione età, profilo di funzionamento, comorbilità, fattori di rischio, modulando di conseguenza tempestività, intensità e specificità degli interventi e ponendo particolare attenzione ai primi anni di vita, all'età pre-adolescenziale, alle fasi di transizione e agli interventi sul contesto di vita;
- Il completamento della rete coordinata prevista tra UONPIA e riabilitazione per l'età evolutiva, e la strutturazione di network per i principali disturbi NPIA, secondo il modello già in atto per l'ADHD;
- L'introduzione di interventi di telemedicina e teleriabilitazione;

- Il completamento di un sistema integrato di risposta all'acuzie psichiatrica in adolescenza, che garantisca in modo omogeneo ed appropriato la gestione di base nell'ambito nella rete dell'emergenza-urgenza, e la gestione specialistica e la necessità di ricovero in alcuni punti di secondo livello, attivando inoltre interventi appropriati per la gestione della pre e post acuzie nei territori;
- L'implementazione di risposte differenziate in base ai livelli di complessità e tecnologia necessari nelle patologie neurologiche dell'età evolutiva;
- Una puntuale attenzione al tema della continuità assistenziale nel delicato passaggio alla maggiore età dei minori presi in carico anche attraverso strutture finalizzate.

Allegati

- Allegato PSSR

Punti di vista

Cambiare paradigma? Perché noi siamo già unici

Un contributo di Valeria Negrini, portavoce del Forum Terzo Settore Lombardia

A cura di Alice Melzi

11 febbraio 2020

Temi > Programmazione e governance, Anziani, Disabili, Integrazione sociosanitaria, presa in carico, Riforma sociosanitaria, Terzo settore

Riflessioni a margine della richiesta di istituire un'unica direzione generale per gli interventi sociosanitari, socio assistenziali e sociali e commento riguardo la proposta del Piano Sociosanitario Integrato lombardo per il quinquennio 2019 – 2023 recentemente approvata.

Premessa

Lo scorso dicembre, a seguito della presentazione da parte dell'Assessorato al Welfare della proposta del nuovo Piano Sociosanitario Integrato per il periodo 2019-2023, il Forum Terzo Settore della Lombardia, interpretando il pensiero delle associate che si occupano anche di servizi socio-sanitari (Alleanza Cooperative Italiane-Welfare Lombardia; ANFFAS Lombardia; ARLEA, CEAL, CNCA, LEDHA, UNEBA Lombardia) ha proposto, in una lettera indirizzata al Presidente Fontana e agli Assessori Gallera, Bolognini, Piani, di affidare ad un'unica Direzione Generale le competenze in materia di interventi socio-sanitari connessi con gli interventi sociali.

Tale richiesta, che pure ha generato perplessità in alcuni mondi e alla quale nessuno degli interessati ha dato finora risposta, nasce dalla constatazione dell'enorme distanza che intercorre tra "la teoria e la prassi" e tra le aspettative (condivise) per un Assessorato "Unico" al Welfare come luogo di ricomposizione degli aspetti sanitari, socio-sanitari e sociali e la constatazione della loro, ad oggi, mancata e insufficiente realizzazione.

Di fatto, nel quadriennio, **si è assistito non ad una integrazione tra settore socio-sanitario e settore sanitario, ma ad una progressiva e costante attrazione del primo verso il secondo, con conseguenze rilevanti, non solo in termini di risorse economiche, sulle attività svolte dagli enti e soprattutto sulla vita dei cittadini e cittadine lombardi.**

A partire dall'approvazione della Legge 23/2015 (che, ricordiamo, aveva un carattere sperimentale di cinque anni, al termine del quale la Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, dovrebbe valutare i risultati della sperimentazione) abbiamo letto in molte delibere reiterati annunci da parte di Regione Lombardia in merito alla necessità, che in questo Piano viene accompagnata dall'aggettivo "imperativa", di attuare una integrazione tra servizi sociali e socio sanitari e sanitari al fine di organizzare risposte globali e integrate. Anche il nuovo PSL riporta, citiamo testualmente, *"L'integrazione sociosanitaria diventa un obiettivo non più procrastinabile e diventa essenziale il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati. Il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie consente di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio."*

Come non essere d'accordo? Ma dagli annunci si è passati all'azione?

Parrebbe implicito nelle parole di Regione Lombardia che poco è stato fatto in questo senso se oggi, a distanza di 5 anni dalla Legge di Riforma, diventa improcrastinabile l'integrazione; potremmo fare molti esempi in tal senso: solo nel luglio 2019 Regione Lombardia, con la DGR 2019 fornisce le "Prime indicazioni per l'avvio del percorso di riordino e di riclassificazione dei PreSST, dei POT e delle degenze di comunità" cioè di quei luoghi nei quali avrebbe dovuto avviarsi una nuova modalità integrata di presa in carico; ma pensiamo anche al ritardo nell' "arruolamento" dei pazienti cronici anche dopo la "pace fatta" con i MMG con la DGR 754/2018. Ad oggi sono stati arruolati circa 335.000 pazienti, quasi tutti compresi nella fascia 3 (monopatologici – stimati da Regione in 1.900.000) numeri ben distanti dal bisogno mappato da Regione (3.350.000 i pazienti cronici, suddivisi in 3 livelli di complessità).

Resta ancora da capire e verificare, tuttavia, se, al netto delle difficoltà applicative che hanno richiesto ben una decina di delibere e centinaia di pagine di istruzioni e indicazioni operative, questo nuovo modello, molto centrato su aspetti formali e organizzativi, visite e prestazioni standardizzate entro un calendario programmato di controlli periodici (che peraltro non sono affatto garantiti), realizzi veramente una "presa in carico" della persona.

Noi pensiamo di no, perché la salute delle persone riguarda la loro vita in tutte le sue componenti e per ristabilire o raggiungere un proprio equilibrio non basta sottoporsi ad una serie programmata di visite specialistiche e di controlli; la persona (e nemmeno il paziente) non ha bisogno solamente di controllare alcuni parametri biologici, di eseguire test e di assumere farmaci secondo un calendario predefinito.

Tutto questo risulta ancora più evidente se parliamo di persone disabili (minori e adulti), di persone con problemi di salute mentale o con problemi di dipendenza (o meglio di dipendenze) di minori e adolescenti in difficoltà, di anziani in condizione di fragilità; "categorie" queste che hanno bisogno di essere gestite all'interno della comunità di riferimento, di essere viste secondo le proprie personali esigenze che mutano nel tempo e richiedono la costante ridefinizione dei percorsi di cura, in ragione dell'evoluzione del contesto familiare e sociale di riferimento e non solo dell'evoluzione della malattia. **Non basta dichiarare la rilevanza di questi aspetti a parole nei documenti e negli atti normativi, bisogna che il modello organizzativo, le azioni e le risorse messe in campo per attuarlo siano coerenti con gli annunci. E non basta nemmeno una puntuale definizione a livello normativo; è necessario un riposizionamento culturale e professionale di tutti gli attori in gioco, quelli del sistema pubblico così come del sistema privato.**

Per questo sospendiamo il giudizio sulla proposta di PSL 2019-2023 deliberato da Regione Lombardia, che ci appare generico e ridondante in molte parti.

A partire dalle priorità, di cui ben quattro[1] riguardano la necessità di riorganizzare il sistema sanitario nell'ottica dell'integrazione, della trasversalità e dello spostare l'attenzione dalle strutture ai servizi territoriali e domiciliari. Il PLS, sulla base della consapevolezza che per rispondere all'aumento della complessità dei bisogni non sono più sufficienti azioni volte a programmare e organizzare i servizi, afferma la necessità di nuovi *"paradigmi più capaci di interazione collaborativa"[2].* In effetti in gran parte del PSL ritorna l'idea che un Servizio Sociosanitario non può più dare risposte settoriali e rigide. In merito alle prime 4 priorità constatiamo quanto già commentato poco fa: se a distanza di 5 anni dalla Legge 23/2015 è necessario ancora ribadire l'importanza dell'integrazione socio-sanitaria e una diversa modalità di collaborazione significa che la stessa Regione ammette che siamo distanti dall'aver raggiunto l'obbiettivo. Cosa vorrà dire poi cambio di paradigma sarà tutto da scoprire, perché indicazioni e volontà precise in questo senso mancano nel Piano, così come mancano, in generale, dati precisi relativi alla domanda, all'offerta, e, soprattutto manca una precisa pianificazione operativa, una programmazione, anno per anno, di cosa si vuole effettivamente fare. Senza questa programmazione il rischio è di approvare un Piano generico e poi, durante il quinquennio di vigenza, assistere a DGR o a Regole di Sistema che vanno in direzioni diverse.

Cambiare paradigma … nuovo?

Per noi cambio di paradigma deve significare un ribaltamento, una rivoluzione. Se abbracciamo la visione bio-psico-sociale, non possiamo continuare a relegare al ruolo di cenerentola l'attività squisitamente sociale. L'unificazione del Welfare in un unico assessorato, è stata incompleta. Per ora si è vista la riconduzione delle UdO ad alta integrazione sociale e sanitaria, dall'ambito della L.r. 3/2008, a quello della L. 33/2009. Però la riconduzione ha riguardato solo le UdO che ricevono finanziamenti a carico del FSR, mentre altri interventi sono rimasti fuori. **Se si volesse davvero avere una visione dove la rilevanza sanitaria è ricompresa in un più ampio ambito che includa anche la dimensione sociale, forse si deve tornare a dare piena dignità ai contenuti della L.r. 3/2008**; una legge che è stata svuotata a seguito all'approvazione della L.r. 23/2015 e la cui revisione è stata incomprensibilmente abbandonata da ben cinque anni. Tutte le condivisibili aspirazioni del PLS di deospedalizzare e deistituzionalizzare, si possono ricomprendere in quanto la L.r. 3/2008 dichiarava all'art. 1 comma 1: *"[…]promuovere condizioni di benessere e inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità e di prevenire, rimuovere o ridurre situazioni di disagio".* Se la finalità di ogni intervento socio-sanitario, sociale e anche – e soprattutto – sanitario fosse subordinato alle finalità dell'inclusione e del benessere, già si intraprenderebbe la giusta via di attuazione del progetto di vita e si potrebbero realizzare gli auspici del PSL.

L'unificazione del sistema socio-sanitario

Il tema dell'unificazione del sistema socio sanitario è spesso ripreso all'interno del testo, con alcuni passaggi davvero chiari e molto efficaci, come nel paragrafo relativo alla "Cronicità", dove si legge *"[…]lo stato di salute è l'esito delle "relazioni" tra sistemi in cui è inserita la persona (famiglia, ambiente, scuola, lavoro, ecc); fra questi sistemi la "sanità" e il "sociale" sono quelli per cui l'integrazione diventa una priorità strategica per rispondere alla complessità delle domande di salute che richiedono attenzione alla globalità dei bisogni della persona ed un approccio unitario ai suoi problemi di salute"*[3]. Più avanti nel paragrafo sulla disabilità non si può non apprezzare l'attenzione a dignità e qualità della vita, e la presa di coscienza dei labili confini tra i bisogni sanitari, socio sanitari e sociali. Queste affermazioni trovano certamente approvazione e riscontro nella visione degli operatori dei servizi e dei cittadini che ne usufruiscono. Purtroppo però nella realtà quotidiana l'unificazione non ha comportato una reale unificazione tra l'approccio sociale e quello sanitario. Ha piuttosto comportato un irrigidimento delle attività socio sanitarie e socioassistenziali che per rispondere a prassi tipicamente mediche **hanno dovuto rinunciare alla flessibilità della visione sociale, che ne rappresenta la specificità, nonchè la ricchezza e l'efficacia per il benessere delle persone.**

Per fare un solo esempio, pensiamo alla difficile conciliazione tra partecipazione alla vita sociale e somministrazione farmaci effettuabile solo da parte dell'infermiere. Persone assistite in UdO per disabilità, ma anche per salute mentale, hanno viste ridotte le loro attività, che prevedevano la partecipazione sociale a causa dell'impossibilità di poter assumere le terapie[4] con l'ausilio di figure alternative all'infermiere. Quotidianamente assumiamo terapie, somministriamo terapie ai nostri congiunti, e le collaboratrici familiari somministrano regolarmente terapie. Si tratta della norma e non dell'eccezione. Questo ci consente di vivere una vita normale. **La vocazione sociale dei servizi è proprio quella di "normalizzare" la vita delle persone.** Siamo perfettamente d'accordo col PSL laddove dice che *"[…]L'approccio alla disabilità deve integrare aspetti specificatamente sanitari all'interno di una visione più ampia che abbraccia anche le componenti sociali".* Concordiamo con l'affermazione che il piano assistenziale deve essere *"declinato all'interno del Progetto di Vita"***,** ma non capiamo perché nella declinazione pratica, in particolare durante l'esercizio delle vigilanze e delle appropriatezze, questo presupposto si ribalti per affermare prassi barocche riscontrabili più nelle carte che nella realtà.

Il coinvolgimento del Terzo Settore

Il PSL riporta alcuni dati, altri mancano. Con un servizio socio sanitario in generale gestito ed erogato da soggetti privati e in gran parte del privato sociale**, la messa a disposizione di tutti i dati in possesso di Regione Lombardia,** rappresenterebbe il modo migliore per consentire agli enti gestori di orientare la propria iniziativa imprenditoriale e non rischiare di sprecare risorse. Ad esempio i dati di permanenza media in RSA distinti in base all'anno di accoglienza, potrebbe chiarire l'effettivo bisogno di posti letto nel prossimo futuro, quindi orientare correttamente gli investimenti. Viceversa tenere conto del sapere tecnico-scientifico degli operatori che in effetti erogano i servizi potrebbe orientare Regione a definire nuovi standard utili ad incrementare la qualità della vita percepita dall'assistito e/o dal suo famigliare. La percezione degli enti gestori è che i livelli regionali ritengano più competenti le ASST al riguardo, anche se non hanno gestito, se non in rari casi le UdO. **Mortificare o ignorare il sapere, l'esperienza, la competenza acquisti dagli enti del privato sociale nella gestione dei servizi socio-sanitari e sociali, significa non consentire, nei fatti, l'integrazione tanto auspicata**. Gli stessi luoghi di confronto oggi previsti dal sistema regionale (Cabine di Regia, GAT, OCSM, Tavoli Tecnici, etc..) vedono a fronte di una nutrita truppa di figure del sistema pubblico (medici, responsabili, direttori, etcc…) una sparuta presenza delle rappresentanze del privato sociale che pure gestisce la maggioranza delle strutture e delle progettualità sociali e socio-sanitarie sul territorio. E ancora più spesso il terzo settore è relegato al ruolo di uditore o spettatore alle presentazioni di importanti atti della Regione; **quel Terzo Settore che sul territorio da**

tempo sperimenta, propone nuove soluzioni e modelli attraverso investimenti propri o attraverso la capacità di attrarre risorse e finanziamenti altri da quelli pubblici. Molte delle sperimentazioni di cui alla DGR 3239/2012 sono opera del Terzo Settore e della sua capacità di coinvolgimento di attori diversi nella comunità; così come molti dei progetti nel campo di "bisogni nuovi" (autismo, azzardo, riduzione del danno, residenzialità leggera per gli anziani o per pazienti psichiatrici, e ancora i progetti e percorsi di vita indipendente e di autonomia per persone disabili) sono frutto della volontà e capacità del privato sociale di rispondere e interpretare le nuove sfide. **Risposte e soluzioni flessibili e costruite con e per la persona che spesso si scontrano con la rigidità e la burocratizzazione di un sistema codificato per misurare la corretta applicazione delle procedure e dei protocolli piuttosto che il benessere della persona e la sua qualità di vita.**

Proprio nella modalità di confronto e dialogo tra Regione Lombardia (e quindi, sul territorio, tra ATS e ASST) e Terzo settore chiediamo vi sia un vero cambio di paradigma; il Terzo Settore non è e non è mai stato solo e semplicemente un "fornitore/gestore di servizi".

Il personale del sistema privato a rischio collasso

Anche se il PSL prende in esame le importanti e irrinunciabili tematiche relative alla sicurezza sul lavoro e all'invecchiamento della cittadinanza, nulla dice su due questioni che invece potrebbero generare una crisi nel sistema dei servizi socio sanitari**. La prima riguarda l'invecchiamento del personale** nelle UdO con elevato grande carico assistenziale, come RSA/ADI/RSD. Anche se privi di dati statici precisi, riteniamo che l'età media degli occupati, in gran parte donne, si possa attestare tra i 40 e 50 anni, più vicina alla quota più bassa nei settori delle dipendenze e disabilità, più alta nel settore anziani. Nell'ambito di vigenza del PSL la situazione potrebbe andare incontro ad un collasso; l'aumento degli operatori con limitazioni, difficilmente impiegabili in attività di assistenza, potrebbe, in assenza di un robusto piano di sostegno Regionale mutualistico e per l'innovazione tecnologica, portare a notevoli incrementi dei costi del personale per gli enti gestori. Ad aggravare la situazione vi è anche **il contingentamento delle figure sanitarie, in particolare medici e infermieri**. Le strutture pubbliche e private sanitarie sono in grado di attirare maggiormente le professioni sanitarie, sia perché in grado di offrire migliori trattamenti economici, sia perché percepite come ambiti lavorativi più stimolanti. Le strutture socio-sanitarie hanno grandi difficoltà nel trovare personale medico specializzato, e anche infermieristico a causa dell'interdizione del pubblico impiego a collaborare con i soggetti privati e a causa di clausole di esclusiva. Una prospettiva di prossimo pensionamento e di conseguente contingentamento del personale da parte delle strutture ospedaliere pubbliche e private, mette a rischio il settore socio sanitario, la

possibilità di garantire gli standard, e, peggio ancora, di garantire adeguate prestazioni ai propri assistiti. Si può solo sperare che nelle more del PSL, laddove si auspica il cambiamento dei paradigmi di assistenza, si possa trovare anche un'interlocuzione su questo spinoso argomento con l'obiettivo che la "centralità della persona" trovi declinazione anche per quanto concerne la pari dignità dei lavoratori impiegati nel settore socio sanitario.

Conclusioni

Il Terzo Settore si sente parte attiva del processo di cambiamento introdotto e concorda con i principi enunciati da Regione Lombardia; proprio per il suo essere fautore di una integrazione socio sanitaria territoriale e protagonista dell'innovazione **ribadisce la richiesta di una interlocuzione unica per tutto il settore sociosanitario, socio assistenziale e sociale come condizione che possa favorire:**

- il maggior coinvolgimento del terzo settore, nel suo complesso, come soggetto con cui confrontarsi, acquisire dati, esperienze e riflessioni, verificare punti di forza e di criticità, condividere obiettivi e mete;
- un analogo confronto e coinvolgimento delle amministrazioni comunali quali depositarie della responsabilità della qualità di vita dei propri cittadini;
- una crescita, a tutti i livelli della competenza di tutti gli operatori e parti coinvolte. Competenze oggi, quando presenti, poco riconosciute e valorizzate tanto nella pubblica amministrazione che nella società civile.

---

[1] L'altra priorità (prima nell'ordine del testo) riguarda la questione culturale, quasi filosofica, della diffusione di informazioni antiscientifiche, per quali il PSL mette a tema la necessità di un investimento nel "sapere comunicativo" in quanto fondamento della relazione di cura. In merito a questa priorità, pur condividendo le preoccupazioni, è piuttosto faticoso reperire nel corpo del testo in cosa consista questo investimento.

[2] PSL 2019-2023, p.2

[3] PSL 2019-2023, p. 8.

[4] Ovviamente parliamo di terapie che vengono assunte da anni e senza controindicazioni. Terapie che al di fuori delle UdO vengono somministrate da famigliari e collaboratori domestici. Si sta assistendo all'esclusione della partecipazione sociale per coloro che, essendo epilettici, potrebbero aver bisogno di somministrazioni al bisogno.

Atti e normative

Delibera delle Regole di esercizio 2020

DGR XI/2672 del 16.12.2019

A cura di Marco Noli

8 gennaio 2020

Temi > Programmazione e governance, Anziani, Disabili, Famiglia e minori, Regole di sistema, Riforma Sociosanitaria

L'articolo propone una prima introduzione alle Regole di esercizio sociosanitario di Regione Lombardia per il 2020 e ne commenta i punti principali.

Annuncio e attesa della riorganizzazione nel settore sociosanitario

La DGR XI/2672 del 16/12/2019[1] presenta, come già da alcuni anni, un indice che introduce la lettura delle complesse regole d'esercizio regionali: vi si ravvisano alcuni cambiamenti di forma sostenuti da modificazioni di sostanza.

Il primo cambiamento è che nel 2020 scompare la specificità dell'area sociosanitaria che è ricondotta nella rete territoriale all'interno della voce "Rete ospedaliera e rete territoriale". Questo potrebbe essere letto come un segnale della maggiore integrazione del sociosanitario con il sanitario, ma in realtà **si rilevano più indizi che tale modifica significhi una sempre maggiore"omogeneizzazione" del settore sociosanitario al sanitario,** orientamento sempre più presente nella Direzione Welfare. L'altra variazione rilevabile nelle Regole 2020 è l'ampliamento dell'Area Famiglia, che diventa più corposa e **ricomprende tutte le provvidenze sociali in capo alla DG Politiche per la Famiglia, genitorialità e le pari opportunità**. Questo potrebbe essere un possibile segno di difficoltà regionali e di debolezze dei Comuni nel rappresentare/coordinare all'interno della programmazione regionale gli interventi del comparto sociale.

Ecco in estrema sintesi le indicazioni programmatorie più rilevanti nel settore sociosanitario previste nelle Regole 2020:

- l'attivazione di un'articolazione territoriale finalizzata ad accompagnare e orientare all'accesso ai servizi e ai percorsi di presa in carico;
- l'annuncio della volontà di avviare la **revisione dei requisiti di accreditamento** delle UO sociosanitarie;
- l'introduzione dei **Percorsi Diagnostici Terapeutici (PDTA**) per promuovere e migliorare la qualità e l'appropriatezza degli interventi sociosanitari;
- l'aggiornamento dei sistemi di classificazione dei bisogni di assistenza in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (DRG territoriali?);
- la riconduzione delle misure sperimentali del 2° Pilastro del welfare, afferenti alla DG Welfare, nell'area degli interventi tradizionali del 1° welfare, in **un'ottica di semplificazione tassonomica che riconduce tutte le U.O sociosanitarie a 4 tipologie**: ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali;
- la previsione di **un'ulteriore revisione dell'organizzazione e dell'erogazione dell'ADI** per una maggior omogeneizzazione delle prestazioni sul territorio regionale;
- l'avvio di un Gruppo di lavoro per l'individuazione di modelli innovativi per **l'ampiamento degli utenti beneficiari dei ricoveri in RSA.**

Alcuni dei principali temi contenuti nella DGR 2672/19

Punto di accesso Territoriale (PAT)

Viene prevista la sperimentazione in alcune ATS di Punti di Accesso Territoriali per **facilitare e governare l'orientamento e l'utilizzo della rete d'offerta sociosanitaria (anche tramite accesso programmato**). I PAT potranno favorire la valutazione multidimensionale dei bisogni clinici, funzionali e sociali, la presa in carico e la definizione (in collaborazione con gli erogatori) del progetto di assistenza individuale (PAI).
I PAT mirano a diventare una modalità organizzativa unitaria, stabile, con procedure standardizzate e personale specificatamente formato, e **trovano collocazione presso i PreSST e / o altre sedi territoriali** che rappresentino un riferimento per i cittadini.

È indubbio che ci sia bisogno di un accompagnamento dei cittadini all'accesso della rete dei servizi: non va dimenticato come questa azione negli anni passati sia stata notevolmente affievolita dall'accentuazione ideologica della libera scelta. Ben venga dunque il ripristino della necessaria funzione di orientamento, sperando che questa volta**(anche se in assenza di risorse dedicate**) possa realmente funzionare.[2] Nulla,

però, si prevede rispetto alla VMD assegnata al PAT e al coordinamento con le VMD demandate dalla normativa vigente ad altri U.d.O e Enti gestori.

Il punto cruciale per l'efficacia della VMD, e quindi del nuovo servizio PAT, risiede nell'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali. A questo riguardo, sostanzialmente si dice che nel 2020 scade la nuova triennalità dei PDZ nonché la validità dei POAS e quindi in quell'occasione si procederà a riallineare le zone non ancora aggregate nei nuovi ambiti. Inoltre, si prevede chele due DG Welfare e Politiche sociali, abitative e disabilità, diano **indicazioni congiunte per avviare percorsi, anche sperimentali, di presa in carico delle fragilità,** rafforzando e valorizzando il ruolo della Cabina di regina prevista nel dipartimento PIPS delle ATS.

Degenze di comunità

Va preso atto che la delibera XI/2019 del 31/07/2019 stenta ad avviarsi. Le Regole 2020 si limitano a dichiarare che saranno fornite alle ATS indicazioni per riclassificare le degenze di comunità e per l'accreditamento dei PreSST e dei POT, senza indicare le risorse a disposizione. Ipotizzare l'attivazione di queste UO senza risorse **significa probabilmente confinarle in un limbo attuativo.**

Dimissioni protette

Le Regole 2020 stabiliscono che vengano date indicazioni, attraverso un gruppo di lavoro congiunto tra le due Direzioni, per un modello sperimentale di **presa in carico integrata della fragilità per le dimissioni protette**, con particolare riferimento agli anziani ultra 75enni.

Tale modello dovrà prevedere la VMD, la programmazione concordata dei tempi dimissioni, l'individuazione della figura di riferimento per accompagnare la persona nei percorsi di dimissione, l'eventuale necessità di empowerment dei famigliari / care giver. Purtroppo, vari modelli di dimissioni protette precedentemente sperimentati in numerosi territori della Regione **si sono sempre scontrati sulla divisione delle competenze istituzionali e sulla relativa imputazione delle risorse tra gli ambiti** sanitario, sociosanitario e sociale. Di questo nodo gordiano la delibera delle Regole non fa cenno.

Infermerie di famiglia e di comunità

Nell'ambito delle cure primarie è prevista la sperimentazione nel secondo semestre 2020 in almeno una ASST di ogni ATS, dell'infermiere di famiglia e di comunità, previa

declinazione di un progetto regionale in via di elaborazione, che si concluderà nel primo semestre 2020.

Misure innovative a favore della popolazione fragile

La DGR prevede che le **misure sperimentali attivate in questi anni** (in particolare residenzialità per minori gravemente disabili, minori in comunità, residenza assistita anziani, RSA aperta e assistenza ai religiosi in strutture residenziali) **siano ricondotte alle U.O tradizionali domiciliari e residenziali**. Nello specifico, le residenzialità per minori gravemente disabili saranno ricondotte alle UO CSS e RSD, mentre le residenzialità assistite per anziani saranno ricondotte alla filiera dell'offerta residenziale per anziani della rete sociale, interessata anch'essa ad una ridefinizione che comprenderà sia la U.O C.A.S.A sia la nuova U.O residenziale sociale a carattere comunitario, la cui istituzione è prevista nel 2020.

Le misure RSA aperta e assistenza ai religiosi in strutture residenziali saranno ricondotte all'U.O domiciliare. Nelle more di tali ridefinizioni per il 2020 la situazione rimane quella in vigore.

Tale scelta suscita alcune prime riflessioni. Queste misure che affiancano gli interventi a regime hanno la finalità di costruire risposte più personalizzate e flessibili alle necessità delle persone con disabilità e anziane non raggiunte dalle tradizionali U.O. In particolare, le misure considerate dalle Regole 2020 costituivano il 2° pilastro del welfare lombardo, afferente alla DG Welfare**. Cosa significa quindi ricomprenderle ora nell'offerta tradizionale?**Seda una parte significa dar loro stabilità e ricondurle nell'area dei LEA, dall'altra il rischio è quello di ridurre sia la flessibilità che li caratterizzava (cosa in parte già avvenuta con la sanitarizzazione della RSA aperta) nonché le risorse disponibili, a causa dell'unificazione dei budget.

Villaggio Alzheimer

Viene segnalato l'avvio di un secondo progetto di Villaggio Alzheimer nel 2 semestre 2019. Anche qui si prevede una **rivisitazione del sistema di U.O dedicate alle persone affette da demenza**, a partire dall'attivazione di un Comitato tecnico "Demenze" nell'ambito delle Reti cliniche Assistenziali e Organizzative, con particolare riferimento alle Neuroscienze. Una sperimentazione gestionale sarà avviata dall'ATS Brianza, sui territori di Lecco e Monza, per la presa in carico di soggetti affetti da demenza[3].

Sperimentazione Riabilitazione minori e case management

Vengono definiti tre modelli d'intervento rivolti a minori /giovani adulti di età tra 0 e 25 anni con diagnosi o sospetto diagnostico di disturbo del neuro sviluppo e disturbi della condotta. Questi modelli sono:

- modello di intervento abilitativo/ ri-abilitativo **ambulatoriale** e nei contesti di vita del minore/giovane adulto disabile;
- modello d'intervento **semiresidenziale** e nei contesti di vita del minore/giovane adulto disabile;
- modello d'intervento di **case manager** in favore del minore / giovane adulto disabile.[4]

Questi modelli si collocano nel lavoro di revisione del sistema delle U.O previsto dalle Regole 2020.

Accreditamento

Nel 2020 sarà effettuata una revisione dei requisiti per l'accreditamento delle varie tipologie di UO sociosanitarie, con **tempistiche graduali di adeguamento** per garantire la piena operatività delle Unità già accreditate.

La domanda che già si pongono i gestori è: **"i costi di eventuali modifiche, strutturali e gestionali, come saranno coperti?"**A tale proposito, qualcuno ricorderà come, in un'analoga passata occasione, un grande aiuto sia venuto dal Fondo ricostruzione infrastrutture sociali Lombardia (Frisl) mirato all'adeguamento delle strutture nel passaggio del convenzionamento, in attuazione del Progetto Obiettivo Anziani di cui alla dcr. V/1439/1995.

La revisione dei criteri di accreditamento riguarderà anche quelli relativi ai nuclei per Stati vegetativi e RSD, attualmente solo sperimentali.

Si prevede di completare il potenziamento dell'offerta di posti in RSA / RSD per soggetti ad elevato carico assistenziale – demenze e stati vegetativi perché i posti previsti non sono stati completamente attivati.

Assistenza Domiciliare Integrata: linee evolutive

Le Regole 2020 stabiliscono di valutare la fattibilità su base regionale della sperimentazione effettuata dall'ATS Brianza e dalle équipe di valutazione del relativo territorio. **Dopo anni di sperimentazione di una pluralità di modelli applicati a macchia di leopardo sul territorio regionale** ci si troverà quindi di fronte all'**ennesima**

modifica organizzativa e gestionale dell'ADI, nella speranza che questa volta si raggiunga una stabilizzazione definitiva.

Per orientare l'allocazione delle risorse, superando logiche di finanziamento basate sulla produzione storica, si procederà anche all'elaborazione di un algoritmo predittivo del fabbisogno di cure di ogni territorio.

L'ottica di superare la produzione storica è interessante, ma va anche preso atto che da diversi anni è documentata una sovrapproduzione sia per l'ADI, nonché per tutte le altre UO sociosanitarie (RSA; RSA aperta ecc.), **che segnala che la spesa storica sottovaluta il fabbisogno di questi servizi.** Non è sufficiente per venire incontro ai gestori, anche se è meglio di niente, l'introduzione di regressioni tariffarie mutuate dal settore sanitario, ancorché introdotte per la sola ADI. Infatti il settore sanitario può modulare la sua produzione anche con la gestione delle prenotazioni rinviabili, mentre il sociosanitario quando ha in carico un utente è vincolato a garantire le prestazioni necessarie. **Si tratta quindi di assumere la specificità del settore sociosanitario individuando appropriate modalità di governo.**

Per il 2020 è previsto un potenziamento di risorse per 2.000.000 di euro e l'avvio di un'assistenza domiciliare rivolta alle persone non vedenti.

Negoziazione

Si confermano le fasi del processo negoziale rinnovando sostanzialmente le modalità in atto. Le novità sono:

- la definitiva dimissione dei servizi dell'applicativo SOSIA WEB e CDI WEB a decorrere da 1.1.2021;
- l'aggiornamento degli schemi contrattuali per una maggior omogeneità tra quelli dell'ambito sanitario e quelli dell'ambito sociosanitario.

Per le altre parti si rinvia alla DGR segnalando che nel 2020 si avvieranno le iniziative previste dal Piano Regionale Autismo.

Disabilità

Le Regole 2020 ribadiscono che il PRS prevede un Fondo Unico per la disabilità per superare la frammentarietà delle competenze e delle risorse attuali. L'offerta di servizi ed interventi necessita dunque di essere aggiornata ponendo al centro la persona con disabilità ed il suo contesto di vita.

Viene ribadita la necessità dell'integrazione sociale, sanitaria e sociosanitaria, della valutazione multidimensionale, dei progetti individuali e del budget di cura; **purtroppo**

molte precedenti previsioni, già contenute in numerosi documenti regionali, stentano a realizzarsi.

Area famiglia

Si rafforza il ruolo di regia della Regione negli interventi di supporto alla famiglia in tutto il ciclo di vita, in particolare rispetto al sostegno dei suoi componenti più fragili. A partire da giugno 2020 si sperimenteranno, per la durata di 2 anni e primariamente nelle ATS Insubria, Brianza, Val Padana e Pavia,nuovi luoghi e approcci per accrescere le opportunità e le modalità di accesso ai servizi nelle diverse fasi di evoluzione del nucleo familiare, in un'ottica di "Centro per la famiglia".

È prevista una nuova misura diretta ad accrescere le opportunità di accesso per le famiglie a **strumenti diretti a rafforzare il benessere, le competenze e le abilità personali dei bambini, gestita dalle ATS.**

Nella voce "Area Famiglie"sono poi declinati tutti gli interventi sociali riconducibili alla DG Famiglia, genitorialità e pari opportunità. Molti di essi interagiscono e si integrano con gli interventi sociali di competenza comunale, di cui la delibera delle Regole non fa cenno.

Le risorse

Dal confronto tra le risorse stanziate nel 2019 e quelle per il 2020 (tab. 1) emerge:

- una sostanziale **parità di risorse del FSR** e del finanziamento previsto nel settore sociosanitario;
- **una novità**: iene definita indicativamente una ripartizione delle risorse sociosanitarie per le attività residenziali, semiresidenziali, domiciliari, ambulatoriali e altro (previsione mutuata dal settore sanitario che tradizionalmente indica tetti di spesa per le singole aree di prestazione);
- un investimento nella macroarea emergenza e urgenza;
- **un ridimensionamento dei fondi dedicati alla presa in carico.**

Tab. 1 – CONFRONTO RISORSE 2019 E 2020 (ml/Euro)		
	2019	**2020**
Finanziamenti del sistema	**18.929,60**	**19.271,40**
Finanziamenti Enti SR a carico SSR	**146,70**	**145,20**
Finanziamento della gestione San Accentrata	**225,60**	**230,40**
Finanziamento della gestione delle Azienda SSR	**18.654,50**	**18.950,40**
Ricoveri e specialistica ambulatoriale	**7.502,60**	**7.510,70**
Farmaceutica protesica	**3.745,00**	**3.852,00**
Medicina di base. neuropsichiatria	**1.394,80**	**1.309,80**
Socio sanitario	**1.751,70**	**1.785,70**
indicativamente per attività residenziale	–	1.315,10
indicativamente per attività semiresidenziale	–	184,90
indicativamente per attività domiciliare	–	149,70
indicativamente per attività ambulatoriale	–	90,10
indicativamente per attività altro	–	45,90
Hospice e Nuove reti sanitarie	**47,70**	**–**
Presa in carico	**230,90**	**155,40**
presa in carico compreso le infrastrutture per ASST e IRCS pubblici	**123,00**	**53,00**
presa in carico proattiva MMG e PLS aderenti	**13,00**	**13,00**
Emergenza urgenza	**236,00**	**1.100,50**
Attività istituzionali ATS ASST	**928,10**	**913,30**
Macro area SSR, Progetti PSN	**1.081,50**	
Ulteriori attività	**1.769,70**	**1.891,20**

La corposa delibera delle Regole 2020 contiene numerose altre indicazioni; per una lettura integrale rimandiamo al testo allegato.

[1] "Determinazione in ordine alla gestione dei servizi sanitari e sociosanitari per l'esercizio 2020"

[2]In questi ultimi anni si sono susseguiti diversi tentativi di costituire servizi / ambiti con queste finalità – il CEAD, il PUA, il Servizio Fragilità ecc. – che di fatto non hanno raggiunto i risultati sperati.

[3]Con riferimento a quest'ambito si tratta dare attuazione del Piano Nazionale demenze, attualmente attivato in Lombardia a macchia di leopardo solo per alcuni ambiti.

[4]I primi due modelli prevedono una presa in carico che tenga conto delle diverse tipologie di servizi e delle diverse fasi di vita, mentre il terzo prevede interventi a favore di caregiver, di insegnanti e di operatori del territorio

Allegati

- DGR n. 2672 del 16.12.2019

Ancora principi … ma quando si passa all'azione?

Analisi e commento della Dgr n. 2672/2019 – Regole di esercizio sociosanitario 2020

di Marco Faini

10 Febbraio 2020

Temi > Programmazione e governance, Disabili, Regole di Sistema, Riforma sociosanitaria

Il contributo propone un commento alle Regole di esercizio sociosanitario di Regione Lombardia per il 2020 riguardo i temi afferenti l'area della disabilità.

La Dgr n. 2672/2019 in questione, e limitatamente ai passaggi in cui si affrontano i temi delle persone con disabilità, ancora una volta non dimostra in modo chiaro ed evidente la volontà dell'ente regionale di affrontare l'atteso e più volte annunciato processo di cambiamento: dal sistema dell'offerta (servizi, interventi e misure) al sistema della domanda (integrazione e flessibilità delle risorse e degli interventi, personalizzazione, coinvolgimento della persona).

Si enunciano, prevalentemente in modo corretto e condivisibile, una serie di principi, ma non si leggono, in chiave programmatoria, quali azioni, quali risorse, quali correttivi e quali indicatori di esito il sistema dovrebbe implementare per il coerente rispetto di quanto enunciato:

- il sistema delle unità d'offerta (risalente ormai al quindicennio precedente) non viene analizzato nel suo funzionamento e adeguatezza rispetto all'evoluzione dei bisogni;
- accanto agli indicatori di appropriatezza non si è ancora scelto di affiancare gli indispensabili indicatori di esito, permettendo al sistema di evolvere con maggiore garanzia e velocità verso una maggiore qualificazione ed efficacia del suo funzionamento e finanziamento;

- funzioni e passaggi centrali del processo di presa in carico (coinvolgimento della persona, progettazione personale, case manager, costruzione del budget di progetto, impiego coerente delle risorse istituzionali – a partire dai servizi alla persona – ai fini della progettazione inclusiva) non sono approfonditi, declinati e proposti in termini di linee guida regionali, al fine di sostenere e orientare i territori;
- i temi dell'integrazione, oltre ad essere per l'ennesima volta evocati e declinati, appaiono – per stessa ammissione regionale – ancora distanti dal poter essere considerati consolidate prassi istituzionali e professionali;
- infine, gravemente, nessuna della richieste avanzate dalle Organizzazioni (associative e gestionali) che nei mesi precedenti l'emissione della DGR hanno cercato un confronto con l'ente regionale, sono state ritenute meritevoli di attenzione e risposta, salvo generici rinvii a revisioni del sistema di accreditamento da compiere nel corso del 2020 e altrettanto generici rinvii alle decisioni che saranno assunte per l'assestamento di bilancio di metà anno per le – eventuali – risposte ai gravi problemi di sostenibilità economica nella gestione delle u.d.o. sociosanitarie.

L'insieme della DGR, pertanto, e sempre in relazione agli aspetti specifici legati alle disabilità, si presenta debole, incerto e per alcuni tratti non condivisibile.

Le politiche e gli interventi a favore delle persone con disabilità enunciati nella Dgr

Sono pochi i passaggi espliciti della Dgr in oggetto che riguardano le politiche e gli interventi in favore delle persone con disabilità e le loro famiglie.
In generale, i principi a cui l'atto di programmazione e gestione si ispira non possono non essere condivisi, né, tantomeno, essere considerati delle novità negli atti di R. Lombardia dell'ultimo decennio: integrare le politiche, personalizzare gli interventi, collocare la valutazione multidimensionale al centro del processo di presa in carico, ampliare le risposte dalla sola area dell'abilitazione/riabilitazione ai temi dell'inclusione, garantire globalità, continuità e prossimità (p.e. case manager). Fin qui, appunto, nulla di nuovo.

Alcuni passaggi, e sempre in via del tutto teorica, salvo poi verificare l'effettiva volontà politica e tecnica di R. Lombardia di procedere nell'attuazione di tali principi, risultano interessanti, se non altro perché costituiscono elementi su cui lavorare nei territori nel corso dell'anno:

1) Integrazione delle politiche (pag.83) – Misure innovative per la fragilità (pag. 86) – Revisione dei criteri di accreditamento (pag.95)

Nel 2020 si conclude la triennalità dei vigenti PdZ. Sarà necessario, oltre che interessante, chiedere a R. Lombardia di svolgere in modo congiunto una valutazione sugli esiti della programmazione, tenendo conto che in questa tornata sono state introdotte le premialità che, occorre ricordare, dovrebbero avere prodotto una maggiore "…integrazione delle funzioni, delle attività e dei modelli organizzativi a partire dall'aggregazione degli ambiti territoriali verso gli ambiti distrettuali, allineando quindi, secondo quanto previsto dalla l.r. 23/2015, gli ambiti sociali con quelli sociosanitari". Vale qui la pena di ricordare quali fossero gli obiettivi strategici per il secondo livello di premialità (il primo livello è stato concesso a quegli ambiti che hanno realizzato l'aggregazione territoriale):

- Progettualità tese alla definizione dei requisiti di accesso/compartecipazione ai servizi e agli interventi, attraverso strumenti quali: uniformità dei regolamenti, dei criteri di accesso, delle soglie ISEE, il fattore famiglia, ecc.;
- Progettualità tese alla definizione di requisiti, parametri e indicatori comuni per la valutazione della qualità e dell'appropriatezza delle strutture e dei servizi, attraverso strumenti, anche sperimentali, che portino all'omogeneità dei criteri di valutazione (es. bandi condivisi, indicatori di risultato ecc.)
- Progettualità tese all'innovazione sociale (nuovi servizi, modalità innovative di risposta al bisogno, percorsi innovativi di presa in carico, ecc.) anche grazie a percorsi di co-progettazione e di partnership pubblico/privato con il Terzo Settore.

La Dgr 2672/2019 non entra nel merito dell'analisi di quanto sin qui realizzato dagli ambiti, ma si annuncia che "nel 2020 ATS e Ambiti lavoreranno nel contesto della cabina di regia costituita nell'ambito del Dipartimento PIPSS affinchè la stessa cabina …diventi realmente un luogo strategico per l'integrazione. E' in quest'ottica che l'obiettivo per il 2020 è definire indicazioni congiunte tra le DD.GG Politiche sociali e Welfare" (non viene indicata l'altra D.G. sulle politiche per la famiglia – per avviare percorsi, anche sperimentali, di presa in carico integrata delle fragilità…").

A tale proposito la Dgr in esame propone(pag.82) uno "specifico approfondimento tematico …al fine di sperimentare, in alcune aree regionali, punti di accesso territoriali – P.A.T. – per facilitare e governare l'orientamento e l'utilizzo della rete di offerta sociosanitaria (anche tramite l'accesso programmato) sulla scorta di alcune esperienze già realizzate – n.d.r. quali? -. Tali punti di accesso potranno favorire la valutazione multidimensionale…la presa in carico e la definizione del progetto di assistenza individuale…in questa prospettiva, nella rete territoriale, potrà essere attivata l'offerta dell'infermiere di famiglia e comunità…la presenza dei P.A.T. potrà essere prevista

nell'ambito dei PreSST e/o sedi territoriali che rappresentino un punto di riferimento per i cittadini".

E' di tutta evidenza che, rispetto all'approccio alla disabilità a cui le Associazioni fanno da tempo riferimento, in R. Lombardia permane e prevale una concezione della fragilità collocata negli ambiti tipicamente assistenziali dove gli apporti organizzativi e professionali fanno riferimento all'erogazione di prestazioni sanitarie (il MMG, l'infermiere, i PreSST, ecc.).

Si colloca qui quanto annunciato in sede di incontri con la D.G. Welfare l'intenzione di R. Lombardia di procedere alla revisione dei criteri di accreditamento delle u.d.o. sociosanitarie, secondo un percorso e un coinvolgimento ancora tutto da conoscere e valutare.

2) Disturbi dello spettro autistico (pag.119/121)

E' forse il capitolo dove R. Lombardia esprime con maggiore chiarezza i propri impegni per il 2020 e, per certi aspetti, per gli anni futuri. Occorre ricordare brevemente la cornice normativa e gli impegni della Giunta Regionale (sulla base di specifiche risoluzioni consiliari) su tali temi:

- l'art. Art. 54 della L.r. 15/2016 (Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa, di sostegno e assistenza per le loro famiglie)
- la D.C.R.XI/285
- la D.C.R. XI/764

Da subito un dubbio: la D.C.R.XI/764 impegna la Giunta a redigere il Piano Regionale Autismo (P.R.A) che dovrà essere frutto di un percorso interassessorile. La "Dgr regole 2020" parla invece del P.R.A. come di un documento di programmazione già esistente, realizzato, peraltro, con il coinvolgimento delle Associazioni. Appunto: c'è un P.R.A. o non c'è?

Un secondo aspetto su cui sarà importante mantenere attenzione riguarda il ruolo assegnato ad alcuni Pronto Soccorso/Dipartimenti di Emergenza e Accettazione regionali dove, si legge, sarà garantita "…la presenza di operatori preparati a gestire, in un'ottica interdisciplinare, la valutazione e il trattamento dei soggetti con ASD". Un impegno non generico, visto che R. Lombardia stanzia specifiche risorse aggiuntive (2 milioni di Euro) nel corso del 2020.

Per il resto, gli obiettivi di questo specifico segmento di risposta sociosanitaria sono certamente interessanti e condivisibili: potenziare la capacità del sistema di garantire la diagnosi precoce, la presa in carico dei minori e degli adulti, l'estensione in tutto il

territorio degli interventi di screening, estendere e diffondere i modelli di case/clinical management e, non ultimi, il recepimento dei documenti nazionali (Linee di indirizzo per i disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'età evolutiva e Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei DSA).

3) Disabilità (pag. 122)

In questo specifico paragrafo dedicato alla disabilità, si torna ad una condivisibile, ma generica, carrellata di enunciazioni e richiami ad aspetti che ancora non hanno trovato una concreta attuazione, nemmeno in termini di avvio di approfondimenti congiunti e/o sperimentazioni specifiche. Si prenda per esempio in considerazione il ricorso allo strumento del budget di cura, più volte comparso negli atti programmatori regionali, ma al momento oggetto solo di alcune sperimentazioni da parte di soggetti di terzo settore (p.e. progetto L-Inc di Anffas Lombardia, Ledha e altre Organizzazioni e co-finanziato da Fondazione Cariplo o la sperimentazione in atto in alcuni territori in ambito di salute mentale).

Finanziamento e spesa

Dati e ricerche

Fondi per il welfare: cosa c'è di nuovo dopo le manovre estive

di Laura Pelliccia

31 Ottobre 2019

Temi > Finanziamento e spesa, FNA, FNPS, Fondi nazionali, Fondo sociale regionale

Come è cambiato il quadro delle risorse per il welfare regionale dopo l'estate? Quali novità sul fronte dei fondi nazionali per le politiche sociali e per la sanità 2019? Come sono intervenute su questo quadro le manovre estive regionali? Facciamo il punto sul budget 2019!

Come di consueto, nel corso dell'estate, il ciclo della programmazione economica nazionale e regionale prevede delle sessioni di aggiornamento degli stanziamenti previsti a inizio anno. Inoltre, rispetto alla situazione iniziale, a questo punto dell'anno si dispone di qualche informazione ricavabile dai vari provvedimenti esecutivi delle decisioni di finanza annuale.

Cercheremo di osservare cosa è cambiato per il mondo del welfare lombardo a seguito di queste manovre, con riferimento ai fondi sociali e a quelli sanitari. La situazione prevista a inizio anno era stato oggetto di un apposito articolo. Stante il quadro informativo ad oggi disponibile, di seguito si cercheranno di illustrare le novità riguardanti i fondi nazionali e, a seguire, quelli regionali.

Qualche aggiornamento sui fondi nazionali

Partiamo dai fondi nazionali. Nel momento in cui si scrive non si è ancora perfezionato l'iter di approvazione dei riparti per regione dei principali fondi di settore (Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Fondo Non Autosufficienza, Fondo Povertà). Su quest'ultimo fondo, in ogni caso, sono un po' più chiare le possibili destinazioni a seguito dell'emanazione delle apposite linee guida per la quota servizi.

L'unico canale per cui il riparto 2019 è già noto è quello del Fondo Famiglia, le cui assegnazioni alle regioni sono già state ufficializzate. A inizio anno, l'importante stanziamento della Legge di Bilancio su questo fondo rispetto alle precedenti annualità aveva fatto presagire un incremento di finanziamenti per i territori. Tuttavia, le scelte operative hanno comportato una gestione prevalentemente centralizzata di questi finanziamenti (rispetto ai complessivi 94 milioni, 79 sono gestiti con bandi per iniziative di conciliazione/welfare aziendale indetti direttamente dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e 15 milioni sono assegnati alle regioni). A seguito di sollecitazioni dei rappresentanti degli Enti Locali, è stata riconosciuta la possibilità di partecipazione dei comuni al percorso di gestione di questa partita che, in ogni caso, non sarà assegnata ai territori. La Regione ha già proceduto al riparto e alla finalizzazione della quota assegnata alla Lombardia.

Negli scorsi giorni sono circolate le bozze del decreto in corso di approvazione del Fondo Nazionale Non Autosufficienza e del relativo piano nazionale. Dalle prime anticipazioni, la quota per la Lombardia dovrebbe attestarsi su 91,2 milioni, un significativo miglioramento rispetto ai 71 del 2018, con una prospettiva di stabilità per il prossimo triennio.

Per il resto dei fondi sociali nazionali, si riconfermano, pertanto le ipotesi avanzate nel quadro iniziale. Nonostante la mancata crescita del Fondo Famiglia, il contributo dello Stato al budget complessivo per i territori risulta in aumento rispetto al 2018 (da 168 a 219,4 milioni).

Tab. 1 – Principali fondi nazionali per le politiche sociali

	valori nazionali		quota Lombardia	
	2018	**2019**	**2018**	**2019***
FNPS	276,0	400,9	38,3	56,3
FNNA	462,0	573,2	70,9	91,2***
F. Povertà (quota regioni)	297,0	347,0	37,2	43,0
F. Dopo di noi	51,1	56,1	8,6	9,4
F. assistenza alunni disabili	75,0	100,0	12,5	16,7
F. politiche per la famiglia	4,4	104,0	0,6	2,12**
	1.165,5	**1.581,2**	**168,1**	**219,4**

**ipotesi costanza criteri riparto 2018*
*** riparto effettivo*
****bozza ipotesi di riparto*

Importanti sorprese, invece, sul fronte del Fondo Sanitario Nazionale. Il riparto tra le regioni, quest'anno, è stato effettuato con grande celerità rispetto alle altre annualità, permettendo di mettere in circolo risorse, come quelle delle quote premiali, di cui di solito si aveva la certezza solo a fine anno, senza possibilità di essere utilizzate per la programmazione dell'anno corrente.

Per la Lombardia, ciò ha significato la possibilità di contare su una quota importante di Fondo Sanitario in più rispetto al 2018 (circa 240 milioni); come si avrà modo di precisare nel proseguo, una discreta quota di queste risorse aggiuntive è stata destinata proprio all'assistenza sociosanitaria.

Come cambiano i fondi regionali

Anche il livello regionale ha effettuato le proprie manovre estive di assestamento[1], con un risultato riepilogato nella successiva Tab. 2.

Per quel che riguarda i fondi sociali, l'aggiornamento degli stanziamenti non fa emergere sostanziali novità rispetto a quanto preannunciato a inizio anno.

Sono stati riconfermati i vari fondi generici (es. il Fondo Sociale Regionale, già ripartito tra gli ambiti nel corso dell'estate con DGR 1978/2019) e gli stanziamenti previsti per le linee specifiche aree (Sostegno, Bonus Bebè, Conciliazione, Strumenti tecnologimante avanzati, ecc); si confermano anche le risorse autonome regionali a corredo del Fondo Nazionale Non Autosufficienza (interventi sperimentali per la non autosufficienza pari a 6,6 milioni).

L'unica novità di rilievo riguarda i fondi del POR FSE per la partita relativa ai minori e agli asili nido: a seguito di un aggiornamento di questo programma comunitario, con l'assestamento sono stati rideterminate le quote di cofinanziamento di regione/Stato/UE[2]. Si ricorda che si tratta della fonte che sostiene una quota importante del finanziamento di Nidi Gratis: per l'anno scolastico 2019-2020 la misura sarà finanziata per 11,5 milioni con risorse autonome regionali del 2019 e 25,5 milioni con fondi POR-FSE del 2020 (DGR 1668/2019). Le risorse autonome regionali per i servizi per la prima infanzia subiranno un importante aumento nel 2020, grazie ad un maggior stanziamento disposto della legge regionale di bilancio che porterà l'anno prossimo questa voce da 11,5 a 35 milioni: la destinazione di tali risorse, riconfermate in sede di assestamento, non è ancora nota.

Nel complesso, dunque, viene confermato il quadro delineato a inizio 2019 per le risorse per le politiche sociali:

- **le risorse autonome regionali sono in aumento rispetto al 2018 (da 94,8 a 109,6 milioni);**

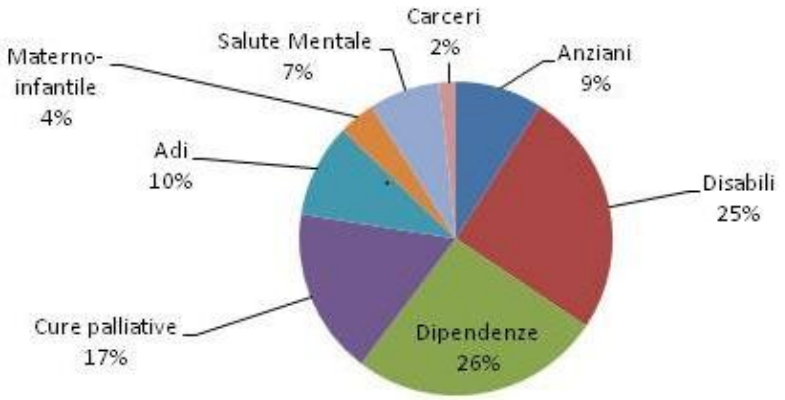
- **la crescita di risorse è destinata non tanto al generico fondo sociale regionale quanto a programmi specifici, secondo un orientamento già in atto da qualche anno.**

Per i servizi sociosanitari, invece, le manovre estive hanno comportato novità più rilevanti. Come è già stato anticipato, si è potuto confidare su maggiori disponibilità del Fondo Sanitario Regionale, rispetto a quanto previsto dalla delibera delle regole a inizio anno. **Una quota significativa dei fondi aggiuntivi è stata destinata all'assistenza sociosanitaria**, tramite un apposito piano di rafforzamento della rete tradizionale di servizi adottato a fine luglio (DGR 1987/2019), con un impatto di 10,7 milioni per il 2019; una volta andato a regime il provvedimento adottato in corso d'anno, il piano di interventi integrativi comporterà un aumento di 17,3 milioni per il 2020.

Le aree di destinazione di questi fondi aggiuntivi sono descritte nella figura 1.

Fig. 1 - Riparto risorse integrative sociosanitarie per aree di bisogno, stanziamenti a regime

Ns elaborazione su dati DGR 1987/2019



Rimandando ad un successivo approfondimento la discussione delle specifiche politiche di rafforzamento della rete, si sottolinea comunque che, **nel complesso, il finanziamento dei servizi sociosanitari risulta in discreto aumento rispetto al 2018 (oltre 20 milioni in più tra 2018 e 2019, con effetti ancora maggiori nell'anno seguente).**

Tab. 2 – Risorse regionali per il welfare sociale e sociosanitario

		assestato 2018	assestato 2019-2021*		
			2019	2020	2021
Politiche per la famiglia/prima infanzia		**27.262.348**	**34.532.510**	**53.266.191**	**41.400.002**
Lavoro di cura assistenti familiari		1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000
Interventi negli istituti penitenziari		1.000.000	464.760	866.190	1.000.000
interventi a favore delle famiglie per iniziative sperimentali		14.640.155	10.999.000	11.100.000	11.100.000
sostengo		1.800.000	1.800.000	1.800.000	1.800.000
conciliazione		1.000.000	1.000.000	1.000.001	1.000.002
strumenti tecnologicamente avanzati		2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Implementazione fruizione servizi prima infanzia			11.500.000	35.000.000	23.000.000
POR FSE – Interventi per infanzia, minori, asilo nido	UE	17.740.641	17.562.500		
	Stato	12.418.448	12.293.750		
	regione (autonome)	5.322.193	5.268.750		
Politiche sociali/disabilità		**67.600.000**	**71.450.000**	**73.050.000**	**72.850.000**
Programma 2 /disabilità interventi sperimentali per la non autosufficienza		**4.600.000**	**6.600.000**	**6.600.000**	**6.600.000**
Programma 2 /disabilità disabili sensoriali		9.000.000	10.850.000	12.450.000	12.250.000
Fondo sociale regionale		54.000.000	54.000.000	54.000.000	54.000.000
Totale risorse autonome regionali per il sociale		94.862.348	105.982.510	126.316.191	114.250.002
FSR – Settore welfare**		**1.722.435.000**	**1.753.532.000**	**nd**	**nd**
FSR corrente per servizi sociosanitari tradizionali		1.670.080.000	1.698.728.000	nd	nd
FSR corrente misure fondo famiglia		52.355.000	48.804.000	nd	nd
FSR per integrazione FNNA		–	6.000.000	nd	nd
Totale fondi regionali per il sociosanitario		1.722.435.000	1.753.532.000	nd	nd
Sociale+sociosanitario		1.817.297.348	1.859.514.510	nd	nd

** Decreto segretario generale Giunta regionale 2/8/2019 – n. 11655*
***ricostruzione a partire dalle DGR 7600/2017, DGR 1046/2018 e DGR 1987/2019*

---

[1] Legge 15/2019 e Decreto segretario generale Giunta regionale 2 agosto 2019- n. 11655
[2] Si confronti la seguente tabella con quella pubblicata nell'articolo di aprile

Un anno in più di spesa sociale. Effetti per la Lombardia

I risultati preliminari dell'Indagine Istat 2017: come stanno cambiando gli interventi del welfare territoriale lombardo a confronto con quelli delle altre regioni?

di Laura Pelliccia

13 Maggio 2020

Temi > Finanziamento e spesa, Spesa sociale

L'articolo analizza e commenta i dati più recenti rilasciati dall'Istat sulla spesa sociale dei comuni lombardi.

Come di consueto, sono stati diffusi dall'Istat alcuni aggiornamenti preliminari sulle principali dimensioni della spesa sociale; essi rappresentano una sorta di bussola sull'andamento degli interventi del welfare territoriale. Allo stato attuale della diffusione, ancora non è possibile effettuare approfondimenti di dettaglio per singoli ambiti[1] o per singole tipologie di servizi (saranno oggetto di ulteriori analisi, appena saranno rilasciati i risultati integrali della rilevazione). Tuttavia ci sono già elementi di forte interesse per fare il punto sull'evoluzione del welfare lombardo.

L'andamento della spesa

A livello nazionale, a partire dal 2014, è emerso un trend di ripresa della spesa sociale a carico dei comuni, invertendo l'arretramento registrato negli anni di azzeramento dei fondi nazionali di sostegno a questo settore. Nel 2017 l'espansione ha raggiunto livelli del 2,5% (Fig. 1).

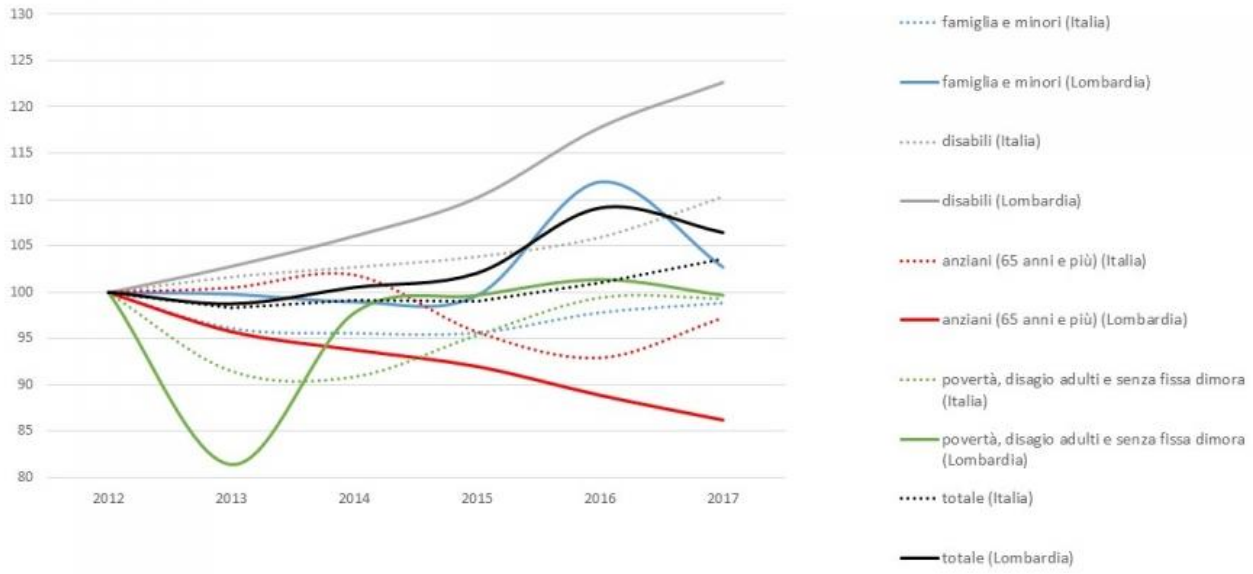
In Lombardia (Fig. 1) nell'ultimo anno disponibile la spesa dei comuni ha sperimentato un arretramento della stessa portata (-2,5%), un dato che tuttavia necessita di opportuni chiarimenti: nel 2016 la spesa era stata registrata una consistente crescita della spesa per effetto di una partita che, già allora, era risultata anomala (si veda un precedente articolo). Ci si riferisce alla crescita della spesa per i servizi socio-

educativi dell'ambito di Milano, di fatto quasi raddoppiata tra il 2015 e il 2016. A conferma di quanto fosse anomalo questo fenomeno, nel 2017 la stessa voce è ritornata ai livelli del 2015 (anzi, è leggermente diminuita[2]). Ciò suggerisce l'opportunità di una lettura non puntuale sul singolo anno, quanto di medio periodo: nel complesso l'incremento registrato in Lombardia tra il 2015 e il 2017 è abbastanza in linea con le tendenze espansive nazionali; in considerazione del fatto che nel biennio precedente il welfare lombardo era cresciuto di più di quello nazionale, **il bilancio di lungo periodo (2012-2017) porta la Lombardia a un +6,5% rispetto al +3,6% dell'intero Paese.**

Detta dinamica, tuttavia, non ha interessato in maniera uniforme tutte le tipologie di spesa: a parte la spesa per famiglie e minori per la quale, per i menzionati problemi metodologici, non è significativo il confronto con il 2016, si evidenzia che:

- **nel 2017 è proseguita l'accelerazione della spesa regionale per i disabili (+4,1%)**, in linea con la crescita nazionale registrata nell'ultimo anno e, in ogni caso, con un saldo di lungo periodo di netto vantaggio per la Lombardia.
- **la spesa dei comuni lombardi per gli anziani nel 2017 è ulteriormente arretrata (-3%)**, in continuità con le dinamiche pregresse e a dispetto delle tendenze nazionali che, invece, hanno evidenziato una buona ripresa della spesa per gli anziani dopo anni di riduzione (ad esempio alcuni servizi quali il SAD e i buoni/per il mantenimento a domicilio degli anziani sembrano essere ripartiti nel 2017 a livello nazionale). Non è stato così per la Lombardia, dove sembra proseguire il disinvestimento degli interventi dei comuni per gli anziani in continuo crollo dopo il 2012 (si veda linea continua rossa).
- **gli interventi locali per la povertà sono risultati stabili a livello nazionale nell'ultimo anno, mentre in Lombardia hanno subito un ridimensionamento**, tuttavia il bilancio di lungo periodo è analogo nelle due diverse realtà (si mantengono i valori del 2012).

Fig. 1 - Spesa a carico comuni evoluzione per categoria di utenza, 2012-2017, numero indice (2012=100), Italia e Lombardia



A corredo dell'andamento degli oneri a carico dei comuni, **osserviamo l'andamento delle compartecipazioni a carico degli utenti: nel 2017 in Lombardia sono diminuite del 2%**, proseguendo la dinamica di arretramento in corso dal 2012 (oggi le compartecipazioni sono l'83% del valore di cinque anni fa). Difficile dare un'interpretazione al fenomeno: non necessariamente significa che i comuni hanno attuato politiche di riduzione dei prezzi dei servizi sociali a domanda individuale o che abbiano elevato le soglie di esenzione/agevolazione; potrebbe anche significare una riduzione del ricorso/interesse a questi servizi da parte delle famiglie.

Si segnala infine che **dal 2017 la rilevazione Istat ha considerato anche i centri antiviolenza[3], nell'ambito del target "povertà, disagio adulti e senza dimora". La spesa per questa categoria di utenza in Lombardia nel 2017 è comunque diminuita dell'1,7%** (sembra insomma che l'attivazione di questi nuovi servizi abbia avuto un effetto sostitutivo di altri interventi, più che rafforzativo; in ogni caso, solo dopo la pubblicazione dei dati di maggior dettaglio si potranno monitorare questi effetti con maggiore precisione).

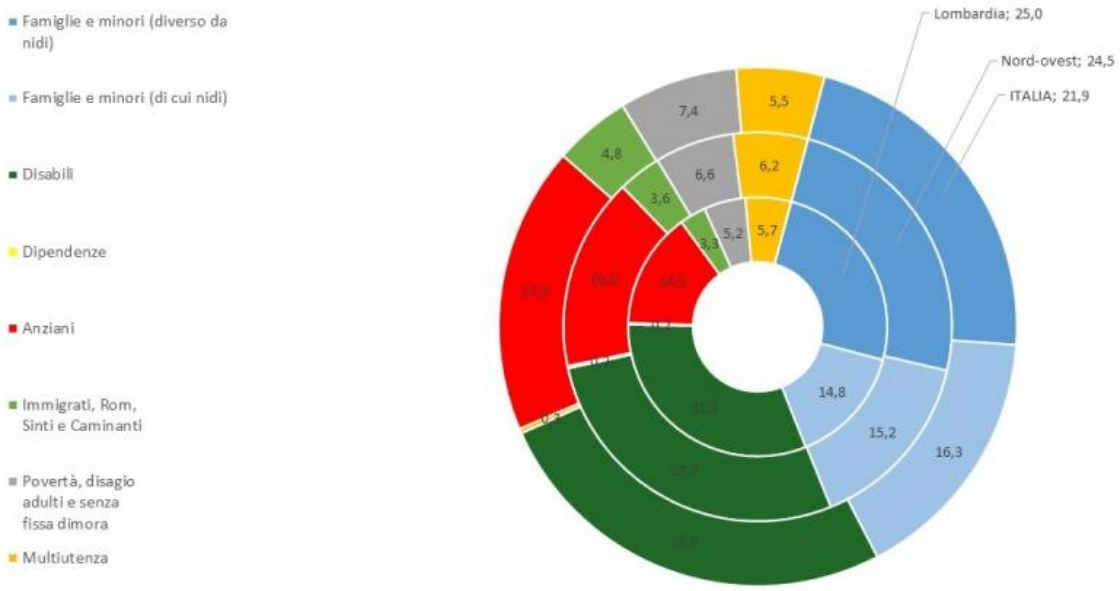
La composizione della spesa

La categoria di bisogno che assorbe maggiormente le risorse dei comuni lombardi è quella delle famiglie-minori (quasi il 40%), seguita dai disabili (31,3%) e, a lunga distanza dagli anziani (14,5%) (Fig. 2).

A confronto con le altre regioni, l'allocazione delle risorse in Lombardia è particolarmente sbilanciata sulla disabilità (a livello nazionale il peso è del 25,9%); **al contrario, nella regione si osserva un ruolo limitato degli interventi per gli anziani** (a

livello nazionale pesano quasi il 18%) e di quelli per la povertà (un gap di due punti rispetto al dato nazionale). La figura 2 riporta anche i pesi delle regioni del Nord Ovest: a confronto con le regioni della stessa ripartizione territoriale le suddette peculiarità lombarde si attenuano, senza tuttavia scomparire.

Fig. 2 - Spesa a carico dei comuni per categoria di utenza, valori %, 2017, Lombardia, Nord Ovest e Italia



Queste posizioni relative sono ribadite dalla lettura dei valori pro-capite per categoria di utenza (Tab. 1). Sotto questo profilo i comuni lombardi confermano:

- **un investimento piuttosto pronunciato sulla disabilità**
- **un investimento limitato sugli anziani e per la povertà**
- **un impegno inferiore a quello nazionale per le famiglie-minori**

A proposito di quest'ultimo target, è utile distinguere tra la spesa per i servizi socio-educativi e la restante spesa per la famiglia-minori. Si tratta di un passaggio rilevante ai fini delle politiche nazionali di finanziamento: il Piano Sociale Nazionale, infatti, ha ridefinito il perimetro della spesa sociale escludendo i servizi socioeducativi per l'infanzia (che dovrebbero convergere sulla spesa per l'istruzione), indirizzando dal 2019 le risorse del sostegno nazionale (FNPS) prioritariamente agli interventi sociali veri e propri per le famiglie-minori (con un vincolo di finalizzazione di almeno il 40% del FNPS della spesa sociale vera e propria su questa voce). In Lombardia oggi i suddetti interventi (quelli per la famiglia/minori al netto al netto della spesa per i nidi), rilevano per il 25% della spesa sociale complessiva e il 29,3% della spesa sociale vera e propria.

Si sottolinea infine, in continuità con quanto osservato in precedenti articoli, che l'arretramento degli interventi dei comuni per gli anziani potrebbe essere il risultato di politiche che hanno indirettamente spiazzato l'intervento dei comuni sul SAD, per effetto di altri servizi (RSA Aperta).

Tab. 1 - Spesa sociale a carico dei comuni pro-capite per categoria di utenza, 2017, per RSO Centro Nord e per Ripartizioni geografiche

	Famiglie e minori	Disabili	Anziani	Immigrati e nomadi**	Povertà e altro***	Totale
Piemonte	167	3.722	82	62	19	125
Liguria	243	3.161	82	34	22	134
Lombardia	168	5.095	82	36	11	126
Veneto	112	3.474	86	27	11	98
Emilia-Romagna	282	4.193	86	96	15	163
Toscana	184	3.040	119	47	15	131
Umbria	157	1.638	43	49	9	88
Marche	121	4.019	46	49	9	102
Lazio	217	3.567	97	64	20	145
Nord-ovest*	**174**	**4.484**	**86**	**42**	**14**	**127**
Nord-est*	**210**	**5.222**	**171**	**77**	**21**	**172**
Centro*	**190**	**3.310**	**93**	**56**	**16**	**131**
Sud*	**60**	**1.074**	**49**	**59**	**6**	**58**
Isole*	**90**	**3.504**	**74**	**298**	**18**	**119**
ITALIA*	**141**	**3.140**	**95**	**68**	**14**	**119**

*Incluse Regioni Statuto Speciale **Rom, Sinti e Caminanti ***disagio adulti e senza fissa dimora

Il ruolo dei vari attori

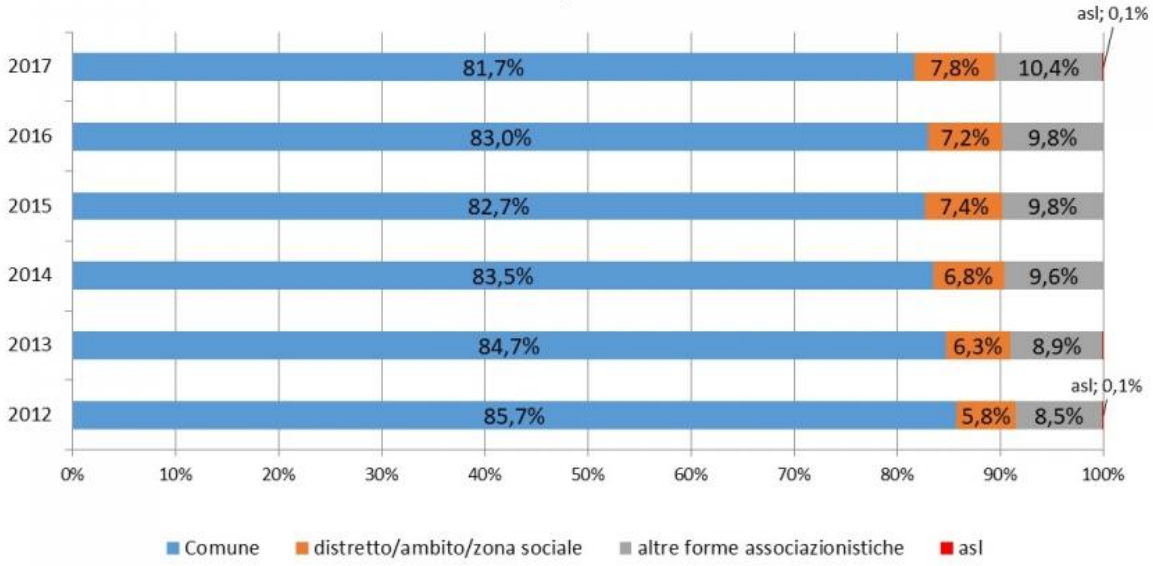
Nel 2017, in Lombardia, l'81,7% degli interventi è stato erogato dai singoli comuni, il 7,8% dai distretti/ambiti e il 10,8% da altre forme associazionistiche (comunità montane, consorzi, unioni di comuni e altre associazioni di comuni), (Fig. 3).

Le dinamiche del quinquennio suggeriscono una spinta all'associazionismo, si presume per ricercare scale produttive più efficienti di quelle parcellizzate per comune.

Nel 2017 una quota minima di interventi sociali è stata erogata direttamente dalle aziende sanitarie (0,1%). Si tratta di un importo trascurabile e, in ogni caso, si confermano i limiti di rappresentatività della rilevazione già sottolineati nelle precedenti edizioni: infatti, una quota importante di interventi sociali sono erogati direttamente dalle ATS (si pensi ad esempio ai buoni erogati dalle ATS alle famiglie a titolo di misura B1 a carico del FNNA[4]), tuttavia è evidente che essi sfuggano alla rilevazione Istat.

Si presume, dunque, che i dati della spesa sociale lombarda siano sottostimati, sminuendo le potenzialità di confronto con le altre regioni. Ad esempio, la crescita della spesa nazionale 2017 per il target anziani potrebbe essere spiegata con l'inserimento delle gravi demenze nel perimetro delle gravissime disabilità del FNNA: le altre regioni potrebbero avere inserito nella rilevazione Istat questi interventi, mentre non è avvenuto altrettanto per la Lombardia.

Fig. 3 - Spesa sociale a carico dei comuni per tipologia di ente gestore, Lombardia, 2012-2017



---

[1] A meno della spesa per i nidi, di cui è già stato diffuso il massimo dettaglio analitico

[2] La spesa per servizi socioeducativi dell'ambito di Milano è passata da 63 milioni del 2015 ai quasi 108 milioni del 2016, per ritornare a 61 milioni nel 2017

[3] strutture che offrono servizi di ascolto e accoglienza per le donne vittime o esposte alla minaccia di ogni forma di violenza fisica e/o psicologica, e le case rifugio destinate a vittime di violenza di genere, strutture residenziali a indirizzo segreto, che forniscono alloggio sicuro e protezione alle donne che subiscono violenza e ai loro bambini. Le Case rifugio sono in stretto contatto con i Centri antiviolenza e gli altri servizi presenti sul territorio, al fine di garantire il necessario supporto psicologico, legale, sociale, educativo

[4] La DGR 5940/2016 ha stanziato oltre 36,5 milioni per gli assegni per le disabilità gravissime erogati dalle ATS nel 2017. Dalla rilevazione Istat la spesa sociale gestita dalle ATS nel 2017 è risultata circa 1,3 milioni

Gli attori del welfare lombardo tra sfide e interventi innovativi

Dati e ricerche

Il futuro dei progetti di welfare comunitario

Ricognizione sulle ricadute in termini di evoluzione delle policies locali

A cura di Alice Melzi e Cecilia Guidetti

17 Giugno 2020

Temi > Nel territorio, Anziani, Disabili, Innovazione, Terzo settore, Welfare di comunità, Welfare in azione

I progetti di welfare comunitario di Welfare in Azione hanno portato cambiamenti nei sistemi di welfare territoriale? Fondazione Cariplo e LombardiaSociale stanno realizzando una ricerca per capire quali siano le ricadute dei progetti di Welfare in Azione sulle politiche territoriali e quanto abbiano lasciato un cambiamento duraturo a livello locale. In questo articolo il senso e le ragioni della ricerca e alcune prime considerazioni di carattere complessivo, a cui seguiranno presto approfondimenti specifici sui risultati.

Guardare avanti: Welfare in azione si interroga

Il programma Welfare in Azione avviato da Fondazione Cariplo nel 2014 ha rappresentato in questi anni un'occasione davvero preziosa nei territori della Lombardia e delle Province di Novara e di Verbano Cusio Ossola per ripensare e sperimentare nuove forme di welfare territoriale e comunitario.

Il suo avvio è avvenuto in un momento di grande difficoltà per il comparto sociale: la drastica contrazione delle risorse pubbliche, unitamente all'aumento del rigore della spesa, si combinava all'emergere di nuovi fronti di fragilità, effetto diretto della crisi avviata pochi anni prima.

Le quattro edizioni del bando, che hanno finanziato in totale 37 progetti, richiamavano in particolare la necessità, per i sistemi territoriali, di ripensare le risposte in relazione ai nuovi bisogni delle comunità, innovando servizi, processi e modelli in un'ottica di

coprogrammazione e coproduzione di risposte flessibili e volte a superare la logica prestazionale e individuale, tramite la valorizzazione di una prospettiva comunitaria e il potenziamento dei sistemi di *governance*, anche grazie all'apertura a nuovi soggetti[1].

I progetti delle prime due edizioni sono giunti al termine. Diventa dunque interessante cercare di comprendere il segno che queste progettualità stanno lasciando nelle politiche sociali dei territori:

- come queste sperimentazioni di innovazione hanno **influenzato l'agenda politica locale**?
- quanto hanno **modificato la visione sul proprio contesto e sui problemi** che lo attraversano?
- come hanno **trasformato la governance locale**, ovvero i rapporti istituzionali, la relazione pubblico privato, il rapporto con i cittadini?

Una ricerca per indagare il cambiamento

A partire da queste domande, su mandato di Fondazione Cariplo, IRS, e in particolare il gruppo di ricerca di LombardiaSociale[2] sta realizzando una ricerca, avviata a settembre 2019 e tutt'ora in corso, con la finalità di ricercare le **tracce di cambiamento significativo lasciato dai progetti nell'assetto dei servizi e della struttura di welfare**, individuando tra le tante innovazioni perseguite e realizzate dai progetti, **quelle che effettivamente sono riuscite a entrare in forma stabile nelle politiche territoriali, in termini di contenuti, target, metodologie o attori coinvolti.**

Oggetto di approfondimento sono in particolare i territori delle 16 progettualità finanziate nella prima e seconda edizione del Bando. Si tratta nel complesso di 18 ambiti territoriali, di cui 16 lombardi e 2 piemontesi; più nello specifico:

	Ambito	Nome progetto
1^ ed	Rho (MI)	Oltre i perimetri
	Lodi	Rigenerare valore sociale
	Milano	Wemi
	Magenta (MI)	Comunità possibili
	Crema, Cremona, Casalmaggiore (CR)	Fare legami
	Lecco, Merate, Bellano (LC)	Living land
	Sondrio	Più segni positivi
2^ ed	Garbagnate Milanese (MI)	#VAI
	Brescia	Brescia città del noi
	Montichiari (BR)	Genera-azioni
	Milano	Milano sei l'altro
	Milano	Nove +
	Tradate (VA)	Giovani di valore
	Gallarate (VA)	Revolutionary road
	Borgomanero (NO)	Family like
	Verbano Cusio-Ossola (VB)	La cura è di casa

La ragione di questa scelta sta nella maturità raggiunta dai progetti e nel confronto già attivo con il tema della sostenibilità futura. Non meno rilevante, poi, il fatto che nel 2017, in Lombardia, si è chiusa la quinta triennalità della programmazione zonale, pertanto dallo scorso anno i territori sono stati chiamati a rivedere i piani sovralocali che disegnano le direzioni del proprio welfare sociale. Un'occasione dunque per osservare in concreto le ricadute generate sull'agenda locale e sulle scelte di finanziamento.

La ricerca non assume una logica valutativa in relazione ai singoli progetti[3], ma è **orientata a ricercare trasversalità che riescano a fornire una visione di insieme su tutto quanto è cambiato e può potenzialmente ancora cambiare nei sistemi locali grazie alla realizzazione dei progetti**.

Le aree di indagine guida dell'analisi sono articolate attorno a due dimensioni:

- una dimensione di efficacia, relativa a quanto gli obiettivi di innovazione assunti come prioritari dai progetti siano entrati nell'agenda politica locale, introducendo nuove tematiche, precedentemente non trattate (ad es. la vulnerabilità delle famiglie) oppure modificando gli obiettivi di policy o specifiche strategie di intervento;
- una dimensione di governance, volta a comprendere quanto le azioni promosse dal programma Welfare in Azione abbiano modificato l'assetto delle relazioni a livello locale, introducendo nuovi attori nella rete di soggetti impegnati nelle politiche di welfare (ad es. gli istituti di credito, le imprese, le agenzie per la casa), oppure modificando i rapporti preesistenti nella direzione di un'amministrazione maggiormente collaborativa, o ancora aprendo il sistema ad coinvolgimento diretto della cittadinanza.

Percorso di ricerca, metodologia utilizzata e strumenti di analisi: a che punto siamo?

Il lavoro di ricerca è stato avviato a settembre 2019 con **un'analisi documentale relativa ai progetti,** volta ad evidenziare gli elementi maggiormente rilevanti in relazione ai cambiamenti intercorsi nella programmazione locale. Per ogni progetto sono stati analizzati gli studi di fattibilità e le relazioni di valutazione intermedie (a cadenza semestrale per l'intero triennio attuativo) e i report finali dei progetti, redatte dal soggetto accompagnatore. Inoltre, riguardo i territori considerati sono stati analizzati i Piani di zona relativi al triennio 2015/2017 e, laddove presenti, anche al triennio 2018/2020; altri documenti di programmazione (ad es. Piano povertà) dove ritenuto significativo; i bilanci sociali o altri documenti di accountability degli enti gestori degli ambiti che hanno preso parte attiva ai progetti.

Sono state poi effettuate **interviste in profondità con i referenti di progetto e i responsabili delle politiche territoriali** volte a ricostruire le ipotesi progettuali, i processi attivati, evidenziare i risultati ottenuti e i cambiamenti intercorsi sia in relazione alla dimensione tematica, sia in relazione alla dimensione di *governance*.

Sono stati realizzati ad oggi anche due dei quattro **focus group in programma tesi a mettere a confronto territori diversi,** che abbiano investito prioritariamente sulle medesime aree di cambiamento, per approfondire le ricadute dei progetti riguardo l'attivazione dei cittadini e il coinvolgimento di nuovi target, i processi e i dispositivi di governance territoriale e l'innovazione nel sistema di offerta di servizi.

Il disegno di ricerca prevede, infine, la costruzione **di sintetici questionari da somministrare ai progetti della terza e della quarta edizione,** per raccogliere dati e informazioni su come si sta predisponendo la sostenibilità e il radicamento degli ambiti di intervento progettuali nelle *policies locali* per i progetti ancora in fase di realizzazione, e un workshop finale di condivisione degli esiti.

L'irrompere dell'emergenza Covid-19 sopraggiunta nei mesi scorsi, ha messo alla prova, oltre che tutto il lavoro territoriale, anche questo lavoro di ricerca, che è stato quindi orientato in questi mesi a esplorare quanto il patrimonio generato dai progetti di Welfare in azione sia stato d'aiuto nell'affrontare l'emergenza e quanto invece questa abbia portato i sistemi territoriali ad arretrare rispetto a risultati e trasformazioni rilevanti raggiunti dai progetti, e quale futuro si possa immaginare oggi per i sistemi di welfare territoriale.

Le condizioni di partenza: una panoramica dei progetti

I 16 progetti si sono sviluppati a partire da condizioni di avvio molto diverse tra loro, proprio perché i requisiti di accesso al bando consentivano, al di là di pochi elementi regolativi essenziali, di presentare proposte quanto più possibili aderenti alle specificità territoriali, sia in termini di partenariato e reti, sia rispetto agli oggetti di intervento. A fronte di varie differenze, si trovano anche alcune trasversalità, utili a leggere e interpretare le analisi del lavoro di ricerca proposte in merito alle eredità, ai cambiamenti lasciati ai territori, ai fattori favorenti o ostacolanti di questi processi.

Dimensione territoriale

I progetti si distribuiscono secondo tre diverse tipologie: progetti che hanno investito un solo Comune (Welfare di tutti, Brescia città del noi), o parte di esso nella città di Milano (Nove + e Milano 6 l'altro); progetti che sono intervenuti a livello di Ambito Territoriale (Oltreipetrimetri, Genera-Azioni, Comunità Possibili, Più segni positivi, #VAI, Rigenerare valore); progetti che hanno assunto una dimensione sovrazonale,

andando a coinvolgere più Ambiti territoriali (Fare Legami, Giovani di Valore, La cura è di casa, Living Land, Revolutionary Road, Family Like).

Capofila e composizione del partenariato

Come definito dal Bando, i territori hanno avuto la possibilità di candidare quali enti capofila tanto enti pubblici quanto enti del privato sociale. Nei progetti della prima e della seconda edizione **ha prevalso la scelta di individuare quale soggetto capofila un soggetto pubblico**, che nello specifico è sempre costituito dal Comune di riferimento o capofila dell'Ambito Territoriale (Comune di Milano per Welfare di Tutti, Comune di Brescia per Brescia città del noi; Comune di Cremona per Fare Legami; Comune di Montichiari per Genera-azioni), dall'Ufficio di Piano dell'Ambito o di uno degli Ambiti coinvolti (UdP Magenta per Comunità Possibili, UdP Lodi per Rigenerare Valore, UdP Tradate per Giovani di Valore, Udp Gallarate per Revolutionary Road), dall'Azienda che gestisce i servizi sociali per conto dei Comuni dell'Ambito (Azienda Comuni Insieme per #VAI, SerCop per Oltrei perimetri) e in un solo caso dalla Provincia del Verbano Cusio Ossola per La cura è di casa.

Nel caso dei progetti che, invece, hanno avuto quale ente capofila enti privati, questi ultimi sono cooperative sociali o consorzi di cooperative con un forte radicamento territoriale e che hanno in tutti i casi agganciato l'ente pubblico di riferimento (Comune o Ambito territoriale) in qualità di partner o, per quanto riguarda Milano 6 l'altro, in qualità di soggetto finanziatore: Consorzio SolCo per Più segni positivi; Consorzio Consolida per Living Land; Cooperativa sociale Vedogiovane per Family Like; Consorzio SIS (successivamente Cooperativa Spazio Aperto Servizi) per Milano 6 l'altro; Fondazione Mission Bambini Onlus per Nove +.

Nelle prime due edizioni del programma la presenza di soggetti nuovi o cosiddetti "non convenzionali" del welfare riguarda principalmente le reti di progetto e non solo in rari casi i partenariati.

Temi e target

Un altro elemento che appare centrale per inquadrare i progetti, in termini di premesse e di risultati attesi, è relativo **all'ampiezza e alla diversificazione delle finalità e dell'oggetto di intervento dei progetti**.

La grande maggioranza dei progetti, pur prevedendo strategie di intervento spesso multidimensionali e intersettoriali, **hanno circoscritto il proprio campo di azione a oggetti di lavoro specifici intorno a fenomeni emergenti e a target definiti**. Di questi, 7 sono stati finalizzati alla individuazione di strategie di intercettazione e fronteggiamento delle diverse vulnerabilità generate dalla crisi economica: Fare

Legami, #Oltreiperimetri, Più segni positivi, #VAI, Rigenerare Valore, Revolutionary Road, Genera-Azioni. Altri 5 progetti – Family Like, Living Land, Nove +, Comunità possibili e Milano 6 l'altro – si sono concentrati invece, sull'individuazione e la sperimentazione di risposte ai bisogni delle famiglie con minori (conciliazione vita e lavoro, supporto ai compiti educativi, creazione di reti tra famiglie, relazione tra la scuola e le famiglie). Altri due progetti si concentrano invece, uno sul miglioramento delle condizioni di vita degli anziani a domicilio (La cura è di casa) e, l'altro sul tema dell'occupabilità giovanile (Giovani di valore).

Infine, **due progettualità hanno assunto una dimensione cittadina di ampia scala, intendendo riformulare complessivamente il sistema di accesso e di funzionamento dei servizi di welfare**: Welfare di tutti , i servizi connessi alla domiciliarità, mentre Brescia Città del Noi, l'intero sistema dei servizi.

Dal punto di vista dei destinatari dei progetti, è possibile evidenziare che si tratta, per lo più, di target che sono solo parzialmente nuovi rispetto agli abituali destinatari dei servizi del welfare e che **l'innovazione è ricercata non tanto in fasce di popolazione completamente diverse da quelle normalmente conosciute e incontrate dai servizi, ma a parti di esse non ancora intercettate**, o fino ad ora non sufficientemente interessate da interventi significativi e sistematici.

Composizione dei budget di progetto

Sui territori intervengono progetti estremamente differenziati per dimensionamento territoriale e consistenza delle risorse dedicate. Si possono ricercare alcune tendenze comuni, ma è importante considerare che gli interventi messi in campo nei territori hanno avuto una portata ed una consistenza significativamente differente. Inoltre, **la composizione dei budget di progetto**, e soprattutto delle quote di cofinanziamento da parte degli enti partner e delle quote di risorse aggiuntive previste tramite attività di *fundraising* **costituisce uno degli elementi salienti in termini di innovatività che si sono evidenziati fin dalla fase di presentazione delle idee progettuali**.

Tracce di continuità e di cambiamento nei territori: un primo sguardo d'insieme

Prima di entrare nel dettaglio dell'analisi effettuata, cui si rimanda a successivi articoli, il lavoro di ricerca si sofferma su un primo sguardo d'insieme circa **la capacità del programma Welfare in Azione di concretizzare l'ideale trasformativo dei sistemi di welfare territoriale, attraverso l'utilizzo di 5 indicatori:**

La **presenza dei temi chiave dei progetti nella prima tornata dei Piani di Zona** con cui i progetti si sono avviati: in Lombardia quella relativa al triennio 2015-2018, in Piemonte i primi Piani di programma coincidenti con l'avvio dei progetti.

La **presenza degli stessi temi chiave, e la modalità in cui sono presentati e trattati, nei Piani di zona relativi al triennio 2018-2020**, dunque nella programmazione territoriale definita a progetti già conclusi o in via di conclusione.

Il **proseguimento**, oltre il termine dei progetti e dei finanziamenti di Fondazione Cariplo, di **almeno parte delle azioni realizzate**.

L'attivazione di nuove progettualità che possono essere intese come *spinoff* dei progetti, in quanto ne colgono il metodo, l'approccio, o ne perseguono le medesime finalità.

Il **reperimento di nuove risorse**, a conclusione del finanziamento di Welfare in azione, per portare avanti parte delle azioni, nuove progettualità o altre forme di proseguimento.

Riguardo all'assunzione dei temi nella programmazione zonale quel che emerge da una prima panoramica generale è che **l'ampia maggioranza dei progetti analizzati è riuscita a incidere sulla programmazione territoriale, lasciando un segno anche nel Piano di Zona, che costituisce per eccellenza il documento di programmazione delle politiche territoriali**.

Se già, dunque, questo dato indica un buon grado di raggiungimento dei macrobiettivi che Fondazione Cariplo si era data al momento dell'avvio di Welfare in azione, l'osservazione dei dati relativi ai successivi indicatori mostra che **tutti e 16 i progetti hanno di fatto proseguito almeno parte delle azioni dopo la conclusione del progetto, hanno attivato nuove progettualità che per tematiche, target, approccio, metodo o partner, possono essere considerate eredità dei progetti, e per farlo sono riusciti a reperire nuove risorse sia pubbliche che private**.

Da questo primo quadro d'insieme si rileva, in generale, che **Welfare in azione ha lasciato sui territori un'eredità riconoscibile e significativa, ed accomuna, pur con le dovute differenziazioni secondo le specificità dei progetti, tutti i territori in cui ha agito**.

A partire da queste prime considerazioni complessive, che introducono il senso e i modi della ricerca, seguiranno altri approfondimenti dedicati ad esplorare più nel dettaglio i lasciti dei progetti e i fattori che ne hanno promosso, o viceversa ostacolato, la capacità di modificare l'assetto del welfare locale in una prospettiva comunitaria.

[1] Si segnalano alcuni contributi di riflessione:

http://www.lombardiasociale.it/2017/04/18/le-dimensioni-qualificanti-del-welfare-generativo/
http://www.lombardiasociale.it/2017/05/08/esiste-un-modello-lombardo-di-welfare-di-comunita/
http://www.lombardiasociale.it/2017/07/11/welfare-comunitario-la-metafora-del-campeggio/

[2] Il gruppo di ricerca è costituito da: Cecilia Guidetti (coordinamento progettuale), Silvia Brena, Elisabetta Dodi e Alice Melzi.

[3] I report di valutazione realizzati dai servizi di accompagnamento messi in campo dalla Fondazione a cura di Codici e dell'Istituto Italiano di Valutazione, hanno già articolato, sia in relazione ai singoli progetti, sia in relazione alla trasversalità degli stessi per le diverse edizioni, un'analisi che individua gli elementi di successo o di criticità, e sono giunti ad evidenziare alcuni elementi di continuità dei progetti oltre il termine dei finanziamenti. Per completezza è stata inoltre consultata la ricerca a cura di Massimo Conte e Stefano Laffi, Prendiamoci un caffè. I luoghi del welfare nel programma di Welfare in Azione, Collana "Quaderni dell'Osservatorio" n. 32 ▪ Anno 2019

Il Network delle Aziende Speciali lombarde compie 10 anni

di Valentina Ghetti

30 Gennaio 2020

Temi > Programmazione e governance, Gestione associata, Piani di zona

Il Network delle aziende speciali lombarde ha compiuto 10 anni e in occasione di un evento interno sono stati presentati alcuni dati sull'evoluzione di questa forma di gestione associata, sempre più diffusa nella nostra regione.

NeASS e le aziende speciali: una realtà in espansione

NeASS – Lombardia, il Network delle Aziende speciali sociali lombarde, ha da poco compiuto 10 anni di attività.

Associazione nata nel 2009 dalla volontà di alcuni amministratori pubblici e direttori di neo-costituite aziende speciali, consortili o comunali, è stata fondata a partire dal desiderio di fare rete.

Una rete di aziende appunto, funzionale a stimolare il confronto e lo scambio sulle diverse esperienze gestionali e le relative problematiche, con l'intento di dare maggior peso e forza imprenditoriale a una nuova realtà gestionale, che si stava facendo strada in regione.

"Siamo nati anche per darci un coordinamento su una serie di aspetti legislativi, fiscali, tributari che non erano affatto chiari, e purtroppo taluni ancora non lo sono, al fine di poter sviluppare interlocuzioni con la politica, con il Governo, con Regione e con Anci ed avanzare proposte per una definizione chiara circa la configurazione di questa realtà" dice Luigi Boffi Presidente NeASS – Lombardia.

Sappiamo che a differenza di altri territori (Piemonte, Toscana, Emilia-Romagna), il processo di gestione associata in Lombardia non è mai stato particolarmente

incentivato dal legislatore. Seppur richiamato nei vari atti di indirizzo rivolti alle politiche sociali, in riferimento a quanto indicato dalla legge quadro 328, la Regione non si è spinta mai ad offrire incentivi specifici, a dare indicazioni cogenti o ad indicare forme privilegiate da perseguire. La nostra Regione in sostanza, a differenza di altre, non si è mai esposta a definire un disegno di sistema chiaro e incisivo sulla questione.

Le Aziende speciali consortili sono state e sono ancora oggi, nei fatti, un "movimento spontaneo dei comuni lombardi", stimolato dal processo di ritiro delle deleghe all'ex Asl per i servizi ad alta specializzazione come la tutela minori e l'inserimento lavorativo, ma anche dai vincoli finanziari sempre più stringenti e la conseguente difficoltà per i comuni nello specializzare, professionalizzare e stabilizzare il personale.

Abbiamo discusso anche in passato dei vantaggi che la gestione aziendale pone, a patto ovviamente che si parli di una massa sufficiente, in termini di volume di servizi o di ampiezza del territorio di riferimento, a sostenere il costo generale della struttura. Li richiamiamo qui brevemente:

- sguardo specifico sul sociale, équipe professionali e assetti organizzativi dedicati, a differenza della vocazione generalista dei comuni
- razionalizzazione dei servizi e dei processi a favore della riduzione di ridondanze e duplicazioni
- omogeneizzazione delle prestazioni e, di conseguenza, dei relativi costi, superando differenziazioni ingiustificate (es. stesse cooperative, stesse prestazioni, costi diversi per diversi comuni)
- gestione di alcune azioni (appalti, accreditamenti…) dentro una logica di sistema e programmatoria
- incremento dei volumi di servizio gestiti, con la conseguente produzione di economie per i comuni, e a vantaggio anche degli stessi soggetti gestori del privato sociale
- semplificazione dei processi
- miglioramento nella gestione delle relazioni tra più attori, riducendo le interlocuzioni e mettendo a disposizione riferimenti unici
- possibilità di investimento in innovazione tecnologica che i comuni, da soli difficilmente sarebbero in grado di sostenere
- realizzazione di formazione, supervisione e consulenza a favore degli operatori, a sostegno del confronto di pratiche e della crescita professionale del settore

Tutti aspetti che NeASS, nelle ricerche e nelle pubblicazioni che ha promosso in questi anni, ha cercato di rendere evidenti e noti.

I numeri e le caratteristiche

Ma quante sono e che caratteristiche hanno le Aziende speciali associate? Condividiamo qui i dati presentati dal coordinatore NeASS Fabio Clerici nel corso dell'evento di festeggiamento del decennale, lo scorso novembre, per tratteggiare una fotografia di questa realtà.

Oggi il network conta 34 realtà aziendali presenti in regione, di cui 3 su 4 consortili, vedendo raddoppiare i suoi aderenti rispetto al 2009. Espressione gestionale di 511 comuni, le aziende speciali sono la forma di gestione scelta da oltre un terzo dei comuni lombardi, per un bacino di utenza di più di 3 milioni di abitanti[1].

Una realtà che ha toccato tutto il territorio regionale, ad eccezione della sola provincia di Sondrio.

Il fatturato complessivo gestito dalle 34 aziende socie ammonta a oltre 214 milioni di euro, certo con una grande variabilità interna. La media è di circa 6 milioni ad azienda, ma sono presenti diverse realtà che superano abbondantemente i 10 milioni e quella con il maggior fatturato sfiora i 26 milioni di euro.

Questo ci dice che le aziende speciali non sono aumentate solo in termini di unità, ma si è notevolmente articolato anche il numero di settori operativi in cui esse sono impegnate.

Alla tutela minori e ai servizi di inserimento lavorativo si sono aggiunti via via servizi correlati quali spazio neutro, affidi, mediazione familiare, ma anche talvolta, asili nido, servizi ricreativi, pre-post scuola, servizi domiciliari. Ci si è aperti alla filiera dei servizi per la disabilità, con la gestione di CSE, CSS oltre all'educativa scolastica e ovviamente all'ADH. A sostegno della popolazione anziana dei propri territori alcune aziende hanno cominciato ad assumere la gestione, oltre che del SAD, anche dei CDI, talvolta anche di RSA.

La gestione di servizi socio-sanitari sembra essere la frontiera più recente: Adi, Consultori, CDD oltre ai già citati CDI RSA ed anche riabilitazione…

Senza dimenticare poi l'integrazione con la programmazione: 21 aziende sono anche ente capofila dei Piani di zona e per questo gestiscono servizi e progetti d'ambito come ad esempio le agenzie sociali per la casa e l'abitare, gli interventi di contrasto alla povertà e progettualità di vario tipo (tratta, conciliazione, povertà educativa, welfare di comunità…).

Il tema della progettazione è un altro **PLUS** delle aziende che nel tempo si sono dedicate sempre più alla ricerca di risorse aggiuntive, oltre al perimetro abituale del finanziamento al welfare alla ricerca di innovazione del welfare, per rispondere meglio a bisogni emergenti e in continua trasformazione. Alcune realtà hanno strutturato

unità organizzative dedicate, dei veri e propri uffici per la progettazione (Fondazioni, Fondazioni comunitarie, realtà profit, fundraising…).

Box – I dati di NeASS – Lombardia

- 34 Aziende speciali socie + 2 in acquisizione
- 26 di tipo consortile
- 511 comuni associati
- 3.014.872 abitanti come bacino di utenza
- 214.279.751 milioni di euro di fatturato
- 1.302 dipendenti (su 27 aziende censite)
- 21 capofila del Piano di zona

Servizi gestiti:

- **AREA MINORI E FAMIGLIA:** Asili nido, Centri estivi, Centri di aggregazione giovanile, Pre e post scuola, Tutela minori, Comunità educative e alloggi per l'autonomia, comunità leggere, Affidi, Spazio Neutro, Mediazione familiare
- **AREA DISABILITA':** Servizi per l'autonomia e il dopo di Noi, Centri Socio educativi, Comunità socio sanitarie, Assistenza educativa scolastica, Inserimento socio lavorativo
- **AREA ADULTI E ANZIANI:** Servizi di assistenza domiciliare; Centri Diurni Integrati; Residenze socio sanitarie (RSA); Servizi per l'impiego e sostegno al reddito
- **AREA SOCIOSANITARIA:** Consultorio familiare, CSS, CDI, ADI, RSA e RSA aperta, Riabilitazione, Sperimentazioni varie
- **PROGETTUALITA':** Consulenza per la programmazione, Attivazione di servizi per la casa E l'abitare, Attivazione di servizi per il contrasto all'emarginazione e alla povertà, Interventi di contrasto alla tratta, Interventi per il contrasto alla povertà educativa, Interventi per l'integrazione sociale e culturale degli stranieri, Interventi e progetti di accoglienza e integrazione

Come opera NeASS e le sfide future

L'associazione in questi anni ha operato su diversi fronti. Ha fornito supporto ai territori interessati a sviluppare questa forma gestionale, sostenendo vari studi di fattibilità e offrendo un confronto diretto con l'esperienza di aziende già consolidate.

Ha garantito supporto ai propri soci promuovendo formazioni specifiche sui temi gestionali e amministrativi, su questioni emergenti come le procedure di acquisto di beni e servizi a seguito del nuovo codice degli appalti, o sui nuovi adempimenti quali i piani triennali per la trasparenza e l'anticorruzione, la fatturazione elettronica, i regimi IVA.

Ha promosso percorsi formativi ad hoc rivolti al personale tecnico aziendale su alcuni temi specifici come la mediazione interculturale e il codice etico deontologico.

Ha dato il via a gruppi di studio e confronto tra i settori aziendali su alcuni servizi, per approfondire modelli gestionali e costruire benchmark (tutala minori, sulla disabilità,

sulle prassi amministrative…). Ha sviluppato poi alcune importanti ricerche, per diffondere la conoscenza sulla propria realtà[2].

Quali sono le direttrici di lavoro del prossimo futuro? Lo abbiamo chiesto direttamente al Presidente NeASS Luigi Boffi: *"Innanzitutto rafforzare maggiormente il nostro ruolo come soggetto di riferimento di Anci, Regione e Governo a supporto della programmazione del welfare. In passato si sono create occasioni di questo tipo, abbiamo aperto interlocuzioni, ma non possiamo negare che negli ultimi anni sono aumentate le difficoltà.*

Senz'altro aiuterebbe anche intrecciare maggiormente i collegamenti con le realtà di altre regioni, sebbene quella delle aziende speciali altrove sia ancora una realtà minoritaria e poco organizzata.

Poi va perseguita con più determinazione la trasmissione del senso vero e dell'utilità che può avere questa forma gestionale per il miglioramento del welfare locale, per smontare una volta per tutte le rappresentazioni distorte che purtroppo ancora circolano nel settore.

C'è ancora chi pensa che sia qualcosa di aggiuntivo e che toglie sovranità e titolarità all'ente locale, cosa quanto mai falsa dal momento che le aziende nascono come enti strumentali dei comuni stessi, per esaltarne e concretizzarne la loro mission sul territorio.

O chi vede l'azienda solo come contenitore per risolvere problemi e che, una volta trasferito il tal servizio, non si preoccupa più della sua fattiva attuazione, salvo a chiusura di bilancio quando si parla di conti. La formazione, la raccolta di dati ed evidenze, la promozione di iniziative pubbliche vanno certamente in questa direzione. Insomma c'è da fare ancora tanto, ma siamo qui per questo".

---

[1] Il dato è per altro sottostimato perché esistono almeno una entina di Aziende speciali mono comunali che non sono all'interno del Network

[2] Gatti D. e Rossi P., "Esperienze di welfare locale. Le aziende speciali e la gestione dei servizi sociali nei Comuni lombardi. Maggioli 2010

Collegamenti esterni

- NeASS

L’identikit delle Fondazioni di comunità

Dati ed evidenze dal Quaderno tematico di Fondazione Cariplo

a cura di Valentina Ghetti

12 Gennaio 2020

Temi > Terzo settore, Welfare di comunità

Quante sono le Fondazioni di Comunità, quale valore generano, quali sfide dovranno affrontare nel prossimo futuro? Domande a cui un recente approfondimento promosso dalla Fondazione Cariplo tenta di rispondere, mostrando dati ed evidenze a partire dall’esperienza delle 16 Fondazioni comunitarie nate dal proprio progetto.

Un recente Quaderno della Fondazione Cariplo ha approfondito l’esperienza delle Fondazioni di comunità, fornendo dati e analisi, a partire dai processi della loro costituzione sino ai sistemi di *governance* adottati. Riportiamo qui di seguito gli elementi più salienti del lavoro, concentrando l’attenzione sulle 13 Fondazioni presenti in Lombardia.

Cosa sono e quante sono

Si tratta di “istituzioni ibride” – così definite di recente da Paolo Venturi di Aiccon – che si propongono di **sviluppare una filantropia vicina alle esigenze della comunità: in ascolto dei bisogni locali, capace di reperire risorse e mobilitare relazioni a favore di progettualità sentite come prioritarie dalla comunità di riferimento**. Il loro impegno è rivolto, da una parte, a stimolare la cultura del dono, della partecipazione e della solidarietà, creando “condizioni che rendano l’atto del donare semplice, sicuro, economico ed efficace, riducendo ostacoli burocratici ed amministrativi, offrendo incentivi e garantendo informazioni e rendicontazioni trasparenti delle risorse utilizzate” e, dall’altra, favorire la creazione di un “mutualismo comunitario” capace di attivarsi per co-produrre soluzioni a favore delle proprie comunità.

Le prime esperienze nascono su spinta della stessa Fondazione Cariplo a fine anni '90, con l'obiettivo di creare una rete di Fondazioni autonome, seppur in partnership con Cariplo. Una partnership che si è concretizzata nel tempo attraverso la garanzia di un coordinamento della rete che via via si è creata, lo sviluppo di modelli di *governance* e, ovviamente, risorse per l'avvio grazie al cosiddetto Fondo di dotazione patrimoniale.

Le prime Fondazioni a nascere sono state quelle di Lecco e Como, nel 1999, seguite da altre dieci nei tre anni successivi, arrivando al 2006 a **15 Fondazioni comunitarie a cui poi, nel 2018, si è aggiunta anche quella di Milano**. **Di queste, 3 sono espressione di territori piemontesi (Fondazione Comunitaria Novarese, Verbano-Cusio-Ossola e Ticino-Olona) mentre le restanti sono lombarde**.

Nel panorama nazionale, le realtà afferenti alla rete di Cariplo, oltre ad essere le antesignane di questa esperienza sono anche le più numerose, sebbene negli ultimi anni si registrino importanti evoluzioni, grazie all'investimento di altre Fondazioni, come Compagna di San Paolo, Fondazione Con il Sud, Fondazione di Venezia. Nella recente conferenza annuale organizzata da Assifero a novembre scorso, si contavano 40 Fondazioni di Comunità attive in tutta Italia e 5 in via di costituzione.

Alcuni dati

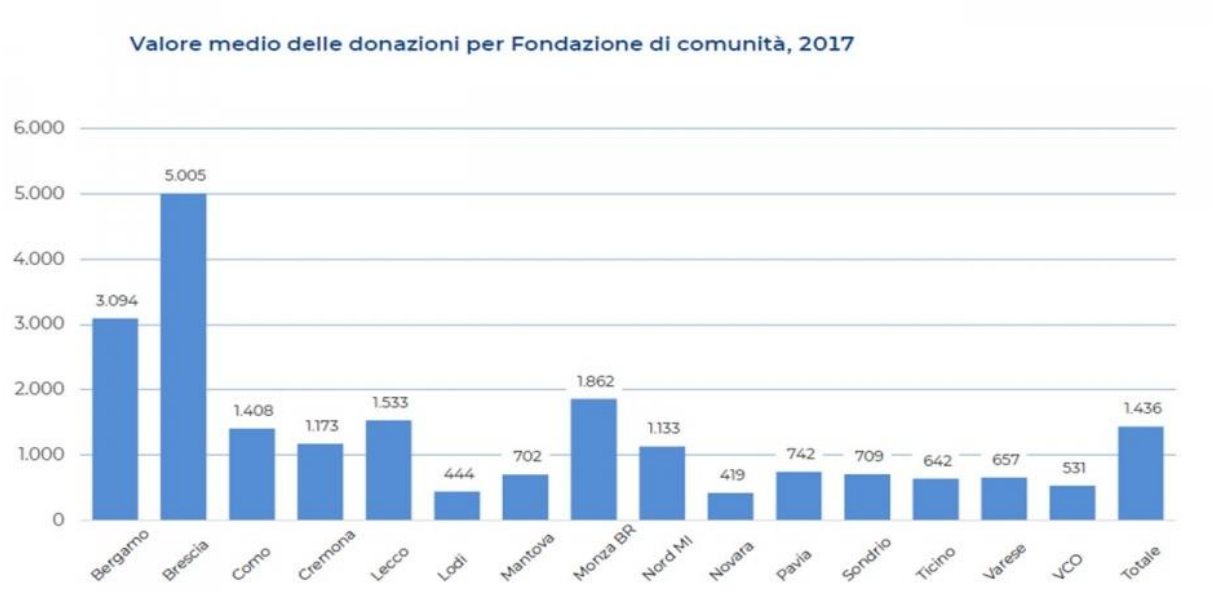
Il quaderno fornisce alcuni dati puntuali sulle performance delle Fondazioni comunitarie afferenti al progetto Cariplo.

Per dare l'idea della dimensione di queste realtà basti pensare che dal 1999 al 2017 **il valore delle donazioni raccolte ammonta a 168,2 milioni, al netto dei trasferimenti garantiti da Cariplo. I contributi erogati sono stati pari a 333,3 milioni, a favore di 32,5mila progetti. Numeri importanti dunque**. Per altro Cariplo ha posto un obiettivo sfidante per stimolare la raccolta: raggiungere in 10 anni una raccolta di donazioni pari a quanto inizialmente garantito da Cariplo, per ottenere una erogazione ulteriore di pari entità. 13 Fondazioni hanno raggiunto questo obiettivo.

In un decennio, il valore del patrimonio è cresciuto di oltre il 60%, passando dai 159 milioni del 2006 ai 262 milioni del 2017. Le erogazioni, anch'esse cresciute, sono passate da 19 a 29 milioni, raddoppiando il numero di progetti sostenuti.

Il quaderno riporta alcuni dati puntuali riferiti al 2017, che mostrano sensibili differenze tra le diverse Fondazioni comunitarie, rispetto al valore medio delle donazioni, alla loro provenienza e alla stessa destinazione delle erogazioni.

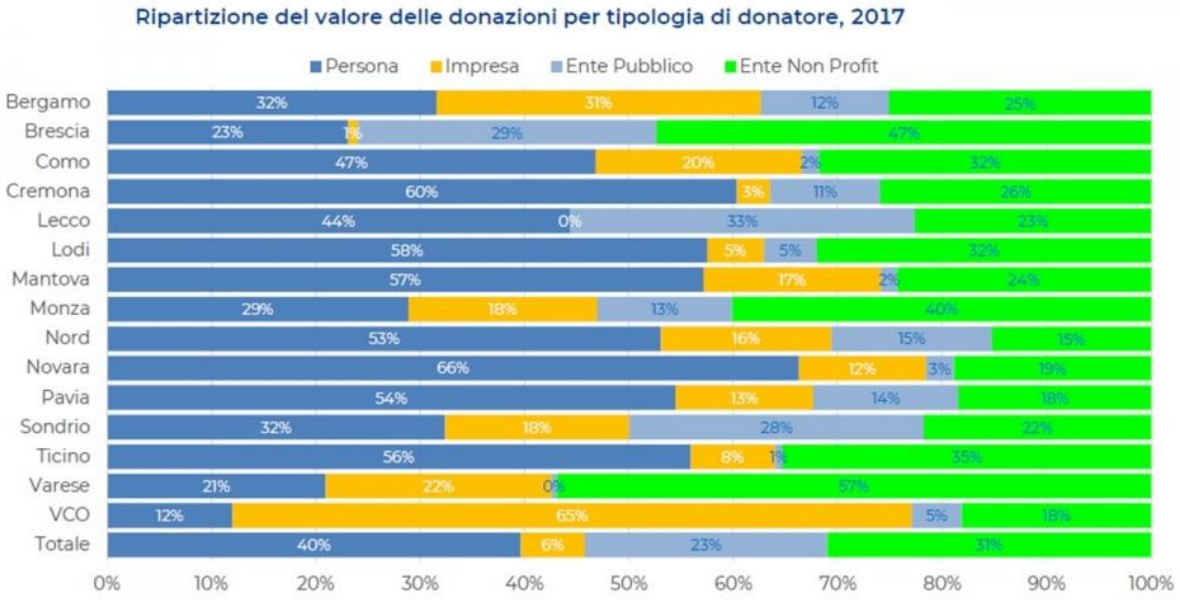
La Fondazione con il valore medio più alto di donazione è Brescia, con 5.000 euro, seguita da Bergamo (3.000) mentre tutte le altre sono sotto ai 2.000 euro, e 4 sotto i 1.000 (Lodi, Mantova, VCO e Novara).



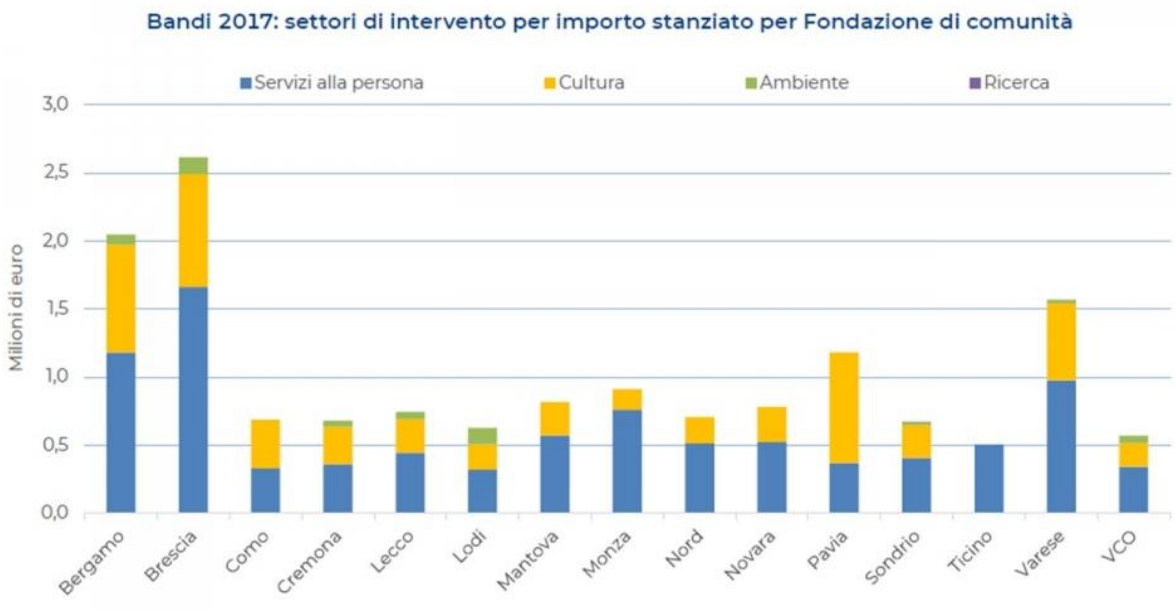
Mediamente le donazioni più generose vengono da Imprese (valore medio 4.318 euro) ed Enti pubblici (valore medio 5.513 euro), mentre quelle derivanti da singoli individui superano di poco i 600 euro. Tuttavia la situazione non è affatto omogenea:

- VCO e Bergamo presentano percentuali superiori di donazioni da imprese, addirittura nella Fondazione comunitaria del VCO due donazioni su tre provengono da questo soggetto (65%)
- Varese, Brescia e Monza evidenziano una prevalenza di donazioni da Enti di Terzo settore
- Cremona, Lodi, Mantova, Pavia e Nord Milano invece da micro-raccolta da persone
- Lecco e Sondrio hanno percentuali superiori di donazioni da Enti pubblici.

Certamente è una fotografia che andrebbe monitorata nel tempo, perché potrebbe essere influenzata dalla presenza di specifiche progettualità, che favoriscono raccolte da alcuni attori piuttosto che altri. Certamente la fotografia però mostra il segno di una varietà notevole.



Infine le destinazioni delle erogazioni: sono in prevalenza orientate a sostenere interventi nel settore dei servizi alla persona ma i dati anche in questo illustrano alcune eccezioni interessanti. Una prevalenza per la FC di Pavia di interventi in ambito culturale e una diversificazione significativa per la FC di Lodi, che oltre alla cultura, aggiunge anche erogazioni a favore di interventi nel settore ambientale.



Le sfide future

Il quaderno evidenzia alcune questioni che rappresentano sfide importanti per l'evoluzione futura di queste realtà.

Prima tra tutte quella di **orientarsi alla cosiddetta "filantropia strategica"**, ovvero superare la mera finalità erogativa, spesso agita rispondendo alle richieste dei propri stakeholder, evolvendo verso una maggiore capacità di farsi promotrici di innovazione sociale, sostenendo la trasformazione dei servizi e la ricerca innovativa di soluzioni ai problemi pressanti delle proprie comunità. Un'occasione certamente importante per mettere a fuoco questa sfida ed accrescere le proprie competenze in questa direzione, è stata la partecipazione al programma Welfare in Azione, il bando di Welfare di comunità e innovazione sociale promosso da Cariplo in questi ultimi anni. Una partecipazione che ha offerto uno spazio di protagonismo importante alle Fondazioni di Comunità, di concorrere alla raccolta fondi e mettere a frutto il proprio patrimonio relazionale.

Ci sono poi alcuni temi specifici su cui le Fondazioni possono svolgere un ruolo di rilievo:

1. I **lasciti testamentari** e la gestione efficace di questo patrimonio. Il quaderno riporta alcune stime dell'Osservatorio di Fondazione Cariplo, che indicano entro il 2030 un valore dei lasciti testamentari destinati alla beneficenza superiore ai €100 miliardi.
2. Il **Dopo di Noi** e le novità normative introdotte con la l.112/16, su cui le fondazioni potrebbero offrire soluzioni interessanti nella gestione dei patrimoni e nello sviluppo di strumenti giuridici in grado di sostenere la vita autonoma delle persone con gravi disabilità.
3. La **sinergia con le imprese**: riconoscendo come negli ultimi anni si sia risvegliato un rinnovato interesse verso attività di responsabilità sociale di impresa dedicate al benessere della collettività e della comunità di riferimento, le Fondazioni di comunità potrebbero contribuire proficuamente a sviluppare collaborazioni con le aziende presenti e attive sul territorio.
4. Lo **sviluppo dei Beni Comuni** procedendo nella promozione della cura e la rigenerazione di beni ad uso collettivo, abbandonati o sottoutilizzati.

Emergenza Covid-19: un volontariato diverso

Di Alessandro Seminati, direttore di CSVnet Lombardia

a cura di Lombardia Sociale

28 Luglio 2020

Temi > Programmazione e governance, Emergenza COVID-19, Terzo settore

Ripubblichiamo l'articolo già pubblicato dal sito www.csvlombardia.it che propone dati e riflessioni raccolti e analizzati da CSVnet Lombardia in merito a come le organizzazioni del volontariato e del terzo settore hanno affrontato l'emergenza sanitaria e sociale data dal Covid-19, ai nuovi legami creati con cittadini e enti localil e alle prospettive per il futuro.

La pandemia coincide con un passaggio storico destinato a trasformare le regole del nostro vivere comune e del nostro essere società. Il Covid-19 ha colpito duramente la regione Lombardia, mettendo a dura prova le strutture ospedaliere, il personale medico, l'intera popolazione, e presentando un conto altissimo in termini di vite umane. Le realtà del terzo settore e del volontariato si sono trovate a fronteggiare un'emergenza che da sanitaria è divenuta ben presto anche sociale. Per questo oggi siamo obbligati a **ripensare approcci e modelli di intervento**, in uno scenario socioeconomico che sappiamo già essere con ogni probabilità il più difficile dai tempi della Seconda guerra mondiale. Ci è sembrato importante quindi dare vita, con la collaborazione di **CSVnet**, a una ricerca per **comprendere ciò che è accaduto** in questi mesi alle organizzazioni e agli enti di terzo settore, e per capire quali idee iniziano a circolare per immaginare **una possibile ripartenza**.

Il 70% delle organizzazioni è rimasto attivo

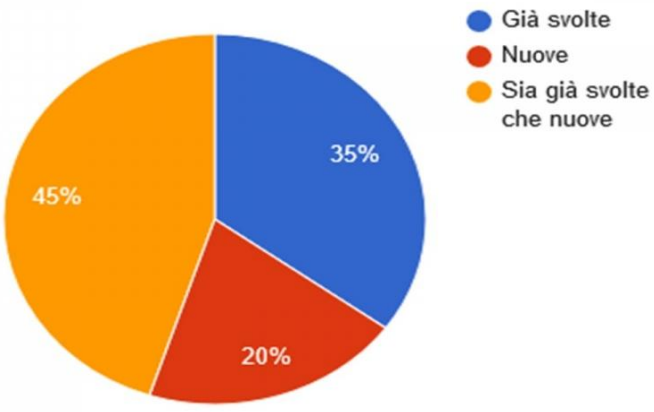
Al questionario hanno risposto **1.062 enti, il 92% dei quali di tipo associativo**: in massima parte si tratta infatti **organizzazioni di volontariato** (**55%**), seguite da una

importante componente di associazioni di promozione sociale (**27%**) e, in percentuali minori, altri tipi di associazioni, cooperative, enti filantropici, imprese sociali, società di muto soccorso, reti associative, enti religiosi, ecc. Il 50% delle realtà censite e rimaste attive ha dichiarato di avere svolto attività attinenti l'emergenza, offrendo in prevalenza **servizi di consegna di beni di prima necessità come cibo e farmaci, compagnia e vicinanza telefonica e telematica, educazione a distanza**, ma anche raccolte fondi, trasporto sociale e volontariato sanitario. Il 70% del campione totale ha comunque proseguito le proprie attività legate all'ordinario, mentre si è fermato del tutto il 30%.

Attenzione per le fasce a rischio e nuove attività

I destinatari principali delle azioni messe in atto dalle realtà del terzo settore coincidono con le fasce più a rischio della popolazione rispetto alla minaccia del Covid-19: **anziani** *in primis*, seguiti da **cittadini in quarantena**, e poi persone con disabilità e minori. Possiamo parlare di azioni sia straordinarie che ordinarie, dato che il 45% dei soggetti rimasti attivi in Lombardia dichiara di aver svolto sia attività tipiche e tradizionali, sia nuovi tipi di attività. Il 48% delle organizzazioni ha dovuto fermare completamente le proprie attività, il 23% le ha dimezzate, il 22% le ha parzialmente ridotte e solo il 7% le ha mantenute come prima dell'emergenza. Là dove organizzazioni ed enti del terzo settore si sono fermati, hanno messo uno stop ad attività di tipo **formativo, culturale e ricreativo.** Nell'ambito degli enti di terzo settore, in particolare, si è registrato un vero e **proprio tracollo dei servizi culturali ed educativi**.

Fig.1 – Le attività svolte sono state nuove o in linea con quanto già si faceva?



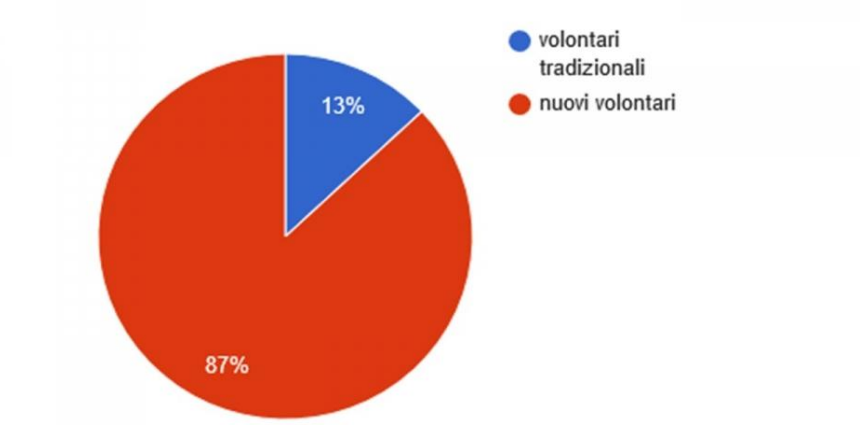
Insieme, al fianco dei comuni

Uno dei tratti più salienti di questa nuova stagione del volontariato è sicuramente la collaborazione stretta con i Comuni, elemento previsto anche dalle ordinanze emesse per far fronte all'emergenza. Ma la collaborazione è una cifra che – al di là della tipologia di soggetto – sembra attraversare davvero buona parte dei progetti e delle azioni messe in campo negli ultimi mesi dato che (oltre che con le amministrazioni locali) numerose forme di cooperazione sono state avviate per esempio con altre associazioni non profit. Sarà quindi necessario interrogarsi su cosa rimarrà di questa esperienza nei prossimi mesi e su come si trasformeranno questi nuovi legami venutisi a creare.

Il nodo dei volontari, le carenze di dpi e risorse

La risposta delle associazioni ai nuovi bisogni è stata immediata, ma diversi sono stati i problemi incontrati innanzi tutto nel reperire persone che fossero nelle condizioni di operare. Gran parte delle organizzazioni infatti sono storicamente composte per massima parte da persone appartenenti a fasce anagrafiche ad alto rischio rispetto al Coronavirus, e quindi costrette a restare a casa. **È infatti una percentuale altissima, pari all'87%, quella di associazioni che hanno coinvolto nuovi volontari in questi mesi, in sostituzione di quelli ordinari bloccati in casa**. Un dato che restituisce anche la dimensione della **forte mobilitazione della cittadinanza**, e in particolare delle fasce anagrafiche giovani e adulte. Un bacino che – come altri colleghi di CSV lombardi hanno già rilevato – sarà **prezioso coinvolgere** già nel futuro più prossimo, comprendendone caratteristiche, dinamiche e approfondendone **il possibile ruolo all'interno delle associazioni.** Viene quindi da chiedersi: **cosa succederà a queste forme di attivazione? E quali ipotesi di ulteriore coinvolgimento ci saranno per questi cittadini?** A questo tema, che rimette in primo piano la questione del ricambio generazionale e delle necessità di nuova linfa nelle organizzazioni, si sommano altri due punti critici: la carenza di DPI e quella di risorse economiche.

Fig.2 – Composizione dei volontari attivi in Lombardia durante l'emergenza Covid-19



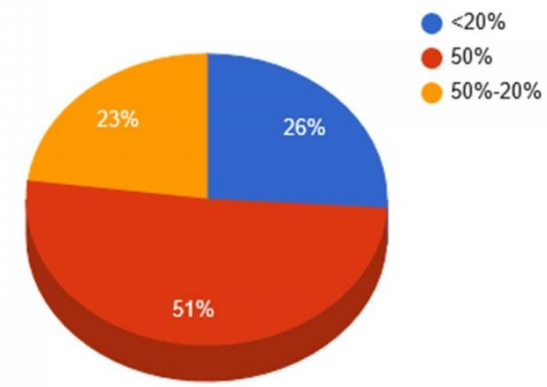
Nel futuro disagio sociale ed economico?

Si conferma l'idea che le problematiche preponderanti saranno di tipo sia sociale che economico. Si prefigura un contesto nel quale la **solitudine** sarà un pericoloso elemento di disgregazione da arginare, anche perché da sempre l'aggregazione e la prossimità sono due delle dimensioni più tipiche del mondo del volontariato. Disagio sociale ma anche economico, con un **conseguente aumento della povertà** e probabili difficoltà nella gestione domestica e finanziaria. Gli intervistati confermano i propri enti di appartenenza come disponibili a spendersi anche su fronti differenti rispetto a quelli tradizionali: in particolare in servizi di assistenza pratica (consegna a domicilio di beni di prima necessità) e di relativa prossimità (assistenza psicologica, ascolto e compagnia telefonica).

Un bilancio economico che rischia di essere nerissimo

È fosco il panorama che si osserva concentrandosi esclusivamente sul lato economico, dato che **poco più della metà degli intervistati prevede una riduzione delle proprie entrate pari al 50%.** Il 52% di loro dichiara di non avere attività in convenzione con una pubblica amministrazione. Il 41% delle realtà che avevano attività in convenzione prima dell'emergenza dichiara poi di aver dovuto sospendere tutte quante le attività in corso a causa della pandemia, consolidando purtroppo un trend nettamente negativo e che ipoteca in modo sensibile il futuro del volontariato.

Fig.3 – A quanto ammonterà la riduzione delle tue entrate?



Il ruolo dei csv fra presente e futuro

Le organizzazioni si immaginano che dai CSV ora arrivi soprattutto un **supporto per re-immaginare la ripartenza** e che i CSV stessi diventino un punto di riferimento per progettare il futuro. Una conferma, quindi, del ruolo sia il ruolo sociale che culturale dei centri di servizio, sempre considerati come attivatori e facilitatori di progettualità dentro ai territori. Sempre ai CSV si chiedono ulteriori **approfondimenti delle normative e sui DPI dedicati alla sicurezza, aiuto nella ricerca volontari** (a conferma delle difficoltà legate anche al ricambio generazionale), **supporto al fund raising, e attività di facilitazione delle relazioni con le pubbliche amministrazioni.**

Da dove ripartire?

Sembrano proprio questi ultimi, in modo particolare, alcuni degli argomenti-chiave su cui progettare un nuovo inizio. Una ripartenza è possibile attraverso processi culturali e di sistema che favoriscano la **collaborazione locale tra terzo settore e pubblica amministrazione**, incoraggiando l'integrazione di competenze e di ruoli. Altro importante fattore sarà la messa in dialogo di forme di attivazione dei cittadini e mondi associativi, sollecitando confronti e socializzazione di pensiero, disponibilità ed energie. Si insomma apre **una stagione importante per ritessere i legami e le collaborazioni** dentro ai territori, con **ripensamenti anche radicali** per il terzo settore, ingaggiando la sfida della ripartenza.

Questo articolo è stato pubblicato su csvlombardia.it

LombardiaSociale.it è un sito indipendente che si occupa di analisi e valutazione del sistema lombardo dei servizi e degli interventi sociali, sociosanitari e socio educativi, ampiamente intesi come welfare sociale. É un progetto ideato da Cristiano Gori, che lo dirige, realizzato da un'équipe di ricerca collocata presso l'Istituto per la Ricerca Sociale e finanziato e promosso dai principali soggetti che si occupano di welfare sociale in Lombardia.

Il principale obiettivo che persegue è la costruzione di uno spazio di confronto sul welfare lombardo, attraverso la pubblicazione online di materiali di analisi delle misure regionali, l'aggiornamento e la raccolta di punti di vista ed esperienze territoriali e l'organizzazione di seminari ed eventi di discussione e confronto con quanti operano nell'area del welfare sociale in Lombardia.

PROGETTO REALIZZATO DA

Associazione per la Ricerca Sociale

PROMOTORE ISTITUZIONALE

fondazione cariplo

PROMOTORI PRINCIPALI

KORIAN

caritas Caritas Ambrosiana

CGIL SPI Lombardia

UILPENSIONATI Milano e Lombardia

FNP CISL PENSIONATI LOMBARDIA

ALTRI PROMOTORI

AGeSPI Lombardia
LegaCoop
Confcooperative
AGCI

IN COLLABORAZIONE CON

ISTITUTO PER LA RICERCA SOCIALE irs