1. L'evoluzione della legislatura. Ancora grandi riforme

Valentina Ghetti

Il capitolo ripercorre lo sviluppo della legislatura, analizzando le principali tappe che hanno caratterizzato l'operato della prima Giunta Fontana all'interno del comparto sociale. Ci si sofferma in particolare sulla governance regionale e sulla nuova grande riforma istituzionale che ha caratterizzato il quinquennio, focalizzando l'attenzione sia sul rapporto tra le istituzioni – sussidiarietà orizzontale e verticale – che sull'articolazione dei dispositivi per favorire l'integrazione organizzativa, operativa e professionale nell'attuazione del welfare.

L'XI legislatura è stata una stagione contrassegnata, una volta ancora, da grandi riforme istituzionali. Il nuovo esecutivo a guida Fontana ha preso avvio, nel 2018, nel pieno dell'attuazione della legge di riforma denominata "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo", la L.R. n. 23 approvata nell'estate del 2015 dalla precedente Giunta Maroni. Una norma che andava a ridisegnare completamente la L.R. n. 33 del 2009 sotto il profilo dell'assetto istituzionale e che, non ancora pienamente compiuta, si è trovata a dover fare i conti con le valutazioni del Ministero della salute a seguito del primo quinquennio sperimentale e, soprattutto, con il drammatico impatto della pandemia e con le indicazioni generate a livello nazionale sul welfare territoriale. Questo insieme di cose ha portato il nuovo esecutivo, a metà mandato, a revisionare la legge e ad affrontare un nuovo processo di "riforma della riforma" a cui si è approdati ormai prossimi alla fine della legislatura, a dicembre 2021, con l'emanazione della nuova L.R. n. 22. Si può dire dunque che, dal punto di vista della governance, il tempo a disposizione dell'Esecutivo è stato impegnato principlamente in una continua revisione degli assetti istituzionali, su cui – peraltro – si sta ancora operando.

1.1. Una riforma incompiuta

1.1.1. *Le origini della L.R. n. 23*

La L.R. n. 23 arrivò a partire, innanzitutto, da una serie consapevolezze in merito alle prospettive di cambiamento demografico della popolazione

lombarda e al conseguente incremento delle necessità di cura; ciò indusse l'esecutivo a riconoscere, per la prima volta, vari elementi di criticità consolidatisi nel corso dei decenni precedenti e ad assumere obiettivi strategici sui quali da tempo il dibattito poneva attenzione. Al centro vi era infatti la volontà di affrontare il nodo critico della continuità ospedale-territorio e la necessità di dare maggior centralità alle cure territoriali; il riconoscimento di gravi limiti nei processi d'integrazione socio-sanitaria e la volontà di contrastare la grande frammentazione delle Unità di Offerta, portando l'attenzione sui percorsi di presa in carico della persona ("dalla cura al prendersi cura") e sviluppando, su questo fronte, modelli innovativi. Come detto, questi erano tutti temi da tempo al centro della riflessione, scientifica e non, sui quali gli esecutivi passati avevano invece compiuto scelte divergenti, centrate sulla "specificità" lombarda, puntando più sulla deregolazione del sistema a favore della libertà di scelta e sul potenziamento del mercato ([1]), con il prioritario rafforzamento delle cure ospedaliere e della medicina specialistica.

Per attuare questi obiettivi, la scelta dell'allora Esecutivo Maroni fu quella di dare il via a una grande riforma istituzionale (Ghetti, Gori, 2020) ([2]).

Tabella 1.1 - Motivazioni e orientamenti della L.R. n. 23/2015

Criticità del sistema regionale pre-riforma	Obiettivi strategici della riforma
• Maggior prevalenza di pazienti con patologie croniche, con correlata necessità di tutela della fragilità • Elevata frammentazione delle Unità di Offerta • Centralità dell'ospedale e conseguente erogazione di servizi secondo la logica della prestazione • Carenza di presa in carico da parte del territorio successiva al ricovero • Distinzione tra ospedale e territorio • Scarsa integrazione del sistema sanitario con quello socio-sanitario	• Continuità assistenziale ospedale-territorio • Integrazione socio-sanitaria • Centralità delle cure territoriali • Sviluppo di modelli innovativi di presa in carico per cronicità e fragilità • Superamento della frammentazione delle Unità di Offerta • Garanzia di prestazioni quali-quantitative adeguate • Riduzione della centralità dell'ospedale • Contrasto all'inappropriatezza

([1]) C. Gori (a cura di), *Il welfare delle riforme. Le politiche lombarde tra norma e attuazione*, Maggioli 2018, *http://www.lombardiasociale.it/analisi-della-x-legislatura/*

([2]) *http://www.lombardiasociale.it/2020/12/17/ultimi-due-anni-di-legislatura-regionale-istruzioni-per-luso/*

Per un'analisi dettagliata della L.R. n. 23 e del suo percorso di attuazione si rimanda al precedente volume di valutazione, qui preme riprendere a grandi linee i punti salienti per soffermarsi su quanto accaduto in seguito. Dal punto di vista degli assetti di governance, focus di questo capitolo, la legge puntava a:

- una generale semplificazione istituzionale, promuovendo quella "riduzione degli interlocutori", auspicata sin dall'epoca dell'Assessore Boscagli, attraverso la riorganizzazione delle ATS – da 15 a 8; il ridimensionamento dei distretti con le nuove ASST, da 98 a 27, promuovendo indirizzi di azzonamento anche tra Ambiti sociali (Ghetti, 2018a) ([3]), con l'obiettivo di passare progressivamente da 98 piani di zona a 61 (Ghetti, 2018b) ([4]);
- l'introduzione di un livello intermedio tra Ambito territoriale sociale e ATS, ovvero il Distretto, coincidente con i confini delle ASST, ipotizzando di favorire così l'integrazione tra programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria, istituendo "l'Assemblea dei sindaci di Distretto", un nuovo organismo di governance a questo livello (Ghetti, 2017a) ([5]);
- il compimento del processo di separazione tra le funzioni di programmazione e quelle di erogazione di interventi e servizi, riordinando in questa direzione le competenze e le titolarità delle ATS e delle nuove ASST (ex Aziende ospedaliere): programmazione, acquisto e controllo alle prime e gestione dell'erogazione dei servizi ospedalieri e territoriali alle seconde – nell'intenzione di chiarire i perimetri di competenza e migliorare la gestione della "catena di comando";
- rafforzare, all'interno delle ASST, i presidi territoriali attraverso i POT – Poli ospedalieri territoriali – e i PRESST – Presidi socio-sanitari territoriali (Noli, 2019 ([6]).

1.1.2. *Valutazione della riforma e impatti della pandemia, la fine della L.R. n. 23*

Una grande riforma istituzionale, dunque, che per la sua attuazione ha richiesto tempi lunghi, trascorsi dapprima nel ridisegno istituzionale e

---

([3]) *http://www.lombardiasociale.it/2018/01/03/linee-guida-la-programmazione-zonale-2018-2020/*

([4]) *http://www.lombardiasociale.it/2018/01/16/nodi-aperti-delle-nuove-linee-guida-ai-piani-zona/*

([5]) *http://www.lombardiasociale.it/2017/03/14/nuovi-assetti-di-governance-post-riforma-cosa-sta-cambiando-per-il-sociale/*

([6]) *http://www.lombardiasociale.it/2019/09/26/partira-la-nave-partira/*

nella costituzione delle nuove realtà organizzative, a partire dalle nomine della nuova dirigenza e delle diverse unità operative; poi nella redistribuzione del personale da un'organizzazione all'altra, faticando non poco a determinare ricadute sui servizi e cambiamenti visibili per i cittadini (Ghetti, 2017b) ([7]).

La nuova legislatura ha preso avvio nel pieno di questo processo di attuazione, trovandosi a rilanciare nuovamente gli obiettivi contenuti nella L.R. n. 23 nel primo documento programmatorio a firma Fontana – il Piano socio-sanitario 2019-2023 (Melzi, a cura di, 2019) ([8]) – e confermandone i principi senza tuttavia affrontare in modo convincente gli interventi da compiere per realizzarli, a riprova della complessità e delle difficoltà nella messa a terra dei cambiamenti auspicati ([9]). A poco più di un anno dall'insediamento, l'impatto dell'emergenza sanitaria da Covid-19 ha mostrato, con tutta evidenza, il persistere del "tallone d'Achille" del sistema lombardo in materia di sanità territoriale e di integrazione socio-sanitaria, nonostante la riforma avviata cinque anni prima.

È in questo contesto che giunge a compimento la valutazione del Ministero della salute sulla legge, necessaria per definirne le possibilità di una messa a regime data la sua natura sperimentale. Tale valutazione ovviamente si è arricchita delle osservazioni scaturite dallo stress-test determinato dall'impatto pandemico sul sistema dei servizi lombardi riformati, nonché delle indicazioni emerse a livello nazionale in relazione alle risorse europee del fondo Next Generation EU e al conseguente piano di utilizzo, il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Sono diversi gli elementi di criticità evidenziati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) incaricata della valutazione, tra cui il peggioramento degli indicatori relativi alle cure domiciliari e il persistere di un'elevata variabilità delle performance tra le diverse ATS. In riferimento alla governance, poi, i rilievi di AGENAS sembrano delineare una vera e propria stroncatura; li riportiamo di seguito:

- eccessiva frammentazione, a partire dal livello regionale e dai diversi assessorati di riferimento, con effetti sulla catena di comando;

([7]) *http://www.lombardiasociale.it/2017/02/22/la-riforma-invisibile/*

([8]) *http://www.lombardiasociale.it/2019/12/18/la-proposta-di-piano-sociosanitario-lombardo-integrato-2019-2023/*

([9]) Si veda ad esempio la severa critica del Forum del Terzo settore, *http://www.lombardiasociale.it/2020/02/11/perche-noi-siamo-gia-unici/*

- risposte non coordinate degli erogatori del sistema ai bisogni della popolazione;
- separazione – tra ATS e ASST – delle funzioni di governo ed erogazione delle attività territoriali che "si traduce in un coordinamento delle stesse non pienamente efficace";
- scarsa definizione dei distretti, snodo d'integrazione socio-sanitaria, le cui competenze e funzioni, a cinque anni dall'istituzione, risultano ancora poco chiare.

Questo passaggio ha interrotto – o quanto meno deviato – il percorso di attuazione della L.R. 23. Alle necessità di adeguamento disposte dal Ministero, l'esecutivo del Presidente Fontana ha risposto avviando una nuova fase di ridefinizione normativa affrontando, ormai oltre la metà del suo mandato, un nuovo processo di "riforma della riforma".

1.2. La "Riforma della Riforma"

Per due anni, dunque, ci si è fermati a ridisegnare nuovamente il sistema socio-sanitario regionale, sia per ovviare alle criticità evidenziate in sede valutativa che in attuazione del D.M. n. 77/2022 che, nel frattempo, ha definito nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale a seguito degli apprendimenti generati dai due anni di emergenza sanitaria. Il processo, iniziato ad avvio del 2020, si è concluso alla fine dell'anno successivo con l'emanazione della L.R. n. 22. L'undicesima legislatura si è dunque conclusa con la legge ormai approvata: al secondo Esecutivo Fontana spetterà il compimento della sua attuazione.

1.2.1. *I cambiamenti nella governance*

Dal punto di vista del disegno istituzionale della governance, la revisione della riforma segna una netta inversione di tendenza. Se, come visto, la L.R. n. 23 aveva puntato tutto sul tema degli azzonamenti, a più livelli, e della semplificazione degli assetti, la pandemia ha riportato invece l'attenzione sulla necessità di un'articolazione più vicina al territorio nella lettura dei problemi e nel coordinamento delle risposte. Di fatto la nuova riforma opera secondo due direttrici:

a) un ridimensionamento di scala, verso il basso, nella declinazione dei nuovi organismi;
b) la piena ricomposizione dell'organizzazione dei servizi a livello territoriale.

Sul primo fronte abbiamo assistito alla ridefinizione della governance a livello delle ASST e dei nuovi distretti ([10]), articolazioni operative indicativamente coincidenti con l'Ambito territoriale sociale. La Conferenza dei sindaci "scende" dal livello delle ATS a quello delle ASST e viene introdotto un livello ancora più prossimo al territorio, l'Assemblea dei sindaci di Distretto. Le Cabine di regia, da sempre indicate come luogo strategico di costruzione dell'integrazione tra sociale e sanitario, vengono previste anche a livello di ASST.

Il Distretto è dunque la nuova unità minima di organizzazione dei servizi: dotato di un direttore proprio, sede dei presidi previsti per l'erogazione dei LEA, indicato dalla norma come "sede di valutazione del bisogno locale, della programmazione territoriale e dell'integrazione dei professionisti sanitari (MMG/PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali, ecc.) nonché sede privilegiata del rapporto con i sindaci del territorio". Il salto di scala è percepibile anche dal punto di vista programmatorio laddove viene indicata, a livello di ASST, anche l'elaborazione del nuovo Piano di sviluppo del Polo territoriale che, con specifica e analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale, costituisce un effettivo strumento di raccordo con la programmazione sociale di zona, molto di più di quanto non lo fossero i POAS delle ATS nella precedente riforma.

Tabella 1.2 - La nuova "geografia" della governance prevista dalla nuova L.R. n. 22/2021 ([11])

A livello di ATS	*Collegio dei sindaci*	Composizione • 1 sindaco eletto per ogni Conferenza dei sindaci • di diritto, i Presidenti delle Conferenze dei sindaci
		Competenze • Formula proposte e pareri a supporto di ATS per garantire integrazione sociale e socio-sanitaria • Monitora lo sviluppo omogeneo delle reti territoriali a livello di ATS

▸▸

([10]) Questa volta intesi come sub-articolazioni territoriali delle ASST, non più coincidenti con le stesse. Il Ministero infatti su questo punto ha previsto l'obbligo di rivedere l'articolazione dei distretti riportandoli alla loro originaria funzione e ampiezza (80.00-100.00 ab).

([11]) Cfr D.G.R. n. XI/6353 del 9/5/2022 "Attuazione L.R. n. 22/2021: regolamento di funzionamento della conferenza dei sindaci, del collegio dei sindaci, del consiglio di rappresentanza dei sindaci e dell'assemblea dei sindaci del Distretto", *http://www.lombardiasociale.it/2022/05/26/ritorno-al-passato-come-cambia-la-governance-lombarda/*

		• Partecipa alla Cabina di regia • Fornisce pareri su finalizzazione e distribuzione risorse • Esprime pareri sull'implementazione dell'offerta dei servizi di prossimità
A livello di ASST	*Conferenza dei sindaci*	Composizione • sindaci dei Comuni compresi nel territorio dell'ASST
		Competenze • Proposte sull'organizzazione del sistema d'offerta socio-sanitario e socio-assistenziale e parere sulle Linee guida per l'integrazione socio-sanitaria • Partecipa alla definizione dei Piani socio-sanitari territoriali • Partecipa alla verifica dello stato di attuazione dei progetti di competenza ASST • Dà parere obbligatorio sul Piano di sviluppo del Polo territoriale • Dà parere su finalizzazione e distribuzione delle risorse finanziarie • Favorisce la costituzione tra Comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica • Individua sindaci o delegati per la composizione del Collegio dei sindaci
	Consiglio di rappresentanza	Composizione • Presidente e Vice Presidente della Conferenza dei sindaci • 3 membri eletti della Conferenza
		Competenze • Supporta la Conferenza per lo svolgimento delle sue funzioni
A livello di Distretto	*Assemblea dei sindaci di Distretto*	Composizione • sindaci dei Comuni facenti parte del territorio del Distretto
		Competenze • Verifica applicazione della programmazione territoriale e dei progetti in area sanitaria e socio-sanitaria • Contribuisce ai processi di integrazione tra attività socio-sanitarie e sociali • Formula proposte per la Conferenza sulle linee di indirizzo di programmazione dei servizi e di integrazione con la programmazione zonale • Contribuisce a definire modalità di coordinamento tra PdZ e ASST per le analisi del bisogno e l'individuazione di eventuali progettazioni

Sul secondo fronte, si porta a compimento la completa attribuzione alle ASST di tutte le competenze nell'organizzazione dei servizi, compresa quella – fondamentale – delle cure primarie e della prevenzione, con la previsione di omonimi dipartimenti. Queste due funzioni su cui la pandemia ha puntato drammaticamente i riflettori, nella prima riforma erano rimaste in capo ad ATS.

1.2.2. *Lo sviluppo di presidi territoriali*

In merito ai presidi territoriali, è il D.M. n. 77/2022 che definisce "Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" a declinare la direzione di sviluppo unitamente alle risorse immesse dal PNRR, in particolare quelle riferite alla Missione 6 componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale". Le ASST mantengono l'articolazione già prevista nei due settori aziendali, ovvero polo territoriale e ospedaliero ma, rispetto alla L.R. n. 23, cambia radicalmente lo scenario verso cui orientare l'evoluzione dell'organizzazione dei servizi del polo territoriale: viene infatti superata la declinazione dei POT e, soprattutto, dei PRESST, di fatto mai decollata, a favore di una più diffusa ed estesa sanità territoriale, in coerenza con gli indirizzi del decreto ministeriale.

Sinteticamente, si prevedono:

- gli Ospedali di comunità (OdC), gestiti direttamente da ASST o mediante accordi con soggetti erogatori accreditati. Strutture di ricovero di cure intermedie, si collocano tra il ricovero ospedaliero tipicamente destinato al paziente acuto e le cure territoriali, finalizzate a ricoveri brevi destinati a chi necessita di interventi sanitari a bassa intensità clinica;
- le Case di comunità (CdC), gestite dai MMG e dai PLS riuniti in associazione o cooperative, in collaborazione con gli infermieri di famiglia e di comunità e con le farmacie di servizi convenzionati. Rappresentano il "punto di riferimento continuativo per la popolazione", con la presenza di un Punto unico di accesso, accoglienza, informazione e orientamento al cittadino, che opera in stretto contatto con la Centrale operativa territoriale. Il modello organizzativo delle CdC prevede un'articolazione su due livelli: avanzato (Spoke) e di base (Hub);
- le Centrali operative territoriali (COT), l'elemento di snodo nonché la principale novità. Costituiscono un modello organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Il PNRR, che garantisce le risorse strutturali per l'attuazione di tali presidi, indica uno sviluppo che va nella direzione di una maggior articolazione rispetto ai precedenti PRESST e POT, prevedendo entro il 2026 ([12]) l'attivazio-

([12]) Cfr. D.G.R. n. XI/6426 del 23/5/2022 di approvazione del Programma operativo regionale.

ne di 216 Case della comunità, 104 Centrali operative territoriali e 71 Ospedali di comunità su tutto il territorio regionale.

Ormai allo scadere della legislatura Regione adotta un primo provvedimento che identifica alcuni elementi organizzativi di dettaglio per ciascuno di questi presidi, l'"Atto di programmazione dell'assistenza territoriale" ([13]), fornendo prime indicazioni verso la concreta attuazione degli indirizzi previsti dalla riforma. La loro messa in opera sarà, evidentemente, in capo alla nuova legislatura.

1.2.3. *La settima programmazione zonale*

Nel corso di questo complesso processo di revisione istituzionale è giunto al termine il sesto triennio di programmazione zonale (2018-2020) e sono stati definiti gli indirizzi per i nuovi piani di zona 2021-2023. La revisione dell'orientamento, illustrata fin qui per quanto attiene alla governance istituzionale, ha riguardato anche la programmazione sociale.

Da una parte la spinta della L.R. n. 23 verso gli azzonamenti tra Ambiti, con l'incentivo di una premialità economica (Ghetti, 2021a) ([14]) a sostegno delle riorganizzazioni, non ha portato ai risultati sperati. A conclusione del triennio 2018-2020, infatti, gli Ambiti territoriali sociali risultavano ancora 91, dunque molti di più dei 61 indicati dai POAS delle ATS. Tra le poche nuove aggregazioni si riscontravano per altro diverse criticità: azzonamenti realizzati più che altro a livello formale (unico atto programmatorio, unico capofila), con grande difficoltà ad evolvere da un punto di vista sostanziale (uffici di piano comunque distinti, regolazioni non omogenee dei servizi e della programmazione dei fondi) (Ghetti, 2018c) ([15]). Dall'altra, come si è visto, le prospettive a seguito della valutazione ministeriale e della gestione della pandemia si orientavano verso l'idea di una maggior "articolazione" piuttosto che quella di promuovere azzonamenti.

Le nuove Linee guida ai piani di zona (Ghetti, 2021b) ([16]), approvate dal-

---

([13]) Cfr. D.G.R. n. XI/7592 del 15/12/2022 *Attuazione del D.M. 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" – Documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale (Primo provvedimento).*

([14]) *http://www.lombardiasociale.it/2021/02/08/esiti-e-nuove-prospettive-dei-piani-di-zona/*

([15]) *http://www.lombardiasociale.it/2018/11/21/piani-di-zona-a-che-punto-siamo-1/?doing_wp_cron=1688277093.2952609062194824218750*

([16]) *http://www.lombardiasociale.it/2021/04/29/le-indicazioni-per-i-nuovi-piani-di-zona-2021-2023/*

la Giunta a metà 2021, spostano dunque l'orientamento dal riassetto della governance alla convergenza nella programmazione, superando l'obiettivo dell'azzonamento e ponendo invece il focus, nonché il nuovo incentivo premiale, sulla promozione di obiettivi programmatori orientati a costruire processi di integrazione tra sociale e sanitario, condivisi tra più Ambiti e in accordo con le ASST. La convergenza sovra Ambito viene mantenuta, ma unicamente sul piano della programmazione, con il mandato di:

- superare la rigidità e la settorialità del sistema d'offerta, verso una maggior flessibilità e un "più alto grado di trasversalità nelle policy", al fine di raggiungere una maggior centralità del cittadino;
- puntare all'innovazione del sistema dei servizi, elaborando nuove forme di risposta ai nuovi bisogni e alle nuove fragilità emerse a seguito della pandemia.

Purtroppo le Linee guida sono pervenute in un momento in cui la L.R. n. 22 era ancora in via di definizione e lo stesso PNRR in avvio. Nell'indirizzo regionale, dunque, non viene tratteggiata in maniera del tutto chiara l'integrazione da ricercare, ad esempio, nelle nuove Case della comunità o la sinergia da costruire in riferimento alle diverse missioni del PNRR ad esempio per il supporto alla domiciliarità (Missione 5 in capo agli Ambiti e 6 alle ASST). Il fatto di contemplare questi aspetti nei nuovi piani, assumendo puntuali obiettivi per il triennio a venire, è dunque dipeso molto dalla lungimiranza dei territori e dal livello di collaborazione già in atto tra Ambiti e ASST. La traduzione operativa di questa integrazione, comunque, rimarrà inevitabilmente appannaggio della nuova legislatura.

Un altro aspetto da segnalare è l'ulteriore rafforzamento dell'Ambito territoriale come riferimento privilegiato nella definizione e realizzazione integrata delle policy. Si era già evidenziata l'assunzione di questa direzione riguardo alle politiche abitative, con la L.R. n. 16 e la definizione del piano triennale dell'offerta abitativa a livello di Ambito e conseguente trasferimento centralizzato delle risorse. Nel corso della legislatura abbiamo assistito a un movimento analogo anche nel campo delle politiche giovanili, con L.R. n. 4 ([17]), che indica esplicitamente l'Ambito territoriale sociale quale contesto in cui attuare gli indirizzi del Piano regionale per i giovani. Un movimento pienamente coerente con la direzione imboccata nell'ultimo biennio anche dallo Stato, che prevede la programmazione dei nuovi Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS)

([17]) L.R. n. 4 "La Lombardia è dei giovani" del 31 marzo 2022.

a livello d'Ambito, con la concomitante assegnazione di risorse economiche per sostenerne l'attuazione ([18]). Un orientamento assunto, in maniera coerente, anche dal PNRR, all'interno del quale le linee previste dalla Missione 5 sono state prioritariamente indirizzate all'Ambito sociale.

A vent'anni dalla legge quadro n. 328/2000, origine dei piani di zona, questo generale rinnovato riconoscimento, nonché il correlato significativo incremento di risorse (Motta, 2022) ([19]), sembrano determinare un contesto favorevole all'effettiva attuazione della programmazione integrata di interventi e servizi sociali.

1.2.4. *Il ruolo del Terzo settore*

Per quanto riguarda il Terzo settore, sempre dal punto di vista della governance, la riforma conferma le linee precedenti con l'istituzione del tavolo di confronto permanente con le Organizzazioni Sindacali e il Forum del Terzo settore per l'espressione di parere sugli indirizzi annuali di programmazione regionale e sui piani pluriennali. Sebbene l'indicazione esplicita fosse questa, nella pratica l'orientamento operativo della Regione è stato molto differenziato a seconda dei settori e delle aree di policy coinvolte. Non si riconosce una prassi strutturata e trasversale di governance partecipata, quanto – piuttosto – "tradizioni" di confronto più o meno consolidate. Sulle politiche a sostegno delle persone con disabilità, ad esempio, la consultazione e lo scambio, anche in sede di declinazione attuativa degli indirizzi, sono da tempo una realtà, spesso concretizzata attraverso la costituzione di gruppi di lavoro che coinvolgono i diversi organismi di rappresentanza interessati (sia enti gestori che organismi di advocacy). Nell'area povertà, al contrario, la costituzione e la convocazione periodica del Tavolo della protezione sociale, pur previsto dalla norma, non sono mai effettivamente decollate. A parte le convocazioni preliminari all'approvazione dei Piani triennali sul contrasto alla povertà, non ci sono state occasioni ulteriori e più strutturate. Analogamente, anche

---

([18]) Si pensi al parametro del numero di assistenti sociali sul numero di abitanti (1:5000) calcolato a livello di Ambito, e la conseguente attribuzione delle risorse del fondo potenziamento servizio sociale; alle risorse della quota servizi del fondo povertà per garantire la valutazione multidisciplinare e la presa in carico ma anche a tutte le nuove risorse derivanti dal PON Inclusione (avviso 1 pais, avviso prins).

([19]) M. Motta, *Serve fare i piani di zona dei servizi sociali?*, Welforum.it, *https://www.welforum.it/serve-fare-i-piani-di-zona-dei-servizi-sociali/*

nel campo delle politiche rivolte ai minori non sono presenti organismi di coinvolgimento formali, sebbene da tempo se ne lamenti la carenza (Guidetti, a cura di, 2020) ([20]). In sintesi, come rilevato nelle scorse legislature, su questo fronte il quadro è decisamente differenziato, influenzato sia dalla rilevanza che la policy assume negli indirizzi regionali che dalla stessa capacità di pressione dei diversi organismi di rappresentanza.

Passando all'organizzazione dei servizi, anche in quest'ultima legislatura diversi atti hanno ribadito l'importanza del riconoscimento e della valorizzazione del ruolo del volontariato; è stato previsto l'avvio di forme di sperimentazione e di nuove modalità di risposta alle problematiche sociali e socio-sanitarie, anche in questo caso privilegiando un confronto con gli ETS attraverso gli strumenti della coprogrammazione e della coprogettazione. Le stesse Linee guida ai piani di zona sottolineano la prospettiva della collaborazione pubblico-privato nella lettura dei bisogni e nella predisposizione di risposte innovative, indicando la necessità "vincolante" di allestire "tavoli tecnici istituzionalizzati a cui partecipino attivamente i soggetti del Terzo settore e altri attori della rete il cui contributo è ritenuto fondamentale per la programmazione". Dunque, in coerenza con le determinazioni del nuovo Codice del Terzo settore, e in particolare con quanto previsto dall'art. 55 per l'amministrazione condivisa, viene ampiamente richiamata l'assunzione di quest'ottica. Nell'ultimo biennio sono aumentate le iniziative nelle quali le stesse ATS superano la tradizionale modalità dei bandi competitivi per aprirsi alla sperimentazione di nuove forme di coprogettazione ([21]), attribuendo uno specifico ruolo agli ETS quale perno centrale di iniziative territoriali di particolare innovazione. Anche a livello zonale si riscontra un'inclinazione più diffusa ad aderire alla logica della coprogettazione.

Tuttavia, non è ancora molto chiaro se questa maggior propensione derivi da vere forme di condivisione, sin dalle scelte programmatorie e negli assetti di governance, o, piuttosto, dal considerare la coprogettazione come un'alternativa alle procedure di affidamento. A oggi in Lombardia manca ancora un'analisi puntuale dell'evoluzione verso approcci collaborativi nel rapporto pubblico-privato, che consenta di aprire riflessioni sugli esiti conseguiti in termini di programmazione e gestione del welfare territoriale. Sicuramen-

---

([20]) *http://www.lombardiasociale.it/2022/07/04/comunita-per-minori-cosa-vogliamo-farne/?doing_wp_cron=1688278464.7326190471649169921875*

([21]) Es. gioco d'azzardo patologico, povertà alimentare…

te si nota una crescente attenzione al tema che, da una parte, andrà meglio approfondita e monitorata rispetto alla reale capacità di queste nuove forme procedimentali di generare innovazione e, dall'altra, alla maggior efficacia nel rispondere ai bisogni delle persone e delle comunità.

1.3. Punti di forza e debolezza delle scelte e dell'attuazione

1.3.1. *Qualche passo in più, oltre i principi*

Questa legislatura è trascorsa in continuità con l'adesione ai principi ispiratori della L.R. n. 23/2015, i cui intenti dichiarati erano la centralità della presa in carico, l'integrazione socio-sanitaria, la continuità assistenziale, il rafforzamento del sistema d'offerta e l'ampliamento delle risposte al domicilio.

Con la L.R. n. 22/2021, pur passando dallo slogan "dalla cura al prendersi cura" all'inglesismo dell'approccio "one health", le direttrici di welfare sociale rimangono sostanzialmente le stesse, risultando forse in alcuni tratti ancor più marcate a seguito delle evidenze generate dalla pandemia, ad esempio in materia di domiciliarità e di rafforzamento dei servizi territoriali. Una continuità che conferma quanto indicato all'inizio del capitolo: si tratta di direzioni che mettono d'accordo tutti e che vengono condivise, se non altro nel dichiarato, da almeno un ventennio da osservatori e studiosi e da oltre un decennio anche dagli esecutivi che si sono susseguiti alla guida della Regione ([22]).

Se però la prima riforma evidenziava un significativo sbilanciamento su obiettivi e finalità e sul ridisegno istituzionale, lasciando carente la declinazione dei passi da compiere per attuarli ([23]), la nuova riforma, complice l'articolato D.M. n. 77/2022, spinge di più sulla declinazione degli assetti organizzativi e dei presidi territoriali di cui il sistema deve dotarsi. Per dirla in altri termini, ci si è allontanati dall'estrema genericità con cui erano stati introdotti i POT e i PRESST. Il fatto poi che a sostenere l'attuazione concorrano risorse dedicate, come quelle europee della Missione 6 del PNRR e, in mate-

---

([22]) V. Ghetti, *L'evoluzione della legislatura. Cronistoria di un quinquennio, in Il welfare delle riforme? Le politiche lombarde tra normativa e attuazione*, Maggioli 2018.

([23]) Basti osservare come il Terzo settore accolse criticamente il Piano di sviluppo regionale, *http://www.lombardiasociale.it/2020/02/11/perche-noi-siamo-gia-unici/*

ria di domiciliarità, anche riforme generali a livello nazionale, nonché risorse indirizzate all'attuazione dei livelli essenziali – leggasi assistenza domiciliare integrata e dimissioni protette – è certamente da considerare un passo avanti. Si può quindi affermare che il quadro complessivo in cui si colloca la nuova riforma offre rilevanti elementi in più per identificare la direzione da intraprendere a livello operativo per attuare i principi assunti.

1.3.2. *Una governance più prossima al bisogno e più coerente*

È da leggere positivamente anche l'inversione di tendenza sul disegno di governance, che supera la direzione dell'azzonamento e cerca di costruire le condizioni per una maggior prossimità al bisogno, allo scopo di favorirne una lettura più puntuale e una programmazione degli interventi coerente. A differenza della L.R. n. 23/2015 in cui la declinazione del Distretto era rimasta sulla carta, dando adito anche ad osservazioni critiche nella valutazione del Ministero, la ricerca di un salto di scala verso il basso e di una coincidenza tra nuovi Distretti e Ambiti sociali rappresentano potenzialità importanti nell'impiantare un assetto istituzionale che agevoli una programmazione realmente integrata.

Il fatto poi che l'organismo di governance che dispone della programmazione sociale e socio-sanitaria possa essere lo stesso (le Assemblee dei sindaci di Distretto e di Ambito possono infatti coincidere) pone buone premesse per far sì che le decisioni sull'attuazione della riforma siano consonanti ed evitino schizofrenie e sovrapposizioni. Questo, in prospettiva, è uno snodo importante per lo sviluppo concreto dell'integrazione nelle Case della comunità, per il coordinamento tra assistenza domiciliare sociale e integrata nelle COT o per attuare la continuità ospedale-territorio nell'ambito delle dimissioni protette.

1.3.3. *Un contesto favorevole*

Il fatto di trovarsi in una fase storica un po' più favorevole del passato per il welfare sociale, sebbene ciò non dipenda da scelte specifiche dell'Esecutivo quanto, piuttosto, dagli orientamenti nazionali degli ultimi anni, rappresenta un punto di forza generale. A vent'anni dalla legge quadro sui servizi sociali si sta imboccando finalmente un vero percorso di attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali che, oltre a venire enunciati, ora possono contare su indirizzi nazionali e soprattutto su risorse dedicate ([24])

([24]) M. Motta, *op. cit.*

per realizzarle. Inoltre, come abbiamo visto, la programmazione integrata è al centro di queste attuazioni: gli Ambiti territoriali e gli uffici di piano stanno diventando sempre più il punto di riferimento per la definizione e la concretizzazione di questi indirizzi, nonché i destinatari diretti di importanti finanziamenti. Uno snodo potenzialmente favorevole per far crescere il welfare territoriale tendendo almeno verso livelli minimi omogenei sul territorio nazionale e rafforzare, dove non ancora compiuta, l'integrazione sovracomunale.

1.3.4. *Nuove potenzialità, ma stessi rischi*

Gli indubbi passi in avanti compiuti sul versante del disegno organizzativo non sono però sufficienti a evitare d'incorrere nei medesimi rischi del passato.

L'investimento fatto da Regione Lombardia per accogliere le indicazioni del Ministero sulla sperimentazione della L.R. n. 23/2015 si situa entro un perimetro di revisione istituzionale, ovvero, come spiegato in precedenza, verso una "riforma della riforma". Di conseguenza, per la seconda volta metà della legislatura è stata assorbita dalla ridefinizione complessiva del disegno istituzionale. Se ciò porterà a passi in avanti nelle direzioni dichiarate e nei confronti dei cittadini lombardi sarà riscontrabile solo nel tempo, probabilmente a conclusione della prossima legislatura. Intanto però alcune criticità sono già evidenti:

- un grande disorientamento, causato dal lungo tempo necessario per la definizione dei nuovi assetti, delle nuove nomine e dei nuovi ruoli, soprattutto nei passaggi tra ATS e ASST. Solo da poco sono stati individuati i Direttori di Distretto e le nuove Assemblee di Distretto a fine legislatura non si sono ancora insediate ovunque. Nelle ASST le Cabine di regia non sono ancora presenti, mentre si sono di molto diradate quelle promosse dall'ATS. È palese che ci si trova in fase di "allestimento" del nuovo sistema. Anche il passaggio degli operatori delle cure primarie e del dipartimento prevenzione dalle ATS alle ASST non è ancora ultimato e il collocamento dei servizi nelle Case della comunità non ha ancora prodotto effetti concreti. Spesso i servizi socio-sanitari (ad esempio i consultori) sono rimasti nei medesimi luoghi o hanno subito solo spostamenti fisici, senza riorganizzazioni e ripensamenti delle attività. In sostanza, come per la L.R. n. 23/2015, anche l'ultimo anno della XI legislatura all'insegna della nuova legge è trascorso quasi "in sospeso", in attesa che la riorganizzazione fosse pienamente compiuta.

- Una situazione di stallo, conseguente allo stato di cose sopra descritto. Fino al completamento attuativo del nuovo disegno i percorsi d'integrazione vengono congelati, poiché è necessario chiarire "di chi è la competenza, chi se ne occuperà, quali indirizzi sui singoli servizi verranno dati, quali operatori saranno coinvolti (...)". Sebbene il PNRR, i LEPS e le riforme nazionali spingano verso la realizzazione di importanti obiettivi, il tempo necessario per definire i nuovi assetti ne frena concretamente l'attuazione.
- Un'attenzione rivolta alla forma più che alla sostanza. Questo rischio si è già manifestato per le prime Case della comunità, che talora hanno visto l'inaugurazione di nuove targhe – spesso apposte nei medesimi spazi dove erano già collocati i servizi – senza alcun investimento sul rinnovamento e sulla riorganizzazione dei contenuti in un'ottica comunitaria, come vorrebbe la nuova definizione. Fin qui le energie sono state spese prevalentemente in una grande operazione di maquillage strutturale, distogliendo l'attenzione dal merito dei contenuti.
- Uno scarso presidio dell'attuazione, con ricadute sull'equità territoriale. Già oggi, sull'attuazione della Missione 6 e sul coordinamento con quella assegnata al sociale, la 5, si osservano andamenti molto differenti tra le diverse ATS e ASST. Nei territori dove la collaborazione a favore della popolazione fragile è prassi sufficientemente rodata, si sta riuscendo a ragionare congiuntamente sulle dimissioni protette e sulla gestione delle COT e ci sono buone probabilità di giungere a Punti unici di accesso al cittadino, i cosiddetti PUA, integrati tra servizi sociali e socio-sanitari. Dove la relazione langue, si è sostanzialmente fermi. Se la Regione non monitorerà da vicino i processi di attuazione della riforma, sostenendo le buone pratiche che emergeranno per coglierne i meccanismi virtuosi e promuoverne la circolazione – e, perché no, supportando i territori in cui si rilevano maggiori difficoltà – continueremo ad avere un'elevata disomogeneità territoriale, con conseguenze negative in termini di equità per i cittadini. Non è da escludere che la Casa della comunità per alcuni cittadini possa essere una risorsa fattiva, dove ricevere informazione e orientamento, trovare risposta a bisogni complessi, essere agganciati da servizi sociali e socio-sanitari tra loro connessi, poter fruire di iniziative di associazioni ed enti di Terzo settore… mentre, per altri lombardi, sia solo la sede "della mutua".
- Un'eterna logica sperimentale, fine a sé stessa. A quelli già nominati va aggiunto anche un ulteriore pericolo. Il fatto di non aver promosso in

questi anni alcun presidio dell'attuazione e di essere a rischio di perpetrare il medesimo errore sta impedendo di far tesoro di apprendimenti di sperimentazioni già tentate in passato, esattamente sui medesimi temi. Per portare solo qualche esempio: sul raccordo in materia di assistenza domiciliare in Lombardia si è già vissuta l'esperienza dei CEAD, Centri di assistenza domicliare, e riguardo ai PUA quella dei SUW, Sportelli unici welfare. Da queste esperienze però non sono state tratte indicazioni utili per la predisposizione dei nuovi dispositivi organizzativi: tutte sono state sperimentazioni estemporanee e fini a sé stesse. Questo rischio, purtroppo, non è del tutto scongiurato con la nuova riforma.
Tutti i temi sopra elencati sono stati già oggetto di evidenza nel corso della precedente legislatura; tuttavia, si ripropongono oggi rinnovati.

1.3.5. *Un nodo cruciale: le professioni di aiuto*

C'è una questione che, più di tutte, rischia di mettere in scacco il recente disegno di riforma e che riguarda il capitale umano, in termini di dotazione ma anche di capacity.

Si è già detto del momento favorevole che sta attraversando il nostro Paese in termini di dotazione finanziaria per lo sviluppo del welfare territoriale, benché vincolata in modo prevalente al sostegno dell'infrastruttura. Il PNRR prevede risorse a investimento, dunque finanzierà prioritariamente la costruzione o la riqualificazione delle sedi fisiche che ospiteranno le nuove Case della comunità e la digitalizzazione delle nuove COT e dei servizi domiciliari. Resta invece significativamente scoperto un tassello fondamentale, quello delle risorse umane necessarie per la realizzazione, sostenuto in maniera molto più marginale e senza garanzia di stabilità ([25]).

L'attuazione della riforma si fonda sulla previsione di poter dotare il welfare territoriale di figure innovative come l'infermiere di comunità e l'infermiere di famiglia; prevede il coinvolgimento attivo di MMG e PLS nei presidi territoriali e la collaborazione degli assistenti sociali. Tale disegno, per quanto buono sia sulla carta, sembra non considerare minimamente la drammatica carenza di questi profili professionali nonché, più in generale, la profonda crisi che stanno attraversando le professioni di aiuto, su cui pesa la scarsa fidelizzazione al servizio pubblico e l'elevatissimo turnover. È evidente che

([25]) Dal PNRR sono previste solo assunzioni a tempo determinato e sino al 2026.

la questione travalica il perimetro delle politiche di welfare per chiamare in causa altri aspetti come quello della formazione, della contrattualizzazione e della remunerazione. Questo rappresenta il punto di debolezza più grande.

Se ne aggiunge poi un altro, non meno rilevante. La dotazione di personale è sicuramente un punto critico, che sta portando il settore sociale – diversamente dal sanitario – alla paradossale condizione di disporre di risorse economiche per finanziare il potenziamento dell'infrastruttura professionale ma di non avere, e di faticare a trovare, le risorse umane per realizzarla (in primis assistenti sociali ed educatori). C'è però anche un grande rischio rispetto allo sviluppo e al consolidamento della capacity professionale: alla scarsa dotazione numerica si accompagna infatti un turnover elevatissimo, che non consente di consolidare le competenze. Questa situazione ad esempio rende difficile per gli Ambiti affrontare le nuove grandi sfide alle quali, per la loro recente centralità, sono invece esposti. Le risorse del PNRR richiedono potenziamenti nelle strutture amministrative, nelle unità orgnizzative che si occupano di procedure per l'affidamento dei servizi e in quelle che gestiscono i sistemi di rendicontazione, tutti aspetti che vanno oltre la sola funzione programmatoria.

1.4. L'agenda per il futuro

La direzione è tracciata ormai da tempo: alla nuova legislatura tocca sicuramente il compito, non più rimandabile, di attuarla. Compiere la messa a terra di principi e obiettivi dichiarati da oltre due mandati è la prima urgenza. Dedicarsi all'attuazione comporta però alcuni concreti impegni, che si auspica rientrino tra quelli individuati per i prossimi 5 anni dall'Esecutivo Fontana in materia di welfare sociale.

Innanzitutto occorre procedere nella declinazione degli indirizzi attuativi, in particolare in merito al D.M. n. 77/2022 e ai nuovi presìdi territoriali, ma anche alla Missione 6 e al suo intreccio con la revisione del sistema di assistenza domiciliare.

Questo è il primo passo, ma da solo non è sufficiente. Per il futuro è parimenti importante che l'azione regionale cominci a consolidarsi maggiormente anche nelle funzioni di coordinamento dell'attuazione. Seguire l'implementazione, verificare lo sviluppo dei propri indirizzi sull'intero territorio regionale, rilevare gli ostacoli e le differenziazioni applicative, apportare correttivi, supportare i territori in difficoltà: in sintesi, completare il circolo virtuoso della costruzione delle politiche pubbliche. Si è già detto dei corsi e

ricorsi di molte indicazioni che negli anni hanno attraversato il sistema dei servizi lombardo, senza lasciare tracce né utili apprendimenti (dai CEAD, ai SUW, alle numerose sperimentazioni), così come del perenne limite nell'equità territoriale, segnalato anche nella valutazione ministeriale della L.R. n. 23. Fare propria, e agire operativamente, una funzione di coordinamento potrebbe costituire un significativo passo in avanti per le politiche sociali lombarde dei prossimi anni.

Al proposito, preme richiamare anche l'importanza di un'azione più coordinata a livello infraregionale. La frammentazione riguarda, infatti, anche gli stessi settori dell'amministrazione. Tramontata la prospettiva di un Assessorato unico, non è affatto superata la necessità di garantire un raccordo stretto tra i comparti sanitario, socio-sanitario e sociale ([26]).

Infine, vista la recente svolta verso il consolidamento di livelli essenziali delle prestazioni da garantire in tutto il Paese e il rinnovato centralismo nella governance delle politiche sociali, sarebbe auspicabile che Regione Lombardia assumesse in modo più esplicito un ruolo di raccordo tra indirizzi nazionali e attuazioni locali. Si svilupperebbe così un'efficace funzione di "cinghia di trasmissione" tra centro e periferia che potrebbe agevolare la ricomposizione.

Per far questo diventa però imprescindibile rafforzare la connessione con i territori. Per l'agenda futura sarà quindi fondamentale l'assunzione fattiva di una prospettiva di governance realmente partecipata: l'attivazione di tutti i tavoli promessi e non realizzati, il rafforzamento di gruppi di lavoro intersettoriali, la realizzazione di Cabine di regia capaci di essere reali luoghi di confronto e discussione, l'allestimento di dispositivi organizzativi per realizzare quel coordinamento sopra menzionato, la valorizzazione delle ATS, sono tutti snodi operativi da mettere in campo.

([26]) A oggi le missioni 5 e 6 del PNRR, pur con notevoli punti di convergenza, vedono i due Assessorati al welfare e alla famiglia viaggiare su binari separati. All'interno dell'Assessorato alla famiglia le diverse policy sono gestite da differenti unità organizzative, non sempre integrate. Basti ricordare le diverse unità che si occupano di programmazione zonale e delle politiche di contrasto alla povertà.