

La riforma del welfare serve ai cittadini lombardi?

Un'analisi di quadro della L.R.23/2015

L'articolo osserva la legge di riforma a partire dalle ricadute concrete che essa potrà generare per i diretti beneficiari del sistema di welfare, i cittadini lombardi. Si propone una analisi di quadro sui principali vantaggi, e i possibili svantaggi, che già oggi è possibile ravvisare.

a cura di Cristiano Gori - martedì, dicembre 01, 2015

<http://www.lombardiasociale.it/2015/12/01/la-riforma-del-welfare-serve-ai-cittadini-lombardi/>



Una riforma può assolvere a numerose funzioni - assai diverse tra loro - ma una sola conta: riuscire a migliorare i servizi offerti ai cittadini. Unicamente il tempo permetterà di giudicare l'impatto della [legge 23/2015](#) sulla realtà dei servizi nella nostra regione. Tuttavia, oggi pare possibile provare a mettere a fuoco alcuni vantaggi e svantaggi che è ragionevole attendersi, o non attendersi, per l'ambito di interesse del nostro sito, cioè il welfare sociale^[1]. E' ciò che cerchiamo di fare in questo articolo.

Esperienze analoghe - in Italia e all'estero - mostrano che riforme come quella lombarda, incentrate sul ridisegno del complessivo assetto istituzionale, vengono non di rado introdotte per scopi non legati al miglioramento dei servizi, ed in particolare:

- *obiettivi di potere*. Simili riforme consentono di ridefinire gli equilibri tra i diversi soggetti coinvolti nel governo regionale, attraverso la redistribuzione di posizioni significative sia nelle responsabilità politiche sia in quelle amministrative, a livello centrale e locale;
- *obiettivi comunicativi*. Ai non addetti ai lavori è molto più incisivo comunicare l'attivismo di una Giunta in un determinato settore con la realizzazione di una "grande riforma", come appunto la L.R. 23, piuttosto che attraverso la messa in pratica di cambiamenti magari più utili ma meno visibili.

Lasciando al lettore il compito di valutare se – e in quale misura – le finalità di potere e quelle comunicative abbiano influenzato la scelta di introdurre la nuova normativa, ci concentriamo, come anticipato, sugli obiettivi di miglioramento dei servizi del welfare sociale.

I vantaggi attesi

Il rafforzamento della presa in carico

Il *claim* della riforma “dalla cura al prendersi cura” indica l’intento di passare da un sistema che lo stesso Esecutivo Maroni ha - in più occasioni[2] - giudicato troppo settoriale e frammentato ad una presa in carico della persona globale ed integrata. Tale scopo - certamente condivisibile - permea l’intera legge 23, che lo richiama in numerosi passaggi.

Il testo, però, non indica in che modo sarà garantita la presa in carico, quali ridefinizioni organizzative saranno necessarie, quali dispositivi saranno introdotti per l’assessment, la progettazione e il monitoraggio del caso e come saranno definite le responsabilità in merito. **In altre parole, si dichiara più volte l’obiettivo senza mai prevedere strumenti per tradurlo in pratica: non occuparsi della sua declinazione operativa, tuttavia, equivale - nella sostanza - ad ignorarlo.** Il nostro paese è lastricato di leggi ricche di finalità espresse - ambiziose e condivisibili - non accompagnate da previsioni attuative e che non hanno, pertanto, migliorato alcunché.

Inoltre, anche sul piano del dichiarato, l’attenzione alla presa in carico non rappresenta una novità. Le riforme introdotte dalla Giunta Formigoni nello scorso decennio le attribuivano un ruolo marginale, a favore della libertà di scelta del cittadino[3], ma a partire dal 2009 quest’impostazione è stata sostanzialmente modificata. Da allora, sia con l’Esecutivo Formigoni (Assessore alla famiglia Boscagli[4]) sia con la successiva Giunta Maroni (Assessore Cantù), l’importanza della presa in carico è stata regolarmente sottolineata nei documenti e nelle comunicazioni ufficiali[5]. Poiché gli sforzi sinora compiuti dall’amministrazione regionale per renderla un effettivo cardine dell’attività dei servizi sono unanimemente giudicati inadeguati, **oggi la sfida non è reiterare le enunciazioni bensì passare alla fase successiva, individuando nuove e più efficaci strade per concretizzarle.**

Una maggiore integrazione sociosanitaria

La riforma intende migliorare l’integrazione socio-sanitaria: anche questa non è una novità, bensì un fine che le Giunte lombarde da diversi anni menzionano costantemente. **A differenza del precedente obiettivo, però, qui si prevedono concreti meccanismi per la sua realizzazione,** fondati su un comune assunto: maggiore integrazione istituzionale – ottenuta attraverso una nuova suddivisione delle responsabilità nell’amministrazione regionale e nelle Asl – determinerà più integrazione anche nell’operatività dei servizi nei territori.

Nel governo regionale

L'iniziale intenzione di dar vita ad un solo Assessorato al Welfare è stata – come noto – abbandonata. Ora ne esistono due, uno responsabile di tutti gli interventi finanziati dal Fondo sanitario regionale (Welfare) e l'altro di quelli di politica sociale (Reddito di Autonomia e inclusione sociale). Pertanto, l'integrazione a livello del governo regionale non riguarda - come nel progetto iniziale - il rapporto tra il sociale e l'intero complesso della sanità (due distinte aree di welfare) bensì - esclusivamente - quello tra acuzie e socio-sanitario, entrambi comparti del medesimo settore, quello sanitario.

Al proposito, in ogni modo, l'evidenza empirica è univoca: **non esiste alcun legame tra una maggiore integrazione istituzionale nelle strutture di governo sovra-ordinate ed il rafforzamento dell'integrazione operativa nei territori.** Anzi, gli esperti concordano nel ritenere che per ottenerla l'ente di governo sovra-ordinato non dovrebbe preoccuparsi tanto di costruire un unico soggetto istituzionale responsabile, quanto di fornire ai diversi servizi locali strumenti operativi ed incentivi che li spingano a lavorare sempre più insieme [\[6\]](#).

A livello territoriale

L'unione delle aziende ospedaliere e della rete territoriale in ASST – Aziende sociosanitarie territoriali - offre l'occasione di assicurare maggiore continuità assistenziale tra ospedale e territorio, grazie anche all'articolazione di strutture intermedie come i POT (Presidi ospedalieri territoriali). **Si aprono qui evidenti opportunità positive, riguardanti i percorsi di dimissione protetta e altri ambiti della post-acuzie: la capacità di coglierle dipenderà dal tipo di relazione realizzata tra ospedale e territorio.** Bisognerà, dunque, verificare se tale relazione sarà fondata su un effettivo equilibrio tra le due parti oppure si verificherà una predominanza dell'ospedale, che produrrebbe evidenti effetti negativi.

Riguardo l'integrazione nella rete territoriale dei vari servizi di natura sociosanitaria, invece, lo scenario è incerto. Ci si riferisce qui specialmente al ruolo dei PreSST (Presidi socio-sanitari territoriali), ulteriore articolazione della rete territoriale: non si comprende ancora in quali termini le nuove “modalità organizzative” – così come cita la norma - cambieranno l'attuale articolazione dei distretti sociosanitari e dei servizi territoriali, sia pubblici che accreditati. In sostanza rimane ancora da chiarire come si pensa di generare una maggior integrazione all'interno della rete dei servizi domiciliari (punti fragilità - adi - protesica...), di quelli consultoriali (cav e consultori pubblici e accreditati), della psichiatria (cps) e delle dipendenze (sert e smi) - cioè di tutti quei servizi conosciuti e fruiti dai cittadini.

Inoltre, come già detto, **si tratta di un'integrazione parziale poichè riguarda solo una parte del sistema di welfare: quello sanitario (aziende ospedaliere) e sociosanitario (Asl).** Questa parte, sicuramente rilevante, ne lascia però fuori un'altra altrettanto significativa, quella socio-assistenziale e socio-educativa, incrementando ulteriormente la difficoltà di tenere connessi livelli di governo differenti (Regione-ATS e Comuni).

A proposito di quest'ultimo punto, poi, le nuove geografie che verranno a costituirsi dal primo gennaio prossimo, attraverso i nuovi azionamenti, renderanno certamente più complessa la programmazione e il governo dell'integrazione tra comuni e ATS. **Le cabine di regia e le conferenze dei sindaci amplieranno i loro confini; sarà da verificare se nelle nuove dimensioni territoriali, in qualche caso sovra provinciali (ATS della città metropolitana, della Brianza e della Val padana), riusciranno ad essere dispositivi efficaci.**

I risparmi

La nascita di un unico Assessorato al welfare, il dimezzamento delle ex Asl (8 ATS invece che 15 Asl), il passaggio da 81 distretti a 24 ASST e altre innovazioni gestionali, come l'introduzione della centrale unica di acquisto, permetteranno di risparmiare – secondo le stime della Giunta – 300 milioni di Euro. Questa somma sarà destinata alla riduzione dei ticket sanitari, delle liste d'attesa e delle rette nelle RSA. Realizzare guadagni di efficienza che consentano di recuperare risorse da utilizzare per gli obiettivi menzionati rappresenta una scelta utile e condivisibile. In ogni modo, è utile misurarne la portata: 300 milioni equivalgono a circa l'1,6% della spesa sanitaria regionale^[7].

Gli svantaggi attesi

Un forte e duraturo stress per il sistema dei servizi

Qualunque siano gli esiti, riforme come quella lombarda – che prevedono un profondo ridisegno istituzionale del welfare – **assorbono una notevole quantità dell'energia di tutti gli attori coinvolti, per un lungo periodo.** Ciò accade sempre - in Italia e all'estero – poiché costituisce una conseguenza inevitabile della trasformazione degli assetti organizzativi, delle funzioni gestionali e dei ruoli professionali che simili normative portano con sé. Coloro i quali operano nei servizi vivono, di conseguenza, un forte stress, dovuto principalmente:

- *all'incertezza sul futuro.* Inizialmente, chi ne è coinvolto - ad ogni livello (dirigenti, funzionari ed operatori) – s'interroga su quale sarà il proprio destino nel nuovo scenario, cioè se la nuova configurazione istituzionale porterà a cambiamenti di ruolo (non è detto che ciò accada) e in che modo dovranno modificarsi le modalità di lavoro (questo accadrà certamente);
- *allo sforzo per imparare ad operare nel nuovo contesto.* Successivamente, una volta che i nuovi ruoli e le nuove funzioni sono state definite, si tratta di imparare ad agire nel nuovo quadro istituzionale, attivando nuove relazioni, capendo come operare in presenza di regole nuove e così via.

Lo stress al quale il sistema dei servizi lombardi sarà sottoposto nel prossimo futuro è oggi percepito, dai più, in misura inferiore alla sua effettiva portata. Si tratta, di nuovo, di un fenomeno ricorrente: i decisori tendono a sottovalutare l'impatto di simili riforme sul sistema dei servizi, mentre chi vi opera ne diventa progressivamente consapevole con il trascorrere del tempo, man mano che questo si manifesta. Le energie assorbite dagli sforzi necessari per adattarsi al nuovo assetto istituzionale verranno, inevitabilmente, distolte dall'attività ordinaria di programmazione e realizzazione degli interventi.

La centratura su obiettivi dichiarati e assetti istituzionali

Abitualmente, le leggi di riforma complessiva del welfare si compongono di tre parti: a) principi e obiettivi dichiarati, b) assetti istituzionali e rapporti tra gli attori, c) indicazione degli interventi da realizzare. Nella riforma le prime due sono ampiamente sviluppate, mentre la terza è sostanzialmente mancante. Tale assenza si riflette nei commenti sinora pubblicati sul nostro sito. Infatti, se escludiamo gli apprezzamenti per le finalità enunciate e le dettagliate analisi degli assetti istituzionali condotte, in merito agli interventi il commento unanime è "bisogna attendere le prossime decisioni della Regione".

Nella prospettiva da noi utilizzata, centrata sul miglioramento dei servizi, quanto illustrato solleva due interrogativi:

- qual è la funzione di una radicale trasformazione degli assetti istituzionali priva di effettive indicazioni circa gli interventi da compiere nei territori?
- non è possibile realizzare incisive azioni di miglioramento dei servizi offerti senza prevedere impegnative operazioni di ridisegno istituzionale?

Non è molto chiaro, in altre parole, il collegamento tra i contenuti della riforma e gli obiettivi di miglioramento dei servizi nei territori. L'unico evidente consiste nell'atteso legame causa-effetto tra ridisegno degli assetti istituzionali e migliori servizi; tuttavia – come si è detto[8] – la sua portata risulta, nella migliore delle ipotesi, piuttosto limitata.

La mancata valorizzazione dei percorsi compiuti

Poiché gli effetti di una riforma dipendono anche dal momento in cui viene introdotta, è opportuno interrogarsi sul significato della LR 23 nel cammino della consiliatura regionale 2013-2018. Nel 2013, dopo il suo insediamento, la Giunta Maroni ha definito i propri obiettivi strategici per il welfare sociale, che - come anticipato - sono in ampia parte sovrapponibili a quelli della lr. 23/2015[9].

Nel biennio 2013-2015, la Giunta ha avviato vari percorsi orientati alla loro traduzione nella pratica: la progressiva messa a sistema delle numerose sperimentazioni in corso[10]; il miglioramento dell'appropriatezza dei servizi[11]; l'introduzione della rete delle cure intermedie[12]; l'attuazione di alcune trasformazioni significative nei percorsi di presa in carico[13].

Le esperienze realizzate sono state contraddistinte da un livello di qualità assai variabile tra i diversi interventi e le varie realtà locali; ciononostante potrebbero offrire una base significativa sulla quale costruire un cambiamento durevole. Ci si aspettava, pertanto, che la priorità della Regione consistesse nel valorizzarle, apportando correzioni dove necessario, estendendo le innovazioni rivelatesi positive e abbandonando quelle negative, e – in generale – utilizzando il tempo a disposizione sino al 2018 facendo fruttare le fatiche già compiute nei territori al fine di radicare trasformazioni capaci di rimanere (si veda un [precedente articolo](#)).

Molti di questi percorsi proseguiranno, benché in alcuni casi il loro incrocio con la LR 23 non sia ancora chiaro. In attesa di verificarlo, un punto risulta già evidente. **L'applicazione della nuova riforma è divenuta la priorità della Regione e, inevitabilmente, assorbirà in misura predominante gli sforzi; spostare dai nuovi interventi realizzati a partire dal 2013 una quantità così rilevante di attenzione non potrà che andare a discapito della loro valorizzazione.**

In conclusione, molto rimane da capire in merito agli effetti della LR 23/2015. Ciò detto, pare ragionevole chiedersi se introdurre un simile complessivo ridisegno istituzionale del sistema - con tutte le conseguenze che porta con sé - costituisca oggi la strada più opportuna per far crescere i servizi di welfare sociale in Lombardia.

[1] Con questo termine ci riferiamo all'insieme dei servizi ed interventi socio-sanitari, socio-assistenziali e socio-educativi.

[2] Si veda il Libro Bianco per lo sviluppo del sistema sociosanitario della Lombardia 2014, l'introduzione alle regole di sistema 2015, le linee guida ai piani di zona 2015-2017 o ancor prima la stessa dgr 116/2013.

[3] Gori, C (a cura di), 2010, Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali, Rimini, Maggioli, <http://www.lombardiasociale.it/come-cambia-il-welfare-lombardo/>

[4] La modifica dell'impostazione regionale in materia coincide sostanzialmente con cambio di Assessore alla Famiglia tra Abelli (in carica dal 2000 al 2008) e Boscagli (in carica dal 2008 al 2013). Dopo le elezioni regionali del 2013 e sino a pochi mesi la titolare dell'Assessorato è stata Maria Cristina Cantù.

[5] Si ricordi il Patto per il nuovo welfare dell'assessore Boscagli <http://www.lombardiasociale.it/2012/09/24/i-si-e-i-no-al-patto-per-un-nuovo-welfare/> o le dichiarazioni che accompagnavano l'introduzione del nuovo Fondo Famiglia, all'indomani dell'insediamento della nuova Giunta <http://www.lombardiasociale.it/2013/10/31/fondo-famiglia-sosteniamo-il-nostro-welfare/?c=la-voce-della-regione>

[6] Tra gli altri si veda Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G. & Wodchis, W. (2014). *Providing integrated care for older people with complex needs: Lessons from seven international case studies*. London: The King's Fund. Scaricabile da http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_102418-7.pdf

[7] 1,59% dell'oltre 18,8 miliardi di spesa sanitaria [http://www.lombardiasociale .it/2015/11/24/tagli-alla-spesa-sanitaria-uno-sguardo-dinsieme-e-il-caso-lombardo/?c=dati-e-ricerche](http://www.lombardiasociale.it/2015/11/24/tagli-alla-spesa-sanitaria-uno-sguardo-dinsieme-e-il-caso-lombardo/?c=dati-e-ricerche)

[8] Si veda il precedente paragrafo sull'integrazione sociosanitaria.

[9] I quattro obiettivi principali enunciati dalla Giunta Maroni per il welfare sociale, sin dall'inizio della consiliatura sono: a) sviluppare i percorsi di presa in carico integrata, b) rafforzare l'integrazione sociosanitaria, c) rimodulare il sistema di offerta, articolandola maggiormente, d) incrementare i

finanziamenti dedicati. Queste finalità si ritrovano nella dgr 116/2013 e in successivi atti, tra i quali il Libro bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario della Lombardia e le regole di sistema. Nella legge 23 gli obiettivi a) e b) sono riproposti, il c) manca perché essa non si occupa – per l' appunto - di interventi e il d) manca perché dal 2015 le risorse dedicate al welfare sociale sono iniziate a calare.

[\[10\]](#) Ad esempio la riforma dei consultori in centri per la famiglia o l'apertura dei servizi residenziali a sperimentazioni di rsa/rsd aperte e residenzialità leggera (dgr 2022/2014).

[\[11\]](#) Ad esempio attraverso la revisione degli indicatori di appropriatezza (dgr 1765/2014), la revisione delle funzioni di vigilanza, l'aggiornamento dei requisiti di accreditamento (dgr 2569/2014).

[\[12\]](#) Dgr 3833/2015

[\[13\]](#) Ad esempio le unità di valutazione multidimensionali e l'applicazione del sistema di valutazione Vaor, l'istituzione della Cabina di regia, con la precisazione delle sue funzioni e l'articolazione della sua organizzazione (vedi dgr 2941/2014).