

# 10 La programmazione sociale e socio-sanitaria nelle reti interistituzionali: il caso Regione Lombardia

di Giovanni Fosti, Ornella Larenza e Andrea Rotolo<sup>1</sup>

## 10.1 Introduzione

L'anno 2000 sembrava avere segnato una svolta nell'ambito dei servizi sociali e socio-sanitari, con l'approvazione di una normativa che aveva lo scopo di ricomporre e integrare un settore altamente frammentato in termini di decisori, fonti di finanziamento, sistema di interventi, caratteristiche locali, come emerge anche dal capitolo 4 del presente Rapporto OASI.

In effetti, la legge 328/2000 ha dato vita a un'ampia e diffusa attività di programmazione degli interventi a livello sovra comunale, tuttavia l'ampiezza e la pervasività dell'attività svolta dagli attori della programmazione non sempre hanno avuto come esito una maggiore integrazione delle *policy* di *welfare* locale o una maggiore efficacia degli interventi.

Il presente capitolo descrive gli obiettivi e le logiche di programmazione promosse dalla Legge 328/2000, propone una lettura del contesto della programmazione sovra comunale, esplicita alcune ipotesi sulle condizioni che la supportano e descrive le modalità con cui una regione italiana ha assunto queste ipotesi per dettare le proprie linee guida di programmazione.

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, il paragrafo 10.2 è da attribuire ad Andrea Rotolo, il paragrafo 10.3 a Ornella Larenza, il paragrafo 10.4 a Giovanni Fosti, i restanti al lavoro congiunto dei tre autori.

Gli autori hanno avuto la possibilità di svolgere una ricerca a supporto del processo di definizione delle Linee di Indirizzo di Regione Lombardia e desiderano ringraziare Roberto Albonetti, Direttore Generale della DG Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia, Anna Roberti, Dirigente della DG Famiglia che ha condotto il gruppo di lavoro, Liliana Gafforini e Maria Luppi, della DG Famiglia, e Francesca Pasquini, di Eupolis Lombardia. Al gruppo di ricerca ha partecipato anche Andrea Orlandi, che oggi si occupa dall'interno degli enti locali del difficile compito di dare corpo alle linee guida. L'interpretazione dei dati non sarebbe stata la stessa senza il contributo straordinario dei coordinatori degli Uffici di Piano, dei Direttori Sociali ASL e degli attori dei sistemi di *welfare* locale che hanno partecipato al Gruppo Territorio. Francesco Longo è stato un interlocutore costante in tutto il processo di ricerca; le analisi sviluppate in queste pagine, pur restando di responsabilità degli autori, devono molto a questo dialogo, sempre ricco, coinvolgente e vitale.

## **10.2 Come sta cambiando lo scenario in cui avviene la programmazione sociale e sociosanitaria**

### **10.2.1 Le sfide della programmazione sociosanitaria alla luce dell'evoluzione dello scenario**

Chi si occupa di programmazione sociale e sociosanitaria in Italia affronta in questi anni nuove sfide, dettate dalla fase di profondo cambiamento che interessa il nostro paese. L'accentuarsi della crisi economica, l'emergere di nuovi problemi sociali e l'acuirsi di fenomeni già noti, come l'invecchiamento della popolazione, pone il sistema sociosanitario nel suo complesso di fronte a significativi punti di rottura. Queste tendenze, inoltre, rendono sempre più difficile individuare i confini tra ciò che è considerato «sociale» e ciò che è considerato «sanitario», aumentando allo stesso tempo i margini e la necessità di integrazione tra i due ambiti.

In questo paragrafo si cercherà dunque di descrivere lo scenario, a livello nazionale, in cui oggi si svolge la programmazione sociale e sociosanitaria, rimandando al cap. 4 per maggiori approfondimenti, a cominciare da un breve inquadramento legislativo, per poi approfondire gli aspetti legati all'evoluzione del quadro delle risorse in gioco e dei principali problemi sociali emergenti.

### **10.2.2 La legge 328/00, la governance della programmazione e i modelli di erogazione dei servizi**

Con lo scopo di avviare una complessiva riorganizzazione del sistema dei servizi sociali e sanitari, orientandoli verso un processo di progressiva integrazione e partecipazione di tutti i soggetti presenti sul territorio, è stata varata nel 2000 la L. 328/2000, intitolata «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali». Il principio generale a cui si ispira la L. 328 è l'integrazione come mezzo per la promozione del benessere dei cittadini. La riforma si è fatta portatrice di un'attesa di cambiamento delle logiche di fondo della programmazione sociale, cercando di superare la frammentazione del sistema italiano dei servizi sociali, l'insufficiente coordinamento tra i diversi livelli istituzionali, le disparità territoriali e la scarsa integrazione sociosanitaria.

Lo strumento principale che ha dato attuazione alla programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie è stato il Piano di Zona, che ha tra i propri obiettivi il coinvolgimento dei soggetti istituzionali e del terzo settore presenti sul territorio. In particolare, secondo lo spirito della riforma, la partecipazione deve essere estesa a tutti i soggetti pubblici presenti sul territorio di riferimento, ai soggetti operanti nel privato sociale, alle comunità locali e anche ai cittadini in maniera individuale. Lo stesso testo di legge richiama i principi di coordinamento, integrazione, concertazione e cooperazione tra diversi livelli istituzionali che devono ispirare la realizzazione della rete dei servizi sociali.

Il testo legislativo mira inoltre a bilanciare le responsabilità dei vari livelli politico-amministrativi (nazionali, regionali e comunali) creando un mix di regolazione centralizzata e autogoverno locale. Il cosiddetto «*welfare* municipale» è investito della funzione di integrazione, lavorando su più fronti: l'integrazione delle politiche sociali con le politiche della salute, dell'istruzione, della formazione e del lavoro; il coordinamento della programmazione sociale con altri strumenti di pianificazione locale (in particolare la pianificazione sanitaria); lo sforzo di tenere insieme la coesione sociale e lo sviluppo in un unico quadro d'interventi, come se fossero obiettivi interdipendenti per il benessere del territorio (Bifulco *et al.*, 2007).

La strategia è quindi quella di fissare gli obiettivi e i programmi sul territorio attraverso una strategia di negoziazione e di partecipazione alla definizione delle politiche. Per poter attuare e rendere concreta questa intenzione, come già accennato, lo strumento identificato per la pianificazione degli interventi nelle comunità di riferimento è il Piano di Zona.

La legge 328 rimane quindi il punto di riferimento normativo nazionale sul sistema integrato, che detta le norme di principio, lasciando alle regioni l'autonomia per la normativa di attuazione.

Ai fini di ricomporre anche le diverse e frammentate linee di finanziamento del *welfare* locale, la legge 328/2000 ha previsto l'istituzione di un Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS), la cui finalità è quella di finanziare un sistema articolato di Piani Sociali Regionali e Piani Sociali di Zona, nell'ottica dei principi sopra esposti. Questa modalità di intervento costituiva una novità rispetto al passato e un nuovo modo di guardare ai problemi, tenendo conto del quadro complessivo e soprattutto delle interdipendenze tra fenomeni sociali e tra politiche pubbliche. Parte del FNPS è destinata alle Regioni che, a loro volta e in base alle proprie normative, distribuiscono le risorse ai Comuni. Essi sono dunque responsabili, nell'ambito di quanto stabilito e programmato attraverso il Piano di Zona, dell'erogazione dei servizi ai cittadini. La 328 prevede inoltre che più Comuni possano associarsi per gestire in maniera integrata i proprio servizi. Di fatto, l'erogazione delle prestazioni può quindi avvenire o attraverso comuni singoli o attraverso diverse formule istituzionali, dal consorzio, all'unione di Comuni, alle Comunità Montane o attraverso Aziende Speciali.

All'interno di questo sistema, si sono costituite unità organizzative sovramunicipali definite Uffici di Piano, 97 in tutto il territorio lombardo, responsabili della programmazione sociale (il cui esito si concretizza nel Piano di Zona) e il cui bacino di intervento coincide solitamente con gli ambiti sociali (nella maggior parte dei casi coincidenti con i confini del distretto sociosanitario). Il Piano di Zona rappresenta dunque lo strumento della programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale e dell'attuazione dell'integrazione tra la programmazione sociale e la programmazione sociosanitaria. Il coordinatore

dell'Ufficio di Piano ha il compito di indirizzare e presidiare le diverse fasi inerenti la predisposizione, la gestione, la valutazione e la verifica del Piano.

Dal punto di vista delle titolarità istituzionali, l'azione dei Comuni e degli Uffici di Piano si colloca tuttavia in un perimetro istituzionale pubblico più ampio, all'interno del quale troviamo anche:

- ▶ le Regioni, che dettano gli indirizzi della programmazione ed erogano servizi sociosanitari attraverso le ASL;
- ▶ le Province, che possono partecipare al finanziamento dei Piani di Zona;
- ▶ lo Stato, che determina i fondi nazionali destinati alle politiche sociali di anno in anno.

Dal punto di vista dell'offerta di servizi sociali e socio-sanitari, entrano in gioco anche i produttori privati profit e no profit, ai quali spesso Comuni e ASL esternalizzano tali servizi.

### 10.2.3 Le risorse

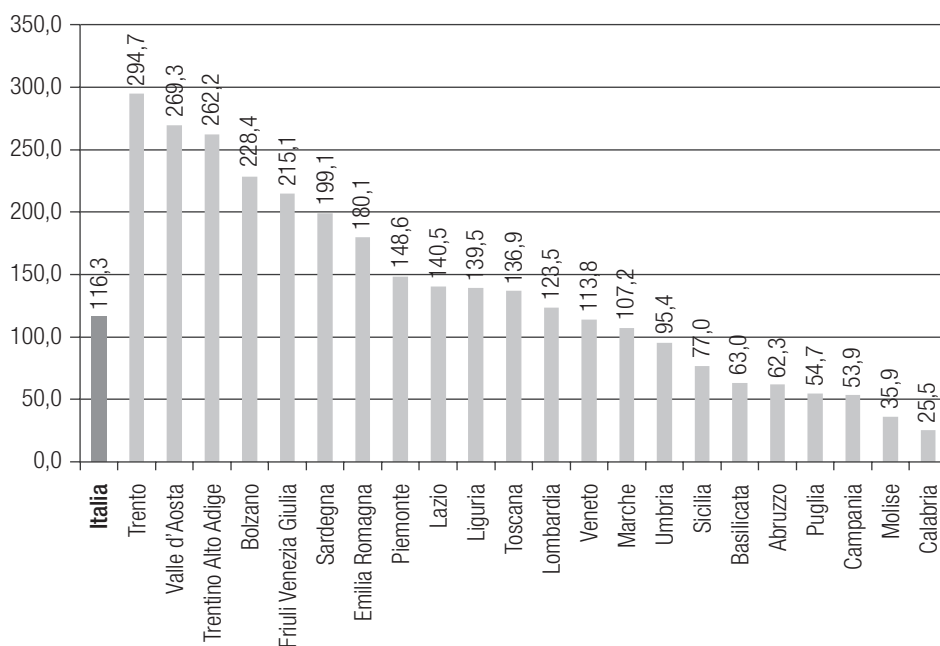
All'interno della geografia di attori che a diverso titolo sono coinvolti nella programmazione sociale e sociosanitaria, come definita dalla legge 328/2000, lo stesso testo di legge conferisce ai Comuni e, più in generale, al territorio un ruolo centrale. I comuni italiani spendono circa 7 miliardi e 2 milioni di euro per i servizi sociali (Istat, 2012), che corrispondono ad una spesa procapite media di circa 116 euro, pur con differenze molto significative tra diversi territori (Figura 10.1).

La spesa sociale dei comuni rappresenta lo 0,46% del Pil italiano (Istat, 2012) e assume nel territorio nazionale una variabilità tale da oscillare tra la spesa media degli enti locali della Provincia di Trento (294,7 euro a cittadino), e quella della regione Calabria (25,5 euro a cittadino). Una prima caratteristica del *welfare* in Italia è infatti la forte diversità nelle politiche attivate in termini di risorse allocate e servizi resi alla collettività; il divario territoriale vede una netta contrapposizione tra regioni del nord e del sud, con queste ultime che registrano una spesa per abitante pari a poco meno di 51 euro e quelle del nord est e nord ovest che spendono circa 163 e 133 euro rispettivamente.

In termini di interventi, prevalgono quelli che riguardano famiglia e minori, disabili e anziani, che assorbono mediamente l'80% del totale della spesa sociale dei comuni italiani (39,8% famiglia e minori, 20,4% anziani, 21,6% disabili). Il restante 19% circa della spesa è ripartito a decrescere tra interventi destinati a povertà (8,3%), multiutenza (6,3%), immigrati (2,7%) e dipendenze (0,9%) (Istat, 2011).

Accanto alle risorse dei Comuni, vi sono anche risorse spese dalle ASL per interventi di natura sociosanitaria, soprattutto per anziani e disabili, che derivano dal Servizio Sanitario Nazionale o da eventuali Fondi Regionali per la Non

Figura 10.1 **La spesa sociale dei comuni singoli e associati per Regione – valori procapite, 2009**



Fonte: Istat 2012. Rapporto annuale. La situazione del paese

Autosufficienza. Nel complesso, le risorse del SSN destinate ad interventi socio-sanitari sono stimate in circa 13 miliardi di euro l'anno (Longo *et al.*, 2010) (su 105/106 miliardi di spesa complessiva del SSN)<sup>2</sup>.

Facendo rimando al cap. 4, si ricorda che considerando gli altri attori che immettono risorse per interventi sociali e sociosanitari, la spesa dei comuni risulta marginale rispetto, ad esempio, ai trasferimenti diretti ai cittadini per prestazioni sociali o sociosanitarie, pari a circa 80 miliardi di euro (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, 2008)<sup>3</sup>. Le suddette risorse trasferite dall'INPS entrano nella diretta disponibilità dei singoli individui e delle famiglie che, nella maggior parte dei casi, decidono autonomamente come impiegarle e quali

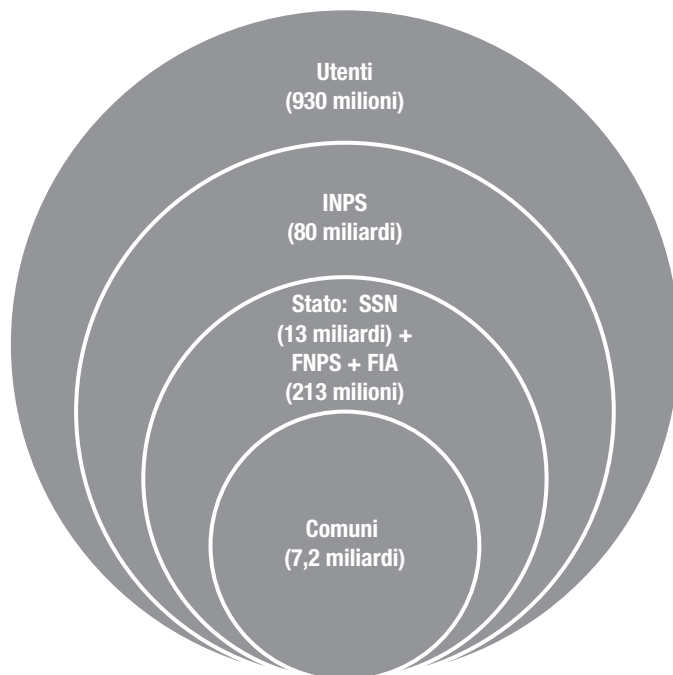
<sup>2</sup> Il valore è stimato a partire da una indagine campionaria condotta da FIASO e CeRGAS che hanno ricostruito i dati di consumo di prestazioni socio sanitarie nel territorio di 10 ASL di 10 diverse regioni, a partire dalle contabilità analitiche aziendali. Il dato medio nazionale è soggetto a forte varianza a livello locale.

<sup>3</sup> Il valore riportato si riferisce al 2005 e assomma tutti i trasferimenti monetari INPS la cui valenza è prevalentemente sociale o sociosanitaria (pensioni di invalidità civile e indennità di accompagnamento, pensioni di inabilità e assegni di invalidità, rendite per infortunio sul lavoro, pensioni e assegni sociali, integrazioni al minimo, pensioni di guerra e pensioni ai superstiti).

prestazioni acquistare. Da questo punto di vista, il ruolo dell'attore pubblico in termini di consulenza o di ricomposizione delle diverse fonti di finanziamento è pressoché nullo, nonostante le famiglie siano in possesso della componente più consistente delle risorse che compongono un quadro complessivo di 101,343 miliardi così composto (non considerando quella parte di spesa, ancora ignota, per servizi residenziali e semiresidenziali) (vedi Figura 10.2):

- ▶ 7,2 miliardi di euro di spesa sociale dei Comuni (Istat, 2012);
- ▶ risorse allocate a regioni e province autonome dallo Stato attraverso il sempre più esiguo Fondo nazionale politiche sociali pari a poco più di 178 milioni per il 2011<sup>4</sup> ed i 35 milioni allocati a titolo di Fondo Infanzia e Adolescenza<sup>5</sup>
- ▶ risorse del SSN destinate agli interventi sociosanitari, pari a 13 miliardi.
- ▶ risorse INPS per il sociale e il sociosanitario pari a circa 80 miliardi di euro;

Figura 10.2 **Ricomposizione delle risorse delle settore sociale e sociosanitario**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2008), INPS (2008), FIASO-CERGAS, IRS, ISTAT 2012

<sup>4</sup> Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Decreto interministeriale 17 giugno 2011. Ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali – anno 2011.

<sup>5</sup> Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Decreto interministeriale 25 maggio 2011. Ripartizione del Fondo Infanzia e Adolescenza – anno 2011.

- risorse degli utenti per le prestazioni sociali erogate dai comuni singoli o associati, pari a poco più di 930 milioni (nel 2009) e la spesa privata per le strutture residenziali e semiresidenziali sostenuta dalle famiglie e di cui non si conosce l'ammontare

Il quadro che emerge, seppure non esaustivo di tutte le partite finanziarie in gioco, è molto frammentato: la maggior parte delle risorse, attraverso trasferimenti dell'INPS, sono nella disponibilità delle famiglie. Questa dinamica contribuisce anche all'espandersi del mercato di cura non solo privato formale, ma anche informale che spesso è in grado di rispondere alle domande di assistenza delle famiglie (basti pensare al fenomeno delle badanti o delle baby-sitter).

Se il raggio di azione di ciascun attore, inteso come capacità di mettere in gioco risorse e capacità di integrazione, si arresta laddove termina la propria partita finanziaria è evidente che le possibilità di giungere a una maggiore ricomposizione degli interventi sociali e sociosanitari diminuisca. Questa convinzione supporta l'ipotesi che la piena comprensione delle potenzialità del funzionamento delle reti di attori potrebbe facilitare un processo di integrazione che non sembra introducibile per mano legislativa, almeno non in via esclusiva.

#### 10.2.4 I punti di rottura del sistema: evoluzione e problemi emergenti

Il sistema di programmazione sociale e sociosanitaria non deve solamente fare i conti con i cambiamenti e le criticità che riguardano l'aspetto economico-finanziario e che sono stati fin qui accennati. Gli ultimi anni, infatti, sono stati caratterizzati da un lato dall'acuirsi di alcuni problemi sociali già noti e, dall'altro, dall'emergere di nuove esigenze all'interno della società italiana. Non sempre i sistemi di risposta hanno saputo confrontarsi efficacemente con questa evoluzione e con le esigenze manifestate dai singoli, ancor più in un momento di crisi e di consistente frammentazione delle risorse.

La congiuntura economica negativa non si riflette esclusivamente in un aggravio delle condizioni di povertà delle fasce più marginali della società, ma ha riflessi anche sul benessere psico-fisico delle persone e sulla capacità di tenuta delle famiglie.

In Italia, le famiglie hanno rappresentato tradizionalmente il perno del sistema socio-assistenziale, al punto che spesso sono state considerate il primo vero «ammortizzatore sociale». La famiglia è toccata direttamente dalla crisi economica, se si pensa che le famiglie deprivate<sup>6</sup> in Italia sono passate dal 15,2% del

<sup>6</sup> Ovvero che sono interessate da almeno tre delle seguenti condizioni: 1) non riuscire a sostenere spese impreviste, 2) non potersi permettere una settimana di ferie in un anno lontano da casa, 3) avere arretrati (mutuo o affitto o bollette o altri debiti diversi dal mutuo), 4) non potersi permettere un pasto adeguato almeno ogni due giorni, 5) non potersi permettere di riscaldare adeguatamente l'abitazione, non potersi permettere: 6) lavatrice, 7) tv a colori, 8) telefono 9) automobile.

2009 al 15,7% del 2010, mentre quelle gravemente deprivate<sup>7</sup> dal 6,8% al 7,1% (Istat, 2011); dal 2004 al 2009 la percentuale di famiglie che non sarebbero state in grado di affrontare una spesa inaspettata<sup>8</sup> è passata dal 27,4% al 33,3% (Istat, 2012). Le famiglie in condizione di povertà relativa<sup>9</sup> in Italia sono oggi stimate in 2.657.000, i singoli individui sono 7.810.000; se si guarda alle famiglie in condizione di povertà assoluta<sup>10</sup> la stima è di 1.162.000, mentre per i singoli individui è di 3.074.000 (Istat, 2010).

Le mutate condizioni economiche portano le famiglie ad attingere sempre di più ai risparmi (dal 2008, la capacità di risparmio delle famiglie si è ridotta del 3,3%), dal momento che i consumi aumentano più del reddito (Istat, 2012).

Le conseguenze si riflettono in molti aspetti della vita quotidiana, a cominciare dalla casa: il 53,4% delle famiglie considera le spese per l'abitazione un carico pesante (+3,1% nel periodo 2006-2009) e tra il 2007 e il 2009 gli sfratti per morosità o altra causa<sup>11</sup> sono passati da 33.959 a 56.147, con un trend in rapida crescita (Istat, 2012). La disoccupazione ha raggiunto i livelli più alti dal 2002 con 2,4 milioni di unità, numeri su cui incide anche l'aumento (dal 45,0% del 2008 al 51,3% del 2011) dei disoccupati di lunga durata. La disoccupazione colpisce soprattutto i soggetti tra 30 e 49 anni (anche se molti under 30 sono passati tra gli inattivi quindi non sono compresi nel tasso di disoccupazione) con basso livello di istruzione e quelli con cittadinanza straniera, senza particolari concentrazioni geografiche. (Istat, 2011; Istat, 2012).

La crisi sta avvenendo in uno scenario di evoluzione demografica che, da molti anni, caratterizza il nostro paese: aumentano soprattutto le fasce d'età che rappresentano i giovani anziani dai 65 ai 79 anni (+28,3% tra il 1992 e il 2010) e gli anziani con 80 anni o più (+75,8%). Il tasso di fecondità totale (1,4), rimasto pressoché stabile dal 1990 a oggi, viene compensato nella diminuzione del tasso di fecondità delle donne italiane (1,3 figli) dalle donne straniere (il cui tasso è fecondità è di 2,1 figli).

L'invecchiamento della popolazione ha implicazioni evidenti sulla domanda di cura espresse dagli anziani e sulle necessità di assistenza di questi ultimi, rilevanti soprattutto quando si parla della non autosufficienza. Tuttavia, la popolazione anziana, ancorché in aumento, manifesta diverse intensità di esigenze; la maggioranza degli anziani, infatti, secondo il (Istat, 2010) dichiara di sentirsi «bene o molto bene» (29,4% del totale di anziani ultra 65enni) oppure «né bene

<sup>7</sup> Ovvero sono interessate da almeno quattro condizioni tra quelle indicate in precedenza.

<sup>8</sup> L'ammontare è fissato a 600 euro per gli anni 2004, 2005 e 2006, 700 euro nel 2007 e 750 euro nel 2008 e 2009.

<sup>9</sup> Si definisce «relativamente povera» una famiglia la cui spesa mensile per consumi è pari o inferiore alla soglia di povertà relativa calcolata sulla base della spesa media pro-capite.

<sup>10</sup> Si definisce «assolutamente povera» una famiglia la cui spesa mensile per consumi è pari o inferiore alla soglia di povertà assoluta corrispondente al valore monetario del paniere di beni e servizi ritenuti essenziali.

<sup>11</sup> Sono esclusi gli sfratti per «necessità del locatore» o «la finita locazione».



né male» (49,5%), e solo il 21% (che diventano il 36% se si guarda solo alle persone con più di 85 anni) sono in condizioni di salute gravi o molto gravi. Allo stesso modo, solo il 16,3% degli ultra 65enni manifesta condizioni di salute con limitazioni gravi (il 33,9% per gli ultra 85enni), mentre le limitazioni non gravi riguardano il 35,1% degli anziani. Questi dati raccontano una popolazione anziana notevolmente variegata, fatta non soltanto di fragilità, ma con diversi gradi di problematiche che richiedono risposte di intensità adeguata.

Sempre con riferimento alla non autosufficienza, il tema della disabilità riveste senza dubbio un ruolo centrale nelle politiche sociosanitarie adottate da Comuni e Regioni. La maggiore difficoltà nel descrivere il fenomeno è rappresentata dalla mancanza di dati completi e aggiornati, poiché l'ultima indagine (Istat, 2005) fa riferimento a dati relativi al 2004. Queste statistiche parlano di 2 milioni 600 mila persone con disabilità, pari al 4,8% circa della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia (2 milioni 800 mila considerando le persone residenti nei presidi sociosanitari). Esistono diversi gradi di disabilità, ciascuno dei quali presenta necessità di cura e assistenza molto diverse fra loro: si passa infatti da coloro che sono confinati (il 2,1% della popolazione di 6 anni e più e tra le persone di 80 anni e più la quota raggiunge circa il 22,3%) a coloro che presentano difficoltà nella sfera della comunicazione, quali l'incapacità di vedere, sentire o parlare, (circa l'1,1% della popolazione di 6 anni e più).

Accanto a problemi già noti, che stanno evolvendo e trasformando le peculiarità della società italiana, emergono nuove tipologie di esigenze e nuovi meccanismi di riproduzione sociale, rispetto ai quali oggi il sistema sociale e sociosanitario è pressoché assente.

L'integrazione dei nuovi italiani è avvenuta in modo del tutto autonomo, basti pensare che, mentre i nuovi nati da genitori entrambi italiani sono decresciuti dal 1999 al 2009 (da 505.581 a 466.717), il numero dei bambini nati da almeno un genitore straniero è passato nello stesso periodo di riferimento da 31.661 a 102.140 (Istat, 2011), cambiando profondamente le caratteristiche delle nuove generazioni di italiani.

La conciliazione famiglia-lavoro diventa sempre più difficile, soprattutto nelle grandi città e nelle regioni in cui i tassi di occupazione femminile sono più elevati (a livello nazionale è pari al 46,5% ancora ben lontano dall'obiettivo del 60% fissato dall'Agenda di Lisbona e dalla media europea di 58,5%, mentre nelle grandi città arriva anche a superare il 60%). Spesso madri e nonni devono farsi carico della cura dei bambini e degli anziani non autosufficienti che vivono in famiglia o, in alternativa, devono ricorrere al mercato della cura informale delle badanti e delle baby sitter, soprattutto laddove il pubblico e il privato non sono sufficientemente organizzati. Le reti di parentela stanno diventando sempre più lunghe e strette, aumentando gli oneri a carico della componente femminile delle famiglie. Infatti, le donne nate nel 1970, più o meno come quelle del 1960, si trovano a condividere il carico di cura da dedicare ai figli e ai familiari più anzia-

ni con altre cinque persone, tra marito, fratelli/sorelle e cognati/e, un numero molto più basso di quello delle donne nate nel 1940 che invece potevano fare affidamento su altri nove individui. A causa del progressivo invecchiamento demografico, infatti, il carico di individui bisognosi di cura all'interno della rete di parentela non si riduce nella stessa proporzione con cui diminuisce il numero medio di figli, cosicché le donne che oggi hanno 40 anni possono aspettarsi di condividere circa 22 anni della loro vita con almeno un genitore anziano, quattro anni in più rispetto a quelle nate nel 1960 e dieci anni in più rispetto alle donne del 1940 (Istat, 2011). Si è accennato al mercato della cura informale, il cui fenomeno più evidente è rappresentato dal numero di badanti in continua crescita (sul fenomeno delle baby-sitter non ci sono attualmente stime attendibili). I dati della Fondazione Leone Moressa (2012) parlano di oltre 871.000 lavoratori domestici regolarmente iscritti all'Inps (comprendenti colf e badanti), mentre uno studio dell'IRS (Mesini *et al.*, 2006) ha fissato la stima delle sole assistenti familiari (regolari e irregolari) presenti sul territorio in circa 744.000 unità, di cui 700.000 circa straniere. Se si confrontano questi dati con il numero di 638.000 dipendenti impiegati nel 2011 dal SSN (capitolo 2), abbiamo una prima idea della rilevanza di questo fenomeno, fino ad ora sfuggito a qualsiasi tentativo di intercettazione da parte del sistema pubblico. Un fenomeno destinato a diventare sempre più importante, in particolare alla luce dei dati che dicono che in Italia vivono oggi più famiglie con almeno un anziano (8.752.000) che famiglie con almeno un minore (6.713.000) (Istat, 2010).

Per quanto riguarda invece i giovani, si è già accennato al fenomeno della disoccupazione giovanile, alla quale però si sta affiancando sempre di più il fenomeno dei cosiddetti «*neet*» (*not in employment, education or training*), ossia quei giovani che non stanno studiando, né frequentando alcun percorso formativo, né hanno un'occupazione, né sono alla ricerca di lavoro. Sostanzialmente i principali candidati all'esclusione sociale. I *neet* in Italia nel 2010 erano poco più di 2,1 milioni e sono passati dal 20,5% del 2008 al 22,1% sul totale dei giovani dai 15 ai 29 anni nel 2010, nonostante il calo di tendenza tra il 2005 e il 2007 (Istat, 2012).

Esistono inoltre alcuni fenomeni di trasformazione della società ancora non del tutto individuati dalle statistiche che riguardano soprattutto le nuove forme di famiglia. Le nuove forme familiari in Italia stanno aumentando sempre di più il loro peso: *single* non vedovi, monogenitori non vedovi, famiglie ricostituite coniugate e unioni libere nel complesso passano dal 16,9% del 1998 al 28,0% del 2009. Le famiglie di unioni libere (famiglie di fatto) italiane sono in totale 881 mila e coinvolgono un totale di 2 milioni 523 mila persone, considerando sia i genitori che i figli. Le famiglie ricostituite, anche dette «*puzzle family*», fanno invece riferimento a tutta quella molteplicità di situazioni in cui una coppia decide di intraprendere un percorso di vita comune, dopo che uno o entrambi i suoi membri abbiano sperimentato precedenti esperienze di separazione da altri partner, oppure quando due adulti formano una nuova famiglia in cui uno di

loro o entrambi portano un figlio avuto da una precedente relazione. Le coppie ricostituite coniugate sommate a quelle non coniugate sono in Italia 1 milione 70 mila, il 7,0% delle coppie. (Istat, 2011).

Anche in questi casi, il sistema di *welfare* italiano non è ancora stato in grado di posizionarsi adeguatamente.

Alla luce delle dinamiche fin qui descritte, appare evidente che i cambiamenti che stanno intervenendo nel paese richiedono un ripensamento delle modalità attraverso cui si fa programmazione sociale e sociosanitaria. A fronte della progressiva e, almeno nel medio periodo, inarrestabile diminuzione delle risorse pubbliche, i *policy maker* devono necessariamente interrogarsi su quale tipo di approccio adottare in sede programmatoria, al fine di organizzare un sistema di risposta quantomeno adeguato ai principali fenomeni sociali in essere. In un sistema in cui la maggior parte delle risorse in campo per il *welfare* è nella diretta disponibilità dei cittadini, una delle questioni chiave che l'attore pubblico deve porsi è se e in che modo intercettare, ricomporre e integrare tali risorse rispetto ad un sistema di finanziamento e di erogazione che appare oggi frammentato.

Le caratteristiche del paese delineate in questo paragrafo assumono sfumature e talvolta connotazioni profondamente diverse da territorio a territorio, motivo per cui la programmazione sociale e sociosanitaria deve necessariamente partire da un'approfondita analisi del contesto territoriale in cui essa si concretizza. Il caso studio presentato si riferisce pertanto al contesto specifico della programmazione sociosanitaria in Regione Lombardia, ma permette di trarre spunti di riflessione e implicazioni utili a livello generale.

### 10.3 La programmazione sociale di zona in Regione Lombardia

#### 10.3.1 La costruzione delle Linee di Indirizzo per la programmazione zonale in Regione Lombardia

La Regione Lombardia rappresenta un laboratorio privilegiato in cui osservare le traiettorie di evoluzione della società e, di riflesso, le risposte pubbliche e private attivate dagli attori del *welfare* locale. Con una popolazione pari ad un sesto della popolazione italiana ed il più alto tasso di immigrazione del paese (circa ¼ del totale degli stranieri residenti in Italia vive in Lombardia) (Fondazione ISMU, 2009) – per citare solo uno dei fenomeni più emblematici del cambiamento in atto – la Lombardia rappresenta un terreno di coltura fertile per la costruzione e la sperimentazione di nuove forme di intervento nei settori sociale e sociosanitario, che combinano le energie delle molteplici formazioni sociali a quelle delle amministrazioni poste a presidio di questi settori.

La programmazione sociale di zona in Lombardia è giunta ormai alla quarta triennalità 2012-2014 e, attraverso questa, la Regione ha voluto segnare una

svolta nei meccanismi di programmazione delle attività sociali e socio-sanitarie sul territorio, mettendo in piedi un processo che, sin dalla costruzione delle Linee di Indirizzo, coinvolgesse gli ambiti sociali e, in generale, gli attori locali, per far fronte comune alla generale scarsità di risorse. L'idea di fondo è che gli Uffici di Piano possano trasformarsi in contesti nevralgici nell'ambito di questo cambiamento e costituire veri e propri catalizzatori delle risorse locali anziché essere meri luoghi del riparto dei fondi nazionali trasferiti alla regione.

La costruzione delle Linee di Indirizzo per la programmazione sociale di zona nel nuovo triennio ha rappresentato il punto di arrivo di un lavoro di studio dei meccanismi di programmazione sociale nel contesto regionale, articolato attorno a tre principali direttrici:

- ▶ analisi desk dei flussi finanziari del settore sociale e sociosanitario della regione;
- ▶ somministrazione di un questionario rivolto ai 97 Uffici di Piano;
- ▶ ascolto del territorio attraverso l'attivazione di un *focus group* denominato «Gruppo Territorio».

Le risorse gestite direttamente dagli Uffici di Piano non rappresentano che una parte estremamente limitata delle risorse finanziarie complessivamente mobilitate sul territorio per interventi che rispondono a problemi sociali. Al fine di approdare alla definizione di linee guida per la programmazione che avessero un impatto vero sul territorio, è stato pertanto necessario sviluppare una ricognizione delle risorse che non si limitasse al Fondo Nazionale Politiche Sociali e ai fondi regionali dedicati, ma prendesse in considerazione tutte le risorse messe in gioco dagli attori pubblici e privati, sul versante delle fonti e degli impieghi. Piuttosto che analizzare l'Ufficio di Piano come attore di spesa e gestore di interventi, si è deciso di comprendere il posizionamento di quest'ultimo, collocandolo come uno degli attori che fanno parte di un più ampio campo di azione, abitato anche dagli altri attori del *welfare* locale. Una volta ricomposto il totale della partita finanziaria si è proceduto con lo studio dei meccanismi di trasmissione delle risorse agli ambiti, con l'obiettivo di comprendere con quali criteri e attraverso quali processi le risorse arrivassero a valle. L'analisi desk è stata in gran parte alimentata dai dati dei monitoraggi regionali sulla spesa degli Uffici di Piano e dei comuni, a cui si sono aggiunti dati esterni, tra cui i dati del monitoraggio INPS sulla spesa sociale e sociosanitaria e i dati sulla spesa sociale estratti direttamente dai bilanci dei comuni lombardi.

La seconda direttrice di lavoro ha coinvolto tutti i territori con un questionario rivolto ai 97 Uffici di Piano attraverso cui è stato possibile ottenere informazioni su: ruolo degli attori pubblici nella programmazione sociale e interdipendenze tra questi, risultati dei pregressi cicli e contenuti della programmazione

Infine, la terza direttrice ha previsto il coinvolgimento del territorio in due modalità. 11 Uffici di Piano, 1 Provincia, 2 ASL (rappresentate dai rispettivi Di-

rettori Sociali) e 1 rappresentante del terzo settore hanno partecipato al Gruppo Territorio per condividere direttamente i dati emersi dall'analisi *desk* e dai questionari e per fornire, di volta in volta, interpretazioni delle evidenze emergenti, utili ad acquisire il punto di vista degli ambiti. I partecipanti al gruppo hanno a loro volta attivato i territori di provenienza e gli ambiti sociali limitrofi, con un'attività di contaminazione quasi spontanea, condividendo con questi ultimi le riflessioni del Gruppo Territorio.

La regia dell'intero lavoro, infine, è stata affidata ad uno *steering committee* composto dai ricercatori del CeRGAS, dalla Dirigente della U.O. Programmazione della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, da alcuni funzionari della stessa DG e infine da alcuni ricercatori dell'istituto Eupolis Lombardia.

Dalla combinazione di risultanze emerse dall'analisi *desk* ed ipotesi interpretative elaborate in seno al Gruppo Territorio hanno preso forma le Linee di Indirizzo che orienteranno il prossimo triennio di programmazione sociale di zona nella Regione Lombardia. Nel prosieguo del paragrafo si illustreranno i risultati complessivi dell'analisi sullo stato dell'arte dell'attuale programmazione sociale di zona in Lombardia, nel paragrafo 10.4, invece, si discuteranno le ipotesi alla base della nuova concezione di programmazione locale del *welfare*, raccolte nelle Linee di Indirizzo regionali per il triennio 2012-2014.

### 10.3.2 Il contesto della programmazione: la società

La Regione Lombardia, con i suoi quasi 10 milioni di abitanti<sup>12</sup> e un tessuto socio-economico trainante per l'intero paese, rappresenta uno straordinario osservatorio dell'evoluzione delle dinamiche sociali che interessano, in diversa misura, il nostro paese. Nelle prossime pagine si propongono innanzitutto alcuni rapidi flash sull'evoluzione del contesto sociale lombardo, a partire da alcuni fenomeni già rilevati nel precedente paragrafo, con riferimento al contesto nazionale. In seguito si ragionerà del posizionamento dei diversi attori del *welfare*, e in particolare della Regione e degli Uffici di Piano, nell'ambito del *welfare* complessivo, con l'obiettivo di individuare potenziali *gap* tra il posizionamento desiderato dai soggetti pubblici (in particolare dall'Ufficio di Piano) e quello concretamente realizzato dagli stessi.

I principali fenomeni in atto nel paese, già descritti nel cap. 4, si riscontrano anche in Lombardia. A titolo esemplificativo, l'invecchiamento della popolazione determina nella regione la presenza di più famiglie con almeno un anziano (il 33% delle famiglie) che famiglie con almeno un minore (il 27,1% delle famiglie), dove però più dell'80% della popolazione dai 65 anni in poi dichiara di stare bene (35,8%) oppure né bene né male (47,8%) (Istat, 2010). Non meno

<sup>12</sup> Istat – Geodemo. <http://demo.istat.it/pop2011/index.html> Visitato l'ultima volta il 16/7/2012.

evidenti sono le dinamiche di impoverimento delle famiglie lombarde (aumento in un solo triennio di sfratti per morosità o altra causa di oltre il 50%. E un aumento dei *neet* di quasi il 18% dal 2004 a oggi) (Istat, 2010).

Infine, osservando i dati sui nuovi nati tra gli anni 2000 e 2008 è infatti possibile apprezzare come il numero di bambini nati in Lombardia da genitori entrambi stranieri sia in costante e consistente crescita (7.020 nel 2000 e 19.132 nel 2008), contro un numero di bambini nati da genitori entrambi italiani che si mantiene sostanzialmente stabile (75.649 nel 2000 e 74.577 nel 2008) secondo i dati Istat (2010).

Guardando ad alcuni aspetti, sul versante dell'offerta, è possibile cogliere ulteriori elementi utili alla comprensione dell'evoluzione del contesto sociale di riferimento. La Lombardia si caratterizza, ad esempio, per una relativa numerosità di posti letto in presidi residenziali socio assistenziali e sociosanitari (oltre 62 mila), se confrontati con le altre regioni italiane (in totale 330.898 posti letto in Italia). In particolare, risulta significativo lo sviluppo di RSA, che sul territorio lombardo contano più di 50 mila posti letto contro i poco più di 30 mila posti letto a livello nazionale (Ministero della Salute, 2009). Ciò nonostante l'assistenza alle componenti più fragili della società (anziani e minori), in Lombardia, come nel resto del paese, è grandemente affidata alle cure informali dei familiari più prossimi e alle badanti, che in questa regione si stimano attorno alle 126 mila unità. Questo dato concorda fortemente con il posizionamento internazionale del nostro paese, con riferimento alle strategie di cura adottate. Nel settore della non autosufficienza, ad esempio, in alcuni paesi (ad esempio il Regno Unito), la percentuale di anziani in cura ai servizi residenziali tra il 2004 e il 2006 supera quella dei beneficiari di prestazioni di assistenza domiciliare, in altri si osserva il contrario (Germania, Francia, Svezia, Olanda). L'Italia si colloca quasi all'origine di questa matrice tra servizi residenziali e domiciliari, non avendo di fatto espresso alcun indirizzo in questo senso (Pavolini *et al.*, 2008)

Quest'ultimo dato ben si coniuga con le evidenze emerse dall'analisi delle risorse finanziarie che alimentano le politiche sociali e sociosanitarie sul territorio. Come si richiamerà in seguito, in Lombardia, come nel resto del paese, le politiche sociali e sociosanitarie sono sostanzialmente sostenute dai trasferimenti monetari INPS che direttamente o indirettamente alimentano il mercato nero dell'assistenza (Lyon *et al.*, 2008).

### 10.3.3 Il contesto della programmazione: attori, interventi e connessioni interistituzionali

A fronte di un contesto sociale complesso, dinamico e incerto, il sistema degli interventi si presenta frammentato tra i diversi attori. L'analisi dei dati relativi alla spesa sociale e sociosanitaria pubblica e privata in Lombardia evidenzia il peso relativo del settore pubblico nel *welfare* regionale, oltre al peso dei diversi

Tabella 10.1 **Le fonti della spesa sociale e sociosanitaria in Lombardia nel 2009 (valori in euro)**

	Ambito sociale	Ambito sociosanitario	Totale	Totale pro capite
Regione	350.027.915,72	1.458.000.000,00	1.808.027.915,72	185,58
Comuni	1.203.909.856,35	–	1.203.909.856,35	124,86
Province	51.597.586,00	–	51.597.856,00	5,33
Utenti	173.495.774,28	720.000.000,00	893.495.774,28	91,89
Inps	4.027.410.041,56	3.130.395.791,18	7.157.805.832,74	734,69
<b>Totale</b>	<b>5.806.441.443,91</b>	<b>5.308.395.791,18</b>	<b>11.114.837.235,09</b>	<b>1.142,35</b>

Fonti: elaborazioni CeRGAS su dati Regione Lombardia; database AIDA PA; Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali

attori singolarmente presi, e permette di riconoscere i livelli di frammentazione che caratterizzano il sistema di interventi.

Nel 2009, la spesa sociale e sociosanitaria (Tabella 10.1) in Lombardia ammontano complessivamente a circa 11,1 miliardi<sup>13</sup> di euro così composti:

- ▶ 7 miliardi di provenienza INPS (64,3%);
- ▶ 1,8 miliardi di fonte regionale (16,2%);
- ▶ 51 milioni provenienti dalle province (0,5%);
- ▶ 1,2 miliardi dei comuni (10,9%);
- ▶ 890 milioni provenienti dalla compartecipazione dell'utenza (8,1%).

Tali risorse sono sostanzialmente ripartite in modo equo tra interventi sociali (52% del totale) e sociosanitari (48%), anche se, come si evince dai dati, l'apporto complessivo e per ambiti (sociale e sociosanitario) dei diversi attori è fortemente diseguale.

L'INPS rappresenta l'attore del *welfare* sociale e sociosanitario dall'apporto preponderante. Con 4 miliardi di trasferimenti monetari in ambito sociale e poco più di 3 miliardi in ambito sociosanitario procura oltre il 64% delle risorse che ricadono sul territorio lombardo<sup>14</sup>. In particolare, l'intervento dell'INPS consiste nell'erogazione diretta di risorse monetarie in favore dei beneficiari (e delle loro famiglie). Indipendentemente dal rischio coperto (invalidità, vecchiaia o superstiti) l'INPS interviene nel sistema con alcune erogazioni che assumo-

<sup>13</sup> I valori di spesa sono ottenuti da elaborazioni CeRGAS su dati di Regione Lombardia; database AIDA PA e Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

<sup>14</sup> Il dato è ottenuto capitalizzando al 2009 (utilizzando i tassi di crescita della popolazione lombarda tra il 2005 e il 2009 per ottenere i beneficiari delle prestazioni nel 2009 e i tassi di crescita del PIL lombardo per capitalizzare il valore dei trasferimenti) i dati 2005 sui trasferimenti INPS per gli ambiti sociale e sociosanitario.



no la funzione di sostenere i redditi dei beneficiari, essendo così assimilabili alla spesa sociale, ed altre che mirano a sostenere economicamente soggetti in condizione di disagio sociosanitario e che pertanto confluiscono in quest'ultimo ambito di spesa. In questa sede, è considerata spesa sociale INPS l'insieme di pensioni e assegni sociali e integrazioni al minimo delle pensioni; mentre rientrano nella spesa sociosanitaria le rendite da infortunio sul lavoro, i trattamenti di invalidità civile e le indennità di accompagnamento, le pensioni di inabilità e gli assegni ordinari di invalidità e rendite da infortunio sul lavoro.

La Regione contribuisce al finanziamento della spesa sociale<sup>15</sup> con circa 350 milioni di euro, attraverso il trasferimento di alcuni fondi statali come il Fondo Nazionale Politiche Sociali, il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (oramai soppresso) e fondi propri come il Fondo Sociale Regionale e risorse ad hoc per interventi «spot», solitamente legati all'emissione di bandi. Il contributo maggiore da parte della regione, tuttavia, si sostanzia nel finanziamento della spesa sociosanitaria<sup>16</sup>, attraverso una quota del proprio Fondo Sanitario Regionale, che per il 2009 ammonta a poco meno di 1,5 miliardi di euro.

I comuni lombardi contribuiscono al sistema finanziando il settore sociale (socio-assistenziale) con una spesa di 1,2 miliardi di euro<sup>17</sup>. Si tratta di un valore complessivo, a cui sono sottese grandi differenze territoriali. Ad esempio, c'è una significativa tendenza all'incremento della spesa pro-capite all'aumentare delle dimensioni medie dei comuni, come si evince dall'analisi della spesa sociale dei comuni lombardi nel 2008: i comuni sotto i 10.000 abitanti registrano una spesa sociale pro-capite media di 87,53, tra i 10.000 e i 25.000 abitanti si arriva a 142,92 euro, tra 25.000 e 40.000 la spesa raggiunge 174,18 euro pro-capite, tra 40.000 e 80.000 si raggiunge una spesa media pro-capite di 208,63, oltre gli 80.000 abitanti 216,07 euro e infine Milano con oltre un milione di abitanti spende 282,60 euro pro-capite.

La partecipazione degli utenti al finanziamento del settore sociale e sociosanitario è stimabile intorno a poco meno di un miliardo di euro. In particolare, gli utenti dei servizi sociali e sociosanitari possono semplicemente compartecipare alle rette previste per tali servizi, oppure farsene interamente carico. Sul versan-

<sup>15</sup> Il dato è ottenuto sommando la quota di Fondo Sociale Regionale 2010, il Fondo Nazionale non autosufficienza trasferito agli ambiti 2009, la quota di Intese Famiglia 2009, la quota di Fondo Nazionale Politiche Sociali 2009 per Regione Lombardia, il Fondo Nidi di competenza del 2009 ed altri contributi regionali per interventi specifici da Bilancio Regionale 2010 (di questi ultimi si sono considerati solo gli interventi diretti di spesa corrente).

<sup>16</sup> Il dato è ottenuto sommando il valore del Fondo Sanitario Regionale destinato al sociosanitario per il 2009 e l'importo del Fondo Nazionale Non Autosufficienza 2009 per la quota (circa il 20%) gestita dalle ASL.

<sup>17</sup> Il dato è ottenuto sommando le voci di spesa corrente (impegni a consuntivo) per funzioni sociali dei bilanci 2008 dei comuni lombardi (escluse le spese per i servizi necroscopici e cimiteriali) al netto delle tariffe versate dagli utenti.



te socio-assistenziale gli utenti versano nel sistema almeno<sup>18</sup> 173 milioni di euro, mentre per il comparto sociosanitario la spesa degli utenti è almeno pari a non meno di 720 milioni<sup>19</sup>.

Infine, le Province contribuiscono in modo marginale al finanziamento del settore sociale con circa 51 milioni di euro<sup>20</sup>.

Se la programmazione integrata di zona è affidata agli Uffici di Piano, in qualità di enti intermedi di raccordo tra i diversi soggetti pubblici e privati sul territorio, risulta fondamentale comprendere dove si collochi l'attività dell'Ufficio di Piano rispetto al complesso delle risorse mobilitabili nel contesto regionale. Analizzando la spesa gestita dagli Uffici di Piano lombardi, quindi programmata attraverso il Piano di Zona, si può apprezzare quale sia il peso relativo di questi ultimi nel sistema appena descritto.

Eccezion fatta per l'INPS, ciascuno degli attori sopra individuati contribuisce al finanziamento della programmazione integrata con una quota delle proprie risorse. Su 11,1 miliardi complessivi per il sociale e il sociosanitario in Lombardia, i Piani di Zona programmano risorse per 691 milioni di euro, ovvero il 6,22% del totale; la restante parte viene programmata autonomamente dai soggetti che ne dispongono. In questo modo le risorse che cadono fuori dal perimetro della programmazione integrata di zona sono:

- ▶ il 14,17% di fonte regionale
- ▶ il 7,4% di fonte comunale
- ▶ lo 0,42% di fonte provinciale
- ▶ il 7,39% finanziato dagli utenti
- ▶ il 64,4 % di fonte INPS

In valori assoluti, oltre il perimetro delle risorse gestite con il Piano di Zona, i comuni programmano 822 milioni di euro, la Regione Lombardia quasi 1,6 miliardi, gli utenti spendono 820 milioni e l'INPS il totale delle risorse socio-assistenziali e sociosanitarie trasferite ai cittadini pari a 7 miliardi (Figura 10.3).

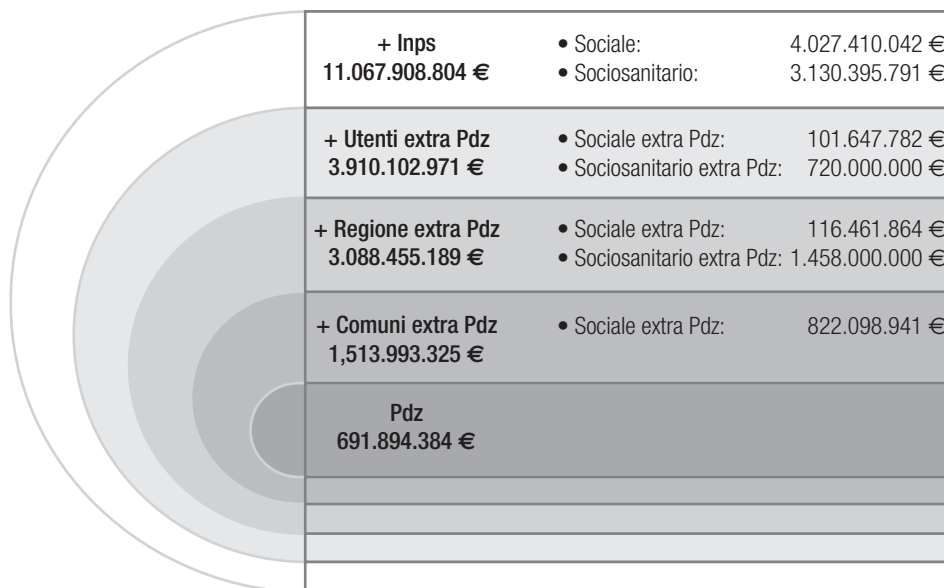
La stragrande maggioranza delle risorse non sono dunque oggetto di programmazione integrata, ma attivano processi decisionali paralleli che amplificano la frammentazione di risorse ed interventi sul territorio. Il comportamento degli attori però, non è omogeneo neppure in questo caso. Analizzando infatti il

<sup>18</sup> Quando le prestazioni sono pagate direttamente al produttore la compartecipazione dell'utenza non transita dai bilanci pubblici e non è pertanto individuabile.

<sup>19</sup> Il dato rappresenta il valore delle tariffe versate dagli utenti delle RSA lombarde nel 2009 al lordo di eventuali benefici fiscali e al netto della quota di indennità di accompagnamento di cui può beneficiare l'utente dell' RSA. Questa stima è da ritenersi comunque inferiore al valore reale in quanto non considera la spesa degli utenti per altri servizi residenziali di tipo sociosanitario (di cui non si possiedono valori medi stimati sui ricavi giornalieri da utente).

<sup>20</sup> Il dato è ottenuto sommando le voci di spesa per funzioni sociali dei bilanci 2008 delle province lombarde.

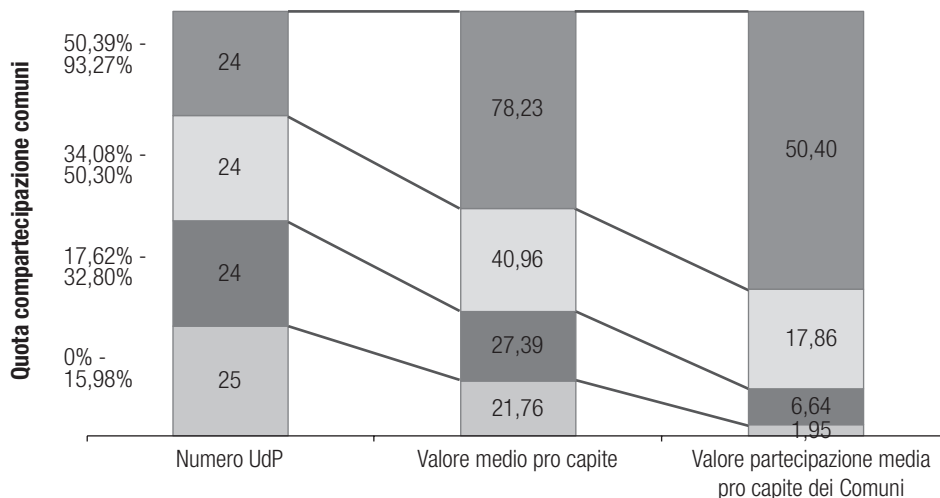
Figura 10.3 I perimetri della programmazione sociale e socio sanitaria in Lombardia



Fonti: elaborazioni CeRGAS su dati Regione Lombardia; database AIDA PA; Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali

livello di partecipazione finanziaria dei comuni lombardi alla programmazione integrata nei Piani di Zona, si osserva che in media questi integrano nell'Ufficio di Piano il 55% delle risorse proprie. Esistono tuttavia ambiti in cui questa percentuale viene abbondantemente superata ed altri, in cui, i comuni restano molto al di sotto di questa soglia. Innanzitutto, eliminando dall'analisi i dati relativi alla Città di Milano, la compartecipazione media scende al 48% delle risorse dei comuni. Inoltre, suddividendo in quartili i 97 Uffici di Piano (Figura 10.4) si riscontrano comportamenti molto diversi, con una variabilità altissima. Il primo quartile, costituito dai primi 24 comuni per livello di integrazione delle risorse dei comuni nell'Ufficio di Piano, è costituito da quegli enti che fanno confluire nell'Ufficio di Piano dal 50% al 93% del totale delle proprie risorse sul sociale ovvero, in termini monetari, un valore medio di 50 euro pro capite. In questi Uffici di Piano il valore medio delle risorse programmate è di 78 euro pro capite. All'estremo opposto della scala vi sono 25 Uffici di Piano in cui le risorse condivise dai comuni ammontano al massimo al 16% delle risorse totali dei comuni stessi, con un valore pro capite della partecipazione di 1,95 euro per abitante e un valore complessivo dell'Ufficio di Piano di 22 euro procapite. Nel mezzo si trovano 24 Uffici di Piano composti da comuni che integrano tra il 18% e il 33% del proprio bilancio, integrando meno di 7 euro per residente in Uffici di Piano che spendono 27 euro ad abitante e infine un quartile di Uffici di Piano, i cui

Figura 10.4 **La partecipazione finanziaria dei comuni negli Uffici di Piano**



Fonti: elaborazioni CeRGAS su dati monitoraggio Piani di Zona Regione Lombardia

comuni gestiscono nell'Ufficio stesso tra il 34% e il 50% delle proprie risorse sul sociale, per un valore pari a quasi 18 euro per cittadino, in Uffici di Piano che complessivamente spendono 41 euro per cittadino.

Gli Uffici di Piano hanno dunque aggregato risorse e processi decisionali in alcuni casi, mentre in altri casi hanno completamente fallito l'obiettivo dell'integrazione delle risorse e dunque della programmazione integrata degli interventi in capo ai diversi attori del *welfare* locale. Il posizionamento dell'Ufficio di Piano è dunque in alcuni territori quello di un'organizzazione interistituzionale che viene riconosciuta come un ambito di integrazione, mentre in altri territori si giustappone agli enti formalmente riconosciuti e preposti allo sviluppo delle politiche sociali e sociosanitarie nel territorio, senza agevolarne la connessione, ma perpetuandone l'approccio orientato al *government*. Questa considerazione è confermata da alcune evidenze emerse dall'indagine condotta sui 97 Uffici di Piano.

Analizzando innanzitutto i meccanismi di programmazione dal punto di vista dei coordinatori degli Uffici di Piano, si riscontra come i tradizionali strumenti di *government* quali l'allocatione di trasferimenti vincolati e la definizione di norme e indirizzi, siano le leve regionali per la programmazione ad oggi più rilevanti, a scapito di strumenti più in linea con le logiche della condivisione, quali lo scambio di dati e la promozione di momenti di confronto con gli altri attori del *welfare* locale. I coordinatori infatti auspicano un ruolo dell'attore regionale più orientato a favorire l'integrazione, ovvero in linea con un approccio più negoziale e partecipato alla programmazione e meno al governo top-down del sistema. Tra le principali criticità rilevate nei meccanismi della programmazione zonale, i coordinatori indi-

viduano, in concreto, alcuni aspetti legati alla programmazione delle risorse economiche che, ancora una volta, mettono in luce le debolezze di un sistema, concepito per ricomporre la frammentazione degli interventi sul territorio, e che di fatto perpetua la stessa logica, essendo alimentato da fonti di finanziamento molteplici e asincrone tra di loro e rispetto ai tempi della programmazione stessa. Gli intervistati, infatti, denunciano l'incertezza legata all'entità e alla continuità delle fonti, il disallineamento tra i tempi della programmazione e quelli della pianificazione delle risorse e infine la frammentazione delle fonti di finanziamento.

Ulteriori evidenze confermano il disallineamento tra il posizionamento percepito e quello effettivo dell'Ufficio di Piano, con riferimento alle relazioni tra i soggetti che vi partecipano per conto delle proprie istituzioni di appartenenza. Dallo studio delle interdipendenze (Tabella 10.2) emerge infatti come i tavoli di natura tecnica (ovvero quelli per temi o per funzioni) siano quelli in cui si registra la maggiore presenza di attori coinvolti nella programmazione di zona, a scapito di tavoli più istituzionali, quali l'Assemblea dei Sindaci o il tavolo con il Terzo Settore<sup>21</sup>.

Quest'ultimo dato mette in luce la diversa centralità, dei rappresentanti istituzionali rispetto ai soggetti con un ruolo tecnico (*professionals* o dirigenti), ai fini della programmazione zonale.

Un ultimo aspetto esprime il disallineamento esistente tra l'ipotesi di un Ufficio di Piano come luogo di integrazione e l'effettiva attività di quest'ultimo. Dall'analisi dei contenuti della programmazione locale emersi dai questionari è possibile infatti evidenziare che gli interventi in alcune aree, come la lotta alla povertà, l'accesso alla casa, l'inserimento lavorativo e la salute mentale, siano ancora scarsamente programmati in logica integrata. I coordinatori degli Uffici di Piano, inoltre, auspicano maggiore integrazione tra le politiche sociali e socio-sanitarie ed altre politiche pubbliche quali le politiche abitative e fiscali, alla luce dei considerevoli impatti di queste ultime sulle prime.

Tabella 10.2 **Le presenze degli attori locali ai tavoli dell'Ufficio di Piano e alle riunioni dei componenti dell'Ufficio di Piano stesso**

Tavolo	% delle presenze registrate su ogni tavolo
Tavolo tematico	29,55%
Tavolo tecnico	20,65%
Tavolo di «coordinamento»	20,36%
Tavolo Terzo Settore	11,76%
Ufficio di Piano	10,87%
Assemblea dei Sindaci	6,82%

<sup>21</sup> Il calcolo è stato effettuato utilizzando il metodo della matrice d'incidenza (Scott, 1992; Everitt *et al.*, 1997; Hanneman *et al.*, 2005) che studia quali attori sono presenti ai diversi tavoli. I valori in percentuale descrivono l'incidenza del totale degli attori per ogni tavolo.

#### 10.4 Le Linee di Indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012 – 2014 della Regione Lombardia

Le Linee Guida per la programmazione sociale a livello locale 2012 – 2014 della Regione Lombardia sono state deliberate dalla Giunta Regionale nel novembre del 2011 e recano il sottotitolo: «Un *welfare* della sostenibilità e della conoscenza<sup>22</sup>».

La «sostenibilità del *welfare*», nelle linee guida, è definita in relazione alle «condizioni che rendono possibile il suo permanere nel tempo ... dimensione complessa, che ha a che fare con almeno tre questioni: la questione delle risorse (il capitale umano, il capitale sociale e le risorse finanziarie, non soltanto di natura pubblica), la questione degli interessi dei diversi attori in gioco, la questione delle responsabilità che, a diverso titolo, ciascuno di quegli stessi attori in parte condivide<sup>23</sup>.»

La conoscenza è considerata come oggetto di lavoro prioritario per gli Uffici di Piano, per permettere l'evoluzione di un sistema di *welfare* che deve ridefinire il proprio ruolo e le proprie logiche di funzionamento: la «Regione Lombardia riconosce la necessità di aprire una fase esplorativa, che generi nuove conoscenze e capacità decisionali per gli attori locali, e apra verso un *welfare* che ancora non c'è ...».

Nella premessa delle linee di indirizzo si definisce la necessità di:

- ▶ «Focalizzare l'attenzione sulla ricomposizione istituzionale e finanziaria degli interventi, delle decisioni e delle linee di programmazione»;
- ▶ «Liberare le energie degli attori locali semplificando il quadro degli adempimenti, armonizzando le linee di finanziamento regionali e facendo convergere le risorse regionali tradizionalmente destinate ai piani di zona verso sperimentazioni locali di un *welfare* promozionale e ricompositivo<sup>24</sup>».

L'ambizione dichiarata, sempre in premessa, è quella di «porre le basi per la transizione verso un sistema di *welfare* in cui gli enti locali assumano una funzione di «imprenditori» di rete<sup>25</sup>.»

Le linee di indirizzo prendono avvio da alcuni dati fondamentali del funzionamento del sistema di *welfare*: i dati relativi all'evoluzione dei fenomeni sociali e della domanda vengono letti insieme a quelli relativi al quadro delle risorse finanziarie. Si tratta di un documento per la prima volta scritto a partire da una contrazione delle risorse disponibili, che tuttavia pone l'opzione di

<sup>22</sup> Regione Lombardia, «Linee di Indirizzo per la programmazione sociale a livello locale», Deliberazione n. IX/2505, 16 novembre 2011.

<sup>23</sup> Idem.

<sup>24</sup> Idem.

<sup>25</sup> Idem.

un rilancio del sistema di *welfare*: «l'inversione di tendenza nella crescita delle risorse dedicate allo sviluppo del sistema di *welfare*, associata al mutato quadro dei bisogni, impone una rilettura degli ambiti di intervento e delle scelte di posizionamento, che non può essere trattata con una logica difensiva, ma deve essere colta come necessità di aprire una nuova fase nei sistemi di *welfare*». <sup>26</sup>

Tra i dati relativi al quadro finanziario, particolare enfasi viene posta sulla composizione delle fonti di finanziamento degli interventi. Si rileva come la quota principale delle risorse sia detenuta dalle famiglie (64%), a fronte di una quota molto piccola detenuta dagli Uffici di Piano (6,2%), e se ne traggono conseguenze rispetto al ruolo degli enti locali: «Il ruolo degli enti, e in particolare quello dei Comuni, non si potrà limitare, per quanto necessario, ad ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili: sarà piuttosto la capacità di promuovere alleanze tra i diversi attori, per attivare in modo imprenditivo tutte le risorse che sono presenti nelle reti locali, a qualificare e fare la differenza tra i sistemi di *welfare* locali eccellenti e quelli meno in grado di adattarsi al nuovo scenario» <sup>27</sup>.

A differenza di molti documenti analoghi, che si caratterizzano per essere più prescrittivi, le Linee di indirizzo si propongono più come un documento di visione, a supporto di un processo di transizione: «La diffusione di un paradigma di riferimento e di strumenti operativi a supporto della capacità degli attori della programmazione di partecipare in modo qualificato alle reti, o di diventarne «imprenditori», costituisce quindi l'obiettivo del prossimo triennio. La proposta rivolta agli enti locali implica un riorientamento (...) dall'attività di offerta di prestazioni (...) all'iniziativa di promozione di condizioni di creazione di valore e reciproco beneficio tra gli attori del territorio» <sup>28</sup>.

Il supporto allo sviluppo delle conoscenze e alla ricerca di modelli innovativi di *welfare* viene tradotto anche in scelte di natura finanziaria: «Pur riconoscendo il ruolo svolto dal trasferimento pro capite di risorse agli Uffici di Piano nel favorire opportunità di integrazione, per affrontare gli scenari attuali le energie e le risorse dovranno essere necessariamente orientate allo sviluppo di interventi sperimentali di un nuovo sistema di *welfare* ... Le sperimentazioni territoriali costituiscono un banco di prova per sviluppare conoscenza e nuove forme di intervento... Le sperimentazioni dovranno porsi l'obiettivo di integrare risorse pubbliche e private e di attrarre altre risorse del territorio» <sup>29</sup>.

Le Linee di indirizzo esplicitano infine il ruolo che la Regione ritiene di dover assumere nel processo, e gli impegni che la Regione stessa assume:

<sup>26</sup> Idem.

<sup>27</sup> Idem.

<sup>28</sup> Idem.

<sup>29</sup> Idem.

- ▶ l'integrazione delle linee di finanziamento regionali;
- ▶ l'accompagnamento ai territori sia con specifici momenti formativi, sia con iniziative di coinvolgimento;
- ▶ la promozione e il sostegno a sperimentazioni locali;
- ▶ la promozione della conoscenza tra ambiti territoriali;
- ▶ l'accompagnamento a processi di valutazione.<sup>30</sup>

Nel quadro della transizione del sistema di *welfare* regionale, il ruolo che la Regione dichiara di volersi attribuire è interno al processo e tocca sia le proprie dinamiche di funzionamento interno (l'integrazione delle linee di finanziamento), sia il proprio ruolo di promotore e di regolatore esterno, nei confronti degli enti locali.

## 10.5 Considerazioni e prospettive

Il nostro paese si trova di fronte a un contesto degli interventi sociali completamente inedito: la crisi economica si innesta su dinamiche sociali e demografiche (età, composizione della popolazione) che amplificano e rendono più complessi problemi in parte già noti ed evidenti (l'assistenza agli anziani, l'inclusione sociale degli immigrati).

Di fronte a questi problemi il sistema di *welfare* si presenta estremamente frammentato dal punto di vista degli attori, delle titolarità e delle risorse, e contraddittorio nella sua struttura di *governance*: le responsabilità sono soprattutto in capo agli enti locali, mentre la maggior parte delle risorse viene trasferita direttamente alle famiglie da parte dell'INPS.

Il processo di definizione e i contenuti deliberati nelle Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale della Regione Lombardia offrono alcuni spunti significativi rispetto a come le regioni e gli enti locali possono reagire in questa fase.

In particolare, dal punto di vista del *public management*, soprattutto in ambito sociale e sociosanitario, due sono gli aspetti che si ritiene opportuno sottolineare:

### a. Il significato e il valore attribuito all'attività di programmazione

Dal punto di vista dell'esercizio della funzione pubblica, le Linee di indirizzo si sganciano nettamente dalle logiche più tradizionali di regolazione. Quello che il documento contiene non è un insieme di prescrizioni verso gli enti locali, quanto un'ipotesi guida e una serie di declinazioni.

Dal punto di vista della programmazione, l'ipotesi sottostante l'impianto del-

<sup>30</sup> Idem.

le Linee Guida riconosce la debolezza dei processi di pianificazione razionale in fasi ad elevata incertezza (Borgonovi *et al.*, 2012), e le criticità che i processi di programmazione triennale hanno avuto nelle precedenti fasi di programmazione: focalizzazione prevalente sulla allocazione di risorse, debole orientamento alla messa in comune di risorse e competenze interistituzionali, basso impatto sulla riduzione dei livelli di frammentazione del settore. Uno dei principali limiti che i piani di zona hanno manifestato è dovuto alla divaricazione tra la rappresentazione e la realtà: sul piano della rappresentazione il «piano» dovrebbe costituire uno strumento di programmazione delle *policy* locali; sul piano della realtà, invece:

- ▶ viene adottato nell'ambito di un sistema di *welfare* che attribuisce solo una parte molto limitata delle risorse agli attori che definiscono il piano;
- ▶ gli attori principali che concorrono a formulare il piano (i comuni) gestiscono autonomamente, nell'ambito di processi decisionali non collegati al piano, una componente importante delle proprie risorse (si ricorda che solo il 48% delle risorse destinate a interventi sociali da parte dei comuni lombardi sono governate nel quadro del piano di zona, le risorse rimanenti sono gestite autonomamente da ogni singolo comune<sup>31</sup>).

Ricomporre e integrare gli interventi è la priorità che le Linee guida individuano, e che viene proposta ai sistemi di *welfare* locali della regione, in una fase in cui l'illusione di governare il sistema con piani cui afferisce il 6,2% delle risorse non appare più sostenibile né accettabile.

L'ipotesi di sviluppo proposta nelle Linee Guida è centrata sulla conduzione di percorsi esplorativi, attivati mediante sperimentazioni locali e finalizzati all'innovazione dei sistemi di *welfare*, invece che sul controllo dell'allocazione delle risorse.

In questo senso, l'impostazione delle Linee Guida proposte dalla Regione Lombardia esprime un punto di vista interessante e nuovo: la programmazione non viene intesa come attività di allocazione di budget, peraltro sempre più ristretti e residuali rispetto alla reale allocazione delle risorse di *welfare*, quanto come attività di sviluppo di conoscenze diffuse in grado di sostenere gli attori nel confronto con problemi non definiti, per cui necessitano di modalità di intervento e soluzioni inedite.

#### *b. L'interpretazione delle reti e la funzione di «imprenditore di rete» attribuita agli enti locali*

Altrettanto interessante è la funzione che la regione intende attribuirsi, anche in relazione al ruolo che propone agli enti locali. A partire da una visione orientata

<sup>31</sup> Cfr. paragrafo 10.3.3.



alla ricomposizione delle risorse e degli interventi, le Linee Guida si collocano all'interno di un processo istituzionale e interorganizzativo che cerca di essere coerente con questa visione. Il ruolo che la Regione assume non è di tipo gerarchico o prescrittivo, quanto di promotore e facilitatore di processi di sviluppo di conoscenze, competenze e visioni per gli enti locali.

Il documento Linee Guida costituisce solo una fase di un percorso di sviluppo che evidenzia la necessità di rimettere in discussione alcuni assunti, e apre gli spazi e la legittimazione ad attivare percorsi sperimentali.

Tra gli aspetti che sembrano dirimenti rispetto alla possibilità che questo processo dia vita a reali percorsi di innovazione, evitando di cadere tra gli estremi opposti della «narrativa astratta» e del ritorno alla regolazione amministrativa, se ne sottolineano due, perché ritenuti fondamentali per permettere ai livelli locali di comprendere e fare proprie le linee di innovazione proposte.

Il primo è il ruolo che la Regione andrà concretamente ad assumere: l'effettivo supporto agli enti locali, la riconoscibilità della Regione come soggetto che si propone a promozione e sostegno dei processi di innovazione, la reale capacità di mobilitare energie e conoscenze, di creare connessioni tra innovatori locali, saranno essenziali per sostenere la possibilità che altri attori entrino nel gioco del *welfare*, altre risorse vengano integrate, altre formule gestionali, organizzative e strategiche vengano sviluppate. Tra le varie possibili strade che la Regione ha a disposizione per accompagnare gli enti locali a diventare imprenditori di rete, chi scrive è convinto che una sia la più efficace: assumere a sua volta la funzione di imprenditore di reti nel rapporto con gli enti locali, giocando come pivot all'interno della rete, o creando piattaforme di incontro riconoscibili e utili per gli enti.

Il secondo aspetto è legato agli impulsi operativi, in termini di meccanismi di relazione tra l'ente regione e gli enti locali: la capacità di superare le logiche di rendicontazione formale e di sviluppare metriche coerenti con le dinamiche di rete e con gli obiettivi di sviluppo di conoscenza, di sostenibilità e di connessione tra i diversi attori sarà necessaria per attivare processi di rete che non si caratterizzino come relazioni meccanicistiche tra organizzazioni, ma come nuove modalità di integrazione tra soggetti autonomi.

Nel complesso, l'impostazione delle Linee Guida non elimina la contraddizione che caratterizza il nostro paese dal punto di vista del sistema di *governance* dei servizi sociali, tra l'aspirazione a una programmazione locale e una prevalenza di risorse trasferite dal centro direttamente alle famiglie. Tuttavia, riconoscendo la contraddizione, cerca di identificare un percorso di integrazione possibile, assume come priorità per gli attori locali l'individuazione di strategie, azioni e alleanze finalizzate a ricomporre gli interventi, e cerca di utilizzare a sua volta le leve di intervento proprie di un attore che opera in una logica di *network management*, piuttosto che quelle tipiche degli strumenti di regolazione giuridica o amministrativa in senso stretto.

## Bibliografia

- Bifulco L., Centemeri L. (2007), «Governance and Participation in Local Welfare: The Case of the Italian Piani di Zona», *Social Policy and Administration*, 42(3): pp. 211-227
- Borgonovi E., Fattore G., Longo F. (2012), *Management delle istituzioni pubbliche*, Milano, EGEEveritt B.S, Rabe-Hesketh S. (1997), *The analysis of proximity data*, Arnold, London.
- Fondazione ISMU (2009), *L'immigrazione straniera in Lombardia: l'ottava indagine regionale : rapporto 2008 / Osservatorio regionale per l'integrazione e la multi etnicità*, Milano.
- Fondazione Leone Moressa (2012), *Famiglie e badanti*.
- Hanneman R.A., Riddle M. (2005), *Introduction to social network methods*. University of California, Riverside, CA.
- Istat (2005), *Terzo rapporto sulla non autosufficienza*, Roma.
- Istat (2010), *Rapporto sulla coesione sociale*, Roma.
- Istat (2010), *Famiglia in cifre*, Roma.
- Istat (2011), *Rapporto annuale*, Roma.
- Istat (2011), *Come cambiano le forme familiari*, Roma.
- Istat (2012), *Rapporto annuale. La situazione del paese*, Roma.
- Istat (2012), *Rapporto sulla coesione sociale*, Roma.
- Longo F., Tasselli S., Salvatore D. (2010), *Organizzare la sanità nel territorio*. Il Mulino, Bologna.
- Lyon D. e Glucksmann M. (2008), «Comparative Configurations of Care Work across Europe», *Sociology*, 42:101
- Mesini D., Rusmini G. e Pasquinelli S. (2006), *Il lavoro privato di cura in Lombardia*, Milano.
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali (2008), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Roma.
- Ministero della salute (2009), *Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. Anno 2007*.
- Pavolini E., Ranci C. (2008), «Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries», *Journal of European Social Policy*, 18; 246.
- Scott J. (1992), *Social Network Analysis*, Sage, Newbury Park CA.