

## **Governo della rete o governo delle reti? Il nodo irrisolto della integrazione**

*di Paolo Ferrario*

Le parole-guida "integrazione" e "rete" sono ricorrenti all'interno delle culture professionali e organizzative dei servizi alla persona e alla comunità. Esse continuano a costituire elementi orientatori nel lavoro professionale anche sulla lunga distanza temporale del quarantennio di storia recente della politica dei servizi sociali e nonostante gli svariati cambiamenti intervenuti.

In questo contributo si intendono esplorare le particolari scelte di politica legislativa della regione Lombardia, anche alla luce delle trasformazioni del sistema istituzionale italiano.

In particolare il testo si svilupperà attorno ai seguenti punti di attenzione:

- l'obiettivo culturale dell'integrazione in rapporto al costituirsi di reti separate nella distribuzione dei livelli decisionali e delle funzioni
- la esplicitazione del cosiddetto "modello lombardo" delle tre reti (sanitaria, sociosanitaria e sociale) a partire dal 1997 e le sue ragioni politico-culturali e istituzionali.

### **1. Integrazione e reti**

Alla radice della parola "integrazione" troviamo l'aggettivo latino "integer", nel senso di "intero" e "completo". Trasferito nel linguaggio settoriale dei servizi sociali tale termine è andato assumendo specifici significati ed attribuzioni di senso validati all'interno del mondo culturale dei servizi:

- connessioni supportate da regole giuridiche e amministrative per integrare gli enti amministrativi
- coordinamento funzionale fra unità organizzative per convergere su progetti negoziati

- "concorso di più professioni tra loro comunicanti e interagenti per un obiettivo condiviso" [Diomede Canevini, Vecchiato, 2002]

L'integrazione resta sempre un obiettivo difficile, perché occorre "mettere assieme" i professionisti dei servizi, le loro unità organizzative di appartenenza e le istituzioni che hanno la titolarità dei compiti.

Se vediamo la questione dal punto di vista del processo di produzione del servizio si intende per integrazione:

insieme di azioni amministrative, organizzative e professionali che consentono di rendere disponibili su un territorio le risorse necessarie ad aiutare una persona o un gruppo sociale a migliorare una situazione critica dovuta alla insorgenza di bisogni che si sono manifestati durante loro ciclo vitale

Certamente è un compito difficile quello di "unire" quando le tecniche, i metodi, gli sguardi disciplinari, le unità organizzative e le istituzioni tendono, all'opposto, a "dividersi". Per fare memoria storica occorre ricordare che dalla metà degli anni '70 ci fu una favorevole congiuntura di eventi che portò a radicare in ampi settori delle culture professionali questa idea della integrazione: la nascita di movimenti per la salute, le nuove professioni sociali allo stato nascente, la mobilitazione della politica tesa al decentramento regionale. Queste ideazioni diffuse a livello molecolare si resero concrete anche in specifiche tipologie di servizio come i consultori familiari, le équipes territoriali per la salute mentale e per le tossicodipendenze, le sinergie scuola e servizi per le disabilità scolastiche e altre sperimentazioni improntate alla intelligenza progettuale. Diciamo che il clima culturale tendeva molto ad orientare le pubbliche amministrazioni, i sistemi organizzativi e le mentalità dei professionisti.

Il movimento per la riforma sanitaria si fondava sul concetto di "globalità della salute", cioè sull'idea che gli individui, i loro gruppi di appartenenza e gli ambienti di vita sono entità globali di fronte ai quali ci dovrebbe essere un'unica responsabilità amministrativa

per fronteggiare i problemi. Fu questa elaborazione a suggerire la stessa denominazione di "Unità Sanitaria Locale" (a sua volta poi ritradotta in "Unità socio sanitaria locale" o in "Unità locale dei servizi sociali e sanitari") come insieme di servizi locali che afferivano alla responsabilità politico-decisionale dei comuni: il modello di pensiero era "unità della persona" direttamente correlato alla "unità delle risposte istituzionali".

La legge 833/1978 di riforma sanitaria individuava una serie di regole per l'integrazione sociosanitaria:

- ambiti territoriali coincidenti per la gestione dei servizi sanitari e sociali (art. 11)
- obiettivo dell'integrazione e coordinamento tra sanità e assistenza (art. 15)
- prevenzione, cura e riabilitazione come interventi fortemente interconnessi (art. 15)

Dunque in quell'arco di tempo l'integrazione inseguiva un progetto di "convergenza istituzionale" verso un unico ente gestore dei due sottosistemi (sanitario e sociale) in capo ai comuni, individuati come gli enti rappresentativi più capillari e sottoposti al controllo di cittadinanza tramite le elezioni amministrative.

Come vedremo, nei tempi successivi il modello perseguito è stato tutt'altro: quello della "specializzazione funzionale" fra i vari sottosistemi sanitario, sociale e sociosanitario.

Tuttavia quella idea-guida ha attraversato i decenni, tanto che il Piano sanitario nazionale 1998-2000 la ripropone mettendone lucidamente in rilievo i tre livelli operativi su cui si struttura l'integrazione (Bissolo, Fazzi, 2005):

Tabella 1

<b>Tipo di strategia</b>	<b>Definizione</b>
Integrazione istituzionale	Collaborazione fra istituzioni diverse (Comuni, Asl, enti privati e di "terzo settore")
Integrazione	Azioni organizzative per il

gestionale	coordinamento fra le attività e i processi di lavoro
Integrazione professionale	Azioni operative finalizzate alle attività e al coordinamento dei compiti

Venendo all'altro polo della questione, la parola "rete" è molto presente nella cultura contemporanea: nella economia, nel pensiero psicologico, nelle scienze organizzative, nelle tecniche e metodi del servizio sociale, nelle tecnologie internettiane che consentono legami virtuali di raffinata estensione e talvolta profondità. Si tratta di un'espressione metaforica che ben si presta a rappresentare anche alcuni aspetti di funzionamento del sistema dei servizi.

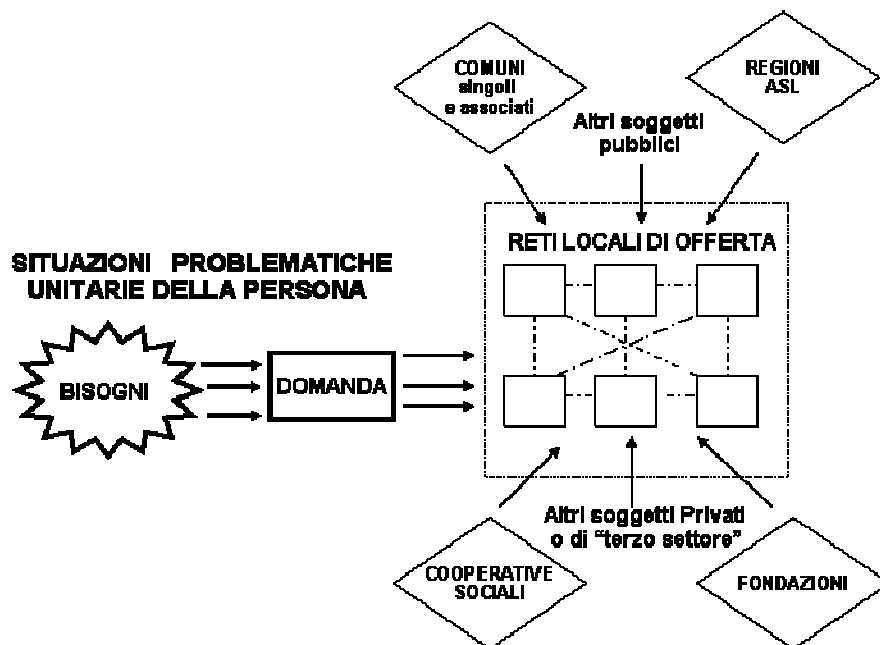
Mettiamo in parallelo i due insiemi nella Tabella 2:

<b>La metafora della Rete</b>	<b>Funzionamento di servizi</b>
Nodi di una rete	Soggetti istituzionali del sistema dei servizi
Connessioni fra i nodi	Relazioni inter-istituzionali e inter-organizzative
Quantità dei nodi	Tipologie e numero degli enti e dei servizi
Qualità delle connessioni	Stili e forme di comunicazione fra enti e servizi

In tale prospettiva i servizi alla persona funzionano come "reti" i cui "nodi" sono costituiti dagli *enti istituzionali* (titolarità amministrative, organi decisionali, territori di riferimento), dalle loro specifiche *unità operative* di offerta (strutture organizzative, meccanismi operativi, orientamenti di servizio) e dai *professionisti* che ne fanno parte (competenze tecniche e metodologiche, setting professionali, modelli di pensiero che danno l'impronta alle attività). Tutte queste componenti interagiscono fra loro e vanno a costituire, per l'appunto, la rete dei servizi.

In base alle considerazioni ora riassunte è possibile porre la questione fondamentale del rapporto che intercorre fra l'orientamento culturale alla integrazione (teso a progettare e gestire l'unitarietà dei comportamenti di servizio) e, in direzione del tutto opposta, la estrema specializzazione funzionale ed articolazione che il sistema dei servizi ha assunto nel corso della sua storia.

Il Grafico 1 mira a dare una rappresentazione visiva del problema:



I servizi alla persona sono costantemente sollecitati da bisogni e domande cui le politiche legislative ed organizzative hanno risposto con una progressiva differenziazione di ruolo degli attori appartenenti al campo del sistema pubblico e a quello dei soggetti della società civile. Il ciclo funzionale dei servizi rappresentato nel grafico è strettamente connesso al processo della specializzazione delle tecniche e dei metodi dell'intervento sanitario, psicologico e socio educativo.

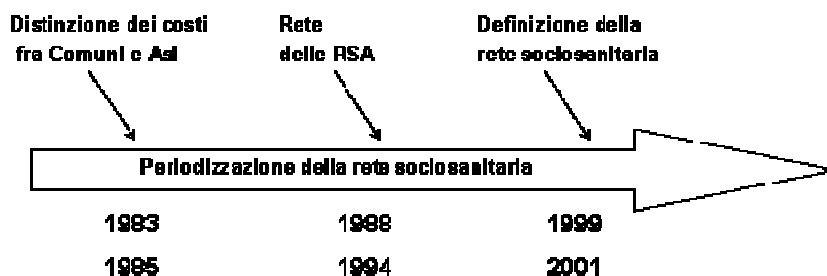
Tuttavia questa situazione (del tutto intrinseca al funzionamento delle moderne società) genera continue criticità nel "governo" delle specifiche istituzioni e soprattutto delle loro interconnessioni. Le scelte di politica sociale sono state orientate a portare a livello locale (regioni, comuni, distretti) le offerte di servizio. Ma in questi territori ogni attore interviene con le proprie risorse, la propria autonomia operativa, la propria cultura di

servizio. Questo genera una offerta molto diversificata ed anche di buona qualità ma spesso poco integrata sui bisogni della persona.

Vediamo ora come nel corso del tempo le strategie delle politiche legislative sono andate a definire le responsabilità istituzionali e la rete di offerta sociosanitaria.

## 2. Il sistema dell'integrazione sociosanitaria: processi istituzionali

La periodizzazione più esplicativa della costruzione storica del comparto sociosanitario nel quadro del sistema dei servizi in Italia va dal 1985 al 2001 (Grafico 2)



Dopo l'avvio delle Usl ed alla metà degli anni '80 c'è il primo passaggio fondamentale. La legge finanziaria n. 730/1983 stabilisce due principi strutturali del sistema italiano di welfare:

- le prestazioni socio-assistenziali sono a carico dei bilanci dei comuni, che possono delegarne l'esercizio alle Usl;

- le attività di rilievo sanitario connesse a quelle socio-assistenziali sono a carico del Fondo Sanitario Nazionale.

I confini fra le "prestazioni sanitarie" e le "prestazioni sociali" sono assai mobili e sfumati: per una persona il passaggio da una diagnosi ed un ricovero ospedaliero al proprio domicilio è un fatto unitario e saturo di problemi psicologici e relazionali, mentre per la amministrazione dei servizi è il trasferimento fra due campi operativi distinti sotto il profilo delle offerte e delle relative procedure.

Il successivo D.P.C.M. 8 agosto 1985 entrava nel merito dei due settori, distinguendo:

- attività sanitarie connesse a quelle socio-assistenziali (riabilitazione delle disabilità; cure e riabilitazione dei malati psichici; cura e recupero dei tossicodipendenti; cura degli anziani non curabili a domicilio)
- attività socio-assistenziali (assistenza economica e assistenza domestica; comunità alloggio e centri di aggregazione diurna; formazione per l'inserimento lavorativo; ricoveri in strutture protette extra-ospedaliere).

Un altro momento importante delle politiche sociali italiane è stato quello dello sviluppo dei servizi residenziali per le persone anziane [Ferrario, 2001]. Raramente viene citato nella letteratura sul sociosanitario questo passaggio, eppure è fondamentale, perché è su questo sistema di offerta, tipicamente all'incrocio fra la dimensione medico-sanitaria e quella socio-assistenziale che venne messo a prova (in modo particolare nella Regione Lombardia) la rete che stiamo analizzando. La legge finanziaria n. 67/1988 fissò l'obiettivo programmatico di riconversione di piccoli ospedali sottoutilizzati per la realizzazione di 140.000 posti letto in strutture residenziali per anziani non assistibili a domicilio. In realtà il processo istituzionale più incisivo che venne messo in atto fu quello della riconversione delle Case di riposo (appartenenti al circuito assistenziale) per generare una rete di Residenze Socio Assistenziali (RSA) che "liberavano" gli ospedali (in particolare i reparti di medicina e di geriatria) dei compiti di lunga assistenza. Gli ospedali accentuavano così la loro vocazione medico-diagnostica, centrata sulle degenze brevi, e la domanda di servizio legata alla cronicità si spostava sulla rete delle RSA, che

diventavano così dei particolari "ospedali" culturalmente orientati sulle cure a lungo termine. Il D.P.C.M 22/12/1989 e le Linee guida n. 1/1994 fornirono gli standard minimi (nuclei da 20 posti fino ad un massimo di 120, con eccezioni per le strutture "storiche") e le Regioni implementarono negli anni '90 l'intero sistema.

L'ultima tappa a livello statale si manifesta fra il 1999 e il 2001 [Banchero, 2005: 124-129; Bissolo, Fazzi, 2005: 39-42; Degani, Mozzanica, 2009: 56-60].

Il D.lgs n. 229 19/6/1999 (terza riforma amministrativa della sanità degli anni '90) e il D.P.C.M 14/2/2001 così definiscono il complesso delle prestazioni del comparto sociosanitario: *attività atte a soddisfare mediante percorsi integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.*

Le stesse normative distinguono fra tre tipologie più analitiche:

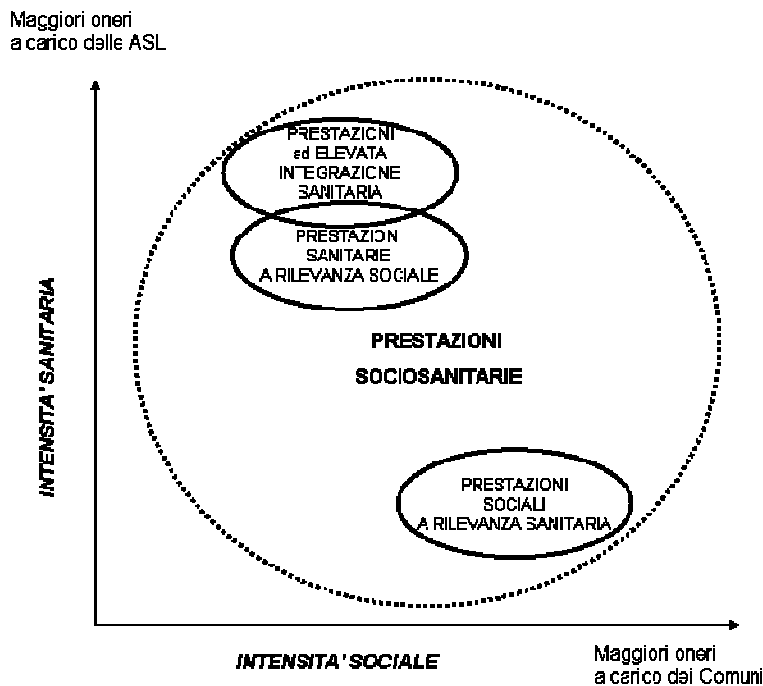
- *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, finalizzate alla promozione della salute e al contenimento degli esiti degenerativi e di competenza amministrativa delle Regioni attraverso le Asl;
- *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*, con l'obiettivo di supportare le persone con problemi di disabilità e di emarginazione condizionanti lo stato di salute, di competenza dei Comuni;
- *prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria* (fasi estensive di lungoassistenza nelle aree problematiche materno infantili, anziani, handicap, psichiatria, dipendenze, HIV, patologie terminali), ancora di competenza delle Regioni/Asl.

Infine il D.P.C.M. 29/11/2001 sui Livelli essenziali di assistenza (LEA) individua le prestazioni che sono a carico del sistema sanitario e quelle per le quali è prevista una distribuzione percentuale dei costi fra Asl, utenti e Comuni.

E' interessante sottolineare il criterio che informa questa complessa architettura economico-finanziaria che incrocia le domande e i bisogni. Si tratta della "intensità assistenziale" che viene così modulata:

- *fase intensiva* (impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata intensità e durata breve);
- *fase estensiva* (di minore intensità terapeutica e tale da richiedere una presa in carico sulla base di un programma assistenziale);
- *fase di lungo assistenza* (finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale e a favorire la partecipazione sociale anche attraverso percorsi educativi)

Il Grafico 3 fornisce una rappresentazione visiva del modello di pensiero sottostante a queste politiche pubbliche:



### 3. Il "modello lombardo" dei servizi sanitari e sociosanitari

Il modello di politica sociale del legislatore lombardo è del tutto atipico nel panorama della recente storia regionale italiana e, ad avviso dello scrivente, si caratterizza per questi tratti distintivi:

- accentuato ideologismo , correlato ad una forte capacità di penetrazione nel territorio regionale, grazie al fortissimo reticolo di opere e linguaggi del movimento di Comunione e Liberazione [De Alessandri, 2010]
- lunga durata delle maggioranze politiche confermate da quattro consecutive prevalenze elettorali
- specifica cultura di governo del servizio sanitario regionale

- grande investimento economico e professionale sul comparto socio-sanitario
- forte dirigismo delle burocrazie professionali annidate nella connessione Regione/Asl
- effettiva capacità di generare risposte di servizio, grazie soprattutto anche alla storica ricchezza di capitale di servizi già presenti in questo territorio.

La situazione di stabilità politica ed amministrativa di un quindicennio ha creato consenso attorno alle scelte e ha ramificato un insieme di professionalità e competenze operative (dirigenti, funzionari, operatori, studiosi, docenti universitari, consulenti, presidenti di associazioni, organizzatori di consenso nella società civile) che hanno sostenuto da veri "intellettuali organici" tutto l'apparato delle politiche sociali di questa regione.

Uno schema analitico adatto a descrivere le azioni di politica legislativa ed amministrativa del cosiddetto "modello lombardo" è quello del sociologo delle organizzazioni Michel Reed, cui si rifà il libro di Gherardi e Lippi [2000] e che è riassunto dagli autori nei seguenti punti chiave:

1. le organizzazioni sono pratiche sociali congegnate per assemblare e integrare altre pratiche sociali, al fine di trasformare le condizioni dell'azione collettiva;
2. le organizzazioni vengono riprodotte attraverso meccanismi amministrativi tramite i quali i manager tentano di regolare e controllare il lavoro;
3. tali meccanismi amministrativi di assemblaggio, integrazione e controllo incorporano risorse strutturali (gerarchie, sistemi informativi, regole) e richiedono facilitatori di processo (ideologie, coalizioni e culture);
4. sia le risorse strutturali che i facilitatori di processo diventano nodi focali per lotte di potere fra gruppi che si contendono l'accesso agli organismi autoritativi;
5. centrali per la comprensione delle dinamiche comportamentali, delle azioni amministrative e dei risultati organizzativi sono le modalità di calcolo, le tecniche decisionali, i mezzi disponibili usati dagli attori del sistema.

Si vuole dire che il mix di cultura politica e ruoli dirigenziali ha effettivamente consolidato un sistema istituzionale e organizzativo molto forte e strutturato, anche se

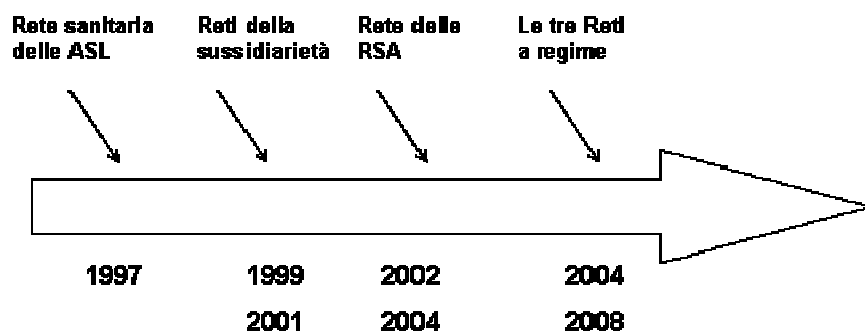
qualche indagine della magistratura ne ha verificato alcune patologie: in particolare quella di una maggiore remunerazione delle prestazioni a più alto costo unitario.

Cristiano Gori [2005] individua due "influenze intellettuali" che hanno agito nelle scelte della riforma lombarda. Quella della componente cattolica di Comunione e liberazione, "che compie una critica radicale dell'intervento pubblico nelle politiche sociali, visto come un ostacolo alla società civile poiché le impedisce di valorizzare le proprie potenzialità.". E quella del "managerialismo", cui si accennerà successivamente.

Un recente libro [Brugnoli A., Vittadini G., 2008] svela in modo esplicito la retorica argomentativa della prima influenza. Gli autori contrappongono quella che chiamano una "antropologia negativa" (individuata nello "statalismo oggi dominante" e nel "liberismo neoclassico", messi sullo stesso piano logico) ad una opposta "antropologia positiva" (individuata nella Enciclica Quadragesimo anno di Pio XI e nel pensiero di Luigi Giussani, fondatore del loro movimento). Fra le varie affermazioni è indicativa per tono e contenuti questa: "Il principio [della sussidiarietà] si basa sull'ipotesi che la persona, singola o associata ad altre persone, sia potenzialmente in grado di far fronte ai bisogni collettivi e soddisfarli. Si tratta di una prospettiva che parte da un punto positivo e non negativo ... Parlare di sussidiarietà significa, quindi, riporre al centro dell'azione sociale, economica e politica un soggetto umano dotato di un desiderio di bene, che è personale e collettivo allo stesso tempo, e teso a vivere relazioni finalizzate a realizzare tale bene". In proposito si può osservare che l'elogio della bontà della società civile e della sua generosità è ampiamente condivisibile quando essa produce socialità e benessere mediante risorse e capitale culturale di propria appartenenza. Un po' meno condivisibile quando l'operazione di valorizzazione passa attraverso discrezionali manovre di bilancio pubblico e cioè con mezzi economici derivanti dalla tassazione e quindi programmaticamente destinati a produrre beni pubblici. Definire "liberale" una movimentazione di risorse finanziarie dal campo pubblico a quello privato è perlomeno anomalo secondo i paradigmi della sociologia politica, anche perché secondo questo modello è proprio lo "stato" a generare "società civile".

Sotto lo stretto profilo ideologico è estremamente interessante notare che gli autori fanno discendere direttamente da quei modelli di pensiero così antichi e carichi storia tutte le technicalità legislative, amministrative ed organizzative della "legge manifesto" del modello lombardo: la LR n. 31/1997, di cui si parlerà fra breve.

La periodizzazione più esplicativa del cosiddetto modello lombardo si iscrive nell'arco di tempo 1997-2008 ("riforme Bassanini" sui rapporti stato/regioni, terza riforma amministrativa della sanità, riforma nazionale dei servizi sociali, riforma del titolo V della Costituzione (Grafico 4):



In questo periodo il legislatore lombardo ha perseguito un proprio itinerario politico teso a ricondurre all'interno del proprio punto di vista ideologico e regolativo (e in netta contrapposizione ai governi che producevano quelle leggi) le rilevanti trasformazioni del sistema italiano della pubblica amministrazione e di quello dei servizi alla persona e alla comunità.

I caratteri distintivi delle politiche dei servizi in Lombardia elaborati nel periodo 1997-2008 sono riconoscibili nei seguenti punti strategici:

- una particolare interpretazione del "principio di sussidiarietà", mirato in primo luogo alla sussidiarietà orizzontale, ossia alla devoluzione di compiti di produzione del servizio a soggetti privati, mantenendo al campo pubblico solo ruolo di controllo e vigilanza
- regole normative che hanno favorito la trasformazione delle ex Ipab-Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza in Fondazioni di diritto privato
- netta separazione di ruolo fra i Comuni (titolari della spesa sociale) e le Asl (titolari della spesa sanitaria), la cui collaborazione inter-istituzionale è estremamente sfavorita dalla scelta delle macro-dimensioni demografiche di queste ultime
- perseguimento dell'obiettivo di distinguere con nettezza i confini fra "reti di offerta sociale", "reti d'offerta sociosanitaria" e "reti d'offerta sanitaria".

#### **4. Il governo delle tre reti**

Entrando nel dettaglio del funzionamento della *rete sanitaria* (LR n. 31/1997, confluita nella LR n. 33/2009) i principi ispiratori sono i seguenti:

- forte processo di aziendalizzazione del sistema sanitario: 15 Asl di grandi dimensioni demografiche per una popolazione di più di 9 milioni di abitanti
- libera scelta della struttura assistenziale sanitaria e sociosanitaria da parte del cittadino in situazione di bisogno, identificato come un consumatore di servizio: tale

orientamento, fin dagli inizi, è stato sostenuto in base alla motivazione di "creare un mercato sociale dei servizi"

- piena parità di diritti e doveri fra soggetti accreditati, sia di tipo pubblico che di tipo privato
- separazione fra le Asl (quali enti funzionali della Regione che programmano, acquistano e controllano) e i soggetti erogatori di prestazioni: a questo modello è stata applicata la sigla PAC di facile memorizzazione e di facile ideologizzazione, come se fosse un marchio di pubblicità
- grande rilievo alle procedure di accreditamento istituzionale che generano una situazione di concorrenza regolata dai volumi dei flussi di spesa
- netta distinzione funzionale fra la rete delle Asl e la rete delle Aziende Ospedaliere
- accrescimento delle funzioni di controllo delle Asl sulle reti di offerta accreditate
- attribuzione di ruolo al sotto-sistema organizzativo dei Dipartimenti ASSI delle Asl per il governo del comparto sociosanitario

Il presidente della Regione Lombardia ha sempre ribadito in sedi istituzionali e in pubblici dibattiti di considerare la LR 31/97 come un'espressione di fondamentale importanza della sua azione politica e come una svolta della storia della sanità lombarda ed anche come un modello da esportare a tutto il sistema di welfare italiano (e, recentemente, anche alla riforma americana del presidente Obama).

Oltre alla influenza dell'area di Comunione e liberazione, pure rilevante è l'influenza che proviene dal managerialismo, che vuole cambiare il parametro guida dell'azione amministrativa dalla rispondenza a regole giuridiche all'efficienza di natura economico-aziendale [Gori 2005; Bifulco in questo volume].

Nello stesso periodo della elaborazione strategica di questa struttura istituzional-organizzativa del servizio sanitario regionale, venivano approvate un gruppo di "leggi sussidiarie" accomunate dalla stessa cultura e orientate ad alimentare alcune *reti di servizi socio educativi* e quelle del *volontariato associato* :

- contributi annuali per sostenere i costi di gestione delle scuole materne non statali e non comunali (LR n. 8/1999)
- fondi finalizzati alla promozione dell'associazionismo familiare, al potenziamento di servizi socio-educativi, all'accesso alla prima casa (LR n. 23/1999)
- finanziamento alle Diocesi lombarde per il sostegno e valorizzazione della funzione sociale ed educativa degli oratori parrocchiali (LR n. 2001)

Nella prima parte di questo scritto si è parlato della *rete delle RSA* come uno dei comparti più rilevanti del settore sociosanitario [Ferrario, 2005]. Lo è per la rilevanza dei bisogni (anziani non autosufficienti non curabili a domicilio) e lo è per le caratteristiche organizzative di queste strutture. Infatti esse rappresentano il modello più visibile di unità d'offerta che in parte sono sanitarie (e richiedono personale medico, infermieristico, riabilitativo) e in parte sono socio educative (e richiedono personale di professionalità sociale, educativa, psicologica). Inoltre sono strutture cui si accede tramite domande individuali e, quindi, i costi sono tariffabili, anche se una parte ricade nella spesa sanitaria. E' stato un sistema perfetto per tarare il modello lombardo, perché generava ruoli operativi e posizioni dirigenziali, in un quadro di bisogni reali cui dare risposte.

Già dai primi anni '80 tali strutture erano classificate come: "strutture protette" per non autosufficienti; "case di riposo" per semi-non autosufficienti; "case albergo" per autosufficienti. Dal 1988 tutte le preesistenti strutture di ricovero sono state unificate sotto l'unica denominazione di RSA, con la possibilità di avere letti autorizzati sia per non autosufficienti totali (NAT) che per non autosufficienti parziali (NAT). Dal 1996 sono stati realizzati anche nuclei speciali per malati di Alzheimer.

Con il Piano Socio - sanitario regionale 2002/2004 cambiano le modalità operative delle RSA: esse accolgono persone a diverso grado di dipendenza e la tariffa regionale in conto fondo sanitario è stabilita in base alla complessità del bisogno, con un sistema a 8 classi e relative tariffe chiamato con l'acronimo SOSIA (scheda osservazione intermedia

assistenza). Questi dettagli sono necessari per chiarire che queste strutture hanno acquistato un rilevante ruolo nel sistema lombardo e sono importanti servizi in cui hanno trovato una mobilità verticale (altrimenti impedita all'interno dei tradizionali comparti sociali e sanitari) figure di varia professionalità (assistenti sociali, medici, funzionari).

La rete delle RSA va vista in stretta connessione con la normativa che ha trasformato le ex IPAB (LR n. 1/2003). Queste storiche istituzioni, nella alternativa fra il trasformarsi in ASP - Aziende pubbliche di servizi alla persona con consigli di amministrazione a sostanziale nomina regionale o in Fondazioni giuridiche di diritto privato con autonomia di statuto, hanno optato in massa per la seconda soluzione. E' piuttosto singolare che il legislatore regionale abbia realizzato una legge il cui impianto normativo produce l'effetto di non inglobare una struttura nella propria orbita operativa, eppure lo spirito del principio sussidiario ha ispirato in questo modo i redattori del testo. Il risultato è che la stragrande maggioranza delle RSA lombarde oggi sono fondazioni di diritto privato che "partecipano alla realizzazione del sistema sociale e socio-sanitario" (art.2 della LR 1/2003).

Quanto argomentato finora mostra il progressivo costituirsi nel tessuto istituzionale lombardo di tre circuiti di servizi:

- sanitari, che afferiscono alle Regioni/Asl
- sociosanitari, di varia gestione amministrativa, che afferiscono ai Dipartimenti ASSI delle Asl/Regione
- sociali, in capo ai comuni singoli o associati nelle forme amministrative da essi deliberate

In occasione della presentazione pubblica della LR 3/2008 è stato fornito il seguente quadro dei Servizi in ambito socio-sanitario in Regione Lombardia:

- Residenze sanitarie per anziani: 613 strutture per oltre 53 mila posti letto
- Hospice: 16 strutture per 167 posti letto
- Centri diurni integrati: 224 strutture per 4.918 ospiti

- Residenze sanitarie per disabili: 51 strutture per 2.467 posti letto
- Centri socio sanitari): 111 strutture per 936 ospiti
- Centri diurni per disabili: 224 strutture per 5.503 ospiti
- Consultori familiari: 151 strutture pubbliche e 54 private
- Comunità per dipendenze: 2.459 posti

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata (che comprende l'erogazione dei voucher sociosanitari) gli utenti sono 98.085.

Nel settore Minori si contano: associazioni familiari: 600; nidi autorizzati: 1234 per 39 mila bambini; nidi famiglia: 315 per 1729 bambini; nidi aziendali: 108; comunità educative: 235; comunità familiari: 30.

Dunque la LR n. 3/2008 fornisce una cornice normativa ad un sistema già ampiamente definito nel corso dei decenni precedenti.

A conferma che il modello lombardo afferma l'integrazione fra servizi, ma crea un sistema ad elevata sconnessione e frammentazione è la LR n. 34/2004 sulle Politiche sociali per i minori, che anticipa di gran lunga quella del 2008.

E' necessario soffermarsi un momento su di essa perché è molto espressiva del modello lombardo in quanto distingue con estrema precisione tre reti:

- rete d'offerta sociale (art. 5)
- rete d'offerta socio sanitaria (art 6)
- rete d'offerta sanitaria (art.7)

Ad una lettura anche molto attenta e selettiva riesce difficile, talvolta, distinguere i concreti servizi storicamente conosciuti. Certo, un po' a fatica, si riescono a percepire i consultori familiari, gli asili nido, le comunità alloggio, i reparti di pediatria. Ma perché il legislatore ha operato in questo modo così criptico? Si può arguire che lo ha fatto proprio per sancire con forza il proprio modello dei tre circuiti di servizio e dare una preliminare anticipazione di quello che sarà, successivamente, il modello a regime.

Ma vediamo come funziona la regolazione delle reti all'interno della LR n. 3/2008 *Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario*

Poiché la LR 3/2008 pone fine alla più che ventennale LR 1/1986 in materia di servizi socio-assistenziali può essere interessante confrontare i due modelli.

La normativa del 1986 si fondava sui seguenti fattori istituzionali e organizzativi: rete di 85 USSL, ciascuna delle quali con un Servizio di assistenza sociale; legame inter-istituzionale fra USSL e Comuni facilitato dalla dimensione demografica dei distretti; piani socio-assistenziali e piani dei servizi a livello locale; flussi di spesa su fondo sociale con programmazione annuale; standardizzazione della rete di offerta tramite una precisa individuazione delle unità di offerta definite nello stesso articolato della LR 1/1986 (art. 66-89)

La normativa del 2008 si fonda sui seguenti fattori: forte reticolo istituzionale delle 15 macro Asl, ciascuna con un Dipartimento Assi; legame inter-istituzionale fra Asl e Comuni reso difficoltoso dalle dimensioni demografiche delle Asl e relativi distretti; piani socio-sanitari che trascurano i servizi sociali; forte articolazione dei flussi di spesa; mancata definizione delle unità di offerta all'interno della legge e delega agli organi esecutivi e dirigenziali della regione per la loro definizione, strutturazione e profili funzionali.

Al centro di questa legge, si individua l'obiettivo di distinguere con chirurgica precisione le *due reti di offerta sociale e sociosanitaria*, essendo quella sanitaria già ampiamente regolata da specifiche norme. Si tratta di un'azione politico-amministrativa già perseguita negli anni scorsi solo a livello amministrativo, tramite le moltissime delibere di giunta ed atti dirigenziali, e che ora è tradotta in una legge, che a sua volta genererà una intensissima produzione di atti amministrativi degli uffici centrali della regione e delle sue articolazioni territoriali, le Asl in primo luogo.

I procedimenti attuativi sono definiti nel modo seguente:

- attribuzione alla giunta regionale del compito di *individuare le unità di offerta della "rete di offerta sociale" e della "rete di offerta dei servizi sociosanitari"*. Occorre osservare che, in tal modo, viene riproposto in forma diversa il modello organizzativo delle ex LR 1/1986: quanto allora era previsto nella legge stessa, ora è affidato alla giunta ed agli uffici regionali. Ciò viene motivato come "semplificazione" e "flessibilità" del sistema operativo. In realtà questo accresce enormemente il ruolo delle burocrazie professionali della amministrazione regionale
- definizione degli obiettivi della *rete dei servizi sociali*: aiuti alle famiglie, sostegno economico, tutela della maternità e della vita umana, promozione delle responsabilità genitoriali, tutela dei minori, inserimenti e reinserimenti lavorativi, assistenza ai disabili, integrazione degli stranieri.
- definizione degli obiettivi della *rete dei servizi sociosanitari*: sostegno alle famiglie in riferimento alle problematiche relazionali e genitoriali, alla educazione, alla sessualità, alla procreazione consapevole, alla prevenzione della gravidanza; permanenza delle persone in stato di bisogno e fragilità negli ambienti di vita; assistenza alle persone che non possono essere assistite a domicilio; servizi alle persone in situazione di dipendenza; assistenza alle persone con disagio psichico; assistenza ai malati terminali.

La Tabella 3 mette in rilievo i meccanismi operativi:

La LR 3/2008 definisce la rete	La Giunta e gli Uffici regionali definiscono le unità di offerta
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunità educative</li> <li>- Comunità familiari</li> <li>- Alloggi per l'autonomia</li> </ul>

<p>Compiti delle UNITA' DI OFFERTA SOCIALE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asili Nido</li> <li>- Micro Nidi</li> <li>- Centri Prima Infanzia</li> <li>- Nidi Famiglia</li> <li>- Centri di Aggregazione Giovanile</li> <li>- Centri Ricreativi Diurni</li> <li>- Comunità alloggio per disabili</li> <li>- Centri socio educativi</li> <li>- Servizi di formazione all'autonomia</li> <li>- Centri diurni per anziani</li> </ul>
<p>Compiti delle UNITA' DI OFFERTA SOCIOSANITARIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RSA Residenze Sanitario Assistenziali</li> <li>- Centri diurni per anziani non autosufficienti</li> <li>- RDS Residenze sanitario assistenziali per disabili</li> <li>- Centri diurni per disabili</li> <li>- Voucher socio sanitari</li> <li>- Voucher sanitari di lungo assistenza</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strutture di riabilitazione extraospedaliera</li> <li>- Hospice</li> <li>- Servizi per le dipendenze</li> <li>- Consultori familiari</li> </ul>
--	--

Il modello lombardo si fonda su procedure molto articolate e complesse di *accreditamento istituzionale*, differenziate per le 3 tipologie delle strutture di tipo sanitario, sociosanitario e sociale (per queste ultime il processo amministrativo di accreditamento è affidato ai comuni).

Il sistema funziona nel modo seguente:

- le unità di offerta sociali devono possedere *requisiti minimi*, stabiliti dagli uffici regionali
- ancora gli uffici regionali stabiliscono i *criteri per l'accreditamento sociale*
- spetterà poi ai Comuni elaborare i *requisiti per l'accreditamento sociale*
- *l'accreditamento delle unità di offerta sociali* (di competenza dei comuni) è la condizione per sottoscrivere i *contratti*
- le unità di offerta sociosanitarie presentano una *denuncia di inizio attività* alla Asl, sulla base del possesso di requisiti minimi stabiliti dalle norme regionali
- *l'accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie* sono di competenza della giunta regionale ed è la condizione indispensabile per accedere al fondo sanitario regionale
- le unità di offerta sociali e sociosanitarie devono elaborare la *Carta dei servizi* in cui siano definite: i diritti degli utenti, i criteri per l'accesso alle prestazioni, le modalità di erogazione del servizio, le modalità di valutazione

- il *controllo* sulla rete sociale è di competenze dei comuni e quello per la rete sanitaria e sociosanitaria è di competenza delle **Asl**.

Includendo anche il sistema sanitario, la Regione Lombardia stabilizza *diversi flussi finanziari*, ciascuno caratterizzato da proprie caratteristiche e prassi procedurali: finanziamenti *su fondo sanitario*; finanziamenti *su fondo sociosanitario*; finanziamenti *su fondo sociale* ; finanziamenti per gli *investimenti*; fondi per la *non autosufficienza*; specifici fondi previsti nei *piani sociosanitari*.

La Tabella 4 riassume la composizione delle diverse reti istituzionali ed organizzative del sistema lombardo

*Distribuzione delle competenze nel sistema dei servizi lombardo*

ENTI	FUNZIONI
ASL	RETE DEI SERVIZI SANITARI
AZIENDE OSPEDALIERE	OSPEDALI SERVIZI PSICHIATRICI
ASL, tramite i DIPARTIMENTI ASSI	RETE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI
FONDAZIONI AZIENDE SERVIZI ALLA PERSONA	RETE DELLE RSA
COMUNI	RETE DEI SERVIZI SOCIALI

Le istituzioni indicate attivano, dunque, una molteplicità di transazioni economiche con soggetti pubblici, privati e di terzo settore che vanno a definire il reticolo politico-amministrativo ad elevata complessità del sistema lombardo

Un'area di criticità di questo assetto si concentra nelle relazioni fra i due comparti amministrativi della Regione (e proprie Asl) nei confronti dei Comuni. Si tratta di due universi culturali ed organizzativi dotati di caratteri e strategie proprie. In questo senso la definizione così fortemente strutturata delle due reti è un indizio del problema:

l'intenzione è quella di "governare" comunicazioni e connessi conflitti organizzativi tramite una netta divisione dei compiti e delle sfere operative.

Un'altra area di criticità è quella della "integrazione fra servizi". E' indubbio che la rete lombarda è ricca di risorse, di intelligenza professionale, di culture organizzative specialistiche. Tuttavia queste virtù spesso diventano un limite, quando si tratta di convergere su obiettivi comuni nei territori.

Gli strumenti di "governo" per tentare azioni di connessione saranno:

- per la parte istituzionale: i *Piani di zona*, che accrescono fortemente il loro ruolo di "cucitura" fra i diversi circuiti operativi
- per la parte organizzativa: i *protocolli d'intesa* fra unità organizzative appartenenti alle specifiche reti e l'individuazione di aree organizzative di accesso alle disseminate unità di offerta, come lo strategico *segretariato sociale zonale* e la sperimentazione di progettualità locali come i "centri per l'assistenza domiciliare"

Ma il vero destino della integrazione è ancora nelle mani dei professionisti dei servizi che, nonostante l'ambiente ostile alla integrazione, continuano a mantenere vivo questo obiettivo, purché le sedi della loro formazione ed aggiornamento professionale diano continuità nell'alimentare tale propensione.

## **Bibliografia**

- Banchero A. (2005), *Programmare i servizi sociali e sociosanitari*, Il Mulino, Bologna
- Bissolo G., Fazzi L. (a cura di) (2005), *Costruire l'integrazione sociosanitaria*, Carocci Faber, Roma
- Brizzi L., Cava F. (2003), *L'integrazione socio-sanitaria Il ruolo dell'assistente sociale*, Carocci Faber, Roma
- Brugnoli A, Vittadini G. (a cura di) (2008), *La sussidiarietà in Lombardia*, Guerini e Associati, Milano
- Cicoletti D. (2008), "Il percorso assistenziale", in Gori C. (a cura di) *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci editore, Roma

- Da Roit B. (2001), *Politiche pubbliche per l'assistenza*, Francoangeli, Milano
- Da Roit B. (2005), "Convergenze e divergenze nelle politiche sociosanitarie regionali per gli anziani in Lombardia, Emilia – Romagna e Veneto", in Facchini C. (a cura di) *Anziani e sistemi di welfare*, Francoangeli, Milano
- De Alessandri E. (2010), *Comunione e liberazione: assalto al potere in Lombardia*, BePress, [www.bepress.it](http://www.bepress.it), Lecce
- Degani L., Mozzanica R. (2009), *Integrazione socio-sanitaria: le ragioni, le regioni, gli interventi*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN)
- Diomede Canevini M., Vecchiato T. (a cura di) (2002), *L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone*, Centro Studi e Formazione sociale Emanuela Zancan, Padova
- Ferrario P. (2001), "Il sistema dei servizi sociali", "Il sistema dei servizi sanitari", "Politiche e servizi per gli anziani" in *Politica dei servizi sociali*, Carocci Faber, Roma, pagg. 95-214 e 459-493
- Ferrario P. (2005), "Le politiche sociali e legislative per gli anziani", in Facchini C. (a cura di), *Anziani e sistemi di welfare*, Francoangeli
- Ferrario P. (2005), "Gli attori dell'integrazione sociosanitaria e la rete dei servizi", in Bissolo G., Fazzi L. (a cura di) *Costruire l'integrazione sociosanitaria*, Carocci Faber, Roma
- Ferrario P. (2009), *Servizi sociali e sociosanitari in Lombardia*, "Prospettive sociali e sanitarie", 1, 3-7
- Gherardi S., Lippi A. (2000), *Tradurre le riforme in pratica: le strategie della traslazione*, Raffaello Cortina, Milano
- Gori C. (2005), "Gli obiettivi della riforma", in *Politiche sociali di centro-destra*, Carocci, Roma
- Ranci Ortigosa E. (2004), "Il rapporto tra servizi sociali e servizi sanitari", in Gori C. (a cura di) *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma

Pesaresi F. (2008), "La suddivisione della spesa tra utenti e servizi", in Gori C. (a cura di) *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma

Vecchiato T. (2005), "Integrazione", in Dal Pra Ponticelli (a cura di) *Dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma