

POLITICA DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI DELLA REGIONE

LOMBARDIA: le trasformazioni degli assetti istituzionali

Paolo Ferrario, docente di Politica dei servizi sociali, sito web www.segnalo.it

Con questo articolo intendo contribuire all'analisi professionale delle politiche legislative in materia di servizi sociali e sociosanitari della Regione Lombardia alla luce della recente Legge regionale n. 3/2008 e della particolare applicazione che in essa si fa delle normative nazionali. Indico in premessa le conclusioni argomentative cui vorrei arrivare nella trattazione: in tempi di transizione ad un modello di "federalismo fiscale", il governo lombardo ingloba dentro il proprio modello culturale le regole normative e finanziarie statali, allo scopo di confermare la propria visione dei rapporti fra società civile e funzione pubblica. Nel fare questa operazione politica e culturale il legislatore dichiara insistentemente gli obiettivi della integrazione fra i servizi alla persona e, tuttavia, li disconferma nelle pratiche operative, andando a definire una organizzazione della offerta altamente frammentata.

1. Fasi storiche e caratteristiche strutturali del sistema socio-sanitario italiano

Una chiave di lettura del processo di regionalizzazione dei servizi alla persona è individuabile mettendo in parallelo e confrontando i passaggi cruciali delle legislazioni e le specifiche scelte effettuate durante ultimi 35 anni di storia delle istituzioni che producono servizi. La Tabella 1 riassume i momenti fondamentali in rapporto al caso lombardo.

Tabella 1 *Politiche dei servizi alla persona e alla comunità fra Stato e Regione Lombardia*

	STATO	REGIONE LOMBARDIA
Anni '70	Primo ciclo riformistico: leggi su situazioni problematiche rilevanti e riforma sanitaria	Costruzione della prima rete: consorzi sanitari di zona, asili nido, anziani, consultori familiari, handicap, tossicodipendenze
Anni '80	Introduzione del sistema di offerta delle "attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali (Legge n. 730/1983 e DPCM 8.8.1985)	Assetto istituzionale ed organizzativo delle USSL-Unità socio-sanitarie locali con riferimento al modello della Legge 833/1978 Legge di riorganizzazione e sviluppo dei servizi sociali (LR n. 1/1986) Piano socio-assistenziale (ripetutamente prorogato negli anni successivi) e Programmi di zona dei servizi sociali

Primi anni '90: 1990-1997	Secondo ciclo riformistico: Comuni ed altri enti locali (Legge n. 142/1990); Aziende Sanitarie Locali (Dlgs n. 502/1992); soggetti appartenenti al “terzo settore”	Prima diminuzione numerica delle Asl: da 85 a 44
Ciclo legislativo 1997-2001	<p>Prima riforma dei rapporti inter-istituzionali fra Stato e Regioni (Legge n. 59/1997; Dlgs n. 112/1998)</p> <p>Individuazione di tre tipologie di attività socio-sanitarie: “prestazioni sanitarie a rilevanza sociale”; prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria”; “prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria” (Dlgs n. 229/1999; Dpcm 14.2.2001)</p> <p>Introduzione legislativa del “principio di sussidiarietà”</p> <p>Riforma dei servizi sociali (Legge n. 328/2000)</p>	<p>Normativa sulle Aziende sanitarie Locali e loro ulteriore riduzione numerica (da 44 a 15); definizione del Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate (ASSI); riorganizzazione delle Aziende ospedaliere; esplicitazione del “modello lombardo” di organizzazione dei servizi sanitari (LR n.31/1997)</p> <p>Riordino del sistema delle autonomie locali (LR n. 1/2000)</p>
Ciclo legislativo 2001-2008	Spostamento della regolazione dei servizi sociali verso le regioni ed i comuni e mantenimento di una residuale potestà legislativa statale in materia di “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali”	<p>Attuazione per via amministrativa della riforma statale dei servizi sociali</p> <p>Trasformazione istituzionale delle IPAB in Fondazioni o Aziende Servizi alla Persone (LR n. 1/2003)</p> <p>Regolazione normativa dei due campi operativi: 1. servizi sociosanitari e 2 servizi sociali</p>

Il percorso qui sopra rappresentato ha l’obiettivo di enucleare la genesi storica delle caratteristiche strutturali del sistema socio-sanitario italiano e di far emergere le specificità delle scelte della Regione Lombardia. I punti essenziali mi sembrano tre: 1. la *distribuzione delle risorse* nel sistema dei servizi alla persona e alla comunità; 2. le origini e la rilevanza socio-economica di quel segmento di offerta che si è andato definendo come “*socio-sanitario*”; 3. il cosiddetto “*principio di sussidiarietà*” nel sistema istituzionale italiano.

A partire dalla riforma sanitaria del 1978, fino ad arrivare al biennio 1997/1998 alle dinamiche della evoluzione dei bisogni e della domanda i plurali decisori della politica italiana (stato, regioni, enti locali) hanno risposto segmentando sia le responsabilità degli enti amministrativi, sia le tipologie di

servizio. La norma chiave è la seguente: “per *servizi sociali* si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal *sistema previdenziale* e da quello *sanitario*, nonché quelle assicurate in sede di *amministrazione della giustizia*” (Dlgs 112/1998, art. 128)

In realtà il sistema è più complesso, perché, accanto ai sotto-sistemi indicati qui sopra, le trasformazioni socio-demografiche (in particolare l’invecchiamento della popolazione e crescita delle situazioni di cronicità e di non autosufficienza) hanno contribuito a strutturare un ulteriore e strategico sotto-sistema “socio-sanitario” che oscilla fra i due poli decisionali delle Regioni e dei Comuni. Esso nasce sulla base di questi originari principi regolatori: a) le prestazioni socio-assistenziali sono a carico dei comuni (anche se possono essere gestite, mediante lo strumento della delega amministrativa, dal sistema sanitario); b) le attività di rilievo sanitario connesse a quelle socio-assistenziali sono a carico del Fondo sanitario nazionale (Legge n. 730/1983). La terza riforma sanitaria degli anni '90 ha poi fornito una ulteriore articolazione interna di questo segmento di offerta del sistema italiano. Le *prestazioni socio-sanitarie* vengono prima definite come “attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute delle persone 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” e successivamente così articolate al loro interno: a) *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*: attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; b) *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*: attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute; c) *prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria*: caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria. Da questa complessa formazione appare evidente la questione di precisare i due campi di competenza operativa delle Asl (e relativo fondi sanitari) e dei Comuni (e relativi fondi di finanza locale).

In base a queste regole, la distribuzione delle risorse delle politiche sociali appare strutturata come nella Tabella 2

Tabella 2 *Distribuzione analitica del sistema delle politiche sociali*

<i>TIPO DI OFFERTA</i>	<i>COMPETENZA</i>	<i>FINANZIAMENTO</i>
PREVIDENZA E LAVORO	STATO, MINISTERI	CONTRIBUTI, BILANCIO

		DELLO STATO
SANITA'	REGIONI, ASL	FONDO SANITARIO
PRESTAZIONI SANITARIE A RILEVANZA SOCIALE	REGIONI, ASL	FONDO SANITARIO
PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE A ELEVATA INTEGRAZIONE SANITARIA	REGIONI, ASL	FONDO SANITARIO
PRESTAZIONI SOCIALI A RILEVANZA SANITARIA	COMUNI	BILANCI COMUNALI
SERVIZI SOCIALI	COMUNI	BILANCI COMUNALI
SERVIZI SOCIALI CONNESSI ALLA AMMINISTRAZIONE DELLA GIUSTIZIA	STATO, MINISTERI	BILANCIO DELLO STATO

L'altro fattore che caratterizza, in particolare, il ciclo legislativo 1997-2001 è l'introduzione nell'ordinamento legislativo e costituzionale del cosiddetto *principio di sussidiarietà*, quale criterio orientatore per l'allocatione delle risorse. La parola *sussidiarietà* deriva dal latino *subsidium*, nel significato militare di "truppe di riserva" e "rinforzo e sostegno", fino ad approdare a quello di "sostegno, aiuto, assistenza". Oggi questo concetto viene usato nella discussione politica per argomentare in materia di distribuzione dei compiti all'interno dello stato (*sussidiarietà verticale*) e in materia di rapporti fra stato e società civile (*sussidiarietà orizzontale*). Questo criterio allocativo è entrato a far parte prima della Legge 59/1997 e poi della Costituzione della Repubblica. Infatti il rinnovato articolo 118 prevede che "le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite al Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza". Il principio secondo cui l'esercizio di una funzione va affidato all'organo di governo o alla istituzione più vicina all'ambito dei bisogni e degli interessi coinvolti è diventato un valore fondante del nuovo ordinamento. Che poi, questo orientamento entri in contrasto con tutto il processo storico di costruzione delle politiche di welfare, sembra interessare poco alla politica italiana, visto che la convergenza su questa scelta è abbastanza unanime. Sta di fatto che una estremizzazione del principio entrerà inevitabilmente in conflitto con quello dei diritti di cittadinanza, se non sarà opportunamente regolata utilizzando la leva fiscale.

L'evoluzione storica sintetizzata nella Tabella 1 e le leggi che si inscrivono nel ciclo 1997-2001 hanno portato a due diversi tipi di regolazione del sistema sanitario (Figura 1) e di quello dei servizi sociali (Figura 2)

Figura 1 *La regolazione dei servizi sanitari dopo la riforma costituzionale del 2001*

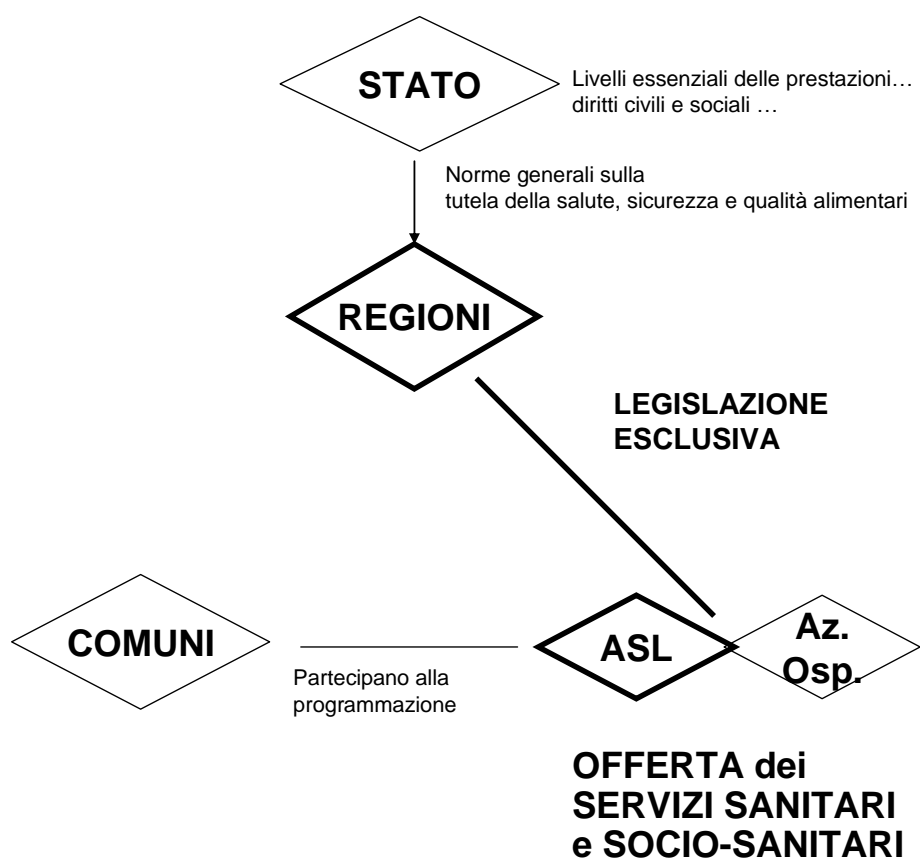


Figura 1 *La regolazione dei servizi sociali dopo la riforma costituzionale del 2001*



In conclusione, mentre il settore sanitario e sociosanitario è regolato sotto l'aspetto finanziario ed organizzativo esclusivamente dalle Regioni, il settore dei servizi sociali presenta una doppia regolazione: da una parte è sottoposto ai vincoli della legislazione regionale ma ,nello stesso tempo, è amministrato dai comuni, che hanno un rilievo costituzionale rafforzato, dopo la riforma del 2001.

2. Regione Lombardia: il sistema di governo delle reti dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari

Il processo attuativo della legge di riforma dei servizi sociali si presenta assai differenziato nella situazione istituzionale italiana. Nell'arco di tempo 2003-2008 sono 12 le Regioni che hanno approvato una legge di riordino dei servizi sociali (Piemonte, Lombardia, Provincia autonoma di Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Sardegna, Campania , Puglia, Basilicata, Calabria) , quasi tutte hanno definito i propri criteri di finanziamento su Fondo sociale, attivando gli ambiti territoriali e promuovendo i Piani di zona. Tuttavia è diventato impossibile tracciare un quadro unitario delle legislazioni quando si prendono in considerazione altre variabili organizzative, come gli strumenti di programmazione per mezzo dei Piani, l'accreditamento

sociale, l'affidamento dei servizi, il governo delle prestazioni sociali e sociosanitarie, le normative sulle Ipab. E' l'effetto già visibile della estensione del principio di sussidiarietà.

Il caso della Regione Lombardia si distingue fra gli altri per alcuni caratteri distintivi: una specifica cultura di governo del sistema sanitario, il grande investimento sul comparto sociosanitario, il forte dirigismo di tipo amministrativo (delibere di giunta, direttive dirigenziali).

Il modello di politica sociale del legislatore lombardo ha avuto modo di essere creato e consolidato attraverso l'azione di tre consecutive maggioranze stabili, favorite dalla elezione diretta del Presidente della Regione. Questa situazione di stabilità legislativa ed amministrativa ha creato consenso attorno alle scelte e ha creato quell'insieme di competenze operative (dirigenti, funzionari, operatori, studiosi, consulenti, presidenti di associazioni, organizzatori della società civile) che hanno ulteriormente rafforzato il modello di governo. In una recente pubblicazione dell'Irer (Brugnoli, Vittadini, 2008) è possibile individuare la retorica ideologica che alimenta e sostiene i meccanismi regolativi che caratterizzano la "via amministrativa" alla gestione dei servizi alla persona, perché di questo si tratta: di un modo di gestire i flussi di spesa. Si contrappone una "antropologia negativa", individuata nello "statalismo oggi dominante" e nel "liberalismo neoclassico", per elogiare una "antropologia positiva", ravvisata esclusivamente nella dottrina sociale della chiesa e di alcune sue componenti. Fra le altre affermazioni è interessante 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" (Op. Cit. p. 23).

I caratteri distintivi del modello sanitario e socio-sanitario lombardo elaborati nel periodo 1997-2008 sono individuabili nei seguenti punti strategici:

- una particolare interpretazione del "principio di sussidiarietà", mirato in primo luogo alla sussidiarietà orizzontale, ossia alla devoluzione di compiti pubblici a soggetti privati
- forte processo di aziendalizzazione del sistema sanitario: 15 Asl di grandi dimensioni demografiche per una popolazione di più di 9 milioni di abitanti
- netta distinzione funzionale fra la rete delle Asl e la rete delle Aziende Ospedaliere
- distinzione di ruolo fra le Asl (quali enti che programmano, acquistano e controllano) e i soggetti erogatori accreditati che hanno la funzione di produrre servizi in una situazione di concorrenza regolata dai volumi dei flussi di spesa

- piena parità di diritti e doveri fra soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato (LR n. 31/1997, art. 1, comma 1, punto e)
- attribuzione di ruolo al sotto-sistema organizzativo dei Dipartimenti ASSI per il governo del comparto sociosanitario
- legislazione che ha favorito la trasformazione delle Ipab in Fondazioni di diritto privato (LR n. 3/2003)
- accresciuta importanza della formula dell' "accreditamento istituzionale" dei servizi sanitari e socio-sanitari quale formula amministrativa tesa a favorire la libera scelta del cittadino consumatore
- perseguimento dell'obiettivo di distinguere nettamente i confini fra le "reti di offerta sociale", "reti d'offerta sociosanitaria" e "reti d'offerta sanitaria".

Quest'ultimi orientamento è particolarmente chiaro nella Legge regionale 34/2004, Politiche regionali per i minori, dove agli articoli 5, 6 e 7 si procede proprio a definire con estrema precisione il campo d'azione di ciascun ambito operativo

La recente Legge regionale n. 3/2008 si colloca dentro questo quadro culturale e normativo.

Ai fini della successiva analisi utilizzo la locuzione "modello di politica dei servizi" per intendere una particolare modalità usata dal legislatore regionale per regolare, mediante norme, l'assetto istituzionale degli enti e le loro relazioni inter-istituzionali finalizzate alla programmazione, produzione ed offerta di servizi.

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 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 locali; 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 (dall'art. 66 all'89)

La normativa del 2008 si fonda sui seguenti fattori organizzativi: rete di 15 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; 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.

Entrando nel dettaglio, farò riferimento alla mappa che mostra la struttura dei contenuti della LR 3/2008.



La distribuzione dei compiti istituzionali è definita nel modo seguente:

- *Regione*: riparto risorse; piano sociosanitario; definizione dei “livelli delle prestazioni socio sanitarie” e i “livelli uniformi delle prestazioni sociali”; integrazione delle politiche; accreditamento sociosanitario; vigilanza, controllo; Dipartimenti Assi; schemi dei contratti; requisiti minimi dell’offerta sociale; linee guida per l’accesso; criteri per le tariffe; tipologie dei titoli sociosanitari; registri delle unità di offerta; linee di indirizzo sulla formazione; osservatori e sistema informativo
- *Province*: concorso alla programmazione e realizzazione; sostegno agli investimenti; formazione; registri del volontariato; invalidi sensoriali
- *Comuni*: titolarità istituzionale per i servizi sociali; programmazione e realizzazione della rete sociale; erogazione dell’assistenza economica; funzioni per l’accreditamento dei servizi sociali (autorizzazione, requisiti, formazione degli albi dei soggetti accreditati); regole di accesso degli stranieri

- i Comuni, tramite l'Assemblea distrettuale, elaborano ed approvano il *Piano di zona*, che “attua l'integrazione tra la programmazione della rete di offerta sociale e la rete di offerta sociosanitaria”
- la Regione individua nelle *forme di gestione associata* la forma organizzativa adatta a garantire l'amministrazione dei servizi sociali
- ASL: vigilanza e controllo sull'offerta sociosanitaria e sociale; erogazione dei fondi regionali; acquisto di servizi socio-sanitari; assistenza economica agli invalidi civili
- *Soggetti privati e di “terzo settore”*: sono promosse le forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati.

Al centro di questa legge, come era già avvenuto con la LR 34/2004, si individua l'obiettivo di distinguere le due reti di offerta. Si tratta di una azione già perseguita negli anni scorsi solo a livello amministrativo, tramite le moltissime delibere di giunta ed atti dirigenziali, e che ora è tradotta in legge, che a sua volta genererà una intensissima produzione di atti amministrativi degli uffici centrali della regione e dei sue articolazioni territoriali, Asl in primo luogo. Questi procedimenti istituzionali sono organizzati nel modo seguente:

- attribuzione alla giunta regionale del compito di *individuare la “rete di offerta sociale” e la “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 nelle legge stessa, ora è affidato alla giunta ed agli uffici regionali. Ciò viene motivato come “semplificazione” e “flessibilità” del sistema operativo
- definizione analitica delle attività che rientrano nella *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. Con atto della giunta sono state elencate queste unità di offerta: comunità educative, comunità familiari, alloggi per l'autonomia, asili nido, micro nidi, centri prima infanzia, nidi famiglia, centri di aggregazione giovanile, centri ricreativi diurni, comunità alloggi per disabili, centri socio educativi, servizi di formazione all'autonomia per disabili, centri diurni per anziani (DGR 7437/2008)
- definizione analitica delle attività che rientrano nella *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. Con atto della giunta sono state elencate queste unità di offerta: Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (RSA); Centri diurni integrati per anziani non autosufficienti (CDI); Residenze sanitario assistenziali per disabili (RSD); Centri Diurni per Disabili (CDD); Titoli socio sanitari; Strutture di riabilitazione extraospedaliere, Hospice; Servizi per le tossicodipendenze, Consultori familiari (DGR 7438/2008

Il modello lombardo si fonda su procedure molto articolate e complesse di *accreditamento istituzionale* (di tipo sanitario, sociosanitario e sociale, quest'ultimo affidato ai comuni). Il sistema funziona nel modo seguente:

- le unità di offerta sociali presentano una comunicazione preventiva al comune ed alla Asl per l'esercizio delle proprie attività. Questa “*autorizzazione all'esercizio*” è subordinata al possesso di specifici requisiti previsti dagli uffici regionali
- le unità di offerta sociosanitarie presentano una *denuncia di inizio attività* alla Asl, sulla base del possesso di requisiti minimi stabiliti dalle norme
- *l'accreditamento delle unità di offerta sociali* (di competenza dei comuni) è la condizione per sottoscrivere i *contratti*
- *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
-

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*. A conclusione di questa rassegna informativa riassumo nella Tabella 3 la composizione delle diverse reti istituzionali ed organizzative del sistema lombardo

Tabella 3 *Distribuzione delle competenze nel sistema dei servizi lombardo*

<i>ENTI</i>	<i>FUNZIONI</i>
ASL	RETE DEI SERVIZI SANITARI
AZIENDE OSPEDALIERE	OSPEDALI SERVIZI PSICHIATRICI

ASL, tramite i DIPARTIMENTI ASSI	RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI
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 un reticolo politico-amministrativo di elevata complessità.

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 rientra nell'annoso tema 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.

In questo senso la norma che affida ai comuni l'integrazione fra le due programmazioni separate (art 18, comma 2) acquista un significato strategico per tutte le professionalità che hanno la cultura di agire sulle zone di confine: ossia quelle che rinunciano parzialmente alla propria autoreferenzialità per spostare il proprio agire sulla costruzione del "welfare territoriale" delineato dal recente ciclo legislativo.

Bibliografia:

Università di Milano – Bicocca, Facoltà di Sociologia/Corsi di Laurea in Servizio sociale e Progest, Giornate di studio "*I servizi sociali in Lombardia dopo la Legge Regionale n. 3/2008: elementi di riflessione*", Novembre 2008 - Aprile 2009

Gori Cristiano (cur.), *Politiche sociali di centro-destra: la riforma del welfare lombardo*, Carocci editore, Roma 2005, p. 351

Bissolo Giorgio, Fazzi Luca (cur.), *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Carocci Faber, Roma 2005, p. 375

Da Roit Barbara, *Politiche pubbliche per l'assistenza. Attori, orientamenti e risorse: i mutamenti in Lombardia*, Franco Angeli, Milano 2001, p. 271

Ferrario Paolo, *Politica dei servizi sociali* (capitoli 4 e 5), Carocci Faber, Roma 2001, pagg. 95-214
Brugnoli Alberto, Vittadini Giorgio, *La sussidiarietà in Lombardia: i soggetti, le esperienze, le policy*, Guerini e Associati, Milano 2008, p. 184

Normative statali e della Regione Lombardia:

Legge regionale 12 marzo 2008 n. 3, *Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario*

Delibera di Giunta Regionale 13 giugno 2008 n. 7437, *Determinazione in ordine all'individuazione delle unità di offerta sociali ai sensi dell'art. 4, comma 2 della LR 3/2008*

Delibera di Giunta Regionale 13 giugno 2008 n. 7438, *Determinazione in ordine all'individuazione delle unità di offerta sociosanitarie ai sensi dell'art. 5, comma 2 della LR 3/2008*

Legge regionale 14 dicembre 2004 n. 34, *Politiche regionali per i minori*

Legge regionale 13 febbraio 2003 n. 1, *Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia*

Legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*

Legge regionale 5 gennaio 2000 n. 1, *Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia*

Legge 8 novembre 2000 n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*

Legge regionale 11 luglio 1997 n. 31, *Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali*

Decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997 n. 59*

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 421/1992* (modificato dai Decreti Legislativi 15 dicembre 1993 n. 517, 19 giugno 1999 n. 229, 7 giugno 2000 n. 168)

Deliberazione del Consiglio Regionale 23 dicembre 1987 n. IV/871, *Piano regionale socio-assistenziale per il triennio 1988-1990*

Legge regionale 7 gennaio 1986 n. 1, *Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia*

Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 8 agosto 1985, *Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della legge 23.12.1978 n. 833*