

Come cambia l'organizzazione dell'offerta dei servizi nella nuova riforma

Contributo di **Paolo Ferrario** già docente di Politiche sociali alla Università di Milano Bicocca e autore del Blog di ricerca Mappeser.com

L'articolo propone un approfondimento della LR 23/2015 sulla riforma sociosanitaria in Lombardia, osservando i principali cambiamenti nell'organizzazione dell'offerta di servizi, con particolare riferimento alle ASST e alla loro articolazione territoriale per distretti e ambiti.

a cura di Valentina Ghetti - lunedì, ottobre 26, 2015

<http://www.lombardiasociale.it/2015/10/26/come-cambia-lorganizzazione-dellofferta-dei-servizi-nella-nuova-riforma/>

La legge regionale 23/2015 interviene in modo rilevante sulla organizzazione dell'offerta. Si afferma un modello del tutto originale nel quadro italiano delle politiche dei servizi.

Il senso della operazione può essere riassunta nel modo seguente: **accentramento amministrativo in capo alla Regione Lombardia, attenuati dalla promozione di processi di programmazione e gestione locali finalizzati a coinvolgere il sistema delle autonomie locali.**

Come illustrato nel [precedente articolo](#) vengono istituite le **ATS (agenzie di tutela della salute), articolazioni amministrative della Regione che si proiettano nei territori.** Strutture che attuano la programmazione definita dalla Regione, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati pubblici e privati.

A queste si aggiungono le **ASST (aziende socio sanitarie territoriali), ossia delle strutture operative pubbliche della sanità lombarda** (art. 7), che si articolano a loro volta in due settori aziendali:

- “rete territoriale”
- “polo ospedaliero”.

Il polo ospedaliero poi si articola in “presidi ospedalieri” e/o in “dipartimenti organizzati in diversi livelli di cura”.

La rete territoriale della ASST ha il compito di erogare i seguenti servizi:

1. prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, cure intermedie;
2. prestazioni distrettuali che in passato erano erogate dall'ASL;
3. prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari anche delegate dalle ATS o dalle autonomie locali.

Nella nuova legge viene ribadito il principio della “separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quello di erogazione”.

E' certamente per questi motivi che la Regione Lombardia ha disposto un sistema istituzionale che distingue nettamente la parte amministrativa (ATS) dalla parte operativa (ASST). Tale indirizzo

renderà sempre più necessario mettere in atto strategie organizzative e professionali finalizzate all'integrazione fra servizi, termine che ricorre in tutta la legge.

Spetta alla Regione elaborare annualmente le “regole di sistema” contenenti i principi attuativi del SSL (art. 17) e quelle per la programmazione dei fabbisogni degli acquisti, degli investimenti e dei contratti (art. 5/6).

Le procedure di accreditamento (art. 15) sono richiamate nei tre noti processi amministrativi di: autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria; accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate in possesso di definiti requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi; accordi contrattuali regolati dal l'organismo regionale di valutazione e subordinati all'accettazione del sistema di finanziamento.

Per quanto riguarda il complesso rapporto interistituzionale fra servizi sanitari di competenza della Regione e servizi sociali di competenza dei Comuni, **acquista fondamentale rilievo strategico la riorganizzazione dei Distretti.**

In ogni ATS verranno costituiti un numero di distretti pari al numero delle ASST comprese nelle ATS (art. 7 bis/1). Dunque l'ATS si articola in distretti che hanno competenza sul territorio del settore aziendale territoriale delle ASST. A loro volta i distretti saranno articolati in “ambiti distrettuali” comprendenti ciascuno una popolazione di norma non inferiore agli 80.000 abitanti. Tale criterio viene corretto per le aree ad alta densità abitativa dove il rapporto è elevato a 100.000 abitanti e nelle aree montane, dove l'ambito potrà comprendere anche una popolazione minima di 25.000 abitanti. **Sarà quindi in connessione alle citate articolazioni territoriali che andrà sviluppata una nuova fase di implementazione dei Piani di Zona.**

E' in questa riorganizzazione che emerge in modo vistoso il cambiamento introdotto dalla LR n. 23/2015: le componenti sanitarie e sociosanitarie **d'ora in avanti sono regolate dal testo unico delle leggi sanitarie lombarde (LR n. 33/2009), mentre i servizi sociali sono regolati dalla LR n. 3/2008 anch'essa modificata dalla riforma del 2015 ([si veda articolo dedicato](#)).**

Appare così confermato, anche se modificato dal punto di vista strutturale e funzionale, il “modello lombardo” delle tre reti:

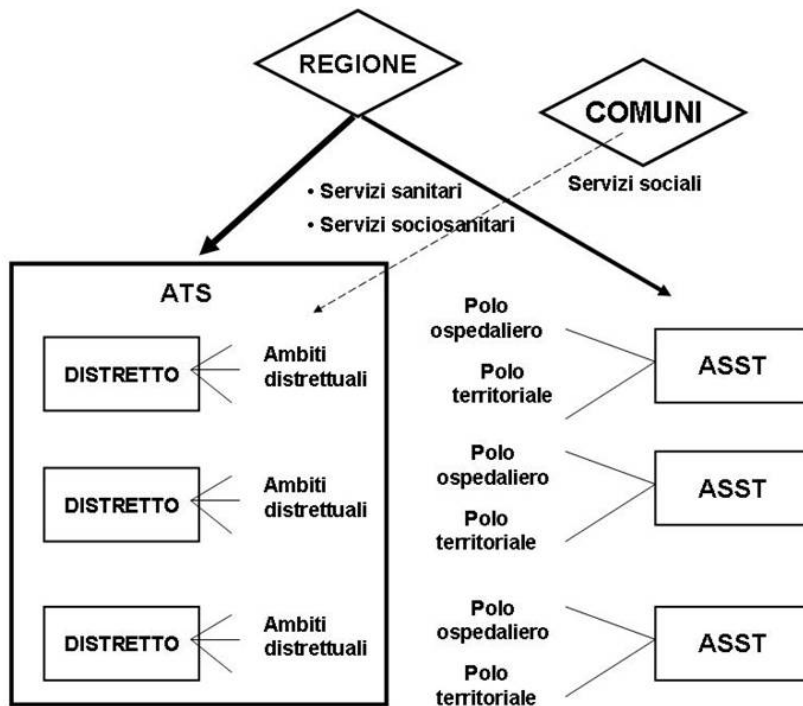
1. sanitaria
2. sociosanitaria
3. sociale

Le prime due afferiscono alla Regione e alle sue sottoarticolazioni (AST e ASST); l'ultima è in capo ai Comuni singoli o associati nelle forme amministrative da essi autonomamente deliberate.

Relativamente alla parte sanitaria, sembra opportuno sottolineare il “sistema delle cure primarie” (art. 10), soprattutto dove si parla di presa in carico delle persone fragili e croniche, dell'obiettivo di erogare prestazioni al domicilio del paziente, del favorire “la presenza di personale di studio, di infermieri e la collaborazione di professionisti sanitari con adeguato profilo professionale”.

Le unità di offerta sociosanitarie erogano le “prestazioni sanitarie a rilevanza sociale” e le “prestazioni sociali a rilevanza sanitaria” (art. 26). Viene qui ribadito il principio dell'integrazione fra le due componenti di servizio, per rispondere ai bisogni delle famiglie, dei disabili, delle dipendenze e delle non autosufficienze. Anche in questo caso viene affermato il principio organizzativo della presa in carico della persona attraverso piani personalizzati di assistenza orientati a integrare la componente sanitaria, sociosanitaria e sociale, per assicurare la continuità assistenziale e superare la frammentazione fra le prestazioni (art.26/5).

Graf . 1. Il sistema organizzativo delle ATS e delle ASST



Le unità di offerta sociali sono definite, nell'aggiornata LR n. 3/2008, in termini di obiettivi (art. 4): aiutare la famiglia; tutelare la maternità; sostenere le responsabilità genitoriali; tutelare i minori; favorire l'inserimento o il reinserimento sociale; assistere le persone in condizioni di disagio psico-sociale; favorire l'integrazione degli stranieri; sviluppare la coesione sociale.

Dal punto di vista organizzativo spetta alla Giunta regionale individuare con precisione le unità di offerta sociali (art. 4/2). Anche per queste tipologie di servizio sono previste le procedure di accreditamento (art. 15; art. 16).

Resta regolato il Piano di Zona, quale atto di programmazione in ambito locale della rete dell'offerta sociale. Come detto in precedenza, tale strumento programmatico sarà pensato, discusso e adottato sia a livello di distretto che dei suoi sottosistemi (ambiti distrettuali).