

## Riforma sociosanitaria: come cambia la legge regionale 3/2008

Contributo di **Carlo Mario Mozzanica** – Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

La legge di riforma appena approvata è intervenuta in modo sostanziale a modificare la normativa quadro regionale n.3/2008 sul governo della rete del sistema d'offerta sociale e sociosanitario. L'articolo propone una disamina puntuale delle modifiche apportate e primi commenti in relazione ai significati e alle possibili conseguenze.

a cura di **Valentina Ghetti** - giovedì, ottobre 15, 2015

<http://www.lombardiasociale.it/2015/10/15/riforma-sociosanitaria-come-cambia-la-legge-regionale-32008/>

### I rapporti tra la L.R. 23/2015 e la L.R. 3/2008

E' noto che la legge regionale n. 23/2015<sup>[1]</sup> ridefinisce, soprattutto, l'assetto organizzativo della sanità e si esibisce come modifica al testo della L.R. 33/2009 (*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*).

La domanda sottesa all'istruzione del rapporto tra le due normative, oggetto della presente riflessione, risulta evidente: **la legge 3/2008<sup>[2]</sup>, afferente il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario, resta in vigore, dopo l'approvazione della L.R. 23/2015?** La risposta immediata, prima di analizzare i presupposti dell'integrazione istituzionale tra sanità e assistenza, con la mediazione dell'integrazione sociosanitaria, è affidata all'art. 2, comma 8 sub j)1., che recita: "il titolo (della LR. 3/2008) è sostituito dal seguente: "*Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale*". **La legge regionale 3/2008 si trasforma in legge relativa all'ambito dei servizi alla persona nell'area esclusivamente sociale.**

In linea generale la legge 23/2015 si prefigge l'obiettivo di favorire "*per quanto di competenza e nell'ambito del SSL, l'integrazione del SSR con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali*"..... (art. 1, comma 3).

In tale contesto **la definizione che viene data di servizio sociale è riduttiva**, rispetto alla definizione data dalla legge 3/2008: si veda l'art. 3, comma 2 sub b), per cui il *servizio sociale* è inteso quale "*erogazione di prestazioni assistenziali di supporto alla persona e alla sua eventuale famiglia*".

### Una nuova visione di integrazione?

I *presupposti* dell'integrazione, sotto il profilo ermeneutico della legge, sono da ricercare nel lungo cammino delle riforme sanitarie nazionali, fino alla L.R. 31/1997 e la conseguente L.R. 33/2009, per quanto riguarda la Lombardia.

Il profilo dell'integrazione sociosanitaria articola differenziati livelli: professionale, funzionale, istituzionale, *intra-* ed *inter-*istituzionale, organizzativo, programmatico e valutativo. Il merito dell'integrazione, che sottende la relazione tra le due leggi regionali, oggetto della presente riflessione, attiene il livello, essenzialmente, inter-istituzionale; semplificando, ci si riferisce alle competenze sociali (Comune) e Sanitarie (ASL). Si farà qui riferimento al solo aspetto dell'integrazione funzionale ed istituzionale.

La prima riforma sanitaria (L. 833/1978) aveva garantito l'integrazione istituzionale strutturalmente, essendo l'USL (o l'USSL)[3] espressione del Comune (o singolo o associato, o già associato o frazione di comune metropolitano), al punto che, nel caso di un'identità territoriale tra USL e Comune, gli organi si identificavano: Presidente dell'USL-Sindaco; Comitato di gestione-Giunta municipale; assemblea dell'USL-Consiglio comunale. L'integrazione istituzionale è strutturalmente data (nel rapporto tra USL e comuni). Per la Lombardia si rinvia alle LL.RR. 35/1980, 39/1980; 109/1980 e 1/1986.

La seconda riforma sanitaria (D. Lgs. 502/1992) separa istituzionalmente i soggetti: l'ASL diventa Azienda strumentale alla Regione; il rapporto con i Comuni è regolato solo da delega (cfr. art. 3, c. 3)[4].

La terza riforma sanitaria (D. Lgs. 229/1999), oltre ad articolare i livelli dell'integrazione sociosanitaria, sotto il profilo funzionale (art. 3, comma 3 *septies*)[5], cerca (non potendo, ai sensi della legge delega n. 419/1998, modificare l'impianto fondamentale della seconda riforma sanitaria) di ricostruire il rapporto ASL-Comune con i tre profili dell'*assemblea dei sindaci* (distretto), della *Conferenza dei sindaci* (ASL, con l'istituzione del Consiglio di rappresentanza) e la *Conferenza permanente* per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale. Con chiarezza i tre profili dell'integrazione inter-istituzionale sono ripresi dalla L. R. 23/2005 (cf. art. 1, modifica dell'art. 20).

Da questo punto di vista l'integrazione sociosanitaria è parte essenziale dei LEA (anche se le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale prevedono una compartecipazione "sociale" alla spesa dei servizi e presidi sociosanitari). **Sotto questo profilo appare parzialmente incongrua la strutturazione della L.R. 3/2008, che individua e integra servizi sociali e sociosanitari (con una faticosa correlazione con i servizi sanitari)[6]. Al contrario, appare congrua la nuova normativa, che assume nel percorso di tutela della salute, l'integrazione sociosanitaria**, atteso che le tre competenze funzionali della stessa (prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni ad elevata integrazione sanitaria) sono parte essenziale dei LEA, cosicché, ormai, l'orizzonte compiuto della tutela della salute attiene alla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria), alla diagnosi e cura, alla riabilitazione e all'integrazione sociosanitaria.

## **Come si modifica la L.R.3/2008**

Le conseguenze relative al testo della L.R.3/2008, a seguito dell'approvazione della L.R. 23/2015, sono indicate all'art. 2, comma 8 *sub j*) (*Disposizioni finali e disciplina transitoria*) e sono raccolte in 73 modifiche; alcune sono sostanziali, anche perché non riprese nel precitato testo della L.R. 23/2015.

### ***Ambito sociosanitario***

soppressione, nel titolo della legge n. 3/2008, *dell'ambito sociosanitario e* indicazioni specifiche di abrogazione del "*sociosanitario*" in tutta l'articolazione della legge.

### ***Unità d'offerta sociosanitarie***

Al n. 9 (del precitato art. 2, comma 8 *sub j*) si abroga l'art. 5, che definisce le unità d'offerta sociosanitarie, con i differenziati compiti ad esse attribuite. Per la verità l'art. 26 della L.R. 23/2015[7] recita "*Unità d'offerta sociosanitarie*" e rivede i contenuti dell'abrogato art. 5 della L.R. 3/2008; tra l'altro quando la Giunta Regionale istituisce nuove unità d'offerta sociosanitarie deve consultare i soggetti di cui all'art. 5, comma 14 (Osservatorio integrato del SSL, che raccoglie la rappresentanza di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie sociali, il coinvolgimento del GATTTS[8], ordini, collegi, organizzazioni sindacali, associazioni di volontariato, conferenza dei sindaci etc.); ancora la Giunta Regionale definisce i criteri per il riordino e la riqualificazione delle unità di offerta sociosanitarie, nella

prospettiva di una piena integrazione. Tra i criteri la Regione promuove: modalità di presa in carico, implementazione di modalità di valutazione dei bisogni, attivazione e rafforzamento del supporto alla persona fragile (anche con il trasferimento monetario e con interventi complementari all'assistenza domiciliare).

### ***Bisogni***

Al n. 11 si abroga il comma 3 dell'art. 6, che istituisce la categorizzazione dei bisogni che determinano le possibili risposte sociosanitarie (tra l'altro è abrogata la possibilità di un accesso privilegiato alle prestazioni non incluse nell'Allegato 1 C dei Lea)

### ***Agevolazioni per l'accesso alle prestazioni***

Ai nn. 16-21 si rivede radicalmente l'art. 8. Sono abrogati i commi 1, 3, 4, 11. Il comma 2 è sostituito e viene meno, nella determinazione dell'accesso agevolato alle prestazioni sociali e del relativo livello di compartecipazione, la consultazione dei soggetti di cui al (seppur rivisto) art. 3 e della Commissione consiliare competente.

### ***Competenze della Regione***

Ai nn. 26-35 si modifica l'art. 11 con la soppressione di molte lettere del comma 1). Non tutte le funzioni ivi indicate sono poi riprese dalla L.R. 23/2015, laddove si esplicitano le funzioni della Regione (art. 5), anche se al comma 3 si individua la possibile “*tariffa di presa in carico della cronicità, attraverso un sistema in continuo aggiornamento*”.

### ***Dispositivi in supporto al Consiglio di rappresentanza dei sindaci***

Al n. 40 si abroga il comma 3 dell'art. 13, relativo alla statuizione di un ufficio, dotato di adeguate competenze tecniche ed amministrative (a carico dell'ASL) a supporto del Consiglio di rappresentanza dei sindaci. Per la verità all'art 6, comma 6 sub *f*), laddove si parla del dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali, si prevede la possibilità di attivare una “*cabina di regia*”, con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento.

### ***Competenze Asl***

Al n. 41 si abroga l'art. 14 (*Competenze delle ASL*). Si tratta di valutare se le funzioni saranno adeguatamente assunte dalle istituende ATS.

### ***Livelli regionali di assistenza e interventi per la non autosufficienza***

Al n. 50 si abroga l'art. 17. È pur vero che la seconda parte della riforma sanitaria (i Titoli III, IV, V, VI, VII e VIII delle L.R. 33/2009) dovrà essere approvata in tempi successivi e quindi taluni profili qualificanti (per il sociosanitario) della L.R. 3/2008 potranno essere ripresi. Ma **l'abrogazione dell'art. 17 impoverisce l'assetto organizzativo e programmatico dell'area sociosanitaria, dopo il lungo dibattito in sede di approvazione della L.R. 3/2008** (con le successive modificazioni migliorative del precitato articolo): in sintesi il riferimento abrogativo attiene l'intervento di prestazioni ulteriori ai LEA, la riduzione o l'esenzione della partecipazione alla spesa da parte dell'utente<sup>[9]</sup>; la definizione dei Livelli uniformi delle prestazioni sociali<sup>[10]</sup>; il piano (e le forme di finanziamento) per la non autosufficienza.

### **Alcune innovazioni**

Le *innovazioni*, in rapporto alla L.R. 3/2008, introdotte dalla L.R. 23/2015 sono relative a molteplici e differenziati profili.

È **frequentissimo il richiamo all'integrazione funzionale tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali** (cfr. art. 2 <Principi>, comma 1 sub *j*) e *k*); art. 3, comma 1 sub *d*); art. 4, comma 1 sub *f*); art 5, comma 16). Il POAS[11] è sempre correlato con il piano sanitario, sociosanitario e sociale integrato territoriale (cfr. art. 3, comma 3).

Il quadro organizzativo novellato prevede la costituzione delle ATS[12], che restano il riferimento essenziale per la programmazione, secondo le indicazioni di cui all'art. 20 (Conferenza dei sindaci) e garantiscono *“l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali”* (art. 6, comma 2), oltre che farsi carico del *“governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali”* (art. 6, comma 3 sub *b*).

**Semmai il problema è il ridotto numero delle ATS (8, in tutta la Lombardia, a fronte delle precedenti 15 ASL)**

Sempre in tale prospettiva, *“Le ATS, sentiti i consigli di rappresentanza dei sindaci e le assemblee dei sindaci di cui all'articolo 20 e secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, per garantire l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale si avvale del dipartimento di cui al comma 6, lettera *f*), e per organizzare tale integrazione, anche attraverso i piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e alla legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario)”* (art. 6, comma 5).

L'articolazione territoriale (rapporto ATS e Comuni) è definita dai *distretti* (art 7 bis): essi corrispondono alle ASST[13], che saranno, in Lombardia, 27, afferenti a ciascuna delle 8 ATS. I distretti sono articolati in *ambiti distrettuali* (con popolazione non inferiore ad 80.000 abitanti, con differenziazione nelle aree montane e nell'area metropolitana).

La *conferenza dei sindaci* è composta dai sindaci dei comuni compresi nel territorio dell'ATS e si avvale del Consiglio di rappresentanza. Si articola in: a) *assemblea dei sindaci* di distretto; b) *assemblea dei sindaci* dell'ambito distrettuale. L'art. 20, comma 2 sub *a),b),c),d*) definisce le funzioni (formulazione, partecipazione, promozione, espressione).

## **In conclusione**

Una valutazione più approfondita esigerebbe l'analisi dei singoli articoli della L.R. 23/2015 correlandola con quanto resta della L.R. 3/2008.

In sintesi:

- La legge n. 3 /2008 ha competenza esclusivamente per l'area sociale
- L'integrazione è garantita nelle ASST dai POT[14] e dai PreSST[15]
- Il tavolo del terzo settore resta (in quanto l'art. 11, comma 1 sub *m*) non è abrogato
- La determinazione delle consultazioni è genericamente affidata all'Osservatorio integrato del SSL
- L'apporto dei comuni è regolato dalla conferenza dei sindaci (consiglio di rappresentanza) di ogni ATS (territorialmente molto estese), dall'assemblea dei sindaci di distretto e di ambito territoriale
- La correlazione comuni ATS appare problematica per la grande estensione territoriale di ogni ATS
- La definizione dei nuovi rapporti è legata alla costituzione degli organi di cui all'art. 2, comma 4 (cfr. art. 2, comma 9, con riferimento a quanto definito dall'art. 2, comma 8)

**Occorrerà valutare l'implementazione organizzativa e gestionale di tutta la riforma, sulla quale sarà opportuno, al più presto, ritornare.**

[1] **Legge regionale 11 agosto 2015 – n. 23** *Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33* (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

[2] Qui si fa riferimento al testo previgente (al 28.8.2015) della legge Regionale n. 3/2008 (con le successive modificazioni e integrazioni, previe alla L.R. 23.2015)

[3] USL: Unità Sanitaria Locale; USSL, Unità Socio Sanitaria Locale

[4] *L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socioassistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.*

[5] Definiti dal DPCM 14.2.2001 *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie* e riconosciuti con profilo *tipologico* e *topologico* lievemente differenziato nell'Allegato 1C del DPCM 29.11.2001, *Definizione dei livelli essenziali di assistenza* (LEA).

[6] Forse la determinazione era legata al fatto che in Lombardia, da tempo, esistono (esistevano..) due assessorati: quello alla Famiglia, solidarietà sociale.. e alla sanità. Tra l'altro il primo ha competenza relativa al sociale e al sociosanitario (con la gestione del fondo sanitario relativo all'integrazione sociosanitaria, alle cure intermedie etc.)

[7] Il richiamo degli articoli (correttivi o sostitutivi degli artt. della L.R 33/2009) è sempre riferito all'art 1 (che non si citerà ogni volta)

[8] GATTS, acronimo di Gruppo di Approfondimento Tecnico per le Tecnologie Sanitarie

[9] Per la verità la L.R. 23/2015 all'art. 3, comma 7, prevede una possibile modulazione delle esenzioni e delle compartecipazioni in base al reddito, proprio per l'accesso alla rete delle unità d'offerta sociosanitarie.

[10] È irriuale questa abrogazione: in una legge rivisitata e ricondotta al sociale si cancella la volontà di definire i livelli uniformi nel sociale.

[11] POAS, acronimo per Piano di Organizzazione Strategica Aziendale

[12] ATS: Agenzie di Tutela della Salute (art. 6)

[13] ASST: Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (art. 7)

[14] POT: Presidi Ospedalieri Territoriali

[15] PreSST: Presidi SocioSanitari Territoriali