

Paolo Ferrario, La politica dei servizi nella Regione Lombardia e il governo delle reti sanitarie, socio-sanitarie e sociali (con particolare riferimento alla LR n. 3/2008 e LR n. 33/2009)

Questa dispensa riprende, in forma molto ampliata, la lezione del 21 aprile 2010 e aggiorna i seguenti saggi pubblicati nel passato:

- **Paolo Ferrario, Servizi sociali e sociosanitari in Lombardia, in Prospettive sociali e sanitarie n. 1, 15 gennaio 2009, pagg. 3-7**
- Ferrario Paolo, "**Servizi sociali e riorganizzazione del servizio sanitario in Lombardia**" in Mo.V.I. Fogli di informazione e di coordinamento n. 6 1997, p. 6-11

Per una facilitazione dell'apprendimento suggerisco, quindi, di prendere in considerazione questo fascicolo unitamente all'**audio** che sarà disponibile sull'aula virtuale.

Punti chiave della dispensa:

- Dati sociodemografici
- Periodizzazione delle politiche legislative
- Comparazione fra le politiche legislative dello stato e della Regione Lombardia
- Modelli di politica dei servizi: gli anni '80 e gli anni '90 e seguenti
- Il principio ideologico di sussidiarietà applicato alle politiche sociali
- La distribuzione delle politiche dei servizi nel sistema lombardo
- Gli orientamenti in politica dei servizi sanitari: dalla LR 31/1997 alla LR 33/2009
- Analisi della LR 3/2008 di regolazione dei servizi sociali e dei servizi sociosanitari
- Le unità di offerta sociali e socio-educative
- Le unità di offerta sociosanitarie
- I tre circuiti dei servizi alla persona: servizi sanitari, servizi socio sanitari, servizi sociali
- Esternalizzazione della produzione dei servizi e pratiche amministrative di appalto e di accreditamento

Domande che attraversano i contenuti trattati:

- Quale sviluppo storico si è manifestato nelle politiche dei servizi della Regione Lombardia?
- Cosa è un “ciclo legislativo” delle politiche e perché è necessario mettere in parallelo cicli legislativi dello stato e cicli legislativi delle regioni?
- Cosa si intende per modello di politica dei servizi?
- Quale modello sta organizzando dal 1997 la Regione Lombardia?
- Cosa è il principio ideologico della “sussidiarietà” e come si manifesta nella Regione Lombardia? Quali vantaggi e quali limiti si riscontrano in questo principio?
- Cosa è la distribuzione delle politiche sociali? E come si manifesta nella Regione Lombardia?
- Come è regolato il sistema sanitario (dalla LR 31/1997 alla LR 33/2009)?
- Cosa è il Dipartimento Assi delle Asl lombarde?
- Come è regolato il sistema dei servizi sociali ed educativi e quello dei servizi sociosanitari (LR 3/2008)
- Perché è necessario mettere in parallelo cicli legislativi dello stato e cicli legislativi delle regioni?
- In cosa consiste il modello gestionale della Programmazione / Acquisto / Controllo? E che effetti ha sui sistemi organizzativi e professionali?
- Come funzionano le pratiche amministrative dell’accreditamento istituzionale?
- Quali differenze regolativa fra procedure di appalto procedure di accreditamento?

LOMBARDIA

Popolazione:	9.121.714
Numero famiglie residenti:	3.652.954
Superficie (kmq):	23.857
Densità demografica (kmq):	382
Numero di comuni:	1.546
- Montagna	475
- Collina	321
- Pianura	750
Numero province	11
Numero aziende sanitarie	15
Numero distretti sanitari	96



Indicatori demografici

<i>Indice</i>	<i>Valore</i>	<i>N. indice (Italia=100)</i>	
Indice di vecchiaia	138,0	105,0	↗
Numero medio di figli per donna	1,2	97,6	↘
Indice di carico di cura	47,3	88,9	↘
Percentuale di popolazione ≥ 75 anni	7,8	93,7	↘
Indice di immigrazione extracomunitaria	3,1	144,5	↗
Indice di mascolinità della popolazione anziana	64,7	92,9	↘

REGIONE LOMBARDIA: FASI DI SVILUPPO DELLE POLITICHE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

1973-1980	LEGGI DI SETTORE: ANZIANI, ASILI NIDO, CONSULTORI, HANDICAP, ...
1980	ASSETTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO DELLE USL - Unità Socio- Sanitarie Locali
1982-1986	PRIME DEFINIZIONI DELL' ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI A LIVELLO LOCALE
1986	LEGGE DI RIORDINO DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI: LR n. 1 1986
1988-1989	- PRIMO PIANO SOCIO-ASSISTENZIALE - PROGRAMMI DI ZONA DEI SERVIZI
1989-	VARIE PROROGHE DEL 1° PIANO SOCIO - ASSISTENZIALE
1993	PRIMA RIZONIZZAZIONE DELLE ASL
1997	ESPLICITAZIONE DEL MODELLO DI POLITICA SOCIO-SANITARIA: RIORGANIZZAZIONE delle AZIENDE SANITARIE LOCALI e delle AZIENDE OSPEDALIERE LR n. 31/1997
2000	RIORDINO DEL SISTEMA DELLE AUTONOMIE LOCALI
2001-2004	<ul style="list-style-type: none"> • ATTUAZIONE PER VIA AMMINISTRATIVA DELLA LEGGE 328/2000: "GOVERNO" DEL FONDO SOCIALE • SOSTEGNO ALLE FUNZIONI SOCIALI ed EDUCATIVE DELLE PARROCCHIE • PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2002-2004 • RIORDINO DELLE IPAB E LORO TRASFORMAZIONE IN ASP Aziende Servizi alla Persona o FONDAZIONI, Lr 1/2003 • SERVIZI PER DISABILI: SEPARAZIONE CSE/CDD
2004-2008	<ul style="list-style-type: none"> • POLITICHE REGIONALI PER I MINORI: ESPLICITAZIONE DEL MODELLO dei 3 sottosistemi Lr 34 2004 • PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2007-2009
2008	"GOVERNO DELLA RETE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI ALLA PERSONA IN AMBITO SOCIALE E SOCIO-SANITARIO LR n. 3/2008 e DGR attuative
2009	TESTO UNICO delle leggi regionali in materia di SANITA' LR n. 33 2009

STATO E REGIONE LOMBARDIA: COMPARAZIONE STORICA DELLE POLITICHE DEI SERVIZI

STATO

REGIONE LOMBARDIA

ANNI '80

**RALLENTAMENTO DELL'AZIONE
LEGISLATIVA
RILEVANZA DEL DECRETO SUI
SERVIZI SOCIALI DI RILEVO SANITARIO
DPCM 8.8.85**

**FORTE E SIGNIFICATIVA
RIORGANIZZAZIONE DEI
SERVIZI SOCIALI
LR 1.1986**

ANNI '90

**FORTISSIMA AZIONE LEGISLATIVA
SU TUTTI I SETTORI DELLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE
E DEL PRIVATO SOCIALE**

**SITUAZIONE DI ATTESA E DI
GOVERNO DELL'ESISTENTE**

1997 - 2001

• **"LEGGI BASSANINI": MASSIMO
DECENTRAMENTO AMMINISTRATIVO
A COSTITUZIONE INVARIATA
L. 59.1997; L.127.1997; DGLS 112.1998**

**RIORGANIZZAZIONE DEL
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
LR 31.1997**

• **RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE
Decreto Legislativo 229/1999**

• **ORDINAMENTO degli ENTI LOCALI
Decreto Legislativo 267/2000**

• **RIFORMA dei SERVIZI SOCIALI
Legge 328/2000**

**RIFORMA del titolo V COSTITUZIONE
LC 3/2001**

dal 2001

• **RIORDINO delle AUTONOMIE LOCALI
In LOMBARDIA, Legge Regionale 1/2000**

• **ATTUAZIONE AMMINISTRATIVA DELLA
LEGGE 328/2000**

• **RIORDINO delle IPAB/ASP/FONDAZIONI**

• **PIANI SOCIO SANITARI:**
• 2002/2004
• 2006-2008

• **LEGGI REGIONALI ed ATTI AMMINISTRATIVI
sulle reti sanitarie, socio sanitarie e sociali**

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 la 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. In questa complessa ingegneria economico-istituzionale appare evidente un nodo strutturale del nostro sistema: quello di definire i due campi di competenza operativa delle Asl (e relativo fondi sanitari regionali) e dei Comuni (e relativi fondi di finanza locale). La ricaduta dei costi nell'uno o nell'altro campo si ripercuote sulle politiche di bilancio dei due settori e, conseguentemente, nelle loro scelte di politica amministrativa.

Sulla base di queste regole, la distribuzione delle risorse delle politiche sociali in materia di servizi alla persona, sono strutturate come nella Tabella 2.

Tabella 2 *Distribuzione analitica del sistema delle politiche sociali*

TIPO DI OFFERTA	COMPETENZA	FINANZIAMENTO

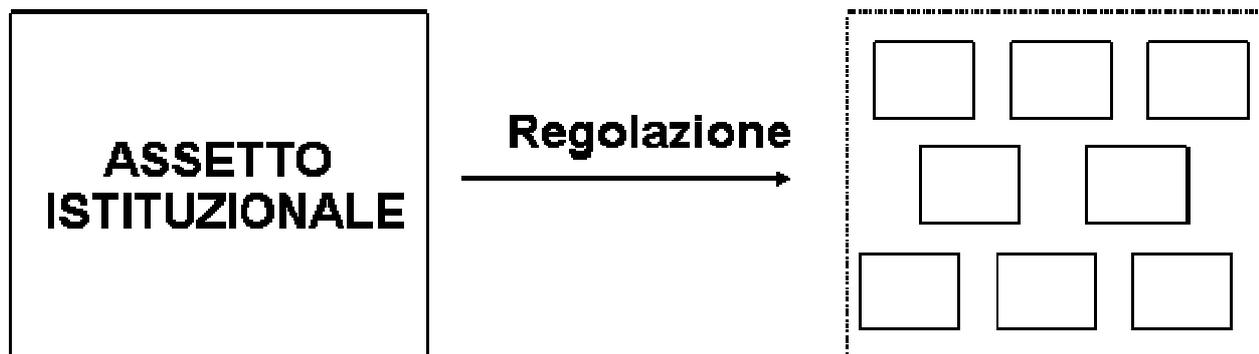
PREVIDENZA E LAVORO	STATO, MINISTERI	CONTRIBUTI, BILANCIO DELLO STATO
SANITA'	REGIONI, ASL	FONDO SANITARIO RETTE UTENTI
PRESTAZIONI SANITARIE A RILEVANZA SOCIALE	REGIONI, ASL	FONDO SANITARIO
PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE A ELEVATA INTEGRAZIONE SANITARIA	REGIONI, ASL	FONDO SANITARIO
PRESTAZIONI SOCIALI A RILEVANZA SANITARIA	COMUNI	BILANCI COMUNALI RETTE UTENTI
SERVIZI SOCIALI	COMUNI	BILANCI COMUNALI RETTE UTENTI
SERVIZI SOCIALI CONNESSI ALLA AMMINISTRAZIONE DELLA GIUSTIZIA	STATO, MINISTERI	BILANCIO DELLO STATO

TENDENZE DI POLITICA LEGISLATIVA DELLA REGIONE LOMBARDBIA DOPO IL 1997

- **UNA PARTICOLARE INTERPRETAZIONE DEL “PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETA”**
- **IL PROGRESSIVO RAFFORZAMENTO DELLE FORME AMMINISTRATIVE DELL’ACCREDITAMENTO**
- **IL RIORDINO DELLE AUTONOMIE LOCALI E LA DIFFERENZIAZIONE FRA POLITICHE SANITARIE E POLITICHE SOCIALI**
- **LA PARTICOLARE MODALITA’ DI REALIZZAZIONE DELLA LEGGE 328/2000**
- **IL RUOLO ATTRIBUITO AL FINANZIAMENTO DEI SERVIZI TRAMITE “VOUCHER”**
- **IL RAFFORZAMENTO DEL MODELLO LOMBARDO TRAMITE I PIANI SOCIO-SANITARI**
- **IL RIORDINO DELLE IPAB E LORO TRASFORMAZIONE IN FONDAZIONI**
- **LA PARTICOLARE INTERPRETAZIONE DELLA “INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA”**
- **LA RIORGANIZZAZIONE DELLE POLITICHE REGIONALI PER I MINORI**
- **IL RIORDINO DELLE FUNZIONI DI CONTROLLO E VIGILANZA**
- **LA RIORGANIZZAZIONE COMPLESSIVA DELLA RETE DEI SERVIZI SANITARI, SOCIO-SANITARI, SOCIALI**

REGIONE LOMBARDIA IL MODELLO DI POLITICA DEI SERVIZI RINTRACCIABILE NELLA LEGGE N. 1/1986

RETE di OFFERTA DEI SERVIZI SOCIALI



- RETE DI 86 USSL
- SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE DELLE USSL
- LEGAME COMUNI – USSL FACILITATO DALLE DIMENSIONI DEI DISTRETTI
- PIANI SOCIO-ASSISTENZIALI
- FLUSSI DI SPESA SU FONDO SOCIALE REGOLATI CON PROGRAMMAZIONE ANNUALE

- STANDARDIZZAZIONE DELLA RETE
- INDIVIDUAZIONE DI TIPOLOGIE DI SERVIZIO

REGIONE LOMBARDIA IL MODELLO DI POLITICA DEI SERVIZI RINTRACCIABILE NELLA LR N. 33/2009 e LR N. 3/2008

**RETE di OFFERTA DEI
- SERVIZI SANITARI
- SERVIZI SOCIOSANITARI
- SERVIZI SOCIALI,**



- RETE DI 15 Asl
- DIPARTIMENTO ASSI ALL'INTERNO DEL SISTEMA ASL
- LEGAME COMUNI – ASL
RESO DIFFICILE DALLE DIMENSIONI
DEMOGRAFICHE DELLE ASL
E RELATIVI DISTRETTI
- PIANI SOCIO-SANITARI
- FORTE ARTICOLAZIONE DEI FLUSSI DI SPESA:
 - SOCIALE
 - SANITARIA
 - SOCIO-SANITARIA

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'allocazione 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 fra tutti gli attori decisionali. 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.

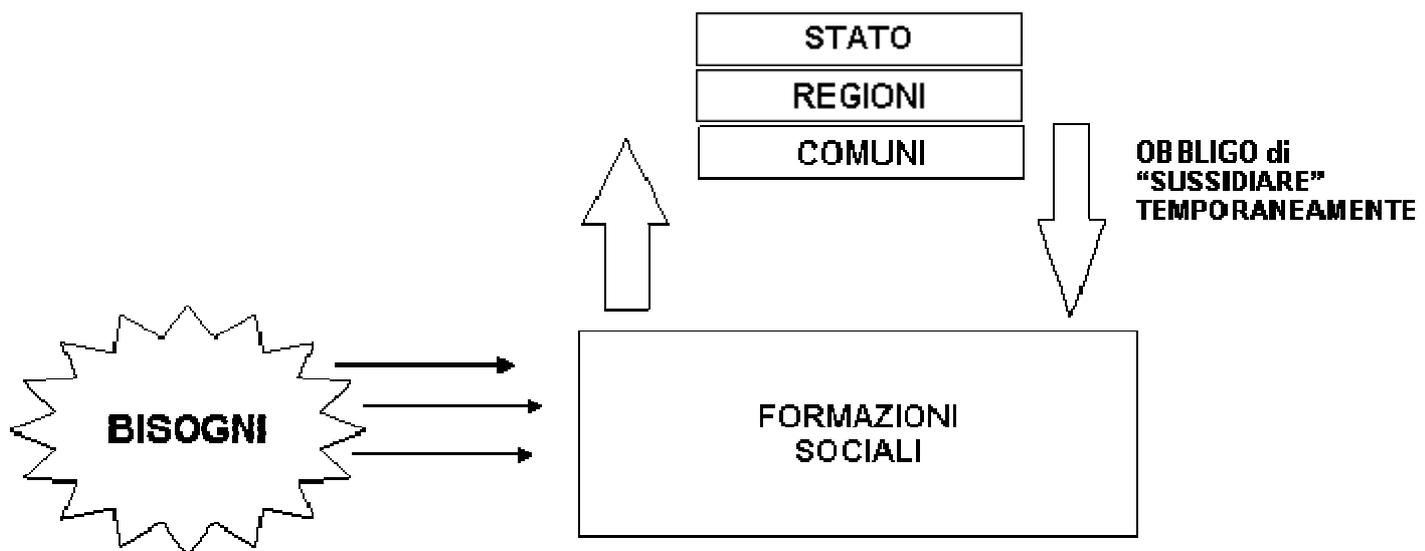
PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETA': definizione linguistica

«principio ideologico istituzionale [...] secondo cui le strutture e le istituzioni politiche di livello superiore, in particolare quelle dello Stato nazionale, devono prendersi cura dei soli aspetti del bene comune (ad es. la difesa militare, la politica monetaria, ecc.) a cui non possono adeguatamente provvedere le strutture e istituzioni di livello inferiore (corpi sociali intermedi) come le comunità locali, le organizzazioni professionali, sindacali, del volontariato [...], e le altre organizzazioni "libere" ossia di diritto privato (associativi; cooperative, imprenditoriali) ».

In: Grande Dizionario della lingua italiana del Battaglia

PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETA'

- **TEMA CLASSICO DELLA FILOSOFIA POLITICA: LA RADICE DEL CONCETTO AFFONDA NEL RAPPORTO FRA STATO E SOCIETA' CIVILE**
- **PER OGNI FUNZIONE SPECIFICA VA INDIVIDUATO L'ORGANISMO PIU' VICINO, A LIVELLO TERRITORIALE, AI CITTADINI**



- **PERSONA E GRUPPO SOCIALE DEVONO PROVVEDERE DA SE' (FORMAZIONI SOCIALI, GRUPPI INTERMEDI)**
- **STATO ED ISTITUZIONI INTERVENGONO DOVE ESSI NON ARRIVANO**

SUSSIDIARIETA'

E' UN PRINCIPIO ORIENTATIVO DELLE POLITICHE ISTITUZIONALI:

L'ATTRIBUZIONE E LA DISTRIBUZIONE DI FUNZIONI AI SOGGETTI PUBBLICI O PRIVATI AVVIENE IN BASE AL CRITERIO DELLA LORO CAPACITA' DI SVOLGERLE NEL MODO PIU' CORRISPONDENTE AGLI INTERESSI DEI CITTADINI

DISTINZIONE FRA:

- SUSSIDIARIETA' VERTICALE:

- ARTICOLAZIONE DELLE FUNZIONI PUBBLICHE E DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE FRA STATO ED AUTONOMIE LOCALI

- CONFERIMENTO DEI POTERI AI SOGGETTI PUBBLICI PIU' VICINI ALL'INTERESSE CHE LA LORO ATTIVITA' DEVE SODDISFARE

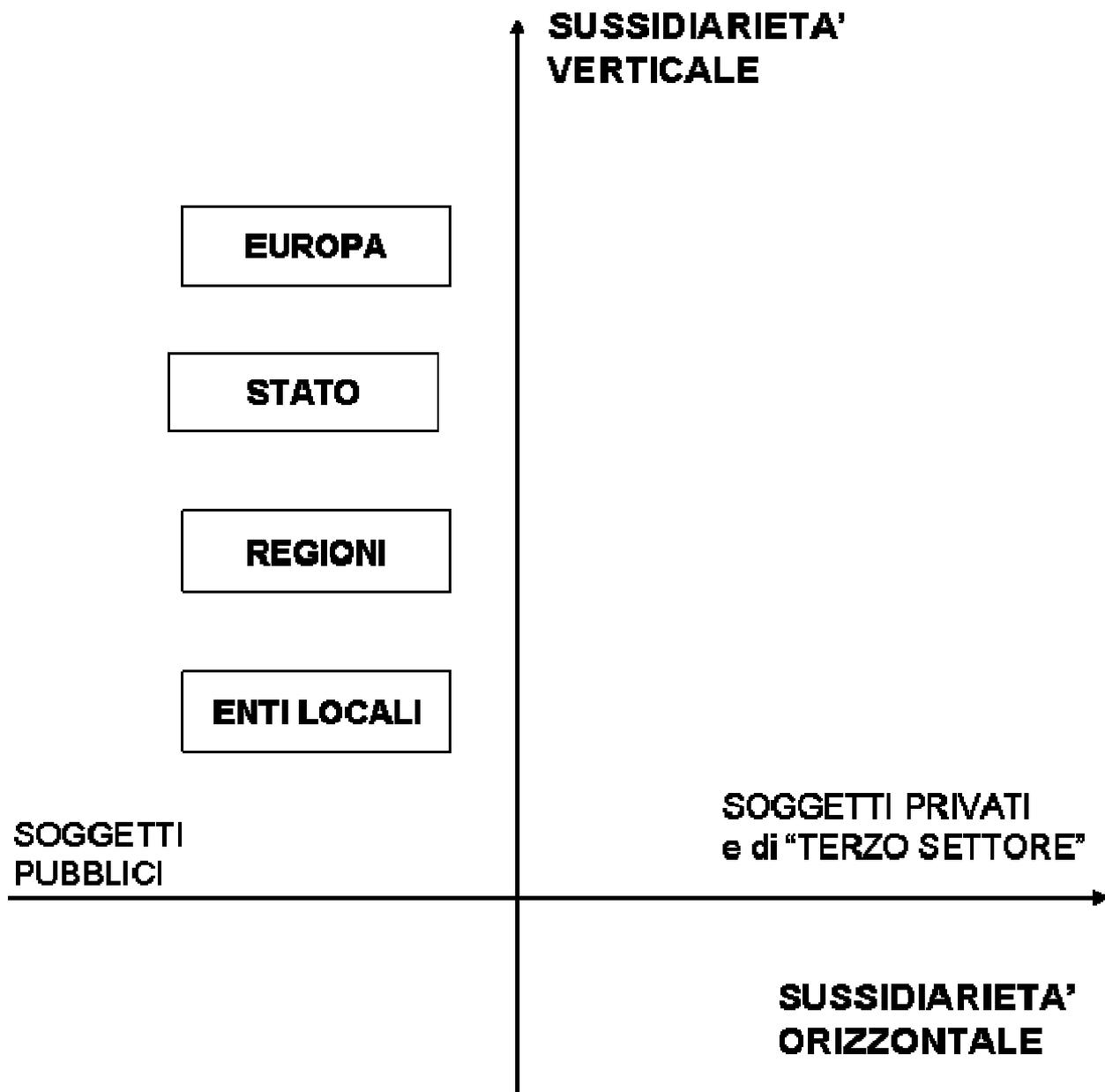
- SUSSIDIARIETA' ORIZZONTALE:

- RIGUARDA IL RAPPORTO FRA SISTEMA PUBBLICO E SOGGETTI PRIVATI

- SI ATTUA ATTRAVERSO L'IDENTIFICAZIONE DEI COMPITI E FUNZIONI CHE POSSONO ESSERE SVOLTE DAI SOGGETTI PRIVATI (IMPRESE; ASSOCIAZIONI, VOLONTARIATO

Fonti:

- Costituzione della Repubblica**
- Legge costituzionale n. 3 2001**
- Legge n. 59 1997**



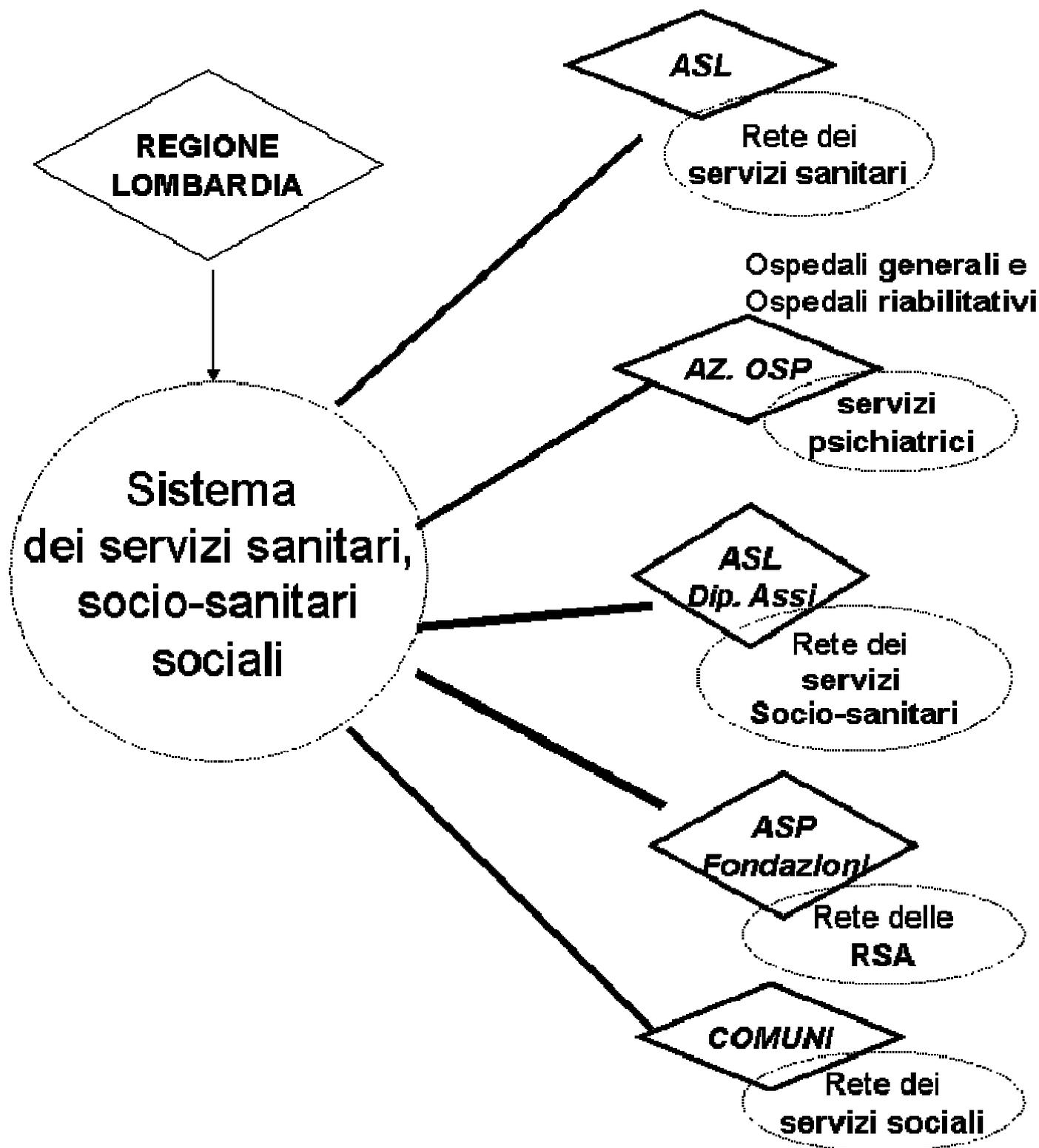
IL PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETA' NELLA LEGGE 59/1997

I conferimenti di funzioni ... avvengono nell'osservanza dei seguenti principi fondamentali:

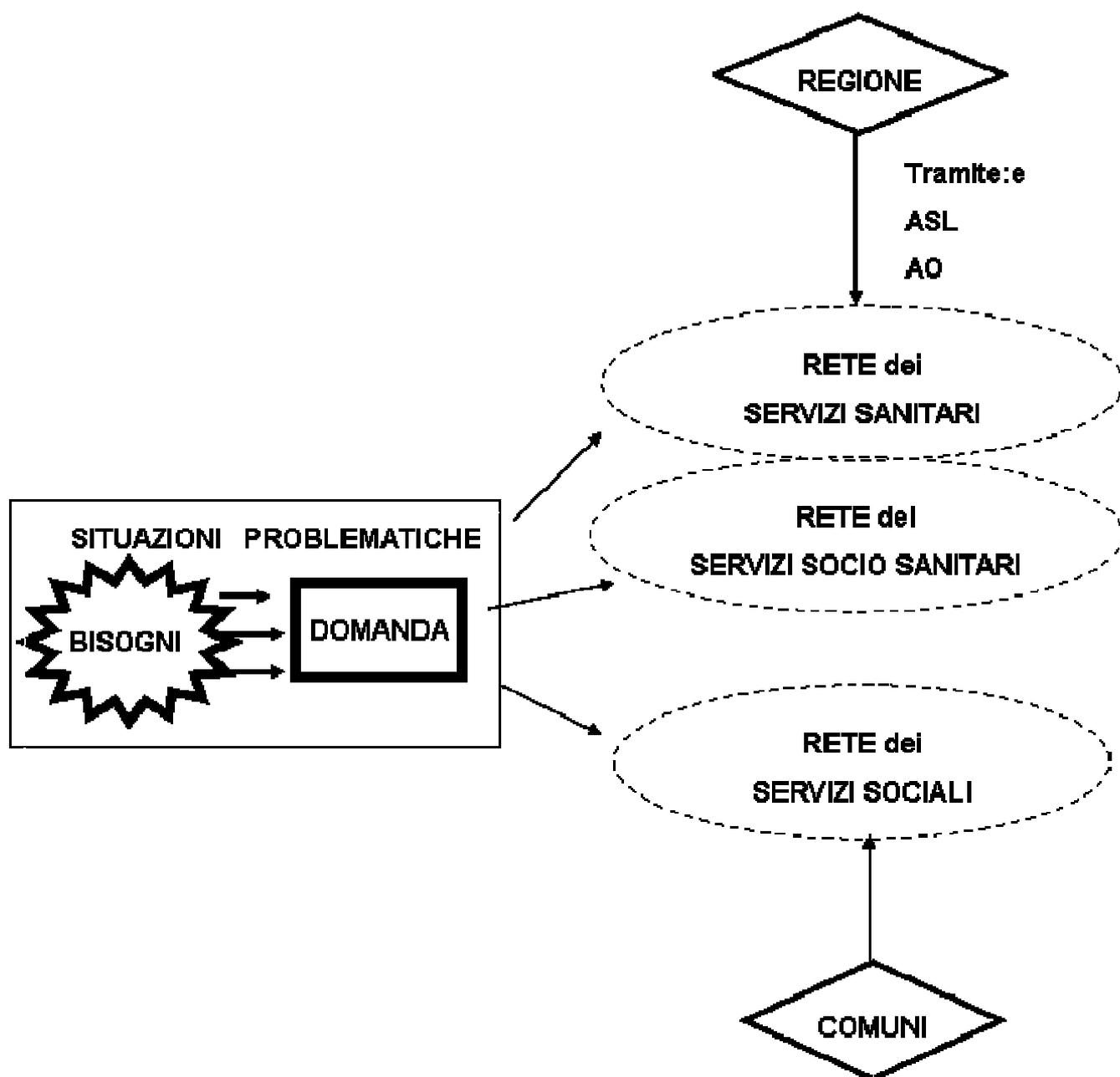
a) **il principio di sussidiarietà**, con l'attribuzione della generalità dei compiti e delle funzioni amministrative ai **comuni**, alle province e alle comunità montane, **secondo le rispettive dimensioni territoriali**, associative e organizzative, con l'esclusione delle sole funzioni incompatibili con le dimensioni medesime, attribuendo le responsabilità pubbliche anche al fine di favorire l'assolvimento di funzioni e di compiti di rilevanza sociale da parte delle famiglie, associazioni e comunità, alla autorità territorialmente e funzionalmente più vicina ai cittadini interessati

Legge 59/1997, art. 4 comma a)

REGIONE LOMBARDIA LA DISTRIBUZIONE DEI COMPITI NEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI



REGIONE LOMBARDA IL SISTEMA SOCIO SANITARIO



REGIONE LOMBARDIA IL SISTEMA SANITARIO

ORIENTAMENTI DI POLITICA SANITARIA:

- **AZIENDALIZZAZIONE “SPINTA”:**
15 “macro” ASL
- **FORTE SPECIALIZZAZIONE FUNZIONALE:**
NETTA DISTINZIONE fra AZIENDE SANITARIE e AZIENDE OSPEDALIERE
- **PARITA’ fra SOGGETTI EROGATORI PUBBLICI E PRIVATI**
- **DISTINZIONE FRA ASL (quale ENTE CHE PROGRAMMA, ACQUISTA E CONTROLLA) e altri SOGGETTI EROGATORI ESTERNI**
- **ACCRESCIUTA IMPORTANZA della formula gestionale dell’ “ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE” dei SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI**
- **DOPPIO RUOLO del DIPARTIMENTO A.S.S.I: PRESIDARE LE FUNZIONI SOCIO-SANITARIE INTERNE ALL’ENTE E INTERAGIRE CON I COMUNI, TITOLARI DELLO SVILUPPO DEI SERVIZI SOCIALI NEL TERRITORIO**
- **ACCRESCIUTA IMPORTANZA DEI DISTRETTI SANITARI quali SISTEMI ORGANIZZATIVI CHE INTERAGISCONO CON I COMUNI**

Servizi in ambito socio-sanitario in Regione Lombardia

- **Rsa (Residenze sanitarie per anziani):** 613 strutture per oltre 53 mila posti letto
- **Hospice:** 16 strutture per 167 posti letto
- **Cdi (Centri diurni integrati):** 224 strutture per 4.918 posti letto
- **Rsd (Residenze sanitarie per disabili):** 51 strutture per 2.467 posti letto
- **Css (Centri socio sanitari):** 111 strutture per 936 posti letto
- **Cdd (Centri diurni per disabili):** 224 strutture per 5.503 posti letto
- **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 stati 98.085.

Settore minori. Associazioni familiari: 600; nidi autorizzati: 1234 per 39 mila bambini; nidi famiglia, 315 per 1729 bambini; nidi aziendali. 108; comunità educative: 235; 30 comunità familiari 30.

Nel quinquennio 2001-2005, le organizzazioni di **volontariato** iscritte al Registro regionale hanno registrato un aumento del 29,72%, le associazioni senza scopo di lucro, il 121,53%, le **cooperative sociali** il 27,23%, le associazioni di solidarietà familiare il 35,9%.

LEGGE REGIONALE N. 31/1997 LA SCELTA CHIAVE DI POLITICA LEGISLATIVA

CONCORRONO ALLA REALIZZAZIONE
DELLA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
GLI **ENTI PUBBLICI**,
GLI **ENTI NON PROFIT**,
E I **SOGGETTI PRIVATI**,
SECONDO LE SPECIFICHE LORO PECULIARITA'.

E' PROMOSSA

LA **PIENA PARITA' DI DIRITTI E DI DOVERI**

FRA **SOGGETTI EROGATORI ACCREDITATI DI DIRITTO PUBBLICO**

E **DI DIRITTO PRIVATO**,

NELL'AMBITO DELLA **PROGRAMMAZIONE REGIONALE**

Fonte: art. 1 , comma 1, punto e)

IL LEGISLATORE LOMBARDO
PIU' VOLTE AFFERMA CHE
IL SISTEMA SOCIO-SANITARIO DELLA REGIONE
E' BASATO SUL METODO **PAC**:

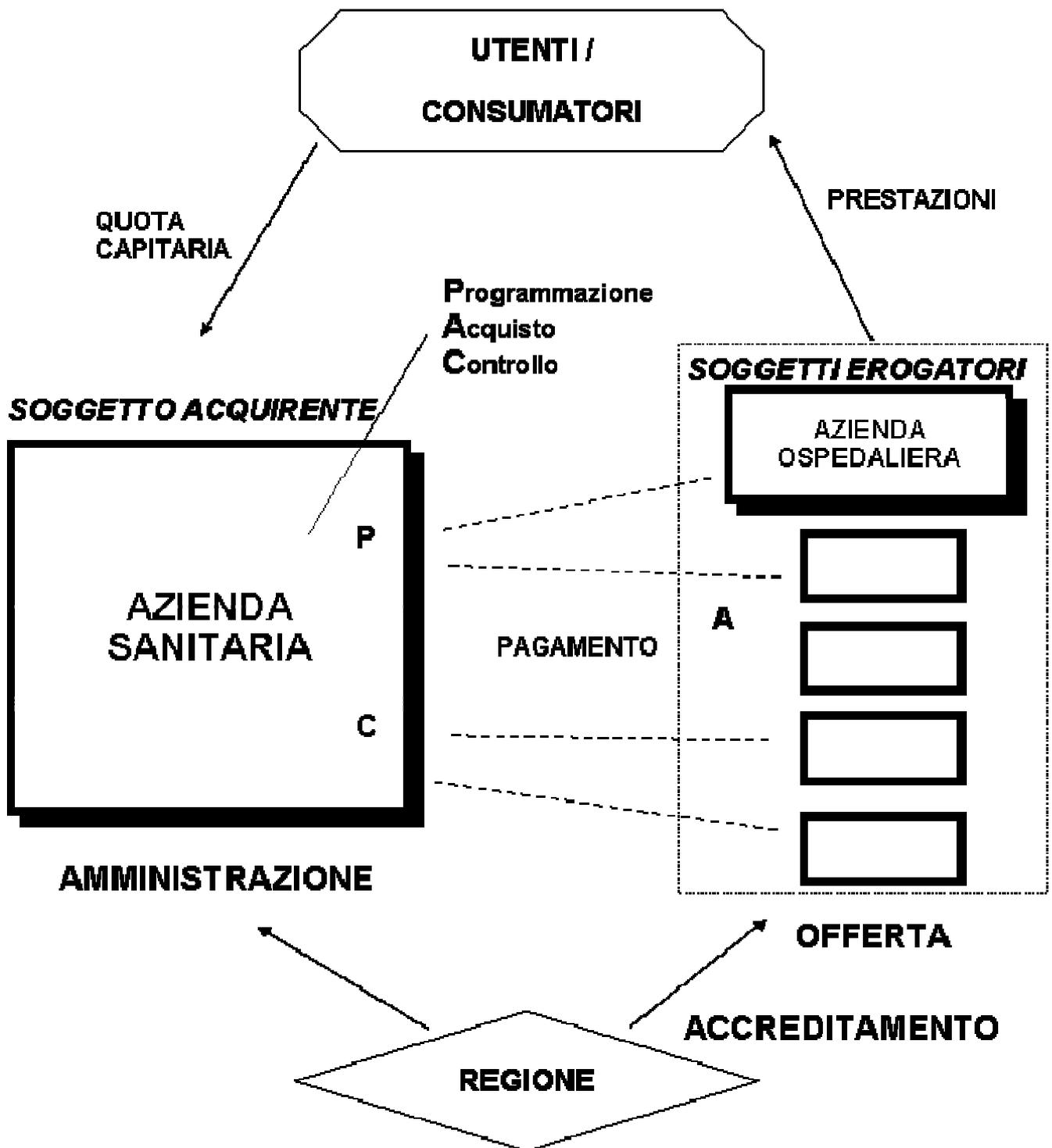
- **P**ROGRAMMAZIONE (dei servizi)
- **A**CQUISTO (di servizi da parte dei soggetti erogatori)
- **C**ONTROLLO (dell'esistenza e mantenimento degli standard)

Il successivo Grafico mostra questa scelta di politica legislativa

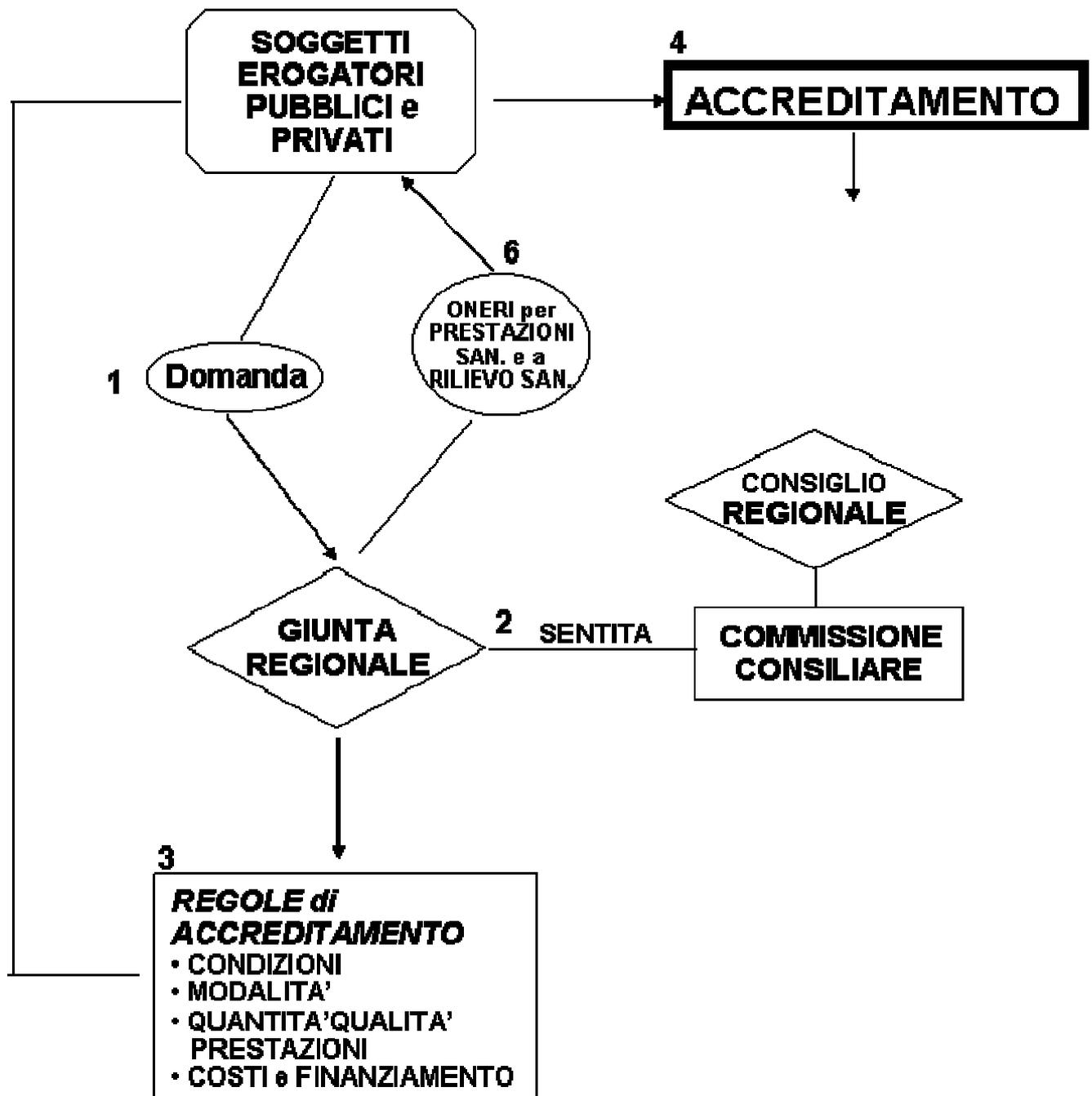
In forma di Mappa

La LR 31/1997 esplicita il cosiddetto "modello Lombardo" ed è stata integralmente riassorbita nella LR 33/2009 che riordina i servizi sanitari .

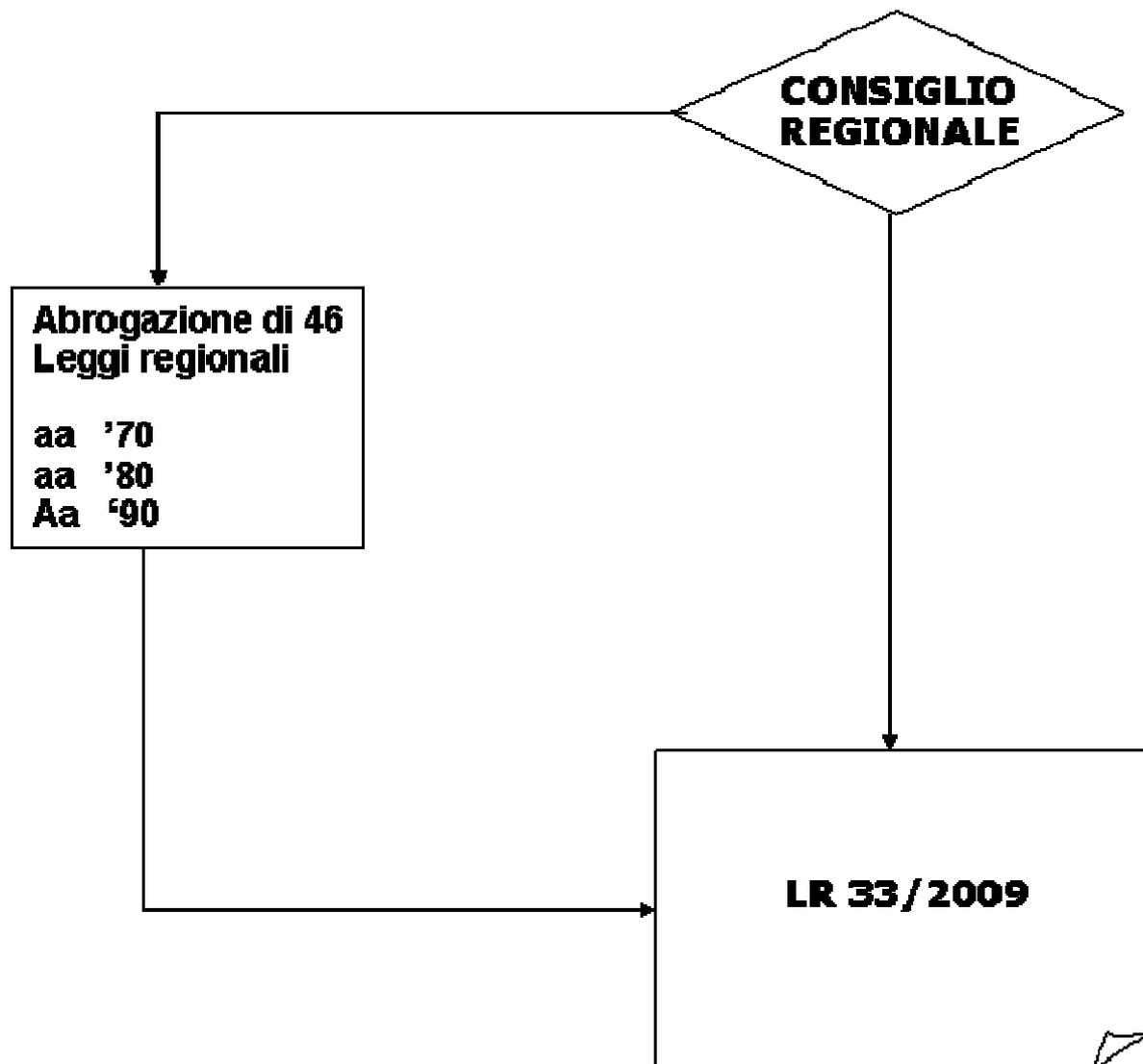
REGIONE LOMBARDIA IL SISTEMA SOCIO -SANITARIO



REGIONE LOMBARDIA IL SISTEMA DELL' ACCREDITAMENTO



La recente **Legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33** Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità ha ribadito e consolidato il principio di politica dei servizi inaugurato nel 1997:



Legge Regionale 30 dicembre 2009 n. 33 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità

PUNTI CHIAVE

Articoli

SISTEMA ISTITUZIONALE	
• OBIETTIVI	2
• DIRITTI	16
• CARTA DEI SERVIZI	16, 22
• LEA	3
ORGANIZZAZIONE	
• ASL	4
• ORGANI	12, 15
• PIANO DI ORGANIZZAZIONE	13
• DIPARTIMENTI, SERVIZI	13
• DISTRETTI	14
• SALUTE MENTALE	53, 54
• AZIENDE OSPEDALIERE	5
• FONDAZIONI OSPEDALIERE	6
• RESIDENZE SANITARE ASSISTENZIALI	10
• ACCREDITAMENTO	9
• VIGILANZA E CONTROLLO	18
SERVIZI SOCIALI	
• DIPARTIMENTO ASSI	13
• ASL E COMUNI	11
PROGRAMMAZIONE	
• FINANZIAMENTO	19
• PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE	3
• RAPPORTO CON I COMUNI	11

Il caso della Regione Lombardia si distingue fra gli altri per alcuni caratteri distintivi:

- a) una specifica cultura di governo del sistema sanitario;
- b) il grande investimento sul comparto sociosanitario;
- c) 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 Alberto, Vittadini Giorgio, *La sussidiarietà in Lombardia: i soggetti, le esperienze, le policy*, Guerini e Associati, Milano 2008, p. 184) è possibile individuare la retorica ideologica che alimenta e sostiene i meccanismi regolativi che caratterizzano questa "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:

- 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'ultimo 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.

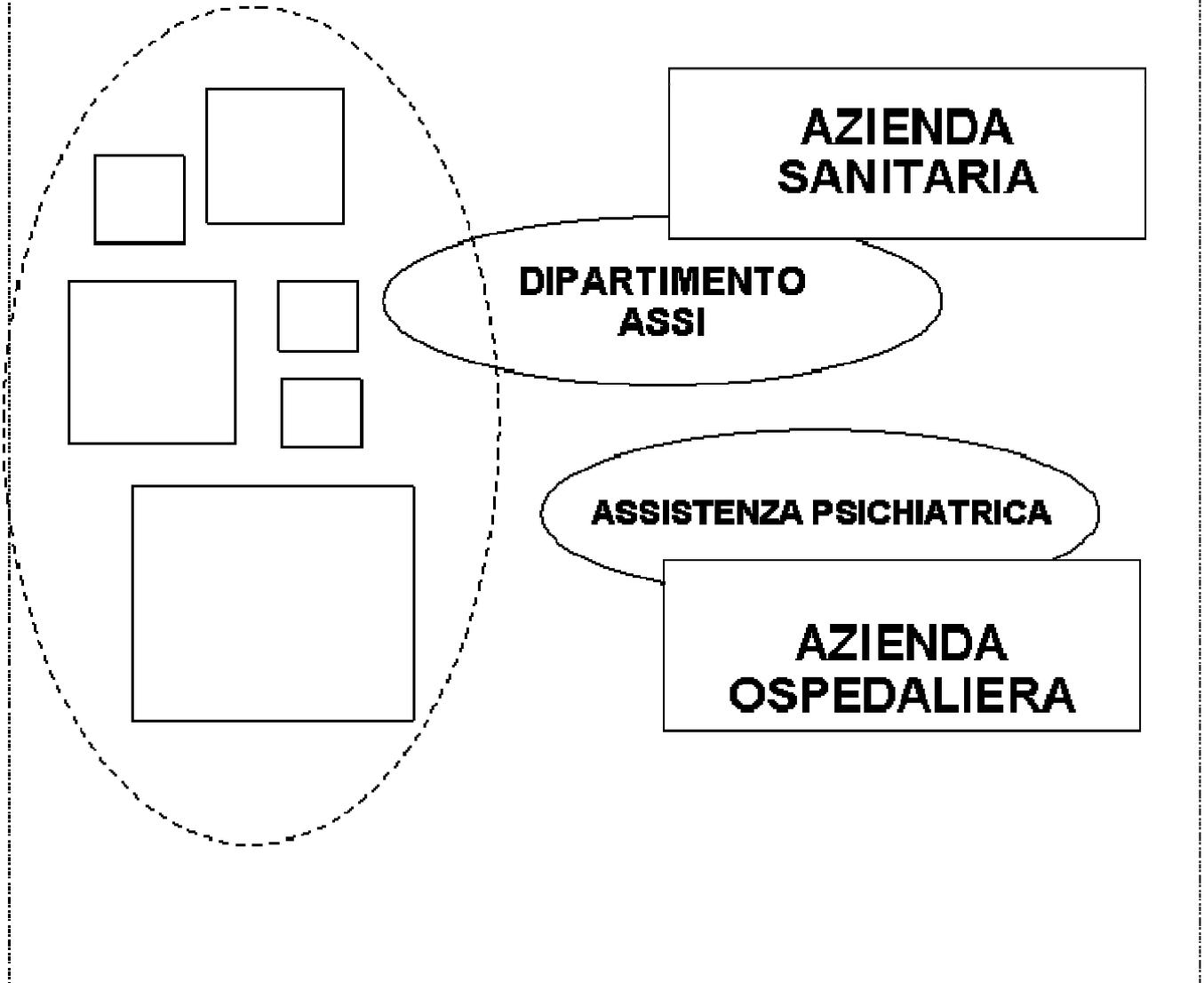
Poiché la LR 3/2008 pone fine alla più che ventennale LR 1/1986 in materia di servizi socio-assistenziali può essere interessante confrontare i due modelli.

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.

AMBITO TERRITORIALE PROVINCIALE

RETE DEI COMUNI



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

**Regione Lombardia:
Legge regionale 12 marzo 2008 n. 3
Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona
In ambito sociale e socio-sanitario**

PUNTI CHIAVE	REGOLE DELLA LR 8/2008
CULTURA:	
Principi	1 c1; 2 c1
Diritti	7
Destinatari	6; 7
Obiettivi	2 c2
Definizione della " Rete "	1 c2
Soggetti	3 c1
ASSETTO ISTITUZIONALE:	
Regione	11; 2 c2; 11 c2
- Giunta regionale	4 c2; 5 c2; 11 c5; 10 c3; 20 c2
- Piano socio-sanitario	17
Province	12
Comuni	11 c2
Ufficio di piano	13 c3; 18 c10
Asl	14; 9 c7;
Soggetti privati	3 c1a; 20
OFFERTA	
Unità di offerta sociali	4; 15 c1
- Segretariato sociale	6 c4
Unità di offerta socio-sanitarie	5; 15 c2; 17
Livelli essenziali	17
Esercizio delle attività	15
Accreditamento socio-sanitario	16
Carta dei servizi sociali	9
Titoli sociali e socio-sanitari	10; 11 c1n
FINANZIAMENTO:	
Fondo sociale	23
Fondo socio-sanitario	24
Fondo regionale investimenti	25
Concorso al costo	8
PROGRAMMAZIONE	
- Piano socio-sanitario	
- Piano di zona	18
- sistema informativo	19

Mappa della LR 3/2008



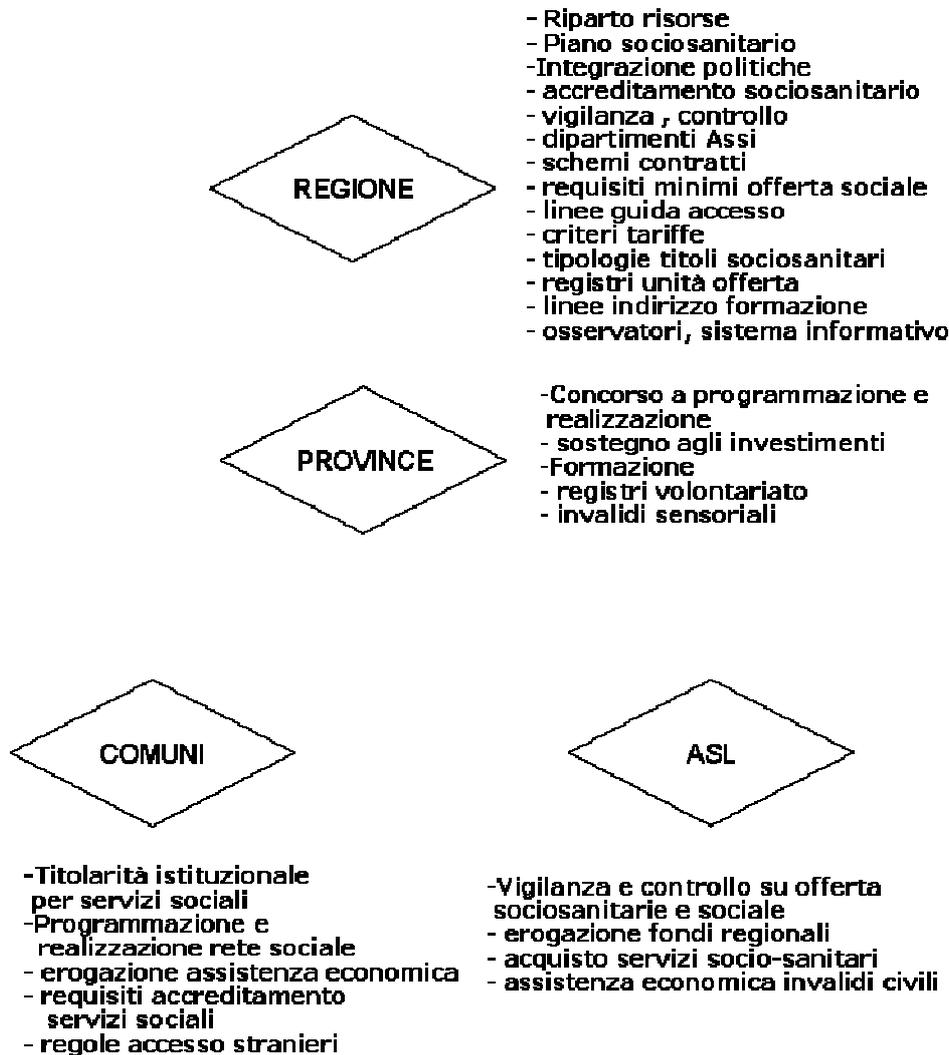
La distribuzione dei compiti istituzionali è definita nel modo seguente:

- **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.

Distribuzione dei compiti istituzionali



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.

**RETE dei
SERVIZI SOCIALI**

- a) aiutare la **famiglia**, anche mediante l'attivazione di legami di solidarietà tra famiglie e gruppi sociali e con azioni di **sostegno economico**;
- b) tutelare la **maternità e la vita umana** fin dal concepimento e garantire interventi di sostegno alla maternità e paternità ed al benessere del bambino, rimuovendo le cause di ordine sociale, psicologico ed economico che possono ostacolare una procreazione consapevole e determinare l'interruzione della gravidanza;
- c) promuovere azioni rivolte al sostegno del e **responsabilità genitoriali**, alla conciliazione tra maternità e lavoro ed azioni a favore delle donne in difficoltà;
- d) **tutelare i minori**, favorendone l'armoniosa crescita, la permanenza in famiglia e, ove non possibile, sostenere l'affido e l'adozione, nonché prevenire fenomeni di emarginazione e devianza;
- e) promuovere il benessere psicofisico della persona, il mantenimento o il ripristino delle relazioni familiari, **l'inserimento o il reinserimento sociale e lavorativo** delle persone in difficoltà e contrastare forme di discriminazione di ogni natura;
- f) promuovere l'educazione motoria anche finalizzata all'inserimento e reinserimento sociale delle persone;
- g) assistere le persone in condizioni di disagio psicosociale o di bisogno economico, con particolare riferimento alle **persone disabili e anziane**, soprattutto sole, favorendone la permanenza nel proprio ambiente di vita;
- h) favorire **l'integrazione degli stranieri**, promuovendo un approccio interculturale;
- i) sostenere le iniziative di supporto, promozione della socialità e **coesione sociale**, nonché di prevenzione del fenomeno dell'esclusione sociale.

**RETE dei
SERVIZI SOCIO SANITARI**

- a) sostenere **la persona e la famiglia**, con particolare riferimento alle problematiche relazionali e genitoriali, all'educazione e allo sviluppo di **una responsabile sessualità**, alla procreazione consapevole, alla prevenzione dell'interruzione della gravidanza;
- b) favorire la permanenza delle **persone in stato di bisogno o di grave fragilità nel loro ambiente di vita**;
- c) accogliere ed assistere **persone che non possono essere assistite a domicilio**;
- d) prevenire l'uso di sostanze illecite, l'abuso di sostanze leggere, nonché **forme comportamentali di dipendenza** e favorire il reinserimento sociale delle persone con problemi di dipendenza;
- e) assistere le persone in **condizioni di disagio psichico**, soprattutto se isolate dal contesto familiare;
- f) assistere i **malati terminali**, anche al fine di attenuare il livello di sofferenza psicofisica.

ELENCO DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIALI

	UNITA' D'OFFERTA SOCIALI	NORMATIVA DI RIFERIMENTO
MINORI	Comunità educative	DGR 20762/05 e DGR 20943/05
	Comunità familiari	DGR 20762/05 e DGR 20943/05
	Alloggi per l'Autonomia	DGR 20762/05 e DGR 20943/05
	Asili Nido	DGR 20588/05 e DGR 20943/05
	Micro Nidi	DGR 20588/05 e DGR 20943/05
	Centri Prima Infanzia	DGR 20588/05 e DGR 20943/05
	Nidi Famiglia	DGR 20588/05 e DGR 20943/05 Circ. 45 – 18.10.05
	Centri di Aggregazione Giovanile	DCR IV/871 del 23 dicembre 1987 "Piano socio assistenziale regionale 88-90"
	Centri Ricreativi Diurni	DCR IV/871 del 23 dicembre 1987 "Piano socio assistenziale regionale 88-90"
DISABILI		
	Comunità alloggio	DGR 20763/05
	Centri socio educativi (CSE)	DGR 20763/05
	Servizi di formazione all'autonomia per persone disabili	DGR in approvazione
ANZIANI		
	Centri diurni	DCR IV/871 del 23 dicembre 1987 "Piano socio assistenziale regionale 88-90" DCR V/1439 "Progetto obiettivo anziani per il triennio 1995/97"

ALLEGATO A

ELENCO DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIO SANITARIE

	UNITA' D'OFFERTA SOCIO SANITARIE	NORMATIVA DI RIFERIMENTO
ANZIANI	Residenze Sanitario assistenziali per Anziani (R.S.A)	DGR 7435/01 e DGR 12618/03
	Centri Diurni Integrati per anziani non autosufficienti (C.D.I.)	DGR 8494/02 e DGR 12903/03
DISABILI	Residenze Sanitario assistenziali per Disabili (R.S.D.)	DGR 12620/03
	Centri Diurni per Disabili (C.D.D.)	DGR 18334/04
TITOLI SOCIO – SANITARI per la generalità della popolazione	Voucher socio sanitario	DGR 12902/03
	Voucher socio sanitario di lungo assistenza (per le Comunità Socio Sanitarie)	DGR 18333/03
GENERALITÀ DELLA POPOLAZIONE	Strutture di riabilitazione extraospedaliera	DGR 19883/04
	Hospice	DGR 12619/03
	Servizi che operano nel settore delle dipendenze	DGR 12621/03
	Consultori familiari	DGR 2594/00 e DGR 3264/01

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 operative



- 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 Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA); Centri diurni integrati per anziani non autosufficienti (CDI); Residenze sanitarie 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

COME FUNZIONANO LE PRATICHE AMMINISTRATIVE DELL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE?

ESTERNALIZZAZIONE (ingl. Outsourcing)

**AFFIDAMENTO A SOGGETTI ESTERNI
DELLA ORGANIZZAZIONE DI SINGOLE FUNZIONI
O DI INTERI CICLI DI PRODUZIONE DI UNA ATTIVITA'.**

RISPONDE AD ESIGENZE DI:

- **CONTENIMENTO DEI COSTI**
- **USO PIU' RAZIONALE DELLE RISORSE**
- **FLESSIBILITA' ORGANIZZATIVA**

ALCUNE TIPOLOGIE:

- **ISTITUZIONE DI UNA STRUTTURA AUTONOMA E DISTINTA
DALL'ENTE, MA CHE RIMANE FORMALMENTE PUBBLICA
(AZIENDA, ISTITUZIONE, ENTE AUTONOMO)**
- **ISTITUZIONE AUTONOMA, MA APERTA ALLA PARTECIPAZIONE
DI PARTNERS PRIVATI**
- **SOSTEGNO FINANZIARIO PER LO SVOLGIMENTO DA PARTE DI
UN SOGGETTO PRIVATO DI UNA ATTIVITA' O FUNZIONE DI
PUBBLICO INTERESSE**

LE DUE MODALITA' TIPICHE DI ESTERNALIZZAZIONE:

- **l'APPALTO**
- **l'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

APPALTI

APPALTO:

CONTRATTO CHE HA PER OGGETTO

- **LA COSTRUZIONE DI UN'OPERA**
- **LO SVOLGIMENTO DI UN SERVIZIO**

**MODI PER SCEGLIERE IL CONTRAENTE
NELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI:**

- **APPALTO CONCORSO**
 - **L'APPALTATORE PRESENTA UNA OFFERTA ECONOMICA E UN PROGETTO**
- **ASTA PUBBLICA**
 - **GARA CUI SONO AMMESSI COLORO CHE HANNO I REQUISITI PER PARTECIPARVI**
- **LICITAZIONE PRIVATA**
 - **GARA CHE AVVIENE TRA COLORO CHE LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE HA INVITATO A PARTECIPARE IN RAPPORTO AI REQUISITI DI IDONEITA' TECNICA FORNITI**
- **TRATTATIVA PRIVATA**
 - **TRATTATIVA DIRETTA TRA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E PRIVATI SENZA ALCUNA GARA. E' MOLTO DISCREZIONALE: NON OFFRE GARANZIE DI IMPARZIALITA'**

APPALTI: PROCEDURE

- **STUDIO DI FATTIBILITA'**
- **PROGETTO**
- **DELIBERA A CONTRATTARE**
- **BANDO DI GARA**
- **RICHIESTA DI INVITO**
- **PRE-SELEZIONE**
- **LETTERA DI INVITO**
- **VALUTAZIONE DELL'OFFERTA**
- **AGGIUDICAZIONE**
- **STIPULAZIONE DEL CONTRATTO**
- **ESECUZIONE**

APPALTI DI SERVIZI: FASI

BASSA REGOLAZIONE Anni '80

- SVILUPPO RETE USL
- PRIMI PROCESSI DI RAFFORZAMENTO DI RUOLO DEI COMUNI

REGOLAZIONE NON SPECIFICA

- CULTURA AMMINISTRATIVA DEGLI APPALTI D'OPERA

MIGLIORAMENTO DEGLI STRUMENTI

- ESPERIENZE OPERATIVE
- SVILUPPO DI PROFESSIONALITA'

REGOLAZIONE SPECIFICA

- RIFORMA DEI SERVIZI SOCIALI
- ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO SULL'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ALLA PERSONA

Definizione generale:

L' ACCREDITAMENTO è

UN PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO

ATTRAVERSO IL QUALE L'ENTE PUBBLICO

CONSENTE AD UN SOGGETTO PRIVATO

IN POSSESSO DI REQUISITI PREDETERMINATI

DI ENTRARE A FAR PARTE

DELLA PROPRIA RETE

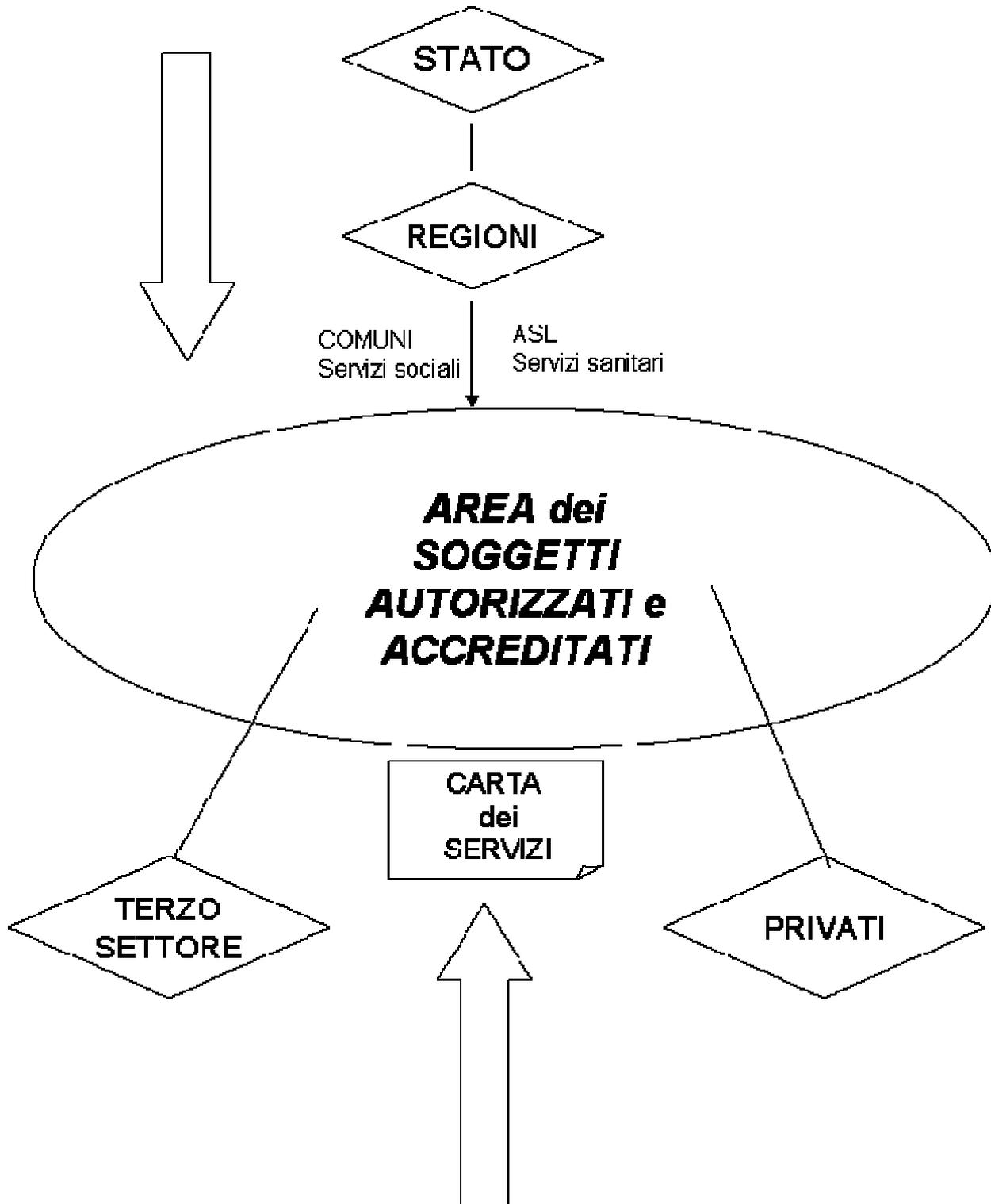
DI FORNITORI DI UN SERVIZIO

Dal punto di vista operativo

**L' ACCREDITAMENTO consiste
nella verifica del possesso delle
strutture pubbliche e private
di requisiti professionali ed
organizzativi relativamente a:**

- STRUTTURA**
- PROCESSI DI ASSISTENZA**
- RISULTATI DI SERVIZIO**

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PUNTO DI INCONTRO FRA DUE FORZE



L'ACCREDITAMENTO SANITARIO IL PROCESSO DELLE "3 A"

AUTORIZZAZIONE

- Acquisita dal Comune e basata su valutazione della Regione
- "Licenza" per la realizzazione e l'esercizio delle attività sanitarie
- Valida per le strutture pubbliche e private, sanitarie e socio-sanitarie

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

- Richiesta di accreditamento da parte delle strutture e i professionisti autorizzati
- La regione verifica:
 - l'effettiva esistenza dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi
 - La funzionalità rispetto agli indirizzi regionali
 - L'attività svolta e i risultati raggiunti

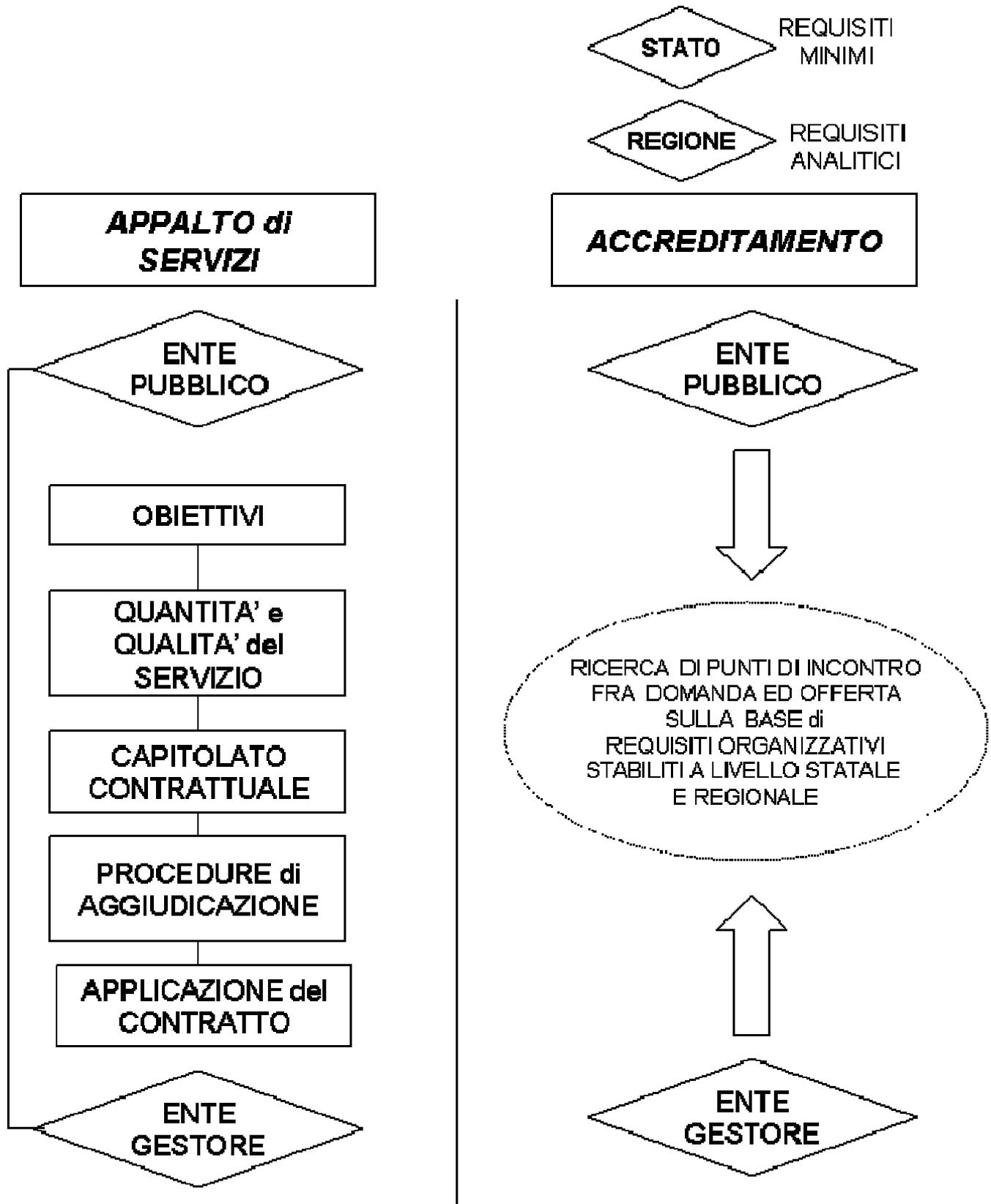
ACCORDI CONTRATTUALI

- Le regioni e le Asl acquirenti instaurano rapporti contrattuali con i soggetti fornitori dei servizi
- I contratti sono il risultato di accordi che comprendono:
 - obiettivi di salute
 - integrazione di servizi
 - volumi massimi delle prestazioni
 - requisiti dei servizi da erogare
- Le regioni e le Asl attivano controlli su:
 - rispetto degli accordi
 - qualità e appropriatezza dell'assistenza
 - risultati finali
 - gradimento degli utenti

TIPI DI ACCREDITAMENTO



STRUMENTI PER LA GESTIONE: LE DIFFERENZE FRA APPALTO E ACCREDITAMENTO



Quanto scritto sopra è la spiegazione della logica che sottende alle pratiche amministrative dell'accREDITAMENTO istituzionale e che occupano un grande spazio nel cosiddetto modello lombardo.

Al seguente indirizzo web l'amministrazione regionale rende disponibile la documentazione sulle DGR Delibere di Giunta Regionale attuativa della LR n. 3/2008:

http://www.famiglia.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_Famiglia/Detail&cid=1213285434862&packagedargs=menu-to-render=1213276893316&pagename=DG_FAMWrapper

Nel caso venissero spostate da questo indirizzo, suggerisco di tenere d'occhio questa pagina:

<http://www.segnalo.it/LOMB/LEG/index-antolegreglom.htm>

dove aggiorno le normative di interesse didattico della Regione Lombardia.

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 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 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.