

## 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)”

### 1. VALORI - PRINCIPI

- Ribadita la “**scelta libera, consapevole e responsabile** dei cittadini di accesso alle strutture”
- viene evidenziato anche un fattore particolarmente rilevante: “L’orientamento alla **presa in carico della persona nel suo complesso**”;
- si fa riferimento alla “**appropriatezza clinica, trasparenza amministrativa, economica-organizzativa e qualità delle prestazioni**” nel tentativo di conciliare la razionalizzazione dei costi con l’esigenza di offrire servizi adeguati;
- confermato il principio della “**sussidiarietà orizzontale**” che consiste nella parità di diritti e doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione dell’offerta;
- il principio della libertà di scelta è garantito dalla “**valutazione multidimensionale del bisogno**”;
- la separazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie prevedono le seguenti tipologie: **acute, intermedie, subacute, post-acute o riabilitative, a media e bassa intensità**;
- la criticità legata alla frammentazione dell’offerta è attenuata attraverso l’affermazione: “**elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l’attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico**” in un “**processo di integrazione fra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle di competenza delle autonomie locali**”;
- la Legge prevede un’**assunzione di responsabilità da parte della Regione** esplicitato dove si parla di identificazione di “aree di rischio clinico rispetto alle quali è necessario sviluppare i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali da utilizzare come linee guide del SSL, finalizzate a ottenere la **riduzione della pratica della cosiddetta medicina difensiva**.”

### 2. SOGGETTI DEL SISTEMA

#### 2.1 REGIONE

##### 2.1.1 Ruolo e funzioni

- o garanzia nell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza
- o funzioni di programmazione, indirizzo e controllo
- o definizione dei requisiti di accreditamento
- o elaborazione di sistemi informativi sulla qualità delle strutture
- o indirizzi per l’appropriatezza clinica e organizzativa.

Lo strumento operativo sono le “**regole di sistema** per la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti e degli investimenti e la definizione dei contratti”. elaborato annualmente da parte della Giunta.

##### 2.1.2 La struttura istituzionale

**L’intenzione, più volte dichiarata, di dar vita ad un solo Assessorato al Welfare è stata abbandonata.**

Ne sono stati **costituiti due**:

- ▶ **Welfare**: responsabile di tutti gli interventi finanziati dal Fondo sanitario regionale

- ▶ **Reddito di Autonomia e inclusione sociale** responsabile i degli interventi i politica sociale.

Pertanto, **l'integrazione** a livello del governo regionale **non riguarda**, come previsto inizialmente, **il rapporto tra il sociale e l'intero complesso della sanità** (due distinte aree di welfare) **bensì solo** quello tra acuzie e socio-sanitario, entrambi comparti del settore sanitario.

## 2.2 COMUNI, CONFERENZA DEI SINDACI

Il sistema italiano dei servizi è organizzato in due grandi sottosistemi:

- ▶ **sanitario**, che fa capo alle Regioni
- ▶ **dei servizi sociali**, che fa capo ai Comuni.

Questo determina una forte criticità nell'erogazione dei servizi in particolare quelli socio-sanitari.

**L'attuale modello organizzativo** (funzione dei Sindaci) **dovrà quindi essere rivisto in funzione ai nuovi assetti organizzativi previsti.**

Il ruolo della Conferenza dei Sindaci si esprime in:

- proposte per l'organizzazione territoriale dell'attività sociosanitaria e socio assistenziale;
- pareri sulle linee guida per l'integrazione;
- partecipazione alle verifiche di attuazione dei programmi;
- promozione dell'integrazione delle prestazioni e/o delle funzioni sociali anche "favorendo la costituzione tra i Comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica".

## 2.3 VOLONTARIATO, TERZO SETTORE

La Legge parla di "promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione che non devono essere considerate sostitutive di servizi".

In merito al terzo settore, la Regione si da il compito di favorire la "crescita e sviluppo dei soggetti pubblici e privati, erogatori e non, diretti o indiretti, anche attraverso la definizione di modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo".

## 2.4 UNIVERSITÀ

Le Università dovranno favorire collaborazioni fra le funzioni di assistenza e quelle di ricerca, in tal senso diventano soggetto importante nel sistema lombardo.

## 3. STRUTTURA ISTITUZIONALE

### 3.1 **ATS : AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (articolazioni Amministrative)**

Vengono istituite le **ATS** (8 rispetto alle precedenti 14 ASL) che si configurano come **articolazioni amministrative della Regione proiettate nei territori.**

Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati pubblici e privati.

1. ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
2. ATS DELL'INSUBRIA
3. ATS DELLA BRIANZA
4. ATS DI BERGAMO ASST che ne fanno parte:
5. ATS DI BRESCIA
6. ATS DI PAVIA
7. ATS DELLA VALLE PADANA
8. ATS DELLA MONTAGNA

ASST Papa Giovanni XXIII  
ASST di Bergamo Ovest  
ASST di Bergamo Est

L'ATS ha i seguenti compiti:

- o negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate; attivazione di un "governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi"; governo dell'assistenza primaria e relativo convenzionamento;
- o programmi di educazione alla salute;
- o sicurezza alimentare;
- o controllo della salute degli ambienti di vita e di lavoro;
- o sanità pubblica veterinaria;
- o monitoraggio della spesa farmaceutica.

Ogni ATS si organizza in Distretti e Dipartimenti.

#### 3.1.1 Distretti:

**pari al numero delle ASST comprese nelle ATS.**

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**.

È 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.**

#### 3.1.2 Dipartimenti:

ogni distretto comprende i seguenti Dipartimenti:

- igiene e prevenzione sanitaria;
- cure primarie;
- programmazione, accreditamento, acquisto;
- veterinario e sicurezza degli alimenti;
- amministrativo;
- programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali.

### 3.2 ASST: AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (articolazioni operative)

Dell'AST di Bergamo:

ASST Papa Giovanni XXIII comprende territorio e relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di: Bergamo, Valle Brembana, Valle Imagna

ASST di Bergamo Ovest comprende territorio e relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di: Dalmine, Bassa bergamasca, Isola B.sca

ASST di Bergamo Est comprende territorio e relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di: Est Provincia, Valle Seriana, Val di Scalve.

Sono **Strutture operative pubbliche** della sanità lombarda che si articolano a loro volta in due settori aziendali:

1. "polo ospedaliero" che a sua volta si articola in :
  - Presidi Ospedalieri
  - Dipartimenti organizzati in diversi livelli di cura
2. "rete territoriale".

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

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

Le ASST hanno anche l'obiettivo di assicurare maggiore **continuità assistenziale tra ospedale e territorio**. attraverso l'attivazione di strutture intermedie come i **POT** (Presidi ospedalieri territoriali) creando quindi i presupposti per favorire i percorsi **di dimissione protetta e della post-acuzie**.

È invece **incerta l'integrazione nella rete territoriale** dei vari servizi di natura sociosanitaria. In particolare non è chiaro il ruolo dei **PreSST** (Presidi socio-sanitari territoriali), che è un'ulteriore articolazione della rete territoriale: non si comprende ancora in quali termini le nuove "modalità organizzative" - così come cita la norma - cambieranno l'attuale articolazione dei distretti sociosanitari e dei servizi territoriali, sia pubblici che accreditati.

Rimane anche da chiarire **come si pensa di generare una maggior integrazione** all'interno della rete dei

- ▶ servizi domiciliari (es.: punti fragilità - ADI - protesica...)
- ▶ di quelli dei Consultori (cav e consultori pubblici e accreditati)
- ▶ della psichiatria (CPS)
- ▶ delle dipendenze (SeRT e SMI)

cioè di tutti quei servizi conosciuti e fruiti in modo importante dai cittadini.

Inoltre, come già detto, **si tratta di un'integrazione parziale** poiché **riguarda solo una parte del sistema di welfare: quello sanitario** (aziende ospedaliere) **e sociosanitario** (Asl).

**Questa parte ne lascia però fuori un'altra altrettanto significativa, quella socioassistenziale e socio-educativa**, incrementando ulteriormente la difficoltà di tenere connessi livelli di governo differenti (Regione-ATS-Comuni).

### 3.3 SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

L'assistenza primaria è erogata dai medici di medicina generale (MMG), dai Pediatri di libera scelta (PDL) e dai Medici di continuità assistenziale secondo quanto previsto dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Nell'ambito dell'assistenza primaria è garantita:

- la valutazione multidimensionale
- l'assistenza sanitaria primaria
- la partecipazione al processo di presa in carico della persona fragile e con patologia cronica
- l'integrazione tra interventi a carattere sociale e quelli sanitari in collaborazione con Assistenti Sociali (afferenti alle Autonomie Locali).

Articolazione Organizzativa

Le Unità Complesse di Cure Primarie - **UCCP**- (soggetti di natura privatistica) svolgono funzioni sanitarie, amministrative (prenotazioni, riscossioni ticket, protesica etc.), possono lavorare in integrazione funzionale con il polo ospedaliero e svolgere anche funzione di coordinamento delle AFT (che hanno anch'esse natura giuridica privatistica).

L'**AFT** (aggregazioni funzionali territoriali) è una forma organizzativa dei Medici di medicina generale per garantire l'assistenza primaria.

## 4. PROGRAMMAZIONE

4.1 Il **PSL (piano sociosanitario integrato lombardo)** è lo strumento di programmazione e definisce:

- il quadro dei bisogni della popolazione;
- gli indicatori per determinare i volumi di attività;
- gli indicatori di risultato per il controllo e la valutazione;
- progetti obiettivi e azioni per rispondere a specifiche aree di bisogno;
- linee di indirizzo per la promozione della salute;
- elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, i processi di integrazione tra attività sanitarie, sociosanitarie e sociali di competenza delle autonomie locali;
- l'identificazione dei contenuti delle prestazioni distinguendo fra quelle di tipo acuto, intermedio, subacuto, post-acuto o riabilitativo, a media e bassa intensità.

4.2 Il **Piano Regionale della Prevenzione**

si pone l'obiettivo di:

- ▶ migliorare lo stato di salute fisico, mentale e sociale della popolazione
- ▶ eliminare i fattori di rischio
- ▶ ridurre le disuguaglianze.

Ha una durata triennale e anche qui, come nel PLS, troviamo l'obiettivo dell'"integrazione funzionale intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema sociosanitario e in particolare l'integrazione territoriale".

## 5. FINANZIAMENTO

Il finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario avviene attraverso:

- finanziamento ordinario corrente
- finanziamento dei livelli essenziali di assistenza

- finanziamenti regionali aggiuntivi
- finanziamenti del disavanzo sanitario pregresso
- finanziamento per investimenti
- finanziamento da entrate proprie aziendali.

Il calcolo dei costi delle prestazioni avviene secondo la modalità dei DRG (raggruppamenti omogenei di diagnosi). La Regione promuove la revisione periodica di queste tariffe allo scopo di adeguarle alle più recenti valutazioni cliniche e tecnologiche.

## **6. AGENZIE REGIONALI**

**6.1 Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo** con lo scopo di produrre e gestire strumenti organizzativi e di comunicazione a livello nazionale e internazionale:

- ▶ istituirà un “Osservatorio delle best practices cliniche” al fine di garantire le migliori performances di cura e di processo e un “Osservatorio di soddisfazione degli utenti”;
- ▶ la Giunta regionale, con il supporto delle ATS, predisporrà anche “Programmi di valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie”;
- ▶ è istituita la “tessera sanitaria” quale strumento per il monitoraggio della spesa; i soggetti erogatori delle prestazioni (compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti) sono tenuti ad utilizzare le piattaforme tecnologiche del sistema informativo per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari.

**6.2 Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo** dotata di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile con l’obiettivo di:

- ▶ adottare il piano annuale dei controlli e dei protocolli
- ▶ mettere in atto un sistema di monitoraggio
- ▶ valutare i criteri per la determinazione della remunerazione delle funzioni
- ▶ raccogliere dati e informazioni sulla soddisfazione degli utenti.

**6.3 Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU)**

garantisce su tutto il territorio Regionale:

- ▶ lo svolgimento, il coordinamento intraregionale e interregionale delle funzioni dell’attività di emergenza urgenza extraospedaliera
- ▶ il coordinamento delle attività trasfusionali (emocomponenti e emoderivati)
- ▶ il coordinamento delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti
- ▶ l’operatività del Numero Unico Emergenze (NUE) 112.

## **ASSETTO TERRITORIALE DAL 1° GENNAIO 2016**

<b>AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) di BERGAMO</b>		
<b>DIRETTORE GENERALE</b>		
Mara Azzi		
<b>DIRETTORE SANITARIO</b>	<b>DIRETTORE AMMINISTRATIVO</b>	<b>DIRETTORE SOCIOSANITARIO</b>
Giorgio Barbaglio	Adriano Vaini	Giuseppe Calicchio

<b>AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) BERGAMO HPG23</b>		
<b>DIRETTORE GENERALE</b>		
Carlo Nicora		
<b>DIRETTORE SANITARIO</b>	<b>DIRETTORE AMMINISTRATIVO</b>	<b>DIRETTORE SOCIOSANITARIO</b>
Fabio Pezzoli	Vincenzo Petronella	Donatella Vasaturo
Comprende i Comuni corrispondenti agli ex Ambiti territoriali di:		
Bergamo	Bergamo, Orio al Serio, Gorle, Ponteranica, Sorisole, Torre Boldone	
Valle Brembana	Algua, Averara, Blello, Bracca, Branzi, Camerata Cornello, Carona, Cassiglio, Cornalba, Costa di Serina, Cusio, Dossena, Foppolo, Isola di Fondra, Lenna, Mezzoldo, Moio de' Calvi, Olmo al Brembo, Oltre il Colle, Ornica, Piazza Brembana, Piazzatorre, Piazzolo, Roncobello, San Giovanni Bianco, San Pellegrino Terme, Santa Brigida, Sedrina, Serina, Taleggio, Ubiale Clanezzo, Val Brembilla, Valleve, Valnegrà, Valtorta, Vedeseta, Zogno	
Valle Imagna - Villa d'Alme'	Almè, Almenno S. Bartolomeo, Almenno S. Salvatore, Barzana, Bedulita, Berbenno, Brumano, Capizzone, Corna Imagna, Costa Valle Imagna, Fui piano Valle Imagna, Locatello, Paladina, Palazzago, Roncola, Rota Imagna, Sant'Omobono Terme, Strozza	

<b>AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) di BERGAMO</b>		
DIRETTORE GENERALE		
Mara Azzi		
DIRETTORE SANITARIO	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	DIRETTORE SOCIOSANITARIO
Giorgio Barbaglio	Adriano Vaini	Giuseppe Calicchio

<b>AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) BERGAMO OVEST (Treviglio)</b>		
DIRETTORE GENERALE		
Elisabetta Fabbrini		
DIRETTORE SANITARIO	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	DIRETTORE SOCIOSANITARIO
Santino Silva	Flavia Bernini	Barbara Mangiacavalli
Comprende i Comuni corrispondenti agli ex Ambiti territoriali di:		
Dalmine	Azzano S. Paolo, Boltiere, Ciserano, Comun Nuovo, Curno, Dalmine, Lallio, Levate, Mozzo, Osio Sopra, Osio Sotto, Stezzano, Treviolo, Urganò, Verdellino, Verdello, Zanica	
Treviglio	Arcene, Arzago d'Adda, Brignano Gera d'Adda, Calvenzano, Canonica d'Adda, Caravaggio, Casirate d'Adda, Castel Rozzone, Fara Gera d'Adda, Fornovo S. Giovanni, Lurano, Misano Gera d'Adda, Mozzanica, Pagazzano, Pognano, Pontirolo Nuovo, Spirano, Treviglio	
Romano di Lombardia	Antegnate, Barbata, Bariano, Calcio, Civate al Piano, Cologno al Serio, Cortenuova, Covo, Fara Olivana con Sola, Fontanella, Ghisalba, Isso, Martinengo, Morengo, Pumenengo, Romano di Lombardia, Torre Pallavicina	
Isola Bergamasca e Bassa Val san Martino	Ambivere, Bonate Sopra, Bonate Sotto, Bottanuco, Brembate, Brembate Sopra, Calusco D'Adda, Capriate S. Gervasio, Caprino Bergamasco, Carvico, Chignolo d'Isola, Cisano Bergamasco, Filago, Madone, Mapello, Medolago, Ponte S. Pietro, Pontida, Presezzo, Solza, Sotto il Monte Giovanni XXIII, Suisio, Terno d'Isola, Villa d'Adda	



<b>AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) di BERGAMO</b>		
DIRETTORE GENERALE		
Mara Azzi		
DIRETTORE SANITARIO	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	DIRETTORE SOCIOSANITARIO
Giorgio Barbaglio	Adriano Vaini	Giuseppe Calicchio

<b>AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) BERGAMO EST (SERIATE)</b>		
DIRETTORE GENERALE		
Francesco Locati		
DIRETTORE SANITARIO	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	DIRETTORE SOCIOSANITARIO
Roberto Cosentina	Gianluca Vecchi	Monica Meroli
Comprende i Comuni corrispondenti agli ex Ambiti territoriali di:		
Valle Seriana	Albino, Alzano Lombardo, Aviatico, Casnigo, Cazzano S. Andrea, Cene, Colzate, Fiorano al Serio, Gandino, Gazzaniga, Leffe, Nembro, Peia, Pradalunga, Ranica, Selvino, Vertova, Villa di Serio	
Valle Seriana Superiore e Valle Di Scalve	Ardesio, Azzone, Castione della Presolana, Cerete, Clusone, Colere, Fino del Monte, Gandellino, Gorno, Gromo, Oltressenda Alta, Oneta, Onore, Parre, Piario, Ponte Nossa, Premolo, Rovetta, Schilpario, Songavazzo, Valbondione, Valgoglio, Villa d'Ogna, Vilminore di Scalve	
Seriate	Albano S. Alessandro, Bagnatica, Brusaporto, Cavernago, Costa di Mezzate, Grassobbio, Montello, Pedrengo, Scanzorosciate, Seriate, Torre de' Roveri	
Grumello del Monte	Bolgare, Calcinate, Castelli Calepio, Chiuduno, Grumello del Monte, Mornico al Serio, Palosco, Telgate	
Valcavallina	Berzo S. Fermo, Bianzano, Borgo di Terzo, Carobbio degli Angeli, Casazza, Cenate Sopra, Cenate Sotto, Endine Gaiano, Entratico, Gaverina Terme, Gorlago, Grone, Luzzana, Monasterolo del Castello, Ranzanico, San Paolo d'Argon, Spinone al Lago, Trescore Balneario, Vigano' San Martino, Zandobbio	
Monte Bronzone/Basso Sebino	Adrara S. Martino, Adrara S. Rocco, Credaro, Foresto Sparso, Gandosso, Parzanica, Predore, Sarnico, Tavernola Bergamasca, Viadanica, Vigolo, Villongo	
Alto Sebino	Bossico, Castro, Costa Volpino, Fonteno, Lovere, Pianico, Riva di Solto, Rogno, Solto Collina, Sovere	