

Allegato 16

Indirizzi di programmazione socio sanitaria

EFFICIENZA, SEMPLIFICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE E INNOVAZIONE

La legge regionale 30/06, anche mediante le modifiche apportate dalla recente legge regionale 14/2010, ha definito la configurazione del sistema regionale, individuando gli enti che concorrono al raggiungimento degli obiettivi posti dalla programmazione regionale.

Le aziende sanitarie, quali enti del sistema regionale, devono pertanto improntare la loro attività ai principi che regolano l'azione amministrativa della regione, costituendo essi stessi lo strumento per la loro affermazione e concreta realizzazione.

L'efficienza, la semplificazione e l'innovazione (mediante anche i processi di digitalizzazione) della pubblica amministrazione hanno caratterizzato l'azione della regione Lombardia in questi 15 anni.

Ne sono una prova le profonde riforme, operate in sede legislativa, nell'ambito della semplificazione e della delegificazione dei rapporti tra cittadino-erogatore-aziende sanitarie.

Se è pur vero che le disposizioni di cui trattasi attengono all'attività propria della p.a., è obiettivo regionale che le regole della trasparenza, della sburocratizzazione, della semplificazione trovino espressione in ogni ambito dell'erogazione di un servizio pubblico sociale o sociosanitario e quindi diventino elemento costitutivo dell'attività anche dei soggetti erogatori accreditati.

Nell'ambito del settore in esame, si individuano, per l'anno 2011, le seguenti **azioni a carico delle ASL**:

- a) Applicazione puntuale delle disposizioni della legge 69/09, con specifico riferimento alle strutture dei dipartimenti ASSI e Dipendenze: in quest'ambito le ASL sono tenute a trasmettere entro il 28 febbraio 2011 una certificazione attestante l'attuazione delle norme di legge, entro il 30 giugno 2011 la segnalazione delle relative criticità e gli strumenti per il loro superamento.
- b) Concreta applicazione, nell'ambito della direzione sociale, del dipartimento ASSI e del Dipartimento Dipendenze, del principio di separazione dei compiti di alta amministrazione (programmazione e controllo) dai compiti propri dei dirigenti, che non può costituire un mero esercizio formale, ma trova effettiva traduzione in processi di valorizzazione e responsabilizzazione di questi ultimi, nell'ambito di una revisionata organizzazione aziendale. In questa prospettiva, va affermata l'autonomia tecnico-funzionale dei dipartimenti, sotto il coordinamento del direttore sociale, fermo restando il rapporto gerarchico funzionale rispetto al Direttore Generale dell'Azienda.
- c) Digitalizzazione dei rapporti tra ASL ed erogatore privato a contratto con estensione: dell'impiego della posta elettronica certificata, della firma digitale, della possibilità di interrogare la p.a. sullo stato delle pratiche. Contestualmente, capacità del soggetto erogatore di assicurare con le persone assistite e le loro famiglie, o comunque di prevedere, sistemi di comunicazione che, rispettosi delle regole sulla privacy, comportino il minor dispendio di tempo e un'efficace comunicazione.

- d) Previsione di sistemi in grado di rendere trasparenti i fattori che concorrono a determinare il costo dei servizi e delle prestazioni sociosanitarie, le modalità di accesso alle unità d'offerta e la composizione delle rette, anche mediante la presentazione di un apposito progetto presso tutti i soggetti accreditati.
- e) Sempre riguardo alle disposizioni previste dalla legge regionale 30/06, è fatto obbligo a tutte le ASL di tenere costantemente informata la DG Famiglia in ordine al contenzioso che dovesse essere instaurato in materia di rette di ricovero in unità d'offerta sociosanitarie e in ogni altra materia che possa comportare rischi per il sistema regionale, sia in termini di maggiori costi sia in termini di alterazione delle vigenti regole. Le segnalazioni dovranno pervenire agli uffici della Direzione in tempo utile per una valutazione congiunta della controversia ai fini di un eventuale intervento in giudizio della regione.
- f) Nell'ambito della semplificazione organizzativa, tutte le funzioni e attività dell'ASL appartenenti al sistema sociosanitario e sociale vanno ricondotte alla direzione sociale, al dipartimento ASSI e al dipartimento delle Dipendenze, non potendosi più ammettere dipendenze funzionali o gerarchiche delle strutture operative in questione da altri dipartimenti o direzioni aziendali con la sola esclusione delle funzioni di vigilanza e controllo. Vanno inoltre soppresse, nello spirito della semplificazione organica di cui al decreto legislativo 150/09, strutture soprattutto di tipo dirigenziale adibite a compiti propri della direzione sociale e dei relativi dipartimenti. In ogni caso va data assoluta priorità al personale dirigenziale interno, evitando di ricorrere a rapporti di lavoro dirigenziale a tempo determinato o flessibile. Per il personale precario, andranno realizzati processi di stabilizzazione secondo gli indirizzi che saranno dettati dalla regione Lombardia.

SUSSIDIARIETA', PARTERNARIATO, COOPERAZIONE INTERISTITUZIONALE

Con le DGR 30 luglio 2008 n.7797 e n.7798 sono stati costituiti i tavoli regionali di consultazione dei soggetti del terzo settore, degli enti locali, delle organizzazioni sindacali, degli enti erogatori e sono stati forniti gli indirizzi operativi per la costituzione e l'organizzazione dei tavoli locali.

La partecipazione dei soggetti del terzo settore, degli enti locali e degli altri soggetti interessati ai processi che informano la programmazione regionale e locale non costituisce un mero adempimento formale, ma un'occasione di arricchimento e di rafforzamento dell'azione della pubblica amministrazione, in quanto si è consapevoli che più un processo è condiviso più questo ha possibilità di tradursi in atti e comportamenti in grado effettivamente di produrre un cambiamento.

La partecipazione, secondo le previsioni del PRS, non può limitarsi alla semplice comunicazione delle iniziative in programma, ma nella capacità di raccogliere e tradurre le domande dei singoli cittadini, delle loro associazioni o rappresentanze. L'obiettivo è di passare dal rapporto con il cittadino-cliente al coinvolgimento del cittadino come co-protagonista, insieme all'istituzione, di un cambiamento nel modo di gestire la cosa pubblica.

In particolare, il rapporto con i soggetti del terzo settore non potrà limitarsi a forme di partenariato o di affidamento dell'erogazione di servizi, ma di forte collaborazione nella fase della programmazione o della progettazione della rete delle unità d'offerta.

E' sotto questo profilo che i tavoli di consultazione devono trasformarsi in tavoli di programmazione e progettazione informata e condivisa.

Allo stesso modo va riesaminato il rapporto tra Asl e Enti Locali.

La legge regionale n.3/08 ha completamente rivisto questo livello della sussidiarietà verticale, rafforzando il ruolo dei comuni sia nella programmazione delle politiche sociali locali sia nel concorso alla progettazione della rete locale sociosanitaria.

Basti pensare che l'articolo 14 comma 1 lett.a) della LR stabilisce che la programmazione locale delle unità d'offerta sociosanitarie avvenga in armonia con le linee di indirizzo formulate dai comuni attraverso la conferenza dei sindaci. D'altro canto, lo stesso articolo prevede l'obbligo delle Asl di collaborare con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità d'offerta sociali.

Il riconoscimento di un ruolo attivo ai comuni nell'ambito della rete sociosanitaria ha portato il legislatore regionale a prevedere anche un apposito ufficio a servizio della conferenza dei sindaci e delle assemblee di distretto.

Occorre pertanto definire l'attuale livello di applicazione delle disposizioni normative, individuando le seguenti **azioni a carico delle ASL**:

- a) Monitoraggio dello stato di organizzazione e funzionamento dei tavoli locali;
- b) Revisione o nuova approvazione di regolamenti per il funzionamento dei tavoli, che assumeranno la denominazione di tavoli di partecipazione dei soggetti del terzo settore e degli erogatori accreditati, la cui approvazione avverrà con atto del direttore generale su proposta del direttore sociale che può essere delegato ad assumere la presidenza dei tavoli;
- c) Effettiva costituzione dell'ufficio di supporto alla conferenza dei sindaci e all'assemblea di distretto, senza oneri aggiuntivi per l'ASL, e sua organizzazione ad opera del direttore sociale, in conformità a una preventiva deliberazione del consiglio di rappresentanza: l'ufficio dipende funzionalmente dal solo presidente della conferenza dei sindaci ed è composto almeno da una figura della carriera direttiva esperta in materia amministrativa o sociosanitaria e da personale di supporto. Il responsabile dell'ufficio partecipa alle assemblee di distretto e alla conferenza dei sindaci con funzioni di assistenza tecnico-giuridica al presidente. L'ufficio ha accesso a tutti gli atti utili per il corretto funzionamento degli organismi in questione.

LA DIREZIONE SOCIALE

L'esperienza maturata in questi anni impone una riflessione organica e strutturata sull'assetto organizzativo, sul ruolo, sulle competenze rivestite dal Direttore Sociale e dai Dipartimenti ASSI e Dipendenze, sulle relazioni di coordinamento e integrazione con gli altri livelli di competenza e di organizzazione che nel SSR si occupano di governo dei servizi sociali e di coordinamento del territorio nell'area sociosanitaria e sociale.

La Direzione Sociale ed i Dipartimenti ad essa afferenti sono oggi un punto di riferimento fondamentale per l'indirizzo del sistema sociosanitario e per la sua integrazione con il sistema sociale, e devono fungere sempre più da integratori della domanda di welfare, secondo matrici di responsabilità, espressa dal cittadino, coordinando più il bisogno che nasce dalla domanda che le criticità poste dall'offerta.

In particolare il PRS nel capitolo riguardante l'innovazione della rete dei servizi stabilisce che siano dettate nuove direttive alle ASL, finalizzate a rispondere in efficacia e appropriatezza al bisogno della persona, della famiglia e della comunità.

Al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi le Direzioni Generali delle ASL dovranno:

- assegnare alla Direzione Sociale adeguate risorse finanziarie, umane ed organizzative;
- procedere alla revisione dei Piani di Organizzazione Aziendale delle ASL, riorganizzando la Direzione Sociale, con l'obiettivo di rispondere in modo efficiente, appropriato, efficace ed integrato ai bisogni delle persone e delle famiglie;

In tale ottica le ASL, fermo restando le competenze del Direttore Generale dell'Azienda nel processo di revisione organizzativa dovranno adeguarsi ai seguenti criteri:

- a. riconduzione all'interno della Direzione Sociale delle articolazioni organizzative afferenti alla:
 - programmazione, progettazione, realizzazione della rete sociosanitaria,
 - programmazione delle unità d'offerta sociali;
 - negoziazione e contrattualizzazione delle unità d'offerta sociosanitarie;
- b. focalizzazione dell'organizzazione della direzione sociale alla relazione con il territorio
- c. semplificazione e trasparenza del percorso di accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, della famiglia e della comunità;
- d. integrazione degli interventi delle reti socio sanitaria e sociale;
- e. coordinamento degli interventi in materia di conciliazione, famiglia e lavoro in raccordo con la programmazione territoriale

Gli atti concernenti la programmazione sociosanitaria e sociale sono assunti dal Direttore Generale, su proposta del Direttore Sociale.

La Direzione Generale Famiglia, conciliazione, integrazione e solidarietà sociale promuove e garantisce il coordinamento dell'attività dei Direttori Sociali delle ASL.

LA FORMAZIONE

La formazione per gli operatori del welfare lombardo assume nel 2011 specifica rilevanza per l'accompagnamento e il supporto alla diffusione e alla realizzazione degli obiettivi del PRS, con particolare riferimento alla riforma del welfare lombardo.

Il nuovo sistema di welfare richiede agli operatori il rafforzamento e il riorientamento delle proprie competenze verso lo sviluppo delle capacità di programmazione e di lettura integrata del bisogno sociosanitario e sociale.

La formazione è quindi intesa come uno degli strumenti attraverso il quale contribuire concretamente al cambiamento.

Il sistema formativo è oggi prevalentemente orientato ai professionisti di area sanitaria: estendere l'accreditamento ECM-CPD alle iniziative formative in area sociosanitaria e sociale porta a qualificare ulteriormente i servizi e le professioni, a rapportarsi in maniera più stretta con il territorio e a sentirsi parte integrante del sistema. L'introduzione di percorsi ECM-CPD

per le professioni sanitarie del welfare, con l'attribuzione dei relativi crediti, rappresenta l'avvio di un processo professionale continuo che valorizza le risorse professionali e le qualifica.

LE COLLABORAZIONI CON IL TERZO SETTORE

Il PRS individua tra i capisaldi del modello ispirato alla sussidiarietà il rafforzamento del terzo settore secondo un'evoluzione che superi il ruolo di meri erogatori di servizi.

Da anni è in atto una mutazione delle forme organizzative delle pubbliche amministrazioni a qualsiasi livello, da quello centrale a quello locale: amministrazione di risultati, partnership pubblico-privati, amministrazione per accordi, sono solo alcune delle parole chiave di questo processo.

In tale contesto, i servizi alla persona occupano certamente un ambito di rilevante interesse per le amministrazioni locali, tenuto conto della mutata composizione sociale della nostra società e di una richiesta sempre maggiore, sia per quantità che per qualità dei tradizionali servizi di welfare.

I cambiamenti in corso suggeriscono, a tutti i livelli di governo e segnatamente a quelli titolari delle relative funzioni amministrative, di innovare e sperimentare recependo il patrimonio di esperienza che è presente e attivo sul proprio territorio e valorizzando le reti del privato sociale che si vanno strutturando.

E' urgente quindi ripensare agli strumenti di raccordo tra terzo settore e pubblica amministrazione nell'attuazione delle politiche sociali tenendo conto della specificità di tali servizi; occorre in altri termini, innanzitutto, rinsaldare quell'alleanza strategica con il privato sociale cosicché amministrazioni pubbliche e terzo settore concorrano responsabilmente, ciascuno secondo i propri compiti e funzioni, e preservando le proprie specificità, nell'attuazione delle politiche per il bene comune.

Le linee guida regionali hanno come obiettivo la valorizzazione del terzo settore, nell'ambito della gestione, della sperimentazione e della promozione dei servizi alla persona, a maggior ragione quando ciò avvenga attraverso forme di regolazione delle reti locali composte da attori diversi (enti locali, aziende sanitarie, terzo settore, ma anche soggetti *for profit*).

Sotto questo profilo, oltre a quanto già affermato in tema di partecipazione alla programmazione, si individuano le seguenti **azioni a carico delle ASL**:

1. Approvazione di un protocollo operativo di applicazione delle linee guida regionali;
2. Predisposizione di un programma di attività che consenta di individuare tutti gli ambiti di collaborazione con i soggetti del terzo settore, prevedendo comunque sempre percorsi condivisi di decisione;
3. Avvio di collaborazioni con il terzo settore in relazione ai compiti dell'UPT, dell'ufficio di protezione giuridica e, in generale, in tutti gli ambiti in cui trovi espressione una funzione di supporto o di consulenza alle persone e alla famiglia.

CONCLUSIONE DELLE GESTIONI DIRETTE DI RSA, RSD, CDI, CDD,

La riforma del sistema sanitario lombardo è stata caratterizzata dalla netta separazione dei compiti di produzione dei servizi e di erogazione delle prestazioni socio sanitarie dai compiti di programmazione, accreditamento e vigilanza.

Il principio, sia con la stessa LR 31/97 e poi ancora meglio con la LR 3/08, ha trovato espressione e concreta applicazione anche nel settore sociosanitario.

Ciò nonostante, in alcune situazioni locali, le ASL continuano a gestire direttamente unità d'offerta sociosanitarie soggette ad accreditamento.

La previsione per l'anno 2011 mira al superamento di questo sistema, mediante un processo di esternalizzazione, che dovrà essere adeguatamente monitorato a livello regionale e soggetto a precisi programmi e progetti di intervento ad opera delle ASL.

Tenuto conto che alcune di queste tipologie di unità d'offerta hanno conosciuto negli anni passati un processo di trasformazione che ha portato alla loro attuale qualificazione, pur provenendo da una originaria delega di funzioni sociali dei comuni alle ASL, si ritiene che per queste, in primo luogo, occorrerà prevedere la loro restituzione ai comuni di provenienza oppure ai soggetti pubblici a cui i comuni dell'ambito hanno affidato la gestione di unità d'offerta sociali.

In questi casi, il trasferimento (vera e propria cessione dell'unità d'offerta con relativo patrimonio immobiliare e mobiliare, finanziamenti concessi e personale dedicato) potrà avvenire solo se richiesto dai comuni previa adeguata istruttoria da condurre a cura dell'ASL nell'ambito di specifiche conferenze di servizi. Il parere del Consiglio di rappresentanza dei sindaci e della assemblea di distretto interessata sono vincolanti. Sarà cura dell'ASL gestire i necessari rapporti con le organizzazioni sindacali.

Nelle altre situazioni e comunque in caso in cui i comuni non intendessero esercitare l'opzione loro riconosciuta, la cessione delle unità d'offerta potrà avvenire mediante il ricorso a collaborazioni con il terzo settore, comunque facendo ricorso a forme di selezione pubblica, oppure mediante affidamento del servizio ad ASP esistenti, mediante la richiesta alla regione di costituzione di nuove ASP, ed infine, mediante la costituzione di fondazioni ai sensi di quanto previsto dall'art.6 comma 3° della LR 33/09 (TU leggi sanitarie lombarde).

Per l'attuazione di questo processo, si individuano le seguenti **azioni a carico delle ASL**:

- Ricognizione entro il 30 marzo 2011 di tutte le unità d'offerta sociosanitarie a gestione diretta (intendendosi le unità d'offerta di cui l'Asl sia titolare di accreditamento o proprietaria dell'immobile).
- Presentazione alla DG Famiglia entro il 30 giugno 2011 del programma di cessione della/e unità d'offerta individuate, che sia stato preventivamente assentito dagli organismi rappresentativi degli enti locali e, nei casi di restituzione ai comuni, sia corredato da un protocollo di intesa tra ASL e comune; il programma dovrà essere corredato da relazioni tecniche e gestionali complete.
- Avvio della istruttoria a cura della DG Famiglia (di concerto con la DG Sanità per gli aspetti relativi al patrimonio immobiliare e al personale) per il rilascio di specifica autorizzazione alla cessione.