Lombardia, Consiglio regionale approva riforma sanitaria

Autore : Redazione

Data : 30 Novembre 2021

La legge, entrata in Aula il 10 novembre come progetto di legge n.187 *'Modifiche al Testo unico delle leggi regionali di sanità'*, è composta da 35 articoli

Riceviamo e pubblichiamo dall'Ufficio Stampa del Consiglio Regionale della Lombardia.

Via libera con 48 voti a favore e 26 contrari alla nuova riforma della sanità lombarda. Il provvedimento è stato approvato dall'Aula del Consiglio regionale alle ore 17:21 e modifica la legge n°33 del 2009.

Ha sottolineato nel suo intervento conclusivo il relatore e Presidente della Commissione Sanità Emanuele Monti:

> Potenziare il servizio sanitario regionale in particolare per la medicina territoriale, la prevenzione e l'Assistenza Domiciliare Integrata, ADI; precisare le competenze dei diversi soggetti interessati, ATS, ASST, Assessorato e Direzione generale, istituire Distretti, Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali.
>
> Consentire nuove assunzioni di personale medico e infermieristico con l'introduzione della nuova figura dell'infermiere di famiglia. Sono questi i principali obiettivi della legge.

La legge, entrata in Aula il 10 novembre come progetto di legge n.187 *'Modifiche al Testo unico delle leggi regionali di sanità'*, è composta da 35 articoli.

All'approvazione finale si è giunti dopo 16 giorni di lavori che hanno tenuto impegnata l'Aula per 116 ore: diverse le sedute notturne, per la prima volta negli oltre 50 anni di storia della Regione anche una seduta domenicale.

Nelle giornate di ieri e oggi le votazioni dei 942 emendamenti e dei 929 ordini del giorno ritenuti ammissibili e che hanno passato il vaglio degli uffici.

Ha sottolineato il Presidente del Consiglio Alessandro Fermi:

> Con l'approvazione di questa legge confermiamo il sacrosanto principio della libera e consapevole scelta dei cittadini nell'accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie.
>
> Il percorso di diagnosi, cura e presa in carico può avvenire tra soggetti pubblici e privati che operano all'interno del sistema sociosanitario lombardo ed è accessibile a chiunque indipendentemente dalla rispettiva situazione sociale ed economica.
>
> Una presa in carico del singolo paziente che, grazie alle declinazioni locali dei nuovi presidi sociosanitari territoriali, potrà avvenire in maniera più efficace ed efficiente.

I rappresentanti dei gruppi di minoranza hanno rimarcato come, al netto delle contrarietà su molti dei singoli punti della riforma, da parte della maggioranza non ci sia stata nessuna volontà seria di confrontarsi e di valutare le loro proposte, appiattendosi sul testo e le indicazioni della Giunta regionale.

Su www.lombardiaquotidiano.com una sintesi delle dichiarazioni di voto

La riforma della sanità in sintesi

I Principi

All'articolo 1 viene introdotto l'approccio *one health "finalizzato ad assicurare globalmente la protezione e la promozione della salute, tenendo conto della stretta relazione tra la salute umana, la salute degli animali e l'ambiente"*, e vengono promossi quali *"elementi fondamentali di un corretto stile di vita"* la prevenzione e l'attività sportiva e motoria.

Tra le finalità, vengono sottolineate la promozione dell'innovazione tecnologica, il potenziamento della medicina digitale, il rafforzamento della medicina territoriale.

Strutture Pubbliche e Private

Sempre l'articolo 1 stabilisce, per assicurare libertà di scelta al cittadino, *"equivalenza e integrazione dell'offerta sanitaria e socio sanitaria delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate"* e, *"in un'ottica di trasparenza", "parità di diritti e di doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all'interno del Servizio Sanitario Locale"*. Si precisa che l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, selezionate con procedura ad evidenza pubblica, si perfeziona con l'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate.

Ricerca Scientifica

Stabilito un "forte impulso" alla ricerca (art. 2-3): si prevede la creazione di una *"rete regionale della ricerca compresa quella biomedica"* e si favorisce lo sviluppo di *network* scientifici. L'art. 4 si occupa del piano pandemico regionale, *"declinazione del piano nazionale"*, con durata quinquennale. Viene istituito (art. 15) il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive, ente di diritto pubblico con autonomia organizzativa, che si occuperà tra l'altro di ricerca e sviluppo di nuovi vaccini.

Regione 4 Assessorato

L'Assessorato al Welfare sarà sempre più caratterizzato da un ruolo di governo forte, anche attraverso l'irrobustimento della funzione di indirizzo nei confronti delle Agenzie di tutela della salute e degli erogatori

pubblici e privati. Le funzioni principali: programmazione strategica, piano socio sanitario, sviluppo dell'*innovation comunication technology*, osservatorio epidemiologico, accreditamento delle strutture pubbliche e private.

Separazione di funzioni

Alle ATS vengono assegnate le funzioni di programmazione, acquisto, controllo; alle ASST e alle strutture sanitarie e sociosanitarie le funzioni erogative (art.7). Alle ATS spettano in particolare il coordinamento e la sottoscrizione dell'accordo con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

Le ASST

Alle Aziende sociosanitarie territoriali fanno riferimento i distretti e tutte le attività erogative. Le ASST (art. 8) sono articolate in due poli: polo ospedaliero, organizzato in dipartimenti (compreso il dipartimento di emergenza e urgenza) e polo territoriale, suddiviso in distretti e dipartimenti territoriali (cure primarie, salute mentale e dipendenze, prevenzione).

Relazioni con il territorio

L'ASST è la sede di rilevazione dei bisogni del territorio in raccordo con la Conferenza dei Sindaci a livello di direzione generale e con i delegati dei Sindaci a livello distrettuale. Vengono previsti il Collegio e il Consiglio di rappresentanza dei Sindaci (art. 25). Viene inoltre valorizzato il ruolo del volontariato (art. 29) e vengono istituiti il Forum di confronto permanente con le associazioni di pazienti, il Forum del terzo settore, il Tavolo regionale di confronto permanente con le organizzazioni sindacali, l'Osservatorio regionale con le associazioni di rappresentanza di enti locali, sindacali e professionali.

I distretti

I distretti della ASST, che avranno al vertice un direttore, comprendono una popolazione non inferiore a 100 mila abitanti, salvo che nelle aree montane e nelle aree a scarsa densità abitativa (art. 9) dove si riferiranno ad ambiti di 20 mila abitanti. Loro compito sarà *"valutare il bisogno locale, fare programmazione e realizzare l'integrazione dei professionisti sanitari (medici di medicina generale, pediatri, specialisti ambulatoriali, infermieri e assistenti sociali)"*. Nel distretto, che sarà *"una sede fisica facilmente riconoscibile e accessibile dai cittadini"*, troveranno posto le strutture territoriali previste dal PNRR: gli Ospedali di Comunità, le Case della Comunità, la cui gestione può essere affidata ai medici di medicina generale anche riuniti in cooperativa, le Centrali Operative Territoriali.

Strutture Territoriali

Le Case della Comunità, dove opereranno team multidisciplinari, costituiranno il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie e saranno il punto di riferimento per i malati cronici. Le Centrali Operative Territoriali (una per ogni distretto) avranno la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e si avvarranno di tutte le attività di telemedicina e medicina digitale: televisita, teleconsulto, telemonitoraggio.

L'Ospedale di Comunità sarà la struttura sanitaria della rete territoriale che si occuperà di ricoveri brevi e di pazienti con necessità di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica. Di norma dotato di venti posti letto (fino ad un massimo di 40), avrà una gestione prevalentemente infermieristica.

Aziende Ospedaliere

Entro due anni dall'approvazione della legge prevista la possibilità di un piano di riordino complessivo

della rete di offerta della Città Metropolitana di Milano con l’eventuale istituzione di nuove Aziende Ospedaliere. Nei successivi 36 mesi prevista la possibilità di istituire nuove aziende ospedaliere sul territorio lombardo (art. 8). Le aziende ospedaliere avranno un ufficio di pubblica tutela (art. 28).

Medici

All'art. 13 viene favorita una sempre maggiore integrazione tra i medici di medicina generale, il cui ruolo viene definito 'centrale', e gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri. Previsto l'esercizio dell'attività dei medici delle cure primarie preferibilmente attraverso l’erogazione delle prestazioni negli ospedali di comunità e nelle case della comunità. Sinergia con le farmacie e potenziamento della presa in carico del paziente affetto da patologie croniche. Istituiti il Comitato di indirizzo cure primarie (composto da dirigenti della sanità, medici e infermieri). Sarà istituito (art. 23) anche un Comitato di rappresentanza delle professioni sanitarie composto da rappresentanti della Regione, degli Ordini e dei Collegi delle professioni sanitarie. Viene esteso alle zone disagiate il finanziamento di una specifica quota di borse aggiuntive per i medici di medicina generale (art. 22).

Ambulatori territoriali

Viene istituita la nuova struttura territoriale destinata ai medici di medicina generale che decideranno di associarsi. Si tratta degli Ambulatori socio sanitari territoriali che avranno come compito prioritario la cura dei malati cronici. I medici, per i quali è prevista la tariffazione delle attività svolte, potranno avere a disposizione fondi per l’acquisto di apparecchiature per la diagnostica. Previste anche risorse per gli enti locali che metteranno a disposizione locali per questi ambulatori.

Nomine

Vengono modificate le procedure di nomina dei direttori generali delle strutture sanitarie pubblica nonché di direttori sanitari, amministrativi e sociosanitario introducendo disposizioni per ampliare le possibilità di selezione (artt. 16 e 17).

AREU

All'art. 19 viene rafforzato il ruolo di AREU (Agenzia regionale per l’urgenza e l’emergenza). Estesa all’AREU la necessità di dotarsi di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle attività (art. 27).

Farmacie

Le farmacie non vengono più considerate semplicemente luoghi di vendita e distribuzione dei farmaci ma connotate da nuovi compiti che ne fanno punti di una rete capillare al servizio del cittadino. Per esempio, relativamente alla campagna vaccinale oppure ad attività da erogare in accordo con medici, ATS e ASST (art. 33). Le farmacie inoltre (art. 5) contribuiscono alla realizzazione della presa in carico dei pazienti cronici.

Cronoprogramma

Il potenziamento della rete territoriale deve essere realizzato e portato a compimento entro tre anni dalla data di entrata in vigore della legge. Entro 90 giorni è prevista l’istituzione dei distretti con la nomina dei direttori e l’istituzione dei Dipartimenti di cure primarie e dei dipartimenti funzionali di prevenzione. Entro 6 mesi dall’istituzione dei distretti verranno realizzate le Centrali Operative Territoriali.

Ospedali e Case di Comunità verranno realizzate per il 40% entro il 2022, per il 30% entro il 2023 e il restante 30% entro il 2024. Entro 6 mesi dall’approvazione della legge nascerà anche il Centro per la

prevenzione e il controllo delle malattie infettive. Il completamento del potenziamento di tutta la rete territoriale è previsto in tre anni.

Le risorse

Per Regione Lombardia le previsioni del Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza consentono di prevedere 203 Case della Comunità, 60 Ospedali di Comunità e 101 Centrali Operative Territoriali con investimenti per oltre 300 milioni per le Case della Comunità, oltre 150 milioni per gli Ospedali di Comunità e 17,8 milioni per le Centrali Operative Territoriali. Altri 85 milioni di fondi regionali verranno destinati per il Centro per la prevenzione delle malattie infettive.

Complessivamente incluse le risorse regionali al potenziamento della rete di offerta vengono destinati 1 miliardo e 350 milioni di fondi per l'edilizia sanitaria. Man mano che verranno realizzate le nuove strutture, i costi del personale a regime sono così stimati: 17 milioni 800 mila euro nel 2022; 28 milioni 700 mila euro nel 2023; 29 milioni 700 mila euro nel 2024. Viene istituito il Fondo regionale per la telemedicina (5 milioni)

Sintesi della Riforma