

## LA RIFORMA DELLA SANITA' IN SINTESI

Prevedere un “potenziamento” del servizio sanitario regionale in particolare per **medicina territoriale**, prevenzione e **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 (ci sarà la nuova figura dell’infermiere di famiglia). Sono questi i principali obiettivi della legge al centro del **dibattito iniziato il 10 novembre in Consiglio regionale**. La legge, entrata in Aula come progetto di legge n.187 “Modifiche al Testo unico delle leggi regionali di sanità”, è composta da 35 articoli.

**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**, lo sviluppo della **medicina di genere**.

**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**. Viene istituito un **Tavolo permanente** con le rappresentanze dei soggetti gestori pubblici e privati “per contribuire alla corretta attuazione della programmazione regionale” (art.5).

**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 E 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 communication 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. La gestione può essere affidata ai medici di medicina generale in associazione. 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).