

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

Nel 2015, con l'approvazione della legge regionale n. 23 recante *“Evoluzione del sistema socio sanitario 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)”* la Regione ha inteso far evolvere le capacità del sistema sanitario regionale sviluppate nell'ambito ospedaliero anche all'assistenza territoriale, superando alcune frammentazioni esistenti ed evitando le potenziali interruzioni nei percorsi di cura.

A conclusione del quinquennio sperimentale sono stati analizzati i risultati raggiunti con il nuovo assetto organizzativo, anche in considerazione delle valutazioni effettuate dal Ministero della Salute, con il supporto tecnico dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

Rispetto agli obiettivi che la l.r. 23/2015 intendeva perseguire, la valutazione di Agenas ha messo in luce gli aspetti innovativi apportati dalla legge, primo fra tutti i risultati di salute del modello di presa in carico dei pazienti cronici; ha tuttavia individuato alcune aree di miglioramento la cui introduzione nell'assetto organizzativo del sistema socio sanitario lombardo è stata ritenuta indispensabile al fine di una valutazione positiva e coerente con il disegno nazionale delineato dal decreto legislativo n. 502/1992.

Il presente PDL, anche in risposta alle indicazioni del Ministero della Salute, di Agenas nonché a quanto previsto nel Piano nazionale di ripresa e resilienza introduce, in sintesi, le seguenti principali prescrizioni:

- istituisce i dipartimenti di prevenzione, costituiti quali articolazioni delle ASST con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni per la tutela della salute della popolazione;
- istituisce i distretti, costituiti quali articolazioni delle ASST, con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni distrettuali, prevedendo un adeguato coinvolgimento dei sindaci;
- istituisce i dipartimenti di salute mentale, costituiti quali articolazioni delle ASST, con il compito di gestire la domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio di riferimento;
- istituisce la figura del direttore di distretto selezionato ai sensi della normativa vigente;
- assegna alle ASST l'attuazione degli atti di indirizzo, di pianificazione e di programmazione regionali con le connesse attività di programmazione ed organizzazione dei servizi a livello locale, sulla base della popolazione di riferimento;
- attribuisce alla Regione la funzione di accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche, private e dei professionisti che ne facciano richiesta;
- assegna alla Regione, tramite l'Agenzia di controllo, funzioni di vigilanza e controllo degli erogatori privati accreditati di valenza regionale o extraregionale con cui ha stipulato gli accordi contrattuali;
- istituisce il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive a supporto della gestione delle emergenze epidemiche e pandemiche nella logica del principio one health;
- sviluppa le reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, al fine di rafforzare l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
- individua gli ospedali di comunità, le case della comunità e le centrali operative territoriali.

L'**articolo 1** introduce tra i principi guida della programmazione, gestione e organizzazione del SSR 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 la valorizzazione dell'attività sportiva e motoria quale parte integrante dei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione e quale elemento fondamentale di un corretto stile di vita.

Rafforza inoltre:

- l'equivalenza e integrazione all'interno del SSL dell'offerta sanitaria e sociosanitaria delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate,
- la promozione dell'innovazione tecnologica ed organizzativa del SSR con la collaborazione di soggetti pubblici e privati,
- la medicina territoriale attraverso l'innovazione organizzativa e gestionale in relazione all'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione;
- il potenziamento e sviluppo della medicina digitale;
- la multidisciplinarietà e l'interdisciplinarietà e integrazione nei percorsi di cura.

L'**articolo 2** è volto ad implementare l'offerta delle reti territoriali, nonché la creazione di una rete regionale della ricerca, della ricerca biomedica e dell'innovazione nelle scienze della vita.

L'**articolo 3** ha lo scopo di favorire lo sviluppo e l'implementazione di network scientifici in grado di orientare, le politiche di prevenzione sulla base di validate evidenze scientifiche e di realizzare politiche di comunicazione e di sensibilizzazione in materia di prevenzione rivolte ai cittadini.

L'**articolo 4** introduce il piano pandemico regionale, quale declinazione a livello locale del piano nazionale, da approvarsi dal Consiglio regionale su proposta della Giunta regionale.

L'**articolo 5** consolida il ruolo di guida del sistema sanitario regionale da parte della Regione. In particolare, l'Assessorato al Welfare sarà sempre più connotato da un ruolo di governo forte anche mediante l'irrobustimento della funzione di indirizzo nei confronti delle Agenzie di tutela della salute e degli erogatori pubblici e privati.

Le funzioni principali della Regione, quindi, sono così sintetizzabili:

- politiche sanitarie e sociosanitarie;
- programmazione strategica generale;
- adozione del piano sociosanitario regionale;
- indirizzi per la programmazione dei bisogni sanitari e sociosanitari, dei fabbisogni delle risorse umane, degli acquisti e degli investimenti;
- sviluppo dell'innovation communication technology (ICT);
- osservatorio epidemiologico regionale;
- accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private.

Viene inoltre rafforzata la funzione regionale di promozione del servizio socio sanitario lombardo a livello internazionale.

L'**articolo 6** coordina i compiti dell'osservatorio epidemiologico regionale con il principio one health e prevede la collaborazione dell'osservatorio anche con enti di ricerca e strutture sanitarie di livello internazionale.

L'**articolo 7** porta a compimento il principio di separazione delle funzioni di programmazione, acquisto, controllo di competenza delle ATS da quelle erogative di competenza delle ASST e delle altre strutture sanitarie e sociosanitarie.

In particolare, sono attribuite alle ATS le seguenti funzioni:

- programmazione delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST;
- coordinamento e sottoscrizione dell'accordo con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta tramite il dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- proporre alla Regione la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie nell'ambito del territorio di competenza;
- programmazione e coordinamento in tema di sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare, sanità animale, igiene urbana veterinaria, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale, impianti industriali e supporto dell'export;
- programmazione delle attività di prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro e di sicurezza degli alimenti non di origine animale, dei materiali a contatto con gli alimenti e dell'acqua destinata al consumo umano e conseguente svolgimento delle stesse attività di controllo, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico;
- coordinamento, per il territorio di competenza, delle politiche di investimento;
- rilevazione del fabbisogno di personale per il territorio di competenza e coordinamento, a livello territoriale, delle eventuali procedure aggregate ferma restando l'autonomia aziendale nel reclutamento delle figure sanitarie.

L'**articolo 8**, dedicato alle Aziende sociosanitarie territoriali, prevede la collocazione presso le stesse dei distretti e di tutte le attività erogative, portando a compimento il disegno della legge regionale n. 23/2015.

Alle ASST afferiscono, pertanto, i seguenti dipartimenti:

- dipartimento di cure primarie;
- dipartimento della salute mentale;
- dipartimento funzionale di prevenzione.

Le ASST continuano ad essere articolate in due poli:

- polo ospedaliero, a sua volta articolato in dipartimenti;
- polo territoriale, articolato in distretti, cui afferiscono i presidi territoriali quali punti erogativi delle prestazioni.

In considerazione del ruolo fondamentale ricoperto dal distretto, l'ASST è la sede di rilevazione dei bisogni del territorio di riferimento, in raccordo con:

- la conferenza dei sindaci a livello di direzione generale;
- con i delegati dei sindaci espressione dei rispettivi territori di competenza a livello distrettuale.

Alle ASST spetta l'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie territoriali e quelle inerenti la continuità del percorso assistenziale, garantite dalle strutture, ospedaliere e territoriali, afferenti alle ASST del territorio di riferimento e ai suoi distretti.

In particolare, si prevede:

- l'istituzione del dipartimento funzionale di prevenzione;
- l'erogazione delle prestazioni di prevenzione individuale (es: profilassi malattie infettive - vaccinazioni), delle dipendenze e dell'integrazione sociosanitaria e sociale;
- l'articolazione del polo territoriale in distretti i cui ambiti coincidono con gli ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona;
- il governo di tutta l'attività erogativa del distretto;
- la collocazione dei presidi territoriali all'interno di ogni distretto per l'erogazione dei LEA territoriali;
- lo sviluppo, il potenziamento e l'integrazione dei servizi territoriali;
- l'integrazione sociosanitaria con gli enti locali e il rapporto con le rappresentanze dei sindaci;
- la valutazione dei fabbisogni del territorio.

Al settore polo territoriale afferiscono:

- a) i presidi ospedalieri territoriali (POT) nell'ambito dei quali sono collocati gli ospedali di comunità, previsti dal piano nazionale ripresa e resilienza (PNRR);
- b) i presidi sociosanitari territoriali (PreSST) all'interno dei quali trovano collocazione le case della comunità, previste dal PNRR;
- c) le centrali operative territoriali (COT), previste dal PNRR.

Stante l'obiettivo prioritario dello sviluppo e del consolidamento della continuità ospedale – territorio, proprio del presente progetto di legge, è prevista la costituzione delle centrali operative territoriali (COT) quali punti di accesso territoriali (fisici e digitali) per facilitare e governare la rete di offerta sociosanitaria all'interno del distretto.

Nell'ambito di un piano di riordino complessivo della rete d'offerta del territorio della Città metropolitana di Milano si prevede, infine, che la Regione, entro ventiquattro mesi dall'entrata in vigore della presente legge, istituisca nuove aziende ospedaliere (AO) e che, entro i successivi trentasei mesi, valuti l'istituzione di nuove aziende ospedaliere sul resto del territorio lombardo.

L'**articolo 9** prevede l'articolazione in distretti delle ASST che comprendono una popolazione di norma non inferiore a 100.000 abitanti, salvo che nelle aree montane e nelle aree a scarsa densità abitativa dove il distretto può comprendere una popolazione minima di 20.000 abitanti.

Viene introdotta la figura del direttore del distretto scelto fra soggetti che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione. L'incarico è conferito dal direttore generale a seguito dell'espletamento delle procedure e nel rispetto dei criteri e requisiti relativi agli incarichi di struttura complessa per quanto compatibili.

L'**articolo 10** volto a valorizzare l'importante ruolo attribuito alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico

L'**articolo 11** consente ai soggetti erogatori privati di concorrere all'istituzione dei presidi territoriali previsti dalla legge: i presidi ospedalieri territoriali (POT) nell'ambito dei quali sono collocati gli ospedali di comunità e i presidi sociosanitari territoriali (PreSST) all'interno dei quali trovano collocazione le case della comunità.

L'**articolo 12** sancisce il concorso degli ospedali classificati nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie territoriali, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale e individua gli stabilimenti termali quali punti erogativi nel percorso di cura e riabilitazione del paziente.

L'**articolo 13** è volto ad assicurare una sempre maggiore integrazione tra i MMG/PLS e gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri. A tal fine viene favorito l'esercizio dell'attività dei medici di cure primarie, preferibilmente attraverso l'erogazione delle relative prestazioni nei POT, negli ospedali di comunità, nei PreSST, nelle case della comunità o con forme aggregative alternative per particolari territori disagiati. Viene, altresì, incentivato l'utilizzo delle tecnologie informative per incrementare il ricorso alla telemedicina, al teleconsulto e al telemonitoraggio, in modo da potenziare e migliorare la presa in carico del paziente affetto da patologie croniche.

E' istituito, infine, il comitato di indirizzo cure primarie con funzioni di coordinamento al fine di predisporre annualmente linee guida, da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale, relative alla presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche, nonché alla programmazione della formazione dei medici di medicina generale.

L'**articolo 14** uniforma le modalità di nomina del direttore generale dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo con quelle di nomina dei direttori delle strutture sanitarie pubbliche lombarde e prevede il coinvolgimento del direttore generale nell'esercizio delle funzioni attribuite al comitato di indirizzo.

L'**articolo 15** introduce il Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive quale ente di diritto pubblico a supporto tecnico-scientifico della Regione e del sistema sanitario. Al Centro sono attribuite in particolare le seguenti funzioni:

- preparazione ad eventuali emergenze sanitarie epidemiche;
- gestione delle emergenze epidemiche e pandemiche a livello clinico e diagnostico
- ricerca e monitoraggio nel campo della prevenzione, della diagnosi e della cura derivanti dalla

- diffusione di microorganismi;
- ricerca di nuove strategie terapeutiche;
 - studio e controllo delle infezioni trasmissibili potenzialmente pericolose per la popolazione;
 - ricerca e sviluppo di nuovi vaccini;
 - sviluppo di programmi per il trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca
 - gestione delle pratiche di politica sanitaria finalizzate al buon utilizzo dei farmaci antibiotici e al contrasto all'antibiotico-resistenza;

L'**articolo 16** introduce alcune modifiche in merito alla procedura di nomina dei direttori generali delle strutture sanitarie pubbliche. In particolare, il numero di candidature tra cui scegliere i direttori da nominate è innalzato fino a 300 e si elimina dal procedimento di selezione lo svolgimento di test o questionari.

Al fine di garantire un elevato livello di qualità della prestazione professionale connessa al ruolo ricoperto, il trattamento economico del direttore generale è integrato per la partecipazione a corsi di formazione manageriale e iniziative di studio ed aggiornamento, promosse e disciplinate dalla Regione. Si specifica inoltre, in aderenza agli orientamenti della giurisprudenza contabile, che il collocamento a riposo del direttore generale delle strutture sanitarie pubbliche comporta la cessazione dall'incarico e la conseguente risoluzione del contratto a far data dal giorno del collocamento a riposo.

L'**articolo 17** introduce anche per i direttori sanitari, amministrativi e sociosanitari disposizioni analoghe a quelle introdotte con riferimento ai direttori generali delle strutture sanitarie pubbliche, in tema di integrazione del trattamento economico e di collocamento a riposo.

L'**articolo 18** specifica che l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private si perfeziona con l'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate da parte della Regione.

L'**articolo 19** contiene disposizioni volte a rafforzare il ruolo di AREU a supporto della Giunta regionale per il tramite dell'assessorato al Welfare, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale.

L'**articolo 20** prevede l'approvazione da parte della Giunta regionale degli indirizzi di programmazione del SSL per l'anno successivo e aggiorna in un'ottica di maggiore chiarezza e di coordinamento con la normativa nazionale sopravvenuta la formulazione di alcune disposizioni relative al POAS e al piano dei fabbisogni. Al fine di coordinare l'iter di approvazione del POAS delle ATS con quello delle ASST non si prevede più l'acquisizione del parere consiliare. Viene inoltre incluso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna tra i soggetti per cui ARIA spa, nell'ambito delle sue funzioni, garantisce efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento.

L'**articolo 21** riguarda la programmazione della formazione delle risorse umane del SSL che viene coordinata con la nuova denominazione degli atti di indirizzo di cui all'articolo 5, comma 6, della legge e con la nuova denominazione dell'istituto regionale (PoliS Lombardia) presso cui è istituita l'Accademia

di formazione.

L'**articolo 22** estende alle zone disagiate il finanziamento di una specifica quota di borse aggiuntive per i medici di medicina generale.

L'**articolo 23** è volto a valorizzare nell'ambito del sistema sociosanitario lombardo le professioni sanitarie prevedendo il coinvolgimento di tutta la filiera professionale al fine di assicurare la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità in grado di garantire sempre di più un completo percorso di cura che si realizzerà nell'ambito delle case della comunità e degli ospedali di comunità.

È istituito, quale organismo di consultazione e supporto agli atti di programmazione regionale, un comitato di rappresentanza delle professioni sanitarie del quale fanno parte rappresentanti della Regione, degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie.

L'**articolo 24** contiene anzitutto una disposizione volta ad eliminare la natura definitiva dell'autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione del soggetto gestore al termine della sperimentazione. Viene inoltre precisato che il soggetto privato gestore della sperimentazione deve essere selezionato con procedura ad evidenza pubblica. Ad esito della conclusione positiva della stessa possono essere autorizzate dalla Giunta rimodulazioni delle condizioni originarie precisando tuttavia che il perimetro dell'attività non può essere modificato.

L'**articolo 25** introduce disposizioni di coordinamento in merito alla partecipazione dei comuni alle attività di programmazione territoriale dell'ATS, della ASST e del distretto, attraverso la conferenza dei sindaci e le sue articolazioni (collegio e consiglio di rappresentanza dei sindaci). Si prevede inoltre che i sindaci o loro delegati debbano comunque appartenere al Consiglio o alla Giunta comunale.

L'**articolo 26** in aderenza alla normativa comunitaria, introduce il principio secondo cui l'organizzazione del sistema informativo sanitario deve essere coerente con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Viene altresì rafforzato il ruolo della Giunta regionale nel coordinare le attività di tutti i soggetti connessi al sistema informativo sanitario.

L'**articolo 27** estende anche all'AREU la necessità di dotarsi di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle proprie attività. Precisa, inoltre, che le fondazioni IRCCS interessate dalla previsione sono quelle di diritto pubblico per le quali la competenza all'adozione del bilancio di esercizio è del consiglio di amministrazione. In caso di dissesto dichiarato con provvedimento della Giunta regionale, comportante la decadenza del direttore generale dall'incarico, viene introdotta la possibilità per la stessa Giunta regionale di nominare anche un commissario straordinario con il compito di adottare un piano di rientro.

L'**articolo 28** estende alle aziende ospedaliere l'istituzione di un ufficio di pubblica tutela.

L'**articolo 29** rafforza la valorizzazione del ruolo del volontariato nell'ambito del SSL, attraverso la promozione di attività ed eventi di beneficenza finalizzati alla raccolta di fondi da destinare al potenziamento delle attività del SSL, ad investimenti in edilizia sanitaria e tecnologia o attività di studio e ricerca, proposte da soggetti che non siano in conflitto di interessi.

L'**articolo 30** è inteso a valorizzare gli strumenti del progetto di vita e del budget di salute nel definire i criteri e le modalità di riordino e riqualificazione della rete sociosanitaria regionale da parte della Giunta regionale.

L'**articolo 31** prevede una riformulazione della disposizione relativa alla revisione periodica delle tariffe dei DRG per adeguarla alla soppressione dell'osservatorio integrato del SSL.

L'**articolo 32** abroga l'articolo 27 ter, disposizione di carattere organizzativo, che ormai ha esaurito la propria efficacia, essendo ormai avvenuta l'istituzione dell'assessorato.

L'**articolo 33** si propone di valorizzare la centralità, la capillarità e le funzioni svolte dalla farmacia, non più limitate alla vendita e distribuzione dei farmaci, ma connotate da una serie di servizi più ampia nell'ambito della così detta farmacia dei servizi, atteso che la stessa rappresenta un punto di riferimento capillare per il cittadino e che nel corso della pandemia da Covid-19 ha dimostrato il suo ruolo centrale nella rete dei servizi alla popolazione. In particolare, si prevede l'adesione delle farmacie alle campagne di vaccinazione della popolazione e in raccordo con i MMG, le ATS e le ASST, nonché l'erogazione all'interno delle stesse delle attività sanitarie con il coinvolgimento delle professioni sanitarie.

L'**articolo 34** detta le disposizioni finali e la disciplina transitoria definendo in particolare le tempistiche entro cui realizzare gli adempimenti previsti dalle modifiche normative.

La previsione di cui al comma 1 prevede che il potenziamento della rete territoriale debba essere realizzato e portato a compimento entro tre anni dalla data di entrata in vigore della legge, ferme restando le specifiche tempistiche declinate ai successivi commi quali: l'istituzione dei distretti e le nomine dei relativi direttori (comma 2); le centrali operative territoriali (comma 3); i dipartimenti di cure primarie e i dipartimenti funzionali di prevenzione (comma 5) con la riassegnazione del relativo personale (comma 6); il Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive (comma 8), centro che viene inserito tra gli enti del sistema regionale di cui all'articolo 1 della l.r. n. 30/2006.

La previsione di cui al comma 4 prevede una implementazione progressiva, da realizzarsi in tre anni, degli ospedali di comunità e delle case della comunità. Il rispetto della tempistica prevista è configurato quale obiettivo prioritario del SSL.

Il comma 7 prevede che le ATS, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della legge, presentino alla Direzione generale Welfare un programma complessivo di realizzazione del potenziamento della rete territoriale per il territorio di competenza al fine di dare piena attuazione alle modifiche normative introdotte con la presente legge.

Il comma 9 prevede la tempistica per l'individuazione, da parte della Giunta regionale, del soggetto o

delle modalità per lo svolgimento dell'attività di valorizzazione del patrimonio disponibile del SSL.

Il comma 10 prevede che alla data di entrata in vigore della legge si considerano istituiti il forum di confronto permanente con le associazioni di pazienti e con le associazioni ospedaliere e il tavolo regionale di confronto con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale e indica la tempistica per la relativa costituzione.

Il comma 11 individua la tempistica entro cui le ATS e le ASST debbano trasmettere alla Regione i nuovi POAS adeguati al nuovo assetto organizzativo, mentre il successivo comma prevede i termini entro cui approvare la deliberazione della Giunta regionale che stabilisce le modalità di funzionamento della conferenza dei sindaci e delle relative articolazioni.

Il comma 13 demanda alla Giunta regionale l'adozione di ogni ulteriore atto necessario a portare a compimento il processo di definizione dei nuovi assetti.

Il comma 14 infine introduce una clausola di salvaguardia relativamente all'incarico in atto del direttore generale dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo che prosegue fino alla sua naturale scadenza.

Il comma 15 contiene una precisazione relativa alla gestione delle risorse del fondo sanitario regionale che resta affidata integralmente all'Assessorato competente in materia sanitaria e sociosanitaria.

Il comma 16 fa salvi gli effetti prodotti dalle disposizioni abrogate.