
REGIONE LOMBARDIA
CONSIGLIO REGIONALE

XI LEGISLATURA
CODICE 2018/XI.1.2.4.4.232

III COMMISSIONE CONSILIARE
“SANITÀ E POLITICHE SOCIALI”

PROGETTO DI LEGGE N. 0187

di iniziativa del Presidente della Giunta Regionale

“Modifiche Al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”

approvato nella seduta del 27 ottobre 2021

R E L A Z I O N E

Relatore: Consigliere Emanuele Monti
Trasmessi alle Commissioni consiliari: 27 luglio 2021
Pareri espressi dalle Commissioni consiliari :
Restituito alla Presidenza del Consiglio:

Pagine n. 9 + relazione tecnico-finanziaria

Nel 2015, con l'approvazione della legge regionale n. 23 recante *“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)”* la Regione ha inteso far evolvere le capacità del sistema sanitario regionale sviluppate nell'ambito ospedaliero anche al fronte dell'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 l'assetto organizzativo delineato con la l.r. 23/2015, 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 individuato, tuttavia, alcune aree di miglioramento la cui introduzione nell'assetto organizzativo del sistema socio sanitario lombardo è stata ritenuta indispensabile per una valutazione positiva e coerente con il disegno nazionale delineato dal d.lgs 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 previsioni:

- 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 connessa 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 di 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 e 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 compresa quella biomedica e dell'innovazione nelle scienze della vita.

L'articolo 3 intende favorire lo sviluppo e l'implementazione di network scientifici in grado di orientare le politiche di prevenzione in base a validate evidenze scientifiche e di promuovere politiche di comunicazione e di sensibilizzazione in tema di prevenzione rivolte ai cittadini.

L'articolo 4 introduce il piano pandemico regionale, quale declinazione a livello locale del piano nazionale, prevedendone l'approvazione da parte del Consiglio regionale sulla base della proposta predisposta dalla Giunta regionale.

L'articolo 5 consolida il ruolo della Regione quale guida del sistema sanitario regionale. In particolare, l'Assessorato al Welfare sarà sempre più caratterizzato 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 dispone in ordine al coordinamento dei 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 medesime 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 è affidata l'erogazione 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 alla continuità del percorso assistenziale, garantite dalle strutture, ospedaliere e territoriali, afferenti alle ASST del territorio di riferimento e ai relativi 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:

- gli Ospedali di comunità, previsti dal piano nazionale ripresa e resilienza (PNRR);
- le Case della comunità, previste dal PNRR la cui gestione può essere affidata ai medici di medicina generale, anche riuniti in cooperativa;

- 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** è volto a valorizzare il ruolo rilevante attribuito alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico.

L'**articolo 11** consente ai soggetti erogatori privati di concorrere all'istituzione dei Presidi di cui all'art. 7, comma 13.

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 negli Ospedali di comunità, 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 specifiche linee guida, da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale, concernenti la presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche, nonché la 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. A tale organismo 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 nominare 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, precisando la necessità di assicurare la 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 omologare l'iter di approvazione del POAS delle ATS con quello delle ASST non si prevede 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 previsti all'articolo 5, comma 6, e con la nuova denominazione dell'istituto regionale PoliS-Lombardia presso il quale 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 per assicurare la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità in grado di garantire sempre di più un completo percorso di cura da realizzare 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 composto da rappresentanti della Regione, degli Ordini e dei Collegi delle professioni sanitarie.

L'**articolo 24** contiene essenzialmente una disposizione volta ad eliminare la natura definitiva dell'autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione del soggetto gestore al termine della sperimentazione. E' 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 regionale le rimodulazioni delle condizioni originarie precisando, tuttavia, che il perimetro dell'attività non può essere modificato.

L'**articolo 25** introduce le disposizioni di coordinamento per la 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). Inoltre, si prevede che i sindaci o loro delegati devono comunque appartenere al Consiglio o alla Giunta comunale.

L'**articolo 26** in aderenza alla normativa comunitaria, introduce il principio volto a garantire la coerenza dell'organizzazione del sistema informativo sanitario con la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. E' 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 attribuita al consiglio di amministrazione. In caso di dissesto dichiarato con provvedimento della Giunta regionale, è dichiarata la decadenza del direttore generale dall'incarico; è introdotta la possibilità per la 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** intende valorizzare gli strumenti del progetto di vita e del budget di salute nell'ambito della definizione - da parte della Giunta regionale - dei criteri, delle modalità di riordino e di riqualificazione della rete sociosanitaria regionale.

L'**articolo 31** prevede una revisione periodica delle tariffe dei DRG per adeguarle alle più moderne valutazioni cliniche e tecnologiche; introduce un meccanismo premiante/penalizzante con riferimento ai rimborsi dei DRG attraverso indicatori che misurino la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni nonché il governo dei tempi d'attesa e gli esiti di salute.

L'**articolo 32** abroga l'articolo 27 ter, disposizione di carattere organizzativo, in quanto ha esaurito la propria efficacia, essendo già stato istituito l'Assessorato al Welfare.

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 farmacia 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 rivolti alla popolazione. In particolare, si prevede l'adesione delle farmacie alle campagne di vaccinazione della popolazione 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 introdotte.

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) che è inserito tra gli enti del sistema regionale di cui all'articolo 1 della l.r. n. 30/2006.

La disposizione 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 volto al potenziamento della rete territoriale per il territorio di rispettiva competenza al fine di dare piena attuazione alle modifiche legislative introdotte con il presente progetto di legge.

Il comma 9 prevede la tempistica per l'individuazione, da parte della Giunta regionale, del soggetto o in ordine alle modalità per lo svolgimento dell'attività di valorizzazione del patrimonio disponibile del SSL, indirizzandone le risorse agli investimenti strutturali e tecnologici da destinare degli enti sanitari pubblici.

Il comma 10 dispone in merito all'istituzione del forum di confronto permanente con le associazioni di pazienti e con le associazioni ospedaliere e del tavolo regionale di confronto con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale e indica la tempistica per la loro costituzione.

Il comma 11 indica i termini entro i quali le ATS e le ASST devono trasmettere alla Regione i POAS adeguati al nuovo assetto organizzativo, mentre il comma 12 definisce i termini per l'adozione della deliberazione della Giunta regionale concernente la definizione delle modalità di funzionamento della Conferenza dei sindaci e relative articolazioni.

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

Il comma 14 introduce una clausola di salvaguardia relativamente all'incarico 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.

L'istruttoria si è caratterizzata per l'ampio coinvolgimento degli stakeholder di riferimento, comprese le associazioni dei pazienti, che hanno partecipato a specifiche audizioni programmate nei mesi di giugno-settembre 2021 (20 giornate) in ordine alle linee di sviluppo dell'assetto del sistema sociosanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 – approvate con DGR n. 4811 del 31 maggio 2021 e DGR n. 4885 del 14 giugno 2021:

Successivamente, sono state dedicate due giornate (14 e 15 settembre 2021) per illustrazione da parte dei soggetti portatori di interesse delle loro proposte emendative/osservazioni trasmesse all'attenzione della Commissione.

Nel corso dell'istruttoria è stato espresso il parere in merito al Progetto di legge in argomento da parte del Consiglio delle Autonomie Locali che ha proposto alcuni elementi di rilievo tesi a

rafforzare il coinvolgimento della Conferenza dei sindaci. Tali proposte sono state introdotte nel provvedimento con specifici emendamenti.

È stata definita la tempistica per la presentazione delle proposte emendative da parte dei gruppi consiliari. Inoltre, La numerosità degli emendamenti presentati oltre 400, ripartiti tra le varie forze politiche, ha reso necessario prevedere circa tre sedute dedicate alla loro illustrazione e per la relativa discussione generale, prevedendo anche il contingentamento dei tempi tra le forze politiche.

Molti sono stati gli emendamenti approvati che hanno riprodotto le proposte formulate dai vari stakeholder.

RELAZIONE TECNICO FINANZIARIA

L'anno 2020 ha messo in luce la necessità che a livello nazionale si ritorni ad investire complessivamente nella salute delle persone. La pandemia dovuta al virus Sars-Cov-2 ha, infatti, riportato all'attenzione del Governo il tema di incrementare in modo importante il Fondo Sanitario Nazionale.

La legge di stabilità 2020 ha individuato in 116.439 milioni il finanziamento ordinario del Fondo Sanitario Nazionale per il 2020. A seguito dell'emergenza epidemiologica COVID-19, come indicato dallo stesso Documento di economia e finanza 2020, il Governo ha adottato misure che, per il 2020, hanno incrementato il fabbisogno sanitario standard a 119.556 milioni nel 2020.

Contestualmente all'incremento introdotto dai decreti legge emanati dal Governo, poi convertiti in legge, è stato individuato quale ambito prioritario di intervento l'assunzione di personale (in particolar modo sul versante territoriale), finalizzato al rafforzamento dei servizi domiciliari, all'infermiere di famiglia, alla creazione e implementazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziali. Per altro verso le risorse in conto capitale hanno permesso di potenziare le aree critiche ospedaliere quali le terapie intensive e sub intensive.

Con la legge di stabilità 2021 (legge n. 178/2020) il Governo ha consolidato gli incrementi del Fondo Sanitario, fissando in 121.370 milioni di euro la quantificazione del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2021 (che è quindi cresciuto di circa 2 miliardi di euro rispetto al 2020 comprensivo delle risorse stanziare in corso d'anno): per Regione Lombardia, il riparto del fondo ha comportato una crescita di quasi 600 milioni di euro del Fondo Sanitario Regionale.

La medesima legge di stabilità ha, peraltro, previsto un incremento delle risorse stanziare sul Fondo Sanitario Nazionale pari a 823 milioni di euro per l'anno 2022 e pari a 527 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025.

In questo scenario di misure adottate dal Governo, si inseriscono le politiche dell'Unione Europea che hanno individuato strumenti innovativi di finanziamento, quali il Next Generation EU, per permettere ai Paesi membri dell'Unione Europea di procedere ad interventi strutturali che possano contribuire alla ripresa economica post pandemia e consentire un ulteriore sviluppo che guardi al futuro.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), strumento con il quale il Governo italiano ha programmato l'utilizzo dei fondi contenuti nel Next Generation EU prevedendo le azioni e le riforme correlate, è stato approvato dalla Commissione europea il 22 giugno 2021.

La missione 6 "Salute" del PNRR prevede sul territorio italiano la realizzazione di:

- 602 Centrali Operative Territoriali (COT), 1 per ciascun Distretto con un investimento complessivo a livello nazionale pari a 280 milioni di euro;

- 1288 Case della Comunità con un investimento complessivo a livello nazionale pari a 1 miliardo di euro;
- 381 Ospedali di Comunità con un investimento complessivo a livello nazionale pari a 2 miliardi di euro.

Per Regione Lombardia le previsioni del PNRR si traducono nella necessità di individuare circa 90 COT, 216 Case della Comunità e 64 Ospedali di Comunità.

I fondi in conto capitale necessari a finanziare gli investimenti per la realizzazione di tali strutture troveranno copertura negli stanziamenti previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e destinati a Regione Lombardia. In particolare, in relazione a quanto appostato nella Missione 6, si prevedono per la nostra Regione risorse per investimenti pari a circa 355 milioni di euro per gli Ospedali di Comunità, 170 milioni di euro per le Case di Comunità e 42 milioni di euro per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali.

La norma transitoria (articolo 32 della proposta di legge) ha scandito in maniera puntuale la realizzazione del potenziamento dell'offerta territoriale che dovrà trovare compimento entro il triennio 2022 – 2024 e, nello specifico, dovranno essere realizzate:

- 86 case della comunità nel 2022, 65 nel 2023 e 65 nel 2024;
- 1 centrale operativa territoriale per ciascun distretto (circa 90) entro il 2022;
- 26 ospedali di comunità nel 2022, 19 nel 2023 e 19 nel 2024.

Lo standard di risorse professionali necessarie al funzionamento delle strutture territoriali è in via di definizione a livello statale da Agenas, ma si può al momento declinare come di seguito:

- Centrali Operative Territoriali: 5 infermieri e 1 coordinatore;
- Ospedali di Comunità: 9 infermieri, 6 operatori sociosanitari, 1 medico con disponibilità giornaliera di 4 ore (professionista già oggi presente nel Sistema Socio Sanitario Lombardo);
- Case della Comunità: Agenas ritiene che queste strutture saranno prioritariamente popolate da medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, infermieri di famiglia e altri professionisti già oggi presenti nel Sistema Socio Sanitario Lombardo. Tuttavia, per rafforzare la funzionalità di tali strutture sul territorio, si ritiene potenzialmente che si possa configurare un ulteriore standard minimo di personale che vada ad integrare le figure già individuate da Agenas. A tal fine si potrà prevedere comunque la presenza di un medico 4h/die (professionista già oggi presente nel Sistema Socio Sanitario Lombardo) e 2 ostetriche.

A fronte della progressiva realizzazione e messa a regime delle strutture territoriali previste dal PNRR e dall'articolo 32 della proposta di legge regionale si ritiene che i costi del personale necessario siano stimabili come segue:

Centrali Operative Territoriali

Anno	2022	2023	2024	A REGIME
Numero	90	0	0	90
Figura professionale	costo	costo	costo	costo
Dirigente medico - h4/die	-	-	-	-
Coordinatore inf.	2.025.000	2.025.000	-	4.050.000
Infermiere	9.450.000	9.450.000	-	18.900.000
Infermiere di Famiglia	-	-	-	-
OSS	-	-	-	-
Personale amministrativo	-	-	-	-
TOTALE	11.475.000	11.475.000	-	22.950.000

Ospedali di Comunità

Anno	2022	2023	2024	A REGIME
Numero	26	19	19	64
Figura professionale	costo	costo	costo	costo
Dirigente medico - h4/die	1.365.000	2.362.500	1.995.000	6.720.000
Coordinatore inf.	-	-	-	-
Infermiere	4.914.000	8.505.000	7.182.000	24.192.000
Infermiere di Famiglia	-	-	-	-
OSS	2.574.000	4.455.000	3.762.000	12.672.000
Personale amministrativo	-	-	-	-
TOTALE	8.853.000	15.322.500	12.939.000	43.584.000

Case della Comunità

Anno	2022	2023	2024	A REGIME
Numero	86	65	65	216
Figura professionale	costo	costo	costo	costo
Dirigente medico - h4/die	-	-	-	-
MMG	-	-	-	-
Specialista ambulatoriale	-	-	-	-
Ostetrica	3.612.000	1.365.000	1.365.000	6.342.000
Infermiere di Famiglia	-	-	-	-
OSS	-	-	-	-
Personale amministrativo	-	-	-	-
TOTALE	3.612.000	1.365.000	1.365.000	6.342.000

L'analisi effettuata sulle singole figure professionali di cui alle tabelle sopra indicate tiene conto del costo complessivo necessario e di quanto trova già copertura attraverso le risorse specificatamente stanziato (es. infermiere di famiglia); tuttavia si ritiene che circa il 50% delle risorse professionali destinate al funzionamento delle strutture territoriali previste dal PNRR trovino già oggi collocazione nell'ambito del SSL, in coerenza con quanto già messo a regime attraverso i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e i Presidi Socio Sanitari Territoriali (Presst), le cui strutture già in essere costituiranno l'architettura su cui procedere al potenziamento delle reti territoriali (articolo 7, comma 13, lettere a) e b)), potendo riclassificare alcune aree degli attuali Presst in Case della Comunità e alcuni spazi degli attuali POT in Ospedali di Comuni; a tal ultimo proposito, va evidenziato che non vi saranno attuali ospedali (sia POT che piccoli ospedali) completamente riclassificati in degenza di comunità, ma soltanto parte di essi potrà essere quindi configurato come Ospedali di Comunità, determinando anche un minor impatto di costo per interventi da finanziare in conto capitale e costi di gestione.

Conseguentemente, rispetto ai costi complessivi riportati nelle tabelle sopra indicate per sostenere l'incremento di personale per le attività di gestione di tali strutture territoriali, va considerato un incremento di costo rispetto a quanto sostenuto attualmente solo pari al 30%.

Al fine di completare l'analisi dei costi derivante dall'attivazione delle strutture territoriali previste dal PNRR si stima congruo ipotizzare un incremento di costi generali pari al 10% del costo del personale.

Ne consegue, pertanto, che per l'avvio delle strutture territoriali previste dal PNRR si prevedono i seguenti incrementi di costo:

- 7.182.000 euro relativi all'incremento di personale cui si aggiungono 718.200 euro di costi di gestione per un totale di euro 7.900.200 per l'anno 2022;
- 8.448.750 euro relativi all'incremento di personale cui si aggiungono 844.875 euro di costi di gestione per un totale di euro 9.293.625 per l'anno 2023;
- 4.291.200 euro relativi all'incremento di personale cui si aggiungono 429.120 euro di costi di gestione per un totale di euro 4.720.320 per l'anno 2024.

Per quanto attiene al riassetto organizzativo del Dipartimento di Cure Primarie che, così come indicato dal Ministero della Salute e da Agenas, viene istituito nell'ambito delle ASST (articolo 7, comma 11bis, lettera a)), si ritiene che l'implementazione dagli attuali 8 Dipartimenti ai futuri 27 Dipartimenti comporti un andamento progressivo nei due anni 2022 e 2023 secondo la tabella dei costi sottostante:

DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE				
Anno	2022	2023	2024	A REGIME
	costo	costo	costo	costo
TOTALE	4.393.125	4.393.125	-	8.786.250

Per quanto riguarda l'ambito della Prevenzione, rispetto al quale si prevede l'istituzione di un Dipartimento funzionale della Prevenzione in ciascuna ASST (articolo 7, comma 11bis, lettera c)), in considerazione dell'attività erogativa già in essere da parte delle ASST i costi si riferiscono esclusivamente all'istituzione del Dipartimento con copertura da parte della figura dirigenziale che consenta il coordinamento dell'attività. Di seguito è riportata la stima del costo:

DIPARTIMENTI PREVENZIONE				
Anno	2022	2023	2024	A REGIME
	costo	costo	costo	costo
TOTALE	540.000	-	-	540.000

In considerazione di quanto sopra riportato con riferimento alle strutture territoriali previste dal PNRR, gli incrementi totali di spesa per il personale (comprensivi quindi dei costi per l'istituzione dei Dipartimenti nelle ASST) si possono definire come di seguito per ciascuno dei prossimi tre esercizi:

- 12.833.325 euro per l'anno 2022;
- 13.686.750 euro per l'anno 2023;
- 4.720.320 euro per l'anno 2024.

Il potenziamento dell'area territoriale si completa con un forte incremento dell'assistenza domiciliare integrata le cui risorse, stabilite a livello nazionale dal PNRR, sono pari a complessivi 2.720 milioni di euro (PNRR - Missione 6, punto 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina"). Da una stima derivante dall'applicazione del criterio a quota di accesso (16,6% circa) si può stimare un finanziamento sul PNRR destinato a Regione Lombardia per l'incremento del numero di assistiti ADI pari a circa 451,52 milioni di euro. A queste risorse andranno ad aggiungersi quelle per la Telemedicina pari a complessivi 1.000 milioni di euro a livello nazionale che, sempre applicando il criterio della quota di accesso comporta una stima per Regione Lombardia pari a 166 milioni di euro in linea con quanto previsto dalla proposta di legge (articolo 2, comma 1, lettera *nter*) e articolo 10 comma 11bis). Tutti i costi stimati su queste due attività trovano, pertanto, copertura attraverso gli stanziamenti del PNRR.

I costi di istituzione e funzionamento del Centro per la prevenzione delle malattie infettive (articolo 14) prevedono un finanziamento in conto capitale iniziale per la fase progettuale pari a 1 milione di euro su risorse regionali in conto capitale. Per i successivi 3 anni si stima un costo di investimento in conto capitale pari a complessivi 85 milioni di euro.

Per quanto attiene ai costi di funzionamento, considerato il forte impatto in termini di ricerca, utilizzo di tecnologie e materiale di consumo e di personale, gli stessi si stimano in circa 10 milioni di euro nella fase di avvio, con un costo a regime (che avverrà nel triennio successivo) stimabile in un massimo di 30 milioni di euro. Anche in questo caso, come già previsto per il funzionamento delle strutture territoriali, tali costi saranno ridotti, con una stima di circa il 50%, attraverso la messa a disposizione di personale già oggi facente parte degli enti del sistema sanitario regionale e grazie alle sinergie che si svilupperanno con il mondo accademico. Il costo a regime, pertanto, si stima in circa 15 milioni di euro.

I costi complessivi (che comprendono sia i costi gestionali delle strutture territoriali previste nel PNRR la cui messa in esercizio è declinata dall'articolo 32 della proposta di legge, sia la costituzione ed il funzionamento del Centro per la prevenzione delle malattie infettive previsto dall'articolo 14) sono pertanto di seguito indicati

- 17.833.325 euro per l'anno 2022;
- 28.686.750 euro per l'anno 2023;
- 29.720.320 euro per l'anno 2024.

Per ogni incremento di spesa si rinviene, pertanto, la copertura economica nell'ambito dei nuovi e maggiori stanziamenti del Fondo Sanitario Nazionale, delle previsioni della legge 25 giugno 2019, n. 60 di conversione del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 nonché attraverso le risorse rese disponibili dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

In particolare, non considerando il forte incremento del FSR già assegnato a Regione Lombardia per l'anno 2021 e tenuto conto delle previsioni della legge di stabilità che dispone gli incrementi del FSN per gli anni avvenire, la spesa in incremento è assolutamente compatibile con le stime di assegnazione in incremento del FSR a quota di accesso (16,6 %) che si possono ipotizzare come di seguito:

- Incremento FSR anno 2022 pari a 136.618.000 euro sul 2021;
- Incremento FSR anno 2023 pari a 87.482.000 euro sul 2022;
- Incremento FSR anno 2024 pari a 87.482.000 euro sul 2023.

In particolare si evidenzia che la spesa incrementale per il personale sopra indicata è integralmente coperta dall'attuazione cumulata delle previsioni di cui all'articolo 11 del decreto-legge n. 35/2019 così come modificato dall'articolo 45, comma 1bis del decreto-legge n. 124/2019, che prevedono 45.000.000 di euro per l'anno 2021, 13.661.800 per l'anno 2022 e 8.748.200 per ciascuno degli anni 2023 e 2024 per un totale di 76.158.200 a fronte di una spesa complessiva di personale stimata in 64.248.200.

Al fine di completare il quadro di contesto in cui si inseriscono le modifiche normativa proposte, si evidenzia che si procederà a proseguire sul percorso già avviato in tema di razionalizzazione della spesa che possa consentire un recupero di efficienza del Sistema Socio Sanitario Regionale Lombardo.

Vengono nel seguito sommariamente descritti gli elementi fondamentali di razionalizzazione della spesa che contribuiranno a garantire la sostanziale compatibilità sul piano delle risorse economiche rispetto alle attuali previsioni inserite nel bilancio regionale:

- a) ulteriore miglioramento dell'efficienza, della trasparenza nelle politiche di approvvigionamento di beni e servizi, derivante dal perseguimento di una sempre maggiore centralizzazione degli acquisti che determinano minori costi sul sistema. Nel corso del 2019 (anno precedente alla pandemia da Sars-Cov-2) si è verificato un notevole risparmio dovuto alle gare aggregate. La spesa del SSR Nei prossimi 3 anni si ritiene di implementare ulteriormente tale politica di approvvigionamento con risparmi di spesa stimati in circa 50 milioni annui. Questo obiettivo potrà essere consolidato anche grazie ad un miglior coordinamento territoriale (articolo 6 comma 4)
- b) procedure di selezione del personale sempre più aggregate (articolo 6, comma 3 lettera iter)) con conseguenti risparmi di circa 1 milione di euro.
- c) Un maggior coordinamento degli investimenti a livello di ATS (articolo 6, comma 3, lettera ibis)) e la previsione di miglior governo della realizzazione di nuove strutture (articolo 6, comma 3, lettera 0a)) consentirà di efficientare non solo gli investimenti in conto capitale ma di meglio allocare le risorse professionali e, conseguentemente, i costi gestionali. A questo si aggiunge la previsione contenuta nell'articolo 32, comma 7 che affida alle ATS il compito di programmare e coordinare i programmi di intervento entro 180 giorni dall'entrata in vigore della norma che consentirà di meglio allocare le strutture territoriali. Tali previsioni si traducono in una migliore allocazione delle attività anche avendo riguardo alla possibilità che gli erogatori privati concorrano alla realizzazione e gestione di strutture

territoriali (articolo 1, comma 1 lettera *b ter*) e articolo 10 lettera b)). Si ritiene che tale maggior governo da parte delle ATS e di Regione Lombardia possa consentire un recupero di efficienza stimato in circa 5 milioni di euro all'anno a regime.

- d) I modelli di cura per il paziente cronico già introdotti nella fase attuativa della legge regionale n. 23/2015, se da un lato hanno visto crescere la spesa derivante dall'assunzione sistematica aderente ai piani individuali assistenziali delle terapie farmacologiche, dall'altro hanno determinato un contenimento della spesa dovuta a mancate ospedalizzazioni conseguenti al miglior percorso di cura e follow up. Anche l'individuazione di tariffe differenziate a seconda del tipo di patologia cronica e della sua gravità ha consentito un maggior governo della spesa. I pazienti presi in carico hanno, pertanto, sviluppato un'aderenza terapeutica riducendo in modo significativo le prestazioni inappropriate, gli accessi al pronto soccorso e l'ospedalizzazione. Si ritiene che il coinvolgimento più incisivo dei medici di medicina generale nel modello di presa in carico consentirà di conseguire ulteriori risultati in termini di salute dei pazienti presi in carico e contestualmente permetterà di destinare maggiori risorse alle prestazioni rese dalle strutture territoriali che saranno attivate in coerenza con le previsioni del PNRR.
- e) L'ulteriore riduzione dell'inappropriatezza clinica, organizzativa in ambito sanitario e socio-sanitario e adeguatezza e tempestività nella risposta grazie al potenziamento delle attività di valutazione, di sviluppo del governo clinico e di controllo dell'Agenzia di controllo del sistema socio-sanitario lombardo (articolo 11, comma 4 lettera *ibis*)).

Come indicato in precedenza, la norma finanziaria individua la copertura finanziaria della legge nelle risorse del fondo socio-sanitario regionale come incrementato dagli ultimi provvedimenti nazionali sopracitati, in quelle previste dai decreti-legge 35/2019 e 124/2019 e nelle risorse del PNRR. Con il provvedimento di Giunta relativo agli indirizzi di programmazione annuale (già regole per la gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale) è consentita la rimodulazione, ai fini della destinazione della spesa, delle risorse nel limite massimo degli stanziamenti disponibili a bilancio.