

OSSERVAZIONI AL PDL “MODIFICHE ALLA LEGGE REGIONALE 30 DICEMBRE 2009, N.33 “TESTO UNICO DELLE LEGGI REGIONALI IN MATERIA DI SANITÀ”.

Premessa

Il Consiglio Direttivo della Sezione Lombardia della SItI, ritiene che occorra meglio motivare principi e finalità del Servizio sociosanitario regionale e prevedere in particolare all’art.2:

- la centralità della promozione della salute e della prevenzione, con esplicito riferimento alla realizzazione del Piano regionale della prevenzione in coerenza con il Piano nazionale;
- la personalizzazione delle cure per sostenere la capacità delle persone a gestire la propria salute;
- l’impegno a migliorare la rete dei servizi per assicurare la continuità assistenziale sul territorio.

Il Consiglio Direttivo della SITI Sezione Lombardia, con il documento approvato il 10 febbraio 2015 in allegato, ha richiamato la necessità di una linea di comando semplice senza duplicazioni per garantire governo e *governance* del complesso sistema sociosanitario lombardo.

Inoltre il testo del PdL non esplicita numero e sedi delle aziende sanitarie tema che rappresenta parte fondamentale di una completa legge di riordino del sistema sociosanitario.

Proposte di modifica

Si prevede un assetto che si ritiene complichino organizzazione e rapporti fra aziende sanitarie e introduca possibili duplicazioni di funzioni e competenze.

In particolare, le ATS (art. 6) e, soprattutto, le ASST (art. 7) per la rilevante dimensione territoriale e demografica comportano la costituzione di Dipartimenti funzionali con marginali capacità di articolazione territoriale.

Quanto al Dipartimento di Prevenzione Medica si rileva che è collocato nell’ATS, mentre al settore territoriale della ASST viene demandata l’attività di prevenzione sanitaria; si ritiene che questo comporti un rischio di duplicazione di competenze e di emergenza di conflittualità in merito alle attività di prevenzione sul territorio che necessitano quanto meno di un coordinamento operativo. In particolare appare critica l’integrazione tra il DPM e il DPV al fine di attuare congiuntamente gli interventi volti a garantire la sicurezza alimentare.

A nostro parere i rischi sopra riportati sarebbero rimossi collocando il DPM e il DPV all’interno dell’ASST, cosa che favorirebbe l’integrazione tra i due Dipartimenti, permettendo un’attività di controllo congiunto per quanto riguarda la sicurezza alimentare ed una interazione più capillare con le realtà istituzionali e gli altri attori della società civile a livello locale.

Inoltre, va considerato che molte funzioni di prevenzione (prevenzione malattie infettive, promozione della salute, screening, ecc.) riguardano la persona e richiedono una presenza territoriale a livello distrettuale che si interfaccia con altri attori quali gli erogatori delle cure primarie e delle prestazioni socio sanitarie e sociali.

Non risulta chiaro il disegno organizzativo dell’assistenza sanitaria primaria nell’ambito dell’offerta dei servizi sanitari territoriali. La pluralità di unità di offerta prevista (CSST, POT, AFT, UCCP) richiede chiarezza rispetto alle loro funzioni, alle relative interfacce e sistemi di relazione, al ruolo di governo dei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza dei cittadini, per assicurare un quadro coerente di sviluppo. In particolare il governo delle cure primarie, con la gestione dei rapporti contrattuali e degli accordi con i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia, richiede chiarezza di ruoli e responsabilità tra i tre possibili livelli organizzativi che si intravedono nel disegno di legge: Dipartimento di cure primarie (AST), direzione settore territoriale (ASST), direzione delle AFT / UCCP.

L'art 6 prevede il Dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e contestualmente l'art.11 istituisce l'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario regionale..

Si ritiene non proficuo separare le attività di programmazione/acquisto da quelle di controllo essendo direttamente connesse.

Si ritiene che l'art.7 affronti in modo non esaustivo la tematica relativa alla strutturazione della rete ospedaliera con un generico riferimento al Regolamento degli standard ospedalieri; la mera indicazione di una dotazione pari a 1000 posti letto quale requisito per il mantenimento dello stato giuridico di Azienda ospedaliera appare del tutto insufficiente quando non si prevedano criteri di intensità e complessità di cura come la dotazione del Dipartimento di emergenza ad alta specialità (EAS).

Occorre, quindi, a nostro giudizio, ridefinire la rete ospedaliera per intensità di cura, per bacino di utenza e per indicatori di *performance*-esito, ricomprendendo anche i Presidi di comunità.

Infine, l'art 13 definisce i requisiti di Direttore sanitario con il riferimento agli incarichi di direzione di almeno un'unità semplice ed al possesso di una specializzazione. Questi riferimenti appaiono non solo generici, ma anche volutamente minimalisti.

Occorre invece di norma prevedere:

- il possesso di una specializzazione in una delle discipline dell'area di sanità pubblica ex art.4 lettera a) d.pr. 484/1997 o un titolo equipollente di cui alla tabella b del decreto del Ministro della Sanità 30 gennaio 1998 (tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale);
- lo svolgimento di un incarico almeno quinquennale di direzione di presidio ospedaliero oppure di struttura complessa dipartimentale aziendale oppure di esperienze professionali equipollenti.