

LEGGE REGIONALE 18 NOVEMBRE 2016 N. 27

Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del servizio sanitario regionale) e alla legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 (Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria.

Il Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria ha approvato.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
promulga

la seguente legge regionale:

Articolo 1
(Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale))

1. L'articolo 17 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è sostituito dal seguente:

“Articolo 17
(Funzioni delle Aziende Sociosanitarie Liguri)

1. La Regione attraverso le Aziende Sociosanitarie Liguri (ASL) promuove la tutela della salute degli assistiti di cui all'articolo 2.
2. Le ASL sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.
3. Le ASL si articolano in due aree definite rispettivamente “area territoriale” e “area ospedaliera” che afferiscono direttamente alla direzione generale. Le aree di cui al presente comma concorrono a realizzare e a favorire l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie, tenuto conto delle peculiarità del territorio in cui ha sede l'ASL di riferimento.
4. L'area territoriale realizza e favorisce l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie valutando il tessuto sociale e i bisogni nel territorio dell'ASL di riferimento in un'ottica di valorizzazione, integrazione e collaborazione con gli enti locali e, in generale, con tutti i soggetti presenti sul territorio tenuto conto delle loro competenze.
5. L'area ospedaliera è prevalentemente dedicata al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede di offerta sanitaria specialistica.
6. In particolare, le ASL provvedono, tenuto conto della ripartizione per materia e competenza delle due aree di cui ai commi 3, 4 e 5 e nel rispetto degli indirizzi e delle direttive dettate dalla Giunta ai sensi dell'articolo 8 e delle funzioni attribuite all'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) dall'articolo 3 della legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 (Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria), a:
 - a) erogare direttamente:
 1. prestazioni e servizi previsti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
 2. assistenza distrettuale;
 3. assistenza ospedaliera;
 4. prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 3 septies, comma 4, del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
 5. servizi di emergenza sanitaria sul territorio;
 - b) applicare gli accordi e i contratti stipulati con i soggetti accreditati pubblici e privati ai sensi del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni e della l.r. 17/2016;

- c) collaborare con A.Li.Sa. al monitoraggio dei bisogni territoriali e della corrispondenza dell'offerta agli stessi, dei volumi delle prestazioni, nonché degli accordi attuati;
 - d) integrare la risposta sanitaria e sociosanitaria con l'offerta delle prestazioni e dei servizi sociali assicurati dai comuni;
 - e) garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate;
 - f) perseguire economicità ed efficienza produttiva anche ricorrendo a fondi e finanziamenti aggiuntivi rispetto alle quote di riparto del Fondo Sanitario Regionale attribuite.
7. Il Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria, su proposta della Giunta regionale, può costituire nuove ASL ovvero sopprimere o modificare le ASL esistenti.”.
2. I commi 1 e 1 bis dell'articolo 19 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, sono sostituiti dai seguenti:
- “1. Nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, nonché del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria) la Giunta regionale nomina il direttore generale tra i soggetti iscritti nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 della stesso d.lgs. 171/2016 in possesso dei requisiti ivi stabiliti. La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.
- 1 bis. Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 2, comma 1, del d.lgs. 171/2016, la Regione avvia la procedura di nomina rendendo noto, con apposito avviso pubblico sul sito istituzionale, l'incarico che intende attribuire ai fini della manifestazione d'interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale di cui al comma 1. La Giunta regionale definisce le modalità di costituzione della Commissione preposta alla valutazione dei candidati, nonché le modalità e i criteri di selezione della rosa di candidati da proporre al Presidente della Giunta regionale.”.
3. Alla fine della lettera b) del comma 4 dell'articolo 19 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, sono aggiunte le parole: “nonché il direttore sociosanitario ai sensi della presente legge”.
4. La lettera h) del comma 2 dell'articolo 21 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è abrogata.
5. Dopo la lettera c) del comma 4 dell'articolo 21 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è inserita la seguente:
“c bis) il direttore sociosanitario;”.
6. L'articolo 22 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è sostituito dal seguente:

“Articolo 22

(Direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore sociosanitario)

1. Nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, nonché del d.lgs. 171/2016 il direttore generale nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore sociosanitario che lo coadiuvano nell'esercizio delle proprie funzioni. I requisiti, le incompatibilità e le inconferibilità alla carica e le funzioni del direttore sanitario e del direttore amministrativo sono disciplinati dagli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, nonché dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190) e successive modificazioni e integrazioni e dall'articolo 5, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario) convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. Ai fini della nomina a direttore sociosanitario occorre essere in possesso di diploma di laurea magistrale o diploma di laurea ai sensi del previgente ordinamento e aver svolto per almeno cinque anni attività di direzione in ambito sanitario, sociosanitario o socioassistenziale. Al direttore sociosanitario si applica la disciplina delle incompatibilità e delle inconferibilità alla carica

- previste per i direttori amministrativo e sanitario.
2. L'incarico di direttore amministrativo, sanitario e sociosanitario non può avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.
 3. Il rapporto di lavoro è esclusivo, regolato da un contratto di diritto privato. In caso di nomina di lavoratori dipendenti si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.
 4. Il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore sociosanitario sono preposti, per la parte di rispettiva competenza, all'organizzazione dei servizi e delle aree di riferimento, garantendo, in raccordo con la direzione generale e sulla base degli indirizzi emessi dalla stessa, il conseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione regionale.
 5. Il direttore amministrativo sovrintende agli aspetti economici, finanziari e amministrativi aziendali.
 6. Il direttore sanitario presiede agli aspetti igienici e sanitari aziendali.
 7. Il direttore sanitario e il direttore sociosanitario presiedono alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni rese ciascuno nell'ambito della propria area di competenza e concorrono all'integrazione dei percorsi assistenziali tra l'ospedale e il territorio.
 8. Il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore sociosanitario cessano dall'incarico entro tre mesi dalla nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati.
 9. In caso di assenza o impedimento del direttore amministrativo o sanitario oppure sociosanitario le rispettive funzioni sono svolte da un dirigente di struttura complessa designato dal direttore generale.
 10. Qualora l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione.”.
7. L'articolo 23 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è sostituito dal seguente:

“Articolo 23

(Elenco degli aventi titolo alla nomina di direttore amministrativo, sanitario e sociosanitario)

1. Il direttore generale nomina il direttore amministrativo, sanitario e sociosanitario attingendo agli elenchi regionali di idonei, anche di altre regioni, appositamente costituiti ai sensi dell'articolo 3 del d.lgs. 171/2016.
 2. Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3 del d.lgs. 171/2016, la Giunta regionale definisce le modalità di costituzione della Commissione preposta alla valutazione dei candidati.”.
8. Alla lettera c) del comma 3 dell'articolo 25 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, dopo le parole: “direttore sanitario,” sono inserite le seguenti: “del direttore sociosanitario,”.
9. L'articolo 32 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è sostituito dal seguente:

“Articolo 32

(Articolazione dell'ASL e relative funzioni)

1. L'ASL si articola in distretti, presidi ospedalieri, area dipartimentale di prevenzione e, inoltre, si organizza in Dipartimenti secondo quanto previsto dal Capo V.
2. I distretti provvedono a:
 - a) valutare, nel rispetto delle competenze di A.Li.Sa. ai sensi della l.r. 17/2016, i bisogni e le domande di prestazioni e servizi della popolazione di riferimento;
 - b) assicurare l'accesso integrato ai servizi e alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali;
 - c) erogare prestazioni e servizi di base secondo le modalità definite dalla programmazione aziendale e dal programma delle attività territoriali di cui all'articolo 36.
3. I presidi ospedalieri, comprendenti una o più strutture ospedaliere, provvedono ad erogare prestazioni di emergenza-urgenza, di ricovero e specialistiche ambulatoriali integrate nella rete dei servizi territoriali, in conformità alla programmazione regionale.
4. L'area dipartimentale di prevenzione provvede in particolare a:
 - a) erogare prestazioni e servizi:
 1. di profilassi e prevenzione;
 2. di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro;

3. di sanità pubblica e di tutela igienico sanitaria degli alimenti, di igiene veterinaria;
- b) svolgere attività epidemiologiche e di supporto alle elaborazioni dei piani attuativi locali.
5. Le articolazioni territoriali ed organizzative di cui al comma 1 sono dotate di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, soggette a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.”.
10. Il comma 4 dell'articolo 37 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è sostituito dal seguente:
- “4. Al presidio ospedaliero può essere preposto il direttore sanitario dell'Azienda sociosanitaria, purchè in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente in materia, ovvero un dirigente medico responsabile di struttura complessa, in possesso dei medesimi requisiti, a tal fine nominato dal direttore generale.”.
11. Il comma 5 dell'articolo 37 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è sostituito dal seguente:
- “5. Il direttore sanitario o il dirigente medico di cui al comma 4 ha la responsabilità complessiva della gestione del presidio e svolge, altresì, funzioni di:
- a) direttore sanitario del presidio in quanto responsabile delle funzioni igienico-organizzative;
- b) controllo e valutazione dell'attività sanitaria svolta nel presidio anche in termini di accessibilità, qualità e appropriatezza;
- c) definizione di percorsi assistenziali integrati.”.
12. Il comma 6 dell'articolo 37 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è sostituito dal seguente:
- “6. Nei presidi derivanti dall'accorpamento di più stabilimenti, il direttore sanitario o il dirigente medico di cui al comma 4 coordina la rete ospedaliera. Tale coordinamento, per i dirigenti medici che sono già dirigenti di struttura complessa, determina a tutti gli effetti l'equiparazione a un direttore di dipartimento, fatto salvo quanto disposto dai contratti collettivi nazionali in materia.”.
13. Dopo l'articolo 40 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è inserito il seguente:

**“Articolo 40 bis
(Dipartimento interaziendale)**

1. Al fine di realizzare un coerente governo clinico in grado di favorire il coordinamento tra unità organizzative appartenenti ad aziende diverse sono costituiti dipartimenti interaziendali ai sensi dell'articolo 38, comma 2.
2. Il dipartimento interaziendale provvede, in particolare:
 - a) al governo clinico perseguendo, in una logica di rete, il coordinamento delle attività e il miglioramento della qualità dei servizi erogati;
 - b) al coordinamento organizzativo dei servizi e delle attività al fine di gestire percorsi integrati di diagnosi e cura;
 - c) alla programmazione dell'attività di equipe;
 - d) alla costituzione di equipe itineranti;
 - e) alla valutazione delle performance qualitative e di efficienza;
 - f) alla condivisione di linee guida e protocolli e prassi operative;
 - g) all'audit clinico ed infermieristico;
 - h) alla formazione professionale del personale.
3. Le funzioni del dipartimento interaziendale di cui al presente articolo sono specificate nel regolamento di dipartimento approvato dalla direzione delle aziende interessate nel rispetto della presente legge e della l.r. 17/2016.

4. Al dipartimento sono assegnati obiettivi annuali e risorse idonee per raggiungere i risultati programmati. Per ciascun anno è pubblicato un rendiconto dei costi sostenuti e dei ricavi, nonché delle attività svolte e del livello di raggiungimento degli obiettivi programmati assegnati.
 5. Il dipartimento interaziendale ha un direttore e un comitato di dipartimento e il personale afferente opera nell'ambito delle direttive del direttore del dipartimento.
 6. La Regione con un proprio atto individua i dipartimenti interaziendali da costituire.”.
14. Il comma 3 dell'articolo 41 e il comma 5 dell'articolo 48 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, sono abrogati.
 15. Al comma 1 dell'articolo 44 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, le parole: “commi 2 e 3” sono sostituite dalle seguenti: “comma 2”.
 16. Nella l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni e ove ogni qualvolta in una legge regionale compaiono le parole: “Azienda Sanitaria Locale” si deve intendere: “Azienda Sociosanitaria Ligure”.

Articolo 2

(Modifiche alla legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 (Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria))

1. Al comma 1 dell'articolo 1 della l.r. 17/2016, la parola: “ente” è sostituita dalle seguenti: “azienda sanitaria ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della l. 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modificazioni e integrazioni”.
2. Dopo la lettera b) del comma 1 dell'articolo 5 della l.r. 17/2016, è aggiunta la seguente: “b bis) il Collegio di direzione.”.
3. Il comma 1 dell'articolo 6 della l.r. 17/2016, è sostituito dal seguente: “1. Il direttore generale è nominato dalla Giunta regionale ai sensi della normativa per il conferimento degli incarichi di direttore generale, vigente all'atto della nomina.”.
4. Al comma 3 dell'articolo 6 della l.r. 17/2016, dopo le parole: “di durata” sono inserite le seguenti: “non inferiore a tre e”.
5. Alla fine della lettera b) del comma 5 dell'articolo 6 della l.r. 17/2016, sono aggiunte le parole: “ai sensi della normativa vigente rispettivamente all'atto della nomina o della revoca”.
6. Il comma 1 dell'articolo 7 della l.r. 17/2016, è sostituito dal seguente: “1. La composizione, la funzione e la durata del Collegio sindacale sono fissati dall'articolo 3 ter del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.”.
7. Dopo l'articolo 7 della l.r. 17/2016, è inserito il seguente:

“Articolo 7 bis (Collegio di direzione)

1. Il Collegio di direzione, operante secondo quanto disposto dall'articolo 21 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è composto da:
 - a) il direttore generale;
 - b) il direttore sanitario;
 - c) il direttore amministrativo;
 - d) il direttore sociosanitario;
 - e) i direttori di Dipartimenti sanitario e sociosanitario;
 - f) un responsabile della dirigenza sanitaria non medica;
 - g) gli altri componenti individuati dall'atto di autonomia aziendale.”.
8. Dopo il comma 3 dell'articolo 8 della l.r. 17/2016, è aggiunto il seguente:
 - “3 bis. All'attuazione di quanto disposto ai commi 1, 2 e 3 si provvede nel rispetto delle vigenti norme di contenimento delle spese di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale.”.

9. Il comma 16 dell'articolo 11 della l.r. 17/2016, è sostituito dal seguente:

“16. Le funzioni di Centrale regionale di acquisto già esercitate da ARS sono svolte da A.Li.Sa..”.

Articolo 3
(Norme transitorie)

1. I direttori generali provvedono alla nomina dei direttori sociosanitari a decorrere dal 1° gennaio 2017.
2. Sino alla costituzione degli elenchi di cui all'articolo 23, comma 1, della l.r. 41/2006, come sostituito dalla presente legge, i direttori generali delle ASL, nel rispetto dei principi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) e successive modificazioni e integrazioni e all'articolo 1, comma 522, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)) e successive modificazioni e integrazioni, nominano il direttore sociosanitario, previo avviso pubblico, tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 22, comma 1, della l.r. 41/2006, come sostituito dalla presente legge.”.

Articolo 4
(Norma di invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare maggiori oneri per la finanza regionale.

Articolo 5
(Dichiarazione d'urgenza)

1. La presente legge regionale è dichiarata urgente ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Liguria.

Data a Genova addì 18 novembre 2016

IL PRESIDENTE
Giovanni Toti

NOTE INFORMATIVE RELATIVE ALLA LEGGE REGIONALE 18 NOVEMBRE 2016 N. 27

PREMESSA: I testi eventualmente qui pubblicati sono redatti dalla Vice Segreteria Generale dell'Area del Processo Normativo – Servizio Assemblea del Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria ai sensi dell'art. 7 della legge regionale 24 dicembre 2004 n. 32, al fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge citate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi originari.

1. DATI RELATIVI ALL'ITER DI FORMAZIONE DELLA LEGGE

- a) *La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore Sonia Viale, ha adottato il disegno di legge con deliberazione n. 30 in data 5 settembre 2016;*
- b) *il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 6 settembre 2016, dove ha acquisito il numero d'ordine 106;*
- c) *è stato assegnato alla II Commissione consiliare ai sensi dell'articolo 83, comma 1, del Regolamento interno del Consiglio in data 6 settembre 2016;*
- d) *la II Commissione consiliare si è espressa favorevolmente a maggioranza, con emendamenti, nella seduta del 27 ottobre 2016;*
- e) *è stato esaminato ed approvato a maggioranza dal Consiglio regionale nella seduta dell'8 novembre 2016;*
- f) *la legge regionale entra in vigore il 26 novembre 2016.*

2. RELAZIONI AL CONSIGLIO

Relazione di maggioranza (Correlatori Consiglieri Rosso M. e Muzio C.)

Con questo testo di legge, all'attenzione dell'Assemblea legislativa, la Regione prosegue nel processo di riforma della sanità ligure, adempiendo in particolare alle previsioni contenute nella legge regionale istitutiva dell'Azienda Ligure Sanitaria (A.li.S.A.) (l.r. 17/2016).

Si tratta del secondo tassello a compimento della suddetta riforma, derivante dalla necessità di apportare, entro tempi brevi, ulteriori modifiche alla legge regionale 7 Dicembre 2006, n. 41 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale", nel rispetto del termine di 180 giorni fissato dalla recente legge regionale istitutiva di A.li.S.A per l'adozione di un testo unico delle leggi sanitarie regionali, al fine di disporre di efficienti assetti organizzativi che consentiranno l'effettiva e sostanziale esplicazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza, che saranno approvati entro il corrente anno.

La rimodulazione degli attuali livelli assistenziali è caratterizzata dal rafforzamento della risposta assistenziale e territoriale con un conseguente riequilibrio delle prestazioni e delle attività ospedaliere a favore delle prestazioni di prevenzione e distrettuali, nonché dell'integrazione dei percorsi assistenziali.

Tale scelta si coniuga con le peculiarità della popolazione ligure e, a tal riguardo, comporta l'immediata necessità di:

- *dare attuazione all'articolazione aziendale, già prevista dalla sopracitata l.r. 17/2016, in due distinte aree, l'una "territoriale" e l'altra "ospedaliera", chiamate congiuntamente a realizzare l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie;*
- *individuare, complessivamente, nell'area territoriale la sede privilegiata di riferimento e di*

confronto aziendale con gli enti locali e ciò, anche alla luce di quanto emerso nel dibattito consiliare di approvazione della l.r. 17/2016, in relazione a evidenti carenze di coordinamento e integrazione delle attività e delle prestazioni sanitarie con l'offerta assistenziale dei comuni;

- *attribuire alle Aziende Sociosanitarie Liguri compiti puntuali di collaborazione e di raccordo con l'Azienda Ligure sanitaria, recentemente istituita, nell'attività di monitoraggio dei bisogni territoriali e della corrispondenza dell'offerta agli stessi, nonché attraverso gli accordi contrattuali.*

Da un rapido excursus della normativa nazionale, quale il decreto legislativo 502/1992, si evince già una definizione delle prestazioni sociosanitarie consistenti nell'insieme di tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione e, inoltre, l'individuazione di quelle ad elevata integrazione sanitaria.

Tuttavia, sempre a livello nazionale, tali previsioni hanno trovato solo parziale attuazione nel DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" che, in una tabella riepilogativa, si limitava a evidenziare, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultavano operativamente distinguibili. D'altro canto, anche in Liguria la responsabilità di garantire percorsi assistenziali integrati è stata, di fatto, demandata alle singole strutture aziendali (Distretto, Dipartimento di prevenzione, Consultori, etc.) senza tuttavia prevedere una responsabilità complessiva, in ordine alla capacità di preconstituire percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali congiuntamente alle attività e prestazioni afferenti ai servizi sociali dei Comuni.

Attualmente è presente all'esame della Conferenza Stato/Regioni, uno schema di DPCM che individua, con natura non più ricognitiva ma costitutiva, i nuovi livelli essenziali di assistenza sanitaria declinando in 16 articoli su 64 complessivi le funzioni, le modalità e i termini con i quali le Aziende del Servizio Sanitario Regionale sono tenute a garantire l'assistenza sociosanitaria attraverso percorsi assistenziali integrati, cui si aggiungono le attività e le prestazioni di assistenza ai minori, alle coppie, alle famiglie, alle persone con disturbi mentali, alle persone con disabilità, alle persone con dipendenze patologiche e, infine, le modalità di assistenza sociosanitaria residenziale e semi residenziale.

Ne deriva, pertanto, sul piano formale, in considerazione del rilievo e della complessità delle prestazioni che dovranno essere erogate e dell'attuale inadeguatezza e frammentazione della risposta sociosanitaria in Liguria, l'esigenza di procedere ad una nuova definizione di "Aziende Sociosanitarie Liguri" in luogo delle attuali Aziende sanitarie locali, puntualmente individuate dalle modifiche apportate all'articolo 17 della legge regionale vigente, pur rimanendo invariate nel numero.

Analogamente a quanto avviene in altre regioni italiane, sul piano sostanziale, viene prevista la figura del Direttore sociosanitario che affianca nella direzione aziendale gli attuali direttori sanitario e amministrativo. Specificatamente, con la sostituzione dell'articolo 22 della vigente l.r. 41/2006, vengono disciplinati i requisiti, le incompatibilità alla carica e le funzioni anche di questa nuova figura, con gli opportuni rinvii e adeguamenti alle recenti normative in materia.

Il disegno di legge si propone, altresì, di favorire modalità di integrazione organizzativa e di contenimento dei costi, sia tra diverse Aziende, sia nell'ambito di ciascuna Azienda. In questa prospettiva, deve essere letta l'introduzione dell'articolo 40 bis che disciplina la previsione, di competenza della Giunta regionale, di Dipartimenti interaziendali al fine di superare le logiche organizzative duplicative o sovrabbondanti rispetto a funzioni o attività che, più efficacemente, possono essere perseguite a livello sovraaziendale.

Modalità di ulteriore razionalizzazione discendono dalla possibilità, prevista con la modifica dei commi 4 e 5 dell'articolo 37 della sopracitata legge oggetto di esame, di accentrare nel Direttore sanitario aziendale anche le funzioni e le responsabilità di Direttore sanitario di presidio ospedaliero.

Resta fermo che, al di là della razionalizzazione dei costi che discendono dalle previsioni sopra richiamate, ciascuna Azienda sociosanitaria nel 2017 dovrà garantire la copertura degli oneri relativi alla nomina del Direttore sociosanitario, attraverso una corrispondente riduzione dei costi generali. Tale principio è espressamente affermato all'articolo 4 (norma di invarianza finanziaria) che prevede che dall'attuazione della legge non devono derivare maggiori oneri per la finanza regionale.

In sede di II Commissione è stata dedicata particolare attenzione all'esame del testo di legge in questione, convocando un elevato numero di riunioni al fine di una migliore programmazione dei lavori che si sono articolati, in primis, nello svolgimento di una serie di audizioni che hanno coinvolto i Rappresentanti istituzionali e delle categorie interessate e, successivamente, hanno consentito a tutti i Rappresentanti delle forze politiche presenti in questa Assemblea di esporre il loro orientamento, esprimendo osservazioni e fornendo adeguati contributi che hanno portato all'arricchimento del testo.

A seguito del dibattito svoltosi, il testo di legge è stato integrato con una serie di emendamenti, di iniziativa dell'Esecutivo regionale, consistenti in adeguamenti di natura tecnica alle normative nazionali sopravvenute, quali le norme in materia di dirigenza sanitaria ed altre in materia pensionistica, apportando al contempo anche alcune modifiche alla legge istitutiva di A.li.S.A.,

In conclusione, si auspica che il presente disegno di legge venga suffragato ad ampia maggioranza di voti, analogamente a quanto avvenuto in sede referente, al fine di consentire all'Ente Regione di proseguire al completamento della riforma in sanità, tramite l'adozione dei successivi atti legislativi occorrenti e già preannunciati, e di raggiungere quei risultati di integrazione ospedale/territorio per i quali questo Governo regionale si è fortemente impegnato, soprattutto per riequilibrare le funzioni e le prestazioni in campo sanitario e sociosanitario, garantendo continuità assistenziale nei percorsi di cura, in risposta alle esigenze espresse ai vari livelli dalla comunità ligure.

Relazione di minoranza (Consigliere Battistini F.)

In questa relazione prendiamo in esame il D.D.L. 106 avente oggetto: Modifiche alla Legge regionale 7 Dicembre 2006, n.41 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale"

Con il presente Disegno di Legge ci troviamo di fronte alla seconda parte di riforma del Sistema Sanitario Regionale.

La prima parte, come tutti ricorderanno, è stata varata nell'estate scorsa e ha previsto l'istituzione di una nuova Azienda Sanitaria in più, A.Li.Sa., oltre le 5 che già abbiamo nella nostra piccola Regione e senza contare le aziende ospedaliere dell'area metropolitana.

In apertura, come già facemmo all'epoca della discussione del D.D.L. 92, che istituì appunto A.Li. Sa., ci preme sottolineare come questo modo di riorganizzare il comparto strutturale più importante della Liguria, ed in generale di ogni Regione italiana, la Sanità, sia, a nostro avviso, scorretto dal punto di vista del metodo e lesivo, almeno nell'ottica delle minoranze, di cui facciamo parte, rispetto ad un dialogo costruttivo e puntuale basato, come dovrebbe essere, sul merito e non sulle ipotesi.

Non si può fare a meno, a questo punto, di notare, dunque, ancora una volta, che il giusto dialogo tra maggioranza ed opposizione, tra chi forse (e sottolineo questo forse) ha in mente una riforma organica, un progetto complessivo, un obiettivo da raggiungere, e chi invece questo progetto e questa riforma la deve esaminare, la deve discutere, analizzare e, se il caso, sia contestare che apportarvi opportuni correttivi, con questo modo di procedere a puzzle, a parti disgregate tra loro, con tempi e modi differenti, sia del tutto del tutto tranciato.

Discutere nel merito ed in maniera organica una riforma di questa importanza, ricordiamo che la Sanità arriva a sfiorare quasi l'80% dell'intero bilancio regionale, senza avere davanti il progetto nella sua interezza, senza avere in mano tutte le informazioni e tutti gli elementi e gli obiettivi che si intendono raggiungere, risulta del tutto impossibile.

Possiamo solamente andare avanti ad interrogativi, a congetture, a ipotesi, constatando, ogni volta che, oltre alla nostra perplessità, abbiamo di fronte anche la perplessità della maggior parte dei soggetti auditi che frequentano le nostre commissioni e che, chiamati ad esprimersi e a rispondere alle nostre domande, anche loro senza le dovute complete informazioni, senza un piano completo e complessivo, invece di dipanarci dubbi ci pongono altri quesiti, in un loop che ci riporta, tutti quanti, sempre al punto di partenza.

La difficoltà nell'esaminare questi Disegni di Legge, concernenti, appunto, la Riforma Sanitaria ligure, sta proprio nella suddivisione in parti di un progetto che invece, appunto, dovrebbe essere organico, dovrebbe seguire un filo logico costante e che invece fa esattamente il contrario.

Abbiamo così:

- *Il primo blocco, A.Li.Sa.*
- *Il secondo blocco, quella che oggi discutiamo, e cioè l'inserimento nelle nostre aziende sanitarie di una nuova figura dirigenziale: il Direttore Socio-Sanitario e dunque la trasformazione da Azienda Sanitaria Locale ad Azienda Socio-sanitaria Locale.*
- *Il terzo blocco, che vedremo prossimamente, e che riguarderà la riorganizzazione del sistema degli accreditamenti delle strutture esterne al Sistema Sanitario Regionale.*
- *Il quarto blocco che riguarderà la riforma dei distretti socio-sanitari e che essendo incredibilmente legata a ciò che oggi discutiamo qui, proprio per essere stata dissociata, fortemente, dal contenuto di questo D.D.L., rivela quale sia l'intenzione nel costruire la riforma: fornire pochi punti di riferimento ed una assai scarsa visione d'insieme che possa permettere di entrare nel merito delle scelte in modo ficcante.*

Venendo ora, più nello specifico, all'articolato del presente Disegno di Legge, pur rinnovando ancora una volta tutte le nostre perplessità in fatto di corretta discussione ed analisi della riforma, tenderemo, per quanto possibile, di andare ad analizzare l'articolato.

Per comodità divideremo il testo, sostanzialmente in due parti sostanziali:

- a. *la prima che riguarda più da vicino la questione socio-sanitaria, con la trasformazione delle ASL (Aziende Sanitarie Locali), di oggi, in Aziende Socio-sanitarie Locali;*
- b. *la seconda che invece istituisce il Dipartimento interaziendale descrivendo, per sommi capi, a che cosa potrebbe o a che cosa dovrebbe servire... e badate bene che in entrambi i casi ho utilizzato il condizionale: potrebbe e dovrebbe, appunto.*

La prima parte, quella relativa, all'aspetto socio-sanitario tenta di perseguire l'obiettivo, dichiarato sin dall'inizio, di trovare una integrazione stretta tra ospedale e territorio.

Obiettivo fondamentale, per carità, e che nessuno si sognerebbe mai di criticare, almeno senza contestualizzazione, e quindi tantomeno lo faremo noi, ovvio, se non offrendo una nostra visione analitica.

Anche noi, infatti, pensiamo debba essere basilare pensare ad una efficace organizzazione territoriale, specie per una Sanità moderna che tenta sempre di più, non solo per mere esigenze economiche, ma anche per finalità ben più nobili di benessere psico-fisico del paziente, sia di contrarre in modo sempre maggiore i tempi di degenza ospedaliera sia di ricorrere, giustamente, al ricovero solo nei casi strettamente necessari.

Non pensiamo, dunque, esistano forze politiche contrarie alla visione di integrazione Territorio-Ospedale.

Un territorio affiancato, con pari dignità ed importanza, al mondo ospedaliero, è sicuramente necessario in modo da:

1. *offrire servizi capillarmente presenti e dunque vicini ai cittadini;*

2. *offrire cure a domicilio riducendo, il più possibile i disagi al paziente e consentendogli di potersi curare vicino ai propri cari e al proprio mondo riducendo, il più possibile, l'alienazione di un ambiente esterno e sterile;*
3. *fornire dei percorsi terapeutici che sappiano uscir fuori dai confini ospedalieri proprio per dare risposte di cura più efficaci ed evitare, quanto più possibile, ad esempio, i fenomeni di ricaduta patologica.*

La nostra contrarietà, detto tutto ciò, semmai, dunque, non può stare nel concetto generico Territorio-Ospedale, ma sta nel come si intende attuare tale integrazione anche in relazione degli evidenti investimenti che si sono fatti e che si stanno facendo.

A spiegare bene questo concetto ci hanno pensato due medici di due associazioni di categoria chiamate ad esprimersi sul DDL in questione e a portare il loro punto di vista nella Commissione Consiliare competente.

Due concetti, i loro, ficcanti e che mi sento di condividere in pieno.

Il primo medico ci disse che tale riforma, come del resto quella di A.Li.Sa., sarebbe ottima se ci trovassimo in un'altra Regione e non in Liguria perché noi, prima di pensare alle sovrastrutture avremmo proprio bisogno di strutture.

Il secondo medico ci disse chiaramente che figure dirigenziali ed organizzative in più, come quelle che fino ad ora si stanno iniettando nel nostro sistema sanitario regionale, rischiano di depauperare (ha usato proprio questo verbo, pesante, "DEPAUPERARE") il già fragile sistema economico su cui si basa il nostro Sistema Sanitario Regionale.

Insomma, per farla, breve e concisa: va benissimo l'integrazione Territorio-Ospedale ma ci sembra assurdo ricercarla solo, ed a partire, dall'istituzione, e dunque dalla nomina, di una figura dirigenziale in più!

Per ora, purtroppo, questo abbiamo visto: una Azienda Sanitaria in più, A.Li.Sa., con tutti i suoi costi aggiuntivi incidenti sui L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza) ed un nuovo Direttore in più, quello socio-sanitario, da nominare in ogni ASL ligure, e che sicuramente, che ne dica la norma finanziaria, che si sostanzia nel comma 1 con il concetto per il quale: "Dall'attuazione della presente legge non devono derivare maggiori oneri per la finanza regionale", avrà sicuramente un impatto di spesa sul bilancio delle Aziende Socio-Sanitarie Locali.

A tal proposito mi pare doveroso riprendere un paio di passaggi della nostra Relazione di Minoranza sul D.D.L. 92 in cui dicevamo:

"Razionalizzazione e diminuzione dei soggetti operanti nel SSR, migliore utilizzo delle risorse già esistenti, principi di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità nell'impiego delle risorse sono, dunque, per A.Li. Sa., finalità espresse solo a parole."

Le stesse finalità di economicità sono espresse, purtroppo sempre solo a parole, anche nella prima parte del punto f del comma 6, che riguarda i compiti a cui le nuove ASL dovranno provvedere, del nuovo Articolo 17 ("Funzioni delle Aziende Sociosanitarie Liguri") che sostituisce quello che attualmente compone la Legge Regionale 41/2006, previsto proprio dal comma 1 dell'Articolo 1 del D.D.L. 106 che stiamo discutendo ora:

"f) perseguire economicità ed efficienza produttiva [...]"

Allora, sul D.D.L. 92, in materia di nuovi costi, dicevamo, sempre riprendendo la Relazione di Minoranza e sempre in relazione alla maggior spesa sanitaria:

"Basti solo evidenziare che, come disposto nell'Articolo 6, per il funzionamento di A.Li.Sa. saranno necessarie figure apicali costose: un Direttore Generale, un Direttore Sanitario, un Direttore Amministrativo ed un

Direttore Socio-Sanitario,” – figura già espressa ed istituita già, dunque per A.Li.Sa. – “oltre ad un Collegio Sindacale costituito da 3 membri. Il tutto con un esborso aggiuntivo, per il SSR, quantificato, a regime, di 400.000 euro all’anno, senza però considerare i premi, per il raggiungimento degli obiettivi, dovuti ai dirigenti.

400.000 euro all’anno, di base che, apprendiamo con preoccupazione, verranno ricavati, cosa gravissima, dal “finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA”, i Livelli Essenziali di Assistenza e, tale scelta, appunto, la dice lunga sulle reali volontà politiche di questa Giunta: creare altre posizioni dirigenziali, in grado in una sola volta di controllare tutte le strutture territoriali, alla faccia della decentralizzazione e dell’autonomia dei territori; creare altre opportunità amministrative, privilegiando queste alle funzioni operative, anche a scapito dei servizi assistenziali al cittadino e, come già ravvisato in precedenza, e vista la mancanza di una riforma organica, integrata e completa, con il rischio concreto di costituire inutili e dannose duplicazioni”.

Oggi su questo secondo blocco di riforma, come del resto per A.Li.Sa., dunque, ci troviamo ancora una volta a fare i conti con un unico grande focus: l’istituzione di una nuova figura dirigenziale e dunque di una nuova posizione amministrativa, con tutti i costi, del resto, che ne conseguono.

Una nomina in più, dunque, a scapito, invece, di ciò che, a nostro avviso, servirebbe davvero nell’immediato anche per creare questa necessaria integrazione tra Territorio e Ospedale:

Personale operativo;

- *piani assistenziali;*
- *soluzioni per abbattere le liste d’attesa e la mobilità passiva verso altre regioni;*
- *progetti veri di integrazione tra ospedale e territorio basati proprio sull’offerta sanitaria e sui percorsi di cura.*

Sovrastrutture, dunque, invece di realizzare strutture, di realizzare e progettare interventi strutturali.

Oggi noi avremo bisogno di infermieri e di medici operativi che possano offrire un servizio di qualità ai nostri concittadini liguri in ospedale e sul territorio.

I nostri nosocomi sono spesso in crisi di personale e su questo dovremo investire di più e meglio anche pensando a riorganizzare il sistema attuale, troppo concentrato sul livello dirigenziale e poco su quello sostanziale.

Non è possibile avere rapporti, nelle nostre ASL, assolutamente deficitari in termini di infermieri ogni 1000 abitanti, rispetto alle già pessime medie nazionali, e che ci vedono come fanalino di coda in Europa, e pensare di poter creare una Sanità di buon livello partendo proprio dall’ampliamento dei livelli amministrativi e non da quelli operativi.

Abbiamo, a tal proposito, in una Interrogazione depositata lo scorso giugno, presentato una tabella, ricavata dal Libro Bianco per la Sanità Ligure, in cui si riportano le unità infermieristiche presenti, al novembre 2015, nelle nostre Aziende Sanitarie e che è giusto e doveroso riprendere:

<i>Azienda</i>	<i>N. Residenti (31/12/2014)*</i>	<i>080 – Personale Infermieristico**</i>
<i>ASL1</i>	<i>215.000</i>	<i>1153</i>
<i>ASL2</i>	<i>279.000</i>	<i>1807</i>
<i>ASL3</i>	<i>720.000</i>	<i>1828</i>
<i>ASL4</i>	<i>146.000</i>	<i>773</i>
<i>ASL5</i>	<i>220.000</i>	<i>1017</i>
<i>Galliera</i>	<i>-</i>	<i>647</i>
<i>Evangelico</i>	<i>-</i>	<i>239</i>
<i>San Martino</i>	<i>-</i>	<i>2179</i>
<i>Gaslini</i>	<i>-</i>	<i>825</i>
		<i>10468</i>

Dalla sintesi del Rapporto OCSE 2014, pubblicato dal Collegio degli Infermieri IPASVI, si apprende che l'Italia si pone, come già espresso pocanzi, ai gradini più bassi della graduatoria per quanto riguarda le risorse infermieristiche:

6,2 infermieri per 1.000 abitanti per il nostro Paese, ben poca cosa se paragonati agli 8,5 della Francia, ai 12,2 della Germania ed in generale dei Paesi del Nord-Europa che contano 15-20 infermieri per 1.000 abitanti.

Solo la Spagna risulta essere un gradino sotto l'Italia, in undicesima posizione, ma il dato non ci deve fare, ovviamente, rallegrare.

Bene, detto questo, le nostre 5 ASL, si presentano con rapporti ben più deficitari rispetto al dato nazionale e basti sempre pensare ai dati che abbiamo calcolato e ricavato proprio confrontando il bacino di utenza possibile per ogni Azienda Sanitaria Ligure ed il numero di infermieri da esse impiegate:

<i>Azienda</i>	<i>Residenti *</i>	<i>080 - Personale Infermieristico</i>	<i>Rapporto **</i>
<i>ASL1</i>	<i>215</i>	<i>1153</i>	<i>5,36</i>
<i>ASL2</i>	<i>279</i>	<i>1807</i>	<i>6,42</i>
<i>Metropolitana</i>	<i>720</i>	<i>5715</i>	<i>7,93</i>
<i>ASL4</i>	<i>146</i>	<i>773</i>	<i>5,29</i>
<i>ASL5</i>	<i>220</i>	<i>1017</i>	<i>4,62</i>

Ed anche il dato relativo all'area metropolitana, che si attesta a 7,93 infermieri per mille abitanti, su un bacino calcolato di 720.000 residenti, non è di certo da considerarsi positivo visto che l'area genovese, con le sue aziende ospedaliere, e con l'IST San Martino, offre prestazioni diagnostiche e terapeutiche a tutta la Regione, proprio per i suoi centri sanitari di eccellenza, e dunque, proprio per questo, il rapporto è ancora, anche in quel caso, un'altra volta deficitario!

È chiaro, a questo punto, che i primi investimenti che si debbano fare non possano riguardare le strutture di governance, così tanto sbandierate, o quelle dirigenziali ma, è chiaro, debbano essere inerenti a ciò che serve davvero e che, non a caso, ho citato proprio come primo punto per iniziare a ragionare sugli interventi strutturali necessari: il Personale Operativo.

Senza personale possiamo inventarci i nomi ed i concetti più belli, come quelli relativi, ad esempio, all'Articolo 40 bis inserito nella Legge Regionale 41/2006 concernente il "Dipartimento Interaziendale", con le sue equipe e le sue equipe itineranti (che comunque presentano non poche criticità, a cui l'Assessore non ha risposto in Commissione), che mai nulla potrà prendere il largo e vedere la luce a vantaggio dei nostri pazienti.

Ma, sulle criticità dell'equipe itinerante ci torneremo a breve, dopo aver approfondito le criticità del Direttore Sociosanitario.

La riforma procede, per integrare Ospedale e Territorio delineando, come unico punto utile e sostanziale, all'istituzione del Direttore Sociosanitario che dovrà, nominato dal Direttore Generale, affiancare il Direttore Sanitario.

Il Direttore Sanitario, nelle intenzioni dell'Assessorato, dovrà svolgere esclusivamente i compiti di governo dell'area ospedaliera mentre il Direttore Sociosanitario, lo ripeto, con i suoi costi, dettati anche dalla struttura che dovrà avere a suo supporto, dovrà occuparsi esclusivamente della parte territoriale, compresi i rapporti con gli enti e le strutture esterne e con le conferenze dei sindaci.

Due direttori, due teste, due visioni probabilmente differenti, due entità da far dialogare su scelte che andrebbero compiute all'unisono, specie poi anche considerando l'ingessamento, e la complicazione del sistema, visto che entrambe le figure, oltre a rapportarsi tra loro, dovranno ulteriormente rapportarsi e concordare le linee d'azione con i direttori di A.Li.Sa.: Sanitario e Socio-sanitario, di cui francamente non capivamo, e continuiamo a non capire, l'utilità!

Avremmo gradito un investimento serio sul piano operativo e progettuale concreto e non su quello dirigenziale.

Avremmo preferito che si delineasse meglio la figura del Direttore Sanitario invece di affiancarla ad un altro dirigente, nuovo, quello Socio-sanitario, appunto.

Lo avremo preferito perché in ciò ravvisiamo un probabile punto di attrito pericoloso: si potrebbe creare una cosiddetta area grigia problematica sulle due sfere di competenza che, per forza di cose, si devono, e si dovranno, sovrapporre perché l'ospedale non può essere avulso dal territorio e, ovviamente, vale anche il discorso contrario, e, per questo, proprio per esigenze operative, e per visioni differenti, si potrebbero creare, nel sistema, più danni che non quella positiva integrazione.

Oggi, peraltro, sembra che, nelle intenzioni dell'Assessorato, si cerchi di far collimare la figura del Direttore Sanitario con quella del Direttore di Presidio Ospedaliero, che noi invece vorremo tutelare e che giudichiamo importantissima proprio ai fini della gestione, sempre più complessa, di quelli che sono diventati, e che diventeranno sempre più, poli ad alto contenuto tecnologico.

L'Assessorato, tra l'altro, tenta di porre questo tema di unificazione delle figure tra Direttore Sanitario e Direttore di Presidio come fattore positivo di contrazione della spesa, senza però considerare, che non sempre è possibile, per la normativa nazionale vigente, unificare queste due professionalità visto che non è detto che il primo, il Direttore Sanitario, possieda le competenze igienico-sanitarie necessarie, e previste dal secondo, il Direttore di Presidio.

Se davvero si volesse investire nell'integrazione Territorio-Ospedale basterebbe avviare, per esempio, dei progetti seri finalizzati, nello stesso tempo, ad aumentare la qualità di vita della nostra popolazione e a contenere la spesa sanitaria.

Un esempio su tutti?

La prevenzione del rischio di frattura del femore in soggetti anziani già operati.

Un progetto di questo tipo, che oggi manca, ad esempio in ASL5, nonostante si ripeta continuamente che la nostra popolazione è anziana, potrebbe partire da subito, se vi fosse la volontà di procedere in questa direzione, e creare per davvero una integrazione tra ospedale e territorio, e senza bisogno di grandi riforme o di nuovi dirigenti.

Un progetto che dovrebbe mirare, dunque, a costruire un percorso multidisciplinare integrato tra l'ortopedia, l'endocrinologia e la geriatria.

Un percorso che segua il paziente dal momento delle sue dimissioni e che, dopo aver controllato la sua densità ossea, gli assegni una idonea terapia, fatta anche di controlli e dosaggi periodici da eseguire in ambulatorio, e che riduca, in maniera considerevole, il rischio che il paziente rientri nuovamente in ospedale a seguito di altre fratture.

Senza poi considerare, cinicamente, che una frattura di femore, trattata chirurgicamente, costa al Sistema Sanitario Regionale diverse decine di migliaia di euro che con la messa in campo di un percorso come quello appena descritto, a mero titolo di esempio, si potrebbero drasticamente abbattere destinando le somme risparmiate per avviare altri servizi.

E in tutto ciò potrei citare anche la necessità di potenziare il servizio di cure palliative domiciliari con particolare riguardo per i pazienti terminali che potrebbero essere assistiti nelle loro case, in un ambiente familiare e soprattutto vicino ai loro affetti.

Insomma, in conclusione, crediamo che questa nuova figura dirigenziale sia, se non dannosa, quantomeno superflua e che se si volesse creare davvero una rete di interscambio tra cure ospedaliere e cure territoriali si debba investire nelle strutture che già oggi ci sono ma che sono fin troppo debilitate non solo per problemi organizzativi ma soprattutto per mancanza di un adeguato finanziamento.

Le ultime parole le riservo al discorso delle equipe itineranti sulle quali non ho ricevuto adeguate risposte in Commissione e sulle quali ripeto, qui, in Aula, ho diverse perplessità.

Cosa intendiamo per equipe itineranti?

Non mi dite che pensate, ad esempio, ad una equipe di neurochirurgia pronta a spostarsi tra i nosocomi liguri e ad intervenire sui pazienti senza conoscere approfonditamente la struttura, l'organizzazione della sala operatoria, senza conoscere gli strumenti a disposizione e le dotazioni tecnologiche perché non penso proprio che una impresa del genere possa essere condotta e portata a buon fine.

In conclusione la nostra idea è che sia necessaria una pianificazione che abbia come obiettivi soluzioni concrete ed applicabili, nel breve e medio periodo, con un focus finale verso una profonda, reale e percepibile rivoluzione di un sistema sanitario regionale che la politica nazionale in primis e la politica regionale a ruota, hanno ridotto a livelli ormai inaccettabili per i cittadini liguri, una pianificazione che non perda mai di vista le esigenze del territorio, le sue specificità e la composizione anagrafica e sociale dei cittadini che lo abitano: ciò di cui stiamo, anche oggi discutendo è altro!

Relazione di minoranza (Consigliere Melis A.)

Attraverso la Legge regionale 17/2016 veniva dato vita ad A.Li.Sa., che prevedeva una struttura apicale con in primis il Direttore Generale, il quale procede a nomina e revoca delle figure di Direttore sanitario, del Direttore amministrativo e del Direttore sociosanitario.

Con questo primo disegno di legge, sul quale ci siamo espressi negativamente nella sua generalità per le ragioni già dibattute in sede di votazione, viene avviato il percorso di questa Giunta per, stante la propria visione politica, rimodellare la sanità ligure e dare vita ad una maggiore integrazione con l'area sanitaria più "territoriale". Ed in questa ottica si inquadra il D.D.L. oggetto di questa discussione che si pone l'obiettivo di mettere in fila una serie di interventi organizzativi strutturali tra cui, nella ridefinizione delle stesse ASL, si torna ad introdurre una nuova ulteriore figura apicale quale il Direttore Socio Sanitario.

È bene allora fare un passo indietro e comprendere, come viene peraltro citato nella relazione illustrativa della Giunta al presente provvedimento, quali siano gli orientamenti di politica sanitaria nazionale in merito alla ripartizione delle prestazioni tra "sanità territoriale" rispetto alla "sanità ospedaliera".

Il 7 Settembre scorso presso la Conferenza Unificata Stato-Regione, con il benessere delle regioni rappresentate, è stato espresso il via libera al nuovo schema DPCM (decreto presidente consiglio ministri) che andrà ad aggiornare, con importanti novità, il DPCM del Novembre 2001 - ora vigente - che disciplina, regola e inquadra nei DRG, il sistema Diagnosis-Related Group (DRG), in italiano Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (ROD) che permette di classificare e raggruppare la casistica ospedaliera e non solo, in gruppi omogenei dal punto di vista delle risorse assistenziali assorbite e quindi dei costi di produzione, le prestazioni erogate dal Sistema Sanitario Nazionale ovvero i ben noti LEA (livelli essenziali di assistenza) che sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket).

Risulta importante su questo versante il parere che le Regioni hanno espresso in sede di Conferenza per la parte economica, per quanto attiene la sostenibilità economico - finanziaria, nel prendere atto che all'articolo 1 dello schema di intesa viene richiamata l'intesa Stato - Regioni dell'11 febbraio 2016, la Conferenza ha rilevato la necessità che nel testo vengano richiamate le risorse quantificate in € 113.063 milioni di euro per l'anno 2017 e 114.998 milioni di euro per l'anno 2018 e confermate nella prossima Legge

di Bilancio per l'anno 2017.

È bene inoltre ricordare che le regioni possono, con risorse proprie, garantire prestazioni ulteriori a quanto previsto dai LEA che rappresentano come da definizione il livello minimo assistenziale.

Con il via libera il lungo percorso per la messa in campo dei nuovi Lea ha superato un passaggio. Resta però da definire il capitolo delle risorse come segnalato nella stessa Conferenza Stato Regioni ed il fatto che i due miliardi in più per i Lea siano previsti nel DEF, come dichiarato dal ministro Lorenzin, non è certamente una garanzia di risultato certo.

Tornando agli attuali LEA, come da DPCM 29 Novembre 2001, sono organizzati in tre grandi aree:

- *l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale)*
- *l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche)*
- *l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via.*

Ed entrando nello specifico campo dell'assistenza sanitaria territoriale, già oggi questi sono classificati nel DPCM vigente e relativi allegati, in particolare nell'Allegato 1, come Assistenza Distrettuale, distinta dagli altri insiemi precedentemente citati. È quindi già configurata una separazione delle prestazioni sanitarie tra "territorio" e "ospedale", non solo, sempre in Allegato 1, al punto "1.C Integrazione Socio Sanitaria", abbiamo l'elenco delle prestazioni previste per questa fattispecie.

L'elenco delle prestazioni discende dal decreto legislativo 502/1992 e dall'articolo 3 – Septies ai commi 1 e 2 :

1. *Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.*
2. *Le prestazioni sociosanitarie comprendono: a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.*

Veniamo ora al nuovo schema di DPCM con il quale verranno rivisti ed aggiornati i LEA sempre in riferimento del quadro normativo nazionale, ovvero il decreto legislativo 502/1992 e la legge 833 del 1978, che all'articolo 1 ribadisce la macroscopica suddivisione delle aree di intervento quali a) la prevenzione collettiva e sanità pubblica b) l'assistenza distrettuale c) l'assistenza ospedaliera.

Ed entrando nello specifico gli ambiti di intervento per l'area di assistenza distrettuale sono a livello macroscopico le medesime dell'Allegato 1 del DPCM vigente ovvero come elencate al Capo 3 – Articolo 3 – Aree di Attività di Assistenza distrettuale:

- a. *assistenza sanitaria di base*

- b. emergenza sanitaria territoriale
- c. assistenza farmaceutica
- d. assistenza integrativa
- e. assistenza specialistica ambulatoriale
- f. assistenza protesica
- g. assistenza termale
- h. assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale
- i. assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Andando oltre, ed entrando nel merito specifico della componente “sociosanitaria” che peraltro diverrebbe stante la proposta della Giunta la componente nominale della stessa sigla ASL, non più “sanitaria” ma “sociosanitaria”, viene normata con particolare riguardo per i punti precedentemente citati h) oltre che i) al Capo IV “Assistenza Sociosanitaria” dove pur con più ampio riferimento al trattamento domiciliare del paziente, quale linea di indirizzo, si deve registrare un approccio certamente più chiaro nel testo stesso, contrariamente all’attuale versione del DPCM decisamente più schematica, ma sostanzialmente identica.

Questa è una constatazione di fatto supportata dalla stessa relazione illustrativa del nuovo schema del DPCM che dice testualmente “Lo schema di provvedimento, dunque, non introduce nessun ampliamento sostanziale dei Lea ma si limita a descrivere con maggiore dettaglio e precisione prestazioni ed attività già oggi incluse nei livelli. Per l’area socio-sanitaria, in particolare, si è ritenuto necessario individuare e descrivere le diverse tipologie di assistenza caratterizzate da diversi livelli di complessità ed impegno assistenziale.” Non si tratta quindi di una opinione ma della natura stessa del provvedimento.

Ne consegue quindi che la necessità di adattare la normativa regionale in materia diventa questione assai discutibile se di fatto i servizi da fornire ieri sono sostanzialmente, in materia socio sanitaria, i medesimi di quelli da fornire oggi, o per meglio dire prossimamente quando il nuovo schema di DPCM sarà in fase pienamente attuativa. Discutibile perché non si comprende la necessità di riformulare i compiti delle ASL che sono già indirizzati dalla normativa nazionale in materia e non si comprende perché tali non siano interventi al più nel carattere meramente organizzativo interno.

Andando a osservare inoltre il decreto ministeriale 70/2015 che fissa gli standard ospedalieri, di cui è il principale oggetto dello stesso decreto, al capitolo 10 viene fatto cenno alla “Continuità Ospedale – Territorio” e, nella fattispecie un passaggio interessante è il seguente “L’integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall’ospedale. Relativamente ai primi, e’ evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l’utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l’opportuna continuità di assistenza. Al riguardo va promosso il collegamento dell’ospedale ad una centrale della continuità o altra strutture equivalente posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero, nonché la promozione della medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l’educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità, così come previsto dal nuovo patto per la salute 2014-2016.”.

Sempre il DM 70 oltre a ribadire che le regioni debbono concludere lo sviluppo dell’assistenza domiciliare palliativa specialistica attraverso l’attivazione degli hospice, riporta la centralità del ruolo del Medico di Medicina Generale, cito testualmente “Le iniziative di continuità ospedale territorio possono, pertanto, identificarsi nei programmi di dimissione protetta e/o assistita, in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta, nelle disponibilità di strutture intermedie con varie funzioni, nei servizi di gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, nei centri di comunità/poliambulatori, nelle strutture di ricovero nel territorio gestite dai Medici di Medicina Generale (MMG).”

In nessun passaggio fra questi vi è indicazione alcuna o un nesso causa effetto per una revisione delle stesse ASL anche perché già esse possono e debbono adempiere al ruolo, con certamente degli interventi di regolamentazione e riorganizzazione, tranne necessariamente ulteriori sovrastrutture e ruoli apicali come il DDL pone quale obiettivo.

Arriviamo ora ad alcune considerazioni ulteriori di metodo. Il DDL in oggetto inizia, o prosegue, senza alcun confronto preventivo con le organizzazioni sindacali di riferimento, riconosciute come soggetti portatori di interesse nel conosciuto "libro bianco. La stessa Giunta in tempi non sospetti aveva paventato un testo unico di riorganizzazione dell'intero sistema sanitario regionale mentre con il passare dei mesi si è arrivati ad una serie di interventi legislativi, in primis la nascita di ALISA, che cozzano in maniera evidente con un piano organico e strutturato dei lavori, al contrario, sembra più un processo a step che naviga a vista in funzione delle reazioni provocate e della richiesta di vedere dei risultati "politici". A nostro avviso dovrebbe essere prioritario disporre di una normativa organica all'interno di un quadro certo regionale su cui poi inserire gli atti deliberativi per rendere operativo quanto normato.

Risulta evidente che sia con A.Li.Sa. che con la ridefinizione delle ASL, con anche la nuova figura del direttore socio sanitario ma non solo, senza una rimodulazione organica dei distretti e delle ASL, si pone il presupposto per un disequilibrio dei costi a favore di ulteriori figure apicali in una indefinita struttura organizzativa dove, al di là del noto concorso per figure infermieristiche in corso di divenire, non certo panacea di tutti i mali, ci sono oggettive criticità nel valutare un reale bisogno di questa struttura apicale verticistica per applicare metodi e governo sanitario, nel caso in questione "socio sanitario", già di fatto sotto la regia delle ASL per leggi vigenti, benché non in forma ottimale sia chiaro. La cosiddetta "continuità assistenziale", come peraltro auspicata dal DM 70/2015, non risulta concretizzata con il disegno di legge oggetto della seduta odierna ma bensì appare più come un metodo per affermare la propria presenza al governo della salute regionale più che un effettivo bisogno della collettività e degli strumenti organizzativi ed attuativi necessari: in poche parole appare più come una operazione di marketing emulando la Lombardia ed il Veneto che guarda caso le uniche 2 regioni che hanno nella sigla ASL il comune denominatore di "socio sanitaria".

E discutibile è la separazione che nella definizione dell'articolo 1 comma 1 viene data alle ASL, sia perché in realtà con riporta le previsioni dello stesso schema di DPCM in corso di approvazione per i nuovi LEA, ma di fatto nemmeno il vigente. Per cui ci si domanda quale sia la ragione per inserire in un testo di legge regionale solo alcune aree di intervento in materia di politica sanitaria che dovrebbe attuare la regione, attraverso le ASL, sull'area di competenza. Così posto il testo espone la Regione a gap normativi ed in particolar modo di competenze assegnate dalla normativa statale, quantomeno fino a legislazione concorrente sulla materia ai sensi dell'articolo 117, titolo V, della nostra Carta Costituzionale.

Con l'istituzione del Direttore Socio - Sanitario, e presumibilmente una sua struttura di riferimento all'interno delle ASL, si afferma una divisione piuttosto netta tra "sanitario" comprensivo del "socio sanitario" piuttosto che il "sociale" dei Comuni che rimane per ora in capo agli stessi in un quadro dai contorni sfumati, dove pare che si sancisca un dualismo tra il "sanitario" di marcate competenza regionale ed il "sociale" più a appannaggio dei comuni. Ed è per questo che diventa complesso dare un giudizio sul merito al testo presentato poiché non prende in esame alcun intervento sulla normativa regionale nella sua completezza, in particolar modo la legge regionale 12/2006. Legge regionale che all'articolo 9 comma 1 riporta il concetto chiave di integrazione tra l'ambito sociale, in capo ai Comuni, e l'ambito socio sanitario, affermando che "Il Distretto Sociosanitario è la dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni sociali complesse o di secondo livello e le funzioni sociosanitarie". I confini del distretto socio sanitario coincidono con i confini del distretto sanitario, ma le aree di attività sono già integrate a prescindere dall'istituzione di nuove figure apicali, per le quali infatti è già operativo il Direttore Sociale e il Direttore del Distretto Sanitario, figure che non vengono rimodulate con l'introduzione del direttore socio sanitario. Al Direttore Sociale, che discende dal mandato della conferenza dei Sindaci con un Sindaco capofila di riferimento, congiuntamente al direttore di Distretto, ai sensi della citata legge regionale 12/2006, sono assegnati i compiti come previsto dall'articolo 3 sexies e septies del decreto legislativo 502/1992. Ne consegue una ridondanza non solo di

compiti, ma di figure apicali.

Ma non solo, rimane nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria scoperto il ruolo, o per meglio dire la ridefinizione dello stesso, delle provincie così come riportato dall'articolo 13 della legge regionale 12/2006 che non sembra recepire la contrazione di aree di competenza degli enti di area vasta, provincie, e la città metropolitana, nei compiti fondamentali ad essi assegnati rispettivamente all'articolo 1 comma 85 ed articolo 1 comma 44 della legge 56/2014 (cd. "Del Rio"). Ne consegue che il DDL 106 rimane incompleto nella sua volontà di ridefinire l'integrazione degli ambiti già citati.

Se gli intenti della Giunta sono quelli posti nei programmi e nei proclami più volte ascoltati, risultano ad oggi non pervenuti poiché incompleti, non organici come inizialmente indicato, e soprattutto di difficile giudizio poiché la qualità degli strumenti normativi si misura nel momento in cui vengono adottate scelte operative che qualificano lo stesso obiettivo. Il rischio concreto, ed A.Li.Sa. dal nostro punto di vista lo ha rappresentato, che tali misure siano incapaci di incidere realmente ma rappresentino meramente sovrastrutture costose e poco efficaci. Alcuni punti del DDL sono poco chiari: non vengono esplicitati i ruoli di alcuni attori e non vengono determinati i finanziamenti che dovrebbero consentire di affrontare la spesa. L'articolo 17 prevede una divisione netta tra area ospedaliera e territoriale, eppure nel quadro normativo nazionale non vi è una indicazione del genere, tantomeno non si evidenzia una frattura evidente tra questi 2 settori rispetto al passato, prendendo peraltro in considerazione lo schema di decreto del presidente del consiglio dei ministri discusso in Conferenza Unificata nel Settembre scorso, tantomeno sono intervenute altre norme che fornissero un indirizzo in questo senso.

Sia chiaro, nessuno obietta che si debbano potenziare i servizi territoriali, come fa cenno lo stesso DM 70/2015, ma la strada intrapresa da questa Giunta non appare essere legata al raggiungimento di questo scopo, quantomeno non direttamente. Risulta invece più evidente che nella nostra regione, l'integrazione socio sanitaria sia carente per mancanza di un intreccio funzionale tra il distretto sanitario ed i servizi sociali legati ai Comuni: anche in questo caso il ddl in esame non appare in grado di rispondere a questo bisogno, se non altro perché non incide sul lato dei Comuni ne tantomeno sulla legge regionale 12/2006 ed appare ancor più emblematico che non sia stato previsto un intervento su questo fronte. Rimangono aperte numerose criticità che il testo, e i successivi emendamenti della Giunta, non hanno saputo cogliere che vado ad illustrare di seguito.

Gli articoli 19 e 21, come riportato nel d.d.l. 106, vengono modificati prevedendo che il Direttore Generale dell'Azienda Socio-sanitaria nomini, oltre il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario, anche il Direttore dei servizi socio-sanitari.

Vediamo ora come si rapporta tale previsione con il d.lgs. n. 171 del 4 agosto 2016 attuativo della Legge Madia (L. n. 124/2015) nella parte disciplinante la materia della Dirigenza Sanitaria.

L'articolo 3 del d.lgs. 171/2016, nell'attribuire al Direttore Generale la competenza in materia di nomina dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari, specifica che il Direttore Generale dovrà scegliere il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari "attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei"

L'elenco è formato, previo avviso pubblico e selezione per titoli e colloqui, da un'apposita Commissione costituita senza creare nuovi o maggior oneri per la finanza pubblica.

La nuova lettera g) dell'articolo 1 c. 1 del d.d.l. n. 106, sostituendo l'articolo 23 della legge regionale 41/2006, rinvia a un futuro provvedimento della Giunta le modalità di costituzione della suddetta Commissione.

Ai sensi del d.lgs. 171/2016 (attuativo della Legge Madia), tale Commissione è composta da esperti di qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi, di comprovata professionalità e competenza nelle materie oggetto degli incarichi, di cui uno designato dalla

regione.

Sarebbe stato più plausibile che il d.d.l. n. 106 modificasse la l.r. 41/2006 definendo maggiormente i requisiti indispensabili per far parte della Commissione addetta alla formazione dell'elenco regionale. Ciò non è avvenuto lasciando questo aspetto disciplinato dalla forse troppo generica previsione del d.lgs. 171/2016.

Tale Commissione valuta i titoli formativi e professionali secondo specifici criteri che devono essere indicati nell'avviso pubblico.

Questi criteri, come emerge dal decreto legislativo, saranno individuati mediante Accordo in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome di Trento e Bolzano entro 120 giorni dall'entrata in vigore del d.lgs., ossia, entro il 18 febbraio 2017.

A quel punto tali criteri dovranno costituire oggetto dell'avviso pubblico sul base del quale verranno presentate le candidature; manca però un passaggio importante, nel d.lgs. nulla emerge sui termini entro cui dovrà essere costituita la Commissione.

Ciò poteva essere colmato da codesta Giunta stabilendo un termine di 30 giorni decorrente dal momento della determinazione dei criteri di valutazione delle candidature individuati mediante Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano; invece, il d.d.l. n. 106, nella nuova lett. g) dell'articolo 1 c.1, che sostituisce l'articolo 23 della legge regionale 7 dicembre n. 41/2006, si limita a rinviare a future delibere di Giunta circa la determinazione delle modalità di costituzione della Commissione senza indicarne i tempi.

Un tentativo di superare le conseguenze negative di un'eventuale mancata costituzione della Commissione (che individua gli idonei da inserire nell'elenco in quanto non spetta a lei scegliere il direttore amministrativo o sociosanitario ma al direttore generale in via del tutto discrezionale) emerge dall'articolo 5 del d.lgs. 171/2016, rubricato "disposizioni transitorie", il quale dispone che: qualora non sia stata costituita la Commissione, il Direttore Generale potrà attingere all'elenco formato dalle altre regioni. Tale previsione emerge anche dal nuovo articolo 1 comma 1 lett. g) del d.d.l. n. 106 che sostituisce l'articolo 23 della legge regionale 7 dicembre n. 41/2006.

L'articolo 5 del d.lgs. 171/2016, è però a nostro avviso connotato da illogicità e contraddittorietà, in quanto in esso si evince, al primo periodo, che fino alla costituzione degli elenchi regionali si applica la normativa vigente al momento dell'entrata in vigore del presente decreto (per quanto riguarda le modalità di conferimento degli incarichi dirigenziali) mentre, al periodo successivo, che qualora non sia stato costituito l'elenco regionale il direttore generale attinge dagli elenchi delle altre regioni. Delle due previsione o si da attuazione alla prima ovvero alla seconda. Inserire entrambe nella disposizione transitoria è illogico sotto ogni profilo.

Il d.d.l. n. 106, invece, prevede la possibilità di attingere agli elenchi delle altre regioni (articolo 1 comma 1 lett. g), salvo poi, nella disposizione transitoria, affermare che il direttore sociosanitario è scelto tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui al comma 1 dell'articolo 22 della l.r. n. 41/2006.

Nonostante la presente formulazione non sia, come nel caso precedente connotata da illogicità, tale soluzione desta ugualmente alcune perplessità.

La previsione dell'articolo 23 permette al Direttore Generale di attingere agli elenchi regionali delle altre Regioni in via del tutto discrezionale. Qualora ciò accadesse, ovvero, si attingesse da un elenco regionale della Lombardia piuttosto che del Veneto, con tutta probabilità si andrebbe ad individuare un Direttore Socio-Sanitario che non conosce a fondo le caratteristiche e le peculiarità dei nostri territori.

Tale previsione sarebbe in contrasto con l'annunciata volontà di valorizzare l'anima territoriale dell'Azienda Socio-sanitari in quanto si andrebbe ad individuare un Direttore Socio-Sanitario che, senza

colpe a lui imputabili, non può conoscere per forza di cose le problematiche che insistono nei distretti, presidi ospedalieri o dipartimenti della Liguria.

Poi, a voler guardare oltre, ci si dovrebbe domandare, qualora si volesse necessariamente attingere da un elenco di altra Regione, sulla base di quale criterio scegliere l'elenco da cui attingere? E una decisione simile non dovrebbe essere adeguatamente motivata? Vale a dire la decisione di attingere da un elenco regionale diverso da quello della Liguria. Con il d.d.l. 106 ci si sarebbe dovuti porre tali domande e darne una soluzione a livello normativo. La strada percorsa è stata, invece, quella di trasportare il d.lgs. 171/2016, caratterizzato da evidenti lacune, nella normativa regionale senza risolvere tali questioni dirimenti.

Non pare quindi sufficiente il rimando nel d.d.l. n. 106, ai criteri previsti nell'articolo 22 comma 1 della legge regionale 41/2006 - che a sua volta richiama il decreto legislativo n. 502/1992 - in quanto, quest'ultimo, non prevede la figura del "direttore socio sanitario", né, tantomeno, il decreto legislativo n. 39/2013 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico", disciplina la figura del direttore socio sanitario.

Rimando che è previsto nell'articolo 3 del d.d.l. n. 106, "diposizione transitoria", (che rispecchia il primo periodo dell'articolo 5 del d.lgs. 171/2016), ove è disposto che "sino alla costituzione degli elenchi di cui all'articolo 23 comma 1 della l.r. 41/2006, i direttori generali nominano il direttore socio sanitario, previo avviso pubblico, tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 22 comma 1 della l.r. 41/2006."

Non convince inoltre la modifica dell'articolo 37 comma 4° della l.r. 41/2006 laddove prevede che il direttore dei servizi socio-sanitari può essere chiamato a sostituire il dirigente medico responsabile di struttura complessa.

Infatti non si comprende come il direttore Socio-sanitario possa essere responsabile contemporaneamente di più presidi ospedalieri; sarebbe stato auspicabile lasciare la responsabilità in capo al dirigente medico che, a nostro avviso, ha una maggior contezza delle condizioni igienico - organizzative della struttura in cui presta la propria attività.

La lettera p) dell'articolo 1 comma 1 del d.d.l. n. 106, abroga il comma 3 dell'articolo 41 della l.r. 41/2006: "Il direttore di dipartimento non può superare i sessantasette anni di età. Tale disposizione si applica anche nei confronti del personale universitario limitatamente all'incarico di cui al presente articolo".

Non si comprende quale possa essere la finalità di un previsione simile.

Probabilmente la Giunta saprà fornirci chiarimenti ed, anzi, invitiamo la Giunta a illustrarci le ragioni di fondo di tale innovazione legislativa.

L'articolo 2 del d.d.l. n. 106 apporta modifiche alla legge n. 17/2016 ovvero su A.Li.Sa.

Sono organi dell'Azienda:

- 1. Il direttore Generale;*
- 2. Il Collegio Sindacale;*
- 3. Il Collegio di Direzione (che in precedenza non era stato previsto e che ora, in attuazione della legge regionale 41/2006 - articolo 21 - , è stato individuato).*

In conclusione appare evidente che in questo Consiglio viene chiesto di esprimere un giudizio su un "contenitore" giudicato dalla Giunta come necessario, ma non viene chiarito cosa esattamente deve contenere, come deve funzionare e quali obiettivi si deve porre, e pertanto non giudicabile alla stregua di venir posta nelle mani una scatola con la domanda se tale scatola è sufficiente.

Non conoscendo il contenuto che vi si vuole riporre la risposta non può essere formulata.

Attraverso la Legge regionale 17/2016 veniva dato vita ad A.Li.Sa., che prevedeva una struttura apicale con in primis il Direttore Generale, il quale procede a nomina e revoca delle figure di Direttore sanitario, del Direttore amministrativo e del Direttore sociosanitario.

Con questo primo disegno di legge, sul quale ci siamo espressi negativamente nella sua generalità per le ragioni già dibattute in sede di votazione, viene avviato il percorso di questa Giunta per, stante la propria visione politica, rimodellare la sanità ligure e dare vita ad una maggiore integrazione con l'area sanitaria più "territoriale". Ed in questa ottica si inquadra il D.D.L. oggetto di questa discussione che si pone l'obiettivo di

mettere in fila una serie di interventi organizzativi strutturali tra cui, nella ridefinizione delle stesse ASL, si torna ad introdurre una nuova ulteriore figura apicale quale il Direttore Socio Sanitario.

È bene allora fare un passo indietro e comprendere, come viene peraltro citato nella relazione illustrativa della Giunta al presente provvedimento, quali siano gli orientamenti di politica sanitaria nazionale in merito alla ripartizione delle prestazioni tra "sanità territoriale" rispetto alla "sanità ospedaliera".

Il 7 Settembre scorso presso la Conferenza Unificata Stato-Regione, con il benessere delle regioni rappresentate, è stato espresso il via libera al nuovo schema DPCM (decreto presidente consiglio ministri) che andrà ad aggiornare, con importanti novità, il DPCM del Novembre 2001 - ora vigente - che disciplina, regola e inquadra nei DRG, il sistema Diagnosis-Related Group (DRG), in italiano Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (ROD) che permette di classificare e raggruppare la casistica ospedaliera e non solo, in gruppi omogenei dal punto di vista delle risorse assistenziali assorbite e quindi dei costi di produzione, le prestazioni erogate dal Sistema Sanitario Nazionale ovvero i ben noti LEA (livelli essenziali di assistenza) che sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket)

Risulta importante su questo versante il parere che le Regioni hanno espresso in sede di Conferenza per la parte economica, per quanto attiene la sostenibilità economico - finanziaria, nel prendere atto che all'articolo 1 dello schema di intesa viene richiamata l'intesa Stato - Regioni dell'11 febbraio 2016, la Conferenza ha rilevato la necessità che nel testo vengano richiamate le risorse quantificate in € 113.063 milioni di euro per l'anno 2017 e 114.998 milioni di euro per l'anno 2018 e confermate nella prossima Legge di Bilancio per l'anno 2017.

È bene inoltre ricordare che le regioni possono, con risorse proprie, garantire prestazioni ulteriori a quanto previsto dai LEA che rappresentano come da definizione il livello minimo assistenziale.

Con il via libera il lungo percorso per la messa in campo dei nuovi Lea ha superato un passaggio. Resta però da definire il capitolo delle risorse come segnalato nella stessa Conferenza Stato Regioni ed il fatto che i due miliardi in più per i Lea siano previsti nel DEF, come dichiarato dal ministro Lorenzin, non è certamente una garanzia di risultato certo.

Tornando agli attuali LEA, come da DPCM 29 Novembre 2001, sono organizzati in tre grandi aree:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale)*
- l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche)*
- l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via.*

Ed entrando nello specifico campo dell'assistenza sanitaria territoriale, già oggi questi sono classificati nel DPCM vigente e relativi allegati, in particolare nell'Allegato 1, come Assistenza Distrettuale, distinta dagli altri insiemi precedentemente citati. È quindi già configurata una separazione delle prestazioni sanitarie tra "territorio" e "ospedale", non solo, sempre in Allegato 1, al punto "1.C Integrazione Socio Sanitaria", abbiamo l'elenco delle prestazioni previste per questa fattispecie.

L'elenco delle prestazioni discende dal decreto legislativo 502/1992 e dall'articolo 3 - Septies ai commi 1 e 2 "

- 1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.*
- 2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono: a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in*

stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Veniamo ora al nuovo schema di DPCM con il quale verranno rivisti ed aggiornati i LEA sempre in riferimento del quadro normativo nazionale, ovvero il decreto legislativo 502/1992 e la legge 833 del 1978, che all'articolo 1 ribadisce la macroscopica suddivisione delle aree di intervento quali a) la prevenzione collettiva e sanità pubblica b) l'assistenza distrettuale c) l'assistenza ospedaliera.

Ed entrando nello specifico gli ambiti di intervento per l'area di assistenza distrettuale sono a livello macroscopico le medesime dell'Allegato 1 del DPCM vigente ovvero come elencate al Capo 3 – Articolo 3 – Aree di Attività di Assistenza distrettuale:

- a. assistenza sanitaria di base*
- b. emergenza sanitaria territoriale*
- c. assistenza farmaceutica*
- d. assistenza integrativa*
- e. assistenza specialistica ambulatoriale*
- f. assistenza protesica*
- g. assistenza termale*
- h. assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale*
- i. assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale*

Andando oltre, ed entrando nel merito specifico della componente “sociosanitaria” che peraltro diverrebbe stante la proposta della Giunta la componente nominale della stessa sigla ASL, non più “sanitaria” ma “sociosanitaria”, viene normata con particolare riguardo per i punti precedentemente citati h) oltre che i) al Capo IV “Assistenza Sociosanitaria” dove pur con più ampio riferimento al trattamento domiciliare del paziente, quale linea di indirizzo, si deve registrare un approccio certamente più chiaro nel testo stesso, contrariamente all'attuale versione del DPCM decisamente più schematica, ma sostanzialmente identica.

Questa è una constatazione di fatto supportata dalla stessa relazione illustrativa del nuovo schema del DPCM che dice testualmente “Lo schema di provvedimento, dunque, non introduce nessun ampliamento sostanziale dei Lea ma si limita a descrivere con maggiore dettaglio e precisione prestazioni ed attività già oggi incluse nei livelli. Per l'area socio-sanitaria, in particolare, si è ritenuto necessario individuare e descrivere le diverse tipologie di assistenza caratterizzate da diversi livelli di complessità ed impegno assistenziale.” Non si tratta quindi di una opinione ma della natura stessa del provvedimento.

Ne consegue quindi che la necessità di adattare la normativa regionale in materia diventa questione assai discutibile se di fatto i servizi da fornire ieri sono sostanzialmente, in materia socio sanitaria, i medesimi di quelli da fornire oggi, o per meglio dire prossimamente quando il nuovo schema di DPCM sarà in fase pienamente attuativa. Discutibile perché non si comprende la necessità di riformulare i compiti delle ASL che sono già indirizzati dalla normativa nazionale in materia e non si comprende perché tali non siano interventi al più nel carattere meramente organizzativo interno.

Andando a osservare inoltre il decreto ministeriale 70/2015 che fissa gli standard ospedalieri, di cui è il principale oggetto dello stesso decreto, al capitolo 10 viene fatto cenno alla “Continuità Ospedale – Territorio” e, nella fattispecie un passaggio interessante è il seguente “L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Relativamente ai primi, e' evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza. Al riguardo va promosso il collegamento dell'ospedale ad una centrale della continuità o altra strutture equivalente posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero, nonché la promozione della medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità, così come previsto dal nuovo patto per la salute 2014-2016.”

Sempre il DM 70 oltre a ribadire che le regioni debbono concludere lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica attraverso l'attivazione degli hospice, riporta la centralità del ruolo del Medico di Medicina Generale, cito testualmente “Le iniziative di continuità ospedale territorio possono, pertanto, identificarsi nei programmi di dimissione protetta e/o assistita, in particolare per i pazienti che richiedono

continuità di cura in fase post acuta, nelle disponibilità di strutture intermedie con varie funzioni, nei servizi di gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, nei centri di comunità/poliambulatori, nelle strutture di ricovero nel territorio gestite dai Medici di Medicina Generale (MMG)."

In nessun passaggio fra questi vi è indicazione alcuna o un nesso causa effetto per una revisione delle stesse ASL anche perché già esse possono e debbono adempiere al ruolo, con certamente degli interventi di regolamentazione e riorganizzazione, tranne necessariamente ulteriori sovrastrutture e ruoli apicali come il DDL pone quale obiettivo.

Arriviamo ora ad alcune considerazioni ulteriori di metodo. Il DDL in oggetto inizia, o prosegue, senza alcun confronto preventivo con le organizzazioni sindacali di riferimento, riconosciute come soggetti portatori di interesse nel conosciuto "libro bianco. La stessa Giunta in tempi non sospetti aveva paventato un testo unico di riorganizzazione dell'intero sistema sanitario regionale mentre con il passare dei mesi si è arrivati ad una serie di interventi legislativi, in primis la nascita di ALISA, che cozzano in maniera evidente con un piano organico e strutturato dei lavori, al contrario, sembra più un processo a step che naviga a vista in funzione delle reazioni provocate e della richiesta di vedere dei risultati "politici". A nostro avviso dovrebbe essere prioritario disporre di una normativa organica all'interno di un quadro certo regionale su cui poi inserire gli atti deliberativi per rendere operativo quanto normato.

Risulta evidente che sia con A.Li.Sa. che con la ridefinizione delle ASL, con anche la nuova figura del direttore socio sanitario ma non solo, senza una rimodulazione organica dei distretti e delle ASL, si pone il presupposto per un disequilibrio dei costi a favore di ulteriori figure apicali in una indefinita struttura organizzativa dove, al di là del noto concorso per figure infermieristiche in corso di divenire, non certo panacea di tutti i mali, ci sono oggettive criticità nel valutare un reale bisogno di questa struttura apicale verticistica per applicare metodi e governo sanitario, nel caso in questione "socio sanitario", già di fatto sotto la regia delle ASL per leggi vigenti, benché non in forma ottimale sia chiaro. La cosiddetta "continuità assistenziale", come peraltro auspicata dal DM 70/2015, non risulta concretizzata con il disegno di legge oggetto della seduta odierna ma bensì appare più come un metodo per affermare la propria presenza al governo della salute regionale più che un effettivo bisogno della collettività e degli strumenti organizzativi ed attuativi necessari: in poche parole appare più come una operazione di marketing emulando la Lombardia ed il Veneto che guarda caso le uniche 2 regioni che hanno nella sigla ASL il comune denominatore di "socio sanitaria".

E discutibile è la separazione che nella definizione dell'articolo 1 comma 1 viene data alle ASL, sia perché in realtà con riporta le previsioni dello stesso schema di DPCM in corso di approvazione per i nuovi LEA, ma di fatto nemmeno il vigente. Per cui ci si domanda quale sia la ragione per inserire in un testo di legge regionale solo alcune aree di intervento in materia di politica sanitaria che dovrebbe attuare la regione, attraverso le ASL, sull'area di competenza. Così posto il testo espone la Regione a gap normativi ed in particolar modo di competenze assegnate dalla normativa statale, quantomeno fino a legislazione concorrente sulla materia ai sensi dell'articolo 117, titolo V, della nostra Carta Costituzionale.

Con l'istituzione del Direttore Socio – Sanitario, e presumibilmente una sua struttura di riferimento all'interno delle ASL, si afferma una divisione piuttosto netta tra "sanitario" comprensivo del "socio sanitario" piuttosto che il "sociale" dei Comuni che rimane per ora in capo agli stessi in un quadro dai contorni sfumati, dove pare che si sancisca un dualismo tra il "sanitario" di marcate competenza regionale ed il "sociale" più a appannaggio dei comuni. Ed è per questo che diventa complesso dare un giudizio sul merito al testo presentato poiché non prende in esame alcun intervento sulla normativa regionale nella sua completezza, in particolar modo la legge regionale 12/2006. Legge regionale che all'articolo 9 comma 1 riporta il concetto chiave di integrazione tra l'ambito sociale, in capo ai Comuni, e l'ambito socio sanitario, affermando che "Il Distretto Sociosanitario è la dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni sociali complesse o di secondo livello e le funzioni sociosanitarie". I confini del distretto socio sanitario coincidono con i confini del distretto sanitario, ma le aree di attività sono già integrate a prescindere dall'istituzione di nuove figure apicali, per le quali infatti è già operativo il Direttore Sociale e il Direttore del Distretto Sanitario, figure che non vengono rimodulate con l'introduzione del direttore socio sanitario. Al Direttore Sociale, che discende dal mandato della conferenza dei Sindaci con un Sindaco capofila di riferimento, congiuntamente al direttore di Distretto, ai sensi della citata legge regionale 12/2006, sono assegnati i compiti come previsto dall'articolo 3 sexies e septies del decreto legislativo 502/1992. Ne consegue una ridondanza non solo di compiti, ma di figure apicali.

Ma non solo, rimane nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria scoperto il ruolo, o per meglio dire la ridefinizione dello stesso, delle provincie così come riportato dall'articolo 13 della legge regionale 12/2006 che non sembra recepire la contrazione di aree di competenza degli enti di area vasta, provincie, e la città metropolitana, nei compiti fondamentali ad essi assegnati rispettivamente all'articolo 1 comma 85 ed articolo 1 comma 44 della legge 56/2014 (cd. "Del Rio"). Ne consegue che il DDL 106 rimane incompleto nella sua volontà di ridefinire l'integrazione degli ambiti già citati.

Se gli intenti della Giunta sono quelli posti nei programmi e nei proclami più volte ascoltati, risultano ad oggi non pervenuti poiché incompleti, non organici come inizialmente indicato, e soprattutto di difficile giudizio poiché la qualità degli strumenti normativi si misura nel momento in cui vengono adottate scelte operative che qualificano lo stesso obiettivo. Il rischio concreto, ed A.Li.Sa. dal nostro punto di visto lo ha rappresentato, che tali misure siano incapaci di incidere realmente ma rappresentino meramente sovrastrutture costose e poco efficaci. Alcuni punti del DDL sono poco chiari: non vengono esplicitati i ruoli di alcuni attori e non vengono determinati i finanziamenti che dovrebbero consentire di affrontare la spesa. L'articolo 17 prevede una divisione netta tra area ospedaliera e territoriale, eppure nel quadro normativo nazionale non vi è una indicazione del genere, tantomeno non si evidenzia una frattura evidente tra questi 2 settori rispetto al passato, prendendo peraltro in considerazione lo schema di decreto del presidente del consiglio dei ministri discusso in Conferenza Unificata nel Settembre scorso, tantomeno sono intervenute altre norme che fornissero un indirizzo in questo senso.

Sia chiaro, nessuno obietta che si debbano potenziare i servizi territoriali, come fa cenno lo stesso DM 70/2015, ma la strada intrapresa da questa Giunta non appare essere legata al raggiungimento di questo scopo, quantomeno non direttamente. Risulta invece più evidente che nella nostra regione, l'integrazione socio sanitaria sia carente per mancanza di un intreccio funzionale tra il distretto sanitario ed i servizi sociali legati ai Comuni: anche in questo caso il ddl in esame non appare in grado di rispondere a questo bisogno, se non altro perché non incide sul lato dei Comuni ne tantomeno sulla legge regionale 12/2006 ed appare ancor più emblematico che non sia stato previsto un intervento su questo fronte.

Rimangono aperte numerose criticità che il testo, e i successivi emendamenti della Giunta, non hanno saputo cogliere che vado ad illustrare di seguito.

Gli articoli 19 e 21, come riportato nel d.d.l. 106, vengono modificati prevedendo che il Direttore Generale dell'Azienda Socio-sanitaria nomini, oltre il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario, anche il Direttore dei servizi socio-sanitari.

Vediamo ora come si rapporta tale previsione con il d.lgs. n. 171 del 4 agosto 2016 attuativo della Legge Madia (L. n. 124/2015) nella parte disciplinante la materia della Dirigenza Sanitaria.

L'articolo 3 del d.lgs. 171/2016, nell'attribuire al Direttore Generale la competenza in materia di nomina dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari, specifica che il Direttore Generale dovrà scegliere il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari "attingendo OBBLIGATORIAMENTE agli elenchi regionali di idonei"

L'elenco è formato, previo avviso pubblico e selezione per titoli e colloqui, da un'apposita Commissione costituita senza creare nuovi o maggior oneri per la finanza pubblica.

La nuova lettera g) dell'articolo 1 c. 1 del d.d.l. n. 106, sostituendo l'articolo 23 della legge regionale 41/2006, rinvia a un futuro provvedimento della Giunta le modalità di costituzione della suddetta Commissione.

Ai sensi del d.lgs. 171/2016 (attuativo della Legge Madia), tale Commissione è composta da esperti di qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi, di comprovata professionalità e competenza nelle materie oggetto degli incarichi, di cui uno designato dalla regione.

Sarebbe stato più plausibile che il d.d.l. n. 106 modificasse la l.r. 41/2006 definendo maggiormente i requisiti indispensabili per far parte della Commissione addetta alla formazione dell'elenco regionale. Ciò non è avvenuto lasciando questo aspetto disciplinato dalla forse troppo generica previsione del d.lgs. 171/2016.

Tale Commissione valuta i titoli formativi e professionali secondo specifici criteri che devono essere indicati nell'avviso pubblico.

Questi criteri, come emerge dal decreto legislativo, saranno individuati mediante Accordo in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome di Trento e Bolzano entro 120 giorni dall'entrata in vigore del d.lgs., ossia, entro il 18 febbraio 2017.

A quel punto tali criteri dovranno costituire oggetto dell'avviso pubblico sul base del quale verranno presentate

le candidature; manca però un passaggio importante, nel d.lgs. nulla emerge sui termini entro cui dovrà essere costituita la Commissione.

Ciò poteva essere colmato da codesta Giunta stabilendo un termine di 30 giorni decorrente dal momento della determinazione dei criteri di valutazione delle candidature individuati mediante Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano; invece, il d.d.l. n. 106, nella nuova lett. g) dell'articolo 1 c.1, che sostituisce l'articolo 23 della legge regionale 7 dicembre n. 41/2006, si limita a rinviare a future delibere di Giunta circa la determinazione delle modalità di costituzione della Commissione senza indicarne i tempi.

Un tentativo di superare le conseguenze negative di un'eventuale mancata costituzione della Commissione (che individua gli idonei da inserire nell'elenco in quanto non spetta a lei scegliere il direttore amministrativo o socio-sanitario ma al direttore generale in via del tutto discrezionale) emerge dall'articolo 5 del d.lgs. 171/2016, rubricato "disposizioni transitorie", il quale dispone che: qualora non sia stata costituita la Commissione, il Direttore Generale potrà attingere all'elenco formato dalle altre regioni. Tale previsione emerge anche dal nuovo articolo 1 comma 1 lett. g) del d.d.l. n. 106 che sostituisce l'articolo 23 della legge regionale 7 dicembre n. 41/2006.

L'articolo 5 del d.lgs. 171/2016, è però a nostro avviso connotato da illogicità e contraddittorietà, in quanto in esso si evince, al primo periodo, che fino alla costituzione degli elenchi regionali si applica la normativa vigente al momento dell'entrata in vigore del presente decreto (per quanto riguarda le modalità di conferimento degli incarichi dirigenziali) mentre, al periodo successivo, che qualora non sia stato costituito l'elenco regionale il direttore generale attinge dagli elenchi delle altre regioni. Delle due previsione o si da attuazione alla prima ovvero alla seconda. Inserire entrambe nella disposizione transitoria è illogico sotto ogni profilo.

Il d.d.l. n. 106, invece, prevede la possibilità di attingere agli elenchi delle altre regioni (articolo 1 comma 1 lett. g), salvo poi, nella disposizione transitoria, affermare che il direttore socio-sanitario è scelto tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui al comma 1 dell'articolo 22 della l.r. n. 41/2006.

Nonostante la presente formulazione non sia, come nel caso precedente connotata da illogicità, tale soluzione desta ugualmente alcune perplessità.

La previsione dell'articolo 23 permette al Direttore Generale di attingere agli elenchi regionali delle altre Regioni in via del tutto discrezionale. Qualora ciò accadesse, ovvero, si attingesse da un elenco regionale della Lombardia piuttosto che del Veneto, con tutta probabilità si andrebbe ad individuare un Direttore Socio-Sanitario che non conosce a fondo le caratteristiche e le peculiarità dei nostri territori.

Tale previsione sarebbe in contrasto con l'annunciata volontà di valorizzare l'anima territoriale dell'Azienda Socio-sanitari in quanto si andrebbe ad individuare un Direttore Socio-Sanitario che, senza colpe a lui imputabili, non può conoscere per forza di cose le problematiche che insistono nei distretti, presidi ospedalieri o dipartimenti della Liguria.

Poi, a voler guardare oltre, ci si dovrebbe domandare, qualora si volesse necessariamente attingere da un elenco di altra Regione, sulla base di quale criterio scegliere l'elenco da cui attingere? E una decisione simile non dovrebbe essere adeguatamente motivata? Vale a dire la decisione di attingere da un elenco regionale diverso da quello della Liguria. Con il d.d.l. 106 ci si sarebbe dovuti porre tali domande e darne una soluzione a livello normativo. La strada percorsa è stata, invece, quella di trasportare il d.lgs. 171/2016, caratterizzato da evidenti lacune, nella normativa regionale senza risolvere tali questioni dirimenti.

Non pare quindi sufficiente il rimando nel d.d.l. n. 106, ai criteri previsti nell'articolo 22 comma 1 della legge regionale 41/2006 - che a sua volta richiama il decreto legislativo n. 502/1992 - in quanto, quest'ultimo, non prevede la figura del "direttore socio sanitario", né, tantomeno, il decreto legislativo n. 39/2013 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico", disciplina la figura del direttore socio sanitario.

Rimando che è previsto nell'articolo 3 del d.d.l. n. 106, "disposizione transitoria", (che rispecchia il primo periodo dell'articolo 5 del d.lgs. 171/2016), ove è disposto che "sino alla costituzione degli elenchi di cui all'articolo 23 comma 1 della l.r. 41/2006, i direttori generali nominano il direttore socio sanitario, previo avviso pubblico, tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 22 comma 1 della l.r. 41/2006."

Non convince inoltre la modifica dell'articolo 37 comma 4° della l.r. 41/2006 laddove prevede che il direttore dei servizi socio-sanitari può essere chiamato a sostituire il dirigente medico responsabile di struttura complessa.

Infatti non si comprende come il direttore Socio-sanitario possa essere responsabile contemporaneamente di più presidi ospedalieri; sarebbe stato auspicabile lasciare la responsabilità in capo al dirigente medico che, a

nostro avviso, ha una maggior contezza delle condizioni igienico-organizzative della struttura in cui presta la propria attività.

La lettera p) dell'articolo 1 comma 1 del d.d.l. n. 106, abroga il comma 3 dell'articolo 41 della l.r. 41/2006: "Il direttore di dipartimento non può superare i sessantasette anni di età. Tale disposizione si applica anche nei confronti del personale universitario limitatamente all'incarico di cui al presente articolo".

Non si comprende quale possa essere la finalità di un'previsione simile.

Probabilmente la Giunta saprà fornirci chiarimenti ed, anzi, invitiamo la Giunta a illustrarci le ragioni di fondo di tale innovazione legislativa.

L'articolo 2 del d.d.l. n. 106 apporta modifiche alla legge n. 17/2016 ovvero su A.Li.Sa.

Sono organi dell'Azienda:

1. Il direttore Generale;
2. Il Collegio Sindacale;
3. Il Collegio di Direzione (che in precedenza non era stato previsto e che ora, in attuazione della legge regionale 41/2006 - articolo 21 -, è stato individuato).

In conclusione appare evidente che in questo Consiglio viene chiesto di esprimere un giudizio su un "contenitore" giudicato dalla Giunta come necessario, ma non viene chiarito cosa esattamente deve contenere, come deve funzionare e quali obiettivi si deve porre, e pertanto non giudicabile alla stregua di venir posta nelle mani una scatola con la domanda se tale scatola è sufficiente.

Non conoscendo il contenuto che vi si vuole riporre la risposta non può essere formulata.

Relazione di minoranza (Consigliere Pastorino G.B.)

Con il presente disegno di legge, ci troviamo di fronte al 2° atto della riforma del Servizio Sanitario regionale. Il 1° è stato quello della creazione di A.Li.Sa., la nuova azienda sanitaria che, sovrapposta alle cinque già esistenti, secondo la Giunta, dovrebbe assicurare la governance del Servizio Sanitario regionale.

Il 3° atto, ci è stato ripetutamente detto, dovrebbe riguardare un riordino normativo del complesso delle leggi che governano la sanità in Liguria, attraverso la definizione di un vero e proprio testo unico delle leggi sanitarie.

Appare difficile valutare il ddl 106, se non in un quadro programmatico di cui si immaginano l'inizio e la fine, ma che in realtà non è stato sufficientemente illustrato dall'assessorato.

Analoghe perplessità e critiche, che sono emerse a più riprese durante le audizioni.

In cui si è evidenziato, anche da parte dei soggetti apparentemente concordi, la difficile comprensione finale della riforma.

Relazione di minoranza (Consigliere Rossetti S.)

L'impostazione delle modifiche alla legge 41 Riordino del Servizio Sanitario Regionale proposta dalla Giunta Regionale è la conferma di una strategia politica prima che tecnico-organizzativa che parte evidentemente dalla necessità di dover portare cambiamenti al Sistema Sanitario Regionale senza poter agire in modo chiaro e diretto sui punti strategici che da tempo sono all'attenzione di tutti e che, se non affrontati, non consentiranno di rendere il sistema più efficiente e più efficace: prevenire e curare di più e meglio, incrementare i servizi, sostenere i costi in aumento per tecnologie e per farmaci spendendo meglio e riorganizzando le risorse in essere perché siano sempre più rispondenti al quadro epidemiologico regionale. Siamo consapevoli che le risorse non aumenteranno in misura adeguata e quindi di conseguenza non possono essere mantenuti gli stessi standard organizzativi e prestazionali.

Le modifiche alla legge di riordino del SSR sono coerenti con la nascita della nuova azienda sanitaria regionale - Alisa.

Avete creato un nuovo ente per rendere più forte il governo centrale regionale sui servizi, sia nella

programmazione che nell'erogazione, sul modello del Veneto dell' "Azienda zero".

Le cinque ASL diventano soggetto erogante mentre Alisa pianifica, autorizza, accredita, controlla, compra beni e servizi.

La prima criticità è nel metodo. La Regione Veneto con la nascita dell' "Azienda zero" ha ridotto le ASL da ventuno a nove che, sommate alle tre aziende autonome portano a dodici aziende per 5 milioni di abitanti. Oggi la Liguria crea Alisa, ma non riduce le proprie aziende, in totale dodici (ospedali, IRCCS, ASL) per poco più di 1,5 milioni di abitanti.

E' evidente che per gli esigui numeri di voti in Consiglio, per una debole spinta politica al cambiamento e per i bilanciamenti tra i territori e le stesse forze politiche della maggioranza, non avete potuto rendere esplicito il percorso come hanno fatto i vostri colleghi veneti. Avete preteso una strada non diretta, piena di curve e irta di pericoli perché semplificare la governance aumenta i posti di comando, rende più tortuosa la via della semplificazione, del risparmio e dell'efficienza e della efficacia dei servizi.

Un esempio? Dopo che i Sindaci e le ASL avranno concluso gli iter autorizzativi e di accreditamento delle strutture pubbliche private, interverrà Alisa che dovrà suggerire il parere conclusivo. Tempi più lunghi per le aziende, ritardo di apertura dei nuovi servizi, doppioni di commissioni e di professionisti, aumento dei costi.

Abbiamo denunciato che in questo processo di accentramento dei poteri vengono escluse le comunità territoriali che, ai sensi del SSN, sono rappresentate dai Sindaci.

In Alisa non è prevista la Conferenza dei Sindaci; oggi proponete di togliere la funzione di programmazione dei Distretti Sanitari svuotando di fatto la Conferenza dei Sindaci di Distretto.

Da qui l'eliminazione all'articolo 32 della 41/2006 sulla competenza dei distretti sanitari a programmare. Infatti avete abolito il comma d) che recita che i distretti sanitari programmano le attività da svolgere sulla base delle risorse attribuite.

Senza la vision dei Comuni, da Via Fieschi, prossima sede del Dipartimento della Sanità e di Alisa, sarà molto difficile cogliere le differenze tra un territorio e l'altro della nostra regione, cogliere le reali possibilità economiche, organizzative, professionali tra ASL e Comuni di ciascun distretto.

Nella presentazione alla legge avete scritto "enfaticamente il ruolo del distretto, quale sede privilegiata di coordinamento e di integrazione delle attività e delle prestazioni sanitarie con l'offerta assistenziali dei Comuni". Fateci capire dove ASL, distretto e Comuni programmano, affinano i loro linguaggi, condividono i bisogni della gente, le risorse economiche, professionali, strutturali, se il distretto non è più sede di programmazione?

Insomma apparentemente rimangono le ASL, i Comuni, i processi partecipativi essenziali per la continuità assistenziale delle persone, dall'ospedale alla domiciliarità, dalla sanità al sociale. Di fatto un unico centro di governo, di potere regionale, che si chiude nel rapporto autoreferenziale Giunta-Alisa.

Siamo perplessi sulla divisione delle ASL in "area territoriale" e "area ospedaliera", così come l'avete descritta nella presentazione della legge "area ospedaliera è prevalentemente dedicata al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede di offerta sanitaria specialistica, l'area territoriale realizza e favorisce l'integrazione delle funzioni sanitarie e socio sanitarie". Non troviamo chiarezza su alcuni temi delicati e fondamentali che riguardano la continuità della presa in carico del paziente, le dimissioni protette dall'ospedale, la collaborazione tra servizi pubblici e privati e medicina generale e pediatri di libera scelta. Le norme proposte sono tutte tese ai processi decisionali di vertice, mai si occupano delle politiche di integrazione tra sistemi.

Analogamente proponete il cambio di nome delle ASL che diventano ASSL e ancora un volta aumentate i punti decisionali della rete - i Direttori Socio sanitari - senza fare alcuna proposta di merito su

come e cosa fare per rendere più forte il processo di integrazione tra sanità e socio sanitario.

Dopo un anno e mezzo di governo non abbiamo né in Aula né in Commissione avuto notizia di nuove sperimentazioni sugli accessi integrati, sulla modalità per sostenere l'integrazione dell'intervento dal domicilio alla specializzazione, dal ricovero alle dimissioni protette fino al ritorno a domicilio della cronicità. Non abbiamo avuto notizie di come accompagnare il processo dichiarato di voler rinforzare le politiche del territorio con adeguate risorse economiche.

L'integrazione spesso non funziona perché sono sature le strutture territoriali socio sanitarie a prevalenza sanitarie, perché mancano posti e strutture di bassa intensità, mancano servizi semiresidenziali, manca un'adeguata assistenza domiciliare. Ben venga un direttore socio sanitario, ma se non avrà benzina e olio per far girare la macchina rappresenterà un costo certo senza strumenti per dare più servizi alla popolazione.

Perché diciamo che avete scelto un strada stretta e piena di curve? Perché sappiamo tutti che senza un riordino efficace delle risorse, dei presidi, delle strutture rimarrà intatta la spesa ospedaliera che da sempre ha impedito di sviluppare in modo adeguato le risposte socio sanitarie, del territorio e sulla cronicità.

Pongo infine l'attenzione sull'articolo 40 bis che introduce il "Dipartimento Interaziendale".

Nulla di nuovo sotto al sole. Ad esempio, solo per l'area metropolitana, ricordo che funzionò molto bene il Dipartimento aree delle cure geriatriche ASL 3 Galliera. Esistono già quello di patologia clinica tra ASL 3 e Ospedale Evangelico, tra l'IRCCS San Martino Ist e Galliera e Gaslini per la specialità maxillofacciali e quello di genetica Galliera Gaslini.

Il tema vero dei Dipartimenti Interaziendali non è la loro esistenza, ma a quale scopo e con quali modalità saranno costituiti e quindi come saranno regolamentati.

Noi non diamo ascolto a chi, in modo malevolo, ritiene che tali strutture interaziendali siano un escamotage per evitare l'applicazione dei vincoli del decreto Balduzzi, che impone di ragionare sui bacini d'utenza e quindi per bisogni epidemiologici e non per logiche legate alla storia dell'offerta sanitaria e agli equilibri politico professionali e territoriali. Sarebbe una scelta scellerata che nel medio periodo disallineerebbe ancor di più il bisogno di salute e di cura dei cittadini con le risposte date dal sistema.

Se questi dipartimenti interaziendali invece nascono per rendere più efficiente il sistema, ribadiamo la necessità di chiarirne bene scopi e regolamenti. Anche qui intravediamo il rischio che si facciano operazioni verticistiche, perché sempre all'art 40bis comma 6) leggiamo "la Regione - immaginiamo la Giunta e non il consiglio a cui pian piano togliete ogni funzione e compito - con un proprio atto individua i dipartimenti interaziendali da costituire". Chi nominerà il responsabile? Sarà un accordo tra aziende o un atto calato dall'alto? Come divideranno le spese tra queste aziende?

Presidente Toti siamo preoccupati. Perché a suon di parlare di libro bianco, che è una compilation di documenti più che un libro di governo del sistema ma di nascita di aziende e di direttori... scopriamo che il Super Commissario di Alisa e la volenterosa Assessora scrivono una lettera perché - leggiamo sui giornali - tutti i contratti dei servizi siano ridotti del 3%. Temiamo che non basti una lettera per obbligare i fornitori a ridurre i loro contratti, già spesso ridotti all'osso.

Dicono i giornali che avete chiesto di rinviare le assunzioni e spostare la spesa possibile da fare nel 2017 per non avere disavanzi nel 2016. Temiamo che i risparmi vengano fatti sui servizi, sulle liste di attesa lunghe e di cui mai nessuno parla, degli anziani, quelle negate dei disabili le cui famiglie non ce la fanno più, dei post acuti per chi esce da un ospedale e non può stare da solo a casa...

Se oltre ad immaginare i processi di governo aveste governato, non ci sarebbe il timore, allineando i dati delle spese che avete mandato al MEF, di arrivare ad un pesante disavanzo tale da far aumentare l'IRPEF regionale a carico dei cittadini.

3. NOTE AGLI ARTICOLI

Note all'articolo 1

- La legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 è pubblicata nel B.U. 13 dicembre 2006, n. 18;
- la legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 è pubblicata nel B.U. 30 luglio 2016, n. 15;
- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 è pubblicato nella G.U. 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.;
- il decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 è pubblicato nella G.U. 3 settembre 2016, n. 206;
- la legge 7 agosto 2015, n. 124 è pubblicata nella G.U. 13 agosto 2015, n. 187;
- il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 è pubblicato nella G.U. 19 aprile 2013, n. 92;
- la legge 6 novembre 2012, n. 190 è pubblicata nella G.U. 13 novembre 2012, n. 265;
- il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 è pubblicato nella G.U. 6 luglio 2012, n. 156, S.O.;
- la legge 7 agosto 2012, n. 135 è pubblicata nella G.U. 14 agosto 2012, n. 189, S.O..

Nota all'articolo 2

- La legge 23 ottobre 1992, n. 421 è pubblicata nella G.U. 31 ottobre 1992, n. 257, S.O..

Note all'articolo 3

- Il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 è pubblicato nella G.U. 5 aprile 2013, n. 80;
- la legge 28 dicembre 2015, n. 208 è pubblicata nella G.U. 30 dicembre 2015, n. 302, S.O..

4. STRUTTURA DI RIFERIMENTO

Dipartimento Salute e Servizi Sociali – Settore Staff, programmazione e politiche del farmaco.

LEGGE REGIONALE 18 NOVEMBRE 2016 N. 28

Disposizioni di modifica della normativa regionale in materia di protezione civile e di organizzazione dell'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente Ligure (ARPAL).

Il Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria ha approvato.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
promulga

la seguente legge regionale:

CAPO I

MODIFICHE ALLA LEGGE REGIONALE 17 FEBBRAIO 2000, N. 9 (ADEGUAMENTO DELLA DISCIPLINA E ATTRIBUZIONE AGLI ENTI LOCALI DELLE FUNZIONI AMMINISTRATIVE IN MATERIA DI PROTEZIONE CIVILE ED ANTINCENDIO)

Articolo 1

(Modifiche all'articolo 3 della legge regionale 17 febbraio 2000, n. 9 (Adeguamento della disciplina e attribuzione agli enti locali delle funzioni amministrative in materia di protezione