

**Proposta di legge di iniziativa popolare concernente
modificazioni alla legge regionale 12 novembre 2012, n. 18 (Ordinamento del
Servizio sanitario regionale)**

RELAZIONE

La legge regionale 12 novembre 2012, n. 18, avente ad oggetto "Ordinamento del Servizio sanitario regionale", definisce un complesso di norme che non conferisce alla popolazione gli strumenti necessari per far sì che i suoi bisogni di salute e di assistenza trovino una effettiva risposta nelle attività del distretto e degli altri livelli in cui è articolato il Servizio Sanitario Regionale umbro, per la mancanza di precisi indirizzi normativi in riferimento soprattutto al ruolo del distretto e della medicina territoriale.

In particolare si riscontrano carenze in relazione alla:

1. centralità del distretto nella programmazione e nella verifica del complesso delle attività svolte dal SSR per tutelare la salute dei cittadini e per rispondere ai loro bisogni di salute e di assistenza;
2. possibilità per i cittadini di partecipare fin dal livello distrettuale alla individuazione delle priorità di intervento ed alla verifica dei risultati;
3. attivazione di un sistema di finanziamento in grado di garantire equità nella distribuzione delle risorse tra i diversi territori ed un uso partecipato delle stesse.

Nel complesso la legge regionale n. 18/2012 allontana il momento decisionale dai territori, e non consente ai cittadini di far valere il diritto di rappresentare adeguatamente i loro problemi di salute e di assistenza ai vari livelli del servizio sanitario regionale rendendo l'operatività di alcuni servizi, quali il Dipartimento di prevenzione, l'ospedale di territorio, e così via, svincolata dai livelli partecipativi distrettuali e favorendo di fatto la gestione delle risorse a livello centralizzato, con la conseguenza di renderla non trasparente, inaccessibile al momento partecipativo e soprattutto non equa.

Per tali motivi si ritiene opportuno promuovere la correzione delle storture sopra rilevate tramite una legge di iniziativa popolare che modifichi alcuni articoli, ritenuti strategici, della L.R. n. 18/2012.

Entrando nel dettaglio si propone di modificare:

- a) l'articolo 27 (**Distretto**) introducendo integrazioni che garantiscano al momento territoriale la capacità di fornire, a partire dall'analisi dei bisogni di salute e di assistenza operata insieme ai cittadini che nel territorio vivono e lavorano, indicazioni operative ai vari servizi della USL, recuperando in particolare afferenze sui dipartimenti di prevenzione e sugli ospedali di territorio, attraverso una nuova formulazione che assegna un ruolo fondamentale e centrale al distretto socio sanitario.
- b) l'articolo 42 (**Informazione, partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini**) che, non solo non offre reali declinazioni del diritto alla partecipazione, ma in sostanza ne fornisce una declinazione in cui questo diritto si esaurisce nei soli passaggi dell'informazione e della comunicazione, rendendo con ciò sostanzialmente autoreferenziali i tecnici e gli amministratori che si trovano a gestire i servizi destinati a tutelare la salute dei cittadini, senza che questi ultimi abbiano concrete opportunità e strumenti reali di partecipazione, di conoscenza e di condivisione. Proprio per ovviare a tutto ciò si propone una nuova stesura dell'articolo 42;
- c) l'articolo 51 (**Finanziamento del Servizio sanitario regionale**) che assegna le risorse finanziarie per la promozione e la tutela della salute in modo del tutto arbitrario ai diversi territori, facendo riferimento ad un approccio basato sui *costi standard*, che, al momento, non ha ancora alcuna formalizzazione normativa reale. Si tratta di un meccanismo che in ogni caso ingesserebbe i finanziamenti sulla spesa storica, senza alcun riferimento ai bisogni derivanti dalla diversa composizione demografica ed epidemiologica nei vari distretti, e, senza dare, ai cittadini che vi risiedono, strumenti per concorrere a definire le priorità di intervento e valutarne i risultati, a partire dai bisogni presenti nei territori, creando forti opportunità per usi distorti, non trasparenti ed in definitiva non democratici delle risorse del SSR.

Che la situazione di criticità, che si determinava a seguito dell'adozione dell'articolo 51 della L.R. n. 18/2012, era un fatto noto fin dall'inizio è attestato dall'approvazione dell'Ordine del giorno che accompagnava la legge già al momento della sua approvazione definitiva, presentato dai capigruppo in Consiglio regionale con l'atto n. 1056 del 6 novembre 2012: "Proposta di ordine del giorno dei consiglieri Locchi, Buconi, Dottorini, Stufara, Carpinelli e Goracci "Finanziamento del Servizio sanitario

regionale umbro – Iniziative da adottarsi da parte della Giunta regionale”.

Con tale atto il Consiglio regionale impegnava la Giunta regionale:

- *“a valutare la possibilità di procedere alla determinazione di un riparto del Fondo Sanitario regionale, da effettuare prevalentemente sulla base di una quota capitaria pesata secondo parametri epidemiologici e demografici, programmando le risorse attribuite a ciascun distretto socio-sanitario e definendo, già a questo livello, la spesa per ciascuno dei servizi previsti dai LEA;*
- *a gestire, sulla base di quanto previsto dall'articolo 51 del Disegno di legge regionale 'Ordinamento del Servizio sanitario regionale' una fase di transizione, che possa concludersi entro il prossimo triennio, che permetta di passare dalla distribuzione delle risorse sulla base, prevalentemente, della spesa storica dei vari centri di costo del Servizio sanitario regionale ad un sistema ispirato ai principi di cui sopra”.*

Per tali motivi si propone quindi una diversa stesura dell'articolo 51 della L.R. 18/2012 in modo da:

- garantire che i finanziamenti siano effettivamente destinati ai servizi sanitari, per soddisfare i reali bisogni di salute e di assistenza presenti nei diversi territori, tramite l'introduzione di una norma in cui l'efficienza della direzione tecnico-amministrativa delle aziende e l'efficacia della spesa dipendano dalla corrispondenza fra i costi per i servizi e l'ambito territoriale e demografico di riferimento, condizione che può essere garantita adeguatamente rendendo i flussi di spesa maggiormente tracciabili anche a livello di distretto, in quanto articolazione territoriale delle aziende unità sanitarie locali;
- far sì che la determinazione dei livelli di spesa dei distretti possa contribuire ad incrementare la partecipazione alla gestione dei servizi di prevenzione, di assistenza e di cura, nonché a permettere un migliore monitoraggio dell'impatto sul territorio dei servizi erogati, rispetto a quanto reso possibile dal convenzionale criterio della spesa storica.

Proposta di legge di iniziativa popolare: "Ulteriori modificazioni alla legge regionale 12 novembre 2012, n. 18 (Ordinamento del Servizio sanitario regionale)".

Art. 1. Sostituzione dell'articolo 27 della legge regionale 12 novembre 2012, n. 18 (Ordinamento del Servizio sanitario regionale).

1. L'articolo 27 della legge regionale 12 novembre 2012, n. 18 (Ordinamento del Servizio sanitario regionale) è sostituito dal seguente:

"Art. 27 Il distretto socio sanitario

1. Il distretto socio sanitario, di seguito "distretto", è l'articolazione territoriale organizzativa dell'Unità sanitaria locale per lo svolgimento delle attività di promozione della salute, prevenzione, diagnosi e delle cure primarie, intermedie e riabilitative, attraverso la gestione coordinata delle risorse, la collaborazione con gli enti locali, l'interazione con le funzioni ospedaliere e la massima integrazione dei servizi, al fine di assicurare la centralità della persona e la continuità della presa in carico del bisogno di cura individuale e collettivo.

2. Il distretto ha una dimensione territoriale tale da garantire un'ampia presenza di servizi territoriali e di operatori, in modo da caratterizzarsi come soggetto di negoziazione con la direzione dell'unità sanitaria locale e di interlocuzione con il sistema del governo locale.

3. L'ambito territoriale di ciascun distretto è definito dal direttore generale dell'unità sanitaria locale, d'intesa con la conferenza dei sindaci di cui all'articolo 13, in armonia con quanto previsto dalla normativa nazionale e nel rispetto dell'articolo 3, comma 2 della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 26 (Disciplina per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali). Ciascun distretto comprende, di norma, una popolazione residente non inferiore a cinquantamila abitanti, salvo deroga disposta con provvedimento del direttore generale, d'intesa con la conferenza dei sindaci ed approvata dalla Giunta regionale.

4. Il distretto si articola in centri di salute, che rappresentano il punto di contatto e di accesso unico del cittadino per tutte le prestazioni sanitarie e sociali che afferiscono al sistema primario delle cure.

5. La Giunta regionale formula indirizzi per la massima integrazione dei servizi sanitari erogati dal distretto ed il loro consolidamento ed integrazione con gli interventi sociali anche attraverso l'istituzione delle case della salute, i cui diversi servizi trovano una

sede comune e un luogo di coordinamento organizzativo e funzionale.

6. Il distretto:

a) coordina, attraverso il PAT di cui all'articolo 38 ed il collegato budget di distretto, le attività ed i servizi necessari per garantire il diritto alla salute ed all'assistenza socio sanitaria della popolazione che risiede nel territorio di competenza, con riferimento:

- 1) alla promozione della salute e dell'integrazione sociale;
- 2) all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro con particolare riferimento al principio di precauzione, alla prevenzione primaria ed alle attività di educazione alla salute di tutti i cittadini, compresi ai sensi dell'art 41 della Costituzione italiana, gli imprenditori;
- 3) all'assistenza socio sanitaria di base e specialistica di primo livello;
- 4) alla tutela della salute mentale,
- 5) alla prevenzione e cura delle tossicodipendenze;
- 6) alla tutela della salute dell'infanzia e della donna;
- 7) alla prevenzione ed assistenza dei malati da HIV;
- 8) alla assistenza specialistica semi-residenziale e residenziale territoriale;
- 9) alla assistenza residenziale ai non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati;
- 10) alle attività di riabilitazione territoriale;
- 11) all'assistenza ai malati terminali;
- 12) alle attività sociali a rilievo sanitario ed alle attività socio assistenziali delegate dagli enti locali;
- 13) alle cure intermedie;
- 14) alle funzioni di ospedale di territorio svolte dai presidi ospedalieri o dalle aziende ospedaliere;
- 15) alle altre funzioni assegnate al distretto dalla programmazione sanitaria aziendale e regionale;

b) organizza l'accesso dei cittadini alle prestazioni erogate direttamente dai propri servizi, dalle funzioni di ospedale di territorio svolte dai presidi ospedalieri o dalle aziende ospedaliere, dai professionisti accreditati e dalle altre strutture pubbliche e private accreditate, tramite percorsi assistenziali integrati per la gestione delle malattie cronico degenerative;

- c) assicura, anche attraverso i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, nonché attraverso i medici di continuità assistenziale, un efficace orientamento e controllo della domanda socio sanitaria e promuove, anche attraverso percorsi sanitari integrati, la continuità delle cure tra i diversi luoghi di trattamento indirizzando e coordinando il ricorso all'assistenza ospedaliera;
- d) favorisce e promuove soluzioni organizzative finalizzate al potenziamento delle cure primarie, anche mediante la valorizzazione delle equipe territoriali, della medicina in rete e delle aggregazioni funzionali e territoriali che assicurano la presa in carico della persona e la continuità assistenziale;
- e) garantisce, in armonia con quanto disposto dagli articoli 42 e 51, la partecipazione dei cittadini sia alla condivisione delle priorità nell'uso delle risorse in sede di elaborazione del PAT di cui all'articolo 38, sia alla valutazione in regime di terzietà della qualità ed efficacia delle cure erogate.

7. Nel distretto trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del dipartimento di prevenzione, del dipartimento di salute mentale e del dipartimento dipendenze.

8. La Giunta regionale individua con proprio atto, da emanare entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, i criteri per la pesatura delle quote capitarie distrettuali.

9. Le risorse finanziarie da assegnare al distretto sono determinate secondo quanto stabilito dall'articolo 51, comma 2, lett. a).

10. Il distretto, nell'ambito delle risorse assegnate, è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Unità sanitaria locale”.

2. Sostituzione dell'articolo 42 della L.R. 18/2012

1. L'articolo 42 della L.R. 18/2012 è sostituito dal seguente:

"Art. 42. Informazione e partecipazione per la tutela del diritto alla salute

1. Il Servizio sanitario regionale garantisce:

- a) la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni alla scelta delle priorità del PAT di cui all'articolo 38, del piano attuativo di cui all'articolo 37 , nonché del piano sanitario regionale di cui all'articolo 36 ed alla verifica dell'efficacia e dell'impatto degli interventi programmati;
- b) lo svolgimento di almeno un audit annuale di azienda sanitaria regionale sul

funzionamento, sull'accessibilità, sulla qualità ed impatto sulla salute dei servizi socio sanitari.

2. Le aziende sanitarie regionali:

- a) garantiscono ai fruitori dei servizi socio sanitari conoscenze chiare, aggiornate e trasparenti su obiettivi ed attività dei servizi, sia tramite la carta dei servizi che tramite i siti web istituzionali;
- b) valutano, almeno annualmente, la qualità delle informazioni fornite ai cittadini anche tramite le acquisizioni dei risultati degli audit condotti da parte dei comitati partecipativi di distretto di cui al comma 3.

3. Per lo svolgimento delle attività previste dal presente articolo, sono istituiti, presso ciascuna azienda sanitaria regionale, i comitati di partecipazione aziendali e distrettuali.

4. La Giunta regionale, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con proprio regolamento, disciplina la composizione ed il funzionamento dei comitati di cui al comma 3.

5. Sino all'istituzione dei comitati di cui al comma 3, le relative funzioni sono svolte dal comitato dei sindaci di cui all'articolo 29, anche mediante il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini e dei soggetti impegnati in ambito socio-sanitario".

Art. 3. Sostituzione dell'articolo 51 della L.R. n. 18/2012.

1. L'articolo 51 della L.R. n. 18/2012 è sostituito dal seguente:

"Art. 51. Finanziamento del Servizio sanitario regionale

1. La Regione verifica annualmente la corrispondenza dei costi standard delle prestazioni erogate nelle aziende sanitarie regionali con i costi definiti a livello nazionale, attivando, in caso di scostamento significativo, opportune iniziative volte a riallineare i costi regionali con quelli standard.

2. La Giunta regionale determina altresì:

- a) le risorse che, al netto della quota gestita direttamente dalla Regione, sono attribuite ai distretti tramite quote capitarie pesate secondo parametri di natura epidemiologica e demografica;
- b) i valori minimi e massimi entro cui i distretti assegnano risorse per le funzioni:
 - 1) territoriali di prevenzione;
 - 2) territoriali di assistenza primaria;

- 3) ospedaliere di territorio e di bacino sovradistrettuale nella azienda sanitaria locale di appartenenza e nella azienda ospedaliera universitaria del territorio di riferimento;
- 4) ospedaliere di emergenza ed urgenza e di alta specialità svolte dal presidio ospedaliero delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere universitarie cui afferisce la popolazione assistita;
- 5) di didattica e di ricerca scientifica e per le altre attività previste nel Protocollo d'intesa con l'Università di cui all'articolo 11”.