

CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA

PROPOSTA DI LEGGE

N. 71/A

presentata dai Consiglieri regionali
COCCO Pietro - ANEDDA - ARBAU - COCCO Daniele Secondo - USULA - RUGGERI -
COZZOLINO - FORMA - PINNA Rossella - PERRA - PIZZUTO

il 10 luglio 2014

Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale

RELAZIONE DEI PROPONENTI

La presente proposta di legge si propone di introdurre nell'ordinamento regionale norme urgenti di riforma del sistema sanitario regionale. Il contesto in cui esse sono situate è quello di un sistema che non è stato in grado, negli ultimi anni, di contenere entro i parametri previsti i costi del sistema sanitario senza peraltro produrre un miglioramento delle performance nei confronti dei cittadini, né migliori condizioni di lavoro per gli operatori o l'applicazione piena di quelle riforme previste con la legge regionale n. 10 del 2006 o n. 23 del 2005 sul sistema dei servizi alla persona nella parte relativa all'integrazione dei servizi socio-sanitari.

Peraltro il sistema richiede profondi interventi legati alla nuova normativa nazionale e alla nuova programmazione, sia nella parte riguardante la rete ospedaliera regionale che richiede interventi profondi con la riduzione del numero dei posti letto per abitante rispetto alla precedente programmazione regionale risalente al periodo 2006-2009 con la sottoscrizione del "patto della salute", sia per la mutata modellistica organizzativa del sistema terapeutico che si propone di introdurre una più forte organizzazione territoriale della degenza e l'evoluzione dell'organizzazione ospedaliera in sistemi ad alta, media e bassa intensità di cure.

Oltretutto il quadro è ulteriormente sollecitato a mutare profondamente dalla riforma del sistema degli enti locali che prosegue a livello nazionale e che deve essere applicata, condizionata dagli effetti referendari dell'abolizione delle province che sono le basi delle attuali aziende sanitarie locali e gestite nel contesto dell'autonomia speciale di cui gode la Regione.

In questo contesto, questa proposta di legge avvia la riforma del sistema sanitario regionale e pone le condizioni perché siano dislocate altrimenti alcune funzioni delle aziende sanitarie in modo da

consentire una profonda revisione dei confini territoriali, nel caso delle aziende sanitarie locali, o del numero dei posti letto, anche tramite accorpamenti di quelle ospedaliere.

In particolare le funzioni di committenza e quelle dell'emergenza urgenza si concentrano in una sede unica, mentre vengono introdotti nell'ordinamento regionale le sedi principali di organizzazione territoriale di degenza extra ospedaliera, le case della salute e gli ospedali di comunità, precedentemente introdotti da delibere di Giunta, ma non elevati a rango organizzativo stabile.

Con l'articolo 1 si dispiegano i principi generali richiamando l'avvio del processo di riforma del sistema sanitario regionale, attraverso provvedimenti urgenti finalizzati a ridurre rapidamente il disavanzo della spesa regionale sanitaria, in applicazione di normative nazionali e regionali, anche attraverso la ridefinizione territoriale e organizzativa delle aziende sanitarie e dei distretti socio-sanitari, di riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza e della rete territoriale di assistenza.

Inoltre la legge vincola la Giunta regionale a presentare, entro novanta giorni, al Consiglio regionale, la proposta di ridefinizione territoriale e di accorpamento dei presidi ospedalieri delle aziende sanitarie.

Con gli articoli 2 e 3 si esplicitano i provvedimenti necessari alla riorganizzazione territoriale e organizzativa delle aziende sanitarie: la Centrale regionale di committenza e l'Azienda regionale dell'emergenza-urgenza.

Nell'articolo 2 si legge che la costituzione della Centrale regionale di committenza, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni ed integrazioni e dall'articolo 9 del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito con legge 23 giugno 2014, n. 89, è promossa presso l'agenzia dei servizi sanitari, al fine di favorire la razionalizzazione della spesa e potenziare i processi di pianificazione e aggregazione della domanda pubblica di beni e servizi sanitari.

Alla Centrale di committenza sono attribuite le funzioni di committenza delle aziende sanitarie ed è affidata la responsabilità dei piani di razionalizzazione della spesa sanitaria regionale da conseguire attraverso il governo e la standardizzazione della relativa domanda delle aziende sanitarie.

Con l'articolo 3 si provvede alla istituzione dell'Azienda regionale di emergenza e urgenza, che ha il fine di garantire, gestire e rendere omogeneo, nel territorio della Regione, il soccorso sanitario di emergenza urgenza territoriale. L'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza (AREU), è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, ha autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile ed è preposta allo svolgimento dei compiti relativi all'emergenza-urgenza attualmente svolti dalle centrali operative 118, presso le aziende sanitarie, ivi compreso il servizio di elisoccorso, nonché delle funzioni di coordinamento nel trasporto delle persone, dei neonati, degli organi e dei tessuti, di scambio e compensazione di sangue ed emocomponenti, e garantisce il coordinamento con tutte le aziende del sistema sanitario regionale e le istituzioni coinvolte al fine di garantire l'efficacia della risposta sanitaria di emergenza e urgenza.

La Giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge, acquisito il parere della Commissione consiliare competente, definisce la sede, la struttura organizzativa, il patrimonio e le funzioni operative dell'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza.

Con l'articolo 4 si disciplina il funzionamento dei distretti socio-sanitari e della conferenza territoriale socio-sanitaria già previsti nella legge regionale n. 10 del 2006, il cui funzionamento è tuttavia legato all'esistenza delle province istituzionali. In questo modo il funzionamento viene attribuito al sistema dei comuni su cui incide il territorio dell'azienda sanitaria territoriale.

Con l'istituzione della Conferenza territoriale socio-sanitaria composta dai sindaci dei comuni che ricadono nell'ambito territoriale delle ASL regionali si trasferiscono ad essa tutte le funzioni finora attribuite alla Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria dalla legge regionale n. 23 del 2005 e dalla legge regionale n. 10 del 2006.

La legge poi rinvia a uno specifico provvedimento della Giunta regionale, sottoposto al parere della Commissione competente, l'istituzione della Consulta generale di cittadinanza e delle Consulte locali di cittadinanza, composta da rappresentanti di associazioni accreditate a livello regionale di cittadini, di malati cronici, da rappresentanti dei comuni e delle aziende sanitarie locali che esprime il parere obbligatorio, ma non vincolante, sul Piano socio-sanitario regionale.

Con gli articoli 5 e 6 si disciplinano le Case della salute e gli ospedali di comunità. La legge individua nella Casa della salute la struttura che raccoglie in un unico spazio l'offerta extraospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi. L'articolo 5 individua obiettivi, criteri e organizzazione dei servizi della casa della salute che deve operare nell'erogazione dei servizi sia direttamente che attraverso il coinvolgimento degli operatori sanitari e sociali e con la partecipazione degli enti-locali e delle loro rappresentanze istituzionali. La norma, in sede di prima applicazione, rinvia alla deliberazione della Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, il piano regionale delle case della salute, garantendo una localizzazione equilibrata delle strutture in tutto il territorio regionale che tenga conto di quelle già esistenti o previste nei piani sperimentali approvati nel corso degli ultimi anni.

Con l'articolo 6, al fine di garantire adeguati livelli di cura per tutte le persone che non abbiano necessità di ricovero in ospedali per acuti, ma che hanno comunque bisogno di un'assistenza sanitaria protetta che non potrebbero ricevere a domicilio, e limitatamente a periodi di tempo medio-brevi, si istituisce l'ospedale di comunità (OsCo) quale presidio di raccordo funzionale tra l'ospedale per acuti e i servizi territoriali.

RELAZIONE DELLA SESTA COMMISSIONE PERMANENTE SALUTE, POLITICHE SOCIALI, PERSONALE DELLE ASL, IGIENE VETERINARIA, ATTIVITÀ SPORTIVE, ALIMENTAZIONE, EMIGRAZIONE E IMMIGRAZIONE

composta dai consiglieri

PERRA, Presidente - ORRÙ, Vice Presidente - RUGGERI, Segretario e relatore di maggioranza - PINNA Giuseppino, Segretario - ANEDDA - CHERCHI Augusto - COSSA, relatore di minoranza - COZZOLINO - DESINI - FORMA - PINNA Rossella - PITTALIS - PIZZUTO - RANDAZZO - TOCCO

Relazione di maggioranza

On.le RUGGERI

pervenuta il 21 ottobre 2014

La Sesta Commissione, nella seduta del 9 ottobre 2014, ha approvato a maggioranza, con il parere contrario dei gruppi di opposizione e con l'astensione del gruppo del Centro democratico Sardegna e del gruppo Soberania e indipendenza, il presente provvedimento recante "Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale".

Il Sistema sanitario regionale é attualmente disciplinato dalla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10. Successivi aggiustamenti sono stati prodotti principalmente con la legge n. 3 del 2009 e quindi con la legge n. 21 del 2012, che oltre ad aver introdotto elementi organizzativi di relativa incisività, hanno rimandato a un successivo intervento normativo i cui contorni sono stati definiti, ma che non è mai stato concretamente adottato.

In questo contesto, la spesa pubblica per la sanità è progressivamente cresciuta (rispetto al 2008 di 500 milioni) incrementando un rapporto deficitario con lo stanziamento stabilito in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale (FSN) che allo stato si avvicina ai 400 milioni.

D'altra parte, sulla sanità cominciano a scaricarsi le tensioni della finanza pubblica, considerato il ritmo incrementale di spesa, circa 2 miliardi l'anno, che impone il ripensamento della spesa sanitaria e l'adeguamento dei modelli assistenziali verso logiche che cerchino la maggiore efficienza, riducendo i costi e garantendo al contempo i livelli essenziali di assistenza (LEA).

In questo senso vanno considerati gli obiettivi specifici assegnati dallo Stato ai sistemi regionali, per quanto riguarda il rimodellamento dell'assistenza ospedaliera con la riduzione dei posti letto e la riduzione della spesa farmaceutica. In questa direzione si muove anche il patto per la salute, sottoscritto il 10 luglio 2014 in sede di conferenza permanente Stato-regioni, definendo ambiti d'intervento sui settori della assistenza ospedaliera, su quella territoriale, sull'assistenza farmaceutica e sulle modalità informatizzate di controllo del sistema.

In Sardegna sono prima di tutto gli elementi finanziari di assoluta criticità a imporre un intervento urgente sulla struttura organizzativa e quindi sul costo del sistema sanitario regionale.

La presente proposta di legge si propone di perseguire quell'obiettivo, orientando l'organizzazione del SSR verso un sistema in cui l'assistenza acquista una maggiore impronta territoriale, strutturando una più integrata capacità di risposta all'emergenza e definendo una logica di rete che seleziona gli erogatori dell'assistenza in sistemi differenziati per intensità di cure.

Nel contempo, la proposta dispone per l'attivazione di sistemi e modalità orientati verso l'ottimizzazione della parte di spesa sanitaria che riguarda gli acquisti di beni e servizi, centralizzando le procedure.

In ultimo, il provvedimento prefigura una ridefinizione territoriale e organizzativa delle aziende sanitarie e dei distretti socio-sanitari la cui puntuale scrittura viene in larga parte rimandata alla responsabilità della Giunta regionale mediante la presentazione di un apposito disegno di legge.

Il testo approvato definitivamente dalla Commissione nasce dall'esame della proposta di legge n. 71, di cui primo firmatario è l'on. Pietro Cocco.

Nel corso dell'istruttoria, la Commissione ha dato luogo a numerose audizioni, in particolare ha sentito l'Assessore dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, i rappresentanti dei sindacati confederali e di categoria, operanti nel settore sanitario e i rappresentanti della federazione regionale dell'Ordine dei medici della Sardegna.

Il testo esitato definitivamente si differenzia solo in minima parte dalla proposta di legge originaria; la sola discrepanza di rilievo, infatti, riguarda l'inserimento all'articolo 7 bis della norma finanziaria che stanziava per il funzionamento degli organi dell'Azienda regionale dell'emergenza urgenza (AREU) l'importo di 600.000 euro annui, somma da reperirsi nei risparmi da realizzare sulla spesa per il finanziamento del servizio sanitario regionale di parte corrente.

Nella seduta del 25 settembre 2014 la Commissione ha terminato l'esame del provvedimento e, in applicazione rispettivamente del disposto dell'articolo 45, comma 3, del regolamento interno, e della lettera c) del comma 1 dell'articolo 9 della legge regionale n. 1 del 2005 ne ha sospeso la votazione finale in attesa dei pareri di competenza alla Terza Commissione e del Consiglio delle autonomie locali (CAL).

Preso atto del parere favorevole della Terza Commissione e delle considerazioni formulate dal CAL, la Sesta Commissione ha, dunque, approvato definitivamente la proposta di legge n. 71.

Nel dettaglio:

Con l'articolo 1 si richiamano i principi generali cui s'indirizza la legge. Vanno evidenziati, al contempo, il carattere urgente delle norme e la precisazione che le stesse rappresentano l'avvio di un processo di riforma che necessita, per essere portato a compimento, di successivi interventi normativi.

All'articolo 2 si esplicita la funzione della Centrale regionale di committenza, quale intervento di centralizzazione e razionalizzazione della spesa in tema di acquisto di beni e servizi, oggi allocata presso le singole aziende. L'intervento si muove nel solco di quanto previsto dalle disposizioni statali (decreto legge n. 66 del 2014, Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale, che dispone per l'acquisizione di beni e servizi attraverso soggetti aggregatori e prezzi di riferimento). Oltre alle funzioni di committenza, alla centrale sono affidati compiti di regolazione della domanda delle singole aziende sanitarie. La centrale è istituita presso l'Agenzia regionale della sanità, per conseguire la migliore relazione tra gli elementi strumentali in acquisizione e le funzioni di supporto tecnico-scientifico e di raccolta dati che sono proprie dell'Agenzia. Il quarto comma dell'articolo, infine, prevede l'incremento di 5 unità di personale, provenienti dalle ASL o dai ruoli regionali, della dotazione che compone l'organico dell'Agenzia regionale della sanità, istituita con l'articolo 22 della legge regionale n. 10 del 2006.

Con l'articolo 3 si provvede all'istituzione dell'Azienda regionale di emergenza e urgenza (AREU), che ha il compito di garantire, gestire e rendere omogeneo su tutto il territorio della Regione, il soccorso sanitario di emergenza urgenza territoriale. Questa è una funzione che assume centralità anche in considerazione della necessaria riorganizzazione delle funzioni ospedaliere alla luce degli o-

biettivi di diminuzione dei posti letto imposta dalla programmazione statale. L'AREU è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, ha autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile ed è preposta allo svolgimento dei compiti concernenti l'emergenza-urgenza ora svolti dalle centrali operative 118, presso le aziende sanitarie, ivi compreso il servizio di elisoccorso, nonché delle funzioni di coordinamento nel trasporto delle persone, dei neonati, degli organi e dei tessuti, di scambio e compensazione di sangue ed emocomponenti, e garantisce il coordinamento con tutte le aziende del sistema sanitario regionale e le istituzioni coinvolte al fine di garantire l'efficacia della risposta sanitaria di emergenza e urgenza.

L'articolo 4, al comma 1, disciplina l'attribuzione ai distretti socio-sanitari previsti nella legge regionale n. 10 del 2006, delle funzioni ora assegnate alle province dagli articoli 7 e 21 della legge regionale n. 23 del 2005. Il comma 2 prevede invece che siano trasferite alla Conferenza territoriale socio-sanitaria di nuova istituzione le funzioni della Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria prevista dall'articolo 15 della legge regionale n. 10 del 2006. In questo modo l'ambito istituzionale di riferimento diventa il sistema dei comuni compresi nell'ambito dell'azienda sanitaria territoriale (riguardo a questo comma si segnala un errore nella redazione del testo di legge, con un riferimento improprio in questo comma alla legge regionale n. 23 del 2005). Al fine di rafforzare la partecipazione dei diversi soggetti che intervengono a vario titolo nel settore socio-sanitario, viene demandato alla Giunta il compito di istituire la Consulta generale e le consulte locali di cittadinanza, cui è assegnata l'espressione di un parere obbligatorio sugli atti di pianificazione rispettivamente regionale e locale. Infine, l'ultimo comma dell'articolo prevede di prescindere, per l'impegno delle somme sul Fondo regionale per l'autosufficienza relativamente all'anno 2014, dalla pianificazione triennale richiesta ai comuni dalla legge finanziaria 2014 (articolo 2, comma 1 della legge regionale 21 gennaio 2014, n. 7).

Con l'articolo 5 vengono individuati nelle Case della salute i luoghi fisici nei quali, per rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi, si compongono i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali. Il dettaglio delle funzioni dispiegate al comma 2 si indirizza a garantire un'erogazione assistenziale che integri i diversi servizi di cura e riabilitazione e i diversi operatori tra loro, concetto ripreso anche al comma 3. Il comma 5 rimanda l'individuazione delle case della salute alla Giunta regionale, che dovrà determinarne la localizzazione tenendo conto della programmazione esistente e della necessità di equilibrarne la distribuzione su tutto il territorio regionale.

Con l'articolo 6, al fine di garantire adeguati livelli di cura per tutte le persone che non abbiano necessità di ricovero in ospedali per acuti, ma che hanno comunque bisogno di un'assistenza sanitaria protetta che non potrebbero ricevere a domicilio, e limitatamente a periodi di tempo medio - brevi, s'istituisce l'ospedale di comunità (OsCo); quest'ultimo viene, dunque, concepito come presidio di raccordo funzionale tra l'ospedale per acuti e i servizi territoriali. Anche per quest'intervento si rimanda (al comma 2) a una delibera della Giunta regionale per l'individuazione delle strutture con i medesimi criteri già previsti per le case della salute, e con la possibilità (comma 3) attribuita alle aziende sanitarie, di riconvertire verso quest'utilizzazione dei posti letto già esistenti.

L'articolo 7 reca delle norme finali che, al comma 1, recepiscono le correzioni introdotte al decreto legislativo n. 502 del 1992 dal decreto legge n. 158 del 2012 (cosiddetto Decreto Balduzzi) e pertanto modificano la definizione degli organi recata al comma 2 dell'articolo 10 della legge regionale n. 10 del 2006, comprendendovi, oltre al direttore generale e al collegio dei revisori, anche il collegio di direzione. Il comma 2, infine, assegna alla Giunta regionale 120 giorni per la presentazione di un disegno di legge integrativo delle disposizioni contenute nella presente proposta.

Con l'articolo 7 bis si definisce infine il fabbisogno finanziario generato dalla legge, che s'individua unicamente nei costi d'imputazione diretta della struttura dell'AREU, giacché le altre norme, essendo di natura programmatica, non determinano al momento alcuna spesa.

*Relazione di minoranza**On.le COSSA**pervenuta il 20 ottobre 2014*

La proposta di legge che ci apprestiamo ad esaminare nasce, nelle intenzioni dei proponenti, per dare l'avvio a un radicale processo di riforma del Sistema sanitario regionale, divenuto oramai improcrastinabile a causa del progressivo aumento dei costi al quale, peraltro, non è corrisposto un miglioramento della qualità dell'assistenza.

L'intento è assolutamente condivisibile ed è anzi trasversale alle diverse forze politiche presenti in Consiglio; ne è prova la circostanza che, oltre alla proposta di legge n. 71, sono state presentate altre tre proposte di legge aventi il medesimo oggetto (mi riferisco alla proposta di legge n. 37, Cherchi Augusto e più, alla proposta di legge n. 85, Oppi e più, e alla proposta di legge n. 78 presentata dal gruppo dei Riformatori).

È evidente, allora, come sull'esigenza di modificare l'attuale assetto organizzativo del sistema sanitario non si possa che concordare; spiace invece non poter condividere i contenuti della riforma e le modalità con le quali si è pervenuti alla sua adozione.

Quanto ai contenuti: la sfida alla quale, come classe politica, siamo tutti chiamati è quella di trovare un ragionevole punto di equilibrio tra i vincoli del bilancio e il dovere di garantire a tutti i sardi, in ossequio all'articolo 32 della Costituzione, prestazioni sanitarie di qualità.

La questione non è di poco conto, giacché intrinsecamente connessa a un bene, la salute, che è certamente tra i più preziosi per ogni individuo; per questo la ricerca delle soluzioni più appropriate e più efficaci, che anima il dibattito politico ingenerando spesso accese contrapposizioni, dovrebbe essere condotta dopo un'approfondita analisi della realtà esistente, che tenga conto anche delle scelte già fatte e del loro impatto sul sistema.

Ed è proprio alla luce dalle esperienze maturate nel corso delle precedenti legislature, sia di centrosinistra sia di centrodestra, che si traggono insegnamenti importanti e spunti di riflessione:

- il primo è che sarebbe un errore imperdonabile pensare che i problemi della sanità sarda risiedano unicamente nelle persone alle quali è affidata la responsabilità del sistema e che pertanto possano essere risolti limitandosi a cambiarle;
- il secondo è che non sono sufficienti piccoli aggiustamenti o soluzioni che incidono su parti isolate del sistema (e il cui unico effetto sarebbe probabilmente quello di ingenerare ulteriore confusione) ma occorrono interventi strutturali in grado di scardinare il modello organizzativo esistente per sostituirlo integralmente con uno nuovo, pensato per rispondere alle specifiche peculiarità della nostra Isola.

In realtà occorrono meno ASL, meno poltrone, meno attenzione ai concorsi e alle gare, più attenzione all'assistenza, agli esseri umani, al mantenimento della loro salute e non alla riparazione dopo che i danni sono già avvenuti.

Ma di tutto questo nella vostra legge non c'è traccia, ci sono solo affermazioni generiche, ci sono nuove tipologie di strutture raccolte da esperienze altrui e buttate lì quasi a caso, un poco come si fa con il sale, ci sono nuove poltrone, ma nessuna visione realmente innovativa, nessuno spirito vitale, nessun senso di missione.

Ciò che voglio dire in poche parole è: non è con questa legge che otterrete risultati, colleghi della maggioranza, perché questo provvedimento è del tutto insufficiente, se non addirittura dannoso, sotto tutti i punti di vista.

Si limita, infatti, a toccare alcuni aspetti del tutto secondari del servizio sanitario regionale ma non ha alcuna visione di rinnovamento reale; è inutile prevedere gli ospedali di comunità o le case della salute o qualunque altra cosa se non è calata in un sistema che abbia una visione chiara e percepibile da tutti, operatori e cittadini.

Che sanità vogliamo da qui a cinque o dieci anni?

Il sistema attuale è un sistema concepito ancora negli anni 70, la cui caratteristica è soprattutto quella di curare le persone nel momento del bisogno acuto, nel momento cioè in cui si ammalano, è un sistema centrato sugli ospedali o su medici o specialisti che intervengono principalmente a richiesta e cioè, anche in questo caso, nel momento dell'acuzie.

Bene, colleghi, è giunto il momento di cambiare finalmente e radicalmente visione, passare dal "curare" al "prendersi cura", l'ospedale deve diventare un incidente nella vita di un individuo al quale si ricorre solo in un momento particolare, invece il servizio sanitario pubblico deve garantire un'altra cosa, deve garantire che il cittadino sia seguito dal momento in cui nasce al momento in cui muore.

Deve essere seguito nell'infanzia da servizi pediatrici su misura, tarati sui suoi bisogni specifici e non su quelli di una massa indistinta di individui che hanno la sua età, e la stessa cosa deve avvenire quando cresce e diventa adulto; programmi di vaccinazione, di prevenzione delle malattie sociali anche non infettive, di educazione alimentare e di educazione sanitaria più in generale.

Dobbiamo impedire, con una guida attenta e ragionevole, che un individuo adotti stili di vita dannosi per la salute e non curarlo o addirittura operarlo quando lo abbia già fatto.

Dobbiamo immaginare un servizio sanitario che disegni percorsi di accompagnamento di ogni cittadino in tutte le fasi della sua vita, dove i consigli e i controlli devono essere la regola e le cure l'eccezione: insomma il contrario di ciò che avviene adesso.

Questa è la via se vogliamo davvero cambiare e se vogliamo mettere i costi sotto controllo; non questo pasticcio confuso e senza filosofia che ci state proponendo e che ha tutta l'aria di servire solo a mandare a casa i direttori nominati dal centrodestra per sostituirli con i vostri.

In definitiva, occorre innovare e costruire "un modello sardo", il quale, anche prendendo spunto da ciò che sta maturando in altre realtà, lo adatti alle condizioni del tutto particolari della nostra regione (mi riferisco alle caratteristiche geomorfologiche del territorio, alla popolazione concentrata prevalentemente nelle aree urbane e in quelle costiere, alle difficoltà connesse agli spostamenti interni e ai limiti derivanti dall'insularità).

Solo seguendo questa strada sarà possibile recuperare l'efficienza, l'efficacia e l'appropriatezza, migliorando, al contempo la percezione complessiva di "protezione sanitaria da parte del cittadino".

Solo in un quadro chiaro, e mi riferisco alla missione e alla ideologia che ne è alla base e non certo ai nomi di chi occuperà le poltrone di direttore, potrà essere utile prevedere le case della salute, le aree vaste, gli ospedali di comunità e quant'altro la vostra fantasia vi suggerirà; le strutture, qualunque esse siano, sono utili se sono inquadrare in un'organizzazione ragionata, se hanno un compito preciso da svolgere in quell'organizzazione, se tutti coloro che vi lavorano conoscono e sono con convinzione coinvolti in tale missione.

Ma questa vostra legge assomiglia molto al pentolone dello stregone, un po' di code di ramarro, un po' di foglie della pianta più vicina, un po' di case della salute e via a mescolare la brodaglia.

Collegli, faccio una facile previsione, non ne uscirà nulla di buono, l'assistenza non migliorerà, i costi non diminuiranno, voi cambierete i direttori, ma il 31 dicembre 2015 vi dovrete arrampicare sugli specchi per spiegare per quale motivo le cose non hanno funzionato.

Il provvedimento che ci si appresta a esaminare, infatti, non incide sul complesso del sistema così come tracciato dalla legge regionale n. 10 del 2006, ma detta disposizioni settoriali destinate a operare in ambiti, tutto sommato, circoscritti, senza peraltro chiarire quali saranno i rapporti tra le nuove disposizioni e quelle già vigenti.

I proponenti replicano che la proposta di legge n. 71 si limita ad avviare un processo di riforma che quando sarà perfezionato dalla Giunta (allorché presenterà il disegno di legge di cui all'articolo 6, comma 2) darà concreta attuazione, con le diverse delibere previste, ai singoli articoli del provvedimento e inciderà sull'intero sistema sanitario regionale; certamente succederà, il disegno di legge della Giunta diverrà prontamente legge regionale, le ASL saranno ridotte di numero, si risparmieranno i 300 milioni di cui parla l'Assessore Paci e, come diceva Lucio Dalla in una celebre canzone, "l'anno venturo sarà tre volte Natale e anche i preti si potranno sposare".

In realtà tutto ciò non fa altro che destare ulteriore preoccupazione giacché il Consiglio regionale non può essere esautorato dai propri compiti statutari demandando all'Esecutivo, in assenza di indirizzi e criteri stringenti, la formulazione di scelte che dovrebbero essere più correttamente fatte in quest'Aula.

Alla luce di quanto esposto è evidente che la nostra idea di riforma risulta essere totalmente differente dall'idea di riforma della maggioranza (o di una parte di essa giacché, in sede di votazione finale della proposta di legge n. 71, due esponenti della maggioranza hanno scelto di astenersi).

E ciò rammarica soprattutto alla luce del fatto che, nonostante le ripetute sollecitazioni e i richiami all'articolo 32 del Regolamento interno, la maggioranza si è consapevolmente sottratta al confronto escludendo, da subito, la possibilità di un esame congiunto della proposta di legge n. 71 con la proposta di legge n. 78 e con le altre aventi analogo contenuto.

E qua sta un'altra criticità inerente alle modalità con le quali si è pervenuti all'approvazione del provvedimento in Commissione: la maggioranza, infatti, anziché ricercare punti d'incontro con le altre forze politiche, ha scelto di procedere in totale solitudine e non ha neanche preso in considerazione gli innumerevoli rilievi critici formulati dai sindacati in sede di audizione e dal Consiglio delle autonomie locali nel parere reso alla Commissione ai sensi della lettera c), del comma 1, dell'articolo 9, della legge regionale n. 1 del 2005.

Nel far ciò si è scelto di dare prevalenza alle esigenze di celerità rispetto all'interesse superiore di produrre una buona legge, coerente con l'impianto normativo esistente e finanziariamente sostenibile, e si è tralasciato di considerare che le riforme, specie quando attengono a settori fondamentali e sensibili come la salute, richiedono l'apporto fattivo di tutti e la più ampia condivisione possibile.

Ci sarà una ragione per tutta questa fretta? Mah.

Alle predette considerazioni relative al provvedimento nel suo complesso se ne aggiungono altre inerenti i singoli articoli ed in particolare, soffermandoci per brevità solo sugli aspetti più critici:

- l'articolo 2, si limita ad attribuire la funzione di centrale regionale di committenza alla Agenzia regionale della sanità prevista dall'articolo 22 della legge regionale n. 10 del 2006, senza al contempo preoccuparsi di rendere la dotazione organica dell'ente congrua e funzionale al rispetto dei nuovi e complessi compiti assegnati.

Così come non si fa cenno in tutta la legge ad un'altra area che deve assolutamente essere centralizzata proprio perché è una dei maggiori ambiti di espressione del clientelismo politico, quella del personale.

Non è difficile comprendere come appaia, se non ridicolo, almeno allarmante che in Sardegna esistano undici uffici del personale e che per assumere gli infermieri si facciano undici diversi concorsi, che per assumere personale interinale ci siano undici diversi fornitori e così via.

Sono sicuro che siete troppo intelligenti perché io vi debba spiegare le ragioni e, siccome a pensar male si fa peccato ma spesso ci si azzecca, come disse un nostro celebre collega, una qualche connessione con tutta questa fretta di approvare una legge il cui unico risultato pratico sarà solo creare un'altra azienda, io ce la vedo;

- l'articolo 3 istitutivo dell'Azienda regionale dell'emergenza urgenza (AREU) che si presta ai maggiori rilievi critici, giacché non è dato comprendere come l'istituzione di una azienda sanitaria aggiuntiva rispetto a quelle già esistenti (con i costi che indiscutibilmente ne derivano) possa conciliarsi con l'obiettivo della razionalizzazione della spesa e della riduzione del disavanzo. A ciò si aggiunga la preoccupazione derivante dal fatto che, a priori, è difficilissimo prevedere quali potranno essere le ricadute dell'inserimento della nuova azienda sul delicato sistema dell'emergenza-urgenza.

E guardate, faccio un'altra facile previsione, l'AREU non costerà 600.000 euro l'anno come sostiene la Giunta, costerà ben di più e ve ne accorgete quando farete i conti a fine anno;

- riguardo all'articolo 4, mi sembra doveroso richiamare le considerazioni già espresse dal Consiglio delle autonomie locali, ossia che "la scelta di affidare ai distretti sanitari le funzioni già appartenenti alle province anticipa scelte che possono essere fatte in maniera ponderata nella fase della riorganizzazione istituzionale della Regione alla quale non può essere estraneo il sistema delle autonomie locali" e peraltro ha il limite di "sposta(re) le scelte programmatiche della sanità territoriale da un organismo partecipativo ad un organo prevalentemente burocratico";
- riguardo all'articolo 5, relativo all'istituzione delle case della salute (ma considerazioni analoghe potrebbero farsi per l'articolo 6 e gli ospedali di comunità), l'invito rivolto a tutti è quello di soffermarsi a riflettere sulle ricadute pratiche delle nostre decisioni: se è vero, infatti, che dal punto di vista teorico, istituti come le case della salute possono sembrare strumenti utili in grado di rispondere sul territorio alle domande di assistenza di persone e famiglie, al fine di fornire risposte adeguate ai cittadini, occorre verificare come operativamente hanno funzionato nella pratica. E a tal proposito ricordo che le case della salute finora realizzate nella nostra Isola non sempre hanno funzionato in maniera adeguata ed hanno dato i risultati sperati.

Ma ribadisco quello che ho già detto poco fa e cioè che tutte le strutture possono essere utili, possono far risparmiare soldi, possono accrescere la soddisfazione del cittadino, possono migliorare l'assistenza, insomma possono fare un sacco di cose belle, ma solo se sono inserite in un sistema che funziona armoniosamente e nel quale ognuna di esse ha un compito preciso e ben delineato.

Siccome stiamo parlando di sanità è calzante l'esempio del corpo umano, dove tutti gli organi hanno un ruolo preciso e lo svolgono in completa armonia con tutti gli altri, con un fine comune e condiviso e chiaro a tutti: ecco, colleghi, in questo quadro un cuore è utile ed indispensabile, così come il fegato, ma se manca uno dei due o anche se ci sono due fegati o due cuori, beh il risultato sarà un disastro per il corpo che li ospita, più o meno come quello che provocherà la vostra legge nella nostra Isola.

Ma al di là dei punti critici dei singoli articoli, a me pare che vi manchi proprio, e non ci sia in questo provvedimento, alcuna idea organica del sistema, di come esso funziona e di come volete che funzioni domani.

Non sapete come fare a ridurre i costi e non li ridurrete, non sapete come fare a migliorare l'assistenza e non lo farete, non sapete come evolvono i sistemi complessi e multifattoriali come quello sanitario e non riuscirete a farlo evolvere, non sapete come mutano le esigenze sanitarie del cittadino con il mutare del tempo e delle conoscenze e non avrete successo.

Riuscirete solo ad occupare le poltrone e lascerete tutto così, fra quattro anni quando ci riconsegnerete le chiavi della Regione avremo un compito immenso, ci vorranno anni solo per spostare le rovine che avrete accumulato nel frattempo.

La Terza Commissione permanente, nella seduta antimeridiana del 3 ottobre 2014, ha espresso a maggioranza parere favorevole sulla proposta di legge in oggetto e ha nominato relatore in Consiglio, ai sensi dell'articolo 45, comma 2, del Regolamento interno, il Presidente.

PARERE DEL CONSIGLIO DELLE AUTONOMIE LOCALI

pervenuto il 9 ottobre 2014

Il Consiglio delle autonomie locali della Sardegna riconosce l'esigenza e l'urgenza di interventi di riordino del sistema sanitario regionale tesi al miglioramento dei parametri di efficienza e qualità del servizio. Riconosce altresì il dovere di contenere i costi, in taluni casi abnormi, rispetto ad altre realtà e standard regionali.

Nel merito, tuttavia, si osserva che l'accentramento delle funzioni di committenza e quelle dell'emergenza-urgenza risponde al fenomeno, proprio di questa fase storico-economica, della riduzione dei centri di spesa in ossequio al principio delle economie di scala. In molti casi, alla verifica dei fatti, la corretta analisi di costi e benefici ha l'inefficacia della concentrazione dei centri di spesa.

La scelta di affidare ai distretti sanitari le funzioni già appartenenti alle province anticipa scelte che possono essere fatte in maniera ponderata nella fase della riorganizzazione istituzionale della Regione, alla quale non può essere estraneo il sistema delle autonomie locali. Peraltro, affidare le funzioni già delle province, ai distretti socio-sanitari sposta le scelte programmatiche della sanità territoriale da un organismo partecipativo ad un organo prevalentemente burocratico, fatto salvo il palliativo della consulta locale di cittadinanza.

Sul piano più strettamente tecnico si segnala che dalla lettura del comma 3 dell'articolo 4 della proposta di legge n. 71, che dà alla Giunta regionale la possibilità di istituire la Consulta generale di cittadinanza, non si ricavano sostanziali differenze di rappresentanza (a parte i rappresentanti dei comuni) o di funzioni rispetto alla Consulta regionale per i servizi sociali socio-sanitari e sanitari prevista dall'articolo 24 della legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23.

In considerazione dell'evidente nesso che collega la tematica di cui alla presente proposta di legge regionale con la riforma complessiva delle autonomie locali, si manifesta sin d'ora l'assoluta contrarietà a qualsiasi riordino territoriale delle aziende sanitarie locali che non sia il frutto del complessivo riordino delle funzioni e dei servizi di area vasta.

Tale riordino dovrà essere il risultato del confronto, da attivarsi immediatamente, con il sistema delle autonomie e fondarsi sulla comparazione dei costi diretti ed indiretti delle diverse ipotesi di riordino, desumibili da sperimentate gestioni esistenti.

Con l'auspicio che nel processo di riforma avviato si abbia riguardo alle osservazioni sopra espresse, il parere è favorevole.

TESTO DEL PROPONENTE

Art. 1

Principi generali

1. La Regione, con la presente legge, avvia il processo di riforma del sistema sanitario regionale, mediante disposizioni urgenti finalizzate a ridurre rapidamente il disavanzo della spesa regionale sanitaria, in applicazione di normative nazionali e regionali, migliorare i servizi, razionalizzare la spesa e rendere più funzionale l'utilizzo delle risorse umane ed economiche, adeguare l'assetto istituzionale e organizzativo previsto dalla legislazione vigente, anche a seguito delle profonde riforme avviate a livello regionale e nazionale in materia di enti intermedi, riorganizzare il sistema dell'emergenza-urgenza e della rete territoriale di assistenza.

Art. 2

Istituzione della centrale regionale di committenza

1. Al fine di favorire la razionalizzazione della spesa e potenziare i processi di pianificazione e aggregazione della domanda pubblica di beni e servizi sanitari, è istituita la funzione di Centrale regionale di committenza secondo quanto previsto dall'articolo, 1 comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), e successive modificazioni ed integrazioni e dall'articolo 9 del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito con legge 23 giugno 2014, n. 89 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, recante misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale. Deleghe al Governo per il

TESTO DELLA COMMISSIONE

Art. 1

Principi generali

1. La Regione, con la presente legge, avvia il processo di riforma del sistema sanitario regionale, mediante disposizioni urgenti finalizzate a:

- a) garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività;
- b) ridurre rapidamente il disavanzo della spesa regionale sanitaria, in applicazione di normative nazionali e regionali;
- c) migliorare i servizi, razionalizzare la spesa e rendere più funzionale l'utilizzo delle risorse umane ed economiche;
- d) adeguare l'assetto istituzionale e organizzativo previsto dalla legislazione vigente, anche a seguito delle profonde riforme avviate a livello regionale e nazionale in materia di enti intermedi;
- e) riorganizzare il sistema dell'emergenza-urgenza e della rete territoriale di assistenza e della medicina del territorio e dell'igiene pubblica.

Art. 2

Istituzione della centrale regionale di committenza

1. Al fine di favorire la razionalizzazione della spesa e potenziare i processi di pianificazione e aggregazione della domanda pubblica di beni e servizi sanitari, è istituita la funzione di Centrale regionale di committenza secondo quanto previsto dall'articolo, 1 comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) e successive modificazioni e integrazioni e dall'articolo 9 del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito con legge 23 giugno 2014, n. 89 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, recante misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale. Deleghe al Governo per il

completamento della revisione della struttura del bilancio dello Stato, per il riordino della disciplina per la gestione del bilancio e il potenziamento della funzione del bilancio di cassa, nonché per l'adozione di un testo unico in materia di contabilità di Stato e di tesoreria).

2. Con specifico provvedimento la Giunta regionale, sentito il parere della Commissione consiliare competente in materia di sanità, individua le modalità di funzionamento della Centrale di committenza, alla quale sono attribuite le funzioni di committenza delle aziende sanitarie ed è affidata la responsabilità dei piani di razionalizzazione della spesa sanitaria regionale da conseguire attraverso il governo e la standardizzazione della relativa domanda delle aziende sanitarie.

3. Le funzioni individuate con le modalità di cui al comma 2, sono attribuite all'Agenzia regionale della sanità istituita ai sensi dell'articolo 22 della legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5).

4. Per consentire lo svolgimento delle attività proprie della Centrale regionale di committenza, il personale dell'Agenzia regionale della sanità di cui all'articolo 22, comma 5, della legge regionale n. 10 del 2006, è così stabilito:

- a) il numero massimo complessivo di personale di cui alle lettere b) e c) è incrementato di ulteriori 5 unità;
- b) il numero massimo di personale di cui alla lettera a) è stabilito annualmente sulla base dei compiti e del budget assegnati dalla Giunta regionale all'Agenzia.

Art. 3

Istituzione dell'azienda regionale di emergenza e urgenza

1. Con l'obiettivo di garantire, gestire e rendere omogeneo, nel territorio della Regione, il soccorso sanitario di emergenza-urgenza territoriale, è istituita l'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza (AREU), dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia

completamento della revisione della struttura del bilancio dello Stato, per il riordino della disciplina per la gestione del bilancio e il potenziamento della funzione del bilancio di cassa, nonché per l'adozione di un testo unico in materia di contabilità di Stato e di tesoreria).

2. Con specifica deliberazione, la Giunta regionale, sentito il parere della Commissione consiliare competente in materia di sanità, individua le modalità di funzionamento della Centrale di committenza, alla quale sono attribuite le funzioni di committenza delle aziende sanitarie ed è affidata la responsabilità dei piani di razionalizzazione della spesa sanitaria regionale da conseguire attraverso il governo e la standardizzazione della relativa domanda delle aziende sanitarie.

3. Le funzioni individuate con le modalità di cui al comma 2, sono attribuite all'Agenzia regionale della sanità istituita ai sensi dell'articolo 22 della legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5).

4. Per consentire lo svolgimento delle attività proprie della Centrale regionale di committenza, il personale dell'Agenzia regionale della sanità di cui all'articolo 22, comma 5, della legge regionale n. 10 del 2006, è così stabilito:

- a) il numero massimo complessivo di personale di cui alle lettere b) e c) è incrementato di ulteriori 5 unità;
- b) il numero massimo di personale di cui alla lettera a) è stabilito annualmente sulla base dei compiti e del budget assegnati dalla Giunta regionale all'Agenzia.

Art. 3

Istituzione dell'azienda regionale di emergenza e urgenza

(identico)

patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile.

2. L'Azienda è preposta allo svolgimento dei compiti relativi all'emergenza-urgenza attualmente svolti dalle centrali operative 118 presso le aziende sanitarie, ivi compreso il servizio di elisoccorso, nonché delle funzioni di coordinamento nel trasporto delle persone, anche neonati, degli organi e dei tessuti, di scambio e compensazione di sangue ed emocomponenti, e assicura il coordinamento con tutte le aziende del sistema sanitario regionale e le istituzioni coinvolte al fine di garantire l'efficacia della risposta sanitaria di emergenza e urgenza.

3. Sono organi dell'Azienda il direttore generale, il collegio dei sindaci e il collegio di direzione. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle sue funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Per gli organi e per le figure del direttore sanitario e amministrativo si applicano le disposizioni regionali e nazionali vigenti in materia di organizzazione delle aziende sanitarie.

4. La Giunta regionale, acquisito il parere della Commissione consiliare competente, definisce la sede, la struttura organizzativa, il patrimonio e le funzioni operative dell'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza.

Art. 4

Funzionamento dei distretti socio-sanitari, della conferenza territoriale socio-sanitaria, delle consulte generali e locali di cittadinanza

1. Con l'entrata in vigore della presente legge, i distretti socio-sanitari svolgono le funzioni previste dagli articoli 7 e 21 della legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23 (Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1988 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali); in particolare:

- a) la convocazione della conferenza di programmazione di cui all'articolo 21 della legge regionale n. 23 del 2005, al fine di elaborare la proposta di piano locale unitario dei servizi alla persona;
- b) la partecipazione con i comuni dell'ambito

Art. 4

Funzionamento dei distretti socio-sanitari, della conferenza territoriale socio-sanitaria, delle consulte generali e locali di cittadinanza

(identico)

- distrettuale alla programmazione locale e alla realizzazione del sistema integrato dei servizi alla persona;
- c) l'organizzazione e lo sviluppo degli osservatori distrettuali sulla rete integrata dei servizi e degli interventi sociali e il monitoraggio dell'offerta e della spesa;
 - d) l'implementazione del sistema informativo dei servizi sociali su base distrettuale;
 - e) la tenuta dei registri dei soggetti privati e sociali solidali e delle altre organizzazioni che partecipano alla realizzazione del sistema integrato;
 - f) le funzioni, di cui all'articolo 40 della legge regionale n. 23 del 2005, delegate dai comuni singoli in materia di autorizzazione alla realizzazione e al funzionamento di servizi e strutture sociali e socio-sanitarie a ciclo semiresidenziale e residenziale, a gestione pubblica o privata.

2. È istituita la Conferenza territoriale socio-sanitaria composta dai sindaci dei comuni che ricadono nell'ambito territoriale delle ASL e da un rappresentante della Consulta locale di cittadinanza, di cui al comma 3. Alla Conferenza territoriale socio-sanitaria spettano tutte le funzioni finora attribuite alla Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria dalla legge regionale n. 23 del 2005 e dalla legge regionale n. 10 del 2006. La Conferenza, nella prima seduta, elegge tra i suoi componenti un presidente e un ufficio di presidenza composto da un vicepresidente e da un segretario. La prima convocazione della Conferenza territoriale socio-sanitaria è effettuata dal direttore generale della ASL di riferimento.

3. La Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, con specifico provvedimento, sottoposto al parere della Commissione consiliare competente, istituisce la Consulta generale di cittadinanza e le Consulte locali di cittadinanza e ne definisce composizione, funzioni e modalità di funzionamento. La Consulta generale è composta da rappresentanti di associazioni accreditate a livello regionale che operano nel settore socio-sanitario, da rappresentanti dei comuni e delle aziende sanitarie locali ed esprime, in particolare, il parere obbligatorio, ma non

vincolante, sul Piano socio-sanitario regionale. Nelle aziende sanitarie locali sono istituite una o più Consulte locali di cittadinanza, le quali esprimono, in particolare, parere obbligatorio, ma non vincolante, sul Programma sanitario annuale e triennale dell'azienda sanitaria locale.

4. Dopo il comma 1 dell'articolo 2 della legge regionale 21 gennaio 2014, n. 7 (legge finanziaria 2014) è aggiunto il seguente:

"1 bis. Per il triennio 2014, 2015 e 2016 la programmazione in ambito sociale di cui al comma 1 è limitata alle annualità 2015 e 2016. Per la sola annualità 2014 l'assunzione degli impegni da parte della Regione prescinde dalla presentazione dei programmi triennali da parte dei comuni ed è effettuata sulla base della normativa di settore e dei criteri vigenti."

Art. 5

Case della salute

1. La Regione, con l'obiettivo di qualificare l'assistenza territoriale al servizio della persona, di integrare i processi di cura e di garantire la continuità assistenziale, individua nella Casa della salute la struttura che raccoglie in un unico spazio l'offerta extraospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi.

2. Le Case della salute operano per conseguire i seguenti obiettivi:

- a) appropriatezza delle prestazioni attraverso percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, presa in carico globale e orientamento di pazienti e famiglie;
- b) riconoscibilità e accessibilità dei servizi;
- c) unitarietà e integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- d) semplificazione nell'accesso ai servizi integrati.

3. Le Case della salute operano secondo i seguenti criteri assicurando le seguenti funzioni:

- a) garantiscono adeguata continuità assistenziale, secondo le esigenze della rete territoriale di riferimento, di norma per sette gior-

Art. 5

Case della salute

(identico)

- ni alla settimana e sulle ventiquattro ore;
- b) assicurano l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) distrettuali e di quelli riferiti all'area dell'integrazione socio-sanitaria, con riguardo alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
 - c) promuovono il lavoro di equipe tra le varie figure professionali: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale, specialisti ambulatoriali, personale sanitario, socio-sanitario e tecnico-amministrativo, operatori sociali;
 - d) sviluppano percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali comuni e condivisi con tutti i professionisti dell'equipe territoriale che partecipano al processo di cura ed assistenza, utilizzando linee guida e protocolli adeguati;
 - e) sviluppano l'informatizzazione del sistema per consentire l'interrelazione fra i professionisti, e tra questi e i nodi della rete integrata dei servizi socio-sanitari del distretto e dei servizi sanitari ospedalieri, così da favorire il massimo livello di integrazione e condivisione delle informazioni;
 - f) garantiscono la funzione di sportello unico di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria (PUA), con possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP);
 - g) prevedono, in rapporto all'ambito territoriale di riferimento, la presenza di adeguati servizi diagnostici e clinici;
 - h) prevedono la presenza di ambulatorio infermieristico e ambulatorio per piccole urgenze che non richiedano l'accesso al pronto soccorso ospedaliero;
 - i) assicurano, secondo le specifiche previsioni della rete regionale dell'emergenza-urgenza, la presenza di un servizio di ambulanze per il pronto intervento sul territorio (punto di soccorso mobile 118), nonché di spazi adeguati per le attività delle associazioni di volontariato, di rappresentanza dei malati, di promozione sociale.

4. L'organizzazione dei servizi secondo i criteri indicati nel comma 3 avviene attraverso il coinvolgimento degli operatori sanitari e sociali

e con la partecipazione degli enti locali e delle loro rappresentanze istituzionali.

5. Le Case della salute sono individuate con deliberazione della Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, garantendo una localizzazione equilibrata delle strutture in tutto il territorio regionale che tenga conto di quelle già esistenti o previste nei piani sperimentali approvati nel corso degli ultimi anni.

Art. 6

Ospedali di comunità

1. Al fine di garantire adeguati livelli di cura per tutte le persone che non abbiano necessità di ricovero in ospedali per acuti, ma che hanno comunque bisogno di un'assistenza sanitaria protetta che non potrebbero ricevere a domicilio, e limitatamente a periodi di tempo medio-brevi, è istituito l'ospedale di comunità (O-sCo) quale presidio di raccordo funzionale tra l'ospedale per acuti e i servizi territoriali.

2. Gli ospedali di comunità sono individuati con deliberazione della Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, garantendo una localizzazione equilibrata delle strutture in tutto il territorio regionale che tenga conto di quelle già esistenti o previste nei piani sperimentali approvati nel corso degli ultimi anni.

3. Le aziende sanitarie locali organizzano, nell'ambito della programmazione e delle specifiche linee-guida regionali, uno o più ospedali di comunità, anche mediante la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti.

Art. 7

Norme finali

1. A seguito della modifica del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, come convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante dispo-

Art. 6

Ospedali di comunità

(identico)

Art. 7

Norme finali

(identico)

sizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), all'articolo 17 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), il Collegio di direzione è organo delle aziende sanitarie.

2. La Giunta regionale, entro centoventi giorni dall'approvazione della presente legge, presenta un apposito disegno di legge che integri le disposizioni presenti, che avviano il processo di riforma del sistema sanitario regionale, con la ridefinizione territoriale del sistema sanitario regionale, anche sulla base degli atti di programmazione di cui alla normativa vigente.

Art. 7 bis

Norma finanziaria

1. Agli oneri derivanti dall'applicazione dell'articolo 3, valutati a regime in euro 600.000 annui, si fa fronte con corrispondenti risparmi da realizzare sul finanziamento delle spese correnti delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, dei policlinici universitari e dell'IN RCA, mediante utilizzo di una pari quota delle risorse iscritte in conto dell'UPB S05.01.001 del bilancio regionale per gli anni 2014-2016 (cap. SC05.0001) e su quelle corrispondenti dei bilanci per gli anni successivi.

2. Nel bilancio della Regione per gli anni 2014-2016 sono introdotte le seguenti variazioni:

SPESA

in diminuzione

STRATEGIA 05

UPB S05.01.001

Spese per il servizio sanitario regionale - parte corrente (cap. SC05.0001)

2014	euro	150.000
2015	euro	600.000
2016	euro	600.000

in aumento

UPB S05.01.001

Spese per il servizio sanitario regionale - parte corrente (cap. NI (Spese per il funzionamento degli organi dell'AREU))

2014	euro	150.000
2015	euro	600.000
2016	euro	600.000

Art. 7 ter

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore nel giorno della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione autonoma della Sardegna (BURAS).