RegioneLombardia
IL CONSIGLIO

Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23

Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

(BURL n. 33, suppl. del 14 Agosto 2015)

urn:nir:regione.lombardia:legge:2015-08-11;23

Art. 1

(Modifiche al Titolo I e al Titolo II della l.r. 33/2009)

1. Alla legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)**(1)** sono apportate le seguenti modifiche:

a) la rubrica del Titolo I è sostituita dalla seguente: *'(Norme sul sistema sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo)'*;

b) gli articoli del Titolo II da 2 a 27 confluiscono nel Titolo I;

c) il Titolo II 'Norme sul servizio sanitario regionale' è abrogato;

d) l'articolo 1è sostituito dal seguente:

'Art. 1

(Oggetto)

1. Il sistema sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo, di seguito denominato sistema sociosanitario lombardo (SSL), promuove e tutela la salute ed è costituito dall'insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali.

2. La presente legge disciplina, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della legislazione nazionale ed internazionale di settore direttamente applicabile nel nostro ordinamento e dello Statuto d'autonomia, il servizio sanitario e sociosanitario regionale (SSR), costituito dall'insieme di funzioni, servizi, attività e professionisti che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria a carico della Regione.

3. La presente legge favorisce, inoltre, per quanto di competenza e nell'ambito del SSL, l'integrazione del SSR con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.';

e) l'articolo 2è sostituito dal seguente:

'Art. 2

(Principi)

1. La programmazione, la gestione e l'organizzazione del SSR sono attuate, nell'ambito del SSL, con la gradualità e nei limiti delle risorse economiche disponibili e si conformano ai seguenti principi:

a) rispetto della dignità della persona, centralità del ruolo della famiglia e dell'equità di accesso ai servizi ricompresi nel SSR;

b) scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, per la cura e la presa in carico, in un'ottica di trasparenza e parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all'interno del SSL;

c) orientamento alla presa in carico della persona nel suo comple[illegible];

d) separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione, svolte dal vertice dell'organizzazione all'articolazione territoriale del SSL **(2)**;

e) promozione della partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità nei confronti dei corretti stili di vita e nei percorsi di prevenzione, di cura, di assistenza e di terapia farmacologica, anche prevedendo politiche finalizzate ad iniziative che favoriscano l'invecchiamento attivo;

f) promozione dell'appropriatezza clinica, della trasparenza amministrativa, economica e organizzativa e della qualità prestazionale;

g) garanzia dei controlli e piena applicazione dei costi standard;

h) sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, in modo da garantire parità di diritti e di doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta;

i) promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione del volontariato, che non devono essere considerate sostitutive di servizi;

j) garanzia dell'universalità del SSL e della continuità terapeutica e assistenziale, attraverso l'implementazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale e l'integrazione con le politiche sociali di competenza delle autonomie locali, coinvolgendo tutti i soggetti pubblici e privati, insistenti sul territorio lombardo, nel rispetto delle relative competenze e funzioni;

k) promozione delle forme di integrazione operativa e gestionale tra i soggetti erogatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del SSL e attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale nell'individuazione delle soluzioni gestionali dei servizi a livello territoriale;

l) promozione e sostegno all'attività di ricerca, sperimentazione e innovazione biomedica e sanitaria in tutte le componenti del SSL e collaborazione con le università con la finalità di promuovere la formazione del personale;

m) valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali con l'obiettivo di ottenere una costante evoluzione della loro professionalità a beneficio del SSL;

n) attuazione dell'attività di prevenzione e di promozione della salute in coerenza con il piano regionale della prevenzione.';

f) l'articolo 3è sostituito dal seguente:

'Art. 3

(Finalità)

1. La Regione, nell'ottica dell'integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali nell'ambito del SSL, attraverso il SSR:

a) tutela il diritto alla salute del cittadino;

b) garantisce adeguati percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;

c) sostiene le persone e le famiglie;

d) promuove, in particolare, l'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale, favorendo la realizzazione di reti sussidiarie di supporto che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche; le reti sono finalizzate a tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da non autosufficienza e da patologie cronico-degenerative.

2. Ai fini della presente legge si intende per:

a) servizio sanitario, l'erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;

b) servizio sociale, l'erogazione di prestazioni assistenziali di supporto alla persona e alla sua eventuale famiglia;

c) servizio sociosanitario, l'erogazione di prestazioni e servizi a elevata integrazione sanitaria e sociale.

3. La Regione individua e promuove con il piano sanitario, sociosanitario e sociale integrato e con i piani di organizzazione strategico aziendali, di cui all'articolo 17, anche azioni che:

a) favoriscono l'appropriatezza clinica ed economica;

b) garantiscono la parità di accesso alle prestazioni e l'equità nella compartecipazione al costo delle stesse;

c) incentivano la responsabilità della persona e della sua famiglia;

d) contemplano anche il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi.

4. Per la stesura del PSL la Regione si può avvalere degli organismi di cui all'articolo 5 comma 13 e del dipartimento di coordinamento unico delle ATS istituito presso l'assessorato competente.

5. La Regione nell'ambito delle proprie competenze, in applicazione dei principi di cui all'articolo 2, al fine di

garantire un accesso appropriato, unico ed integrato al SSL, definisce, anche attraverso l'introduzione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni, le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate.

6. La Regione nell'ambito degli interventi sociosanitari garantisce la libertà di scelta e riconosce la persona quale destinatario delle azioni e degli interventi, anche sulla base della valutazione multidimensionale personalizzata del bisogno. A tali fini istituisce anche un sistema di buoni e voucher da destinare agli utenti.

7. L'accesso alla rete delle unità d'offerta sociosanitarie prevede la compartecipazione al costo delle prestazioni per la parte non a carico del fondo sanitario lombardo, nel rispetto della disciplina nazionale inerente i livelli essenziali di assistenza, secondo modalità e criteri stabiliti dalla Giunta regionale. La Giunta definisce, anche individuando forme sperimentali, le modalità e i protocolli per consentire alle persone con bassa capacità reddituale di accedere alla rete di offerta sociosanitaria, anche attraverso la modulazione delle esenzioni e delle compartecipazioni in base al reddito, anche secondo criteri di progressività e in base alla situazione familiare.';

g) l'articolo 4 è sostituito dal seguente:

'Art. 4

(Piano sociosanitario integrato lombardo)

1. Il Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, approva il piano sociosanitario integrato lombardo (PSL), quale strumento unico e integrato di programmazione coordinata del SSL. Il PSL definisce, sulla base della valutazione epidemiologica territoriale, dei dati del sistema informativo e della rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali:

a) il quadro previsionale dei bisogni della popolazione, basato su una preventiva mappatura epidemiologica territoriale specifica che tenga conto dei problemi emergenti;

b) gli indicatori in base ai quali sono determinati i volumi di attività per ognuno dei livelli essenziali di assistenza, secondo il criterio dell'appropriatezza clinica e dei percorsi diagnostico terapeutici, di prevenzione ed assistenziali;

c) gli indicatori di risultato da impiegare per il controllo e la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità, dell'appropriatezza e dell'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati;

d) i progetti obiettivo e le azioni da adottare per rispondere a specifiche aree di bisogno e le relative modalità di finanziamento, anche in forma sperimentale attraverso l'integrazione con la rete del sistema sociale;

e) le linee di indirizzo del sistema regionale integrato per la prevenzione e la promozione della salute, anche psicofisica, secondo criteri di efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza clinica, a partire da una capillare e puntuale educazione sanitaria, precipuamente in ambiente scolastico, con particolare riferimento alla promozione dei corretti stili di vita e a progetti che incentivino la difesa della salute, anziché la cura della malattia;

f) le linee di indirizzo per l'elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, rispettosi della libertà di scelta del cittadino anche su indicazione del medico di medicina generale e che promuovano un processo di integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle sociali di competenza delle autonomie locali;

g) le linee d'indirizzo che garantiscano la semplificazione delle procedure di erogazione delle prestazioni, nonché dei percorsi di cura ed assistenza, anche attraverso il consolidamento di prassi e sperimentazioni, che permettano l'incremento del beneficio per la salute del cittadino, il miglioramento funzionale ed economico dei servizi erogati al cittadino;

h) l'identificazione del contenuto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie ai fini della riconduzione delle stesse alle categorie di tipo acuto, intermedio, sub acuto, post acuto o riabilitativo a media e bassa intensità nel rispetto della normativa nazionale.

2. Il PSL, coerentemente con il piano sanitario nazionale (PSN), declina gli obiettivi del Piano Regionale di Sviluppo (PRS), ha durata quinquennale e può essere aggiornato annualmente con il documento di economia e finanza regionale (DEFR).';

h) dopo l'articolo 4 è inserito il seguente:

'Art. 4 bis

(Piano regionale della prevenzione)

1. La Regione promuove le attività di prevenzione e di promozione della salute con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisica, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio individuali e ambientali, di ridurre le disuguaglianze favorendo l'accesso alle attività di prevenzione e indicata dalle linee guida sanitarie.
2. Le attività di prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, l'igiene degli alimenti e della nutrizione, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi individuali e ambientali, vengono svolte dal dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS di cui all'articolo 6, comma 6 che coordina anche la rete dei soggetti erogatori delle prestazioni di prevenzione specialistica, in coerenza con il piano regionale della prevenzione (PRP).
3. Il Consiglio regionale, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale, su proposta della Giunta regionale, tenuto conto dei dati rilevati dall'osservatorio di cui all'articolo 5 bis, approva il PRP. Le indicazioni di carattere organizzativo sono rinviate a specifici atti di programmazione.
4. Le attività di promozione della salute e di prevenzione primaria collettiva sono svolte dalle ATS e dalle ASST secondo le relative funzioni e attraverso le proprie articolazioni territoriali.
5. Il PRP ha durata triennale e definisce, in coerenza con il piano nazionale della prevenzione, in quale cornice di valori e principi si sviluppa la pianificazione della prevenzione, con particolare riferimento a:

a) la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione;
b) processi di promozione della salute che attivino il ruolo delle politiche non sanitarie;
c) l'integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema sociosanitario e in particolare l'integrazione territoriale, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria; il lavoro di rete tra operatori, enti e istituzioni coinvolte, a vario titolo, nelle attività di prevenzione e promozione della salute;
d) l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione della prevenzione basata su prove e di evidenza scientifica;
e) la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori, indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori.

6. Il PRP individua, quali assi d'intervento prioritari rivolti anche alla riduzione delle disuguaglianze di salute all'interno del SSL in tutte le sue articolazioni:

a) il miglioramento dell'ambiente fisico, sociale ed economico;
b) l'intervento precoce per la diffusione di stili di vita, nelle sue diverse fasi, per una buona salute e la prevenzione delle malattie cronico-degenerative;
c) la prevenzione delle malattie infettive prevenibili con vaccinazioni secondo le indicazioni dei piani e dei calendari vaccinali;
d) una visione ampia della salute che ricerchi anche le interazioni migliori con i servizi che operano nel campo della salute mentale e per il contrasto alle dipendenze, in modo da rafforzare le azioni che consentono la sorveglianza di varie forme di disagio individuale e sociale e la loro prevenzione.

7. Il PRP inoltre deve:

a) individuare evidenze scientifiche a sostegno delle scelte operative;
b) garantire il corretto utilizzo delle risorse, oltre che il conseguimento del risultato vero di salute;
c) valutare quantitativamente e qualitativamente i risultati raggiunti anche dal punto di vista clinico;
d) costituire strumento per la revisione e la conseguente riprogrammazione degli interventi.';

i) l'articolo 5 è sostituito dal seguente:

'Art. 5
(Funzioni della Regione)
1. La Regione garantisce l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla medesima con risorse proprie, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza della rete ospedaliera. Assicura la presa in carico della persona, garantendo la continuità delle cure erogate e, per quanto possibile nel suo contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati.

2. La Regione esercita funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, garantendo la più efficiente, efficace, economica e appropriata uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio lombardo, anche con il supporto tecnico degli enti del sistema regionale e nei limiti e con la gradualità concessi dalle risorse disponibili.
3. La Regione tutela la salute, assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dalla normativa nazionale e, compatibilmente con le risorse disponibili, ne promuove livelli più elevati. Dispone il reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale e determina i livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini. Assicura, sia a livello centrale sia periferico, una adeguata separazione organizzativa delle funzioni di programmazione, acquisto e terzietà dei controlli, distinguendole da quella di erogazione delle prestazioni. Definisce le regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, nonché le relative tariffe delle prestazioni, compresa la tariffa di presa in carico della cronicità attraverso un sistema in continuo aggiornamento.
4. I requisiti di accreditamento e la contrattualizzazione si ispirano anche al principio della piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti i soggetti erogatori, quale strumento per perseguire la massima efficienza e il migliore soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini.
5. La Regione promuove lo sviluppo e la diffusione di sistemi informativi accessibili sulla qualità delle strutture sanitarie e sociosanitarie, rendendo disponibili dati relativi all'offerta di servizi, ai volumi di attività, alle performance conseguite, nonché alle competenze dei soggetti erogatori.
6. La Giunta regionale approva, entro il 30 novembre antecedente l'anno di riferimento, le regole di sistema per la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti e degli investimenti e la definizione dei contratti stipulati dalle agenzie di tutela della salute di cui all'articolo 6 con i soggetti erogatori; effettua altresì il monitoraggio del sistema e dei costi ed opera periodiche valutazioni circa l'attività svolta all'interno del SSL, pubblicando gli esiti sul sito della Regione.
7. La Regione promuove con propri indirizzi l'appropriatezza clinica e organizzativa, l'utilizzo efficiente delle risorse, la valutazione della qualità dei servizi, declinata in termini di accessibilità, efficacia e gradimento degli utenti, la definizione di adeguate metodologie di monitoraggio e controllo dei servizi. In particolare, la Regione, nell'esercizio della predetta funzione di indirizzo:

a) definisce, consultate le autonomie locali secondo le modalità di cui all'articolo 20, la programmazione territoriale, sulla scorta dei dati epidemiologici e in base a criteri di efficacia, efficienza e valutazione degli esiti, anche avvalendosi di modelli previsionali;

b) predispone un programma di valutazione, secondo le più aggiornate metodologie, dell'efficacia delle tecnologie, delle prestazioni, dei modelli assistenziali, dei farmaci, di programmi e offerte nel campo della promozione della salute e della prevenzione;

c) sulla base delle valutazioni di cui alla lettera b) e conformemente a quanto previsto dal comma 14, fornisce indicazioni circa l'utilizzo appropriato ed efficace di farmaci, dispositivi medici e il governo dell'innovazione in questi settori;

d) elabora linee guida per garantire uniformità di approccio nella cura di patologie e nell'utilizzo di tecnologie diagnostico terapeutiche;

e) elabora modelli previsionali ed epidemiologici utili alla programmazione, collaborando con le società scientifiche e con i centri di ricerca;

f) mette in atto le opportune strategie per promuovere l'appropriatezza delle cure, promuovendo la presa in carico responsabile e continuativa, anche al fine di prevenire comportamenti illegittimi;

g) garantisce l'attività di governo del sistema delle cure primarie, secondo quanto demandato dalla contrattazione nazionale;

h) promuove la crescita di una cultura della salute attraverso la diffusione di conoscenze e di informazioni in grado di accrescere la capacità individuale e collettiva di autotutela nei confronti delle malattie e dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro;

i) attua interventi di comunicazione, educazione e promozione della salute in collaborazione con le istituzioni scolastiche, universitarie e scientifiche, gli organismi professionali e di categoria della sanità, le associazioni di volontariato e di tutela e in raccordo con le funzioni educative e di promozione culturale di competenza degli enti locali e delle altre istituzioni pubbliche;

j) definisce le linee di indirizzo in tema di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria;

k) promuove e facilita progetti relativi a programmi di corretti stili di vita, di utilizzo responsabile dei farmaci, di monitoraggio e verifica dell'aderenza agli stessi programmi, al fine di migliorare l'educazione individuale alla salute;

l) stabilisce i volumi e le tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, di degenza e ambulatoriali che possono essere soddisfatti nella sede pubblica e in quella privata, secondo un corretto rapporto di competitività, assicurando alle agenzie di tutela della salute la definizione di budget territoriali e riservando a queste ultme una quota da destinare in relazione agli specifici fabbisogni del territorio di competenza alla contrattazione locale con i soggetti erogatori;

m) verifica attraverso le relazioni sanitarie aziendali la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi;

n) definisce i criteri per garantire, in aggiunta ai contratti di formazione specialistica ministeriali, le modalità di accesso e il relativo finanziamento, nei limiti delle disponibilità finanziarie del bilancio regionale e comunque senza oneri a carico del fondo sanitario nazionale, per l'attivazione di contratti regionali numericamente e tipologicamente adeguati alle reali necessità del SSL, valutati di concerto con le università lombarde e le associazioni di categoria degli studenti e dei medici in formazione, da assegnare a laureati delle università aventi sede in Lombardia e abilitati all'esercizio della professione.

8. La Regione costituisce il gruppo di approfondimento tecnico per le tecnologie sanitarie (GATTS), nell'ambito e nel rispetto delle indicazioni nazionali di competenza dell'agenzia italiana del farmaco (AIFA), che svolge attività consultiva sull'utilizzo appropriato, efficace ed efficiente dei farmaci, delle protesi, ovvero dei dispositivi dotati di marchio CE e i farmaci dotati di AIC. Il GATTS si occupa di produrre informazioni per le realtà tecniche e professionali del SSL necessarie alla valutazione e utilizzo dei farmaci e delle tecnologie sanitarie nei percorsi diagnostico terapeutici, attraverso l'uso di metodologie validate di valutazione epidemiologica, clinica, sociosanitaria ed economica; fornisce, altresì alle agenzie di tutela della salute, alle aziende erogatrici e all'Azienda regionale centrale acquisti s.p.a. (ARCA) indirizzi per le attività relative alla farmacoeconomia, la farmacoepidemiologia e la farmacovigilanza, attraverso specifici servizi in esse attivati e pubblica sintesi certificate della letteratura scientifica. Presso il GATTS è attivato il centro regionale di farmacovigilanza, già istituito e organizzato con provvedimenti della Giunta regionale che partecipa alla rete europea e nazionale di farmacovigilanza, in attuazione della direttiva UE 2010/84 recepita con Decreto del Ministero della salute. Il GATTS è rinnovato ogni tre anni ed è costituito, con la partecipazione a titolo gratuito, da cinque membri, nominati dalla Giunta regionale, individuati tra gli esperti con documentata esperienza scientifica nella valutazione epidemiologica, sociale ed economica delle tecnologie sanitarie. Il GATTS si avvale altresì di società scientifiche e specifici esperti dei settori oggetto delle specifiche valutazioni.

9. La Regione, in coerenza con la normativa nazionale ed europea, promuove e coordina la collaborazione anche con le realtà economiche, produttive e commerciali locali ed internazionali, finalizzata al miglioramento degli standard qualitativi e al concorso del SSL al rilancio strategico e socioeconomico territoriale della Lombardia, anche attraverso lo sviluppo di progetti di cooperazione internazionale e di partenariato in ambito sanitario, pubblicando annualmente una relazione sul sito della Regione.

10. La Giunta regionale definisce strategie di gestione del rischio clinico delle strutture pubbliche attraverso un percorso uniforme e integrato inteso a prevenire eventi avversi ed utili a fornire alle medesime strutture e, per quanto di competenza, ai professionisti forme di copertura assicurativa o di altre analoghe misure che forniscano strumenti per la copertura dei rischi e dei danni derivanti da responsabilità professionale, nonché alla responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori d'opera. Tali strategie sono finalizzate a garantire livelli uniformi di tutela del paziente e degli operatori a livello di sistema regionale, assicurando omogeneità nella gestione e valutazione dei sinistri, attraverso la determinazione di criteri e obiettivi per la definizione transattiva e stragiudiziale dei medesimi, per ottenere la riduzione dei tempi e determinare la complessiva congruità dei risarcimenti eventualmente riconosciuti da parte degli operatori del SSL.

11. Ferme restando le disposizioni legislative vigenti in materia assicurativa, anche attraverso il coinvolgimento delle categorie professionali interessate, la Regione definisce in sede di approvazione del PSL le aree di rischio clinico rispetto alle quali è necessario sviluppare i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) da utilizzare come linee guida del SSL, finalizzate ad ottenere la riduzione della pratica della cosiddetta medicina

difensiva.

12. La Regione promuove e sostiene l'attività di ricerca, innovazione e sperimentazione e coordina, anche avvalendosi della Fondazione regionale per la ricerca biomedica, le attività nell'ambito della rete di strutture specialistiche di riferimento, nonché, nel rispetto del principio di autonomia, l'alta specializzazione degli IRCCS.

13. Per garantire il raggiungimento dei propri obiettivi, la Regione può avvalersi di ulteriori organismi di supporto, quali i tavoli tecnici tematici e l'Osservatorio integrato del SSL di cui al comma 14, la cui composizione e modalità di funzionamento sono definite con deliberazioni della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare e i presidenti dei consigli di rappresentanza dei sindaci.

14. Al fine di valorizzare negli atti di indirizzo e programmazione regionale le istanze provenienti dal mondo scientifico del lavoro e delle professioni, la Regione istituisce l'Osservatorio integrato del SSL, rappresentativo di tutte le professioni e delle realtà sanitarie, sociosanitarie e sociali operanti nella Regione, attraverso il coinvolgimento del GATTS di cui al comma 8, degli ordini, collegi, associazioni di categoria e imprenditoriali, organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, società scientifiche, associazioni di volontariato, rappresentanze di cittadini e pazienti, università e istituti, agenzie, aziende sociosanitarie e IRCCS di diritto pubblico e privato, nonché di singoli esperti o rappresentanze specifiche che ne facciano motivata richiesta. Nell'ambito dell'Osservatorio sono costituiti tavoli tematici, anche permanenti, finalizzati all'espressione di pareri. Compito prioritario dell'Osservatorio è la valutazione, preventiva alla sua trasmissione in Consiglio regionale, del PSL e delle sue variazioni, con l'espressione di un parere consultivo, comprensivo di eventuali proposte di modifiche. Nell'ambito dell'Osservatorio sono altresì svolte le funzioni della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2 bis, 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) alla quale partecipano i presidenti delle conferenze dei sindaci delle agenzie per la tutela della salute ed i rappresentanti regionali delle autonomie locali.

15. La Regione, graduando l'attivazione in funzione delle disponibilità finanziarie, può introdurre nel SSL la presa in carico delle malattie rare, delle terapie con ausilio di animali e delle cure odontoiatriche e della salute del cavo orale, prevedendo, con appositi atti di Giunta regionale, i relativi meccanismi di accreditamento e contrattualizzazione analogamente alle altre prestazioni erogate dal SSL.

16. La Regione favorisce la crescita e lo sviluppo dei soggetti pubblici e privati, erogatori e non, diretti o indiretti, appartenenti anche al terzo settore, anche attraverso la definizione di modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo. La Regione promuove ed elabora, altresì, forme e modelli di integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, sentiti i tavoli tecnici e tematici e l'Osservatorio di cui al comma 14, al fine di dare concreta e piena attuazione al principio di sussidiarietà orizzontale e di valorizzare la piena espressione delle rispettive capacità progettuali, tenuto conto delle caratteristiche di ciascuno nel sistema delle relazioni che concorrono ai diversi ambiti del SSL.

17. La Regione assicura l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari attraverso tutti i soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata, ivi compresi gli IRCCS di diritto pubblico e privato e favorisce l'integrazione con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.';

j) dopo l'articolo 5 è inserito il seguente:

'Art. 5 bis

(Osservatorio epidemiologico regionale)

1. Nell'ambito della competente direzione generale della Giunta regionale è costituito l'Osservatorio epidemiologico regionale con il compito di:

a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del servizio sanitario, di strumenti di osservazione epidemiologica secondo una metodologia di rilevazione programmata al fine di produrre statistiche sanitarie omogenee;

b) raccogliere dai vari livelli del servizio sanitario dati che riguardano lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione;

c) elaborare i dati contenuti nei flussi informativi provenienti dai vari livelli del SSL, compresi quelli previsti dalla normativa nazionale e regionale, al fine di produrre statistiche sanitarie relative allo stato di salute e alle fragilità;

d) fornire tutte le informazioni di supporto necessarie alle diverse direzioni generali della Giunta regionale per l'attuazione delle attività di programmazione sanitaria, di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza in materia sanitaria, di controllo di qualità delle prestazioni sanitarie;

e) acquisire informazioni di interesse epidemiologico da fonti internazionali, nazionali e regionali;

f) identificare i fattori responsabili della patogenesi delle malattie e individuare le condizioni individuali e ambientali che predispongono all'insorgenza di malattie;

g) programmare e attuare indagini volte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario e migliorare gli interventi sanitari;

h) assicurare il ritorno delle informazioni raccolte ed elaborate agli operatori delle aziende sanitarie, nonché la diffusione ai cittadini attraverso l'accessibilità on line e la pubblicazione sul sito web di rapporti, analisi;

i) osservazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) utilizzati in Lombardia, al fine di ottimizzare le prestazioni eseguite dal SSR ed evitare interventi inutili e dannosi;

j) fornire tutte le informazioni e dati di supporto necessari alle diverse direzioni generali della Giunta regionale e al Ministero della Salute per l'attuazione delle leggi regionali e nazionali.

2. L'Osservatorio epidemiologico attiva collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni, con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto superiore di sanità, con le università, gli enti di ricerca e con le strutture sanitarie pubbliche e private in grado di fornire supporto per il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 1.

3. La Regione provvede a predisporre rapporti periodici sul quadro epidemiologico regionale e territoriale, il cui confronto cronologico evidenzi i risultati in termini di riduzione della mortalità, della incidenza delle malattie e degli indicatori degli obiettivi di salute.';

k) l'articolo 6 è sostituito dal seguente:

'Art. 6

(Agenzie di tutela della salute)

1. Sono istituite le agenzie di tutela della salute, di seguito denominate ATS, come da allegato 1 che costituisce parte integrante della presente legge.

2. Le ATS sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie. L'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata. Le ATS garantiscono l'integrazione di tali prestazioni con quelle sociali di competenza delle autonomie locali. Le ATS stipulano contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PSL. In particolare, le ATS devono garantire l'attuazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i).

3. Alle ATS, anche attraverso l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, sono in particolare attribuite le seguenti funzioni:

a) negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione, come previsto dall'articolo 5, comma 3; su richiesta dei comuni e ai fini di una migliore integrazione con le prestazioni sociosanitarie, le ATS possono estendere tali attività anche alle prestazioni sociali, i cui oneri non possono comunque gravare sul fondo sanitario regionale;

b) governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;

c) governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie;

d) governo e promozione dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione;

e) promozione della sicurezza alimentare medica e medica veterinaria;

f) prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico;

g) sanità pubblica veterinaria;

h) attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica;

i) vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le cadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11.

4. Le ATS possono attivare un sistema di acquisti in rete attraverso forme di acquisizione aggregata, secondo modalità operative definite dalla Giunta regionale e nel rispetto del coordinamento e degli indirizzi di ARCA.
5. Le ATS, sentiti i consigli di rappresentanza dei sindaci e le assemblee dei sindaci di cui all'articolo 20 e secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, per garantire l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale si avvale del dipartimento di cui al comma 6, lettera f), e per organizzare tale integrazione, anche attraverso i piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e alla legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario).
6. Ogni ATS adotta l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà territoriale, sottoponendola all'approvazione della Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, articolandosi nei seguenti dipartimenti:

a) dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria;
b) dipartimento delle cure primarie;
c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
d) dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale;
e) dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali;
f) dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali, con la possibilità di attivare una cabina di regia con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento, la cui composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'ATS secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale, anche al fine di risolvere le situazioni di criticità di natura sociosanitaria riscontrate nel territorio di propria competenza.

7. Le ATS provvedono alla riscossione dei ticket anche sulle proprie prestazioni sanitarie, nonché all'autorizzazione e al coordinamento della riscossione diretta da parte dei soggetti erogatori che ne facciano richiesta e, in tutti i casi di accertamento di dichiarazioni mendaci rese dagli interessati ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, procedono al recupero delle somme non riscosse, nonché all'applicazione, secondo le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689 (Modifiche al sistema penale) e della legge regionale 1 febbraio 2012, n. 1 (Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria), della sanzione amministrativa pecuniaria di cui all'articolo 316-ter, secondo comma, del codice penale. Le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dalle ATS e possono essere destinate anche all'abbattimento delle quote di compartecipazione dei cittadini ed alla riduzione delle liste d'attesa.
8. Le ATS ispirandosi ai principi di cui all'articolo 2, al fine di garantire un'efficace, efficiente, appropriata ed economica integrazione delle attività di erogazione dei servizi del SSL, prevedono che i soggetti erogatori di diritto pubblico che hanno sede ed operano sul territorio di propria competenza svolgano attività finalizzate ad ottenere il coordinamento e l'integrazione dell'erogazione di prestazioni che permettano di completare e ottimizzare l'erogazione dei propri servizi.
9. Quanto previsto dal comma 8 avviene mediante la stipula di specifici accordi che non possono modificare, né tutto né in parte, i criteri, le modalità e l'ammontare delle remunerazioni delle prestazioni erogate oggetto dell'accordo, fatta salva la preventiva ed espressa autorizzazione della Regione. In ogni caso gli accordi di cui sopra acquistano efficacia se non ratificati dal direttore generale dell'assessorato competente.
10. Con le medesime modalità ed i limiti di cui ai precedenti commi, le ATS possono autorizzare la stipula di accordi anche con soggetti privati accreditati di cui all'articolo 8, purché in possesso di tutti i requisiti necessari per lo svolgimento dell'attività richiesta e previo espresso e preventivo consenso degli stessi soggetti privati.
11. Le ATS, coerentemente con il PSL di cui all'articolo 4, comma 1, lettere a) e b), e in applicazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 7, possono concordare con i soggetti erogatori che operano sul proprio territorio di

competenza di modificare la propria offerta, al fine di rispondere con maggiore appropriatezza ai bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini. In mancanza di un'adeguata offerta territoriale, le ATS adeguano la propria attività di programmazione per rispondere alla domanda inevasa di prestazioni sociosanitarie e sanitarie.';

l) l'articolo 7 è sostituito dal seguente:

'Art. 7

(Aziende socio sanitarie territoriali e aziende ospedaliere)

1. Sono istituite le aziende socio sanitarie territoriali, di seguito denominate ASST, come da allegato 1.

2. Le ASST, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Tale attivitàè volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale. In particolare le ASST operano garantendo la completa realizzazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i).

3. Fermo restando il principio della libera scelta da parte del cittadino e in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), le ASST garantiscono e valorizzano il pluralismo socioeconomico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali, e degli enti del terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e assicurano un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

4. Le ASST si articolano in due settori aziendali rispettivamente definiti rete territoriale e polo ospedaliero, che afferiscono direttamente alla direzione generale. La responsabilità di garantire il coordinamento della gestione di ciascun settore aziendale spetta al direttore generale il quale, al fine di ottimizzare il funzionamento e la gestione dei settori aziendali, può attribuire esclusivamente al direttore sanitario la funzione di direzione del settore aziendale polo ospedaliero ed esclusivamente al direttore sociosanitario la funzione di direttore del settore aziendale rete territoriale. La remunerazione delle prestazioni connesse allo svolgimento di tali incarichi s'intende ricompresa nel compenso pattuito al momento del conferimento della nomina da parte del direttore generale delle funzioni e dell'incarico di direttore sanitario e direttore sociosanitario delle ASST.

5. Considerata la complessità organizzativa e funzionale dei settori aziendali delle ASST, la direzione generale deve garantire sia la specificità che il coordinamento delle attività svolte dai rispettivi settori aziendali. A tal fine il direttore generale può conferire a ciascun settore aziendale, anche parzialmente, autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale, per lo svolgimento delle funzioni del settore aziendale, onde permettere il conseguimento degli obiettivi aziendali ricavabili dalla presente legge e di quelli attributi annualmente dal direttore generale.

6. Il direttore generale, che mantiene la piena potestà gestionale delle ASST, può revocare una o entrambe le funzioni di direzione dei settori aziendali conferiti per ragioni organizzative e gestionali.

7. Il direttore amministrativo, tenuto conto degli obiettivi aziendali dei settori rete territoriale e polo ospedaliero, sovraintende per quanto di propria competenza all'attività contabile ed amministrativa dei settori aziendali, garantendo l'unicità e l'universalità del bilancio delle ASST.

8. Alla direzione sanitaria e/o alla direzione sociosanitaria, secondo le indicazioni della direzione generale, nei settori aziendali polo ospedaliero e rete territoriale afferiscono le professioni sanitarie, ordinate sulla base di una specifica organizzazione, da definire nei piani di organizzazione aziendale, che garantisca una direzione delle attività di assistenza, tecnico sanitaria, prevenzione e riabilitazione, nelle aree previste dalla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica).

9. Il settore aziendale polo ospedaliero si articola in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri. Questo settore è prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede dell'offerta sanitaria specialistica.

10. Il settore aziendale polo ospedaliero è organizzato su più livelli che distinguono i presidi ospedalieri e/o i dipartimenti per complessità di cura, tecnologica e organizzativa in coerenza con la normativa nazionale. Nel settore aziendale polo ospedaliero le unità operative sono organizzate in strutture dipartimentali, secondo quanto

previsto dalla normativa nazionale e dai CCNL di riferimento; il dipartimento di emergenza e urgenza è costituito nelle aziende e nei presidi individuati dalla programmazione regionale. La Giunta regionale dispone, nell'adozione del POAS, che in ogni ASST sia individuato il polo ospedaliero costituito da almeno un presidio ospedaliero.
11. Il settore aziendale rete territoriale delle ASST, per quanto di propria competenza, eroga le prestazioni distrettuali di cui al d.lgs. 502/1992, coerentemente a quanto previsto nella presente legge. Le ASST favoriscono l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali.
12. Il settore aziendale rete territoriale delle ASST, nei limiti e nelle forme della presente legge, eroga prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, le cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali. Il settore aziendale rete territoriale eroga, altresì, le prestazioni distrettuali fornite alle persone, che erano erogate dalla ASL, ad eccezione di quelle ora espressamente attribuite alle ATS. Eroga, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari, eventualmente delegate dalle ATS o dalle autonomie locali, in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità. Le attività di prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi ambientali e individuali, sono svolte con il coordinamento del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS, in coerenza con il PRP che assicura la funzione di governance e l'identificazione dei soggetti erogatori delle prestazioni.
13. Al settore rete territoriale, secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali nei limiti previsti dalla presente legge e al quale afferiscono:

a) i presidi ospedalieri territoriali (POT);
b) i presidi socio sanitari territoriali (PreSST).

14. Le ASST gestiscono i POT e i PreSST direttamente, ovvero anche mediante la stipulazione di accordi tra le stesse e altri soggetti erogatori accreditati, validati dalla competente ATS. Tali presidi possono essere preferibilmente organizzati in collegamento funzionale con le unità complesse di cura primarie, garantendo il coordinamento con l'attività degli specialisti ambulatoriali, anche attraverso il relativo elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC). Tali presidi devono essere ben identificabili dal cittadino e costituiti all'interno di strutture, quali presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture territoriali e unità d'offerta sociosanitarie, collegate in via informatica con l'azienda di appartenenza e dotate di strumentazioni di base, che costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità, e concorrono a garantire la continuità delle cure.
15. I POT sono strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSL, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.
16. I PreSST costituiscono una modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità. I PreSST:

a) erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità;
b) possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente;
c) promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria.

17. I PreSST possono essere anche organizzati secondo le modalità previste per l'ospedale di comunità di cui al punto 10.1 dell'Allegato 1 del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70.
18. La Regione può istituire nuove aziende ospedaliere, secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente.
19. Nell'ambito della ATS della Città Metropolitana di Milano e della ATS montagna, in ragione della peculiarità territoriale, possono essere individuati dalla Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentite le conferenze dei sindaci territorialmente competenti, particolari modelli gestionali, organizzativi ed aziendali che consentono un miglioramento della rete dell'offerta e una sua razionalizzazione.
20. Fatto salvo quanto definito al comma 2, le singole funzioni disciplinate nel presente articolo possono, in ogni caso, essere svolte anche da soggetti di diritto privato di cui all'articolo 8.';

m) dopo l'articolo 7 è inserito il seguente:

'Art. 7 bis

(Distretti)

1. In ogni ATS sono costituiti un numero di distretti pari al numero delle ASST comprese nelle ATS medesime.

2. La ATS si articola in distretti che hanno competenza sul territorio corrispondente a quello del settore aziendale territoriale delle ASST di cui all'Allegato 1 della presente legge. I distretti sono articolati dalla ATS in ambiti distrettuali, comprendenti ciascuno una popolazione di norma non inferiore a 80.000 abitanti. Nelle aree ad alta densità abitativa tale rapporto è elevato fino a 120.000 abitanti. Nelle aree montane e nelle aree a scarsa densità abitativa, l'ambito può comprendere una popolazione minima di 25.000 abitanti. Per la Città Metropolitana di Milano i distretti e le relative articolazioni in ambiti distrettuali tengono conto delle articolazioni territoriali funzionali della stessa.

3. I distretti delle ATS e le loro articolazioni territoriali di cui all'articolo 20, comma 1, con la direzione sociosanitaria delle ASST assicurano che le ASST e i soggetti erogatori del SSL abbiano risorse sufficienti per garantire l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni distrettuali.

4. I distretti partecipano alla cabina di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f).

5. I distretti della ATS, nell'ambito delle risorse assegnate, hanno autonomia economica-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle funzioni assegnate e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, compreso il coordinamento delle attività. I distretti delle ATS contribuiscono alla programmazione per la realizzazione della rete d'offerta territoriale, al fine di:

a) fornire informazioni alle ATS per l'analisi della domanda del territorio e per la programmazione delle attività, ai fini della stesura del POAS delle ATS;

b) partecipare alle azioni di governo della domanda del territorio di propria competenza in collaborazione con i professionisti di cui all'articolo 10;

c) contribuire a garantire le attività di informazione, educazione e orientamento all'utenza, nonché all'accoglienza e alla presa in carico delle persone fragili con problematiche complesse, prestando particolare attenzione alla famiglia e al suo contesto di vita;

d) coordinare la realizzazione degli interventi di promozione della salute e la realizzazione delle campagne di screening.

6. I distretti afferiscono direttamente alle direzioni generali delle ATS e interagiscono con tutti i soggetti erogatori insistenti sul territorio di competenza, al fine di realizzare la rete d'offerta territoriale, anche attraverso il coinvolgimento, per i servizi di competenza delle autonomie locali, delle assemblee dei sindaci dei piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), al fine di contribuire a garantire le funzioni di cui all'articolo 3-quinquies d.lgs. 502/1992.

7. L'erogazione delle prestazioni relative alle funzioni distrettuali di cui al comma 6 sono affidate alle ASST ed ai soggetti erogatori del SSL, fatta eccezione per quelle prestazioni che le ATS, conformemente a quanto previsto dalle presente legge, possono erogare direttamente. In ogni caso, l'erogazione delle prestazioni distrettuali è garantita e assicurata dall'attività di programmazione e acquisto delle prestazioni e dei servizi da parte delle ATS.';

n) l'articolo 8 è sostituito dal seguente:

'Art. 8

(Strutture private accreditate)

1. I soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari che mantengono la propria autonomia giuridica e amministrativa rientrano nella programmazione e nelle regole del SSL e ne sono parte integrante, concorrono all'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 7, in relazione al proprio assetto giuridico ed amministrativo.

2. I soggetti erogatori di cui al comma 1, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale e in coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS competenti per le prestazioni previste dalla programmazione di cui al comma 1 contratti analoghi a quelli previsti per le ASST di cui all'articolo 7, assumendo e rispettando i medesimi diritti e doveri, ove applicabili, previsti per le strutture pubbliche senza contributi aggiuntivi diversi da quelli previsti dalla presente legge.

3. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle strutture private sociali ai fini dell'integrazione dell'attività sociale con le attività sanitarie e sociosanitarie compatibilmente con la normativa nazionale e regionale.';

o) l'articolo 9 è sostituito dal seguente:

'Art. 9

(Modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile)

1. Il SSL attiva modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere sia territoriali.

2. La Regione adotta e mantiene aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponde una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito, fatte salve eventuali forme di integrazione della tariffa prevista per il ricovero.

3. La Regione a tali fini definisce in particolare:

a) le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno;

b) i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica o privata, che intendono attuare il modello di cui al comma 2, anche prevedendo un sistema premiante e penalizzante in funzione degli esiti riferiti all'incidenza di ricoveri e complicanze dei percorsi per la cronicità.

4. L'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 2 e 3 può prevedere fasi di progressiva e graduale messa a regime.';

p) l'articolo 10 è sostituito dal seguente:

'Art. 10

(Sistema delle cure primarie)

1. L'assistenza primaria viene erogata dai medici di medicina generale (MMG), dai pediatri di libera scelta (PLS) e dai medici di continuità assistenziale secondo quanto previsto nei LEA e negli accordi collettivi nazionali e di categoria, nonché secondo competenza e ruolo disciplinati dalla Regione Lombardia, in aderenza ai principi di valorizzazione, di responsabilità, di controllo e di formazione indipendente.

2. L'assistenza primaria, che comprende anche la partecipazione alla procedura di valutazione multidimensionale del bisogno, articola il proprio intervento secondo i seguenti livelli prestazionali:

a) l'assistenza sanitaria primaria;

b) la partecipazione alla presa in carico della persona fragile e cronica secondo i modelli di cui all'articolo 9;

c) gli interventi in ambito di integrazione sanitaria e sociosanitaria con quella sociale, che può prevedere il coinvolgimento delle autonomie locali, mediante la partecipazione delle rispettive assistenti sociali.

3. Rientrano tra le forme organizzative dell'assistenza sanitaria primaria le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) di MMG e di PLS, e le unità complesse di cure primarie (UCCP), come previsto dal decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute) convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e dagli accordi collettivi nazionali di categoria. La Regione promuove nelle competenti sedi, compresa la contrattazione decentrata, il perseguimento dei seguenti obiettivi riferiti all'assistenza sanitaria primaria che:

a) è erogata negli studi di MMG e anche al domicilio del paziente, garantendo l'accesso diretto e illimitato;

b) assicura un accesso appropriato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie attraverso la personalizzazione del percorso assistenziale, il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti sanitari presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie e l'interazione con le cure di alta specialità;

c) concorre al contrasto dell'inappropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
d) concorre alle campagne di educazione alle terapie e di prevenzione delle malattie e delle loro complicanze secondo le indicazioni stabilite dalle ATS.

4. Le AFT sono coordinate da uno dei componenti medici che ne fanno parte, con attitudini manageriali e relazionali e adeguata conoscenza dei processi sanitari e sociosanitari. Il coordinatore garantisce il raccordo tra le AFT con gli altri attori del sistema territoriale per assicurare la continuità di presa in carico della persona nell'ambito del settore ospedaliero e del settore territoriale.
5. Le ATS individuano le AFT tenendo conto del bacino territoriale, dell'ubicazione dei singoli studi dei medici e della presenza di associazioni di MMG o PLS, al fine di mantenere o realizzare una ulteriore razionalizzazione dell'offerta, anche in termini di accessibilità alle prestazioni.
6. Negli studi di MMG e di PLS è favorita la presenza di personale di studio, di infermieri e la collaborazione di professionisti sanitari con adeguato profilo professionale. Gli studi di MMG possono accreditarsi per erogare prestazioni strumentali di primo livello, anche attraverso il ricorso a sistemi di telemedicina o altre soluzioni tecnologicamente avanzate, e possono essere sede di attività specialistiche ambulatoriali compatibili con le caratteristiche strutturali e organizzative.
7. Le azioni di presa in carico della persona, nella prospettiva della continuità assistenziale e nella gestione dei percorsi di cura e assistenza, sono assicurate dalle AFT e dalle UCCP. Le UCCP, che possono coordinare le AFT insistenti sul territorio di pertinenza, costituiscono forme organizzative complesse a carattere multiprofessionale che operano in maniera integrata all'interno di strutture o presidi.
8. Le UCCP sono costituite secondo le modalità stabilite dalla Regione e dirette secondo quanto previsto dal d.l. 158/2012 convertito dalla l. 189/2012. Alle UCCP possono essere affidate funzioni sanitarie e/o amministrative, quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione ed erogazione protesica. Le UCCP possono essere autorizzate ad operare in integrazione funzionale con il settore ospedaliero delle ASST di cui all'articolo 7, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS e degli altri soggetti erogatori sanitari e sociosanitari di diritto pubblico e privato.
9. Con deliberazione della Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, sono definiti i requisiti organizzativi e i criteri funzionali per l'accreditamento e le modalità di integrazione delle UCCP con l'articolazione della rete di offerta. Nell'ambito delle UCCP è prevista l'attività di coordinatore di cure primarie, identificato tra i professionisti sanitari, per la gestione del piano di cure, predisposto dal medico di cure primarie, con particolare riguardo all'assistenza primaria e domiciliare, al fine di assicurare la collaborazione e il raccordo tra gli MMG e le articolazioni territoriali sanitarie e sociosanitarie, per accogliere e accompagnare la persona e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e alle opportunità della rete di offerta territoriale ed ospedaliera, sanitaria e sociosanitaria.
10. Nell'ambito del settore delle cure primarie, governato dalle ATS territorialmente competenti, è istituito il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, inteso come il servizio infermieristico e delle professioni sanitarie singolo o associato a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali. Sono altresì introdotte nel SSL le farmacie di servizio, come previsto dall'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 (Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile).
11. La Regione favorisce l'esercizio in forma associata dell'attività dei medici di cure primarie, preferibilmente attraverso l'erogazione delle relative prestazioni nei POT e nei PreSST ovvero con forme aggregative alternative per particolari territori disagiati.';

q) l'articolo 11 è sostituito dal seguente:
'Art. 11
(Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo)
1. La Regione istituisce l'Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo quale ente di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile.
2. Sono organi dell'Agenzia di controllo che restano in carica non oltre la durata della legislatura:
a) il direttore, nominato dal Presidente della Giunta regionale, individuandolo da un elenco stilato dal comitato tecnico consultivo di cui all'articolo 4 della legge regionale 10 dicembre 2008, n. 32 (Disciplina delle nomine e

designazioni della Giunta regionale e del Presidente della Regione), tra i partecipanti ad un bando predisposto dalla Giunta regionale per la selezione di candidati con particolare esperienza di gestione dei sistemi sanitari e socio sanitari e di sistemi di qualità connessi all'attività sanitaria e sociosanitaria e con specifiche competenze legali e gestionali; il rapporto di lavoro del direttore è regolato da un contratto di diritto privato, di durata non superiore a cinque anni, rinnovabile, nel quale sono disciplinate gli aspetti retributivi e le cause di risoluzione;

b) il collegio sindacale, secondo la composizione di cui all'articolo 3 ter, comma 3 del d.lgs. 502/1992;

c) il comitato di direzione, alle cui riunioni partecipa anche il direttore, è composto da tre membri nominati dal Presidente della Giunta regionale, su indicazione della Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza del Consiglio regionale, individuati da un elenco stilato dal comitato tecnico consultivo di cui all'articolo 4 della l.r. 32/2008, tra i partecipanti ad un bando predisposto dalla Giunta regionale per la selezione di candidati con particolare esperienza di gestione dei sistemi sanitari e socio sanitari e di sistemi di qualità connessi all'attività sanitaria e sociosanitaria e con specifiche competenze legali e gestionali. Il comitato tecnico consultivo, in particolare, individua nell'elenco le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il triplo ed il quadruplo dei membri da nominare, anche avvalendosi per la selezione, di test, questionari e/o colloqui individuali, e descrive le caratteristiche dei candidati individuati.

3. La Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza può conferire l'incarico di membro del comitato di direzione anche ad altro soggetto, purché inserito nell'elenco di cui alla lettera c).

4. L'Agenzia di controllo, quale organismo tecnico-scientifico terzo ed indipendente, svolge le seguenti funzioni:

a) predispone e propone alla Giunta regionale che lo approva, previo parere della commissione consiliare competente, il piano annuale dei controlli e dei protocolli; la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS deve essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi. Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL s'intendono, esclusivamente per l'esercizio di tale attività, funzionalmente collegate con l'Agenzia di controllo, che ne coordina l'attività verificando la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS;

b) programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS, in accordo con le ATS di competenza su tutto il territorio regionale;

c) definisce gruppi di lavoro multidisciplinari, attingendo dalle strutture di cui alla lettera a), provenienti da più ATS, per l'effettuazione delle diverse tipologie di controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie;

d) individua e valuta un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli, non limitato all'esame a campione, ma articolato in un diffuso raffronto di dati e indicazioni per prestazioni omogenee che garantiscano la rispondenza ai criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati, anche attraverso l'analisi dell'incidenza dei costi sui fattori di produzione dei soggetti erogatori;

e) valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della remunerazione delle funzioni non tariffabili e, in funzione degli esiti analitici, propone ulteriori indicatori alla Giunta regionale;

f) valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione delle maggiorazioni tariffarie di cui all'articolo 27 bis;

g) analizza i dati che derivano dall'attività di controllo e fornisce alla Giunta regionale elementi utili per l'aggiornamento del sistema degli indicatori di efficacia ed efficienza a supporto della programmazione, del sistema di valutazione delle performance, utilizzando metodologie di revisione tra pari e al fine di rendere, mediante un'adeguata informazione, la scelta del cittadino consapevole e responsabile;

h) valuta che le procedure di acquisto, effettuate in forma aggregata e/o da ARCA, nell'interesse del SSL, siano conformi ai principi di buon andamento, imparzialità, economicità e appropriatezza;

i) raccoglie i dati oggetto della propria attività di controllo del SSL e le informazioni sulla soddisfazione degli utenti, anche in collaborazione con l'Agenzia di promozione del SSL di cui all'articolo 14, e con l'obbligo di presentare una relazione annuale al Consiglio regionale e di provvedere alla successiva pubblicazione integrale della relazione, completa di dati esaustivi, in modo puntuale e trasparente.

5. Le funzioni di cui alle lettere a), d), e), f), g), h) e i) del comma 4 sono in capo al comitato di direzione. Le funzioni di cui alla lettera b) sono in capo al direttore generale. Le funzioni di cui alla lettera c) sono in capo al direttore generale, sentito il comitato di direzione.

6. Il comitato di direzione valuta il raggiungimento degli obiettivi annuali assegnati al direttore, anche ai fini della valutazione sulla retribuzione di risultato, e propone alla Giunta regionale la risoluzione del contratto nel caso in cui ravvisi la sussistenza di gravi inadempienze o violazioni di legge o dei principi di buon andamento ed imparzialità dell'attività amministrativa.

7. La Regione e tutti gli enti del sistema sono tenuti a fornire all'Agenzia tutti i dati e le informazioni utili all'espletamento dei compiti alla stessa affidati dalla presente legge. I risultati dell'attività del GATTS di cui all'articolo 5, comma 8, possono essere utilizzati dall'Agenzia di controllo per lo svolgimento della propria attività.

8. Qualora le ATS non si conformino alle richieste formulate dall'Agenzia, la stessa Agenzia invia alla Giunta regionale la segnalazione di tali omissioni, affinché quest'ultima provveda all'assunzione di provvedimenti opportuni nei confronti della ATS inadempiente.

9. Ai fini della piena funzionalità dell'Agenzia, su proposta del comitato di direzione, la Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, definisce la sede, la struttura organizzativa, il patrimonio e le risorse professionali e finanziarie.';

r) l'articolo 12 è sostituito dal seguente:

'Art. 12

(Organi delle ATS, delle ASST, delle AO e degli IRCCS)

1. Sono organi delle ATS, delle ASST, delle AO e degli IRCCS di diritto pubblico, per quanto attinente alle nomine di competenza regionale, il direttore generale, il collegio di direzione ed il collegio sindacale; il direttore generale è anche il rappresentante legale dell'Azienda, fatto salvo quanto previsto statutariamente e normato a livello nazionale per gli IRCCS. Il direttore generale è nominato, per non più di due mandati nella stessa sede, con provvedimento della Giunta regionale tra gli idonei presenti nell'elenco di cui al comma 3. Presso le Aziende nelle quali si svolgono corsi delle facoltà di medicina e chirurgia, la nomina avviene consultato il rettore dell'università interessata. Il parere s'intende in ogni caso acquisito decorse ventiquattro ore dall'inoltro della proposta regionale.

2. Il direttore generale, secondo quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992, è oggetto di valutazione da parte della Giunta regionale secondo indicatori di risultato relativi a efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati, declinati con provvedimento della Giunta regionale e finalizzati prevalentemente al mantenimento della salute dei cittadini, alla accessibilità dei servizi, al governo dei tempi di attesa e alla corretta gestione del budget. La Giunta regionale, con provvedimento adeguatamente motivato, in caso di mancato raggiungimento degli stessi, può risolvere il contratto. La Giunta regionale può, inoltre, modificare, quanto alla sede di assegnazione, gli incarichi già conferiti ai direttori generali. La mobilità interaziendale non ha effetto sulla durata dell'originario contratto, e la mancata accettazione, senza giustificato motivo, del reincarico comporta la risoluzione del contratto.

3. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione generale, i candidati, in possesso di diploma di laurea magistrale, devono dimostrare di possedere un'adeguata esperienza in posizione dirigenziale conferita, di almeno cinque anni nel campo delle strutture sanitarie o sociosanitarie o almeno di sette anni in altri settori e caratterizzata da autonomia gestionale e con diretta responsabilità della gestione delle risorse umane, tecniche o finanziarie. Per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche il requisito minimo viene identificato con la direzione di struttura semplice o di incarico, anche individuale, di valenza aziendale caratterizzata da autonomia gestionale, diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, secondo quanto previsto dagli articoli 3 e 3bis del d.lgs. 502/1992. Per gli incarichi svolti presso le strutture sanitarie e sociosanitarie private valgono ruoli equivalenti, purché certificati.

4. Nella deliberazione finalizzata alla formazione dell'elenco degli idonei, la Giunta regionale definisce le modalità di selezione e specifica i criteri da utilizzare al fine di valutare in concreto l'adeguatezza dell'esperienza dirigenziale, anche con riferimento al settore di provenienza, tenuto conto della tipologia delle strutture nelle quali sia stata effettivamente svolta l'attività.

5. Per la formazione dell'elenco di cui al comma 3, la Giunta regionale nomina una commissione valutatrice, che dura in carica tre anni e opera a titolo gratuito, costituita da tre componenti di comprovata esperienza in materia

di organizzazione, diritto, economia e management sanitario tra quelli indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (AGENAS). Il presidente è eletto all'interno della commissione stessa.

6. La commissione in particolare individua nell'elenco di cui al comma 3 le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il doppio e il triplo dei direttori generali da nominare, anche avvalendosi per la selezione di test, questionari e/o colloqui individuali, e descrive le caratteristiche dei candidati individuati.

7. Resta prerogativa del Presidente della Giunta di conferire il relativo incarico ad altro soggetto inserito nell'elenco di cui al comma 3, in ottemperanza a quanto previsto dal d.lgs. 502/1992.

8. L'inserimento nell'elenco degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina. Per il conferimento della nomina valgono le norme in materia di inconferibilità dell'incarico. Inoltre i candidati devono preferibilmente avere un'età inferiore di cinque anni rispetto ai limiti d'età di pensionabilità previsti dalla legge. I direttori generali nominati sono tenuti a produrre entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di cui al decreto del Ministro della sanità 1° agosto 2000 o l'attestato di formazione manageriale di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale), in corso di validità.

9. Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico non superiore a cinque anni. Il direttore generale è sottoposto a valutazioni, come previsto dal comma 2. La durata del contratto non può comunque essere inferiore ad un anno. La retribuzione è stabilita dalla Giunta regionale in ottemperanza al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502 (Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere), graduata secondo la complessità organizzativa e gestionale, il volume di produzione, il numero di abitanti e la superficie territoriale dell'ente in cui viene nominato, e prevedendo un incremento non superiore al venti per cento dell'emolumento, assegnato al raggiungimento degli obiettivi annualmente prefissati con apposita deliberazione della Giunta regionale, approvata entro il 30 novembre dell'anno precedente.

10. Qualora si renda vacante la posizione di direttore generale, ovvero nel caso in cui la Giunta regionale proceda alla sua sospensione cautelare, la Giunta regionale stessa può procedere alla nomina di un commissario straordinario, per un periodo massimo di dodici mesi. Il commissario deve possedere gli stessi requisiti previsti per la figura rimasta vacante. Durante il periodo di sospensione permane in capo al direttore generale sospeso il vincolo di esclusività di cui al comma 9. Al direttore generale sospeso é corrisposto un assegno alimentare pari al quaranta per cento del trattamento economico di base. Qualora alla sospensione faccia seguito la reintegrazione in servizio, al direttore é riconosciuto il trattamento economico dovuto al netto di quanto già percepito come assegno alimentare. Se alla sospensione, anche in caso di reintegrazione, fa seguito la risoluzione del contratto, non è dovuto alcun conguaglio. Tali disposizioni non si applicano alle procedure definite prima dell'entrata in vigore della legge regionale recante 'Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)'. Per quanto riguarda il rimborso delle spese di difesa giudiziale, ai direttori generali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 99 della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale).

11. Entro novanta giorni dalla nomina del nuovo direttore generale o del commissario straordinario si provvede alla verifica straordinaria di cassa e dei valori custoditi in tesoreria, nonché delle poste patrimoniali. Alle operazioni di verifica partecipano il direttore generale cessato dall'incarico, il nuovo direttore generale o il commissario straordinario, il tesoriere e il collegio sindacale, che redige il verbale sottoscritto dai partecipanti alla verifica stessa. La Giunta ha facoltà di disporre apposite due diligence straordinarie e anche nei confronti di gestioni aziendali la cui direzione è esercitata dallo stesso titolare da più di cinque anni.

12. Il direttore generale nomina il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore sociosanitario, secondo quanto previsto dall'articolo 13. È facoltà del direttore generale procedere, con provvedimento adeguatamente motivato, alla revoca degli incarichi affidati al direttore sanitario, al direttore amministrativo e al

direttore sociosanitario.

13. La Giunta regionale definisce la composizione, le competenze e i criteri di funzionamento del collegio di direzione, e disciplina le relazioni con gli altri organi aziendali nel rispetto delle disposizioni contenute nell'articolo 17 del d.lgs. 502/1992.

14. Il collegio sindacale è nominato dal direttore generale e svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

a) verifica la regolarità amministrativa e contabile;
b) vigila sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
c) esamina e esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio.

15. Il collegio di direzione e il collegio sindacale sono nominati secondo le modalità previste dal d.lgs. 502/1992.

16. Ai componenti del collegio sindacale spetta un'indennità per l'espletamento delle funzioni in misura pari al dodici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali. Al presidente del collegio spetta un'indennità in misura pari al quindici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali.';

s) l'articolo 13 è sostituito dal seguente:

'Art. 13

(Direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore sociosanitario)

1. I direttori generali delle ATS e delle ASST nominano il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore sociosanitario tra gli idonei presenti nell'elenco di cui ai commi 2, 3 e 4. I direttori generali delle AO e degli IRCCS nominano il direttore sanitario e il direttore amministrativo tra gli idonei presenti nell'elenco di cui ai commi 2 e 3.

2. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione sanitaria, i candidati devono essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia e di almeno un diploma di specializzazione e avere un'età inferiore a sessantacinque anni. Devono dimostrare di aver svolto per almeno cinque anni una qualificata esperienza dirigenziale caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, presso la pubblica amministrazione, strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private, come previsto dal d.lgs. 502/1992.

3. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione amministrativa i candidati dovranno essere in possesso di diploma di laurea magistrale o diploma equipollente o equivalente in discipline giuridiche o economiche, avere un'età inferiore a sessantacinque anni e un'adeguata esperienza di direzione tecnica o amministrativa almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie, sociosanitarie o in altri settori, caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie.

4. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione sociosanitaria, i candidati devono essere in possesso di diploma di laurea magistrale, non aver compiuto il sessantacinquesimo anno d'età e aver svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione in ambito sanitario, sociosanitario o socioassistenziale, caratterizzata da autonomia gestionale delle risorse umane, tecniche o finanziarie.

5. Per la formazione dell'elenco di cui al comma 3, la Giunta regionale nomina una commissione valutatrice, che dura in carica tre anni e opera a titolo gratuito, costituita da tre componenti di comprovata esperienza in materia di organizzazione, diritto, economia e management sanitario tra quelli indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'AGENAS. Il presidente viene eletto all'interno della commissione stessa.

6. La commissione in particolare individua nell'elenco di cui al comma 3 le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il doppio e il triplo dei direttori generali da nominare, anche avvalendosi, per tale selezione, di test, questionari e/o colloqui individuali e descrive le caratteristiche dei candidati individuati.

7. Resta prerogativa del Presidente della Giunta quella di conferire il relativo incarico ad altro soggetto inserito nell'elenco di cui al comma 3, in ottemperanza a quanto previsto dal d.lgs. 502/1992.

8. L'inserimento negli elenchi degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina, che avviene tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconferibilità dell'incarico e preferibilmente per i candidati con il limite di età inferiore di cinque anni rispetto ai limiti pensionistici individuali previsti dalla normativa nazionale vigente.

9. I rapporti di lavoro dei direttori sanitario, amministrativo e sociosanitario sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato che stabiliscono anche la durata dell'incarico, normalmente quinquennale, con verifiche,

e di norma non inferiore ad un anno. La retribuzione è stabilita dalla Giunta regionale in una percentuale non inferiore al 75 per cento di quella del direttore generale e prevedendo un incremento non superiore al venti per cento dell'emolumento assegnato al raggiungimento degli obiettivi annualmente prefissati dal direttore generale. I direttori sanitario, amministrativo e sociosanitario decadono dall'incarico al compimento del sessantacinquesimo anno di età.

10. Agli elenchi di cui al comma 2 attingono anche le strutture sanitarie private classificate come dipartimento d'emergenza accettazione (DEA) o dipartimento d'emergenza e alta specialità (EAS) o provviste di più di duecentocinquanta posti letto accreditati e a contratto o appartenenti a un ente unico gestore di almeno due presidi ospedalieri accreditati e a contratto.';

t) l'articolo 14 è sostituito dal seguente:

'Art. 14

(Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo)

1. Al fine di promuovere il sistema sociosanitario lombardo sul territorio nazionale ed a livello internazionale, ivi compreso il reperimento di adeguate risorse finalizzate a sostenere l'innovazione e la ricerca nelle strutture di riferimento specialistico, anche provenienti da prestazioni erogate a cittadini beneficiari di fondi integrativi, mutue e prestazioni in solvenza, è istituita l'Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo.

2. L'Agenzia ha la funzione di produrre e gestire strumenti organizzativi e di comunicazione indispensabili alla promozione di prestazioni sanitarie per utenti paganti in proprio, con particolare attenzione nei riguardi di paesi emergenti nei quali non sono garantite prestazioni di eccellenza medica e tecnologica. L'Agenzia predispone annualmente un piano di sviluppo delle attività di promozione e ne propone l'approvazione alla Giunta regionale al fine di coordinare le azioni con tutte le iniziative di promozione regionale.

3. L'attività dell'Agenzia consiste anche nella sottoscrizione di accordi nazionali ed internazionali finalizzati all'erogazione delle prestazioni definite con i soggetti erogatori regionali pubblici e privati.

4. L'Agenzia istituisce l'Osservatorio delle best practices cliniche e dell'ottimizzazione dei processi aziendali e analizza i flussi globali della mobilità sanitaria, al fine di garantire le migliori performance di cura e di processo per la competizione in ambito sanitario mondiale.

5. L'Agenzia istituisce un Osservatorio sulla soddisfazione degli utenti, che prevede la presenza di rappresentanti dei pazienti e delle famiglie, al fine di raccogliere informazioni sulla soddisfazione degli utenti rispetto ai servizi offerti e alle prestazioni erogate.

6. Con la stessa finalità del comma 5, l'Agenzia può promuovere presentazioni a livello internazionale del proprio sistema socio sanitario, come veicolo per l'esportazione delle conoscenze prestazionali, logistiche ed organizzative nei confronti dei paesi interessati allo sviluppo dei propri modelli assistenziali, ivi comprese iniziative di formazione per il management dei sistemi sociosanitari e per la gestione delle buone pratiche cliniche.

7. Le risorse economiche derivanti dall'attività dell'Agenzia, detratti gli oneri necessari al suo funzionamento, sono destinate al sostegno della ricerca scientifica e al potenziamento del sistema SSL.

8. Sono organi dell'Agenzia il direttore ed il collegio dei revisori. Il direttore deve possedere adeguate capacità manageriali ed è coadiuvato da un comitato di indirizzo composto da rappresentanti dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati. L'Agenzia è costituita ed organizzata con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente.';

u) l'articolo 15 è sostituito dal seguente:

'Art. 15

(Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie)

1. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria è rilasciata dall'ATS competente per territorio, che dispone anche le eventuali variazioni, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'autorizzazione in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico, ed è richiesta per le strutture sanitarie di ricovero e cura, nonché per i centri di procreazione medicalmente assistita e per la residenzialità psichiatrica. Tutte le altre strutture sanitarie, le strutture sociosanitarie e i soggetti che intendono svolgere attività di soccorso sanitario, trasporto sanitario semplice o di trasporto sanitario, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, presentano una segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) alla ATS competente per territorio, allegando i documenti previsti dalle vigenti normative.

2. La Giunta regionale, con deliberazione da comunicare alla commissione consiliare competente, stabilisce:

a) l'iter procedurale e i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie comprensive della presa in carico del cittadino, nonché le modalità di presentazione della SCIA;

b) le modalità di verifica della permanenza dei requisiti richiesti per l'esercizio delle attività di cui alla lettera a);

c) l'iter procedurale e i requisiti, ulteriori rispetto a quelli minimi, per la concessione dell'accreditamento, nonché la durata del medesimo accreditamento e le modalità di verifica della permanenza di tutti i requisiti richiesti;

d) le modalità di raccolta e aggiornamento dei dati inerenti alle strutture esercenti attività sanitarie e sociosanitarie.

3. Sono accreditate le strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate, nonché le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private che abbiano presentato la SCIA e che siano in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private), nonché degli ulteriori requisiti stabiliti dalla Giunta regionale.

4. Le ATS accreditano le strutture sanitarie e sociosanitarie e dispongono eventuali variazioni dell'accreditamento, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'accreditamento in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico.

5. Per le strutture pubbliche e private l'accreditamento si perfeziona all'atto dell'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate, previa verifica con gli atti di indirizzo regionale, nel rispetto della normativa vigente sulla trasparenza dei dati.

6. L'accreditamento è condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'assunzione degli oneri di cui al primo periodo è subordinata, sulla base del fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance. La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate.

7. La Giunta regionale approva lo schema tipo in base al quale le ATS stipulano gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 con i gestori di attività sanitarie e sociosanitarie. Le ATS provvedono anche alle novazioni contrattuali che si rendano necessarie a seguito delle variazioni di accreditamento.

8. La stipula degli accordi contrattuali è subordinata alla produzione da parte dei soggetti di diritto privato di documentazione comprovante requisiti di solidità del bilancio, capacità di continuità aziendale e di ottemperanza agli obblighi di legge, così come specificati con provvedimento della Giunta regionale.

9. Non possono essere accreditati, o decadono dall'accreditamento, i soggetti privati erogatori di attività sanitarie e sociosanitarie che utilizzano, anche saltuariamente, in violazione delle disposizioni contenute nell'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), personale dipendente da aziende sanitarie e da strutture sanitarie e sociosanitarie del servizio sanitario nazionale.

10. L'accertamento, da parte dell'ATS competente per territorio, della perdita dei requisiti comporta la declaratoria di decadenza dall'accreditamento e dalla titolarità dei conseguenti rapporti con il servizio sanitario e sociosanitario regionale. Il provvedimento recante la declaratoria è trasmesso alla direzione regionale competente ai fini della cancellazione dell'iscrizione nel registro delle strutture accreditate.

11. La decadenza dei soggetti erogatori o gestori dalla titolarità dei rapporti con il servizio sanitario e sociosanitario regionale può altresì essere dichiarata dal direttore generale dell'ATS quando sia accertata la reiterata applicazione distorta del sistema di remunerazione delle prestazioni, sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni stesse, sia sotto il profilo della loro completezza, comprese la specialistica ambulatoriale e la riabilitazione post acuti. La stessa reiterazione comporta, nel caso di soggetti erogatori pubblici, la decadenza dalla nomina del direttore generale e la conseguente risoluzione di diritto del contratto.

12. Nel rispetto delle indicazioni della programmazione regionale, il soggetto gestore di più stabilimenti o presidi o

unità di offerta sanitarie e sociosanitarie accreditate pubblica o privata può chiedere l'identificazione in un unico soggetto gestore accreditato di una pluralità di strutture. Al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera sono favoriti i processi di riconversione o fusione di soggetti erogatori accreditati, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico, anche consortile, con il mantenimento dell'assetto accreditato dei soggetti intervenuti.';

v) l'articolo 16 è sostituito dal seguente:

'Art. 16

(Azienda regionale dell'emergenza urgenza)

1. L'Azienda regionale emergenza urgenza (AREU) è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile. Rientra tra gli enti del servizio sanitario regionale e, nell'ambito dei LEA, garantisce su tutto il territorio regionale lo svolgimento e il coordinamento intraregionale e interregionale delle funzioni a rete relative all'indirizzo, al coordinamento e al monitoraggio dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera, il coordinamento delle attività trasfusionali dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati, il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, il coordinamento dei trasporti sanitari e sanitari semplici disciplinati dalla Regione, nonché le ulteriori funzioni assegnate dalla Giunta regionale. Sono in capo all'AREU il convenzionamento per l'attività di soccorso sanitario extra-ospedaliero e i relativi controlli secondo modalità operative definite con deliberazione della Giunta regionale.

2. Per le funzioni delegate di cui al comma 1 l'Azienda:

a) svolge un supporto tecnico-specialistico nei confronti della Giunta regionale;

b) svolge le funzioni di referente tecnico regionale nei confronti dei referenti tecnici delle altre Regioni, pubbliche amministrazioni e nei confronti del Ministero della Salute;

c) esercita attività di coordinamento definita nei rapporti convenzionali con gli altri enti del servizio sanitario regionale, esercitando una funzione di indirizzo e monitoraggio;

d) promuove il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale.

3. L'Azienda garantisce altresì l'operatività del servizio numero unico emergenza (NUE) 112 sul territorio lombardo e, in ottemperanza alla relativa direttiva europea, attiva, secondo le indicazioni regionali e in collaborazione con le ATS competenti, il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117). In riferimento all'attività NUE 112 svolta dall'Azienda, qualora si rendesse necessario, la Giunta regionale può deliberarne l'afferenza diretta alla direzione generale della Presidenza della Giunta stessa.

4. Sono organi dell'Azienda: il direttore generale, il collegio sindacale e il collegio di direzione:

a) il direttore generale, nominato con i criteri di cui all'articolo 12, per lo svolgimento delle sue funzioni, è coadiuvato da un direttore sanitario e un direttore amministrativo. L'incarico affidato al direttore generale ha durata quinquennale;

b) al direttore sanitario e al direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste per le medesime figure professionali.

5. Per quanto riguarda il generale funzionamento dell'Azienda si applicano tutte le norme relative agli altri enti del servizio sanitario regionale.

6. Al fine di garantire la piena operatività dei servizi a rete, ferme restando le altre modalità di finanziamento previste dall'articolo 27, la Giunta regionale assegna annualmente all'AREU un finanziamento per quota capitaria per ogni funzione da svolgere, rapportata agli utenti assistiti, tenendo conto delle spese di funzionamento, mantenimento e sviluppo dell'attività, nonché una quota per ogni funzione ulteriore assegnata dalla Giunta regionale.

7. In relazione al NUE 112, la Giunta regionale assegna annualmente all'Azienda uno specifico finanziamento anche in ragione dello sviluppo futuro in collaborazione con altre amministrazioni pubbliche.

8. In occasione dell'adozione dei provvedimenti di natura programmatoria, organizzativa e finanziaria, di cui al comma 7, la Giunta regionale acquisisce il parere dell'azienda sul fabbisogno necessario al regolare svolgimento delle funzioni assegnate, sia in termini di risorse umane sia di finanziamento, anche al fine di favorire e garantire

la partecipazione ai soggetti del terzo settore.';

w) l'articolo 17 è sostituito dal seguente:

'Art. 17

(Organizzazione dei soggetti afferenti al sistema socio sanitario lombardo)

1. Annualmente, di norma entro il 30 novembre antecedente l'anno di riferimento, la Giunta regionale approva le regole di sistema per l'anno successivo, contenenti i principi attuativi e organizzativi del SSL.

2. A seguito dell'emanazione delle regole di sistema per l'anno successivo, le ATS e tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL presentano alla Giunta regionale il POAS, a valenza triennale e rivedibile annualmente, qualora subentrino esigenze o modificazioni particolari, comprensivo del relativo piano delle assunzioni, e lo sottopongono alla Giunta regionale che può richiedere modifiche e l'approva di norma entro i successivi sessanta giorni.

3. Nel POAS sono contenuti i modelli organizzativi che le ATS e i soggetti erogatori adottano, le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del loro funzionamento e in ottemperanza al PSL, con particolare riguardo all'appropriatezza delle prestazioni erogate, alla corretta determinazione del fabbisogno di personale che consenta la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a indeterminato, marginalizzando altre forme di arruolamento con invarianza delle risorse economiche assegnate. In particolare, nel POAS devono essere esplicitate le articolazioni delle funzioni territoriali, come previsto dall'articolo 7 bis, comma 3, lettera a).

4. Sono soggetti al controllo della Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 4, comma 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), i seguenti provvedimenti:

a) i piani e i bilanci di previsione e le relative variazioni delle agenzie, delle aziende ospedaliere, delle ASST, degli IRCCS e delle strutture private convenzionate;

b) il bilancio di esercizio, e una relazione analitica dell'utilizzo delle risorse regionali assegnate, delle agenzie, delle aziende ospedaliere, delle ASST, degli IRCCS e delle strutture private convenzionate.

5. Le richieste di chiarimenti da parte della direzione regionale competente comportano l'interruzione del termine per l'esercizio del controllo. Tale termine è sospeso dal 1° al 31 agosto di ogni anno.

6. Gli atti e i provvedimenti assunti dal direttore generale sono pubblicati nell'albo dei rispettivi enti. Sono immediatamente esecutivi quelli non soggetti a controllo. La esecutività degli altri è subordinata all'esito positivo del controllo della Giunta regionale.

7. La Giunta regionale, anche con il supporto delle ATS, predispone programmi di valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate, nonché della relativa metodologia per portarla a conoscenza del Cittadino, a cui partecipano le strutture pubbliche e private accreditate, che si fanno carico dei relativi costi.

8. Le ATS, le ASST, le aziende ospedaliere e gli IRCCS di diritto pubblico partecipano al tavolo tecnico degli appalti istituito ai sensi dell'articolo 1 della legge regionale 28 dicembre 2007, n. 33 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - collegato 2008). L'ARCA spa, nell'ambito delle sue funzioni, garantisce efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento degli enti del SSR.

9. Presso la Giunta regionale sono aggiornati il ruolo del personale del servizio sanitario regionale e le variazioni conseguenti anche a processi di mobilità, previa informazione alle organizzazioni sindacali regionali di categoria maggiormente rappresentative.

10. Fermi restando i vincoli di finanza pubblica previsti dalla legislazione statale, al fine di potenziare le attività di ricerca di base e traslazionale, gli IRCCS possono stipulare contratti di lavoro a tempo determinato, utilizzando risorse economiche provenienti da finanziamenti privati, anche in deroga ai limiti posti dalle disposizioni regionali in materia di assunzioni e di fabbisogni autorizzati, ferma restando la preventiva autorizzazione da parte della Giunta regionale. Il personale assunto per garantire la piena sinergia tra le attività di ricerca e di assistenza svolge tutti i compiti tipici del profilo professionale di inquadramento in coerenza con i contratti individuali sottoscritti e con le finalità dei finanziamenti.

11. La Giunta regionale definisce le modalità operative per l'attuazione del programma di educazione continua in medicina (ECM) che rappresenta un processo di sviluppo professionale continuo costituente un obbligo per ogni

professionista del SSL.

12. Al fine di elevare la qualità del SSR, gli enti di cui al comma 4 adottano i modelli organizzativi e ottemperano puntualmente agli adempimenti previsti dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione) e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni).';

x) dopo l'articolo 17 è inserito il seguente:

"Art. 17 bis

(Sistema formativo per il sistema sociosanitario lombardo)

1. La Regione promuove la formazione del personale, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali del SSL, con l'obiettivo di migliorare la professionalità a beneficio della qualità e dell'eccellenza del SSL e dei servizi erogati ai cittadini.

2. La Regione assicura per tutti i livelli professionali percorsi formativi adeguati a garantire l'assimilazione delle competenze in ambito sanitario, assistenziale, specialistico e territoriale, favorendo percorsi formativi orientati alla cura della persona e della cronicità.

3. La Regione attraverso una programmazione triennale della formazione delle risorse umane del SSL e l'aggiornamento annuale, in linea con le regole di sistema e il fabbisogno espresso, si prefigge il miglioramento della qualità del SSL, per favorire l'attuazione del PSSL.

4. La Regione assicura il corretto equilibrio tra la programmazione del fabbisogno di risorse umane e delle competenze e lo sviluppo del SSL, individuando metodologie avanzate di stima del fabbisogno, allineate con le risorse finanziare regionali e d'intesa con le università.

5. La Regione promuove l'integrazione tra le funzioni di assistenza, didattica e ricerca, per migliorare la formazione delle risorse umane impiegate nel SSL e garantire l'eccellenza nel contesto nazionale e internazionale.

6. Ai predetti fini è istituita presso l'Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione (Éupolis Lombardia), quale propria articolazione organizzativa, l'Accademia di formazione per il sistema sociosanitario lombardo (AFSSL), senza oneri a carico del bilancio regionale. L'AFSSL sostituisce la scuola di direzione sanitaria. La Giunta regionale dà mandato a Éupolis Lombardia di presentare, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge regionale recante "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", una proposta esecutiva nella quale siano individuati gli obiettivi, l'ordinamento, la struttura e la regolazione interna dell'AFSSL.

7. L'AFSSL risponde ai principi ispiratori del SSL e intende perseguire le seguenti finalità:

a) promuovere e garantire l'eccellenza del SSL, anche integrandosi con le funzioni di didattica, assistenza e ricerca del SSL;

b) coordinare la rete di formazione di cui al comma 1 d'intesa con l'Osservatorio integrato del SSL;

c) garantire la formazione specialistica obbligatoria non universitaria, prevista dalla normativa nazionale, in particolare cura:

1. la tenuta del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, rilasciando l'attestato di formazione manageriale e la sua rivalidazione;

2. il corso di formazione specifica in medicina generale, assegnato alle Regioni dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE);

d) realizzare nel SSL la rete formativa, la promozione e attuazione di percorsi formativi multidisciplinari, trasversali rispetto ai livelli di inquadramento e le specializzazioni e curare le esigenze formative necessarie per l'implementazione del SSL in coerenza con le previsioni del PLS;

e) promuovere la sussidiarietà orizzontale tra rete di formazione e tra gli enti e le agenzie formative e la libera scelta del professionista nell'accedere alla formazione continua;

f) validare la formazione conseguita all'estero dal personale del SSL e promuovere l'internazionalizzazione dei percorsi formativi alla ricerca dell'innovazione per i professionisti del SSL e attraendo personale di eccellenza

dall'estero, in collaborazione e d'intesa con l'Agenzia per la promozione del SSL;

g) promuovere percorsi di formazione strategica sulle policy sanitarie e l'innovazione continua del SSL, nell'assistenza, ricerca e didattica, sentito l'Osservatorio integrato del SSL;

h) dare trasparenza agli investimenti nel capitale umano del SSL, rendicontando annualmente e su base triennale il bilancio dell'attività di formazione del ASSL.";

y) l'articolo 18 è sostituito dal seguente:

"Art. 18

(Valorizzazione e sviluppo delle professioni sanitarie)

1. La Regione considera il personale del SSL risorsa strategica finalizzata al miglioramento dei servizi e, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento delle professioni, promuove e valorizza le professioni mediche e sanitarie e, tenuto conto della natura contrattuale dei rapporti di lavoro pubblici e privati, ne favorisce l'integrazione delle funzioni, delle competenze e l'attuazione del governo clinico. La Regione, in stretta sinergia con le università e gli istituti di ricerca, promuove la formazione, l'aggiornamento professionale e la riqualificazione, al fine di favorire l'integrazione tra gli operatori, nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità, nonché di appropriatezza, efficacia ed efficienza del SSL, anche nella prospettiva di sviluppo di figure professionali sanitarie, sociosanitarie e sociali dedicate alla presa in carico della cronicità e delle fragilità.

2. In ottemperanza alle previsioni contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro, che prevedono integrazioni regionali finalizzate all'efficacia ed all'efficienza, la Giunta regionale, sentito l'osservatorio di cui all'articolo 5, comma 14, promuove la sottoscrizione di specifici accordi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative per tutti gli operatori afferenti al SSL, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 97 della Costituzione e nell'ottica della valorizzazione delle risorse umane, per la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a indeterminato. Tali accordi, sottoscritti in relazione all'effettiva disponibilità delle risorse economiche, possono prevedere incentivi in considerazione delle responsabilità e di parametri oggettivamente determinati di qualità, efficacia ed efficienza, in riferimento ai diversi profili professionali presenti nel SSL, considerando in particolare le peculiarità di quelli sanitari e sociosanitari rispetto a quelli amministrativi.

3. La Regione, nell'ambito delle proprie competenze e funzioni, valorizza le professioni sanitarie nella rete del SSL, senza incremento di spesa sul bilancio regionale, in funzione dell'evoluzione normativa e delle prassi nazionali ed europee, con particolare riferimento:

a) all'attuazione dalla legge 1 febbraio 2006, n. 43 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali);

b) alle attività delle medicine non convenzionali di cui all'accordo 7 febbraio 2013 della Conferenza Stato-Regioni, in esecuzione e nei limiti della normativa europea e nazionale con riferimento ai professionisti che svolgono le prestazioni delle medicine complementari di agopuntura, fitoterapia, omeopatia ed omotossicologia, in possesso di diplomi, attestati o titoli ad essi equipollenti rilasciati dalle università ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127;

c) alle professioni del settore odontoiatrico: odontotecnico ed assistente di studio odontoiatrico;

d) all'attività dell'osteopata, favorendo in particolare, limitatamente alla competenza regionale in materia, l'innalzamento della qualità della formazione;

e) alle discipline di medicina tradizionale per le quali il laureato in medicina e chirurgia, abilitato alla professione, ha seguito un corso di formazione di durata almeno quadriennale, accreditato dal Ministero della Salute

f) all'aggiornamento della disciplina regionale relativa ai profili professionali in base alle direttive europee applicabili e alla normativa nazionale.

4. Gli specialisti ambulatoriali convenzionati sono parte attiva delle aziende del SSL e partecipano all'erogazione delle prestazioni specialistiche territoriali ed ospedaliere secondo gli indirizzi regionali. Ai fini di una loro omogenea organizzazione sul territorio regionale, entro novanta giorni dall'approvazione della legge regionale recante "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"è istituito l'elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC), anche tramite forme di collaborazione professionale

integrativa su base volontaria, con modalità definite con le organizzazioni sindacali di categoria.
5. A difesa dei valori della famiglia, del diritto alla cura dei figli e della qualità dei servizi erogati, la Regione promuove politiche di conciliazione vita/lavoro nei confronti dei genitori impiegati nel SSL, garantendo nel contempo la continuità dei servizi con figure professionali equipollenti, in coerenza con la disciplina normativa e contrattuale nazionale e comunitaria.
6. La Giunta regionale, con proprio provvedimento, regolamenta il lavoro part time nelle diverse opzioni di applicazione, in coerenza con la disciplina normativa e contrattuale nazionale e comunitaria.
7. Con specifico provvedimento, la Giunta regionale, in conformità e nei limiti previsti dalla normativa nazionale, regolamenta anche l'attività libero professionale intramoenia di tutte le professioni sanitarie e sociosanitarie, secondo i seguenti principi:

a) per attività libero professionale si intende l'attività richiesta in maniera fiduciaria dal paziente direttamente al medico o ad altro professionista sociosanitario scelto;

b) l'esercizio delle attività libero professionale avviene al di fuori dell'orario di servizio, mantenendo la copertura assicurativa aziendale, come previsto dall'articolo 21 del CCNL 2002/2005, e può essere svolta nelle seguenti forme:

1. libera professione individuale o in equipe, caratterizzata dalla scelta diretta da parte dell'utente del singolo professionista o dell'equipe cui viene richiesta la prestazione, ai sensi dell'articolo 54, comma 4, CCNL 1998/2001 dell'8 giugno 2000 e svolta all'interno delle strutture aziendali;

2. l'attività libero professionale per le professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) può essere organizzata anche in forma associata o per tramite di convenzioni sottoscritte tra la struttura ed altri soggetti terzi;

c) la libera professione dei dirigenti medici e veterinari e degli altri professionisti sanitari a rapporto esclusivo, per la quale deve essere garantito il personale di supporto adeguato alle esigenze, è svolta intramoenia all'interno delle strutture in spazi adeguati e fruibili che soddisfino i requisiti generali di accreditamento dell'attività ambulatoriale, con congrua disponibilità di accesso e oraria e nella modalità di intramoenia allargata in ambulatori esterni, garantendo comunque la tracciabilità delle prestazioni e dei pagamenti.

8. La Regione favorisce l'espletamento di procedure concorsuali comuni a più aziende sanitarie, per la selezione di medesime posizioni di lavoro, sulla base di regolamenti interaziendali conformi ad uno schema tipo definito dalla Giunta regionale, liberamente adottabili dalle aziende del SSL.";

z) l'articolo 19 è sostituito dal seguente:

"Art. 19
(Sperimentazioni gestionali)
1. La Regione, anche in attuazione dell'articolo 9 bis del d.lgs. 502/1992, promuove programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, al fine di migliorare l'efficienza e la qualità del SSL.
2. La Giunta regionale adotta linee di indirizzo per le sperimentazioni gestionali sulla base dei seguenti criteri:

a) la natura della sperimentazione deve essere ricondotta ad una delle seguenti forme giuridiche: fondazioni, associazioni in partecipazione, società miste, soggetti di diritto privato selezionati con procedura di evidenza pubblica;

b) alla sperimentazione gestionale si applicano le regole dell'autorizzazione, dell'accreditamento e della contrattualizzazione di cui al d.lgs. 502/1992;

3. Le sperimentazioni gestionali possono riguardare tutte le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, attraverso la riqualificazione dei servizi, l'ammodernamento delle strutture e l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi.
4. Le sperimentazioni gestionali sono autorizzate dalla Giunta regionale, hanno di norma durata massima quinquennale e possono essere prorogate una sola volta per uguale periodo. Al termine della sperimentazione, sulla base degli esiti positivi della stessa, la Giunta regionale può autorizzare la stabilizzazione del modello gestionale, procedendo alla definitiva autorizzazione, all'accreditamento e alla contrattualizzazione del soggetto gestore o, in caso contrario, ne dichiara la cessazione.

5. La Giunta regionale, durante il periodo di durata della sperimentazione, può autorizzare rimodulazioni del progetto iniziale sulla base degli esiti rilevati dal monitoraggio periodico sull'andamento della sperimentazione, al fine di garantirne la sostenibilità e l'appropriatezza prestazionale ed economica.";

aa) l'articolo 20 è sostituito dal seguente:

"Art. 20

(Conferenza dei sindaci)

1. La conferenza dei sindaci è composta dai sindaci, o loro delegati, dei comuni compresi nel territorio delle ATS e si articola, come previsto dall'articolo 7 bis, in:

a) l'assemblea dei sindaci del distretto;

b) l'assemblea dei sindaci dell'ambito distrettuale.

2. Le conferenze dei sindaci, in particolare ai fini della presente legge:

a) formulano, nell'ambito della programmazione territoriale dell'ATS di competenza, proposte per l'organizzazione territoriale dell'attività sociosanitaria e socioassistenziale, con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione sociosanitaria e sociale. Partecipano inoltre alla definizione dei piani sociosanitari territoriali all'interno delle cabine di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f);

b) partecipano alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ATS con particolare riferimento a quelli relativi alle ASST;

c) promuovono l'integrazione delle prestazioni e/o delle funzioni sociali, con le funzioni e/o le prestazioni dell'offerta sanitaria e sociosanitaria anche favorendo, a tal fine, la costituzione tra i comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica;

d) esprimono il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.

3. Per l'esercizio delle sue funzioni la conferenza dei sindaci si avvale del consiglio di rappresentanza dei sindaci eletto dalla conferenza stessa.

4. Il funzionamento della conferenza, delle assemblee dei sindaci e del consiglio di rappresentanza dei sindaci è disciplinato con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentiti i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

5. L'assemblea dei sindaci del distretto, anche con l'ausilio delle sue articolazioni per ambiti distrettuali svolge altresì le funzioni del comitato dei sindaci del distretto di cui all'articolo 3 quater del d.lgs. 502/1992 ed è disciplinata con la deliberazione di cui al comma 4.";

bb) l'articolo 21 è sostituito dal seguente:

"Art. 21

(Sistema informativo sanitario, tessera sanitaria e carta nazionale dei servizi)

1. La Giunta regionale organizza il sistema informativo sanitario anche al fine di dare attuazione all'articolo 10 del d.lgs. 502/1992 e, in particolare, di fornire gli elementi conoscitivi necessari per rendere sistematiche la verifica e la revisione della qualità e della quantità delle prestazioni erogate e per valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi sanitari. Il sistema informativo sanitario, composto in maniera integrata da tutti i singoli flussi informativi necessari alla programmazione e alla valutazione delle attività sanitarie, nonché da tutte le attività riconducibili al contesto della sanità digitale, è articolato a livello regionale e locale e assicura i flussi informativi verso i Ministeri competenti, l'ISTAT e gli altri istituti centrali.

2. Il sistema informativo sanitario è organizzato dalla Giunta regionale secondo i seguenti criteri:

a) coordinare le attività delle unità periferiche;

b) raccogliere le informazioni derivanti da tali unità, elaborarne la sintesi in forma omogenea e curarne la trasmissione ai soggetti, regionali e locali, competenti;

c) mettere a disposizione dei soggetti titolati, a livello regionale e locale, le informazioni raccolte e necessarie per adempiere ai compiti istituzionali di ciascun soggetto;

d) rendere tempestiva la diffusione di informazioni di carattere scientifico e sanitario provenienti da fonti nazionali, comunitarie ed internazionali.

3. La sanità digitale si realizza a livello regionale e locale attraverso una serie di interventi condivisi tra tutte le

amministrazioni operanti a livello centrale, regionale e locale. In particolare, attraverso la piattaforma del sistema informativo regionale la Regione provvede a:

a) realizzare e diffondere sul territorio del fascicolo sanitario elettronico, così come previsto dal decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 (Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese) convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 e alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico generate secondo le modalità del decreto del Ministro dell'economia e della finanze 2 novembre 2011 (De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010'Progetto Tessera Sanitaria'), nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini;

b) promuovere, anche in ottemperanza all'articolo 6, comma 2, lettera d), del decreto-legge 13 maggio 2011, n. 70 (Semestre Europeo - Prime disposizioni urgenti per l'economia) convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2011, n. 106, presso tutte le agenzie ed aziende del SSL e anche con il coinvolgimento, preferibilmente isorisorse, delle autonomie locali, delle farmacie e di eventuali ulteriori soggetti autorizzati dalla ATS territorialmente competente, la realizzazione di procedure telematiche on line per consentire la prenotazione e il pagamento on line delle prestazioni erogate, nonché la consegna in modalità digitale dei referti medici;

c) consentire, inoltre, in coerenza con le linee guida nazionali del sistema CUP, la realizzazione della rete regionale di prenotazione in cui potranno confluire i sistemi CUP delle diverse aziende sanitarie al fine di superare modalità isolate e canali non integrati;

d) indirizzare le agenzie e le aziende del SSL a pubblicare sul web le liste d'attesa per singola specialità e profilo assistenziale, al fine di semplificare i percorsi di fruizione per i cittadini;

e) individuare idonei indicatori di risultato e pubblicare sul web i risultati sugli esiti clinici delle aziende del SSL, al fine di favorire la libera scelta consapevole da parte dei cittadini.

4. La tessera sanitaria (TS/CNS), istituita ai sensi dell'articolo 50, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 (Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici) convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, è uno strumento indispensabile per il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e, in quanto carta nazionale dei servizi (CNS), ai sensi del Codice dell'amministrazione digitale, rappresenta la modalità che consente l'accesso per via telematica ai servizi erogati dalla pubblica amministrazione e sostituisce, dal 1 ottobre 2013, la carta regionale dei servizi (CRS).

5. Al fine di migliorare i servizi ai cittadini e di rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prestazioni, i soggetti erogatori di prestazioni a carico del servizio sanitario regionale, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti, sono tenuti a dare attuazione alle disposizioni nazionali e regionali in materia, anche utilizzando la piattaforma tecnologica del sistema informativo sanitario e i servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari. Il mancato utilizzo del sistema informativo da parte dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei farmacisti, nonché degli enti erogatori accreditati con il SSR integra la grave infrazione prevista e sanzionata dai vigenti accordi nazionali di categoria e costituisce inadempimento degli obblighi contrattuali.

6. La Giunta regionale adotta le necessarie indicazioni operative e definisce le misure conseguenti, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento regionale 24 dicembre 2013, n. 3 (Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia).

7. La Giunta regionale è autorizzata ad attivare iniziative occorrenti per ottimizzare la programmazione e la gestione finanziaria del servizio sanitario regionale, nonché per garantire il rispetto dei tempi di pagamento e il contenimento degli oneri finanziari.";

cc) l'articolo 22 è sostituito dal seguente:

"Art. 22

(Sistema informativo contabile)

1. La Giunta regionale emana direttive per uniformare i sistemi di rilevazione delle informazioni necessarie per il governo del sistema. Definisce gli schemi di classificazione dei dati economico finanziari secondo le normative comunitarie e nazionali in materia, integrate anche per esigenze di carattere informativo regionale. Le ATS, le

ASST, le AO e le fondazioni IRCCS si dotano di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle proprie attività sotto il profilo della efficacia e della efficienza. Provvedono inoltre a soddisfare il debito informativo verso la Regione e ogni altra istituzione che ne abbia titolo. Il mancato assolvimento del debito informativo può comportare la cessazione dei trasferimenti regionali, anche a titolo di acconto, agli enti del sistema.

2. Al fine di dotare la Regione di strumenti adeguati alla realizzazione di un efficace monitoraggio della spesa sanitaria regionale, dando separata evidenza alla spesa del personale, in relazione alla responsabilità assunta con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e agli adempimenti previsti dall'articolo 2, comma 4, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria) convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la Giunta regionale definisce il debito informativo relativo al personale delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate. Il flusso informativo sul personale è strutturato in modo da acquisire informazioni dettagliate per singolo dipendente, tramite integrazione tra i sistemi informativi delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate che gestiscono i trattamenti giuridici ed economici del personale, osservando modalità di acquisizione e trattamento dei dati che tutelino la riservatezza, ai sensi del d.lgs. 196/2003.

3. Il sistema contabile del comparto socio-sanitario è predisposto sulla base delle disposizioni del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), in particolare le norme del Titolo II modificato ed integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126, e sulla base del codice civile, fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso d.lgs. 118/2011. Il sistema contabile deve garantire tutte le informazioni ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio, in sinergia con gli atti di programmazione regionale e aziendale.

4. Costituiscono documenti contabili obbligatori per gli enti pubblici di cui alla presente legge il bilancio preventivo economico annuale e relativi allegati, il bilancio di esercizio e relativi allegati, ivi compreso il rendiconto finanziario. I modelli di bilancio sono predisposti sulla base di schemi previsti dall'articolo 26 e dall'allegato 2 del d.lgs. 118/2011, nonché dal decreto del Ministro della salute 20 marzo 2013 (Modifica degli schemi dello Stato Patrimoniale, del Conto Economico e della nota Integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale). Al bilancio di esercizio è allegata una nota per l'evidenziazione delle spese del personale.

5. Il bilancio degli enti di cui al comma 4 è composto dalle seguenti contabilità sezionali:

a) attività sociali e sociosanitarie;
b) attività libero-professionali intramurarie;
c) attività di ricerca per le sole Fondazioni IRCCS;
d) attività di emergenza urgenza.

6. Costituiscono inoltre parte del processo di bilancio le seguenti scritture obbligatorie:

a) libro delle deliberazioni del direttore generale;
b) libro delle adunanze del collegio sindacale;
c) libro giornale;
d) libro degli inventari;
e) libro dei cespiti ammortizzabili;
f) repertorio dei contratti.

7. L'esercizio contabile coincide con l'anno solare.

8. Il direttore generale adotta i bilanci secondo gli schemi e i tempi definiti dal d.lgs. 118/2011, nonché dal decreto del Ministro della salute del 20 marzo 2013. Il bilancio d'esercizio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'ente, nonché il risultato economico dell'esercizio. L'eventuale risultato positivo è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti.

9. I bilanci degli enti pubblici di cui alla presente legge, adottati dal direttore generale secondo le scadenze di legge, sono trasmessi ai competenti uffici della Giunta regionale corredati dalla relazione del collegio sindacale per l'approvazione da parte della stessa Giunta regionale.

10. Il bilancio preventivo economico annuale è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale i bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. Entro la stessa data la Giunta regionale approva il bilancio preventivo economico annuale consolidato.
11. Il bilancio d'esercizio è adottato dal direttore generale degli enti pubblici di cui alla presente legge entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di competenza ed è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 maggio. Il bilancio consolidato è approvato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale, i bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione.
12. I direttori generali degli enti pubblici di cui alla presente legge assicurano il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione e il rispetto degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico, coerenti e conseguenti con le linee di indirizzo approvate dalla Giunta regionale per l'anno di riferimento.
13. Ai fini di cui al comma 12, i direttori generali sono tenuti a presentare alla competente direzione regionale, ogni tre mesi, una certificazione, corredata del parere del collegio sindacale, in ordine alla coerenza della complessiva attività gestionale con gli impegni di equilibrio assunti nel bilancio preventivo economico e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari. In caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio complessivo e di mancato rispetto, i direttori generali sono tenuti contestualmente a presentare un piano, corredato del parere del collegio sindacale, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati è assicurata, pena la decadenza automatica dall'incarico del direttore generale, entro il 30 settembre, qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata alla fine del primo o del secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre.
14. Qualora per esigenze straordinarie sia necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste e incompatibili con gli impegni di equilibrio, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione, secondo i limiti e le modalità definiti dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili e urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali gli enti danno comunicazione alla Giunta regionale entro quindici giorni.
15. La decadenza automatica, ai sensi delle vigenti disposizioni, opera nei seguenti casi:

a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;
b) mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;
c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre;
d) mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai LEA.

16. In attuazione dell'articolo 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato 'Legge finanziaria 2005'), le disposizioni di cui ai commi 12, 13, 14 e 15 si applicano anche agli IRCCS non trasformati in fondazioni ai sensi del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3).
17. La Giunta regionale definisce gli indicatori in base ai quali dichiarare lo stato di dissesto degli enti pubblici di cui alla presente legge. In caso di dissesto dichiarato con provvedimento della Giunta regionale, il direttore generale decade dall'incarico e il suo rapporto contrattuale è risolto di diritto; al suo posto la Giunta regionale nomina, secondo le modalità di cui all'articolo 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512 (Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali), convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, un altro direttore generale con il compito di adottare, entro novanta giorni dalla nomina, un piano di rientro, di durata massima triennale, comprensivo del piano finanziario e del piano di riorganizzazione e ristrutturazione dei servizi, da proporre alla Giunta regionale per l'approvazione. La gestione del piano è affidata allo stesso direttore generale.
18. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata adotta e sottopone all'approvazione della Giunta regionale

sia il bilancio preventivo economico annuale della gestione sanitaria accentrata sia il bilancio consolidato entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata adotta e sottopone all'approvazione della Giunta regionale sia il bilancio d'esercizio della gestione sanitaria accentrata sia il bilancio consolidato rispettivamente entro il 30 aprile ed entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazioni dei bilanci consolidati questi sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. L'eventuale risultato positivo di esercizio derivante dai risparmi conseguenti alle misure adottate dalla Giunta regionale rimane nella disponibilità della regione per finalità sanitarie e viene accantonato in una apposita riserva del patrimonio netto destinata prioritariamente al ripiano delle perdite di esercizi pregressi, a investimenti strutturali e a progettualità specifiche approvate dalla Giunta regionale.";

dd) l'articolo 23 è abrogato;

ee) l'articolo 24 è sostituito dal seguente:

"Art. 24

(Valorizzazione del ruolo del volontariato)

1. La Regione riconosce e promuove il ruolo del volontariato nella sua essenziale funzione complementare e ausiliaria al SSL, finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell'efficienza dell'attività e della professionalità degli operatori, nonché dell'appropriatezza e dell'umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, in un'ottica sussidiaria favorendo momenti di aggregazione ed ascolto delle associazioni di volontariato, anche nell'ambito dei tavoli di confronto di cui all'articolo 5, comma 14.

2. La Regione promuove e favorisce attività di raccolta diffusa ed eventi di beneficienza finalizzati ad investimenti in tecnologia o attività di studio e ricerca, se proposte da soggetti iscritti agli albi regionali del terzo settore, garantendo la piena trasparenza e tracciabilità dei flussi finanziari generati da tali attività a garanzia dei donatori, dei benefattori e dei destinatari degli interventi.";

ff) l'articolo 25 è sostituito dal seguente:

"Art. 25

(Promozione e coordinamento dell'utilizzo del patrimonio mobiliare dismesso delle strutture sanitarie e sociosanitarie)

1. La Regione promuove e coordina, per fini umanitari in Italia ed all'estero o per altri scopi comunque non lucrativi, l'utilizzo e la cessione del patrimonio mobiliare dismesso dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private operanti sul territorio regionale.

2. Ai fini del comma 1, la Giunta regionale fornisce le necessarie indicazioni operative, nel rispetto dei seguenti criteri:

a) l'adesione all'attività di promozione e coordinamento, per i beni degli enti privati, avviene su base volontaria;

b) il bene messo a disposizione deve essere funzionante e libero da vincoli, secondo quanto previsto dalle procedure di contabilità generale;

c) la cessione del bene, ai fini previsti dal presente articolo, deve avvenire a titolo gratuito;

d) possono presentare richiesta per l'utilizzo o la cessione dei beni dismessi: enti pubblici, organizzazioni ed enti non governativi riconosciuti a livello nazionale, enti ecclesiastici riconosciuti, organizzazioni del terzo settore iscritte nei registri regionali, rappresentanze diplomatiche in Italia ed all'estero, la Croce rossa italiana, fatta salva l'eventualità che il destinatario ultimo del bene non coincida con il richiedente.

3. Con la deliberazione della Giunta regionale di cui al comma 1, sentito il parere della commissione consiliare competente, sono altresì definite le modalità di vigilanza e controllo sull'effettivo utilizzo del bene per le finalità previste dal presente articolo.";

gg) l'articolo 26 è sostituito dal seguente:

"Art. 26

(Unità di offerta sociosanitarie)

1. Le unità di offerta sociosanitarie erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

2. La Regione riconosce e valorizza il ruolo svolto delle unità d'offerta sociosanitarie quali componenti essenziali della rete regionale dei servizi per le persone fragili e per le loro famiglie promuovendone lo sviluppo e

l'innovazione continua in relazione ai bisogni complessi emergenti.

3. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitarie, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 5, comma 14.

4. La Giunta regionale definisce, con successivi provvedimenti, i criteri e le modalità di riordino e riqualificazione della rete sociosanitaria regionale nella prospettiva di una piena integrazione, tra dimensione sociosanitaria e sociale, nella risposta ai bisogni complessi con specifico riguardo all'area dei consultori, della riabilitazione, della disabilità, delle dipendenze e della fragilità e non autosufficienza.

5. Nell'attività di cui al comma 4 la Giunta regionale promuove:

a) modalità di presa in carico della persona fragile attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, socio sanitaria e sociale, in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;

b) l'implementazione di modalità di valutazione dei bisogni attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica, assistenziale e sociale, utilizzando le scale in essere presso le Regioni tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale della complessità del bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci;

c) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona fragile e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliare;

d) strumenti di supporto alla persona fragile e alla sua famiglia, eventualmente anche con trasferimenti monetari, nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi da parte di famigliari e vicinato sulla base del piano personalizzato;

e) strumenti di supporto alla persona fragile e alla sua famiglia anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare.";

hh) l'articolo 27 è sostituito dal seguente:

"Art. 27

(Finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale)

1. Il finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale è assicurato mediante:

a) finanziamento ordinario corrente: definito nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard, ivi compresa la mobilità attiva extraregionale e internazionale ed è destinato:

1. al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale;

2. al finanziamento di atti e provvedimenti regionali a carico della gestione sanitaria accentrata;

b) finanziamento sanitario aggiuntivo corrente: definito da atti di finanziamento regionale aggiuntivo, ivi compresi quelli destinati all'erogazione di livelli di assistenza superiori rispetto ai LEA, da pay back e da iscrizione volontaria al servizio sanitario nazionale;

c) finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso: definito da eventuali provvedimenti regionali di ripiano del disavanzo sanitario pregresso, anche mediante l'incremento di aliquote fiscali e l'introduzione degli automatismi fiscali intervenuti ai sensi della vigente legislazione (articolo 1, comma 174, legge 311/2004);

d) finanziamento per investimenti in ambito sanitario: definito da atti nazionali e regionali destinati al finanziamento per investimenti strutturali del servizio sanitario regionale, ivi compreso il programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, autorizzato dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato 'Legge finanziaria 1988'); costituiscono inoltre fonte di finanziamento i redditi da patrimonio ed i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni finalizzati ad investimenti quali la realizzazione, l'acquisizione e l'ammodernamento di strutture, infrastrutture e attrezzature sanitarie e non;

e) finanziamento da entrate proprie aziendali: integra i precedenti livelli di finanziamento ed è costituito da:

1. le quote di compartecipazione di competenza regionale del cittadino al costo delle prestazioni sanitarie e, dove previsto, sociosanitarie, comprese le eventuali esenzioni e graduazioni in funzione proporzionale al

reddito del fruitore delle prestazioni e fino alla data della sua eliminazione con apposito provvedimento che individui la copertura di spesa susseguente ad una maggiore e sufficiente disponibilità regionale del gettito fiscale lombardo;

2. le entrate spettanti per le attività libero-professionali intra-murarie;

3. le entrate derivanti dalle attività di vigilanza e controllo nel rispetto dei limiti di destinazione previsti dalla normativa di settore;

4. le entrate a beneficio della Regione o degli enti di diritto pubblico del sistema sanitario derivanti da condanne o accordi relativi ai risarcimenti o indennizzi conseguenti a condotte poste in essere in pregiudizio agli interessi patrimoniali e non patrimoniali del servizio sanitario e sociosanitario regionale, ivi compresi i risarcimenti derivanti da rivalse nei confronti di soggetti condannati per danni alla salute;

5. una quota dei proventi derivati delle sperimentazioni finanziate da aziende di farmaci o dispositivi, da lasciare a bilancio delle ASST per gli studi e ricerche senza scopo di lucro;

6. i rimborsi effettuati dalle prefetture per le prestazioni erogate a stranieri irregolari (STP);

7. altri proventi e rimborsi tipici, ordinari e/o straordinari, delle ATS e delle ASST, AO, IRCCS, compresi i redditi da patrimonio e i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni, destinate al finanziamento della spesa corrente.

2. La Regione, attraverso l'ausilio delle professionalità dell'Osservatorio integrato del SSL di cui all'articolo 5, comma 14, promuove una revisione periodica delle tariffe dei DRG finalizzata all'adeguamento degli stessi alle più moderne valutazioni cliniche e tecnologiche. Nella stesura dei PSL di cui all'articolo 4, la Giunta regionale introduce tariffe differenziate dei DRG, attraverso la regolamentazione di un meccanismo premiante e penalizzante sui rimborsi, in base ad indicatori che misurino la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni, oltrechè il governo dei tempi d'attesa e gli esiti di salute. Tale meccanismo può essere applicato anche in funzione della complessità delle strutture erogatrici, pubbliche e private, identificate in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri vigente.

3. Annualmente la Giunta regionale, nell'ambito delle risorse di parte corrente di cui al comma 1, costituisce un fondo per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili e ne determina le modalità di riparto. La Regione persegue, laddove possibile, la trasformazione delle funzioni non tariffabili in prestazioni o servizi tariffabili, con conseguente riduzione del fondo.

4. Le fonti di finanziamento corrente di cui ai commi 1 e 2 sono destinate annualmente, da parte della Giunta regionale:

a) alle ATS, attraverso la definizione della quota capitaria per il finanziamento dei propri costi di funzionamento, dei costi relativi ai servizi erogati direttamente nonché per la remunerazione delle prestazioni erogate da tutti i soggetti accreditati ed a contratto pubblici e privati per i propri assistiti, ivi inclusa la mobilità extraregionale e intra-regionale; alle stesse ATS sono, inoltre, assegnate le risorse aggiuntive per la contrattazione territoriale specifica previste dall'articolo 5, comma 7, lettera l), e quelle per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili fino al loro superamento previsto dal comma 3, oltre ad eventuali contributi, rivedibili ogni tre anni, per specifiche progettualità a favore di soggetti erogatori accreditati per attività di ricovero e cura che operano senza fini di lucro e non sono controllati da società con fini di lucro né le controllano, degli ospedali classificati ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 (Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera) di proprietà e gestiti da istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti, esistenti alla data del 30 giugno 2008, per la realizzazione di programmi finalizzati ad incrementare l'integrazione con la rete locale dei servizi sanitari e sociosanitari per la presa in carico della cronicità e delle fragilità;

b) alle ASST, AO e alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, le risorse per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili, eventuali contributi per progetti e finalità specifiche con vincolo di destinazione anche a titolo di riequilibrio e eventuali interventi destinati ad investimenti;

c) all'AREU, le risorse destinate al finanziamento dei propri costi di funzionamento e per l'espletamento delle attività previste dall'articolo 16.

5. Le risorse definite al comma 1, lettera e), integrano le fonti di finanziamento corrente assegnate dalla Giunta regionale, di cui al comma 3. Per le ASST, AO e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico costituiscono altresì fonte

di finanziamento i ricavi per le prestazioni sanitarie erogate e le eventuali assegnazioni effettuate dall'AREU nell'ambito delle attività ad essa delegate.

6. La modalità di trasferimento delle risorse finanziarie dalla Regione alle aziende sanitarie pubbliche è demandata alla Giunta regionale e avviene:

a) per le ATS sulla base del reale fabbisogno del proprio territorio per i soggetti erogatori accreditati di tutti i servizi sanitari e sociosanitari pubblici e privati, ivi compreso il saldo di mobilità intra ed extra regionale;

b) per le ASST, AO e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico e per l'AREU, nei limiti delle assegnazioni effettuate.

7. Con provvedimento della Giunta regionale, da emanarsi entro la fine di ogni anno, sono fissati i limiti finanziari attinenti alla spesa per prestazioni sanitarie e sociosanitarie/ospedaliera specialistica e diagnostica per tutte le strutture, pubbliche e private, in ottemperanza alla normativa nazionale e in attuazione dei contenuti della presente legge, con particolare riferimento ai principi di cui all'articolo 5, comma 7, all'articolo 11 e all'articolo 15.

8. La Regione favorisce, senza oneri per il bilancio pubblico, l'esercizio di forme integrative di assistenza sanitaria anche per il tramite di forme assicurative e mutualistiche per le finalità di cui all'articolo 9 del d.lgs. 502/1992.

9. Gli atti di trasferimento ai terzi di diritti reali su beni immobili costituenti patrimonio delle strutture sanitarie pubbliche e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico sono assoggettati alla preventiva autorizzazione della direzione regionale competente per materia secondo modalità e procedure definite con deliberazione della Giunta regionale. Le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico adeguano i propri statuti a tale previsione entro novanta giorni dalla pubblicazione nel BURL della citata deliberazione.

10. In applicazione delle disposizioni di cui al decreto del Ministro della sanità 10 febbraio 1995, che modifica il DPR 616/80, la Giunta regionale emana direttive per l'organizzazione e il finanziamento dello speciale distretto di Campione d'Italia.";

ii) nel Titolo I, così come modificato dalle lettere a) e b), dopo l'articolo 27 sono aggiunti i seguenti:

"Art. 27 bis

(Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari)

1. Fatta eccezione per le prestazioni rese in regime di mobilità sanitaria attiva, è autorizzata la maggiorazione sulle tariffe per le prestazioni di ricovero e cura erogate dagli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati e a contratto e dalle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto, convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia.

2. Per le strutture sanitarie e sociosanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un massimo del 25 per cento, in base ai seguenti criteri:

a) numero dei posti letto attivi destinati alle attività didattiche;

b) numero degli studenti frequentanti il polo didattico;

c) numero del personale formalmente dedicato alla formazione e al tutoraggio.

3. Per gli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati e a contratto la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un massimo del 19 per cento, in base ai seguenti criteri:

a) numero del personale addetto alle attività di ricerca per posto letto;

b) numero di progetti di ricerca in corso di svolgimento presso la struttura;

c) impact factor standardizzato della struttura.

4. La maggiorazione tariffaria è riconosciuta ai soggetti di cui al comma 1, su richiesta degli stessi, corredata da dichiarazione di formale impegno a:

a) rispettare gli standard definiti dalla Giunta regionale in ordine all'instaurazione, in via prioritaria e prevalente, di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con i medici e con il personale infermieristico;

b) presentare il consolidamento dei bilanci con evidenziazione dei conti economici relativi all'attività sanitaria;
c) perseguire la razionalizzazione dei costi dell'organizzazione delle attività e conseguentemente delle prestazioni erogate nei piani strategici triennali per gli IRCCS di diritto pubblico e per le strutture di ricovero e cura pubbliche convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, o in appositi documenti programmatici a valenza triennale per gli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto e per le strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia.

5. La Giunta regionale determina i parametri economici per la verifica del consolidamento dei bilanci, tenendo conto della distinzione fra attività di ricerca e attività sanitaria esercitata nella Regione, nonché le modalità di assolvimento dell'impegno di cui al comma 4. Il mancato assolvimento dell'impegno comporta la revoca delle maggiorazioni di cui ai commi 2 e 3.
6. Il riconoscimento della maggiorazione sulle tariffe preclude il riconoscimento degli eventuali contributi economici ricevuti, di cui all'articolo 27 quater, nonché delle funzioni di didattica universitaria, di ampiezza del case mix e di integrazione tariffaria per percentuale di pazienti extraregionali superiore alla media regionale.
7. La Giunta regionale, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema, determina il relativo finanziamento annuale in sede di definizione degli indirizzi di gestione del servizio sociosanitario regionale, in relazione agli stanziamenti annuali del relativo bilancio di previsione.

Art. 27 ter
(Istituzione dell'Assessorato alla salute e politiche sociali 'Welfare')
1. Al fine di dare piena attuazione alla presente legge, il Presidente della Regione, secondo quanto previsto dallo Statuto d'autonomia, istituisce l'Assessorato alla salute e politiche sociali (Welfare), riassumendo le deleghe in essere rispettivamente all'Assessorato alla salute e all'Assessorato alla famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità, all'atto dell'approvazione legge regionale recante "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)".

Art. 27 quater
(Misure di razionalizzazione della spesa sanitaria)
1. Gli enti di cui alla presente legge ottemperano alle disposizioni di principio di cui agli articoli 6 e 9 della legge 30 luglio 2010, n. 122 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), ferma restando la facoltà di ricorrere ad assunzioni di personale a tempo determinato e ad altre tipologie di rapporti di lavoro flessibili strettamente necessarie al fine di garantire le attività di emergenza e urgenza e i livelli essenziali di assistenza. La Giunta regionale fornisce indicazioni in ordine al personale indispensabile ad assicurare le finalità di cui al primo periodo e procede annualmente alla verifica del rispetto, da parte delle aziende, delle condizioni e dei limiti di cui al presente comma. La Giunta regionale definisce inoltre le misure di compensazione necessarie a preservare l'equilibrio complessivo della parte sanitaria del bilancio regionale.

Art. 27 quinquies
(Sanzioni)
1. Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, l'inosservanza delle disposizioni relative ai requisiti richiesti per l'esercizio di attività sanitarie o sociosanitarie, incluse quelle che svolgono attività di soccorso e/o trasporto sanitario, o per l'accreditamento e l'inosservanza delle disposizioni relative alla rendicontazione delle prestazioni erogate e al rispetto dei criteri di appropriatezza specifica e generica di erogazione delle prestazioni comportano l'applicazione delle seguenti sanzioni:
a) da € 15.000 a € 150.000 per l'esercizio di attività sanitarie o di soccorso e trasporto sanitario in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA;

b) da € 5.000 a € 50.000 per l'esercizio di attività sociosanitarie in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA;
c) da € 3.000 a € 30.000 per l'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie o sociosanitarie per le quali non è stata ottenuta l'autorizzazione o non è stata presentata la SCIA;
d) da € 6.000 a € 60.000 se si tratta di strutture sanitarie di ricovero e cura o di day hospital o di day surgery, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;
e) da € 6.000 a € 60.000 se si tratta di strutture sanitarie di ricovero e cura o di day hospital o di day surgery, per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate;
f) da € 3.000 a € 30.000 se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;
g) da € 2.000 a € 20.000 se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate;
h) da € 1.000 a € 10.000 per l'esercizio di attività sociosanitarie in mancanza dei requisiti minimi;
i) da € 500 a € 5.000 per il mancato mantenimento di uno o più requisiti di accreditamento relativamente alle attività sociosanitarie;
j) da € 500 a € 5.000 per il mancato invio alla Regione o alla competente ATS di comunicazioni o flussi informativi.

2. Con riferimento alle fattispecie di cui al comma 1, lettere d) e f), la soglia di errore sanzionabile scatta quando l'entità della decurtazione economica realizzata come esito dell'attività di controllo è maggiore o uguale al 5 per cento del valore delle prestazioni sanitarie dell'intero campione controllato.
3. I requisiti per il cui assolvimento è prevista la predisposizione di documenti, disposizioni procedurali, regolamenti interni o linee guida si considerano assolti solo se la suddetta documentazione risulta conforme alla normativa vigente e la struttura vi ha dato regolare esecuzione.
4. L'applicazione delle sanzioni di cui al comma 1 spetta alle ATS, che introitano le somme riscosse a seguito dell'irrogazione.
5. L'accertamento dell'assenza o del mancato mantenimento dei requisiti autorizzativi o di accreditamento o l'inottemperanza al debito informativo di cui al comma 1, lettera j), comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, previa diffida ad ottemperare entro un congruo termine ai requisiti medesimi o al debito informativo, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo. L'accertamento della mancata autorizzazione o della mancata presentazione della SCIA comporta, oltre all'applicazione della sanzione di cui al comma 1, lettera a), il divieto di prosecuzione dell'attività.
6. Con riferimento alle strutture che erogano prestazioni di diverse branche o il cui assetto è composto da più unità operative, la sospensione o il divieto di prosecuzione dell'attività può riguardare, in relazione al tipo di requisito mancante, generale o specifico, tutta la struttura, una o più branche specialistiche, una o più unità operative.
7. L'accertamento di una mancanza di requisiti autorizzativi o di accreditamento tale da comportare un grave rischio per la salute dei cittadini, diretto e immediato o indiretto e potenziale, comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, la diffida ad ottemperare ai requisiti medesimi con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo.
8. Le violazioni delle disposizioni relative ai requisiti di autorizzazione o di accreditamento e di codifica delle prestazioni di cui al comma 1, lettere c), e), g), e h), contestate alla medesima struttura per la terza volta nel corso dell'anno solare, comportano la diffida ad ottemperare con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un tempo congruo al ripristino dei requisiti non assolti o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di continuare ad esercitare l'attività.
9. La mancata ottemperanza ai requisiti autorizzativi o di accreditamento in seguito alla sospensione di cui ai

commi 5, 6, 7 e 8 comporta la revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione dell'attività.
10. Per quanto non espressamente previsto, si osservano, in quanto applicabili, le disposizioni della legge 24 novembre, n. 689 (Modifiche al sistema penale), con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'articolo 11.

Art. 27 sexies
(Clausola valutativa)
1. Il Consiglio regionale e la Giunta regionale, secondo le rispettive competenze, valutano i risultati e l'efficacia delle politiche socio-sanitarie disciplinate dalla presente legge.
2. La Giunta regionale informa il Consiglio regionale dell'attuazione della presente legge e dei risultati ottenuti nel promuovere la salute e il benessere dei cittadini lombardi. A tal fine, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione biennale che documenta e descrive:

a) gli interventi realizzati in attuazione della presente legge, specificando le risorse impiegate, i soggetti coinvolti nell'attuazione e i beneficiari raggiunti;
b) le azioni di sistema, di regolazione, di programmazione e di controllo realizzate e i relativi esiti;
c) le eventuali criticità verificatesi e le soluzioni messe in atto per farvi fronte;
d) i risultati e gli effetti delle politiche promosse, secondo specifici temi e quesiti che il Comitato paritetico di controllo e valutazione del Consiglio regionale, di concerto con la competente commissione consiliare, segnala all'Assessore regionale alla salute e politiche sociali (Welfare).

3. Il Consiglio regionale può destinare apposite risorse allo svolgimento delle analisi necessarie a rispondere ai quesiti di cui ai commi 1 e 2.
4. La Giunta regionale rende accessibili i dati e le informazioni elaborate per le attività valutative previste dalla presente legge. Il Consiglio regionale rende pubblici i documenti che concludono l'esame svolto unitamente alla relazione che ne è stata oggetto.";

jj) gli articoli 3 bis, 13 bis, 19 bis, 19 ter e 25 bis sono abrogati;
kk) dopo l'Allegato B è aggiunto il seguente:
"Allegato 1 (articoli 6 e 7)

ATS della Città Metropolitana di Milano

—**IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori**

—**IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta**

—**IRCCS Ospedale Policlinico di Milano**

—**ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie ex Distretto 2 della Zona 9 di Milano e l'Ospedale Niguarda

—**ASST SANTI PAOLO E CARLO**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie ex Distretti 4 e 5 delle Zone di Milano 5, 6 e 7 e gli Ospedali San Paolo e San Carlo Borromeo

—**ASST FATEBENEFRATELLI SACCO**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie ex Distretti 1, 2, 3 e 4 delle Zone 1, 2, 3, 4 e 8 di Milano e i Poli Ospedalieri:
- Ospedale Luigi Sacco
- Ospedale Fatebenefratelli
- Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi
- Clinica Macedonio Melloni

—**ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO GAETANO PINI/CTO**, comprendente gli Ospedali Gaetano Pini e CTO (Centro Ortopedico Traumatologico) e la rete ambulatoriale

territoriale specialistica ortopedico traumatologica

—**ASST OVEST MILANESE**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di
- Legnano
- Magenta
- Castano Primo
- Abbiategrasso

—**ASST RHODENSE**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di
- Rho
- Garbagnate
- Corsico

—**ASST NORD MILANO**, comprendente il territorio degli ex Distretti ASL 6 e 7 di Cinisello Balsamo e Sesto San Giovanni, l'Ospedale Bassini di Cinisello Balsamo, l'Ospedale Città di Sesto San Giovanni e i Poliambulatori dell'ex AO ICP

—**ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA**, comprendente il Territorio ed i relativi Poli Ospedalieri afferenti all'ex ASL di Milano 2

—**ASST DI LODI**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Lodi

ATS DELL'INSUBRIA:

—**ASST DEI SETTE LAGHI**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie (ad esclusione dell'Ospedale di Angera, che in fase di prima attuazione rimane funzionalmente collegato all'Ospedale di Gallarate, nell'ambito dell'ASST della Valle Olona) degli ex Distretti ASL di:
- Varese
- Arcisate
- Azzate
- Laveno
- Luino
- Sesto Calende
- Tradate

—**ASST DELLA VALLE OLONA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:
- Busto Arsizio
- Castellanza
- Gallarate
- Somma Lombardo
- Saronno

—**ASST LARIANA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Como, ad eccezione dell'ex Distretto ASL Medio Alto Lario
ATS DELLA BRIANZA:

—**ASST DI LECCO**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di

Lecco

—**ASST DI MONZA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:
- Monza
- Desio

—**ASST DI VIMERCATE**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:
- Carate Brianza
- Seregno
- Vimercate

ATS DI BERGAMO:

—**ASST PAPA GIOVANNI XXIII** , comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:
- Bergamo
- Valle Brembana/Valle Imagna

—**ASST DI BERGAMO OVEST**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:
- Dalmine
- Bassa Bergamasca
- Isola Bergamasca

—**ASST DI BERGAMO EST**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:
- Est Provincia
- Valle Seriana/Valle di Scalve

ATS DI BRESCIA:

—**ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:
- Brescia
- Brescia Est
- Brescia Ovest
- Val Trompia

—**ASST DELLA FRANCIACORTA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:
- Sebino
- Monte Orfano
- Oglio Ovest
- Bassa Bresciana Occidentale

—**ASST DEL GARDA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie (ad esclusione dell'Ospedale di Montichiari, che rimane funzionalmente collegato agli Spedali Civili di Brescia, nell'ambito dell'ASST degli Spedali Civili di Brescia) degli ex Distretti ASL di:
- Garda/Salò
- Valle Sabbia
- Bassa Bresciana Orientale

- Bassa Bresciana Centrale

ATS DI PAVIA:

—**IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO**

—**ASST DI PAVIA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Pavia

ATS DELLA VAL PADANA:

—**ASST DI CREMONA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Cremona, ad esclusione dell'ex Distretto ASL di Crema

—**ASST DI MANTOVA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Mantova

—**ASST DI CREMA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ex Distretto ASL di Crema

ATS DELLA MONTAGNA:

—**ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO**, che mantiene la propria autonomia e le proprie sedi, ospitando altresì le sedi operative dell' ATS e comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie:
- della provincia di Sondrio
- del Distretto Medio Alto Lario dell'ASL di Como

—**ASST DELLA VALCAMONICA**, che mantiene la propria autonomia e le proprie sedi, ospitando altresì le sedi operative dell'ATS e comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ASL della Valle Camonica/Sebino.".

Art. 1 bis

(Carattere sperimentale dell'articolazione in ATS e ASST)(3)

1. L'articolazione in ATS e ASST del servizio sanitario e sociosanitario regionale, come disciplinato dal Titolo I della l.r. 33/2009 a seguito delle modifiche introdotte dalla presente legge, avviene in via sperimentale per un periodo di cinque anni, al termine del quale la Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, valuta i risultati della sperimentazione. La Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, effettua una prima verifica al termine del primo triennio di sperimentazione al fine di individuare eventuali interventi correttivi.

Art. 2

(Disposizioni finali e disciplina transitoria)

1. Alla data di entrata in vigore della presente legge si considerano istituite le ATS e le ASST di cui agli articoli 6 e 7 della l.r. 33/2009 e al relativo Allegato 1, come sostituiti dall'articolo 1, comma 1, nonché l'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo e l'Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo.**(4)**

2. Al fine di procedere all'effettiva costituzione delle ATS e delle ASST, la Giunta regionale:

a) nomina, per ciascuna delle costituende ATS e ASST, un collegio composto dai direttori o commissari delle aziende interessate, a cui affidare il compito di effettuare, entro il termine di due mesi dalla nomina, la ricognizione del personale e di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, di redigere gli inventari dei beni patrimoniali mobili e

immobili, nonché di predisporre ogni altra documentazione utile alla costituzione delle ATS e ASST e di trasmettere gli esiti dell'attività svolta alla stessa Giunta regionale con apposita relazione;

b) seleziona, secondo procedure ad evidenza pubblica, una società specializzata in processi di riorganizzazione aziendale che affianchi un gruppo di lavoro appositamente costituito presso la direzione regionale competente nella fase di avvio e di stabilizzazione dei nuovi assetti organizzativi, secondo criteri di efficienza e di razionale utilizzo delle risorse disponibili, e nella predisposizione dei relativi atti da sottoporre alla stessa Giunta regionale.

3. Il gruppo di lavoro di cui al comma 2, lettera b), è costituito con decreto del direttore generale della direzione regionale competente ed è composto, oltre che da funzionari e dirigenti della Regione, da personale proveniente dagli enti di cui all'Allegato A1, Sezione II, della legge regionale 27 dicembre 2006, n. 30 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - collegato 2007), anche in deroga alla percentuale di cui all'articolo 28, comma 2 bis, della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale) e ricomprendendo i ruoli delle dirigenze medica, sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa del SSL.

4. La Giunta regionale, acquisita e valutata la documentazione di cui al comma 2, approva le deliberazioni costitutive delle ATS e delle ASST regolando contestualmente la fase di transizione, con particolare riguardo alla definizione dei nuovi assetti organizzativi e dei procedimenti in corso, alla nomina degli organi, al subentro nei rapporti giuridici, all'assegnazione anche in via provvisoria di funzioni, di beni e di risorse umane, ai debiti informativi e alle gestioni liquidatorie, in modo che sia garantita la continuità nello svolgimento delle funzioni e nell'erogazione delle prestazioni.

5. La Giunta regionale è altresì autorizzata ad adottare ogni ulteriore atto necessario a portare a compimento il processo di definizione dei nuovi assetti, anche con riferimento all'esigenza di uniformare i sistemi informativi.

6. L'attività dei collegi di cui al comma 2 si protrae fino alla data di nomina dei nuovi direttori generali o commissari straordinari, fatta salva la possibilità di ricostituirli in conseguenza delle nuove nomine.

7. La Giunta regionale approva le deliberazioni costitutive dell'agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo e dell'agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo, definendone gli assetti organizzativi e la relativa articolazione e procedendo alla contestuale nomina dei direttori generali.**(4)**

8. Alla data indicata nelle deliberazioni di cui al comma 4:

a) le ASL e le AO, con tutto il loro patrimonio mobiliare e immobiliare, i rapporti giuridici in essere, le articolazioni e le strutture, i distretti e i presidi, vengono incorporate nelle ATS e nelle ASST, secondo le funzioni rispettivamente affidate alle ATS e alle ASST dagli articoli 6, 7 e 7 bis della l.r. 33/2009, così come introdotti dall'articolo 1 della presente legge, e in coerenza con quanto previsto dall'Allegato 1, con conseguente scioglimento dei relativi organi e decadenza dei direttori amministrativi, sanitari e sociali in carica alla data di nomina dei nuovi direttori amministrativi, sanitari e sociosanitari individuati in base agli elenchi degli idonei per la nomina dei direttori amministrativi, sanitari e sociali;**(5)**

b) le ATS subentrano nei rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alle ASL;

c) le ASST subentrano nei rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alle AO;

d) acquistano efficacia le disposizioni di cui all'articolo 1 della presente legge, fatto salvo quanto previsto dal comma 1 del presente articolo;

e) i riferimenti alle ASL contenuti nei Capi I e II del Titolo VI, nei Titoli VIII e IX e negli articoli 43, comma 2, 75, 79, 80, ad eccezione delle lettere o) e p) del comma 1, 82, 84, 85, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97 della l.r. 33/2009**(1)** s'intendono come riferimenti alle ATS;

f) i riferimenti alle ASL contenuti negli articoli 69, comma 3, 70, comma 5, 71, comma 1, 72, commi 3 e 4, 80, comma 1, lettere o) e p), e 85, comma 1, della l.r. 33/2009**(1)** s'intendono come riferimenti alle ASST;

g) i riferimenti alle strutture sociosanitarie contenuti negli articoli 2, 5 e 15 della l.r. 33/2009**(1)**, come modificati dall'articolo 1, comma 7, si intendono anche come riferimenti alle unità d'offerta non articolate in strutture;

h) alla l.r. 33/2009**(1)** sono apportate le seguenti modifiche:

1. al comma 1 dell'articolo 44 le parole: 'I presidi di riferimento' sono sostituite dalle seguenti: *'Le strutture di*

riferimento';

2. al comma 3 dell'articolo 45 le parole: 'le ASL' sono sostituite dalle seguenti: *'le ATS, le ASST,'*;

3. al comma 3 dell'articolo 47 le parole: 'I presidi ospedalieri' sono sostituite dalle seguenti: *'Le strutture sanitarie'*;

4. al comma 6 dell'articolo 47 le parole: 'Il presidio ospedaliero' sono sostituite dalle seguenti: *'La struttura sanitaria'*;

5. al comma 7 dell'articolo 47 le parole: 'del presidio ospedaliero' sono sostituite dalle seguenti: *'della struttura sanitaria'*;

6. al comma 1 dell'articolo 49 le parole: 'A livello distrettuale o infradistrettuale,' sono soppresse;

7. al comma 2 dell'articolo 49 le parole: 'Le ASL' sono sostituite dalle seguenti: *'Le ATS e le ASST'*;

8. al comma 1 dell'articolo 50 le parole: 'delle sedi ospedaliere' sono sostituite dalle seguenti: *'delle strutture sanitarie'*;

9. alla lettera b) del comma 2 dell'articolo 57 le parole: 'e le attività vaccinali' sono soppresse;

10. alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 57 le parole: 'individuale e' sono soppresse;

11. l'articolo 83 è abrogato;

i) alla Sezione II dell'Allegato A1 della l.r. n. 30/2006**(6)** sono apportate le seguenti modifiche:**(7)**

1. la lettera b) è sostituita dalla seguente:

'b) Agenzie di tutela della salute (ATS).';

2. dopo la lettera c) sono inserite le seguenti:

'c bis) Aziende sociosanitarie territoriali (ASST);

c ter) Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo;

c quater) Agenzia per la promozione del servizio sociosanitario lombardo';

j) alla legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario)**(8)** sono apportate le seguenti modifiche:

1. il titolo è sostituito dal seguente: *'Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale'*;

2. all'articolo 1, le parole 'e sociosanitarie' sono soppresse;

3. all'alinea del comma 1 dell'articolo 2, le parole 'e sociosanitarie' sono soppresse;

4. alla lettera a) del comma 2 dell'articolo 2, le parole: 'e sociosanitari' sono soppresse;

5. alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 2, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;

6. all'alinea del comma 1 dell'articolo 3, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;

7. alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 3, le parole: 'le aziende sanitarie locali (ASL), le aziende di servizi alla persona (ASP)' sono soppresse;

8. alle lettere c) e d) del comma 1 dell'articolo 3, le parole: 'e sociosanitario' sono soppresse;

9. l'articolo 5 è abrogato;

10. all'alinea del comma 1 dell'articolo 6, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;

11. il comma 3 dell'articolo 6 è abrogato;

12. all'alinea del comma 4 dell'articolo 6, le parole: ', d'intesa con le ASL' sono soppresse;

13. alle lettere a) e b) del comma 4 dell'articolo 6, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;

14. alla lettera d) del comma 4 dell'articolo 6, le parole: 'e dell'ASL' sono soppresse;

15. all'alinea dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, le parole 'e sociosanitarie' sono soppresse;

16. alla rubrica dell'articolo 8, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;

17. il comma 1 dell'articolo 8 è abrogato;

18. il comma 2 dell'articolo 8 è sostituito dal seguente:

'2. L'accesso agevolato alle prestazioni sociali e il relativo livello di compartecipazione al costo delle medesime è stabilito dai Comuni nel rispetto della disciplina statale sull'indicatore della situazione economica equivalente e dei criteri ulteriori, che tengano conto del bisogno assistenziale, stabiliti con deliberazione della Giunta regionale.';

19. i commi 3 e 4 dell'articolo 8 sono abrogati;

20. al comma 7 dell'articolo 8, le parole: 'e la quota a valenza sociale per le prestazioni sociosanitarie' sono soppresse;

21. il comma 11 dell'articolo 8 è abrogato;

22. la rubrica dell'articolo 10 è sostituita dalla seguente: *'Titoli sociali'*;
23. al comma 1 dell'articolo 10, le parole: 'e sociosanitari' e le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;
24. il comma 2 dell'articolo 10 è sostituito dal seguente:
'2. I titoli sociali sono rilasciati dai comuni, singoli o associati, competenti per territorio.';
25. al comma 3 dell'articolo 10, le parole: 'e le modalità di gestione ed erogazione dei titoli sociosanitari' sono soppresse;
26. all'alinea del comma 1 dell'articolo 11, le parole: 'e sociosanitarie' e le parole: ', delle aziende sanitarie' sono soppresse;
27. alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: 'programma, con il piano sociosanitario, la rete delle unità d'offerta sociosanitarie e' sono soppresse;
28. la lettera b) del comma 1 dell'articolo 11 è soppressa;
29. le lettere e), f), h), n), bb) e cc) del comma 1 dell'articolo 11 sono soppresse;
30. alla lettera k) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: 'e, sentiti i soggetti di cui all'articolo 3 e la commissione consiliare competente, i costi standard delle unità di offerta sociosanitarie che erogano prestazioni a carico del fondo sanitario, nonché' sono soppresse;
31. alla lettera l) del comma 1 dell'articolo 11, il numero '24' è soppresso;
32. alla lettera o) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;
33. alla lettera p) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: 'dei registri delle unità d'offerta sociosanitarie accreditate e' sono soppresse;
34. alle lettere t) e v) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;
35. alla lettera x) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: 'e sociosanitari' sono soppresse;
36. all'alinea e alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 12, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;
37. alla lettera d) del comma 1 dell'articolo 12, le parole: 'e sociosanitario' sono soppresse;
38. alla lettera g) del comma 1 dell'articolo 12, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;
39. alla lettera h) del comma 1 dell'articolo 12, le parole: 'sociosanitarie e' sono soppresse;
40. il comma 3 dell'articolo 13 è abrogato;
41. l'articolo 14 è abrogato;
42. i commi 2 e 3 bis dell'articolo 15 sono abrogati;
43. al comma 1 dell'articolo 15, le parole: 'e all'ASL' sono soppresse;
44. i commi 2 e 3 bis dell'articolo 15 sono abrogati;
45. al comma 3 dell'articolo 15, le parole: 'l'ASL o' e le parole: 'per quanto di competenza' sono soppresse;
46. il primo periodo del comma 3 quater dell'articolo 15 è sostituito dal seguente:
'3 quater. Per l'applicazione delle sanzioni di cui al comma 3 ter sono competenti i comuni.';
47. i commi 2 e 3 dell'articolo 16 sono abrogati;
48. al primo periodo del comma 5 dell'articolo 16, le parole:'tra l'ASL ovvero' e le parole:'sociosanitaria o' sono soppresse;
49. il secondo periodo del comma 5 dell'articolo 16 è soppresso;
50. l'articolo 17 è abrogato;
51. il comma 2 dell'articolo 18 è abrogato;
52. alla rubrica dell'articolo 19, le parole:'e sociosanitaria' sono soppresse;
53. ai commi 1 e 4 dell'articolo 19, le parole:'e sociosanitarie' sono soppresse;
54. al comma 2 dell'articolo 19, le parole:'Le ASL,' sono soppresse;
55. il comma 3 dell'articolo 19 è abrogato;
56. il comma 2 dell'articolo 20 è abrogato;
57. il secondo periodo del comma 3 dell'articolo 20 è soppresso;
58. alla rubrica dell'articolo 21, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;
59. al comma 2 dell'articolo 21, le parole: 'e sociosanitari' sono soppresse;
60. al comma 3 dell'articolo 21, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;
61. alla rubrica e al comma 1 dell'articolo 22, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;
62. la lettera b) del comma 2 dell'articolo 22 è soppressa;

63. la lettera e) del comma 2 dell'articolo 23 è soppressa;
64. alla lettera f) del comma 2 dell'articolo 23, le parole: 'dalle ASL' sono soppresse;
65. alla lettera g) del comma 2 dell'articolo 23, le parole: 'e sociosanitari' e le parole: 'le ASL' sono soppresse;
66. l'articolo 24 è abrogato;
67. al comma 1 dell'articolo 25, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;
68. all'alinea e alla lettera g) del comma 2 dell'articolo 25, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;
69. all'alinea del comma 4 dell'articolo 25, le parole: 'e previo parere dell'ASL territorialmente competente' sono soppresse;
70. alla lettera b) del comma 4 dell'articolo 25, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;
71. l'articolo 30 è abrogato;
72. al comma 1 bis dell'articolo 31, le parole: 'e sociosanitarie' sono soppresse;
73. la lettera b) del comma 1 bis dell'articolo 31 è soppressa.

9. Fino alla data di cui al comma 8, le ASL e le AO già costituite alla data di entrata in vigore della presente legge continuano a svolgere tutte le funzioni di rispettiva competenza secondo le disposizioni vigenti alla stessa data.

10. Entro ventiquattro mesi dalla definizione dei nuovi assetti organizzativi sono sottoscritti i nuovi contratti collettivi integrativi aziendali. Al personale delle ATS, delle ASST si applica il contratto collettivo integrativo aziendale dell'azienda di provenienza fino alla sottoscrizione dei nuovi contratti collettivi integrativi aziendali che in ogni caso non devono determinare alcun onere aggiuntivo a carico del SSL.**(9)**

11. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge e sino alla definizione dei nuovi assetti organizzativi non possono essere ricoperti i posti vacanti delle posizioni apicali dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo; s'intendono pertanto revocate le autorizzazioni per la copertura dei suddetti posti, per i quali, alla data di entrata in vigore della presente legge, non sia stato dato avvio alle relative procedure.

12. I direttori generali delle ATS e delle ASST, nominati con le deliberazioni di cui al comma 4, sono individuati quali commissari liquidatori cui competono:

a) le funzioni di legali rappresentanti:
   1. delle gestioni liquidatorie delle soppresse USSL;
   2. delle gestioni liquidatorie delle aziende USSL istituite ai sensi della legge regionale 15 settembre 1993, n. 28 (Ridefinizione degli ambiti territoriali delle Unità socio-sanitarie locali) e venute a cessare ai sensi della legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 (Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali).
   3. **(10)**
b) **(11)**

13. Ai commissari liquidatori, quali legali rappresentanti delle gestioni liquidatorie di cui al comma 12 compete la legittimazione attiva e passiva, sostanziale e processuale per le controversie riguardanti debiti e crediti delle soppresse USSL e aziende USSL.**(12)**

14. I debiti delle gestioni liquidatorie delle soppresse USSL, aziende USSL nonché i relativi atti esecutivi gravano sulle dotazioni finanziarie delle gestioni liquidatorie.**(13)**

15. (14)

16. Al fine di supportare il complesso processo di avvio e stabilizzazione del riordino di cui alla presente legge, la Giunta regionale individua, mediante avviso interno rivolto al personale di ruolo appartenente al ruolo dell'avvocatura regionale secondo le disposizioni di cui all'articolo 19 della l.r. 20/2008, un professionista dotato di particolari competenze in materia di diritto e legislazione sanitaria e lo assegna alla corrispondente funzione di consigliere giuridico per il periodo di tre anni, prorogabili per altri cinque. Al professionista incaricato compete il trattamento economico e previdenziale equivalente a quello previsto dall'articolo 29, comma 6, della l.r. 20/2008.**(15)**

17. Entro il 31 ottobre 2015, il Consiglio regionale, previo svolgimento, presso la commissione consiliare competente, di apposite consultazioni finalizzate alla verifica degli impatti sul territorio delle aggregazioni previste dall'Allegato 1 di

cui al comma 1, approva, su proposta della stessa commissione consiliare, eventuali modifiche del medesimo allegato.

18. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Presidente della Giunta regionale propone al Consiglio regionale il PSL quinquennale di cui all'articolo 4 della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1 comma 1. In particolare il PSL dovrà contenere:

a) la rete dei poli ospedalieri e la rete socio sanitaria territoriale afferenti ad ogni ATS e ad ogni ASST, fondate sull'integrazione sociosanitaria tra assistenza ospedaliera, territoriale e domiciliare, con particolare attenzione alla protezione delle fragilità e della famiglia;

b) le reti di cui alla lettera a), che potranno essere realizzate con tempistiche differenziate, anche prevedendo sperimentazioni specifiche finalizzate alla corretta valutazione del rapporto costo/beneficio, dovranno salvaguardare il duplice principio di centralizzazione dei servizi d'eccellenza e superspecialistici e di devoluzione periferica territoriale e domiciliare delle prestazioni generalistiche ed a media e bassa intensità assistenziale;

c) la revisione dei DRG di cui all'articolo 27, comma 2, della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1, comma 1.

19. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale attiva, per l'anno accademico 2015/2016, quaranta borse di studio per specialità medico chirurgiche.

20. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale approva gli elenchi degli idonei al ruolo di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore sociosanitario di cui rispettivamente agli articoli 12 e 13 della l.r. 33/2009 come sostituiti dall'articolo 1, comma 1.

21. (14)

22. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale, attraverso l'attivazione di tutti i soggetti operanti sul territorio di propria competenza, provvede ad uniformare i sistemi informatici del SSL, al fine di consentire una corretta informazione al cittadino ed un'omogenea trasmissione ed elaborazione dei dati clinici e programmatici all'interno del SSL. La Giunta regionale, con la stessa tempistica, predispone l'aggiornamento della Carta Regionale dei Servizi con tutta la documentazione clinica pregressa della persona e l'erogazione delle prestazioni in regime di 'dematerializzazione', ivi compresa la razionalizzazione delle prenotazioni e l'eventuale pagamento delle compartecipazioni attraverso la metodologia on-line, mantenendo la documentazione cartacea esclusivamente dietro esplicita richiesta del cittadino. Il database contenuto nella Carta Regionale dei Servizi sarà altresì utilizzato per la certificazione fiscale delle compartecipazioni e delle spese sostenute dal cittadino.

23. In fase di attuazione della presente legge la Regione realizza, con le organizzazioni sindacali maggiormente significative, periodici momenti di confronto sull'evoluzione del SSL, al fine di monitorare le ricadute sul personale, secondo quanto previsto dai contratti collettivi nazionali ed accordi regionali.

24. Entro il 31 dicembre 2016 il Consiglio regionale approva, su proposta della Giunta regionale, l'aggiornamento del vigente piano regionale della prevenzione 2015-2018 a seguito della prima attuazione delle disposizioni di cui al Titolo I della l.r. 33/2009 come modificate dalla presente legge.**(16)**

25. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale costituisce il GATTS di cui all'articolo 5, comma 8, della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1, comma 1.

26. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale istituisce l'osservatorio integrato del SSL di cui all'articolo 5, comma 14, della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1, comma 1.

27. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale costituisce l'Osservatorio epidemiologico regionale di cui all'articolo 5 bis della l.r. 33/2009 aggiunto dall'articolo 1, comma 1.

28. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale approva ed adotta il sistema di classificazione delle malattie croniche e delle relative modalità di retribuzione di cui all'articolo 9 della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1, comma 1.

29. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale istituisce l'accademia di formazione per il servizio socio sanitario lombardo di cui all'art. 17 bis della l.r. 33/2009 aggiunto dall'articolo 1, comma 1.**(4)**

Art. 3

(Norma finanziaria)

1. Agli oneri finanziari di natura corrente derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse allocate alla missione 13 'Tutela della Salute' programma 01 'Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA' - Titolo I 'Spese correnti' e Titolo IV 'Rimborso Prestiti' - ed al programma 07 'Ulteriori spese in materia sanitaria' - Titolo I 'Spese correnti' del bilancio regionale 2015-2017, quantificate in € 18.268.357.111,90 per l'anno 2015, in € 17.965.204.321,00 per l'anno 2016 ed in € 17.955.204.321,00 per il 2017.

2. Agli oneri finanziari in conto capitale derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse allocate alla missione 13 'Tutela della Salute' programma 05 'Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari' - Titolo II 'Spese in conto capitale' del bilancio regionale 2015-2017, quantificate in € 160.526.021,00 per l'anno 2015, in € 10.410.160,00 per l'anno 2016 ed in € 6.071.061,00 per il 2017.

3. Agli oneri per incremento attività finanziarie derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse allocate al programma 07 'Ulteriori spese in materia sanitaria' - Titolo III 'Spese per incremento attività finanziarie' del bilancio regionale 2015-2017 quantificate in € 110.000.000,00 per l'anno 2015.

4. Agli oneri derivanti dallo sviluppo di nuovi servizi e dal miglioramento quali-quantitativo dei livelli di offerta delle prestazioni si provvede nei limiti dei risparmi derivanti dall'applicazione delle misure di razionalizzazione di cui alla presente legge.

NOTE:

1. Si rinvia alla l.r. 30 dicembre 2009, n. 33, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
2. Vedi avviso di rettifica BURL 28 settembre 2015, n. 40 suppl.
3. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41.
4. Il comma è stato modificato dall'art. 3, comma 1, lett. a) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41.
5. La lettera è stata modificata dall'art. 3, comma 1, lett. b) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41.
6. Si rinvia alla l.r. 27 dicembre 2006, n. 30, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
7. La lettera è stata modificata dall'art. 3, comma 1, lett. a) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41.
8. Si rinvia alla l.r. 12 marzo 2008, n. 3, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
9. Il comma è stato modificato dall'art. 18, comma 1, lett. a) della l.r. 10 agosto 2017, n. 22.
10. Il numero è stato abrogato dall'art. 3, comma 1, lett. c) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41.
11. La lettera è stata abrogata dall'art. 3, comma 1, lett. c) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41.
12. Il comma è stato modificato dall'art. 3, comma 1, lett. d) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41.
13. Il comma è stato modificato dall'art. 3, comma 1, lett. d) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 e dall'art. 3, comma 1, lett. e) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41.
14. Il comma è stato abrogato dall'art. 3, comma 1, lett. f) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41.
15. Il comma è stato modificato dall'art. 15, comma 1, lett. a) della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23.

16. Il comma è stato sostituito dall'art. 10, comma 20, lett. a) della l.r. 8 agosto 2016, n. 22.

Il presente testo non ha valore legale ed ufficiale, che e' dato dalla sola pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Lombardia