

**PROGETTO DI LEGGE N. 0228**

di iniziativa del Presidente della Giunta regionale

Titolo

**“Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo”.**

**Nuovo Titolo**

**“Evoluzione del Sistema Socio Sanitario 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’”**

Approvato nella seduta 29 giugno 2015

Relatori: Consiglieri Rizzi/Capelli  
Trasmesso alle Commissioni consiliari il: 20 gennaio 2015  
Parere espresso dalla Commissione consiliare I: 8 luglio 2015  
Restituito alla Presidenza del Consiglio: 9 luglio 2015

**DOCUMENTO PERVENUTO**  
**ALLE ORE** 12.40  
**DEL** 09-07-2015  
**SERVIZIO SEGRETERIA**  
**DELL'ASSEMBLEA CONSILIARE**

**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” 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 1 è sostituito dal seguente:

**“Art. 1**  
**(Oggetto)**

*1. Il Sistema sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo, di seguito denominato Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL) è costituito dall’insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l’offerta sanitaria e sociosanitaria di Regione Lombardia e di quelle sociali di concerto con gli ambiti territoriali.*

*2. La presente legge disciplina, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, di quelli contenuti nella legislazione nazionale di settore, nello Statuto d’autonomia e nell’ambito del SSL, il Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale (SSR) e favorisce l’integrazione dei servizi sociali propri delle autonomie locali.”;*

e) l'articolo 2 è sostituito dal seguente:

**“Art. 2  
(Principi)**

*1. La programmazione e la gestione del SSL, attuate con la gradualità e nei limiti delle risorse economiche disponibili, si conformano ai seguenti principi:*

- a) rispetto della dignità della persona, centralità del ruolo della famiglia e dell'equità di accesso al SSL;*
- b) orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso;*
- c) 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 e di assistenza;*
- d) scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini, delle strutture sanitarie e sociosanitarie alle quali affidarsi per la cura e la presa in carico, in un'ottica di trasparenza e completa parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati, che operano all'interno del SSL;*
- e) promozione dell'appropriatezza clinica ed economica, della qualità prestazionale e garanzia dei controlli;*
- f) sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, in modo da garantire parità di diritti e di doveri dei soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta;*
- g) promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione del volontariato, del terzo settore e del ruolo dei benefattori;*
- h) 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 pertinenza degli enti locali, coinvolgendo tutti i soggetti, pubblici e privati, insistenti sul territorio lombardo, nel rispetto delle relative competenze e funzioni;*
- i) incentivazione delle forme di integrazione operativa e gestionale tra i soggetti erogatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del Sistema di welfare lombardo e attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale nell'individuazione delle soluzioni gestionali dei servizi a livello territoriale;*
- j) incentivazione 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;*
- k) 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.”;*

f) l'articolo 3 è sostituito dal seguente:

**“Art. 3  
(Finalità)**

1. *La Regione, nell’ottica dell’integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie, attraverso il SSL integrato, tutela il diritto alla salute del cittadino, garantisce adeguati percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione, promuove e sostiene le persone e le famiglie con fragilità, che non trovano risposte adeguate ai loro bisogni a fronte di situazioni economiche precarie, di fragilità, di disabilità o per condizione di non autosufficienza, per stato psicofisico alterato da eventi di violenza o abuso.*

2. *Ai fini della presente legge si intende:*

- a) *per settore sanitario l’erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura;*
- b) *per settore sociale l’erogazione di prestazioni assistenziali di supporto alla persona ed alla famiglia;*
- c) *per settore sociosanitario l’erogazione di prestazioni e servizi ad elevata integrazione sanitaria e sociale.*

3. *Nell’ambito della programmazione sociosanitaria, la Regione valorizza i compiti della famiglia che si trovi in condizioni di precarietà socioeconomica, rendendo disponibile una rete sussidiaria di supporto finalizzata a tutelare il benessere di tutti i componenti pur in presenza di problematiche assistenziali derivanti da fragilità, non autosufficienza e patologie cronico-degenerative.*

4. *La Regione individua e promuove, attraverso il Piano sanitario, sociosanitario e sociale integrato, anche azioni per favorire l’appropriatezza clinica ed economica, garantire la parità di accesso alle prestazioni e l’equità nella compartecipazione al costo delle stesse, incentivando la responsabilità della persona e della sua famiglia anche attraverso il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi.*

5. *La Regione, al fine di garantire un accesso appropriato, unico e integrato al Sistema sanitario sociosanitario e sociale, definisce, 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, attraverso il SSL, riconosce la persona e la famiglia quali destinatari e attori principali delle azioni e degli interventi, istituendo anche un sistema di buoni e voucher, identificati quali strumenti da destinare all’utente sulla base della valutazione multidimensionale personalizzata del bisogno, in stretto raccordo con gli ambiti territoriali. Tale sistema integra gli interventi e le risorse rispetto alla valutazione multidimensionale della pluralità dei bisogni della persona e della famiglia, consente di acquistare direttamente le prestazioni presso tutti gli operatori accreditati del SSL.*

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 statale inerente i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), secondo modalità e criteri stabiliti dalla Giunta regionale, che definisce parimenti modalità e protocolli per consentire alle persone con bassa capacità reddituale di accedere alla rete di offerta sociosanitaria, anche attraverso*

*l'individuazione di forme sperimentali, sentiti la commissione consiliare competente e i Consigli di rappresentanza dei sindaci.”;*

g) l'articolo 4 è sostituito dal seguente:

**“Art. 4**

**(Piano sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo)**

*1. Il Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, approva il Piano sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo, di seguito denominato Piano Sociosanitario 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 e che tenga conto dei problemi emergenti, secondo il criterio dell'appropriatezza clinica e dei percorsi diagnostico-terapeutici, di prevenzione e assistenziali;*
- b) gli indicatori in base ai quali sono determinati i volumi di attività per ognuno dei LEA;*
- 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 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 incentivano la difesa della salute, anzichè la cura della malattia;*
- f) le linee di indirizzo per assicurare alla persona la continuità assistenziale attraverso modalità strutturate di presa in carico e per promuovere un processo di integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali di competenza degli enti locali;*
- g) il consolidamento e la semplificazione delle procedure di lavoro finalizzate al miglioramento funzionale dei servizi erogati al cittadino, garantendo un'efficace implementazione del sistema integrato di cui alla lettera f), tra i soggetti gestori dei servizi.*

*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 (DEFER).”;*

**h)** l'articolo 5 è sostituito dal seguente:

**“Art. 5**

**(Funzioni della Regione)**

*1. La Regione esercita funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, anche con il supporto tecnico degli enti del Sistema regionale (SIREG).*

*2. La Regione tutela la salute, assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza previsti dalla normativa nazionale e, compatibilmente con le risorse disponibili, ne promuove livelli più elevati. Dispone contestualmente in ordine al reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale, nonché alla determinazione dei livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini. Definisce le regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, nonché le relative tariffe delle prestazioni, compresa la tariffa di presa in carico della cronicità. I requisiti di accreditamento e la contrattualizzazione si ispirano anche al principio della piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti gli erogatori, quale strumento per perseguire la massima efficienza e il migliore soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini.*

*3. La Giunta regionale emana annualmente, entro il 31 ottobre 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 gli erogatori; effettua altresì il monitoraggio del sistema e dei costi e opera periodiche valutazioni circa l'attività svolta all'interno del SSL.*

*4. 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, nell'esercizio della funzione di indirizzo la Regione:*

- a) effettua la programmazione territoriale, anche sulla base di criteri di efficacia, efficienza e valutazione degli esiti;*
- b) predispone un programma di valutazione secondo le più aggiornate tecniche metodologiche 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 5, fornisce raccomandazioni circa l'utilizzo appropriato ed efficace di farmaci, di dispositivi medici e di governo dell'innovazione in questi settori;*
- d) elabora linee guida per garantire uniformità di approccio nella cura di patologie e nell'utilizzo di tecnologie diagnostiche e terapeutiche;*
- e) elabora modelli previsionali ed epidemiologici utili alla programmazione, collaborando con le società scientifiche e con i centri di ricerca.*

*5. La Regione costituisce il Centro Lombardo per le Tecnologie Sanitarie (CLoTS), al fine di ottenere raccomandazioni circa l'utilizzo appropriato, efficace ed efficiente dei farmaci, delle protesi, dei presidi e dispositivi medico chirurgici, ovvero dei dispositivi dotati di marchio CE e farmaci dotati di procedura AIC. Il CLoTS si occupa di produrre le informazioni per le realtà tecniche e professionali del SSL necessarie alla valutazione e all'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 (ATS), alle aziende erogatrici e all'Azienda Regionale Centrale Acquisti (ARCA) indirizzi circa le attività relative alla farmacoeconomia, alla farmacoepidemiologia e alla farmacovigilanza, attraverso specifici servizi in esse attivati e pubblica sintesi certificate della letteratura scientifica. Il CLoTS 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 CLoTS si avvale altresì di società scientifiche e di specifici esperti nei settori oggetto delle specifiche valutazioni.*

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

*7. La Giunta regionale definisce strategie di gestione del rischio clinico delle strutture pubbliche attraverso un percorso integrato, inteso a prevenire eventi avversi e a dotare le medesime strutture di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità professionale, nonché per la responsabilità civile verso terzi e i prestatori d'opera. Tali strategie sono finalizzate ad assicurare livelli uniformi di tutela del paziente a livello di sistema regionale e omogeneità nella gestione e valutazione dei sinistri, nonché ad attivare, nei limiti consentiti dalla vigente normativa, iniziative utili a valere per tutte le categorie professionali sanitarie dei dipendenti operanti nelle strutture pubbliche regionali, comprensiva della copertura di rivalsa per danno erariale in caso di colpa grave. 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 a ottenere la riduzione della pratica della cosiddetta medicina difensiva. Determina altresì i criteri e gli obiettivi per ottenere la riduzione dei tempi e la congrua determinazione dei risarcimenti eventualmente da erogare.*

*8. 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 sostiene e favorisce, nel rispetto del principio di autonomia, l'alta specializzazione degli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).*

*9. La Regione, per garantire il raggiungimento dei propri obiettivi, si avvale di ulteriori organismi di supporto, quali i tavoli tecnici tematici e l'Osservatorio integrato del Sistema di welfare di cui al comma 10, la cui composizione e modalità di funzionamento sono definite con deliberazioni della Giunta regionale, sentiti la competente commissione consiliare ed i Presidenti dei Consigli di rappresentanza dei sindaci.*

*10. Al fine di condividere gli indirizzi di programmazione con gli interlocutori del SSL, con particolare riferimento alla stesura dei PDTA di cui al comma 7, la Regione*



*istituisce l'Osservatorio integrato del sistema di welfare, rappresentativo di tutte le professioni e le realtà sociosanitarie operanti in Regione attraverso il coinvolgimento del CLoTS di cui al comma 5, degli ordini, collegi, associazioni di categoria, sindacali e imprenditoriali, società scientifiche, rappresentanze di cittadini e pazienti, atenei e istituti, agenzie, aziende sociosanitarie e IRCCS di diritto pubblico e privato, oltrechè di singoli esperti o rappresentanze specifiche, anche minoritarie, che ne facciano motivata richiesta. Nell'ambito dell'Osservatorio sono costituiti tavoli permanenti su tematiche quali le professioni mediche e sociosanitarie, il governo dell'innovazione in materia di politiche del farmaco, di dispositivi medici e di tecnologie sanitarie, il rischio clinico e la gestione dei sinistri, il raccordo tra la rete dei servizi dei consultori e delle dipendenze con i servizi sociali, il punto unico d'accesso al servizio informativo per i cittadini, la logica dell'integrazione tra i servizi specialistici e la rete dei servizi territoriali. Ulteriori tavoli possono essere costituiti su argomenti specifici. Compito prioritario dell'Osservatorio è la valutazione, preventiva alla sua approvazione, del PSL e delle sue variazioni, mediante un parere consultivo, comprensivo di eventuali proposte di modifiche. Nell'ambito dell'Osservatorio sono svolte altresì 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).*

*11. La Regione favorisce la crescita e lo sviluppo dei soggetti, pubblici e privati, erogatori e non erogatori, 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 di lavoro e l'Osservatorio di cui al comma 10, 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 di welfare quali sanitario, sociale, sociosanitario, educativo, formativo e del mercato del lavoro.*

*12. 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.”;*

i) 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.*

*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 e 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, sociosanitarie e sociali è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati, di natura pubblica e privata.*

*Le ATS stipulano contratti con tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PSL. In particolare, l'ATS deve garantire la realizzazione completa dei principi contenuti nell'articolo 2, lettere h) e i).*

*3. Alle ATS, anche attraverso le relative sedi territoriali, sono in particolare attribuite le seguenti funzioni:*

- a) negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione, come previsto dall'articolo 5, comma 2;*
- 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 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 umana e animale;*
- f) prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro, anche mediante 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, con cadenza almeno semestrale.*

*4. L'ATS, attraverso consultazioni preventive dei Consigli di rappresentanza dei sindaci, collabora con i comuni per garantire l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale. Coerentemente con le competenze del dipartimento di cui al comma 5, lettera f), nei 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) è declinata l'organizzazione dell'integrazione delle funzioni dello stesso dipartimento con quelle sociali in capo agli enti locali.*

5. Ogni ATS adotta l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà territoriale, sottoponendola all'approvazione della Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, articolata nei seguenti dipartimenti:

- a) dipartimento di igiene e prevenzione medica;
- b) dipartimento delle cure primarie;
- c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie;
- d) dipartimento veterinario e sicurezza alimentare;
- e) dipartimento amministrativo e degli affari generali e legali;
- f) dipartimento della programmazione, integrazione e acquisto delle prestazioni sociosanitarie e sociali, con la possibilità di attivare una cabina di regia, anche a supporto delle situazioni di criticità delle unità d'offerta sociosanitarie insistenti sul territorio di propria competenza.

6. In ogni ATS, a supporto della direzione generale e in coordinamento con l'Agenzia di controllo, per quanto attinente alle funzioni di cui all'articolo 11, comma 4, lettere c) e d), è istituito, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge di modifica recante "Evoluzione del Sistema Socio Sanitario 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'", l'ufficio di semplificazione amministrativa, con la finalità di fornire indicazioni per snellire e razionalizzare i procedimenti attraverso i quali l'ATS svolge la propria attività. L'ufficio ha altresì l'obiettivo di ottenere la riduzione delle criticità e del contenzioso con cittadini e aziende, nonché quello di fornire indicazioni che la direzione generale può utilizzare per la formulazione degli obiettivi con i quali sono definiti i criteri che determinano la retribuzione accessoria, nell'ambito della contrattazione decentrata.

7. Le ATS provvedono inoltre alla riscossione dei tickets sulle prestazioni sanitarie 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, comma 2, del codice penale. Le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dalle stesse ATS.";

j) 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, che comprende anche le AO e gli IRCCS.*

*2. Le ASST sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico o privato e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica e 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 attività è 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 ospedaliero-territoriali rispondenti alle esigenze di salute fisica e mentale. In particolare, l'ASST opera per garantire la completa realizzazione dei principi contenuti nell'articolo 2, 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, lettera f), 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. Ogni ASST si articola in un settore territoriale e in un settore ospedaliero e adotta l'organizzazione interna più funzionale all'implementazione della rete ospedaliero-territoriale. Alla direzione sanitaria o alla direzione socioassistenziale di cui all'articolo 13 afferisce la direzione assistenziale, secondo le indicazioni della direzione generale, nell'ottica di una corretta articolazione nel settore ospedaliero e in quello territoriale. La direzione assistenziale, a cui afferiscono le professioni sanitarie, è organizzata nelle aree previste dalla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica), e garantisce la gestione delle attività di assistenza, tecnico-sanitaria, prevenzione e riabilitazione.*

*5. Il settore ospedaliero si articola nei presidi ospedalieri, organizzati in diversi livelli di intensità di cura, prevalentemente dedicati al trattamento del paziente complesso e sedi dell'offerta sanitaria specialistica e superspecialistica.*

*6. Il settore territoriale 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, attraverso il relativo Albo Regionale di Medicina Preventiva dei Lavoratori (ARMEL), di cui all'articolo 18, comma 8. Il settore territoriale, che ricomprende le prestazioni distrettuali fornite dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) al momento dell'entrata in vigore della legge di modifica recante “Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario 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’” e in coerenza con quanto previsto al comma 3, eroga le prestazioni sanitarie, sociosanitarie, sociali territoriali e domiciliari, in base a livelli di intensità di*

*cura, in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di accompagnamento soprattutto per le condizioni di cronicità e di fragilità.*

- 7. Al settore territoriale afferiscono:
  - a) i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT);*
  - b) i Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST).**

*8. L'ASST individua i POT e i PreSST, anche organizzati in collegamento funzionale con le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e coordina l'attività degli specialisti ambulatoriali, attraverso il relativo Albo Regionale per la Specialistica Ambulatoriale Convenzionata (ARSAC), di cui all'articolo 18, comma 7, ben identificabili dal cittadino, e costituiti all'interno di strutture, quali POT, ospedali di comunità, di cui all'allegato 1 del decreto del Ministero della salute 2 aprile 2015, n. 70, (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera) 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.*

*9. I POT, gestiti direttamente dall'ASST o in convenzione con la stessa, sono strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni sanitarie di ricovero ospedaliero a media e bassa intensità per acuti e cronici, oltrechè di prestazioni sociosanitarie e ambulatoriali.*

*10. I PreSST, gestiti direttamente dall'ASST o in convenzione con la stessa, sono deputati all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari, con eventuale degenza limitata alla bassa intensità di cure intermedie subacute, postacute e riabilitative.*

*11. Nei poli ospedalieri 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. In ogni ASST è identificato almeno un polo ospedaliero.*

*12. Le AO, già costituite alla data di entrata in vigore della legge di modifica recante "Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario 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'", conservano la loro natura giuridica qualora alla data di entrata in vigore della medesima legge, siano dotate di un numero di posti letto accreditati uguale o superiore a mille all'interno di uno dei suoi presidi.*

*13. Le AO e i poli ospedalieri erogano attività sanitarie ospedaliere e specialistiche e, soddisfatte prioritariamente le esigenze del servizio sanitario regionale e fermo restando il vincolo del pareggio di bilancio, possono fornire, contro corrispettivo, prestazioni o altri servizi sanitari a terzi oppure a soggetti accreditati, nonchè ai gestori delle forme integrative di assistenza sanitaria.*

*14. Nell'ambito dell'ATS della Città Metropolitana di Milano, in ragione della peculiarità territoriale, sono previste particolari articolazioni di ASST e AO, come da allegato 1.*

*15. Le funzioni disciplinate nel presente articolo possono essere svolte anche da soggetti di diritto privato di cui all'articolo 8.”;*

k) l'articolo 8 è sostituito dal seguente:

**“Art. 8**  
**(Strutture private accreditate)**

*1. Le strutture private, sanitarie, sociosanitarie e sociali, che mantengono la propria autonomia giuridica e amministrativa, rientrano nella programmazione e nelle regole del SSL, ne sono parte integrante e concorrono all'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 7, in relazione al proprio assetto giuridico e amministrativo.*

*2. Le strutture di cui al comma 1, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale e rientranti nella programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con l'ATS competente, e per le prestazioni previste dalla programmazione di cui sopra, convenzioni analoghe a quelle previste per le ASST di cui all'articolo 7, assumendo e rispettando i medesimi diritti e doveri previsti per le strutture pubbliche, a eccezione del possibile ripiano finanziario d'esercizio, da parte della Regione, previsto per le strutture pubbliche.”;*

l) 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 e in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, al fine di 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 definisce:*

- a) *le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali e per l'ammissione al livello appropriato di intensità assistenziale, 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 intendano attuare il modello di cui al comma 1, anche prevedendo un sistema premiante o penalizzante in funzione degli esiti, riferiti all'incidenza di ricoveri e di complicanze dei percorsi per la cronicità.”;*



m) 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 (MCA) secondo quanto previsto dalla legge e dall'accordo collettivo nazionale di categoria.*

2. *L'assistenza primaria, che può comprendere 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 alle azioni di presa in carico della persona fragile e cronica secondo i modelli di cui all'articolo 9;*
- c) *gli interventi in ambito di integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.*

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, recante (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 dall'accordo collettivo nazionale. L'assistenza sanitaria primaria:*

- a) *viene erogata negli studi dei 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 alte specialità;*
- c) *concorre al contrasto dell'inappropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.*

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, che rappresenta il raccordo tra le AFT e le attività erogative territoriali ed è responsabile della verifica degli indicatori di processo e di risultato dei medici dell'AFT in relazione agli obiettivi previsti.*

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, al fine di mantenere o realizzare un ulteriore vantaggio per i medici e per i pazienti in termini di accessibilità alle prestazioni.*

6. *Negli studi dei MMG e dei PLS deve essere incentivata la presenza di personale di studio e di infermieri. Gli studi dei 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*

*UCCP, che possono coordinare le AFT insistenti sul territorio di pertinenza e che costituiscono forme organizzative complesse a carattere multiprofessionale che operano in maniera integrata all'interno di strutture o presidi.*

*8. La Regione definisce le UCCP, come previsto dal d.l. 158/2012 convertito dalla l. 189/2012, che costituiscono il modello organizzativo territoriale. Individua gli istituti giuridici ed economici del rapporto di lavoro dei professionisti e delle relative forme organizzative, compresi i criteri per il finanziamento a budget e per l'assegnazione dei fattori produttivi, per la definizione dei programmi di attività e dei livelli di spesa e per l'accesso al ruolo unico della medicina generale.*

*9. Le UCCP sono dirette da un MMG o da un PLS con almeno dieci anni di anzianità nell'attività di assistenza primaria. Le modalità di selezione, lo stato giuridico, il percorso formativo integrativo sono definiti dalla Regione, in ottemperanza alla normativa nazionale e agli accordi collettivi nazionali. Alle UCCP possono essere affidate funzioni sanitario-amministrative quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione ed erogazione protesica. L'UCCP risponde all'ATS e opera in integrazione funzionale con le strutture territoriali delle ASST di cui all'articolo 7, delle aziende ospedaliere di riferimento, degli IRCCS e degli altri erogatori sanitari e sociosanitari di diritto pubblico e privato.*

*10. Con deliberazione della Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, sono definiti i requisiti organizzativi, 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 i 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 e ospedaliera, sanitaria e sociosanitaria.*

*11. Nell'ambito del sistema delle cure primarie, governato dall'ATS territorialmente competente, è istituito il servizio dell'infermiere di famiglia, quale servizio infermieristico, singolo o associato, a disposizione dei medici di cure primarie, degli enti locali e del cittadino.*

*12. La Regione incentiva 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.”;*

n) l'articolo 11 è sostituito dal seguente:

**“Art.11**

**(Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo)**

1. *La Regione, al fine di controllare e armonizzare il SSL, tenuto conto della qualità e dei volumi prestazionali, oltrechè degli esiti clinici e organizzativi, istituisce l’Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo quale ente di diritto pubblico, dotato di autonomia amministrativa, organizzativa e contabile, il cui assetto organizzativo è definito dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare.*

2. *L’Agenzia di controllo, quale organismo tecnico-scientifico, terzo e indipendente dalle funzioni di governo, di programmazione e di acquisto, fornisce alla Giunta regionale indicazioni affinché esegua il monitoraggio dell’assetto territoriale e organizzativo delle ATS, rispetto alla capacità del sistema di produrre risposte efficaci alle persone e alle loro famiglie. Controlla che le procedure di acquisto, effettuate da ARCA nell’interesse del SSL, siano conformi ai principi di buon andamento, imparzialità, economicità e appropriatezza.*

3. *L’Agenzia di controllo valuta il livello delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, ne qualifica e certifica le eccellenze per fornire strumenti alla Regione affinché renda libera, consapevole e responsabile la scelta del cittadino. A tal fine può coinvolgere le università e le principali società scientifiche, utilizzando metodologie di revisione tra pari. I risultati dell’attività del CLoTS di cui all’articolo 5, comma 5, possono essere utilizzati dall’Agenzia di controllo per lo svolgimento della propria attività.*

4. *L’Agenzia di controllo verifica e fornisce alle ATS indicazioni affinché le stesse applichino omogeneamente le regole e le azioni di governo regionali finalizzate a perseguire i seguenti obiettivi:*

- a) *armonizzare e coordinare l’attività dei controlli, per garantirne l’omogeneità interpretativa sul territorio regionale;*
- b) *garantire la separazione delle funzioni di controllo da quelle di erogazione dei servizi;*
- c) *semplificare e uniformare la modulistica e le procedure di controllo delle ATS e le loro modalità attuative;*
- d) *standardizzare strumenti e sistemi informativi di controllo da fornire alla Regione per l’esercizio della propria funzione di governo del sistema;*
- e) *definire i criteri per l’identificazione delle competenze necessarie per la costituzione dei gruppi di lavoro multidisciplinari per l’effettuazione delle diverse tipologie di controlli;*
- f) *valutare, nel rispetto delle competenze dell’ATS, l’appropriatezza clinica e assistenziale, quali fondamenti per garantire la sostenibilità economica del sistema;*
- g) *informare gli organi di vigilanza interni delle aziende sull’andamento complessivo del sistema dei controlli, anche mediante un’analisi comparativa dei dati dei nuclei delle singole aziende;*
- h) *elaborare e aggiornare le linee guida per l’effettuazione delle diverse tipologie di controlli.*

5. *Qualora le ATS non si conformino alle indicazioni inoltrate dall’Agenzia, di cui al comma 4, la stessa Agenzia inoltra alla Giunta regionale la segnalazione di tali*

*omissioni, affinché quest'ultima provveda all'assunzione dei provvedimenti opportuni da assumere nei confronti dell'ATS inadempiente.*

*6. Sono organi dell'Agenzia di controllo il direttore generale, nominato dalla Giunta regionale e il collegio dei revisori, nominato ai sensi della normativa nazionale. Il direttore generale nomina un direttore sanitario di cui all'articolo 13. Il Consiglio regionale nomina due membri di comprovata esperienza nella gestione dei sistemi sanitari e sociosanitari, uno con precipue competenze legali e un altro gestionale, che costituiscono, unitamente al direttore generale e al direttore sanitario, il collegio di direzione.”;*

o) 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 e il collegio sindacale; il primo è anche il rappresentante legale dell'azienda, fatto salvo quanto 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. Nel caso di AO presso le 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, senza che pervenga formale e motivato diniego da parte del rettore.*

*2. Il direttore generale è oggetto di valutazione da parte della Giunta regionale, la quale, con provvedimento adeguatamente motivato, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati, può risolvere il contratto in essere. Analogamente la Giunta regionale può 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 è identificato con la direzione di struttura semplice o di incarico, anche individuale, di valenza aziendale; per le strutture sanitarie e sociosanitarie private ruoli equivalenti, purchè certificati. Nella deliberazione finalizzata alla formazione dell'elenco degli idonei, la Giunta regionale definisce le modalità di selezione e specifici 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.*

*4. L'inserimento nell'elenco degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina, che avviene, tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconfiribilità dell'incarico, e preferibilmente per i candidati con il limite di età inferiore di cinque anni rispetto ai limiti individuali pensionistici, previsti dalla normativa nazionale vigente. 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 (Disciplina dei corsi di formazione dei direttori generali delle aziende sanitarie) 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.*

5. Per la formazione dell'elenco di cui al comma 3, la Giunta regionale nomina un'apposita commissione, costituita da tre esperti indicati in prevalenza da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AGENAS), valutando i livelli curriculari e svolgendo colloqui individuali con tutti i candidati ritenuti idonei.

6. Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico, normalmente quinquennale con verifiche come previsto dal comma 2, e di norma non inferiore a un anno. La retribuzione è stabilita dalla Giunta regionale in ottemperanza all'articolo 1, comma 5, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 31 maggio 2001, n. 319 (Modificazioni ed integrazioni al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, concernente il trattamento economico del Direttore generale, del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo delle Aziende sanitarie) e graduandola secondo la complessità organizzativa e gestionale, il numero di abitanti e la superficie territoriale dell'ente in cui viene nominato e prevedendo un incremento non superiore al 20 per cento dell'emolumento, assegnato al raggiungimento degli obiettivi annualmente prefissati con apposita delibera di Giunta regionale, approvata entro il 30 novembre dell'anno precedente.

7. 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 1. Al direttore generale sospeso viene corrisposto un assegno alimentare pari al 50 per cento del trattamento economico base. Qualora alla sospensione faccia seguito la reintegrazione in servizio, al direttore viene riconosciuto l'80 per cento del trattamento economico base al netto di quanto già percepito come assegno alimentare. Se alla sospensione 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 di modifica recante "Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario 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).

8. 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 apposito verbale sottoscritto dai partecipanti alla verifica stessa.

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

*10. 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.*

*11. 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 ed esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio.*

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

*13. Ai componenti del collegio sindacale spetta un'indennità per l'espletamento delle funzioni in misura pari al 12 per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali. Al Presidente del collegio spetta un'indennità in misura pari al 15 per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali.”;*

p) l'articolo 13 è sostituito dal seguente:

**“Art. 13**

**(Direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore socioassistenziale)**

*1. I direttori generali delle ATS e delle ASST nominano il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore socioassistenziale 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 dimostrare, di aver svolto per almeno cinque anni una qualificata esperienza dirigenziale presso strutture sociosanitarie pubbliche o private, come previsto dal d.lgs 502/1992.*

*3. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione amministrativa i candidati devono 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, purchè maturata a seguito di formale conferimento di incarico dirigenziale e caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie.*

*4. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione socioassistenziale, 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 degli elenchi di cui ai commi 2, 3 e 4, la Giunta regionale nomina, un'apposita commissione, costituita da tre esperti indicati in prevalenza da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'AGENAS, valutando i livelli curriculari e svolgendo colloqui individuali con tutti i candidati ritenuti idonei.*

*6. 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 inconfiribilità 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.*

*7. I rapporti di lavoro dei direttori sanitario, amministrativo e socioassistenziale sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato, che stabiliscono la durata dell'incarico, normalmente quinquennale con verifiche e, di norma, non inferiore a 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 20 per cento dell'emolumento, assegnato al raggiungimento degli obiettivi annualmente prefissati con apposita delibera di Giunta regionale, approvata entro il 30 novembre dell'anno precedente.*



*8. 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 ed a contratto.”;*

q) l'articolo 14 è sostituito dal seguente:

**“Art. 14**

**(Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo)**

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

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 e internazionali finalizzati all'erogazione delle prestazioni definite con gli erogatori regionali pubblici e privati.*

4. *L'Agenzia istituisce l'Osservatorio delle best practice 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. *Con la stessa finalità del comma 4, l'Agenzia può promuovere presentazioni a livello internazionale del proprio sistema sociosanitario, come veicolo per l'esportazione delle conoscenze prestazionali, logistiche e organizzative nei confronti dei Paesi interessati allo sviluppo dei propri modelli assistenziali, ivi comprese iniziative di formazione per il management dei sistemi sociosanitari.*

6. *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 SSL.*

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

r) 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 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) all'ATS competente per territorio.*

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), delle linee guida internazionali, 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.*

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, alla definizione degli*

*accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance.*

*7. La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performance, è subordinata all'accettazione incondizionata del sistema di finanziamento, di valutazione, dei controlli e delle sanzioni stabilite dalla Regione.*

*8. 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.*

*9. Non possono essere accreditati o decadono dall'accREDITAMENTO i soggetti privati erogatori di attività sanitarie e sociosanitarie che utilizzino, 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 SSN.*

*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 SSR. Il provvedimento recante la declaratoria di cui al primo periodo 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 SSR 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 socio sanitaria accreditata, pubblica o privata, può chiedere l'identificazione in un unico soggetto gestore accreditato di una pluralità di strutture. Al fine di realizzare l'efficienza della rete ospedaliera sono favoriti i processi di riconversione o fusione di erogatori accreditati, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico, anche consortile, con il mantenimento dell'assetto accreditato dei soggetti intervenuti.”;*

s) 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 SSR e, nell'ambito dei LEA sanitari, garantisce su tutto il territorio regionale lo svolgimento e il coordinamento intraregionale e interregionale delle seguenti funzioni a rete:*

- a) emergenza urgenza intra ed extraospedaliera;*
- b) trasporti sanitari;*
- c) trapianti di organi e tessuti;*
- d) attività trasfusionali;*
- e) ulteriori funzioni assegnate dalla Giunta regionale, con proprio provvedimento.*

*2. Per le funzioni delegate di cui alle lettere a), b), c), d) ed e), l'AREU:*

- a) svolge un supporto tecnico-specialistico nei confronti della Giunta regionale;*
- b) esercita un potere di coordinamento definito nei rapporti convenzionali con gli altri enti del SSR;*
- c) promuove, in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale, il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore.*

*3. L'AREU 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 il Numero Unico Armonico a Valenza Sociale per le Cure Mediche non Urgenti (116117).*

*4. Sono organi dell'AREU, il direttore generale, il collegio sindacale e il collegio di direzione. Il direttore generale è nominato con i criteri di cui all'articolo 12 e per lo svolgimento delle sue funzioni è coadiuvato da un direttore sanitario e un direttore amministrativo. L'incarico affidato al direttore generale è di durata quinquennale. 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'AREU si applicano tutte le norme relative agli altri enti del SSR.*

*6. Al fine di garantire la piena operatività dei servizi a rete, ferme restando le altre modalità di finanziamento previste dall'articolo 21, la Giunta regionale su proposta dell'assessore alla salute 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'AREU 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, la Giunta regionale acquisisce il parere dell'AREU in merito al fabbisogno necessario per il 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.”;*

t) l'articolo 17 è sostituito dal seguente:

**“Art. 17**

**(Organizzazione dei soggetti afferenti al Sistema socio-sanitario lombardo)**

1. Annualmente, entro il 31 ottobre 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. Entro trenta giorni dall'emanazione delle regole di sistema, le ATS e tutti gli erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL adottano il Piano di Organizzazione Strategico Aziendale (POAS), comprensivo del relativo piano di assunzioni, a valenza triennale e rivedibile annualmente, qualora subentrino esigenze o modificazioni particolari, lo sottopongono alla Giunta regionale che può richiederne modifiche e che lo approva entro il 30 novembre di ogni anno.

3. Nel POAS sono contenuti i modelli organizzativi che l'ATS e gli erogatori intendono adottare, 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 e all'invarianza delle risorse economiche assegnate.

4. Nelle ATS, nelle ASST, nelle AO, negli IRCCS e nell'Agenzia di controllo è istituito un servizio di controllo interno di gestione, ai sensi della normativa vigente, per la verifica della corretta ed economica gestione delle risorse, nonché dell'imparzialità e del buon andamento delle attività aziendali. La verifica è svolta mediante valutazioni comparative trimestrali dei costi, dei rendimenti e dei risultati.

5. 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;
- b) il bilancio di esercizio.

6. Le richieste di chiarimenti, da parte della direzione regionale competente sui provvedimenti di cui alle lettere a) e b), comportano l'interruzione del termine per l'esercizio del controllo. Tale termine è sospeso dall'1 al 31 agosto di ogni anno.

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

8. Al fine di elevare la qualità del SSR, gli enti di cui al comma 4 adottano, secondo modalità definite con deliberazione della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, un codice etico-comportamentale, costituito dal codice etico e dal modello organizzativo, in cui sono riportate le procedure da seguire affinché le attività si svolgano in conformità ai principi enunciati nel codice stesso. Con la stessa deliberazione sono definite le modalità di coordinamento tra il codice etico e le norme in materia di anticorruzione nonché le modalità di costituzione e la durata dell'organismo

*di vigilanza preposto all'interno di ciascun ente a verificare l'efficacia e la corretta applicazione del codice etico-comportamentale.*

*9. Le ATS, le ASST, le AO 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 delle legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 – Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione – Collegato 2008). L'ARCA, nell'ambito delle sue funzioni, garantisce efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento per gli enti del SSR.*

*10. La Giunta regionale aggiorna il ruolo del personale del SSR e le variazioni conseguenti anche a processi di mobilità, previa informazione alle organizzazioni sindacali (OO.SS) regionali di categoria maggiormente rappresentative.*

*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 e costituisce un obbligo per ogni professionista del SSL.”;*



u) l'articolo 18 è sostituito dal seguente:

**“Art. 18**

**(Valorizzazione e sviluppo delle professioni sanitarie mediche e non mediche)**

1. *Nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento delle professioni, la Regione promuove e valorizza le professioni sanitarie, favorisce l'integrazione delle competenze e l'attuazione del governo clinico, assicura l'aggiornamento professionale e in stretta sinergia con le università e gli istituti di ricerca, promuove la formazione e la riqualificazione professionale, anche nella prospettiva di sviluppo di figure professionali dedicate alla presa in carico della cronicità e delle fragilità.*

2. *Il tavolo permanente delle professioni sanitarie, di cui all'articolo 5, comma 10, svolge, tra le altre funzioni, il monitoraggio dei bisogni professionali e l'orientamento dell'offerta formativa.*

3. *In ottemperanza alle disposizioni contenute nei CCNL, che prevedono integrazioni regionali, finalizzate all'ottimizzazione delle risorse, la Giunta regionale, sentite le OO.SS. e le associazioni di categoria dei professionisti sociosanitari, con i relativi ordini e collegi, promuove la sottoscrizione di specifici accordi per tutti gli operatori afferenti al SSL. Tali accordi, tenuto conto dei titoli dei lavoratori pubblici e privati, possono prevedere una graduazione delle retribuzioni aggiuntive in considerazione delle responsabilità e di parametri oggettivamente determinati di qualità, efficacia ed efficienza.*

4. *Negli accordi di cui al comma 3 sono puntualmente declinati i profili di competenza e le relative aree specialistiche di tutte le professioni sociosanitarie afferenti al SSL, diversificando quelli sanitari e sociosanitari da quelli amministrativi, nell'ottica di una corretta valorizzazione professionale delle risorse umane.*

5. *I soggetti di diritto pubblico del SSL possono, nell'ambito della contrattazione decentrata aziendale e per specifici progetti o obiettivi che determinano risparmi o riduzioni di costo, ridistribuire una parte di tali risparmi agli operatori che hanno partecipato ai progetti e raggiunto gli obiettivi.*

6. *La Regione, nell'ambito delle proprie competenze e funzioni, regola le professioni sanitarie, le inserisce nella rete del SSL, senza incremento di spesa sul bilancio regionale, in funzione delle prassi e dell'evoluzione normativa nazionale ed europea, con particolare riferimento alle seguenti attività:*

- a) *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) *recepimento della normativa inerente le medicine non convenzionali, di cui all'accordo 7 febbraio 2013 della Conferenza Stato-Regioni, 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 (Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo);*

- c) *regolamentazione delle professioni del settore odontoiatrico, come l'odontotecnico e l'assistente di studio odontoiatrico;*
- d) *valorizzazione delle discipline di medicina tradizionale equiparabili a quelle specialistiche per le quali il medico chirurgo laureato in medicina e chirurgia, abilitato alla professione e che segue un corso di formazione di durata almeno quadriennale, accreditato ECM al Ministero della salute e organizzato con il supporto di una società scientifica riconosciuta, può essere considerato equipollente allo specialista nella specifica disciplina non presente nell'ordinamento universitario;*
- e) *regolarizzazione di profili professionali sanciti da direttive europee e recepiti dalla normativa nazionale.*

**7.** *Gli specialisti ambulatoriali convenzionati sono parte attiva e qualificante delle aziende del SSL e partecipano all'erogazione delle prestazioni specialistiche territoriali e ospedaliere secondo gli indirizzi regionali, ai fini di una loro omogenea organizzazione sul territorio regionale. Entro novanta giorni dall'approvazione della legge di modifica recante "Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario 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'Albo Regionale per la Specialistica Ambulatoriale Convenzionata (ARSAC), anche tramite forme di collaborazione professionale integrativa su base volontaria, con modalità definite con le OO.SS. di categoria.*

**8.** *Ai fini di promuovere l'evoluzione del SSL in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e per sviluppare l'integrazione della rete ospedaliero - territoriale, la Giunta regionale istituisce e regola, entro novanta giorni dall'approvazione della legge di modifica recante "Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario 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", l'ARMEL e le sue proiezioni territoriali, con la finalità di rendere omogeneo sul territorio regionale l'attività di medicina preventiva dei lavoratori.*

**9.** *A difesa dei valori della famiglia, le donne impiegate nel SSL sono tutelate nella maternità e sostituite in servizio con la figura professionale equipollente, secondo la tempistica e la metodologia prevista dalle disposizioni comunitari e nazionali. Per gli stessi principi di salvaguardia dei valori della famiglia, la Giunta regionale, con proprio provvedimento, garantisce e regola le opzioni di lavoro part-time, precipuamente a favore delle donne.*

**10.** *Negli accordi di cui al comma 3 è regolamentata anche l'attività libero professionale di tutte le professioni 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 dallo stesso;*
- b) *l'esercizio delle attività libero professionali è svolta 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. *per la libera professione individuale o in equipe caratterizzata dalla scelta diretta da parte dell'utente del singolo professionista o dell'equipe, ai sensi dell'articolo 54, comma 4 del CCNL 1998/2001 dell'8 giugno 2000 e svolte all'interno delle strutture aziendali;*

2. *per le professioni sanitarie di cui alla legge n.251/2000, operanti in regime di tempo pieno presso le strutture sociosanitarie afferenti al SSL, l'attività libero professionale può essere organizzata singolarmente o in forma associata, anche tramite convenzioni, sottoscritte tra la struttura e soggetti terzi; per il personale di supporto quali l'Ausiliario Socio Assistenziale (ASA) e l'Operatore Socio Sanitario (OSS) solamente sotto quest'ultima forma.*
- c) *la libera professione dei dirigenti medici e degli altri professionisti sanitari a rapporto esclusivo, per la quale deve essere garantito il personale di supporto adeguato alle esigenze, è svolta in 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 disponibilità oraria e nella modalità di intramoenia allargata in ambulatori esterni, garantendo comunque la tracciabilità delle prestazioni e dei pagamenti.”;*

v) l'articolo 19 è sostituito dal seguente:

**“Art. 19  
(Sperimentazioni gestionali)**

*1. In attuazione dell'articolo 9 bis del d.lgs. 502/1992 la Regione promuove programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra 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 a una delle seguenti forme giuridiche quali 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 sperimentazione stessa, la Giunta regionale può autorizzare la stabilizzazione del modello gestionale, procedendo alla definitiva autorizzazione, all'accreditamento e alla contrattualizzazione del soggetto gestore, ovvero, in caso contrario, dichiararne 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.”;*

w) l'articolo 20 è sostituito dal seguente:

**“Art. 20  
(Sanzioni)**

*1. Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, ogni struttura sanitaria di diritto pubblico o privato che operi in violazione delle norme relative ai requisiti richiesti per l'autorizzazione e l'accreditamento incorre nelle seguenti sanzioni:*

- a) da € 15 mila a € 150 mila per l'esercizio di attività sanitarie in strutture prive di autorizzazione;*
- b) da € 15 mila a € 150 mila per l'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie per le quali la struttura non ha ottenuto l'autorizzazione;*
- c) da € 12 mila a € 120 mila, se si tratta di strutture di ricovero e cura o di day hospital, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;*
- d) da € 12 mila a € 120 mila, se si tratta di strutture di ricovero e cura o di day hospital, per codifiche che non rappresentano in modo corretto le prestazioni erogate;*
- e) da € 3 mila a € 30 mila, se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;*
- f) da € 3 mila a € 30 mila, se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per codifiche che non rappresentano in modo corretto le prestazioni erogate;*
- g) da € 500,00 a € 5 mila per il mancato invio alla Regione o alla competente ATS di comunicazioni o flussi informativi.*

*2. I requisiti relativi a 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.*

*3. L'applicazione delle sanzioni di cui al comma 1 spetta alle ATS e, nei casi di cui al comma 1, lettera g), alla Regione, se destinataria delle comunicazioni e dei flussi informativi. Le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dai soggetti competenti per la loro applicazione, ai sensi dell'art. 26 della l.r. n. 1/2012.*

*4. L'accertamento dell'assenza o del mancato mantenimento dei requisiti autorizzativi o di accreditamento comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, previa diffida a ottemperare entro un congruo termine ai requisiti medesimi o al debito informativo di cui al comma 1, lettera g), la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un periodo minimo di sette giorni fino a un massimo di sessanta.*

*5. Con riferimento alle strutture che erogano prestazioni di diverse branche o il cui assetto è composto da più unità operative, la sospensione 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.*

*6. L'accertamento di una carenza 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 la diffida a 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 sessanta.*

*7. Le violazioni delle disposizioni relative ai requisiti di autorizzazione o di accreditamento di cui al comma 1, lettere c), d), e) e f), contestate alla medesima struttura per la terza volta nel corso dell'anno solare, comportano l'applicazione della procedura di diffida con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento.*

*8. La mancata ottemperanza ai requisiti autorizzativi o di accreditamento in seguito alla sospensione di cui ai commi 4, 5, 6 e 7 comporta la revoca dell'autorizzazione e dell'accreditamento.*

*9. Gli atti di diffida, sospensione, sospensione con contestuale diffida e di revoca sono emanati dall'Ente che ha concesso l'autorizzazione o l'accreditamento.*

*10. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle strutture sanitarie soggette all'obbligo di presentazione della dichiarazione di inizio attività che operino in mancanza dei requisiti richiesti o comunque in violazione delle vigenti norme. Nell'ipotesi di esercizio di attività sanitaria carente della dichiarazione di inizio attività si applica la sanzione minima di cui al comma 1, lettere a) e b).”;*

x) l'articolo 21 è sostituito dal seguente:

**“Art. 21**

**(Finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale)**

1. *Il finanziamento del SSR 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 e destinato:*
    1. *al finanziamento dei LEA 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 SSN;*
  - 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 30 dicembre 2004, n. 311 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2005 –”);*
  - d) *finanziamento per investimenti in ambito sanitario: definito da atti nazionali e regionali destinati al finanziamento per investimenti strutturali del SSR, 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 e i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni, finalizzati a 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 del cittadino al costo delle prestazioni, comprese le eventuali graduazioni in funzione reddituale e fino alla data della loro eliminazione con legge regionale, susseguente a 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 nei limiti di destinazione previsti dalla normativa di settore;*
    4. *le entrate 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;*
    5. *una quota dei proventi delle sperimentazioni da lasciare a bilancio delle ASST per gli studi no-profit;*

6. i rimborsi effettuati dalle prefetture per le prestazioni erogate a *Stranieri Temporaemente Presenti (STP)* irregolari;
7. altri proventi e rimborsi tipici, ordinari 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 Giunta regionale annualmente, nell'ambito delle risorse di parte corrente di cui al comma 1, costituisce un fondo e ne determina le modalità di riparto e assegnazione per la remunerazione delle funzioni non tariffabili e per il finanziamento di specifiche funzioni sociosanitarie, nonché per progetti e finalità specifiche con vincolo di destinazione definite dagli strumenti della programmazione regionale.

3. Le fonti di finanziamento corrente di cui ai commi 1 e 2 sono destinate, mediante atti di assegnazione annuale, 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 e a contratto pubblici e privati per i propri assistiti, ivi inclusa la mobilità extraregionale e intraregionale. Sono assegnate inoltre le risorse per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili, eventuali contributi per specifiche progettualità e interventi destinati ad investimenti;
- b) alle ASST, AO e alle fondazioni IRCCS, 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 ed eventuali interventi destinati a investimenti;
- c) all'AREU, le risorse destinate al finanziamento dei propri costi di funzionamento e per l'espletamento delle attività previste dall'articolo 16.

4. Integrano le fonti di finanziamento corrente assegnate dalla Giunta regionale di cui al comma 3, le risorse definite al comma 1, lettera e). Per le ASST, le AO e le fondazioni IRCCS costituiscono altresì fonte di finanziamento i ricavi per le prestazioni sanitarie erogate e le eventuali assegnazioni effettuate dall'AREU nell'ambito delle attività a essa delegate.

5. La modalità di trasferimento delle risorse finanziarie dalla Regione alle aziende sanitarie pubbliche è demandata alla Giunta regionale che deve tener conto:

- a) per le ATS del reale fabbisogno del proprio territorio per gli erogatori pubblici e privati, ivi compreso il saldo di mobilità intra ed extraregionale, delle prestazioni erogate nelle strutture di riabilitazione extraospedaliera già convenzionate ex articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), nelle unità d'offerta sociosanitarie per anziani, disabili e nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti sono remunerate dalla aziende sanitarie di residenza dell'utente;
- b) per le ASST, le AO e le fondazioni IRCCS e per l'AREU, nei limiti delle assegnazioni effettuate dalla Giunta regionale.

6. La Regione, con apposito piano annuale, 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.



7. *Con provvedimento della Giunta regionale, da emanare 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.*

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, entro novanta giorni dalla pubblicazione di tale deliberazione sul Bollettino ufficiale della Regione, adeguano i propri statuti.”;*

y) l'articolo 22 è sostituito dal seguente:

**“Art. 22  
(Conferenza dei sindaci)**

*1. La Conferenza dei sindaci, composta dai sindaci o loro delegati dei comuni che fanno parte dell'ambito territoriale di ciascuna ATS, esprime le rappresentanze distrettuali territoriali corrispondenti ai territori delle ASST:*

- a) formula, nell'ambito della programmazione territoriale dell'ATS di competenza, proposte per la programmazione territoriale dell'attività socio sanitaria e socioassistenziale;*
- b) verifica con l'ATS lo stato di attuazione dei programmi e dei progetti in capo a quest'ultima;*
- c) promuove l'integrazione delle funzioni e prestazioni dell'offerta sanitaria, socio sanitaria e sociale, anche attraverso la costituzione di organi aventi personalità giuridica tra i comuni;*
- d) esprime parere sulla destinazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.*

*2. Per l'esercizio delle sue funzioni la Conferenza dei sindaci si avvale del Consiglio di rappresentanza dei sindaci eletto dalla Conferenza stessa.*

*3. Il funzionamento della Conferenza dei sindaci e del Consiglio di rappresentanza dei sindaci è disciplinato con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente.”;*

z) l'articolo 23 è sostituito dal seguente:

**“Art. 23**

***(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 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 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 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 dei contributi economici di cui all'articolo 21, 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 SSR, in relazione agli stanziamenti annuali del relativo bilancio di previsione.”;*

aa) l'articolo 24 è sostituito dal seguente:

**“Art. 24**

**(Misure di razionalizzazione della spesa sanitaria)**

*1. Gli enti di cui alla legge di modifica recante “Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario 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’” ottemperano alle disposizioni di principio di cui agli articoli 6 e 9 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica) convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, 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 LEA. La Giunta regionale fornisce indicazioni in ordine al personale indispensabile ad assicurare le attività di emergenza e urgenza e i LEA 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.”;*

**bb)** l'articolo 25 è sostituito dal seguente:

**“Art. 25  
(Tessera sanitaria)**

*1. 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 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 che ha sostituito dal 1 ottobre 2013 la carta regionale dei servizi (CRS). 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, gli erogatori di prestazioni a carico del SSR, compresi i MMG, i PLS e i farmacisti, sono tenuti a dare attuazione alle disposizioni nazionali e regionali in materia, anche utilizzando la piattaforma tecnologica del sistema informativo e i servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari. Il mancato utilizzo del sistema informativo, da parte dei MMG, dei PLS 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. 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 e degli enti vigilati dalla Regione Lombardia).”;*

cc) l'articolo 26 è sostituito dal seguente:

**“Art. 26**

***(Assistenza in regime di ricovero in forma indiretta)***

*1. Ai cittadini iscritti negli elenchi degli assistiti delle ATS è consentito il ricorso all'assistenza ospedaliera in forma indiretta presso strutture sanitarie autorizzate o accreditate e non a contratto con il SSR, solo nel caso in cui le strutture sanitarie pubbliche o private accreditate e a contratto con il sistema stesso, siano nell'impossibilità di erogarla in forma diretta, secondo i tempi di attesa previsti dalla normativa vigente.*

*2. Il ricorso all'assistenza ospedaliera in forma indiretta è autorizzato dall'ATS in rapporto alla sussistenza delle condizioni di cui al comma 1. Il ricorso all'assistenza indiretta è ammesso altresì per le prestazioni di comprovata gravità e urgenza, quando non sia possibile ottenere la preventiva autorizzazione e sussistano comunque le condizioni di cui al comma 1.*

*3. Autorizzato il ricorso all'assistenza indiretta, le ATS provvedono a corrispondere il relativo rimborso tempestivamente, nella misura del 50 per cento della tariffa corrispondente al relativo Diagnosis-Related Group (DRG).”;*

**dd)** l'articolo 27 è sostituito dal seguente:

**“Art. 27**

***(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 e 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 avviene su base volontaria per gli enti privati;*
- 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 gli enti pubblici, le organizzazioni e gli enti non governativi riconosciuti a livello nazionale, gli enti ecclesiastici riconosciuti, le organizzazioni del terzo settore iscritte nei registri regionali, le rappresentanze diplomatiche in Italia ed all'estero, la Croce Rossa Italiana (CRI), fatta salva l'eventualità che il destinatario ultimo del bene non coincida con il richiedente.*

*3. Con deliberazione della Giunta regionale di cui al comma 2, 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.”;*



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

**“Art. 27 bis**

**(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, promuovendo 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 10.*

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 per la 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) *le modalità di presa in carico della persona fragile attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria 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 sono 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 delle condizioni di 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) *gli 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 familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato;*
- e) *gli 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.*

**Art. 27 ter**  
**(Istituzione dell'Assessorato al Welfare)**

*1. Il Presidente della Regione, secondo quanto previsto dallo Statuto d'autonomia, istituisce l'Assessorato al Welfare, che riassume le deleghe rispettivamente dell'Assessorato alla Salute e dell'Assessorato alla Famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità in essere all'atto dell'approvazione della legge di modifica recante "Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario 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**  
**(Valorizzazione del ruolo del volontariato)**

*1. La Regione riconosce e promuove il ruolo del volontariato nella sua essenziale funzione complementare ed ausiliaria, finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell'appropriatezza e dell'umanizzazione all'interno dei servizi sanitari e sociosanitari, in un'ottica di sussidiarietà e favorendo momenti di aggregazione e ascolto delle associazioni di volontariato, anche nell'ambito dei tavoli di confronto di cui all'articolo 5, comma 10.*

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

- ff)** Gli articoli 3 bis, 13 bis, 19 bis, 19 ter e 25 bis sono abrogati;  
**gg)** dopo l'Allegato B è aggiunto il seguente:

**“Allegato 1 (articoli 6 e 7)**

**ATS dell’Insubria:**

- **ASST di Varese**, comprendente i Distretti ASL di:
  - ✓ Varese
  - ✓ Arcisate
  - ✓ Azzate
  - ✓ Laveno/Luino
  - ✓ Sesto Calende
  - ✓ Somma Lombardo
- **ASST di Busto Arsizio**, comprendente i Distretti ASL di:
  - ✓ Busto Arsizio
  - ✓ Castellanza
  - ✓ Gallarate
  - ✓ Saronno
  - ✓ Tradate
- **ASST di Como**, comprendente la Provincia di Como, ad eccezione del Distretto ASL Medio Alto Lario

**ATS della Brianza:**

- **ASST di Lecco**, comprendente la Provincia di Lecco
- **ASST di Monza**, comprendente i Distretti ASL di:
  - ✓ Monza
  - ✓ Vimercate
- **ASST di Desio**, comprendente i Distretti ASL di:
  - ✓ Carate Brianza
  - ✓ Desio
  - ✓ Seregno

**ATS di Bergamo:**

- **AO Papa Giovanni XXIII**, comprendente l’Ospedale di San Giovanni Bianco
- **ASST Bergamo Ovest**, comprendente i Distretti ASL di:
  - ✓ Bergamo
  - ✓ Dalmine
  - ✓ Bassa Bergamasca
  - ✓ Isola Bergamasca
- **ASST Bergamo Est**, comprendente i Distretti ASL di:
  - ✓ Est Provincia
  - ✓ Valle Seriana/Valle di Scalve
  - ✓ Valle Brembana/Valle Imagna

**ATS di Brescia:**

- **AO Spedali Civili di Brescia**, comprendente gli Ospedali di Gardone Val Trompia e Montichiari
- **ASST della Franciacorta**, comprendente i Distretti ASL di:
  - ✓ Brescia
  - ✓ Brescia Ovest
  - ✓ Sebino
  - ✓ Val Trompia
  - ✓ Monte Orfano
  - ✓ Oglio Ovest

- ✓ *Bassa Bresciana Occidentale*
- **ASST del Garda**, comprendente i Distretti ASL di:
  - ✓ *Garda/Salò*
  - ✓ *Valle Sabbia*
  - ✓ *Brescia Est*
  - ✓ *Bassa Bresciana Orientale*
  - ✓ *Bassa Bresciana Centrale*

**ATS di Pavia:**

- **I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo**, comprendente il Distretto ASL di Pavia
- **ASST di Pavia**, comprendente la Provincia di Pavia

**ATS della Val Padana:**

- **ASST di Cremona**, comprendente la Provincia di Cremona ed il Distretto ASL di Viadana (MN)
- **ASST di Mantova**, comprendente la Provincia di Mantova, ad eccezione del Distretto ASL di Viadana (MN)

**ATS della Montagna:**

- **ASST della Valtellina**, che mantiene la propria autonomia e le proprie sedi, ospitando altresì le sedi operative dell'ATS e comprendente:
  - ✓ *la Provincia di Sondrio*
  - ✓ *il 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 l'ASL della Valle Camonica - Sebino

**ATS della Città Metropolitana**

- **I.R.C.C.S. Istituto Nazionale dei Tumori**
- **I.R.C.C.S. Istituto Neurologico Carlo Besta**
- **I.R.C.C.S. Ospedale Policlinico di Milano**, con annesse la Clinica Mangiagalli e l'Istituto Ortopedico Gaetano Pini
- **AO Ospedale Niguarda**
- **ASST San Paolo e San Carlo**, comprendente i Territori delle Zone di Milano 5, 6 e 7 ed i Poli Ospedalieri:
  - ✓ *Ospedale San Paolo*
  - ✓ *Ospedale San Carlo*
- **ASST Sacco**, comprendente il Territorio delle Zone di Milano 8 e 9 ed i Poli Ospedalieri:
  - ✓ *Ospedale Luigi Sacco*
  - ✓ *Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi*
- **ASST Fatebenefratelli**, comprendente il Territorio delle Zone di Milano 1, 2, 3 e 4 ed i Poli Ospedalieri afferenti all'ex AO Fatebenefratelli
- **ASST di Legnano**, comprendente il Territorio ed i relativi Poli Ospedalieri afferenti all'ex AO di Legnano
- **ASST di Rho**, comprendente il Territorio ed i relativi Poli Ospedalieri afferenti all'ex AO di Garbagnate
- **ASST di Lodi e Melegnano**, comprendente il Territorio ed i relativi Poli Ospedalieri afferenti all'ASL di Lodi e Milano 2
- **ASST Cinisello/Sesto**, comprendente i territori delle città di Cinisello Balsamo e Sesto San Giovanni ed il Centro traumatologico Ortopedico (CTO).”.

## **Art. 2** **(Disposizioni finali e disciplina transitoria)**

1. Per la legislatura in corso ed entro trenta giorni dall'approvazione della presente legge, il Presidente della Regione istituisce, secondo quanto previsto dallo Statuto d'autonomia, l'Assessorato al Welfare, che riassume le deleghe in essere rispettivamente dell'Assessorato alla Salute e dell'Assessorato alla Famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità.

2. Transitoriamente, a seguito dell'approvazione della presente legge, il PSL di cui all'articolo 4, della l.r. 33/2009 per il quinquennio 2016/2020, è proposto dal Presidente della Giunta regionale, comprensivo delle regole di sistema 2016 di cui all'articolo 17 della l.r. 33/2009, entro il 30 ottobre 2015 al Consiglio regionale, che lo approva entro il 31 dicembre 2015. In particolare il PSL deve contenere:

- a) la rete sociosanitaria territoriale afferente ad ogni ATS e ad ogni ASST, fondata sull'integrazione sociosanitaria tra assistenza ospedaliera, territoriale e domiciliare, offerta pubblica e privata integrate;
- b) la rete di cui alla lettera a), che può essere realizzata con tempistiche differenziate, in funzione delle evoluzioni organizzative e prestazionali territoriali e anche attraverso sperimentazioni specifiche, finalizzate alla corretta valutazione del rapporto costo/beneficio, è articolata attraverso l'identificazione delle relative strutture centrali e periferiche, pubbliche e private, ivi compresa la loro eventuale riconversione, le risorse umane e strumentali destinate e il modello organizzativo proposto, salvaguardando il duplice principio di centralizzazione dei servizi d'eccellenza e superspecialistici e di devoluzione periferica territoriale e domiciliare delle prestazioni generalistiche e a media e bassa intensità assistenziale;
- c) nella rete deve essere esplicitata l'organizzazione di una rete diagnostica, terapeutica, assistenziale e riabilitativa idonea all'erogazione territoriale di adeguate prestazioni in termini di sicurezza e qualità dell'offerta, valorizzando le strutture insistenti sul territorio, a partire dalle ASST, dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), dalle farmacie di servizio, dai poliambulatori specialistici, dai medici delle cure primarie, dall'infermiere di famiglia e dalle professioni sanitarie riconosciute, anche organizzate in aggregazioni funzionali, promuovendo la teleradiologica e il telemonitoraggio, con postazioni allocate nei POT e nei PreSST di cui all'articolo 7 della l.r. 33/2009;
- d) nella realizzazione della rete sociosanitaria territoriale deve essere riservato particolare riguardo alla protezione delle fragilità e della famiglia, promuovendo il ricorso ai più moderni supporti tecnologici, con particolare riguardo ai minori, ai disabili e agli anziani, prevedendo per questi ultimi un'offerta multifattoriale integrata domiciliare, semiresidenziale e residenziale completa, ivi compresi tutti quegli accorgimenti necessari a migliorare l'*housing* sociale ed il mantenimento delle abitudini di vita del soggetto fragile.

3. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge le ASST, attraverso l'attivazione di tutti i soggetti operanti sul territorio di propria competenza, in collaborazione con Lombardia Informatica SpA., che provvede a uniformare i sistemi informatici di tutte le strutture afferenti al sistema SSL, al fine di consentire una corretta informazione al cittadino e un'omogenea trasmissione ed elaborazione dei dati clinici e programmatici, aggiornando la tessera sanitaria con tutta la documentazione clinica pregressa della persona, erogando tutte le prestazioni in regime di *paper free* e attraverso la tessera sanitaria stessa per l'accesso diretto dalla rete internet, ivi compresa la

prenotazione e l'eventuale pagamento delle compartecipazioni con metodologia *on-line* e mantenendo la documentazione cartacea esclusivamente dietro esplicita richiesta del cittadino. Il *data-base* contenuto nella tessera sanitaria è altresì utilizzato per la certificazione fiscale delle compartecipazioni e delle spese sostenute dal cittadino.

**4.** Nel primo PSL di cui al comma 2 è contemplata l'introduzione della presa in carico delle malattie rare, delle terapie con ausilio di animali e delle cure odontoiatriche nel SSL, comprensivo dei relativi meccanismi di accreditamento e contrattualizzazione di specifici LEA e conseguenti tariffari, analogamente a tutte le altre prestazioni sociosanitarie erogate dal SSL.

**5.** Entro trenta giorni dall'approvazione della presente legge, la Giunta regionale emana i criteri per garantire, in aggiunta alle borse di studio di specializzazione ministeriali e alle borse regionali consolidate, il finanziamento e l'attivazione di ulteriori borse di studio numericamente e tipologicamente adeguate alle reali necessità del SSL, valutate di concerto con gli atenei lombardi e le associazioni di categoria degli studenti e dei medici in formazione, prevedendo una permanenza almeno quinquennale nel SSL degli specialisti formati con tali risorse aggiuntive, quantificate in una somma non inferiore ad 1 milione di euro, a partire dall'anno 2015.

**6.** Entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge, la Giunta regionale approva gli elenchi degli idonei al ruolo di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore socioassistenziale di cui rispettivamente agli articoli 12 e 13 della l.r. 33/2009.

**7.** Con l'entrata in vigore della presente legge, le posizioni lavorative occupate dagli operatori degli erogatori di diritto pubblico afferenti al SSL, ivi operanti con contratti a termine da almeno diciotto mesi alla data del 31 dicembre 2014, possono essere stabilizzate, attraverso la messa a concorso, nel rispetto della normativa vigente, con provvedimento della Giunta regionale, compatibilmente con la disponibilità economica e sentito il parere delle commissioni competenti.

**8.** In applicazione delle disposizioni di cui al decreto del Ministro della sanità 10 febbraio 1995 (Modificazioni al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980 n. 616, in materia di assistenza sanitaria ai cittadini del comune di Campione D'Italia), la Giunta regionale, entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge, emana direttive per l'organizzazione e il finanziamento dello speciale distretto di Campione d'Italia".

**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" – e programma 07 "Ulteriori spese in materia sanitaria" - Titolo I "Spese correnti" del bilancio di previsione 2015-2017, quantificate in € 18.260.207.111,90 per l'anno 2015 ed in 17.920.204.321,00 per ciascuno degli anni 2016-2017.

**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 di previsione 2015-2017, quantificate in € 113.513.771,00 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" 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.