



<b>Emendamento al pdl 228 “Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo”</b>	<b>Emendamento al pdl 228 “Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo”</b> <b>Emendamenti IPASVI, CID e Consulta delle professioni sanitarie</b>
<p>Il Titolo I è integralmente sostituito dal seguente:</p> <p style="text-align: center;"><b>“Titolo I</b> <b>Norme sul servizio socio sanitario regionale</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Art. 1</b> <b>(Oggetto)</b></p> <p><i>1. Il servizio socio sanitario regionale (SSR) è costituito dall’insieme di funzioni e prestazioni dell’offerta sanitaria, socio sanitaria e sociale della Regione.</i></p> <p><i>2. La presente legge disciplina le funzioni e le prestazioni di cui al comma 1 nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione e di quelli contenuti nella legislazione statale di settore e nello Statuto regionale.</i></p>	<p>Il Titolo I è integralmente sostituito dal seguente:</p> <p style="text-align: center;"><b>“Titolo I</b> <b>Norme sul servizio socio sanitario regionale</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Art. 1</b> <b>(Oggetto)</b></p> <p><i>1. Il servizio socio sanitario regionale (SSR) è costituito dall’insieme di funzioni e prestazioni dell’offerta sanitaria, socio sanitaria e <b>socioassistenziale</b> della Regione.</i></p> <p><i>2. La presente legge disciplina le funzioni e le prestazioni di cui al comma 1 nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione e di quelli contenuti nella legislazione statale di settore e nello Statuto regionale.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Art. 2</b> <b>(Principi)</b></p> <p><i>1. La programmazione e la gestione del SSR si informano ai seguenti principi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>a) rispetto della dignità della persona e dell’equità di accesso al sistema socio sanitario;</i></li><li><i>b) orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso;</i></li><li><i>c) promozione della partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità nei percorsi di prevenzione, di cura e di assistenza;</i></li><li><i>d) scelta libera e consapevole, da parte dei cittadini, delle strutture sanitarie e socio sanitarie alle quali affidarsi per la cura e la presa in carico;</i></li><li><i>e) promozione dell’appropriatezza, della qualità e dei controlli;</i></li></ul>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 2</b> <b>(Principi)</b></p> <p><i>1. La programmazione e la gestione del SSR si informano ai seguenti principi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>a) rispetto della dignità della persona e dell’equità di accesso al sistema socio sanitario;</i></li><li><i>b) orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso, <b>attraverso la valorizzazione della continuità e della personalizzazione del prendersi cura;</b></i></li><li><i>c) promozione della partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità <b>ai</b> percorsi di prevenzione, <b>di educazione alla salute,</b> di cura e di assistenza;</i></li></ul>

- f) sussidiarietà orizzontale che garantisca pari accessibilità dei cittadini ai soggetti accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, e il concorso degli stessi soggetti alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria;
- g) partecipazione del volontariato, dei benefattori e del terzo settore;
- h) integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie con le politiche sociali;
- i) sostegno all'attività di ricerca;
- j) valorizzazione delle risorse umane.

- d) scelta libera e consapevole, da parte dei cittadini, delle strutture sanitarie e sociosanitarie alle quali affidarsi per la cura e la presa in carico;
- e) promozione dell'appropriatezza, della qualità e dei controlli;
- f) sussidiarietà orizzontale che garantisca pari accessibilità dei cittadini ai soggetti accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, e il concorso degli stessi soggetti alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria;
- g) partecipazione del volontariato, dei benefattori e del terzo settore;
- h) integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie con le politiche sociali;
- i) sostegno all'attività di ricerca;
- j) valorizzazione delle risorse umane.

### Art. 3

#### **(Promozione del servizio sociosanitario regionale)**

1. La Regione, attraverso il servizio sociosanitario, 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 gravi fragilità, di disabilità o per stato di non autosufficienza, per stato psico-fisico alterato da eventi di violenza o abuso.
2. Nell'ambito della programmazione sociosanitaria, la Regione valorizza i compiti che la famiglia svolge, offrendo ad essa una rete di supporto e aiuto, in un'ottica sussidiaria per tutelare il benessere di tutti i componenti, pur in presenza di problematiche complesse derivanti da fragilità e per tutelare la salute delle persone fragili, non autosufficienti e/o con patologie cronico-degenerative che sono in situazione di precarietà tale da non consentire un'adeguata assistenza e cura.
3. La Regione, attraverso il piano sociosanitario, promuove 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 sostenendo il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi.
4. La Regione, al fine di garantire un accesso appropriato, unico ed integrato al sistema sociosanitario e sociale, definisce, attraverso l'introduzione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni, le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

### Art. 3

#### **(Promozione del servizio sociosanitario regionale)**

1. La Regione, attraverso il servizio sociosanitario, ~~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 gravi fragilità, di disabilità o per stato di non autosufficienza, per stato psico-fisico alterato da eventi di violenza o abuso.
2. Nell'ambito della programmazione sociosanitaria, la Regione valorizza i compiti che la famiglia svolge, offrendo ad essa una rete di supporto e aiuto, in un'ottica sussidiaria per tutelare il benessere di tutti i componenti, pur in presenza di problematiche complesse derivanti da fragilità e per tutelare la salute delle persone fragili, non autosufficienti e/o con patologie cronico-degenerative che sono in situazione di precarietà tale da non consentire un'adeguata assistenza e cura.
3. La Regione, attraverso il piano sociosanitario, promuove 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 sostenendo il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi.
4. La Regione, al fine di garantire un accesso appropriato, unico ed integrato al



5. La Regione, riconoscendo la persona e la famiglia quali destinatari e attori principali delle azioni ed interventi che compongono il sistema sociosanitario regionale, istituisce un sistema costituito anche da buoni e voucher che vengono identificati quali strumenti da destinare all'utente sulla base della valutazione personalizzata del bisogno. Tale sistema integra gli interventi e le risorse rispetto alla valutazione multidimensionale della pluralità dei bisogni della persona e della famiglia e consente di acquistare direttamente le prestazioni presso tutti gli operatori accreditati del servizio sociosanitario regionale.

6. L'accesso alla rete delle unità d'offerta sociosanitarie di cui all'articolo 9 bis prevede la compartecipazione al costo delle prestazioni, per la parte non a carico del fondo sanitario regionale, nel rispetto della disciplina statale inerente i livelli essenziali di assistenza, secondo modalità e criteri stabiliti dalla Giunta regionale.

sistema sociosanitario e sociale, definisce, attraverso l'introduzione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni, le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

5. La Regione, riconoscendo la persona e la famiglia quali destinatari e attori principali delle azioni ed interventi che compongono il sistema sociosanitario regionale, istituisce un sistema costituito anche da buoni e voucher che vengono identificati quali strumenti da destinare all'utente sulla base della valutazione personalizzata del bisogno. Tale sistema integra gli interventi e le risorse rispetto alla valutazione multidimensionale della pluralità dei bisogni della persona e della famiglia e consente di acquistare direttamente le prestazioni presso tutti gli operatori accreditati del servizio sociosanitario regionale.

6. L'accesso alla rete delle unità d'offerta sociosanitarie di cui all'articolo 9 bis prevede la compartecipazione al costo delle prestazioni, per la parte non a carico del fondo sanitario regionale, nel rispetto della disciplina statale inerente i livelli essenziali di assistenza, secondo modalità e criteri stabiliti dalla Giunta regionale.

#### **Art. 4**

##### **(Piano sociosanitario regionale)**

**I.** Il Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, approva il piano sociosanitario regionale, quale strumento di programmazione unico e integrato. Il piano definisce, sulla base della valutazione epidemiologica, dei dati del sistema informativo sociosanitario regionale e della rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali:

- a) il quadro previsionale dei bisogni della popolazione;
- b) gli indicatori in base ai quali sono determinati i volumi di attività per ognuno dei livelli essenziali di assistenza;
- c) gli indicatori di risultato da impiegare per il controllo e la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità, della qualità e della appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati;
- d) i progetti-obiettivo e le azioni programmate da adottare per rispondere a specifiche aree di bisogno e le relative modalità di finanziamento;

#### **Art. 4**

##### **(Piano sociosanitario regionale)**

**I.** Il Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, approva il piano sociosanitario regionale, quale strumento di programmazione unico e integrato. Il piano definisce, sulla base della valutazione epidemiologica, dei dati del sistema informativo sociosanitario regionale e della rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali:

- a) il quadro previsionale dei bisogni della popolazione;
- b) gli indicatori in base ai quali sono determinati i volumi di attività per ognuno dei livelli essenziali di assistenza;
- c) gli indicatori di risultato da impiegare per il controllo e la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità, della qualità e della appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati;
- d) i progetti-obiettivo e le azioni programmate da adottare per rispondere a specifiche aree di bisogno e le relative modalità di finanziamento;



e) le linee di indirizzo del sistema regionale integrato di prevenzione secondo criteri di efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza clinica;  
f) le linee di indirizzo per assicurare alla persona la continuità assistenziale attraverso modalità strutturate di presa in carico e per la definizione di nuovi assetti organizzativi che promuovano un processo di integrazione tra le attività prettamente sanitarie e sociosanitarie e quelle sociali di competenza degli enti locali.

2. Il piano sociosanitario 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).

e) le linee di indirizzo del sistema regionale integrato di prevenzione secondo criteri di efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza clinica;  
f) le linee di indirizzo per assicurare alla persona la continuità assistenziale attraverso modalità strutturate di presa in carico e per la definizione di nuovi assetti organizzativi che promuovano un processo di integrazione tra le attività prettamente sanitarie e sociosanitarie e quelle sociali di competenza degli enti locali.

2. Il piano sociosanitario 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).

**Art. 5  
(Funzioni della Regione)**

1. La Regione esercita funzioni di programmazione e indirizzo, anche con il supporto tecnico degli enti del sistema sanitario regionale.

2. La Regione assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza previsti dallo Stato e, compatibilmente con le risorse disponibili, 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 accreditamento e le tariffe relative alle prestazioni, compresa la tariffa di presa in carico, attraverso un sistema in continuo aggiornamento.

3. La Regione stabilisce annualmente le regole per la definizione dei contratti con gli erogatori, effettua il monitoraggio del sistema e opera periodiche valutazioni circa l'attività sanitaria, i costi, la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti e degli investimenti.

4. La Regione garantisce, con propri indirizzi, la promozione dell'appropriatezza clinica e organizzativa e l'utilizzo efficiente delle risorse, la valutazione della qualità dei servizi, declinata in termini di accessibilità, efficacia e gradimento degli utenti, la

**Art. 5  
(Funzioni della Regione)**

1. La Regione esercita funzioni di programmazione e indirizzo, anche con il supporto tecnico degli enti del sistema sanitario regionale.

2. La Regione assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza previsti **dalla normativa nazionale** ~~dallo Stato~~ e, compatibilmente con le risorse disponibili, 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 accreditamento e le tariffe relative alle prestazioni, compresa la tariffa di presa in carico, attraverso un sistema in continuo aggiornamento.

3. La Regione stabilisce annualmente le regole per la definizione dei contratti con gli erogatori, effettua il monitoraggio del sistema e opera periodiche valutazioni circa l'attività sanitaria, i costi, la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti e degli investimenti.

4. La Regione garantisce, con propri indirizzi, la promozione dell'appropriatezza clinica e organizzativa e 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 di questa funzione:*

- a) approva e aggiorna un sistema di valutazione dell'efficacia, della qualità e degli esiti, sulla base dei quali deve essere effettuata la programmazione territoriale;*
- b) predispone un programma di valutazione secondo la metodologia HTA, dell'efficacia delle tecnologie, delle prestazioni, delle modalità assistenziale, 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) fornisce raccomandazioni circa l'utilizzo appropriato ed efficace di farmaci, dispositivi medici e il governo dell'innovazione in questi settori;*
- d) elabora linee guida per garantire uniformità di approccio nella cura di patologie e nell'utilizzo di tecnologie diagnostico terapeutiche;*
- e) elabora modelli previsionali ed epidemiologici utili alla programmazione, collaborando con le società scientifiche e con i centri di ricerca.*

*5. La Regione promuove e coordina la collaborazione e lo sviluppo di progetti di cooperazione internazionale e di partenariato in ambito sanitario, al fine di valorizzare l'attività regionale e migliorare il sistema sanitario, in coerenza con la normativa nazionale ed europea e gli indirizzi di programmazione regionale.*

*6. La Regione definisce strategie di gestione del rischio 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 civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera. Tali strategie sono finalizzate ad assicurare livelli uniformi di tutela del paziente a livello di sistema regionale ed 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, per i rischi connessi alla cd. rivalsa per colpa grave e al danno erariale per responsabilità amministrativa, i cui oneri restano in capo ai singoli assicurati.*

*7. Ferme restando le disposizioni legislative vigenti in materia assicurativa, la*

*definizione di adeguate metodologie di monitoraggio e controllo dei servizi. In particolare, nell'esercizio di questa funzione:*

- a) approva e aggiorna un sistema di valutazione dell'efficacia, della qualità e degli esiti, sulla base dei quali deve essere effettuata la programmazione territoriale;*
- b) predispone un programma di valutazione secondo la metodologia HTA, 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) fornisce raccomandazioni circa l'utilizzo appropriato ed efficace di farmaci, dispositivi medici e il governo dell'innovazione in questi settori;*
- d) elabora linee guida per garantire uniformità di approccio nella cura di patologie e nell'utilizzo di tecnologie diagnostico terapeutiche;*
- e) elabora modelli previsionali ed epidemiologici utili alla programmazione, collaborando con le società scientifiche e con i centri di ricerca.*

*5. La Regione promuove e coordina la collaborazione e lo sviluppo di progetti di cooperazione internazionale e di partenariato in ambito sanitario, al fine di valorizzare l'attività regionale e migliorare il sistema sanitario, in coerenza con la normativa nazionale ed europea e gli indirizzi di programmazione regionale.*

*6. La Regione definisce strategie di gestione del rischio 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 civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera. Tali strategie sono finalizzate ad assicurare livelli uniformi di tutela del paziente a livello di sistema regionale ed 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, per i rischi connessi alla cd. rivalsa per colpa grave e al danno erariale per responsabilità amministrativa, i cui oneri restano in capo ai singoli assicurati.*

*7. Ferme restando le disposizioni legislative vigenti in materia assicurativa, la Regione, in qualità di ente gestore ed erogatore delle prestazioni sociosanitarie,*



Regione, in qualità di ente gestore ed erogatore delle prestazioni socio-sanitarie, definisce, in sede di approvazione del piano socio-sanitario, le aree di rischio clinico rispetto alle quali è necessario sviluppare i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali da utilizzare come linee guida del sistema socio-sanitario.

**8.** La Regione promuove e sostiene l'attività di ricerca, innovazione e sperimentazione.

**9.** Per garantire il raggiungimento dei propri obiettivi, la Regione si avvale di strutture di supporto tecnico la cui composizione e le cui modalità di funzionamento sono definite con deliberazioni della Giunta regionale.

**10.** Al fine di condividere gli indirizzi di programmazione con gli interlocutori del sistema socio-sanitario, la Regione si avvale di un Osservatorio socio-sanitario la cui composizione e le cui modalità di funzionamento sono definite con deliberazione della Giunta regionale. Nell'ambito dell'Osservatorio sono costituiti tavoli permanenti sulle seguenti tematiche: professioni sanitarie, governo dell'innovazione in materia di politiche del farmaco, dispositivi medici e tecnologie sanitarie, rischio clinico e gestione dei sinistri. Ulteriori tavoli possono essere costituiti su argomenti specifici.

**11.** La Regione favorisce la crescita e lo sviluppo dei soggetti del terzo settore, anche attraverso la definizione di nuove modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo. La Regione promuove altresì forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati, in particolare appartenenti al terzo settore, al fine di dare concreta e piena attuazione al principio di sussidiarietà e di valorizzare la piena espressione delle loro capacità progettuali, tenuto conto delle caratteristiche di ciascuno nel sistema delle relazioni che concorrono ai diversi ambiti di welfare: sanitario, sociale, socio-sanitario, educativo, formativo e del mercato del lavoro.

#### **Art. 6**

**(Agenzie di tutela della salute)**

**1.** Sono istituite le Agenzie di tutela della salute, di seguito denominate ATS. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, definisce i relativi ambiti territoriali di riferimento in base ai seguenti criteri:

definisce, in sede di approvazione del piano socio-sanitario, le aree di rischio clinico rispetto alle quali è necessario sviluppare i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali da utilizzare come linee guida del sistema socio-sanitario.

**8.** La Regione promuove e sostiene l'attività di ricerca, innovazione e sperimentazione.

**9.** Per garantire il raggiungimento dei propri obiettivi, la Regione si avvale di strutture di supporto tecnico la cui composizione e le cui modalità di funzionamento sono definite con deliberazioni della Giunta regionale.

**10.** Al fine di condividere gli indirizzi di programmazione con gli interlocutori del sistema socio-sanitario, la Regione si avvale di un Osservatorio socio-sanitario la cui composizione e le cui modalità di funzionamento sono definite con deliberazione della Giunta regionale. Nell'ambito dell'Osservatorio sono costituiti tavoli permanenti sulle seguenti tematiche: professioni sanitarie, governo dell'innovazione in materia di politiche del farmaco, dispositivi medici e tecnologie sanitarie, rischio clinico e gestione dei sinistri. Ulteriori tavoli possono essere costituiti su argomenti specifici.

**11.** La Regione favorisce la crescita e lo sviluppo dei soggetti del terzo settore, anche attraverso la definizione di nuove modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo. La Regione promuove altresì forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati, in particolare appartenenti al terzo settore, al fine di dare concreta e piena attuazione al principio di sussidiarietà e di valorizzare la piena espressione delle loro capacità progettuali, tenuto conto delle caratteristiche di ciascuno nel sistema delle relazioni che concorrono ai diversi ambiti di welfare: sanitario, sociale, socio-sanitario, educativo, formativo e del mercato del lavoro.

#### **Art. 6**

**(Agenzie di tutela della salute)**

**1.** Sono istituite le Agenzie di tutela della salute, di seguito denominate ATS. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, definisce i relativi ambiti territoriali di riferimento in base ai seguenti criteri:

- a) ATS della Città metropolitana;  
b) ATS di area territoriale omogenea costituite dai bacini di riferimento di almeno due fra aziende sociosanitarie territoriali e aziende ospedaliere di cui all'articolo 7 e tali da ricomprendere territori con popolazione compresa fra 1 e 2 milioni di abitanti;  
c) ATS sperimentale della montagna, comprendente i territori della Provincia di Sondrio e della Valcamonica.

2. I confini delle singole ATS possono essere modificati con deliberazione della Giunta regionale, qualora la variazione dei bacini di riferimento interessi non oltre il 10% della popolazione residente.

3. Le ATS, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica nei limiti stabiliti dalla presente legge, assicurano che nelle aree territoriali di propria competenza siano garantiti i servizi sanitari e sociosanitari contemplati dai livelli essenziali di assistenza definiti dallo Stato e dalla programmazione regionale ai propri assistiti residenti e a tutti coloro che ne hanno titolo, anche se residenti in ambiti territoriali diversi dalla Regione. In particolare, le ATS svolgono le seguenti funzioni e attività:

- a) attuazione e declinazione, a livello della rete di offerta territoriale, degli indirizzi programmatori regionali, sentite le conferenze dei sindaci di cui all'articolo 6 bis;
- b) accreditamento delle strutture e dei soggetti che svolgono attività sanitarie e sociosanitarie;
- c) negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie da strutture accreditate;
- d) governo del percorso di presa in carico globale degli assistiti anche attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno;
- e) governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie;
- f) governo dei programmi di prevenzione, cura e riabilitazione;
- g) promozione della salute, prevenzione e controllo nelle collettività, negli ambienti di vita e di lavoro, secondo gli indirizzi regionali;
- h) sanità pubblica veterinaria;

- a) ATS della Città metropolitana;  
b) ATS di area territoriale omogenea costituite dai bacini di riferimento di almeno due fra aziende sociosanitarie territoriali e aziende ospedaliere di cui all'articolo 7 e tali da ricomprendere territori con popolazione compresa fra 1 e 2 milioni di abitanti;  
c) ATS sperimentale della montagna, comprendente i territori della Provincia di Sondrio e della Valcamonica.

2. I confini delle singole ATS possono essere modificati con deliberazione della Giunta regionale, qualora la variazione dei bacini di riferimento interessi non oltre il 10% della popolazione residente.

3. Le ATS, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica nei limiti stabiliti dalla presente legge, assicurano che nelle aree territoriali di propria competenza siano garantiti i servizi sanitari e sociosanitari contemplati dai livelli essenziali di assistenza definiti dallo Stato e dalla programmazione regionale ai propri assistiti residenti e a tutti coloro che ne hanno titolo, anche se residenti in ambiti territoriali diversi dalla Regione. In particolare, le ATS svolgono le seguenti funzioni e attività:

- a) attuazione e declinazione, a livello della rete di offerta territoriale, degli indirizzi programmatori regionali, sentite le conferenze dei sindaci di cui all'articolo 6 bis;
- b) accreditamento delle strutture e dei soggetti che svolgono attività sanitarie e sociosanitarie;
- c) negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie da strutture accreditate;
- d) governo del percorso di presa in carico globale degli assistiti anche attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno;
- e) governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie;
- f) governo dei programmi di prevenzione, cura e riabilitazione;
- g) promozione della salute, prevenzione e controllo nelle collettività, negli ambienti di vita e di lavoro, secondo gli indirizzi regionali;
- h) sanità pubblica veterinaria;
- i) attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di

<p>i) attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica, protesica;</p> <p>j) collaborazione con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta sociali;</p> <p>k) funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture ed unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali.</p> <p><b>4.</b> L'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari di cui al comma 3 è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati, di natura pubblica e privata, dalle aziende sociosanitarie territoriali e dagli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato.</p> <p><b>5.</b> In ogni ATS le attività sono organizzate, in particolare, nei seguenti dipartimenti:</p> <p>a) dipartimento di prevenzione medico;</p> <p>b) dipartimento delle cure primarie;</p> <p>c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie;</p> <p>d) dipartimento di prevenzione veterinario;</p> <p>e) dipartimento amministrativo;</p> <p>f) dipartimento della programmazione e integrazione sociosanitaria e sociale.</p> <p><b>6.</b> L'organizzazione dei dipartimenti delle ATS è approvata dalla Giunta regionale, che può prevedere un'articolazione organizzativa specifica per l'ATS della Città metropolitana e per l'ATS della montagna.</p>	<p>farmaceutica, dietetica, protesica;</p> <p>j) collaborazione con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta sociali;</p> <p>k) funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture ed unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali.</p> <p><b>4.</b> L'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari di cui al comma 3 è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati, di natura pubblica e privata, dalle aziende sociosanitarie territoriali e dagli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato.</p> <p><b>5.</b> In ogni ATS le attività sono organizzate, in particolare, nei seguenti dipartimenti:</p> <p>a) dipartimento di prevenzione medico;</p> <p>b) dipartimento delle cure primarie;</p> <p>c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie;</p> <p>d) dipartimento di prevenzione veterinario;</p> <p>e) dipartimento amministrativo;</p> <p>f) dipartimento della programmazione e integrazione sociosanitaria e sociale.</p> <p><b>6.</b> Tali dipartimenti dovranno erogare le prestazioni sanitarie definite dai LEA in modo integrato e unico secondo un modello basato su aree omogenee a tutela della salute pubblica, dell'efficienza e della qualità.</p> <p><b>7.</b> L'organizzazione dei dipartimenti delle ATS è approvata dalla Giunta regionale, che può prevedere un'articolazione organizzativa specifica per l'ATS della Città metropolitana e per l'ATS della montagna</p>
<p style="text-align: center;"><b>Art. 7</b></p> <p style="text-align: center;"><b>(Aziende sociosanitarie territoriali e aziende ospedaliere)</b></p> <p><b>1.</b> Sono istituite le aziende sociosanitarie territoriali, di seguito denominate ASST.</p> <p><b>2.</b> Gli ambiti delle ASST sono definiti con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente, in base ai seguenti criteri:</p> <p>a) bacini di utenza di riferimento di 600.000 abitanti anche considerando situazioni di densità abitativa particolarmente bassa;</p> <p>b) afferenza ad una sola ATS;</p>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 7</b></p> <p style="text-align: center;"><b>(Aziende sociosanitarie territoriali e aziende ospedaliere)</b></p> <p><b>1.</b> Sono istituite le aziende sociosanitarie territoriali, di seguito denominate ASST.</p> <p><b>2.</b> Gli ambiti delle ASST sono definiti con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente, in base ai seguenti criteri:</p> <p>a) bacini di utenza di riferimento di 600.000 abitanti anche considerando situazioni di densità abitativa particolarmente bassa;</p>

c) omogeneità territoriale e analisi dei flussi di mobilità;

d) omogenea presenza di unità di offerta afferenti all'area delle alte specialità.

3. Le ASST, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica nei limiti stabiliti dalla presente legge, concorrono all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitari e sociosanitari nella logica della presa in carico della persona. Tale attività, svolta in coerenza con le determinazioni della Giunta regionale, deve garantire la continuità di presa in carico della persona in tutte le sue fasi con specifico riguardo al reinserimento nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete.

4. In attuazione del principio di sussidiarietà di cui all'articolo 2, comma 1, lettera f), le ASST valorizzano il pluralismo sociale 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.

5. Al fine di garantire l'integrazione della rete sociosanitaria con quella sociale, quale condizione imprescindibile per realizzare la presa in carico integrata della persona fragile e della sua famiglia e assicurare l'unitarietà tra le diverse tipologie di prestazioni e la continuità tra le diverse azioni, presso ciascuna ASST è istituita una Cabina di regia. La Cabina di regia, la cui composizione è definita con deliberazione della Giunta regionale, garantisce la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali, singoli o associati nell'ambito delle aree comuni di intervento.

6. Le ASST sono organizzate in un settore territoriale e in un settore ospedaliero.

7. Il settore territoriale, che ricomprende l'attività distrettuale, eroga le prestazioni sanitarie e sociosanitarie territoriali, 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 situazioni in condizione di cronicità e di fragilità.

8. Il settore territoriale svolge attività di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e

b) afferenza ad una sola ATS;

c) omogeneità territoriale e analisi dei flussi di mobilità;

d) omogenea presenza di unità di offerta afferenti all'area delle alte specialità.

3. Le ASST, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica nei limiti stabiliti dalla presente legge, concorrono all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitari e sociosanitari nella logica della presa in carico della persona. Tale attività, svolta in coerenza con le determinazioni della Giunta regionale, deve garantire la continuità di presa in carico della persona in tutte le sue fasi con specifico riguardo al reinserimento nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete.

4. In attuazione del principio di sussidiarietà di cui all'articolo 2, comma 1, lettera f), le ASST valorizzano il pluralismo sociale 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.

5. Al fine di garantire l'integrazione della rete sociosanitaria con quella sociale, quale condizione imprescindibile per realizzare la presa in carico integrata della persona fragile e della sua famiglia e assicurare l'unitarietà tra le diverse tipologie di prestazioni e la continuità tra le diverse azioni, presso ciascuna ASST è istituita una Cabina di regia. La Cabina di regia, la cui composizione è definita con deliberazione della Giunta regionale, garantisce la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali, singoli o associati nell'ambito delle aree comuni di intervento.

**5bis Al fine di garantire l'integrazione della rete sociosanitaria con quella sociale, attraverso la presa in carico e la continuità, presso ciascuna ASST, sulla base dell'epidemiologia e della numerosità della popolazione, è prevista la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità quale professionista responsabile dell'assistenza infermieristica erogata sul territorio, per la gestione dei bisogni assistenziali di tipo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo del cittadino e delle**



riabilitazione erogando prestazioni a bassa e media complessità; garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali.

**9.** Al settore territoriale afferiscono:

- a) i centri sociosanitari territoriali (CSST);
- b) i presidi ospedalieri territoriali (POT).

**10.** L'ASST individua i CSST e i POT, anche organizzati in collegamento funzionale con l'UCCP, ben identificabili dal cittadino, e costituiti all'interno di strutture, quali presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture territoriali e unità d'offerta sociosanitarie collegate in via informatica con l'azienda di appartenenza e dotate di strumentazioni di base, che costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità, e garantiscono la continuità assistenziale.

**11.** I CSST costituiscono una modalità organizzativa di riferimento con la funzione di integrare le attività e le prestazioni di carattere sociosanitario e sociale con quelle sanitarie e concorrono alla presa in carico globale della persona per la comunità di riferimento. I CSST:

- a) erogano una pluralità di interventi e prestazioni coordinate per le persone fragili, in una logica di prossimità e di continuità assistenziale e operano in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociosanitari territoriali e con quelli ospedalieri;
- b) erogano prestazioni sanitarie a bassa intensità;
- c) promuovono percorsi di sanità di iniziativa, attraverso campagne di prevenzione, educazione sanitarie e attività fisica adattata.

**12.** I POT sono strutture multiservizio che erogano prestazioni in regime ambulatoriale e di ricovero a bassa intensità. Possono derivare dalla trasformazione di piccoli ospedali o essere collocati all'interno di presidi ospedalieri di base o di riferimento.

**13.** Il settore ospedaliero è organizzato su più livelli distinti per complessità di cura, coerenti con il regolamento degli standard della rete ospedaliera adottato d'intesa fra Stato e Regioni, ed è orientato all'erogazione di ricoveri acuti e programmati,

**famiglie nel loro contesto di vita.**

**5ter** L'infermiere di famiglia e di comunità sostiene e coordina il percorso dell'assistito attraverso l'educazione, l'informazione e la presa in carico proattiva, indirizzandolo nel SSR, anche attraverso l'attivazione delle relative risorse disponibili.

**6.** Le ASST sono organizzate in un settore territoriale e in un settore ospedaliero.

**7.** Il settore territoriale, che ricomprende l'attività distrettuale, eroga le prestazioni sanitarie e sociosanitarie territoriali, in base a livelli di intensità di **cura e complessità assistenziale** in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni, delle risorse **e delle professionalità** con modalità di accompagnamento soprattutto per le situazioni in condizione di cronicità e di fragilità.

**8.** Il settore territoriale svolge attività di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura, **assistenza** e riabilitazione erogando prestazioni a bassa e media complessità **clinico assistenziale**; garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali.

**Il settore territoriale riunisce le aree di salute mentale e dipendenza assicurando tutte le attività assistenziali, di supporto e prevenzione.**

**8bisI percorsi organizzativi delle prestazioni sanitarie di area omogenea fanno capo alle Strutture Organizzative Dirigenziali delle Professioni Sanitarie di riferimento, così come individuate nella L.251/00, in sinergia con il governo medico-clinico.**

**9.** Al settore territoriale afferiscono:

- a) i centri sociosanitari territoriali (CSST);
- b) i presidi ospedalieri territoriali (POT).

**10.** L'ASST individua i CSST e i POT, anche organizzati in collegamento funzionale con l'UCCP, ben identificabili dal cittadino, e costituiti all'interno di strutture, quali presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture territoriali e unità d'offerta sociosanitarie collegate in via informatica con l'ASST di appartenenza e dotate di strumentazioni di base, che costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della

*prestazioni sanitarie specialistiche anche a livelli crescenti di complessità, prestazioni di emergenza urgenza, riabilitazione ad alta intensità analiticamente definite con successivo provvedimento della Giunta regionale.*

*14. Nei poli ospedalieri le unità operative sono organizzate in strutture dipartimentali. Il dipartimento di emergenza e urgenza è costituito nelle aziende e nei presidi individuati dalla programmazione regionale.*

*15. Le aziende ospedaliere, di seguito denominate AO, già costituite alla data dell'entrata in vigore della presente legge conservano la loro natura giuridica qualora siano dotate, alla data di entrata in vigore della medesima legge, di un numero di posti letto accreditati uguale o superiore a mille all'interno di uno dei suoi presidi.*

*16. Le AO erogano attività sanitarie ospedaliere e specialistiche. 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, nonché ai gestori delle forme integrative di assistenza sanitaria.*

*17. L'articolazione dei servizi sanitari e sociosanitari all'interno dell'ATS della Città metropolitana e dell'ATS sperimentale della montagna tiene conto della specificità di tali livelli istituzionali. La Giunta regionale può definire particolari criteri per l'organizzazione delle ASST e delle AO in tali ambiti.*

*18. Le funzioni disciplinate nel presente articolo possono essere svolte anche da soggetti di diritto privato accreditati.*

*medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità, e garantiscono la continuità assistenziale.*

*11. I CSST costituiscono una modalità organizzativa di riferimento con la funzione di integrare le attività e le prestazioni di carattere sociosanitario e sociale con quelle sanitarie e concorrono alla presa in carico globale della persona per la comunità di riferimento. I CSST:*

- a) erogano una pluralità di interventi e prestazioni coordinate per le persone fragili, in una logica di prossimità e di continuità assistenziale e operano in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociosanitari territoriali e con quelli ospedalieri;*
- b) erogano prestazioni sanitarie a bassa intensità;*
- c) promuovono percorsi di sanità di iniziativa, attraverso campagne di prevenzione, educazione sanitarie e attività fisica adattata.*

*12. I POT sono strutture multiservizio che erogano prestazioni in regime ambulatoriale e di ricovero a **media** bassa **complessità assistenziale**. Possono derivare dalla trasformazione di piccoli ospedali o essere collocati all'interno di presidi ospedalieri di base o di riferimento.*

*13. Il settore ospedaliero è organizzato su più livelli distinti per complessità di cura, coerenti con il regolamento degli standard della rete ospedaliera adottato d'intesa fra Stato e Regioni, ed è orientato all'erogazione di ricoveri acuti e programmati, prestazioni sanitarie specialistiche anche a livelli crescenti di complessità, prestazioni di emergenza urgenza, riabilitazione ad alta intensità analiticamente definite con successivo provvedimento della Giunta regionale.*

*14. Nei poli ospedalieri le unità operative sono organizzate in strutture dipartimentali. Il dipartimento di emergenza e urgenza è costituito nelle aziende e nei presidi individuati dalla programmazione regionale.*

*15. Le aziende ospedaliere, di seguito denominate AO, già costituite alla data dell'entrata in vigore della presente legge conservano la loro natura giuridica qualora siano dotate, alla data di entrata in vigore della medesima legge, di un numero di posti letto accreditati uguale o superiore a mille all'interno di uno dei suoi presidi.*

	<p><i>16. Le AO erogano attività sanitarie ospedaliere e specialistiche. 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, nonché ai gestori delle forme integrative di assistenza sanitaria.</i></p> <p><i>17. L'articolazione dei servizi sanitari e sociosanitari all'interno dell'ATS della Città metropolitana e dell'ATS sperimentale della montagna tiene conto della specificità di tali livelli istituzionali. La Giunta regionale può definire particolari criteri per l'organizzazione delle ASST e delle AO in tali ambiti.</i></p> <p><i>18. Le funzioni disciplinate nel presente articolo possono essere svolte anche da soggetti di diritto privato accreditati.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Art. 8</b> <b>(Modelli di cura)</b></p> <p><i>1. Il servizio sociosanitario regionale attiva modalità organizzative innovative di accompagnamento e «presa in carico» in grado di integrare, anche facendo uso delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione, dei big data, nonché degli strumenti Information communication technology - ICT, i bisogni complessi delle persone in condizione di cronicità e fragilità, al fine di garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi, l'appropriatezza delle prestazioni e la proporzionalità delle cure, compreso l'approccio palliativo. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi che, attraverso reti di cura ed assistenza sanitaria e sociosanitaria, assicurino l'integrazione e il raccordo tra medici di medicina generale, operatori, specialisti territoriali e componente ospedaliera.</i></p> <p><i>2. La Regione adotta e mantiene aggiornato nel tempo un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee per assorbimento di risorse sanitarie negli ambiti territoriali delle cure primarie domiciliari e specialistiche, 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 quando</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 8</b> <b>(Modelli di cura)</b></p> <p><i>1. Il servizio sociosanitario regionale attiva modalità organizzative innovative di accompagnamento e «presa in carico» in grado di integrare, anche facendo uso delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione, dei big data, nonché degli strumenti Information communication technology - ICT, i bisogni complessi delle persone in condizione di cronicità e fragilità, al fine di garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi, l'appropriatezza delle prestazioni e la proporzionalità delle cure, compreso l'approccio palliativo. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi che, attraverso reti di cura ed assistenza sanitaria e sociosanitaria, assicurino l'integrazione e il raccordo tra medici di medicina generale, <b>professionisti sanitari</b>, operatori, specialisti territoriali e componente ospedaliera.</i></p> <p><i>2. La Regione adotta e mantiene aggiornato nel tempo un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee per assorbimento di risorse sanitarie negli ambiti territoriali delle cure primarie domiciliari e specialistiche, 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 quando</i></p>



*extra piano assistenziale individuale.*

*3. La Regione definisce:*

- a) le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e per l'ammissione al livello appropriato di intensità assistenziale, anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno;*
- b) i requisiti di accreditamento che si ispirano al principio della piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti gli erogatori quale strumento per perseguire la massima efficienza ed il migliore soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini;*
- c) i criteri di 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 2.*

*4. L'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 2 e 3 prevede fasi di sperimentazione e di progressiva e graduale messa a regime.*

*extra piano assistenziale individuale.*

*3. La Regione definisce:*

- a) le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e per l'ammissione al livello appropriato di **complessità** assistenziale, anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno;*
- b) i requisiti di accreditamento che si ispirano al principio della piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti gli erogatori quale strumento per perseguire la massima efficienza ed il migliore soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini;*
- c) i criteri di 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 2.*

*4. L'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 2 e 3 prevede fasi di sperimentazione e di progressiva e graduale messa a regime.*

**Art. 9  
(Cure primarie)**

*1. L'assistenza primaria viene erogata dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale secondo quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale di categoria.*

*2. L'assistenza primaria 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 8;*
- c) gli interventi in ambito di integrazione socio-sanitaria, inclusa la procedura di valutazione multidimensionale del bisogno.*

*3. L'assistenza sanitaria primaria, nel rispetto dell'accordo collettivo nazionale:*

**Art. 9  
(Cure primarie)**

*1. L'assistenza primaria viene erogata dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale secondo quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale di categoria **e dai professionisti sanitari.***

*2. L'assistenza primaria 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 8;*
- c) gli interventi in ambito di integrazione socio-sanitaria, inclusa la procedura di valutazione multidimensionale del bisogno.*

*3. L'assistenza sanitaria primaria, nel rispetto dell'accordo collettivo nazionale:*

- a) viene erogata negli studi dei medici di medicina generale e 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.

4. Rientrano tra le forme organizzative dell'assistenza sanitaria primaria le aggregazioni funzionali territoriali di medici di medicina generale e di pediatri di famiglia, di seguito denominate AFT. Le AFT sono coordinate da uno dei componenti medici che ne fanno parte, in possesso di competenze 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 intradistrettuale, dell'ubicazione dei singoli studi dei medici e della presenza di associazioni di MMG già attive al fine di mantenere o realizzare un ulteriore vantaggio per i pazienti in termini di accessibilità agli studi.

6. Negli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta è favorita la presenza di personale di studio e di infermieri. Gli studi dei medici di medicina generale possono accreditarsi per erogare prestazioni strumentali di primo livello, anche attraverso il ricorso a sistemi di telemedicina 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 unità complesse di cure primarie (UCCP): forme organizzative complesse a carattere multiprofessionale che operano in maniera integrata all'interno di strutture o presidi.

- a) viene erogata negli studi dei medici di medicina generale e 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.

4. Rientrano tra le forme organizzative dell'assistenza sanitaria primaria le aggregazioni funzionali territoriali di medici di medicina generale e di pediatri di famiglia, di seguito denominate AFT. Le AFT sono coordinate da uno dei componenti medici che ne fanno parte, in possesso di competenze 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 intradistrettuale, dell'ubicazione dei singoli studi dei medici e della presenza di associazioni di MMG già attive al fine di mantenere o realizzare un ulteriore vantaggio per i pazienti in termini di accessibilità agli studi.

6. Negli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta è **prevista** la presenza di personale di studio, di infermieri **e di altri operatori delle professioni sanitarie**. Gli studi dei medici di medicina generale possono accreditarsi per erogare prestazioni strumentali di primo livello, anche attraverso il ricorso a sistemi di telemedicina 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 unità complesse di cure primarie (UCCP): forme organizzative complesse a carattere multiprofessionale che operano in maniera integrata all'interno di strutture o presidi.  
**La presa in carico della persona da parte dell'UCCP è garantita attraverso le Unità**

8. Il modello organizzativo territoriale delle UCCP è definito dalla Regione in ottemperanza alla normativa nazionale e agli accordi collettivi nazionali che disciplinano 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 medico di medicina generale con almeno dieci anni di anzianità nell'attività di assistenza primaria ovvero da un pediatra di libera scelta con almeno dieci anni di anzianità di servizio. 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 sanitarie-amministrative quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione, erogazione protesica. L'UCCP 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. A seguito di apposito provvedimento della Giunta regionale, nell'ambito delle UCCP può essere prevista l'attività di "case management" per assicurare la collaborazione e il raccordo tra i medici di medicina generale 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 sanitaria e sociosanitaria, anche in capo ad un infermiere quale "infermiere di famiglia".

11. Con deliberazione della Giunta regionale sono definiti i requisiti organizzativi e i criteri funzionali per l'accreditamento e le modalità di integrazione degli UCCP con l'articolazione della rete di offerta.

12. Le UCCP possono essere gestite anche da società costituite da medici di medicina generale convenzionati e da pediatri di libera scelta sulla base di uno specifico provvedimento della Giunta regionale, in ottemperanza alla normativa nazionale e agli accordi collettivi nazionali e nella prospettiva dell'integrazione con l'attività

**di Valutazione Multidimensionale (UVM).**

8. Il modello organizzativo territoriale delle UCCP è definito dalla Regione in ottemperanza alla normativa nazionale e agli accordi collettivi nazionali che disciplinano 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 **professionista sanitario in possesso di competenze manageriali e relazionali e adeguata conoscenza dei processi sanitari e sociosanitari, acquisiti anche attraverso specifico percorso formativo manageriale.** ~~medico di medicina generale con almeno dieci anni di anzianità nell'attività di assistenza primaria ovvero da un pediatra di libera scelta con almeno dieci anni di anzianità di servizio.~~ 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 sanitarie-amministrative quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione, erogazione protesica. L'UCCP 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. A seguito di apposito provvedimento della Giunta regionale, nell'ambito delle UCCP ~~può essere~~ **è** prevista l'attività di "case management" per assicurare la **continuità clinico assistenziale attraverso la collaborazione dei professionisti sanitari che operano tra strutture sanitarie territoriali e sociosanitarie** ~~collaborazione e il raccordo tra i medici di medicina generale 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 sanitaria e sociosanitaria, ~~anche in capo ad un infermiere quale "infermiere di famiglia."~~

**Nell'ambito delle UCCP è prevista la figura del Coordinatore di Cura, identificato tra i professionisti sanitari, per la gestione del piano clinico assistenziale definito dal**

*svolta dagli studi dei medici convenzionati.*

*13. Le funzioni relative ai livelli prestazionali di cui al comma 2, lettere b) e c), disciplinate ai commi da 7 a 12, possono essere svolte sia da soggetti di natura pubblica sia da soggetti di natura privata.*

***Nucleo di Valutazione Multiprofessionale, con particolare riguardo all'assistenza domiciliare al fine di contrastare le riacutizzazioni e garantire una più appropriata e continuativa presa in carico dell'assistito***

*11. Con deliberazione della Giunta regionale sono definiti i requisiti organizzativi e i criteri funzionali per l'accreditamento e le modalità di integrazione degli UCCP con l'articolazione della rete di offerta.*

*12. Le UCCP possono essere gestite anche da società **professionali** ~~costituite da medici di medicina generale convenzionati e da pediatri di libera scelta~~ sulla base di uno specifico provvedimento della Giunta regionale, in ottemperanza alla normativa nazionale e agli accordi collettivi nazionali e nella prospettiva dell'integrazione ~~con~~ ~~l'attività svolta dagli studi dei medici convenzionati.~~*

*13. Le funzioni relative ai livelli prestazionali di cui al comma 2, lettere b) e c), disciplinate ai commi da 7 a 12, possono essere svolte sia da soggetti di natura pubblica sia da soggetti di natura privata.*

**Art.10**

**(Agenzia di controllo del servizio sociosanitario regionale)**

*1. È istituita l'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario regionale, di seguito denominata Agenzia di controllo, quale ente di diritto pubblico, dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile e gestionale, nei limiti previsti dalla presente legge.*

*2. L'Agenzia di controllo, quale organismo tecnico-scientifico indipendente dalle funzioni di governo, di programmazione e di acquisto, concorre al monitoraggio dell'assetto territoriale delle ASST anche rispetto alla capacità di produrre risposte efficaci alle persone e alle loro famiglie e favorisce il coordinamento da parte della Regione.*

*3. L'Agenzia di controllo persegue i seguenti obiettivi:*

*a) razionalizzare le strutture attualmente preposte all'espletamento del sistema dei*

**Art.10**

**(Agenzia di controllo del servizio sociosanitario regionale)**

*1. È istituita l'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario regionale, di seguito denominata Agenzia di controllo, quale ente di diritto pubblico, dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile e gestionale, nei limiti previsti dalla presente legge.*

*2. L'Agenzia di controllo, quale organismo tecnico-scientifico indipendente dalle funzioni di governo, di programmazione e di acquisto, concorre al monitoraggio dell'assetto territoriale delle ASST anche rispetto alla capacità di produrre risposte efficaci alle persone e alle loro famiglie e favorisce il coordinamento da parte della Regione.*

*3. L'Agenzia di controllo persegue i seguenti obiettivi:*

*a) razionalizzare le strutture attualmente preposte all'espletamento del sistema dei*

<p>controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie;  b) assicurare la segregazione dei ruoli;  c) semplificare e uniformare le procedure di controllo e le modalità attuative;  d) standardizzare strumenti, modulistica e sistemi informativi di controllo;  e) elaborare le linee guida per la definizione dei team multidisciplinari per l'effettuazione delle diverse tipologie di controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie.</p> <p>4. Sono organi dell'Agenzia di controllo il direttore generale e il collegio dei revisori.</p> <p>5. Il direttore generale, nominato dalla Giunta regionale tra gli iscritti all'elenco dei direttori generali di cui all'articolo 12, è il legale rappresentante dell'Agenzia ed ha la responsabilità della gestione complessiva. Il rapporto di lavoro del direttore è regolato da contratto di diritto privato di durata non superiore a cinque anni.</p> <p>6. Il collegio dei revisori è composto da tre membri, di cui uno con funzioni di presidente, nominati dal Consiglio regionale fra gli iscritti nel registro dei revisori contabili di cui al decreto legislativo 27 gennaio 2010, n. 39 (Attuazione della direttiva 2006/43/CE, relativa alle revisioni legali dei conti annuali e dei conti consolidati, che modifica le direttive 78/660/CEE e 83/349/CEE e che abroga la direttiva 84/253/CEE) e dura in carica tre anni.</p> <p>7. Il collegio dei revisori esercita funzioni di controllo e vigilanza sulla regolarità contabile dell'Agenzia di Controllo.</p> <p>8. La Giunta regionale definisce l'assetto organizzativo dell'Agenzia di controllo e la relativa articolazione.</p>	<p>controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie;  b) assicurare la segregazione dei ruoli;  c) semplificare e uniformare le procedure di controllo e le modalità attuative;  d) standardizzare strumenti, modulistica e sistemi informativi di controllo;  e) elaborare le linee guida per la definizione dei team multidisciplinari per l'effettuazione delle diverse tipologie di controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie.</p> <p>4. Sono organi dell'Agenzia di controllo il direttore generale e il collegio dei revisori.</p> <p>5. Il direttore generale, nominato dalla Giunta regionale tra gli iscritti all'elenco dei direttori generali di cui all'articolo 12, è il legale rappresentante dell'Agenzia ed ha la responsabilità della gestione complessiva. Il rapporto di lavoro del direttore è regolato da contratto di diritto privato di durata non superiore a cinque anni.</p> <p>6. Il collegio dei revisori è composto da tre membri, di cui uno con funzioni di presidente, nominati dal Consiglio regionale fra gli iscritti nel registro dei revisori contabili di cui al decreto legislativo 27 gennaio 2010, n. 39 (Attuazione della direttiva 2006/43/CE, relativa alle revisioni legali dei conti annuali e dei conti consolidati, che modifica le direttive 78/660/CEE e 83/349/CEE e che abroga la direttiva 84/253/CEE) e dura in carica tre anni.</p> <p>7. Il collegio dei revisori esercita funzioni di controllo e vigilanza sulla regolarità contabile dell'Agenzia di Controllo.</p> <p>8. La Giunta regionale definisce l'assetto organizzativo dell'Agenzia di controllo e la relativa articolazione.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Art. 11</b>  (Strutture di riferimento specialistico per l'innovazione, la ricerca, la didattica e l'aggiornamento continuo in medicina)</p> <p>1. La Giunta regionale al fine di garantire lo sviluppo integrato dell'assistenza, dell'innovazione, della ricerca, della didattica e dell'aggiornamento continuo dei</p>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 11</b>  (Strutture di riferimento specialistico per l'innovazione, la ricerca, la didattica e l'aggiornamento continuo in medicina)</p> <p>1. La Giunta regionale al fine di garantire lo sviluppo integrato dell'assistenza, dell'innovazione, della ricerca, della didattica e dell'aggiornamento continuo dei</p>



*professionisti individua e riconosce una rete di strutture specialistiche di riferimento che possiedono caratteristiche di multidisciplinarietà, alta complessità della casistica trattata sia in area chirurgica che medica. La rete ricomprende gli IRCSS e le sedi primarie di polo universitario e alcune ASST. La natura giuridica di tali articolazioni non muta rispetto alla vigente normativa .*

*2. Tali strutture assumono ruolo di riferimento all'interno della rete formativa delle diverse professioni sanitarie e dei programmi di educazione continua in medicina (ECM).*

*3. Le strutture di riferimento specialistico per l'innovazione, la ricerca, la didattica e l'aggiornamento continuo in medicina - di cui al comma 1- rappresentano il riferimento per lo sviluppo degli indirizzi regionali relativi alle attività di ricerca clinica e traslazionale, di sperimentazione clinica e di modelli assistenziali.*

*4. Le modalità di finanziamento di tali strutture tengono conto della complessità derivante dal duplice ruolo di centri di assistenza, di ricerca e di riferimento per le attività formative e di aggiornamento continuo e consentono la corretta dotazione dei fabbisogni di risorse umane e strumentali*

*5. La Regione sostiene le attività e i progetti di ricerca finalizzati all'innovazione e alla sperimentazione promosse e realizzate dagli attori del sistema sanitario. Promuove e coordina per la condivisione dei risultati clinici e scientifici anche attivando piattaforme condivise caratterizzate dalla collaborazione tra esperti del mondo accademico, Centri di ricerca, Università, Strutture sanitarie, Fondazioni IRCCS e imprese collegate alla salute.*

*6. Gli investimenti per tecnologie avanzate nei diversi settori specialistici vengono prioritariamente orientati verso tali le strutture.*

*7. La Fondazione regionale di ricerca biomedica, garantisce il coordinamento e lo sviluppo sinergico delle linee di ricerca, favorendo l'utilizzo di piattaforme comuni anche avvalendosi della rete di cui al comma 1 del presente articolo.*

*professionisti individua e riconosce una rete di strutture specialistiche di riferimento che possiedono caratteristiche di multidisciplinarietà, alta complessità della casistica trattata sia in area chirurgica che medica. La rete ricomprende gli IRCSS e le sedi primarie di polo universitario e alcune ASST. La natura giuridica di tali articolazioni non muta rispetto alla vigente normativa.*

*2. Tali strutture assumono ruolo di riferimento all'interno della rete formativa delle diverse professioni sanitarie e dei programmi di educazione continua in medicina (ECM).*

*3. Le strutture di riferimento specialistico per l'innovazione, la ricerca, la didattica e l'aggiornamento continuo in medicina - di cui al comma 1- rappresentano il riferimento per lo sviluppo degli indirizzi regionali relativi alle attività di ricerca clinica e traslazionale, di sperimentazione clinica e di modelli assistenziali.*

*4. Le modalità di finanziamento di tali strutture tengono conto della complessità derivante dal duplice ruolo di centri di assistenza, di ricerca e di riferimento per le attività formative e di aggiornamento continuo e consentono la corretta dotazione dei fabbisogni di risorse umane e strumentali*

*5. La Regione sostiene le attività e i progetti di ricerca finalizzati all'innovazione e alla sperimentazione promosse e realizzate dagli attori del sistema sanitario. Promuove e coordina per la condivisione dei risultati clinici e scientifici anche attivando piattaforme condivise caratterizzate dalla collaborazione tra esperti del mondo accademico, Centri di ricerca, Università, Strutture sanitarie, Fondazioni IRCCS e imprese collegate alla salute.*

*6. Gli investimenti per tecnologie avanzate nei diversi settori specialistici vengono prioritariamente orientati verso tali le strutture.*

*7. La Fondazione regionale di ricerca biomedica, garantisce il coordinamento e lo sviluppo sinergico delle linee di ricerca, favorendo l'utilizzo di piattaforme comuni anche avvalendosi della rete di cui al comma 1 del presente articolo.*

**Art. 12**

**(Organi delle ATS, delle ASST e delle aziende ospedaliere)**

*1. Sono organi delle ATS, delle ASST e delle aziende ospedaliere il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il direttore generale è nominato con provvedimento della Giunta regionale; il suo rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a un anno. Nel caso di aziende ospedaliere presso le quali si svolgono corsi delle facoltà di medicina e chirurgia, la nomina avviene d'intesa con il rettore dell'università interessata. L'intesa s'intende acquisita decorse ventiquattro ore dalla proposta regionale, senza che pervenga formale e motivato diniego da parte del rettore.*

*2. La Giunta regionale può modificare, quanto alla sede di assegnazione, gli incarichi già conferiti a direttori generali degli enti di cui al comma 1. La mobilità interaziendale non ha effetto sulla durata dell'originario contratto. La mancata accettazione del reincarico comporta la risoluzione del contratto.*

*3. I direttori generali degli enti di cui al comma 1 e degli IRCCS di diritto pubblico trasformati in fondazioni sono nominati esclusivamente tra gli iscritti nell'elenco regionale degli idonei costituito previo avviso pubblico e selezione effettuata da un'apposita commissione, costituita con deliberazione della Giunta regionale e senza oneri a carico del bilancio regionale, da tre esperti indicati in prevalenza da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari. Per accedere alla selezione occorre essere in possesso del diploma di laurea magistrale o diploma equipollente o equivalente e dimostrare di possedere un'adeguata esperienza in posizione dirigenziale conferita, di almeno cinque anni nel campo delle strutture sanitarie o almeno di sette anni in altri settori e caratterizzata da autonomia gestionale, diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie. Con la deliberazione di cui al primo periodo sono definite le modalità di selezione e sono specificati i criteri da utilizzare al fine di valutare in concreto l'adeguatezza dell'esperienza dirigenziale, anche con riferimento al settore di provenienza, sia in termini di tipologia di strutture sia in termini di valore minimo di produzione. L'inserimento nell'elenco degli idonei è condizione necessaria ma non*

**Art. 12**

**(Organi delle ATS, delle ASST e delle aziende ospedaliere)**

*1. Sono organi delle ATS, delle ASST e delle aziende ospedaliere il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il direttore generale è nominato con provvedimento della Giunta regionale; il suo rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a un anno. Nel caso di aziende ospedaliere presso le quali si svolgono corsi delle facoltà di medicina e chirurgia, la nomina avviene d'intesa con il rettore dell'università interessata. L'intesa s'intende acquisita decorse ventiquattro ore dalla proposta regionale, senza che pervenga formale e motivato diniego da parte del rettore.*

*2. La Giunta regionale può modificare, quanto alla sede di assegnazione, gli incarichi già conferiti a direttori generali degli enti di cui al comma 1. La mobilità interaziendale non ha effetto sulla durata dell'originario contratto. La mancata accettazione del reincarico comporta la risoluzione del contratto.*

*3. I direttori generali degli enti di cui al comma 1 e degli IRCCS di diritto pubblico trasformati in fondazioni sono nominati esclusivamente tra gli iscritti nell'elenco regionale degli idonei costituito previo avviso pubblico e selezione effettuata da un'apposita commissione, costituita con deliberazione della Giunta regionale e senza oneri a carico del bilancio regionale, da tre esperti indicati in prevalenza da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari. Per accedere alla selezione occorre essere in possesso del diploma di laurea magistrale o diploma equipollente o equivalente e dimostrare di possedere un'adeguata esperienza in posizione dirigenziale conferita, di almeno cinque anni nel campo delle strutture sanitarie o almeno di sette anni in altri settori e caratterizzata da autonomia gestionale, diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie. Con la deliberazione di cui al primo periodo sono definite le modalità di selezione e sono specificati i criteri da utilizzare al fine di valutare in concreto l'adeguatezza dell'esperienza dirigenziale, anche con riferimento al settore di provenienza, sia in termini di tipologia di strutture sia in termini di valore minimo di produzione. L'inserimento nell'elenco degli idonei è condizione necessaria ma non*

sufficiente ai fini della nomina, tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconfiribilità dell'incarico. 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 di ruolo sanitario nazionale) in corso di validità.

4. Il direttore generale è il rappresentante legale dell'ente ed è responsabile della gestione complessiva.

5. Nel caso in cui la Giunta regionale proceda alla sospensione cautelare del direttore generale di uno degli enti di cui al comma 1, la stessa Giunta nomina, per il periodo corrispondente, attingendo dall'elenco regionale degli idonei di cui al comma 3, un commissario straordinario, cui viene corrisposta un'indennità da determinarsi in misura non superiore a quella spettante al direttore generale.

6. In caso di vacanza dell'ufficio di direttore generale e fino alla nomina del nuovo, la Giunta regionale può procedere alla nomina di un commissario straordinario qualora la gestione interinale affidata al direttore sanitario o al direttore amministrativo più anziano di età non appaia congrua rispetto alle peculiarità gestionali dell'ente interessato e, nel contempo, il periodo minimo previsto dall'articolo 3-bis, comma 8, del d.lgs. 502/1992 non appaia coerente rispetto ai processi di riordino o riorganizzazione riguardanti l'azienda stessa. La gestione commissariale non può protrarsi oltre dodici mesi. Per quanto concerne la nomina e la retribuzione si applica il comma 5.

7. 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

sufficiente ai fini della nomina, tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconfiribilità dell'incarico. 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 di ruolo sanitario nazionale) in corso di validità.

4. Il direttore generale è il rappresentante legale dell'ente ed è responsabile della gestione complessiva.

5. Nel caso in cui la Giunta regionale proceda alla sospensione cautelare del direttore generale di uno degli enti di cui al comma 1, la stessa Giunta nomina, per il periodo corrispondente, attingendo dall'elenco regionale degli idonei di cui al comma 3, un commissario straordinario, cui viene corrisposta un'indennità da determinarsi in misura non superiore a quella spettante al direttore generale.

6. In caso di vacanza dell'ufficio di direttore generale e fino alla nomina del nuovo, la Giunta regionale può procedere alla nomina di un commissario straordinario qualora la gestione interinale affidata al direttore sanitario o al direttore amministrativo più anziano di età non appaia congrua rispetto alle peculiarità gestionali dell'ente interessato e, nel contempo, il periodo minimo previsto dall'articolo 3-bis, comma 8, del d.lgs. 502/1992 non appaia coerente rispetto ai processi di riordino o riorganizzazione riguardanti l'azienda stessa. La gestione commissariale non può protrarsi oltre dodici mesi. Per quanto concerne la nomina e la retribuzione si applica il comma 5.

7. 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.*

*8. 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.*

*9. 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.*

*10 Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute. .*

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

#### **Art. 13**

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

**I. Il direttore amministrativo delle ATS, delle ASST, delle aziende ospedaliere e degli IRCCS di diritto pubblico trasformati in fondazioni e il direttore sanitario delle ASST, delle aziende ospedaliere e degli IRCCS di diritto pubblico trasformati in fondazioni sono nominati dal direttore generale fra gli iscritti negli elenchi degli idonei di cui al comma 3; i relativi rapporti di lavoro sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato, che stabiliscono anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a un anno. Ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei a ricoprire l'incarico di direttore amministrativo occorre essere in possesso del diploma di laurea magistrale o**

*straordinario, il tesoriere e il collegio sindacale, che redige apposito verbale sottoscritto dai partecipanti alla verifica stessa.*

*8. 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.*

*9. 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.*

*10 Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute.*

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

#### **Art. 13**

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

**I. Il direttore amministrativo delle ATS, delle ASST, delle aziende ospedaliere e degli IRCCS di diritto pubblico trasformati in fondazioni e il direttore sanitario delle ASST, delle aziende ospedaliere e degli IRCCS di diritto pubblico trasformati in fondazioni sono nominati dal direttore generale fra gli iscritti negli elenchi degli idonei di cui al comma 3; i relativi rapporti di lavoro sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato, che stabiliscono anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a un anno. Ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei a ricoprire l'incarico di direttore amministrativo occorre essere in possesso del diploma di laurea magistrale o**

diploma equipollente o equivalente in discipline giuridiche o economiche e avere un'età inferiore a sessantacinque anni. E' inoltre richiesta un'adeguata esperienza di direzione tecnica o amministrativa almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie o in altri settori, purché maturata a seguito di formale conferimento di incarico dirigenziale e caratterizzata da autonomia gestionale, diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie. Ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei a ricoprire l'incarico di direttore sanitario occorre essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, di un diploma di specializzazione ed avere un'età inferiore a sessantacinque anni; è inoltre richiesta un'adeguata esperienza almeno quinquennale, a seguito di formale conferimento di incarico dirigenziale caratterizzato da autonomia gestionale, diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, negli enti o nelle strutture sanitarie così come individuate dal d.p.r. 484/1997. Per le strutture sanitarie pubbliche, ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei alla nomina di direttore sanitario, sono considerati gli incarichi di direzione di almeno una struttura semplice. Per le strutture sanitarie private, ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei, sono considerate le posizioni dirigenziali equivalenti, formalmente certificate. La Giunta regionale definisce le modalità di selezione ai fini dell'inserimento negli elenchi di cui al comma 3 e specifica i criteri da utilizzare per valutare in concreto l'adeguatezza dell'esperienza dirigenziale, anche con riferimento al settore di provenienza sia in termini di tipologia di strutture sia in termini di valore minimo di produzione. I dirigenti operano nel quadro degli indirizzi emanati dal direttore generale ed assumono la responsabilità delle strutture loro affidate.

2. Per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie di competenza e al fine di assicurare la piena integrazione delle attività ospedaliere con quelle territoriale, in ogni ASST il direttore generale nomina il direttore sociale. L'incarico di direttore sociale è attribuito a persone che siano in possesso di diploma di laurea magistrale, che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno d'età e che abbiano svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione in ambito sociosanitario. Il relativo rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a un anno. Il trattamento economico del direttore sociale è determinato dalla Giunta regionale.

diploma equipollente o equivalente in discipline giuridiche o economiche e avere un'età inferiore a sessantacinque anni. E' inoltre richiesta un'adeguata esperienza di direzione tecnica o amministrativa almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie o in altri settori, purché maturata a seguito di formale conferimento di incarico dirigenziale e caratterizzata da autonomia gestionale, diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie. Ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei a ricoprire l'incarico di direttore sanitario occorre essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, di un diploma di specializzazione ed avere un'età inferiore a sessantacinque anni; è inoltre richiesta un'adeguata esperienza almeno quinquennale, a seguito di formale conferimento di incarico dirigenziale caratterizzato da autonomia gestionale, diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, negli enti o nelle strutture sanitarie così come individuate dal d.p.r. 484/1997. Per le strutture sanitarie pubbliche, ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei alla nomina di direttore sanitario, sono considerati gli incarichi di direzione di almeno una struttura semplice. Per le strutture sanitarie private, ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei, sono considerate le posizioni dirigenziali equivalenti, formalmente certificate. La Giunta regionale definisce le modalità di selezione ai fini dell'inserimento negli elenchi di cui al comma 3 e specifica i criteri da utilizzare per valutare in concreto l'adeguatezza dell'esperienza dirigenziale, anche con riferimento al settore di provenienza sia in termini di tipologia di strutture sia in termini di valore minimo di produzione. I dirigenti operano nel quadro degli indirizzi emanati dal direttore generale ed assumono la responsabilità delle strutture loro affidate.

***1bis. Le professioni sanitarie afferiscono ad un dipartimento autonomo denominato Dipartimento delle Professioni Sanitarie (DPS), costituito dalle Unità Organizzative dirigenziali delle professioni sanitarie in ottemperanza all'art. 7, commi 1 e 2 della Legge 251/2000.***

***2ter. Il DPS è diretto dal Direttore delle Professioni Sanitarie, nominato dal Direttore Generale. Il Direttore del DPS, collabora con il Direttore Generale e coadiuva il Direttore Sanitario per quanto concerne la gestione delle attività di prevenzione, tecnico-sanitarie, di assistenza e riabilitazione, nello sviluppo di un sistema in stretta sinergia con gli altri dipartimenti. L'incarico di direttore del DPS è attribuito a***

3. In analogia a quanto previsto per la nomina dei direttori generali degli enti di cui all'articolo 12, comma 1, e al fine di elevare la qualità del sistema sanitario attraverso la verifica della professionalità dei soggetti che operano all'interno dello stesso, sono istituiti gli elenchi da utilizzare per la nomina di direttore amministrativo, sanitario e sociale. I direttori amministrativi, sanitari e sociali sono tenuti a produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato o l'attestato di cui all'articolo 12, comma 3, in corso di validità. L'iscrizione nell'elenco degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina, tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconferibilità dell'incarico.

4. Agli elenchi di cui al comma 3 attingono le strutture sanitarie private classificate come dipartimento d'emergenza accettazione (DEA) o dipartimento d'emergenza e alta specialità (EAS) o provviste di più di duecentocinquanta posti letto accreditati e a contratto o appartenenti a un ente unico gestore di almeno due presidi ospedalieri accreditati e a contratto per la nomina del direttore sanitario, in quanto figura obbligatoria per le medesime strutture.

5. È facoltà del direttore generale procedere alla revoca degli incarichi affidati al direttore amministrativo, al direttore sanitario e al direttore sociale.

**professionisti che siano in possesso di diploma di laurea magistrale, che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno d'età e che abbiano svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione in ambito sociosanitario.**

2. Per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie di competenza e al fine di assicurare la piena integrazione delle attività ospedaliere con quelle territoriale, in ogni ASST il direttore generale nomina il direttore **socio assistenziale**. L'incarico di direttore **socio assistenziale** è attribuito a persone che siano in possesso di diploma di laurea magistrale, che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno d'età e che abbiano svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione in ambito sociosanitario. Il relativo rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a un anno. Il trattamento economico del direttore **socio assistenziale** è determinato dalla Giunta regionale.

3. In analogia a quanto previsto per la nomina dei direttori generali degli enti di cui all'articolo 12, comma 1, e al fine di elevare la qualità del sistema sanitario attraverso la verifica della professionalità dei soggetti che operano all'interno dello stesso, sono istituiti gli elenchi da utilizzare per la nomina di direttore amministrativo, sanitario e **socio assistenziale**. I direttori amministrativi, sanitari e **socio assistenziali** sono tenuti a produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato o l'attestato di cui all'articolo 12, comma 3, in corso di validità. L'iscrizione nell'elenco degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina, tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconferibilità dell'incarico.

4. Agli elenchi di cui al comma 3 attingono le strutture sanitarie private classificate come dipartimento d'emergenza accettazione (DEA) o dipartimento d'emergenza e alta specialità (EAS) o provviste di più di duecentocinquanta posti letto accreditati e a contratto o appartenenti a un ente unico gestore di almeno due presidi ospedalieri accreditati e a contratto per la nomina del direttore sanitario, in quanto figura obbligatoria per le medesime strutture.

5. È facoltà del direttore generale procedere alla revoca degli incarichi affidati al direttore amministrativo, al direttore sanitario e al direttore **socio assistenziale**.

<p style="text-align: center;"><b>Art. 14</b> <b>(Agenzia per la promozione del sistema sanitario regionale)</b></p> <p>1. Al fine di promuovere le strutture sanitarie e l'eccellenza della Regione in Italia e nel mondo, garantire lo sviluppo economico del sistema sanitario regionale attraverso il reperimento di risorse al di fuori dei finanziamenti istituzionali, contribuire a produrre 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 sistema sanitario regionale.</p> <p>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.</p> <p>3. L'attività dell'Agenzia consiste anche nella sottoscrizione di accordi nazionali ed internazionali finalizzati all'erogazione delle prestazioni definite con gli erogatori regionali pubblici e privati.</p> <p>4. L'Agenzia istituisce l'Osservatorio delle best practices cliniche e dell'ottimizzazione dei processi aziendali e analizza i flussi globali della mobilità sanitaria, al fine di garantire le migliori performance di cura e di processo per la competizione in ambito sanitario mondiale.</p> <p>5. 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 della rete tecnologica.</p> <p>6. Sono organi dell'Agenzia il direttore generale e il collegio dei revisori dei conti. Il direttore generale deve possedere adeguate capacità manageriali ed è coadiuvato da</p>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 14</b> <b>(Agenzia per la promozione del sistema sanitario regionale)</b></p> <p>1. Al fine di promuovere le strutture sanitarie e l'eccellenza della Regione in Italia e nel mondo, garantire lo sviluppo economico del sistema sanitario regionale attraverso il reperimento di risorse al di fuori dei finanziamenti istituzionali, contribuire a produrre 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 sistema sanitario regionale.</p> <p>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.</p> <p>3. L'attività dell'Agenzia consiste anche nella sottoscrizione di accordi nazionali ed internazionali finalizzati all'erogazione delle prestazioni definite con gli erogatori regionali pubblici e privati.</p> <p>4. L'Agenzia istituisce l'Osservatorio delle best practices cliniche e dell'ottimizzazione dei processi aziendali e analizza i flussi globali della mobilità sanitaria, al fine di garantire le migliori performance di cura e di processo per la competizione in ambito sanitario mondiale.</p> <p>5. 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 della rete tecnologica.</p> <p>6. Sono organi dell'Agenzia il direttore generale e il collegio dei revisori dei conti. Il direttore generale deve possedere adeguate capacità manageriali ed è coadiuvato da</p>
---	---



*un comitato di indirizzo composto da rappresentanti degli erogatori pubblici e privati accreditati. L'Agenzia è costituita ed organizzata con deliberazione della Giunta regionale.*

*un comitato di indirizzo composto da rappresentanti degli erogatori pubblici e privati accreditati. L'Agenzia è costituita ed organizzata con deliberazione della Giunta regionale.*

**Art. 15**

**(Esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie e accreditamento)**

*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 e le unità d'offerta sociosanitarie, 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, previo parere della commissione consiliare competente, stabilisce:*

- a) l'iter procedurale e i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento delle attività sanitarie e sociosanitarie comprensive della presa in carico del cittadino;*
- b) le modalità di verifica del possesso e della permanenza dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività stesse;*
- c) 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 le unità d'offerta sociosanitarie, pubbliche e private, che abbiano presentato la SCIA e che siano in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private), nonché degli ulteriori requisiti stabiliti ai sensi della presente legge.*

**Art. 15**

**(Esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie e accreditamento)**

*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 e le unità d'offerta sociosanitarie, 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, previo parere della commissione consiliare competente, stabilisce:*

- a) l'iter procedurale e i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento delle attività sanitarie e sociosanitarie comprensive della presa in carico del cittadino;*
- b) le modalità di verifica del possesso e della permanenza dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività stesse;*
- c) 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 le unità d'offerta sociosanitarie, pubbliche e private, che abbiano presentato la SCIA e che siano in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private), nonché degli ulteriori requisiti stabiliti ai sensi della presente legge.*



*4. Le ATS disciplinano le modalità per la richiesta, la concessione e l'eventuale revoca dell'accREDITAMENTO, nonché per la verifica circa la permanenza dei requisiti richiesti per l'accREDITAMENTO medesimo.*

*5. Le ATS accREDITANO le strutture sanitarie e le unità d'offerta sociosanitarie e dispongono eventuali variazioni dell'accREDITAMENTO, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'accREDITAMENTO in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico.*

*6. Le strutture e le unità d'offerta pubbliche regolarmente autorizzate e in possesso dei requisiti di cui al comma 3 sono iscritte, di diritto, nel registro regionale delle strutture accREDITATE. Per le strutture pubbliche e private la procedura di accREDITAMENTO si perfeziona all'atto della iscrizione nel medesimo registro.*

*7. 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 sulla base del fabbisogno sanitario del territorio e nel rispetto dei limiti di spesa assegnati alle singole strutture tramite la conseguente definizione dei rapporti per la remunerazione delle prestazioni rese.*

*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 sanitaria e sociosanitaria. Le ATS provvedono anche alle novazioni contrattuali che si rendono necessarie a seguito delle variazioni di accREDITAMENTO come previsto dal comma 5. Il provvedimento della Giunta regionale prevede in particolare:*

- a) l'accettazione delle tariffe e della modalità di erogazione stabilite dalla Regione per le prestazioni da rendere;*
- b) le modalità con le quali la Regione verifica la qualità delle prestazioni erogate e la rispondenza delle strutture ai requisiti di accREDITAMENTO e alle valutazioni relative alle performance qualitative;*
- c) le modalità di esercizio dell'attività privata senza oneri a carico della Regione;*
- d) i tempi e le modalità di liquidazione delle prestazioni rese dalle strutture*

*4. Le ATS disciplinano le modalità per la richiesta, la concessione e l'eventuale revoca dell'accREDITAMENTO, nonché per la verifica circa la permanenza dei requisiti richiesti per l'accREDITAMENTO medesimo.*

*5. Le ATS accREDITANO le strutture sanitarie e le unità d'offerta sociosanitarie e dispongono eventuali variazioni dell'accREDITAMENTO, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'accREDITAMENTO in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico.*

*6. Le strutture e le unità d'offerta pubbliche regolarmente autorizzate e in possesso dei requisiti di cui al comma 3 sono iscritte, di diritto, nel registro regionale delle strutture accREDITATE. Per le strutture pubbliche e private la procedura di accREDITAMENTO si perfeziona all'atto della iscrizione nel medesimo registro.*

*7. 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 sulla base del fabbisogno sanitario del territorio e nel rispetto dei limiti di spesa assegnati alle singole strutture tramite la conseguente definizione dei rapporti per la remunerazione delle prestazioni rese.*

*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 sanitaria e sociosanitaria. Le ATS provvedono anche alle novazioni contrattuali che si rendono necessarie a seguito delle variazioni di accREDITAMENTO come previsto dal comma 5. Il provvedimento della Giunta regionale prevede in particolare:*

- a) l'accettazione delle tariffe e della modalità di erogazione stabilite dalla Regione per le prestazioni da rendere;*
- b) le modalità con le quali la Regione verifica la qualità delle prestazioni erogate e la rispondenza delle strutture ai requisiti di accREDITAMENTO e alle valutazioni relative alle performance qualitative;*
- c) le modalità di esercizio dell'attività privata senza oneri a carico della Regione;*
- d) i tempi e le modalità di liquidazione delle prestazioni rese dalle strutture*



<p>accreditate; e) i tempi in attesa; f) i debiti informativi.</p> <p><b>9.</b> Non possono essere accreditati, ovvero decadono dall'accreditamento, i soggetti erogatori di attività sanitaria e socio-sanitaria privati 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 socio-sanitarie del servizio sanitario nazionale.</p> <p><b>10.</b> L'accertamento della perdita dei requisiti comporta la declaratoria di decadenza dall'accreditamento, con provvedimento dell'ATS, e la revoca dei conseguenti rapporti con il servizio sanitario regionale.</p> <p><b>11.</b> La decadenza dei soggetti erogatori o gestori dalla titolarità dei rapporti con il servizio socio-sanitario regionale può altresì essere dichiarata dal direttore generale dell'ATS, quando sia accertata la reiterata applicazione distorta del sistema di remunerazione delle prestazioni, sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni stesse, sia sotto il profilo della loro completezza, comprese la specialistica ambulatoriale e la riabilitazione post acuti. La stessa reiterazione comporta, nel caso di soggetti erogatori pubblici, la decadenza dalla nomina del direttore generale e la conseguente risoluzione di diritto del contratto.</p> <p><b>12.</b> I soggetti privati accreditati, titolari dei rapporti con il servizio socio-sanitario regionale, assolvono al debito informativo, comprensivo di elementi utili alla rilevazione dei costi delle prestazioni erogate, secondo schemi e modalità stabiliti dalla Giunta regionale. I soggetti pubblici e privati accreditati tengono aggiornato l'elenco del personale che, a qualsiasi titolo, presta la propria attività, attestando il possesso dei requisiti necessari per l'assolvimento dei compiti affidati.</p>	<p>accreditate; e) i tempi in attesa; f) i debiti informativi.</p> <p><b>9.</b> Non possono essere accreditati, ovvero decadono dall'accreditamento, i soggetti erogatori di attività sanitaria e socio-sanitaria privati 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 socio-sanitarie del servizio sanitario nazionale.</p> <p><b>10.</b> L'accertamento della perdita dei requisiti comporta la declaratoria di decadenza dall'accreditamento, con provvedimento dell'ATS, e la revoca dei conseguenti rapporti con il servizio sanitario regionale.</p> <p><b>11.</b> La decadenza dei soggetti erogatori o gestori dalla titolarità dei rapporti con il servizio socio-sanitario regionale può altresì essere dichiarata dal direttore generale dell'ATS, quando sia accertata la reiterata applicazione distorta del sistema di remunerazione delle prestazioni, sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni stesse, sia sotto il profilo della loro completezza, comprese la specialistica ambulatoriale e la riabilitazione post acuti. La stessa reiterazione comporta, nel caso di soggetti erogatori pubblici, la decadenza dalla nomina del direttore generale e la conseguente risoluzione di diritto del contratto.</p> <p><b>12.</b> I soggetti privati accreditati, titolari dei rapporti con il servizio socio-sanitario regionale, assolvono al debito informativo, comprensivo di elementi utili alla rilevazione dei costi delle prestazioni erogate, secondo schemi e modalità stabiliti dalla Giunta regionale. I soggetti pubblici e privati accreditati tengono aggiornato l'elenco del personale che, a qualsiasi titolo, presta la propria attività, attestando il possesso dei requisiti necessari per l'assolvimento dei compiti affidati.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Art. 16</b> <b>(Azienda regionale dell'emergenza urgenza)</b></p> <p><b>1.</b> L'azienda regionale dell'emergenza urgenza (AREU), dotata di personalità</p>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 16</b> <b>(Azienda regionale dell'emergenza urgenza)</b></p> <p><b>1.</b> L'azienda regionale dell'emergenza urgenza (AREU), dotata di personalità giuridica</p>

giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile, già costituita alla data di entrata in vigore della presente legge, conserva la sua natura giuridica. L'azienda è preposta allo svolgimento dei compiti relativi all'emergenza urgenza, al coordinamento intraregionale delle attività trasfusionali e al coordinamento intraregionale ed interregionale dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati. Per la fase di sperimentazione del servizio e in attesa della definizione da parte dello Stato dell'assetto organizzativo a regime, l'AREU garantisce l'operatività dei call center laici Numero unico emergenza (NUE) 112 sul territorio regionale.

2. Sono organi dell'AREU il direttore generale e il collegio sindacale. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle sue funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Al direttore sanitario e al direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste per le medesime figure professionali operanti nelle aziende ospedaliere.

3. La Giunta regionale, acquisito il parere delle commissioni consiliari competenti, definisce la sede, la struttura organizzativa, il patrimonio e le funzioni operative dell'AREU, compreso il servizio di elisoccorso, secondo le indicazioni del piano sociosanitario regionale.

di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile, già costituita alla data di entrata in vigore della presente legge, conserva la sua natura giuridica. L'azienda è preposta allo svolgimento dei compiti relativi all'emergenza urgenza, al coordinamento intraregionale delle attività trasfusionali e al coordinamento intraregionale ed interregionale dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati. Per la fase di sperimentazione del servizio e in attesa della definizione da parte dello Stato dell'assetto organizzativo a regime, l'AREU garantisce l'operatività dei call center laici Numero unico emergenza (NUE) 112 sul territorio regionale.

2. Sono organi dell'AREU il direttore generale e il collegio sindacale. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle sue funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Al direttore sanitario e al direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste per le medesime figure professionali operanti nelle aziende ospedaliere.

3. La Giunta regionale, acquisito il parere delle commissioni consiliari competenti, definisce la sede, la struttura organizzativa, il patrimonio e le funzioni operative dell'AREU, compreso il servizio di elisoccorso, secondo le indicazioni del piano sociosanitario regionale.

**4. L'Agenzia Regionale per l'Emergenza Urgenza va a sostituire l'Azienda Regionale per l'Emergenza Urgenza (AREU):**  
**a) ha funzione di garantire, implementare e rendere omogeneo, nel territorio della Regione, il soccorso sanitario di emergenza urgenza, anche in caso di maxiemergenze; b) ha il compito di coordinare il trasporto di persone, organi e tessuti, le attività trasfusionali, di scambio e compensazione di sangue ed emocomponenti.**

**5. La Giunta Regionale, sulla base dell'istruttoria eseguita dall'Agenzia di cui al comma 1, lett. a) ed acquisito il parere del Consiglio Regionale, delibera, entro un anno dall'approvazione della presente legge i criteri del Piano annuale di Vigilanza**



	<p><b>e Controllo.</b></p> <p><b>6. Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con delibera di Giunta da sottoporre al voto del Consiglio Regionale, previo parere dei Presidenti delle Conferenze dei Sindaci, vengono definiti obiettivi e organizzazione delle Agenzie.</b></p> <p><b>7. Sono contestualmente abrogate:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- le funzioni di acquisto e controllo come definito dall'art. 4 della Legge Regionale 30 dicembre 2009 n.33 e sostituito della presente Legge;</li><li>- l'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza come definito dall'art. 8 della Legge Regionale 30 dicembre 2009 n.33 e sostituito dal presente articolo</li></ul>
<p style="text-align: center;"><b>Art. 17</b> <b>(Farmacie di servizio)</b></p> <p><b>1. Al fine di garantire presidi di prossimità per un immediato accesso alle cure e ai servizi sanitari e sociosanitari, la Regione promuove la valorizzazione della rete delle farmacie territoriali. In aggiunta alle funzioni già normate di distribuzione di farmaci e presidi sanitari, nonché apparecchi di autodiagnostica rapida finalizzata a rilevamenti di prima istanza, alle farmacia sono affidati:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. programmi di promozione della salute, diffusione di sani stili di vita ed educazione sanitaria</li><li>2. valutazione di consumi qualitativi e quantitativi dei farmaci per indagini statistiche epidemiologiche</li><li>3. programmi di aderenza alle terapie in collaborazione con gli MMG e nell'ambito dei modelli di presa in carico</li><li>4. funzioni sanitarie-amministrative quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione, erogazione protesica</li></ol> <p><b>2. Con successivo provvedimento di Giunta verranno disciplinati ulteriori servizi che potranno essere resi disponibili grazie alla piena attuazione della ricetta elettronica</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 17</b> <b>(Farmacie di servizio)</b></p> <p><b>1. Al fine di garantire presidi di prossimità per un immediato accesso alle cure e ai servizi sanitari e sociosanitari, la Regione promuove la valorizzazione della rete delle farmacie territoriali. In aggiunta alle funzioni già normate di distribuzione di farmaci e presidi sanitari, nonché apparecchi di autodiagnostica rapida finalizzata a rilevamenti di prima istanza, alle farmacia, sono affidati <b>anche avvalendosi di professionisti sanitari:</b></b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) programmi di promozione della salute, diffusione di sani stili di vita ed educazione sanitaria</li><li>b) valutazione di consumi qualitativi e quantitativi dei farmaci per indagini statistiche epidemiologiche</li><li>c) programmi di aderenza alle terapie in collaborazione con i MMG, <b>PLS e professionisti sanitari</b> e nell'ambito dei modelli di presa in carico</li><li>d) funzioni sanitarie-amministrative quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione, erogazione protesica</li><li>e) <b>funzioni socio-sanitarie sulla base del Decreto Legislativo 153/2009 e decreto 16 dicembre 2010</b></li></ol> <p><b>2. Con successivo provvedimento di Giunta verranno disciplinati ulteriori servizi che</b></p>



	potranno essere resi disponibili grazie alla piena attuazione della ricetta elettronica
<p style="text-align: center;"><b>Art. 18</b> <b>(Valorizzazione e sviluppo delle professioni sanitarie)</b></p> <p><i>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 in stretta sinergia con le Università e gli istituti di ricerca, promuove la formazione e riqualificazione professionale anche nella prospettiva di sviluppo di figure professionali dedicate alla presa in carico della cronicità e delle fragilità.</i></p> <p><i>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.</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 18</b> <b>(Valorizzazione e sviluppo delle professioni sanitarie)</b></p> <p><i>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 in stretta sinergia con le Università e gli istituti di ricerca, promuove la formazione e riqualificazione professionale anche nella prospettiva di sviluppo di figure professionali dedicate alla presa in carico della cronicità e delle fragilità.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>3. La regolamentazione delle Professioni Sanitarie da inserire nella Rete del Sistema Sanitario Lombardo, in regime convenzionato e/o privatistico, è espletata in funzione delle evoluzioni normative e professionali delle Professioni stesse, nel rispetto della ripartizione di competenze Stato-Regione in attuazione della Legge 43/2006 e della Legge 251/2000.</i></p> <p><i>4. In rapporto alle necessità di sviluppo del SSR e di risposta ai bisogni clinico assistenziali, in ottemperanza alle normative nazionali, può essere prevista la costituzione di Strutture a gestione delle Professioni Sanitarie.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Art. 19</b> <b>(Disposizioni comuni attinenti al rapporto con la Regione)</b></p> <p><i>1. Nelle ATS, nelle ASST, nelle AO e nell'Agenzia di controllo è istituito un servizio di controllo interno di gestione, ai sensi dell'articolo 20 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), 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 dei costi, dei rendimenti e dei risultati.</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 19</b> <b>(Disposizioni comuni attinenti al rapporto con la Regione)</b></p> <p><i>1. Nelle ATS, nelle ASST, nelle AO e nell'Agenzia di controllo è istituito un servizio di controllo interno di gestione, ai sensi dell'articolo 20 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), 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 dei costi, dei rendimenti e dei risultati.</i></p>



*2. Sono soggetti al controllo della Giunta regionale i seguenti provvedimenti:*

- a) i piani e i bilanci di previsione e le relative variazioni,*
- b) il bilancio di esercizio.*

*3. Gli atti e i provvedimenti assunti dal direttore generale sono pubblicati sull'albo degli enti di cui al comma 1. Sono immediatamente esecutivi quelli non soggetti a controllo. La esecutività degli altri è subordinata all'esito positivo del controllo della Giunta regionale.*

*4. Al fine di elevare la qualità del sistema sanitario regionale, gli enti di cui al comma 1 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 e 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.*

*5. Le ATS, le ASST, le aziende ospedaliere, gli IRCCS di diritto pubblico e gli IRCCS non trasformati in fondazioni ai sensi del d.lgs. 288/2003 adottano il piano di organizzazione e il piano strategico triennale.*

*6. I piani di cui al comma 1 costituiscono la disciplina di quanto previsto dall'articolo 3-sexies, comma 4, del d.lgs. 502/1992. La Giunta regionale definisce i criteri per la loro approvazione, aggiornamento o l'integrazione.*

*7. Le ATS, le ASST, le aziende ospedaliere e gli IRCCS di diritto pubblico partecipano al tavolo tecnico degli appalti istituito ai sensi dell'art. 1 della legge regionale 28 dicembre 2007, n. 33. L'Azienda regionale centrale acquisti s.p.a., nell'ambito delle sue funzioni, garantisce efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento degli enti del SSR.*

*2. Sono soggetti al controllo della Giunta regionale i seguenti provvedimenti:*

- a) i piani e i bilanci di previsione e le relative variazioni,*
- b) il bilancio di esercizio.*

*3. Gli atti e i provvedimenti assunti dal direttore generale sono pubblicati sull'albo degli enti di cui al comma 1. Sono immediatamente esecutivi quelli non soggetti a controllo. La esecutività degli altri è subordinata all'esito positivo del controllo della Giunta regionale.*

*4. Al fine di elevare la qualità del sistema sanitario regionale, gli enti di cui al comma 1 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 e 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.*

*5. Le ATS, le ASST, le aziende ospedaliere, gli IRCCS di diritto pubblico e gli IRCCS non trasformati in fondazioni ai sensi del d.lgs. 288/2003 adottano il piano di organizzazione e il piano strategico triennale.*

*6. I piani di cui al comma 1 costituiscono la disciplina di quanto previsto dall'articolo 3-sexies, comma 4, del d.lgs. 502/1992. La Giunta regionale definisce i criteri per la loro approvazione, aggiornamento o l'integrazione.*

*7. Le ATS, le ASST, le aziende ospedaliere e gli IRCCS di diritto pubblico partecipano al tavolo tecnico degli appalti istituito ai sensi dell'art. 1 della legge regionale 28 dicembre 2007, n. 33. L'Azienda regionale centrale acquisti s.p.a., nell'ambito delle sue funzioni, garantisce efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento degli enti del SSR.*



*8. Presso la competente direzione generale della Giunta regionale sono aggiornati il ruolo del personale del servizio sanitario regionale e le variazioni conseguenti anche a processi di mobilità, previa informazione alle organizzazioni sindacali regionali di categoria maggiormente rappresentative. Le dotazioni organiche delle aziende e delle agenzie sono approvate con provvedimento del direttore generale, secondo la metodologia di determinazione dei carichi di lavoro e con riferimento sia alle accertate necessità dei servizi, sia alla disponibilità di risorse economiche, sentite le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative. L'assunzione del personale avviene secondo le modalità stabilite dal regolamento attuativo delle disposizioni di cui all'articolo 18 del d.lgs. 502/1992. I compensi per i componenti delle commissioni esaminatrici sono liquidati nella misura stabilita dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 marzo 1995 (Determinazione dei compensi da corrispondere ai componenti delle commissioni esaminatrici e al personale addetto alla sorveglianza di tutti i tipi di concorso indetti dalla amministrazioni pubbliche), ridotta del dieci per cento.*

*9. Le assunzioni di personale a tempo determinato e indeterminato da parte delle aziende e delle agenzie pubbliche sono subordinate all'approvazione, da parte della Giunta regionale, di un piano annuale presentato dall'azienda. Ai fini dell'approvazione la Giunta regionale tiene conto del fabbisogno complessivo e dei processi riorganizzativi delle aziende interessate, nonché dei vincoli di bilancio.*

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

**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 sociosanitaria di diritto pubblico o privato che operi in violazione delle norme relative ai requisiti richiesti per l'accreditamento incorre in sanzioni, normate con successivo specifico*

*8. Presso la competente direzione generale della Giunta regionale sono aggiornati il ruolo del personale del servizio sanitario regionale e le variazioni conseguenti anche a processi di mobilità, previa informazione alle organizzazioni sindacali regionali di categoria maggiormente rappresentative. Le dotazioni organiche delle aziende e delle agenzie sono approvate con provvedimento del direttore generale, secondo la metodologia di determinazione dei carichi di lavoro e con riferimento sia alle accertate necessità dei servizi, sia alla disponibilità di risorse economiche, sentite le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative. L'assunzione del personale avviene secondo le modalità stabilite dal regolamento attuativo delle disposizioni di cui all'articolo 18 del d.lgs. 502/1992. I compensi per i componenti delle commissioni esaminatrici sono liquidati nella misura stabilita dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 marzo 1995 (Determinazione dei compensi da corrispondere ai componenti delle commissioni esaminatrici e al personale addetto alla sorveglianza di tutti i tipi di concorso indetti dalla amministrazioni pubbliche), ridotta del dieci per cento.*

*9. Le assunzioni di personale a tempo determinato e indeterminato da parte delle aziende e delle agenzie pubbliche sono subordinate all'approvazione, da parte della Giunta regionale, di un piano annuale presentato dall'azienda. Ai fini dell'approvazione la Giunta regionale tiene conto del fabbisogno complessivo e dei processi riorganizzativi delle aziende interessate, nonché dei vincoli di bilancio.*

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

**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 sociosanitaria di diritto pubblico o privato che operi in violazione delle norme relative ai requisiti richiesti per l'accreditamento incorre in sanzioni, normate con successivo specifico*



<p><i>provvedimento della Giunta regionale, da emanarsi entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge e che preveda una graduazione delle sanzioni in funzione della gravità dell'infrazione e con la possibilità di giungere alla sospensione o revoca dell'accreditamento da sei mesi alla risoluzione del contratto e la definitiva fuoriuscita dal sistema socio-sanitario lombardo.</i></p>	<p><i>provvedimento della Giunta regionale, da emanarsi entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge e che preveda una graduazione delle sanzioni in funzione della gravità dell'infrazione e con la possibilità di giungere alla sospensione o revoca dell'accreditamento da sei mesi alla risoluzione del contratto e la definitiva fuoriuscita dal sistema socio-sanitario lombardo.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Art. 21</b> <b>(Finanziamento del servizio socio-sanitario lombardo)</b></p> <p><i>1. Il finanziamento del servizio socio sanitario lombardo è assicurato mediante:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>a) le quote delle disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale destinate ai sensi della normativa nazionale vigente;</i></li><li><i>b) le entrate derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale ed internazionale;</i></li><li><i>c) le quote di compartecipazione del cittadino al costo delle prestazioni, comprese le eventuali graduazioni in funzione reddituale e fino alla data della sua eliminazione con Legge Regionale susseguente ad una maggiore e sufficiente disponibilità regionale del gettito fiscale lombardo;</i></li><li><i>d) le altre entrate dirette delle ATS e delle ASST, compresi i redditi da patrimonio ed i proventi derivati dalle alienazioni di parte del medesimo;</i></li><li><i>e) gli eventuali apporti aggiuntivi posti a carico del bilancio regionale;</i></li><li><i>f) i trasferimenti alla Regione per il finanziamento di spese in conto capitale, nonché gli eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale;</i></li><li><i>g) le entrate spettanti per le attività libero-professionali intramurarie;</i></li><li><i>h) le entrate derivanti dalle attività di polizia amministrativa;</i></li><li><i>i) le eventuali entrate derivanti da convenzioni o collaborazioni con Soggetti pubblici o privati derivanti da accordi o contratti specifici;</i></li><li><i>j) una quota dei proventi delle sperimentazioni da lasciare a bilancio delle ASST per gli studi no profit;</i></li><li><i>l) gli introiti per ogni altra prestazione erogata dalle ATS e delle ASST a favore di persone fisiche o giuridiche, pubbliche o private.</i></li></ul> <p><i>2. Le risorse di cui al comma 1 sono destinate al finanziamento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>a) dei Livelli Essenziali di Assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale;</i></li><li><i>b) degli investimenti finalizzati alla realizzazione, all'acquisizione ed</i></li></ul>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 21</b> <b>(Finanziamento del servizio socio-sanitario lombardo)</b></p> <p><i>1. Il finanziamento del servizio socio sanitario lombardo è assicurato mediante:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>a) le quote delle disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale destinate ai sensi della normativa nazionale vigente;</i></li><li><i>b) le entrate derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale ed internazionale;</i></li><li><i>c) le quote di compartecipazione del cittadino al costo delle prestazioni, comprese le eventuali graduazioni in funzione reddituale e fino alla data della sua eliminazione con Legge Regionale susseguente ad una maggiore e sufficiente disponibilità regionale del gettito fiscale lombardo;</i></li><li><i>d) le altre entrate dirette delle ATS e delle ASST, compresi i redditi da patrimonio ed i proventi derivati dalle alienazioni di parte del medesimo;</i></li><li><i>e) gli eventuali apporti aggiuntivi posti a carico del bilancio regionale;</i></li><li><i>f) i trasferimenti alla Regione per il finanziamento di spese in conto capitale, nonché gli eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale;</i></li><li><i>g) le entrate spettanti per le attività libero-professionali intramurarie;</i></li><li><i>h) le entrate derivanti dalle attività di polizia amministrativa;</i></li><li><i>i) le eventuali entrate derivanti da convenzioni o collaborazioni con Soggetti pubblici o privati derivanti da accordi o contratti specifici;</i></li><li><i>j) una quota dei proventi delle sperimentazioni da lasciare a bilancio delle ASST per gli studi no profit;</i></li><li><i>l) gli introiti per ogni altra prestazione erogata dalle ATS e delle ASST a favore di persone fisiche o giuridiche, pubbliche o private.</i></li></ul> <p><i>2. Le risorse di cui al comma 1 sono destinate al finanziamento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>a) dei Livelli Essenziali di Assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale;</i></li><li><i>b) degli investimenti finalizzati alla realizzazione, all'acquisizione ed</i></li></ul>



*all'ammodernamento di strutture, infrastrutture e attrezzature di servizio, alla salvaguardia ed all'incremento del patrimonio.*

*3. La Giunta regionale assegna annualmente all'ATS il finanziamento. L'ATS ripartirà il finanziamento tra le ASST in base alle esigenze organizzative e alle funzioni gestionali delegate nonché per il pagamento delle prestazioni e delle attività di presa in carico acquistate per i propri assistiti da tutti i soggetti erogatori accreditati ed a contratto pubblici e privati*

*all'ammodernamento di strutture, infrastrutture e attrezzature di servizio, alla salvaguardia ed all'incremento del patrimonio.*

*3. La Giunta regionale assegna annualmente all'ATS il finanziamento. L'ATS ripartirà il finanziamento tra le ASST in base alle esigenze organizzative e alle funzioni gestionali delegate nonché per il pagamento delle prestazioni e delle attività di presa in carico acquistate per i propri assistiti da tutti i soggetti erogatori accreditati ed a contratto pubblici e privati*

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

*1. La conferenza dei sindaci, composta da tutti i sindaci dei comuni che fanno parte dell'ambito territoriale di ciascuna ATS:*

- a) concorre alla formulazione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica territoriale dell'attività sociosanitaria;*
- b) verifica lo stato di attuazione dei programmi e dei progetti in capo all'ATS, trasmettendo le proposte e le valutazioni alla Regione;*
- c) promuove l'integrazione, anche attraverso organismi integrati con i comuni, dell'insieme di funzioni e prestazioni dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale.*

*2. L'assemblea dei sindaci, istituita a livello distrettuale e composta da tutti i sindaci dei comuni compresi nel territorio del distretto, o una sua rappresentanza autonomamente determinata svolge le funzioni del comitato dei sindaci di distretto previsto dall'articolo 3-quater del d.lgs. 502/1992, formula proposte e pareri alla conferenza dei sindaci in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sociosanitari ed esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie. Per l'ATS sperimentale della montagna è possibile prevedere un'articolazione dell'assemblea conforme alle caratteristiche orografiche dei territori.*

*3. Per l'esercizio delle sue funzioni la conferenza dei sindaci si avvale del*

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

*1. La conferenza dei sindaci, composta da tutti i sindaci dei comuni che fanno parte dell'ambito territoriale di ciascuna ATS:*

- a) concorre alla formulazione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica territoriale dell'attività sociosanitaria;*
- b) verifica lo stato di attuazione dei programmi e dei progetti in capo all'ATS, trasmettendo le proposte e le valutazioni alla Regione;*
- c) promuove l'integrazione, anche attraverso organismi integrati con i comuni, dell'insieme di funzioni e prestazioni dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale.*

*2. L'assemblea dei sindaci, istituita a livello distrettuale e composta da tutti i sindaci dei comuni compresi nel territorio del distretto, o una sua rappresentanza autonomamente determinata svolge le funzioni del comitato dei sindaci di distretto previsto dall'articolo 3-quater del d.lgs. 502/1992, formula proposte e pareri alla conferenza dei sindaci in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sociosanitari ed esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie. Per l'ATS sperimentale della montagna è possibile prevedere un'articolazione dell'assemblea conforme alle caratteristiche orografiche dei territori.*

*3. Per l'esercizio delle sue funzioni la conferenza dei sindaci si avvale del consiglio*



consiglio di rappresentanza dei sindaci eletto dalla conferenza stessa.

4. Il funzionamento dell'assemblea dei sindaci e del consiglio di rappresentanza dei sindaci è disciplinato con delibera della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente.

di rappresentanza dei sindaci eletto dalla conferenza stessa.

4. Il funzionamento dell'assemblea dei sindaci e del consiglio di rappresentanza dei sindaci è disciplinato con delibera della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente.

#### Art. 23

##### (Diritti di partecipazione dei cittadini)

1. Le unità d'offerta si dotano di strutture e strumenti finalizzati alla costante verifica della qualità delle prestazioni, al potenziamento delle iniziative volte alla umanizzazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, al mantenimento di corrette relazioni con il pubblico e con le rappresentanze dei soggetti del terzo settore.

2. Nella carta dei servizi sono definite le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini, nonché i criteri per l'accesso alle prestazioni, le modalità di erogazione delle stesse e le modalità di valutazione da parte degli utenti o delle associazioni che li rappresentano.

3. L'ATS e le aziende sono tenute a istituire un ufficio di pubblica tutela (UPT) retto da persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario, e un ufficio per le relazioni con il pubblico (URP) affidato a personale dipendente. La funzione del responsabile dell'UPT ha natura di servizio onorario. Il direttore generale delle aziende pubbliche provvede a regolare l'attività dell'URP e garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente dell'UPT.

4. L'UPT verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità d'offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste nella carta dei servizi.

5. E' costituita, nell'ambito delle direzioni generali competenti, una struttura organizzativa di pubblica tutela aperta al pubblico con il compito di verificare che le aziende assicurino il libero accesso alle prestazioni da parte dei cittadini.

6. L'ATS, nell'ambito della propria organizzazione, in accordo con la conferenza dei sindaci, individua una struttura finalizzata a promuovere e favorire gli strumenti di tutela delle persone incapaci e l'amministrazione di sostegno.

7. La Giunta regionale approva le linee guida relative alla organizzazione e al funzionamento degli UPT, prevedendo forme di coordinamento tra questi e gli uffici dei difensori civici degli enti locali e della Regione.

#### Art. 23

##### (Diritti di partecipazione dei cittadini)

1. Le unità d'offerta si dotano di strutture e strumenti finalizzati alla costante verifica della qualità delle prestazioni, al potenziamento delle iniziative volte alla umanizzazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, al mantenimento di corrette relazioni con il pubblico e con le rappresentanze dei soggetti del terzo settore.

2. Nella carta dei servizi sono definite le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini, nonché i criteri per l'accesso alle prestazioni, le modalità di erogazione delle stesse e le modalità di valutazione da parte degli utenti o delle associazioni che li rappresentano.

3. L'ATS e le aziende sono tenute a istituire un ufficio di pubblica tutela (UPT) retto da persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario, e un ufficio per le relazioni con il pubblico (URP) affidato a personale dipendente. La funzione del responsabile dell'UPT ha natura di servizio onorario. Il direttore generale delle aziende pubbliche provvede a regolare l'attività dell'URP e garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente dell'UPT.

4. L'UPT verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità d'offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste nella carta dei servizi.

5. E' costituita, nell'ambito delle direzioni generali competenti, una struttura organizzativa di pubblica tutela aperta al pubblico con il compito di verificare che le aziende assicurino il libero accesso alle prestazioni da parte dei cittadini.

6. L'ATS, nell'ambito della propria organizzazione, in accordo con la conferenza dei sindaci, individua una struttura finalizzata a promuovere e favorire gli strumenti di tutela delle persone incapaci e l'amministrazione di sostegno.

7. La Giunta regionale approva le linee guida relative alla organizzazione e al funzionamento degli UPT, prevedendo forme di coordinamento tra questi e gli uffici dei difensori civici degli enti locali e della Regione.

**Art. 24**

**(Sistema informativo e contabile)**

*1. La Giunta regionale emana direttive per uniformare i sistemi di rilevazione delle informazioni necessarie per il governo del sistema, nonché dei dati economico-finanziari delle aziende, definendo gli schemi di classificazione secondo le normative comunitarie e nazionali in materia. L'ATS e le aziende si dotano di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle proprie attività sotto il profilo della efficacia e della efficienza; forniscono, inoltre, ogni rappresentazione delle dinamiche aziendali, anche al fine di soddisfare il debito informativo verso la Regione e ogni altra istituzione che ne abbia titolo. Il mancato assolvimento del debito informativo può comportare la cessazione della remunerazione, anche a titolo di acconto, corrisposta dall'ATS ai soggetti erogatori o dalla Regione all'ATS.*

*2. Al fine di dotare la Regione di strumenti adeguati alla realizzazione di un efficace monitoraggio della spesa sanitaria regionale, dando separata evidenza alla spesa del personale, in relazione alla responsabilità assunta con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e agli adempimenti previsti dall'articolo 2, comma 4, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la Giunta regionale definisce il debito informativo relativo al personale delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate. Il flusso informativo sul personale è strutturato in modo da acquisire informazioni dettagliate per singolo dipendente, tramite integrazione tra i sistemi informativi delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate che gestiscono i trattamenti giuridici ed economici del personale, osservando modalità di acquisizione e trattamento dei dati che tutelino la riservatezza, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).*

*3. L'esercizio dell'ATS e delle aziende coincide con l'anno solare. Ogni ente adotta il bilancio di esercizio, il bilancio preventivo economico annuale, il bilancio pluriennale di previsione e le seguenti scritture obbligatorie:*

- a) libro delle deliberazioni del direttore generale;*
- b) libro delle adunanze del collegio sindacale;*
- c) libro giornale;*
- d) libro degli inventari;*
- e) libro dei cespiti ammortizzabili;*

**Art. 24**

**(Sistema informativo e contabile)**

*1. La Giunta regionale emana direttive per uniformare i sistemi di rilevazione delle informazioni necessarie per il governo del sistema, nonché dei dati economico-finanziari delle aziende, definendo gli schemi di classificazione secondo le normative comunitarie e nazionali in materia. L'ATS e le aziende si dotano di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle proprie attività sotto il profilo della efficacia e della efficienza; forniscono, inoltre, ogni rappresentazione delle dinamiche aziendali, anche al fine di soddisfare il debito informativo verso la Regione e ogni altra istituzione che ne abbia titolo. Il mancato assolvimento del debito informativo può comportare la cessazione della remunerazione, anche a titolo di acconto, corrisposta dall'ATS ai soggetti erogatori o dalla Regione all'ATS.*

*2. Al fine di dotare la Regione di strumenti adeguati alla realizzazione di un efficace monitoraggio della spesa sanitaria regionale, dando separata evidenza alla spesa del personale, in relazione alla responsabilità assunta con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e agli adempimenti previsti dall'articolo 2, comma 4, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la Giunta regionale definisce il debito informativo relativo al personale delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate. Il flusso informativo sul personale è strutturato in modo da acquisire informazioni dettagliate per singolo dipendente, tramite integrazione tra i sistemi informativi delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate che gestiscono i trattamenti giuridici ed economici del personale, osservando modalità di acquisizione e trattamento dei dati che tutelino la riservatezza, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).*

*3. L'esercizio dell'ATS e delle aziende coincide con l'anno solare. Ogni ente adotta il bilancio di esercizio, il bilancio preventivo economico annuale, il bilancio pluriennale di previsione e le seguenti scritture obbligatorie:*

- a) libro delle deliberazioni del direttore generale;*
- b) libro delle adunanze del collegio sindacale;*
- c) libro giornale;*
- d) libro degli inventari;*
- e) libro dei cespiti ammortizzabili;*

f) repertorio dei contratti.

4. È inoltre obbligatorio contabilizzare separatamente i costi, i ricavi e i proventi derivanti da:

a) attività sociali e sociosanitarie;

b) attività libero-professionali intramurarie;

c) accordi con le università per le attività diverse da quelle assistenziali.

5. Il direttore generale redige il bilancio d'esercizio costituito dallo stato patrimoniale, dal conto economico e dalla nota integrativa, predisposti sulla base di schemi adottati dalla Giunta regionale in conformità a quanto previsto dal decreto interministeriale 20 ottobre 1994 (Schema di bilancio delle aziende sanitarie e ospedaliere). Al bilancio di esercizio è allegata una nota per l'evidenziazione delle spese del personale. Il bilancio d'esercizio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda, nonché il risultato economico dell'esercizio. Al bilancio d'esercizio si applicano le disposizioni di cui agli articoli 2423 e 2423-bis del codice civile. Gli utili costituiti dal risparmio prodotto dalla gestione dell'azienda sono accantonati ad una riserva del patrimonio netto da utilizzare prioritariamente per i ripiani di perdite d'esercizio precedenti e, successivamente, a discrezione dell'azienda, per investimenti e incentivi al personale. Il direttore generale è tenuto altresì ad adempiere a quanto prescritto dall'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468 (Riforma di alcune norme di contabilità generale dello Stato in materia di bilancio).

6. Il bilancio annuale di esercizio dell'ATS e delle aziende è deliberato dal direttore generale e le ATS ne inviano copia alla conferenza dei sindaci. Entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di competenza, copia del bilancio è depositata presso i competenti uffici regionali e lo stesso è reso pubblico.

7. Il bilancio preventivo economico annuale fornisce la rappresentazione del previsto risultato economico complessivo dell'azienda sanitaria per l'anno considerato, determinato dalla contrapposizione dei ricavi, dei proventi e dei costi di esercizio previsti, nonché dalle variazioni dello stato patrimoniale. Il bilancio pluriennale è elaborato con riferimento al piano pluriennale e agli altri strumenti della programmazione adottati dalle aziende e ne rappresenta l'attuazione in termini economici, finanziari e patrimoniali nell'arco considerato. Il suo contenuto è articolato per anno ed è annualmente aggiornato per scorrimento.

8. Il bilancio pluriennale e il bilancio economico preventivo sono deliberati dal

f) repertorio dei contratti.

4. È inoltre obbligatorio contabilizzare separatamente i costi, i ricavi e i proventi derivanti da:

a) attività sociali e sociosanitarie;

b) attività libero-professionali intramurarie;

c) accordi con le università per le attività diverse da quelle assistenziali.

5. Il direttore generale redige il bilancio d'esercizio costituito dallo stato patrimoniale, dal conto economico e dalla nota integrativa, predisposti sulla base di schemi adottati dalla Giunta regionale in conformità a quanto previsto dal decreto interministeriale 20 ottobre 1994 (Schema di bilancio delle aziende sanitarie e ospedaliere). Al bilancio di esercizio è allegata una nota per l'evidenziazione delle spese del personale. Il bilancio d'esercizio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda, nonché il risultato economico dell'esercizio. Al bilancio d'esercizio si applicano le disposizioni di cui agli articoli 2423 e 2423-bis del codice civile. Gli utili costituiti dal risparmio prodotto dalla gestione dell'azienda sono accantonati ad una riserva del patrimonio netto da utilizzare prioritariamente per i ripiani di perdite d'esercizio precedenti e, successivamente, a discrezione dell'azienda, per investimenti e incentivi al personale. Il direttore generale è tenuto altresì ad adempiere a quanto prescritto dall'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468 (Riforma di alcune norme di contabilità generale dello Stato in materia di bilancio).

6. Il bilancio annuale di esercizio dell'ATS e delle aziende è deliberato dal direttore generale e le ATS ne inviano copia alla conferenza dei sindaci. Entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di competenza, copia del bilancio è depositata presso i competenti uffici regionali e lo stesso è reso pubblico. **La conferenza dei Sindaci può in qualsiasi momento consultare telematicamente la progressione del bilancio al fine di poter acquisire indirizzi utili per il potenziamento dei servizi socio-assistenziali sul Territorio.**

7. Il bilancio preventivo economico annuale fornisce la rappresentazione del previsto risultato economico complessivo dell'azienda sanitaria per l'anno considerato, determinato dalla contrapposizione dei ricavi, dei proventi e dei costi di esercizio previsti, nonché dalle variazioni dello stato patrimoniale. Il bilancio pluriennale è elaborato con riferimento al piano pluriennale e agli altri strumenti della

*direttore generale entro il 30 novembre di ciascun anno e trasmessi, entro dieci giorni, alla Giunta regionale e, relativamente alle ATS, alla conferenza dei sindaci; entro tale ultima data è altresì approvato, con le stesse procedure, il bilancio di previsione per le attività sociosanitarie.*

*9. I direttori generali dell'ATS e delle aziende assicurano il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione e il rispetto degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico, coerenti e conseguenti con il piano strategico e di organizzazione aziendale e con le linee di indirizzo approvate dalla Giunta regionale per l'anno di riferimento, ai sensi dell'articolo 3 del d.l. 347/2001, convertito dalla l. 405/2001.*

*10. Ai fini di cui al comma 9, i direttori generali dell'ATS e delle aziende sono tenuti a presentare alle direzioni generali competenti in materia sanitaria e sociosanitaria, ogni tre mesi, una certificazione, corredata del parere del collegio sindacale, in ordine alla coerenza della complessiva attività gestionale con gli impegni di equilibrio assunti nel bilancio preventivo economico e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari. In caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio complessivo e di mancato rispetto degli obiettivi, i direttori generali sono tenuti contestualmente a presentare un piano, corredata del parere del collegio sindacale, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati è assicurata, pena la decadenza automatica dall'incarico del direttore generale, entro il 30 settembre, qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata alla fine del primo o del secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre.*

*11. Se per esigenze straordinarie è necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste e incompatibili con gli impegni di equilibrio, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione, secondo i limiti e le modalità definiti dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili e urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali le aziende danno comunicazione alla Giunta regionale entro quindici giorni.*

*12. La decadenza automatica di cui all'articolo 52, comma 4, lettera d), della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)) opera nei seguenti casi:*

*a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale di cui al*

*programmazione adottati dalle aziende e ne rappresenta l'attuazione in termini economici, finanziari e patrimoniali nell'arco considerato. Il suo contenuto è articolato per anno ed è annualmente aggiornato per scorrimento.*

*8. Il bilancio pluriennale e il bilancio economico preventivo sono deliberati dal direttore generale entro il 30 novembre di ciascun anno e trasmessi, entro dieci giorni, alla Giunta regionale e, relativamente alle ATS, alla conferenza dei sindaci; entro tale ultima data è altresì approvato, con le stesse procedure, il bilancio di previsione per le attività sociosanitarie. **Entro i tre mesi prima della scadenza del 30 novembre la Conferenza dei Sindaci deve essere sentita per raccogliere lo stato dell'arte dei servizi socio-assistenziali del Territorio al fine di pianificare interventi e risorse.***

*9. I direttori generali dell'ATS e delle aziende assicurano il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione e il rispetto degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico, coerenti e conseguenti con il piano strategico e di organizzazione aziendale e con le linee di indirizzo approvate dalla Giunta regionale per l'anno di riferimento, ai sensi dell'articolo 3 del d.l. 347/2001, convertito dalla l. 405/2001.*

*10. Ai fini di cui al comma 9, i direttori generali dell'ATS e delle aziende sono tenuti a presentare alle direzioni generali competenti in materia sanitaria e sociosanitaria, ogni tre mesi, una certificazione, corredata del parere del collegio sindacale, in ordine alla coerenza della complessiva attività gestionale con gli impegni di equilibrio assunti nel bilancio preventivo economico e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari. In caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio complessivo e di mancato rispetto degli obiettivi, i direttori generali sono tenuti contestualmente a presentare un piano, corredata del parere del collegio sindacale, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati è assicurata, pena la decadenza automatica dall'incarico del direttore generale, entro il 30 settembre, qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata alla fine del primo o del secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre.*

*11. Se per esigenze straordinarie è necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste e incompatibili con gli impegni di equilibrio, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione, secondo i limiti e le modalità definiti dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili e urgenti e i casi*

comma 10 nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;  
b) mancata presentazione del piano di cui al comma 10 nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;  
c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre.

**13.** In attuazione dell'articolo 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)), le disposizioni di cui ai commi 9, 10, 11 e 12 si applicano anche agli IRCCS non trasformati in fondazioni ai sensi del d.lgs. 288/2003.

**14.** La Giunta regionale definisce gli indicatori in base ai quali dichiarare lo stato di dissesto dell'ATS e delle aziende. In caso di dissesto dichiarato con provvedimento della Giunta regionale, il direttore generale decade dall'incarico e il suo rapporto contrattuale è risolto di diritto; al suo posto la Giunta regionale nomina, secondo le modalità di cui all'articolo 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512 (Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali), convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, un altro direttore generale con il compito di adottare, entro novanta giorni dalla nomina, un piano di rientro, di durata massima triennale, comprensivo del piano finanziario e del piano di riorganizzazione e ristrutturazione dei servizi, da proporre alla Giunta regionale per l'approvazione. La gestione del piano è affidata allo stesso direttore generale.

**15.** La Giunta regionale organizza il sistema informativo anche al fine di dare attuazione all'articolo 10 del d.lgs. 502/1992 e, in particolare, di fornire gli elementi conoscitivi necessari per rendere sistematiche la verifica e la revisione della qualità e della quantità delle prestazioni e per valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi sanitari. Il sistema informativo sociosanitario (SISS), articolato a livello regionale e locale, assicura i flussi informativi verso il Ministero competente in materia di sanità, l'ISTAT e gli altri istituti centrali ed è organizzato dalla Giunta regionale secondo i seguenti criteri:

- a) costituire il centro di coordinamento operativo delle unità periferiche confluenti nel sistema informativo locale;
- b) raccogliere le informazioni derivanti da tali unità, elaborarne la sintesi in forma omogenea e curarne la trasmissione ai settori competenti;
- c) operare in stretto coordinamento con l'osservatorio epidemiologico regionale di cui all'articolo 23, quale fonte dei dati che l'osservatorio elabora e utilizza per adempiere

in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali le aziende danno comunicazione alla Giunta regionale entro quindici giorni.

**12.** La decadenza automatica di cui all'articolo 52, comma 4, lettera d), della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)) opera nei seguenti casi:

- a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale di cui al comma 10 nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;
- b) mancata presentazione del piano di cui al comma 10 nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;
- c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre.

**13.** In attuazione dell'articolo 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)), le disposizioni di cui ai commi 9, 10, 11 e 12 si applicano anche agli IRCCS non trasformati in fondazioni ai sensi del d.lgs. 288/2003.

**14.** La Giunta regionale definisce gli indicatori in base ai quali dichiarare lo stato di dissesto dell'ATS e delle aziende. In caso di dissesto dichiarato con provvedimento della Giunta regionale, il direttore generale decade dall'incarico e il suo rapporto contrattuale è risolto di diritto; al suo posto la Giunta regionale nomina, secondo le modalità di cui all'articolo 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512 (Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali), convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, un altro direttore generale con il compito di adottare, entro novanta giorni dalla nomina, un piano di rientro, di durata massima triennale, comprensivo del piano finanziario e del piano di riorganizzazione e ristrutturazione dei servizi, da proporre alla Giunta regionale per l'approvazione. La gestione del piano è affidata allo stesso direttore generale.

**15.** La Giunta regionale organizza il sistema informativo anche al fine di dare attuazione all'articolo 10 del d.lgs. 502/1992 e, in particolare, di fornire gli elementi conoscitivi necessari per rendere sistematiche la verifica e la revisione della qualità e della quantità delle prestazioni e per valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi sanitari. Il sistema informativo sociosanitario (SISS), articolato a livello regionale e locale, assicura i flussi informativi verso il Ministero competente in materia di sanità, l'ISTAT e gli altri istituti centrali ed è organizzato dalla Giunta regionale secondo i seguenti criteri:



<p>alle proprie funzioni; d) rendere tempestiva la diffusione di informazioni di carattere scientifico e sanitario provenienti da fonti nazionali e comunitarie.</p>	<p>a) costituire il centro di coordinamento operativo delle unità periferiche confluenti nel sistema informativo locale; b) raccogliere le informazioni derivanti da tali unità, elaborarne la sintesi in forma omogenea e curarne la trasmissione ai settori competenti; c) operare in stretto coordinamento con l'osservatorio epidemiologico regionale di cui all'articolo 23, quale fonte dei dati che l'osservatorio elabora e utilizza per adempiere alle proprie funzioni; d) rendere tempestiva la diffusione di informazioni di carattere scientifico e sanitario provenienti da fonti nazionali e comunitarie.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Art. 25</b> <b>(Carta regionale dei servizi)</b></p> <p>1. La carta regionale dei servizi (CRS), strumento di accesso al sistema informativo sociosanitario, sostituisce, a far data dalla sua emissione, la tessera sanitaria. Al fine di dare attuazione alle disposizioni nazionali in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prestazioni, gli erogatori di prestazioni sociosanitarie a carico del servizio sanitario regionale, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti, sono tenuti ad aderire al sistema informativo sociosanitario utilizzando la piattaforma tecnologica e i servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari, in modo da poter realizzare il fascicolo sanitario elettronico. La mancata adesione al sistema informativo sociosanitario da parte dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei farmacisti integra la grave infrazione prevista e sanzionata dai vigenti accordi nazionali di categoria.</p> <p>2. La Giunta regionale adotta le necessarie indicazioni operative e definisce le misure conseguenti, nel rispetto di quanto previsto dal d.lgs. 196/2003 e dal regolamento regionale 18 luglio 2006, n. 9 (Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia).</p>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 25</b> <b>(Carta regionale dei servizi)</b></p> <p>1. La carta regionale dei servizi (CRS), strumento di accesso al sistema informativo sociosanitario, sostituisce, a far data dalla sua emissione, la tessera sanitaria. Al fine di dare attuazione alle disposizioni nazionali in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prestazioni, gli erogatori di prestazioni sociosanitarie a carico del servizio sanitario regionale, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti <b>e i professionisti sanitari operanti sul territorio e i Servizi Socio-Assistenziali dei Comuni</b>, sono tenuti ad aderire al sistema informativo sociosanitario utilizzando la piattaforma tecnologica e i servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari, in modo da poter realizzare il fascicolo sanitario elettronico. La mancata adesione al sistema informativo sociosanitario da parte <b>dei professionisti coinvolti</b>, <del>dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei farmacisti</del> integra la grave infrazione prevista e sanzionata dai vigenti accordi nazionali di categoria.</p> <p>2. La Giunta regionale adotta le necessarie indicazioni operative e definisce le misure conseguenti, nel rispetto di quanto previsto dal d.lgs. 196/2003 e dal regolamento regionale 18 luglio 2006, n. 9 (Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia).</p>
<p style="text-align: center;"><b>Art. 26</b> <b>(Osservatorio epidemiologico regionale)</b></p> <p>1. Nell'ambito della competente direzione generale della Giunta regionale è costituito</p>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 26</b> <b>(Osservatorio epidemiologico regionale)</b></p> <p>1. Nell'ambito della competente direzione generale della Giunta regionale è costituito</p>

<p><i>L'osservatorio epidemiologico regionale con il compito di:</i></p> <p><i>a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del servizio sanitario, di opportuni strumenti di osservazione epidemiologica secondo una metodologia di rilevazione programmata al fine di produrre statistiche sanitarie omogenee;</i></p> <p><i>b) raccogliere dai vari livelli del servizio sanitario dati che riguardino lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione;</i></p> <p><i>c) elaborare i dati provenienti dalle aziende sanitarie al fine di produrre statistiche sanitarie correnti;</i></p> <p><i>d) fornire tutte le informazioni di supporto necessarie alle diverse direzioni generali della Giunta regionale per l'attuazione delle attività di programmazione sanitaria, di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza in materia sanitaria, di controllo di qualità delle prestazioni sanitarie;</i></p> <p><i>e) acquisire informazioni di interesse epidemiologico da fonti internazionali, nazionali e regionali;</i></p> <p><i>f) identificare i fattori responsabili della patogenesi delle malattie e individuare le condizioni individuali e ambientali che predispongono all'insorgenza di malattie;</i></p> <p><i>g) programmare e attuare indagini volte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario e a migliorare gli interventi sanitari;</i></p> <p><i>h) assicurare il ritorno delle informazioni raccolte ed elaborate agli operatori delle aziende sanitarie, nonché la diffusione ai cittadini, per quanto di interesse pubblico.</i></p> <p><i>2. L'osservatorio di cui al comma 1 attiva collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni e con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto superiore di sanità.</i></p>	<p><i>L'osservatorio epidemiologico regionale con il compito di:</i></p> <p><i>a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del servizio sanitario, di opportuni strumenti di osservazione epidemiologica secondo una metodologia di rilevazione programmata al fine di produrre statistiche sanitarie omogenee;</i></p> <p><i>b) raccogliere dai vari livelli del servizio sanitario dati che riguardino lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione;</i></p> <p><i>c) elaborare i dati provenienti dalle aziende sanitarie al fine di produrre statistiche sanitarie correnti;</i></p> <p><i>d) fornire tutte le informazioni di supporto necessarie alle diverse direzioni generali della Giunta regionale per l'attuazione delle attività di programmazione sanitaria, di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza in materia sanitaria, di controllo di qualità delle prestazioni sanitarie;</i></p> <p><i>e) acquisire informazioni di interesse epidemiologico da fonti internazionali, nazionali e regionali;</i></p> <p><i>f) identificare i fattori responsabili della patogenesi delle malattie e individuare le condizioni individuali e ambientali che predispongono all'insorgenza di malattie;</i></p> <p><i>g) programmare e attuare indagini volte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario e a migliorare gli interventi sanitari;</i></p> <p><i>h) assicurare il ritorno delle informazioni raccolte ed elaborate agli operatori delle aziende sanitarie, nonché la diffusione ai cittadini, per quanto di interesse pubblico.</i></p> <p><i>2. L'osservatorio di cui al comma 1 attiva collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni e con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto superiore di sanità.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Art. 27</b></p> <p style="text-align: center;"><b>(Contributi a favore dei soggetti non profit operanti in ambito sanitario)</b></p> <p><i>1. E' autorizzata l'erogazione di contributi a favore dei soggetti privati che, alla data del 31 marzo 2007, operano da statuto senza fini di lucro, non sono controllati da società con fini di lucro e svolgono attività di ricovero e cura in regime di accreditamento a contratto, con oneri a carico del servizio sanitario regionale, in strutture ospedaliere ubicate in Lombardia.</i></p> <p><i>2. I contributi di cui al comma 1 sono utilizzati per la realizzazione di progetti finalizzati a miglioramenti organizzativi, strutturali e tecnologici in coerenza con gli</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 27</b></p> <p style="text-align: center;"><b>(Contributi a favore dei soggetti non profit operanti in ambito sanitario)</b></p> <p><i>1. E' autorizzata l'erogazione di contributi a favore dei soggetti privati che, alla data del 31 marzo 2007, operano da statuto senza fini di lucro, non sono controllati da società con fini di lucro e svolgono attività di ricovero e cura in regime di accreditamento a contratto, con oneri a carico del servizio sanitario regionale, in strutture ospedaliere ubicate in Lombardia.</i></p> <p><i>2. I contributi di cui al comma 1 sono utilizzati per la realizzazione di progetti</i></p>



indirizzi del piano sociosanitario regionale e non possono superare il quindici per cento delle risorse riconosciute ai soggetti di cui al comma 1 dal servizio sanitario regionale per gli assistiti lombardi per l'anno di riferimento. In ogni caso l'entità del contributo non deve eccedere i costi ammissibili correlati agli oneri del servizio pubblico.

3. Se il soggetto non profit controlla società con fini di lucro, il contributo è calcolato sulle risorse di cui al comma 2, al netto del fatturato annuo delle società controllate verso il soggetto non profit controllante.

4. L'ammontare dei contributi è fissato in ragione della qualità, complessità e onerosità dei progetti presentati, tenuto conto delle azioni programmate di continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

5. La Giunta regionale, sentite le commissioni consiliari competenti, definisce i parametri di carattere economico-finanziario e clinico-organizzativo, oltre che la corrispondenza agli obiettivi programmatici sociosanitari regionali in base ai quali la direzione generale competente procede alla valutazione e all'approvazione dei progetti, garantendo il monitoraggio costante dei costi con un'attenta analisi da effettuarsi nella fase iniziale di selezione, durante il loro iter realizzativo e alla loro conclusione.

6. Sulla base dei criteri di valutazione di cui al comma 4, la direzione generale competente procede alla selezione dei progetti ritenuti meritevoli di finanziamento e all'individuazione dell'ammontare dei contributi da assegnare a ciascun soggetto proponente.

7. La Giunta regionale informa la commissione consiliare competente dell'attuazione delle disposizioni del presente articolo e dei risultati ottenuti.

8. L'esecuzione dei provvedimenti attuativi previsti dal comma 5 concernenti misure qualificabili come aiuti di Stato è subordinata all'esito positivo dell'esame di compatibilità da parte della Commissione europea, ovvero al rispetto delle condizioni del servizio di interesse economico generale (SIEG).

finalizzati a miglioramenti organizzativi, strutturali e tecnologici in coerenza con gli indirizzi del piano sociosanitario regionale e non possono superare il quindici per cento delle risorse riconosciute ai soggetti di cui al comma 1 dal servizio sanitario regionale per gli assistiti lombardi per l'anno di riferimento. In ogni caso l'entità del contributo non deve eccedere i costi ammissibili correlati agli oneri del servizio pubblico.

3. Se il soggetto non profit controlla società con fini di lucro, il contributo è calcolato sulle risorse di cui al comma 2, al netto del fatturato annuo delle società controllate verso il soggetto non profit controllante.

4. L'ammontare dei contributi è fissato in ragione della qualità, complessità e onerosità dei progetti presentati, tenuto conto delle azioni programmate di continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

5. La Giunta regionale, sentite le commissioni consiliari competenti, definisce i parametri di carattere economico-finanziario e clinico-organizzativo, oltre che la corrispondenza agli obiettivi programmatici sociosanitari regionali in base ai quali la direzione generale competente procede alla valutazione e all'approvazione dei progetti, garantendo il monitoraggio costante dei costi con un'attenta analisi da effettuarsi nella fase iniziale di selezione, durante il loro iter realizzativo e alla loro conclusione.

6. Sulla base dei criteri di valutazione di cui al comma 4, la direzione generale competente procede alla selezione dei progetti ritenuti meritevoli di finanziamento e all'individuazione dell'ammontare dei contributi da assegnare a ciascun soggetto proponente.

7. La Giunta regionale informa la commissione consiliare competente dell'attuazione delle disposizioni del presente articolo e dei risultati ottenuti.

8. L'esecuzione dei provvedimenti attuativi previsti dal comma 5 concernenti misure qualificabili come aiuti di Stato è subordinata all'esito positivo dell'esame di compatibilità da parte della Commissione europea, ovvero al rispetto delle condizioni

	del servizio di interesse economico generale (SIEG).
<p style="text-align: center;"><b>Art. 28</b> <b>(Rapporti tra Regione ed Università ed altri Istituti di formazione)</b></p> <p><i>1. La Giunta regionale d'intesa con le università, definisce e implementa la rete regionale dell'assistenza, della formazione e della ricerca volta ad assicurare percorsi formativi adeguati sia in ambito assistenziale specialistico, sia in ambito territoriale e maggiormente orientato alla cura della cronicità al fine di:</i></p> <p><i>a) implementare il Sistema Socio Sanitario Lombardo e favorire l'attuazione del Piano Socio Sanitario Lombardo;</i></p> <p><i>b) garantire l'inscindibilità delle funzioni di Assistenza, Didattica e Ricerca;</i></p> <p><i>c) garantire l'apporto delle Università alla Programmazione Sanitaria Lombarda, attraverso un tavolo permanente di confronto.</i></p> <p><i>2. L'articolazione della rete di cui al comma 1 è costituita da:</i></p> <p><i>a) poli universitari, costituiti dall'insieme delle strutture sanitarie pubbliche e private, accreditate a contratto, in possesso delle dotazioni strutturali, organizzative e strumentali per garantire l'attivazione integrale dei singoli corsi di studio;</i></p> <p><i>b) le strutture di riferimento specialistico di cui all'art. 11;</i></p> <p><i>c) gli ospedali e le strutture territoriali collegate, non compresi nei poli universitari, ma coinvolti nella rete della formazione e della ricerca sulla base della collocazione territoriale, della specificità, della qualità, delle reali capacità di partecipazione e contribuzione agli obiettivi.</i></p> <p><i>3. Le strutture del SSL in cui viene svolta formazione universitaria, attività didattica e di ricerca collegata prevalentemente all'assistenza e alla gestione dei pazienti contribuiscono a qualificare l'ospedale o l'erogatore territoriale quale elemento di eccellenza all'interno del sistema sanitario e vengono definiti Ospedali d'insegnamento.</i></p> <p><i>4. La Regione stipula con le università un protocollo generale d'intesa finalizzato a disciplinare il rapporto tra le facoltà collegate alle professioni sanitarie e i soggetti di cui al comma precedente.</i></p> <p><i>5. Viene istituita una commissione paritetica costituita da rappresentanti dei rettori delle università lombarde sede di dipartimenti di medicina, dei direttori generali delle aziende e da rappresentanti della Regione incaricata di:</i></p> <p><i>a) condividere gli atti di programmazione regionale in relazione alle strutture e ai</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 28</b> <b>(Rapporti tra Regione ed Università ed altri Istituti di formazione)</b></p> <p><i>1. La Giunta regionale d'intesa con le università, definisce e implementa la rete regionale dell'assistenza, della formazione e della ricerca volta ad assicurare percorsi formativi adeguati sia in ambito assistenziale specialistico, sia in ambito territoriale e maggiormente orientato alla cura della cronicità al fine di:</i></p> <p><i>a) implementare il Sistema Socio Sanitario Lombardo e favorire l'attuazione del Piano Socio Sanitario Lombardo;</i></p> <p><i>b) garantire l'inscindibilità delle funzioni di Assistenza, Didattica e Ricerca;</i></p> <p><i>c) garantire l'apporto delle Università alla Programmazione Sanitaria Lombarda, attraverso un tavolo permanente di confronto.</i></p> <p><i>2. L'articolazione della rete di cui al comma 1 è costituita da:</i></p> <p><i>a) poli universitari, costituiti dall'insieme delle strutture sanitarie pubbliche e private, accreditate a contratto, in possesso delle dotazioni strutturali, organizzative e strumentali per garantire l'attivazione integrale dei singoli corsi di studio;</i></p> <p><i>b) le strutture di riferimento specialistico di cui all'art. 11;</i></p> <p><i>c) gli ospedali e le strutture territoriali collegate, non compresi nei poli universitari, ma coinvolti nella rete della formazione e della ricerca sulla base della collocazione territoriale, della specificità, della qualità, delle reali capacità di partecipazione e contribuzione agli obiettivi.</i></p> <p><i>3. Le strutture del SSL in cui viene svolta formazione universitaria, attività didattica e di ricerca collegata prevalentemente all'assistenza e alla gestione dei pazienti contribuiscono a qualificare l'ospedale o l'erogatore territoriale quale elemento di eccellenza all'interno del sistema sanitario e vengono definiti Ospedali d'insegnamento.</i></p> <p><i>4. La Regione stipula con le università un protocollo generale d'intesa finalizzato a disciplinare il rapporto tra le facoltà collegate alle professioni sanitarie e i soggetti di cui al comma precedente.</i></p>

servizi sanitari coinvolti nell'ambito della formazione sanitaria;

b) proporre il protocollo di cui al comma , nel quale venga disciplinata anche l'attribuzione della direzione di unità operative da parte di personale universitario

c) indicare le condizioni alle quali le strutture di cui al comma possono finanziare incarichi di ricercatore, professore associato od ordinario su autorizzazione della Giunta ed a fronte di progetti nei quali il contributo assegnato possa essere compensato da un contributo di personale universitario o di personale in formazione specialistica all'attività assistenziale

d) determinare il fabbisogno di medici nelle diverse ambiti specialistici e di medicina territoriale; individuando le priorità sulle quali concentrare le eventuali risorse aggiuntive regionali per il finanziamento di borse di specializzazione;

e) individuare i gradi di progressivo livello di autonomia del personale in formazione specialistica nell'attività assistenziale, anche ai fini della determinazione dei fabbisogni di personale;

f) proporre modifiche e aggiornamenti al protocollo di cui al comma 3;

g) valutare progetti di collaborazione fra università, IRCCS ed aziende sanitarie; proporre modifiche agli assetti della rete di formazione in funzione dei bisogni formativi.

6. L'attuazione del protocollo di cui al comma 3 è realizzata, sulla base di schemi concordati tra Regione ed università, mediante apposite convenzioni stipulate dalle singole università con ciascuna delle strutture sanitarie rientranti nella rete della formazione. Verrà in particolare ridefinita la rete formativa rispetto all'area della medicina generale.

7. In considerazione della strategicità della formazione specifica, Regione Lombardia incentiva la formazione degli Operatori Sanitari, per i quali non è prevista una specializzazione accademica, anche attraverso specifici Istituti di Formazione, a partire dalla Scuola per Medici di Medicina Generale, prevedendo forme di agevolazione ed incentivazione per i discenti.

8. Gli Operatori del Sistema Socio Sanitario Regionale collaborano attivamente con le Università e gli altri Istituti di Formazione, nelle forme ritenute più opportune, finanche alla contrattualizzazione universitaria in convenzione, alla realizzazione della didattica e della ricerca applicata.

9. Ai fini di una corretta applicazione delle convenzioni tra Regione ed Università ed altri Istituti di Formazione e per la definizione dei fabbisogni formativi, è istituito uno

5. Viene istituita una commissione paritetica costituita da rappresentanti dei rettori delle università lombarde sede di dipartimenti di medicina, dei direttori generali delle aziende, **dai rappresentanti di Ordini, Collegi e associazioni professionali maggiormente rappresentative ai sensi della Legge 251/2000** e da rappresentanti della Regione incaricata di:

a) condividere gli atti di programmazione regionale in relazione alle strutture e ai servizi sanitari coinvolti nell'ambito della formazione sanitaria;

b) proporre il protocollo di cui al comma , nel quale venga disciplinata anche l'attribuzione della direzione di unità operative da parte di personale universitario

c) indicare le condizioni alle quali le strutture di cui al comma possono finanziare incarichi di ricercatore, professore associato od ordinario su autorizzazione della Giunta ed a fronte di progetti nei quali il contributo assegnato possa essere compensato da un contributo di personale universitario o di personale in formazione specialistica all'attività assistenziale

d) determinare il fabbisogno di medici nelle diverse ambiti specialistici e di medicina territoriale **e delle professioni sanitarie**, individuando le priorità sulle quali concentrare le eventuali risorse aggiuntive regionali per il finanziamento di borse di specializzazione;

e) individuare i gradi di progressivo livello di autonomia del personale in formazione specialistica nell'attività assistenziale, anche ai fini della determinazione dei fabbisogni di personale;

f) proporre modifiche e aggiornamenti al protocollo di cui al comma 3;

g) valutare progetti di collaborazione fra università, IRCCS ed aziende sanitarie; proporre modifiche agli assetti della rete di formazione in funzione dei bisogni formativi.

6. L'attuazione del protocollo di cui al comma 3 è realizzata, sulla base di schemi concordati tra Regione ed università, mediante apposite convenzioni stipulate dalle singole università con ciascuna delle strutture sanitarie rientranti nella rete della formazione. Verrà in particolare ridefinita la rete formativa rispetto all'area della medicina generale.

7. In considerazione della strategicità della formazione specifica, Regione Lombardia incentiva la formazione degli Operatori Sanitari, per i quali non è prevista una



specifico Osservatorio Regionale delle Professioni sociosanitarie presso l'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali, rappresentante di tutti gli Atenei ed altri Istituti coinvolti e di tutte le figure professionali oggetto dei corsi universitari lombardi, ivi comprese le rappresentanze dei docenti e delle associazioni di categoria degli studenti degli Atenei Lombardi e dei medici in formazione.

**10.** Nelle strutture di cui al comma 2 lettera a, l'università e la struttura sanitaria, si impegnano a individuare modalità di programmazione congiunta delle proprie attività definite da un apposito organismo paritetico, denominato organo di programmazione congiunta (OPC), composto dal rettore, dal preside della facoltà di medicina e chirurgia, dal direttore amministrativo dell'università, dal direttore generale, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo dell'azienda sanitaria principale.

**11.** Gli specialisti ospedalieri concorrono alla formazione didattica di base e specialistica.

specializzazione accademica, anche attraverso specifici Istituti di Formazione, a partire dalla Scuola per Medici di Medicina Generale, prevedendo forme di agevolazione ed incentivazione per i discenti.

**8.** Gli Operatori del Sistema Socio Sanitario Regionale collaborano attivamente con le Università e gli altri Istituti di Formazione, nelle forme ritenute più opportune, finanche alla contrattualizzazione universitaria in convenzione, alla realizzazione della didattica e della ricerca applicata.

**9.** Ai fini di una corretta applicazione delle convenzioni tra Regione ed Università ed altri Istituti di Formazione e per la definizione dei fabbisogni formativi, è istituito uno specifico Osservatorio Regionale delle Professioni sociosanitarie presso l'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali, rappresentante di tutti gli Atenei ed altri Istituti coinvolti e di tutte le figure professionali oggetto dei corsi universitari lombardi, ivi comprese le rappresentanze dei docenti e delle associazioni di categoria degli studenti degli Atenei Lombardi e dei medici in formazione **e delle rappresentanze di Ordini, Collegi e Associazioni professionali maggiormente rappresentative ai sensi della Legge 251/2000.**

**9bis** *L'Osservatorio partecipa alla commissione paritetica di cui al comma 5 ed esprime pareri in merito alle successive valutazioni dell'OPC di cui al comma 10 del presente articolo.*

**10.** Nelle strutture di cui al comma 2 lettera a, l'università e la struttura sanitaria, si impegnano a individuare modalità di programmazione congiunta delle proprie attività definite da un apposito organismo paritetico, denominato organo di programmazione congiunta (OPC), composto dal rettore, dal preside della **scuola** di medicina e chirurgia, dal direttore amministrativo dell'università, dal direttore generale, dal direttore sanitario, **dal dirigente infermieristico** e dal direttore amministrativo dell'azienda sanitaria principale **e dai direttori didattici.**

**11.** Gli specialisti ospedalieri concorrono alla formazione didattica di base e specialistica.

**Art. 29**

**(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 dalle unità d'offerta sociosanitarie quali componenti essenziali della rete regionale dei servizi per le persone fragili e per le loro famiglie promuovendone lo sviluppo e l'innovazione continua in relazione ai bisogni complessi emergenti.

3. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitarie, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 5, comma 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, nella risposta ai bisogni complessi con specifico riguardo all'area dei consultori, della riabilitazione, della disabilità, delle dipendenze e della fragilità e non autosufficienza.

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

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

b) l'implementazione di modalità di valutazione dei bisogni attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica 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

**Art. 29**

**(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 dalle unità d'offerta sociosanitarie quali componenti essenziali della rete regionale dei servizi per le persone fragili e per le loro famiglie promuovendone lo sviluppo e l'innovazione continua in relazione ai bisogni complessi emergenti.

3. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitarie, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 5, comma 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, nella risposta ai bisogni complessi con specifico riguardo all'area dei consultori, della riabilitazione, della disabilità, delle dipendenze e della fragilità e non autosufficienza.

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

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

b) l'implementazione di modalità di valutazione dei bisogni attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica, **assistenziale** e sociale, utilizzando le scale **validate e sperimentate anche a livello regionale** ~~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;

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;

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

f) 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 socio sanitarie nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare.

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 **che dovranno essere basati su evidenze scientifiche e confrontati anche con modelli europei;**

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

f) 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 socio sanitarie nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare.

**Art. 30**

**(Istituzione dell'Assessorato al Welfare)**

1. Al fine di dare piena attuazione alla presente legge, il Presidente della Regione istituisce l'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali (Welfare), riassumendo le deleghe in essere rispettivamente all'Assessorato alla Salute e all'Assessorato alla Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità in essere all'atto dell'approvazione della presente legge.

**Art. 30**

**(Istituzione dell'Assessorato al Welfare)**

1. Al fine di dare piena attuazione alla presente legge, il Presidente della Regione istituisce l'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali (Welfare), riassumendo le deleghe in essere rispettivamente all'Assessorato alla Salute e all'Assessorato alla Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità in essere all'atto dell'approvazione della presente legge.

**Art. 31**

**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 sussidiaria e favorisce momenti di aggregazione ed ascolto delle associazioni di volontariato, anche nell'ambito dei tavoli di confronto di cui all'articolo 5, comma 10.

**Art. 31**

**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 sussidiaria e favorisce momenti di aggregazione ed 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

2. La Regione promuove e favorisce attività di raccolta diffusa ed eventi di



beneficienza finalizzati ad investimenti in tecnologia o attività di studio e ricerca, se proposte da soggetti iscritti agli albi regionali del terzo settore, garantendo la piena trasparenza e tracciabilità dei flussi finanziari generati da tali attività a garanzia dei donatori, dei benefattori e dei destinatari degli interventi.

beneficienza finalizzati ad investimenti in tecnologia o attività di studio e ricerca, se proposte da soggetti iscritti agli albi regionali del terzo settore, garantendo la piena trasparenza e tracciabilità dei flussi finanziari generati da tali attività a garanzia dei donatori, dei benefattori e dei destinatari degli interventi.

**Art. 32**  
**(Disciplina transitoria)**

1. Transitoriamente, a seguito dell'approvazione della presente legge, il PSSR di cui all'art. 4, per il quinquennio 2016 -2020, sarà proposto dal Presidente della Giunta Regionale, comprensivo delle Regole di Sistema 2016 di cui all'art. 12, entro il 30 Settembre 2015 al Consiglio Regionale, che lo approva entro il 31 Dicembre 2015.

2. Entro centoottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta Regionale, in linea con i principi di cui all'art. 4 della presente legge, approva la Rete Socio Sanitaria Territoriale afferente ad ogni AST, fondata sull'integrazione sociosanitaria tra assistenza ospedaliera, territoriale e domiciliare, offerta pubblica e privata integrate.

3. Tale Rete, che potrà essere realizzata con tempistiche differenziate in funzione delle evoluzioni organizzative e prestazionali territoriali ed anche attraverso sperimentazioni specifiche finalizzate alla corretta valutazione del rapporto costo/beneficio, sarà 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 ed 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 ed a media e bassa intensità assistenziale.

4. Nella Rete dovrà 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 RSA, dalle Farmacie di Servizio, dai Poliambulatori Specialistici, dalle aggregazioni di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, dall'Infermiere di Famiglia e di Comunità e dalle

**Art. 32**  
**(Disciplina transitoria)**

1. Transitoriamente, a seguito dell'approvazione della presente legge, il PSSR di cui all'art. 4, per il quinquennio 2016 -2020, sarà proposto dal Presidente della Giunta Regionale, comprensivo delle Regole di Sistema 2016 di cui all'art. 12, entro il 30 Settembre 2015 al Consiglio Regionale, che lo approva entro il 31 Dicembre 2015.

2. Entro centoottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta Regionale, in linea con i principi di cui all'art. 4 della presente legge, approva la Rete Socio Sanitaria Territoriale afferente ad ogni AST, fondata sull'integrazione sociosanitaria tra assistenza ospedaliera, territoriale e domiciliare, offerta pubblica e privata integrate.

3. Tale Rete, che potrà essere realizzata con tempistiche differenziate in funzione delle evoluzioni organizzative e prestazionali territoriali ed anche attraverso sperimentazioni specifiche finalizzate alla corretta valutazione del rapporto costo/beneficio, sarà 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 ed 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 ed a media e bassa intensità assistenziale.

4. Nella Rete dovrà 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 RSA, dalle Farmacie di Servizio, dai Poliambulatori Specialistici, dalle aggregazioni di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, dall'Infermiere di Famiglia e di Comunità e dalle Professioni



*Professioni Sanitarie riconosciute, anche organizzate in aggregazioni funzionali, promuovendo la Telediagnostica ed il Telemonitoraggio, con postazioni allocate nei Presidi Ospedaliero Territoriali e nei Centri Socio Sanitari Territoriali di cui all'articolo 7.*

*5. Nella realizzazione della Rete Socio Sanitaria Territoriale dovrà 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 ed 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.*

*6. Nella Rete Socio Sanitaria Territoriale saranno definiti i ruoli delle Farmacie, valorizzando in particolare:*

*a) La garanzia di uniformità ed assistenza al Cittadino, attribuendo al livello regionale i compiti di stesura delle convenzioni di assistenza integrativa;*

*b) La tutela del valore della presenza capillare della farmacia sul Territorio, mantenendone integra l'interconnessione con i punti di Assistenza delle Cure Primarie.*

*7. Entro centoottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge le AST, attraverso l'attivazione di tutti i Soggetti operanti sul territorio di propria competenza, in collaborazione con Lombardia Informatica S.p.A., che provvederà ad uniformare i sistemi informatici di tutte le Strutture afferenti al Sistema Socio Sanitario Lombardo, al fine di consentire una corretta informazione al Cittadino ed un'omogenea trasmissione ed elaborazione dei dati clinici e programmatici, aggiornano la Carta Regionale dei Servizi con tutta la documentazione clinica pregressa della Persona, erogando tutte le prestazioni in regime di "paper free" attraverso la Carta Regionale dei Servizi stessa ovvero ad accesso diretto dalla rete Internet, ivi compresa la prenotazione e l'eventuale pagamento delle compartecipazioni attraverso la metodologia on-line, mantenendo la documentazione cartacea esclusivamente dietro esplicita richiesta del Cittadino. Il database contenuto nella Carta Regionale dei Servizi sarà altresì utilizzato per la certificazione fiscale delle compartecipazioni e delle spese sostenute dal Cittadino.*

*Sanitarie riconosciute, anche organizzate in aggregazioni funzionali, promuovendo la Telediagnostica ed il Telemonitoraggio, con postazioni allocate nei Presidi Ospedaliero Territoriali e nei Centri Socio Sanitari Territoriali di cui all'articolo 7.*

*5. Nella realizzazione della Rete Socio Sanitaria Territoriale dovrà 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 ed 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.*

*6. Nella Rete Socio Sanitaria Territoriale saranno definiti i ruoli delle Farmacie, valorizzando in particolare:*

*a) La garanzia di uniformità ed assistenza al Cittadino, attribuendo al livello regionale i compiti di stesura delle convenzioni di assistenza integrativa;*

*b) La tutela del valore della presenza capillare della farmacia sul Territorio, mantenendone integra l'interconnessione con i punti di Assistenza delle Cure Primarie.*

*7. Entro centoottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge le AST, attraverso l'attivazione di tutti i Soggetti operanti sul territorio di propria competenza, in collaborazione con Lombardia Informatica S.p.A., che provvederà ad uniformare i sistemi informatici di tutte le Strutture afferenti al Sistema Socio Sanitario Lombardo, al fine di consentire una corretta informazione al Cittadino ed un'omogenea trasmissione ed elaborazione dei dati clinici e programmatici, aggiornano la Carta Regionale dei Servizi con tutta la documentazione clinica pregressa della Persona, erogando tutte le prestazioni in regime di "paper free" attraverso la Carta Regionale dei Servizi stessa ovvero ad accesso diretto dalla rete Internet, ivi compresa la prenotazione e l'eventuale pagamento delle compartecipazioni attraverso la metodologia on-line, mantenendo la documentazione cartacea esclusivamente dietro esplicita richiesta del Cittadino. Il database contenuto nella Carta Regionale dei Servizi sarà altresì utilizzato per la certificazione fiscale delle compartecipazioni e delle spese sostenute dal Cittadino.*

