

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

TESTO VIGENTE Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità (BURL n. 52, 3° suppl. ord. del 31 Dicembre 2009) Titolo I <i>Norme sul servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo</i>	PDL n. 187 "MODIFICHE AL TITOLO I E AL TITOLO VII DELLA LEGGE REGIONALE 30 DICEMBRE 2009, N. 33 (TESTO UNICO DELLE LEGGI REGIONALI IN MATERIA DI SANITÀ)" come emendato dalla Commissione Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità (BURL n. 52, 3° suppl. ord. del 31 Dicembre 2009) Titolo I <i>Norme sul servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo</i>
Art. 1 (Oggetto) 1. Il servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo, di seguito denominato servizio sociosanitario lombardo (SSL), promuove e tutela la salute ed è costituito dall’insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l’offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali. 2. La presente legge disciplina, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della legislazione nazionale ed internazionale di settore direttamente applicabile nel nostro ordinamento e dello Statuto d’autonomia, il servizio sanitario e sociosanitario regionale (SSR), costituito dall’insieme di funzioni, servizi, attività e professionisti che garantiscono l’offerta sanitaria e sociosanitaria a carico della Regione. 3. La presente legge favorisce, inoltre, per quanto di competenza e nell’ambito del SSL, l’integrazione del SSR con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.	Art. 1 (Oggetto) 1. Il servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo, di seguito denominato servizio sociosanitario lombardo (SSL), promuove e tutela la salute ed è costituito dall’insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l’offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali. 2. La presente legge disciplina, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della legislazione nazionale ed internazionale di settore direttamente applicabile nel nostro ordinamento e dello Statuto d’autonomia, il servizio sanitario e sociosanitario regionale (SSR), costituito dall’insieme di funzioni, servizi, attività e professionisti che garantiscono l’offerta sanitaria e sociosanitaria a carico della Regione. 3. La presente legge favorisce, inoltre, per quanto di competenza e nell’ambito del SSL, l’integrazione del SSR con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.
Art. 2 (Principi) 1. La programmazione, la gestione e l’organizzazione del SSR sono attuate, nell’ambito del SSL, con la gradualità e nei limiti delle risorse economiche disponibili e si conformano ai seguenti principi: a) rispetto della dignità della persona, centralità del ruolo della famiglia e dell’equità di accesso ai servizi ricompresi nel SSR; b) scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, per la cura e la presa in carico, in un’ottica di trasparenza e parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all’interno del SSL; c) orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso; d) separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione, svolte dal vertice dell’organizzazione all’articolazione territoriale del SSL;	Art. 2 (Principi) 1. La programmazione, la gestione e l’organizzazione del SSR sono attuate, nell’ambito del SSL, con la gradualità e nei limiti delle risorse economiche disponibili e si conformano ai seguenti principi: a) rispetto della dignità della persona, centralità del ruolo della famiglia e dell’equità di accesso ai servizi ricompresi nel SSR; a bis) approccio one health, finalizzato ad assicurare globalmente la protezione e la promozione della salute, tenendo conto della stretta relazione tra la salute umana, la salute degli animali e l’ambiente; a ter) presa in carico della persona nel suo complesso; b) scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, per il percorso assistenziale di diagnosi, la cura, e la di presa in carico e riabilitazione, in un’ottica di trasparenza e parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all’interno del SSL; b) (come approvata con emendamento) scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, per il percorso di diagnosi, cura, presa in carico e riabilitazione, in un’ottica di trasparenza e parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all’interno del SSL che, entro sei mesi dall’entrata in vigore della legge di modifica, devono garantire agende dedicate per il percorso di presa in carico del paziente cronico e con fragilità; b bis) equivalenza e integrazione all’interno del SSL dell’offerta sanitaria e sociosanitaria delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate; garantendo la parità di diritti e di obblighi per tutti gli erogatori di diritto pubblico e di diritto privato; b bis) equivalenza e integrazione all’interno del SSL dell’offerta sanitaria e sociosanitaria delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate; garantendo la parità di diritti e di obblighi per tutti gli erogatori di diritto pubblico e di diritto privato e promuovendo l’applicazione dei CCNL di riferimento sottoscritti dalle organizzazioni datoriali e sindacali maggiormente rappresentative; b ter) promozione dell’innovazione tecnologica ed organizzativa del SSR con la collaborazione di soggetti pubblici e privati, anche con riferimento alla componente territoriale, per il miglioramento e la continuità delle cure; b ter) promozione dell’innovazione tecnologica e organizzativa del SSR con la collaborazione di soggetti pubblici e privati, comprese le organizzazioni dei pazienti, anche con riferimento alla componente territoriale, per il miglioramento e la continuità delle cure;

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

e) promozione della partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità nei confronti dei corretti stili di vita e nei percorsi di prevenzione, di cura, di assistenza e di terapia farmacologica, anche prevedendo politiche finalizzate ad iniziative che favoriscano l'invecchiamento attivo; f) promozione dell'appropriatezza clinica, della trasparenza amministrativa, economica e organizzativa e della qualità prestazionale; g) garanzia dei controlli e piena applicazione dei costi standard; h) sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, in modo da garantire parità di diritti e di doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta; i) promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione del volontariato, che non devono essere considerate sostitutive di servizi; j) garanzia dell'universalità del SSL e della continuità terapeutica e assistenziale, attraverso l'implementazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale e l'integrazione con le politiche sociali di competenza delle autonomie locali, coinvolgendo tutti i soggetti pubblici e privati, insistenti sul territorio lombardo, nel rispetto delle relative competenze e funzioni; k) promozione delle forme di integrazione operativa e gestionale tra i soggetti erogatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del SSL e attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale nell'individuazione delle soluzioni gestionali dei servizi a livello territoriale; l) promozione e sostegno all'attività di ricerca, sperimentazione e innovazione biomedica e sanitaria in tutte le componenti del SSL e collaborazione con le università con la finalità di promuovere la formazione del personale; m) valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali con l'obiettivo di ottenere una costante evoluzione della loro professionalità a beneficio del SSL; n) attuazione dell'attività di prevenzione e di promozione della salute in coerenza con il piano regionale della prevenzione.	b quater) adozione di un sistema di comunicazione trasparente in ordine alle performance di efficienza gestionale e qualità del servizio offerto dagli erogatori pubblici e privati; b quinquies) definizione del case mix da parte delle ATS nel rispetto della struttura d'offerta di ciascun erogatore e degli investimenti effettuati; b quinquies) definizione del case mix da parte delle ATS e conseguente allocazione di budget a specifici e prioritari obiettivi di salute, in coerenza con gli indirizzi di programmazione definiti dalla Regione e nel rispetto della struttura d'offerta di ciascun erogatore e degli investimenti effettuati; b sexies) integrazione delle cure palliative nei percorsi di cura, per garantire continuità e appropriatezza delle cure ai malati inguaribili e alla fine della vita; c) orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso; d) separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione, svolte dal vertice dell'organizzazione all'articolazione territoriale del SSL; e) promozione della partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità nei confronti dei corretti stili di vita e nei percorsi di prevenzione, di cura, di assistenza e di terapia farmacologica, anche prevedendo politiche finalizzate ad iniziative che favoriscano l'invecchiamento attivo; e bis) valorizzazione dell'attività sportiva e motoria quale parte integrante dei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione e quale elemento fondamentale di un corretto stile di vita nonché di prevenzione dell'insorgenza di malattie croniche e di malattie cardiovascolari; f) promozione dell'appropriatezza clinica, della trasparenza amministrativa, economica e organizzativa e della qualità prestazionale; g) garanzia dei controlli e piena applicazione dei costi standard; h) sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, in modo da garantire parità di diritti e di doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta; i) promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione del volontariato, che non devono essere considerate sostitutive di servizi; i) promozione e sperimentazione della partecipazione del volontariato, non in forma sostitutiva di servizi, e coinvolgimento, con particolare riferimento alle organizzazioni dei pazienti, nella proposta, nella definizione, nel monitoraggio e nel miglioramento delle politiche regionali in materia sanitaria e sociosanitaria; j) garanzia dell'universalità del SSL e della continuità terapeutica e assistenziale, attraverso l'implementazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale e l'integrazione con le politiche sociali di competenza delle autonomie locali, coinvolgendo tutti i soggetti pubblici e privati, insistenti sul territorio lombardo, nel rispetto delle relative competenze e funzioni; k) promozione delle forme di integrazione operativa e gestionale tra i soggetti erogatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del SSL e attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale nell'individuazione delle soluzioni gestionali dei servizi a livello territoriale; l) promozione e sostegno all'attività di ricerca, sperimentazione e innovazione biomedica e sanitaria in tutte le componenti del SSL e collaborazione con le università con la finalità di promuovere la formazione del personale; l bis) consolidamento dei rapporti con il mondo universitario e sviluppo delle relazioni con il sistema di istruzione e formazione; l bis) (come approvata da emendamento) consolidamento dei rapporti con il mondo universitario e la sua rete formativa per il conseguimento di obiettivi di apprendimento e tirocinio necessari all'evoluzione del Servizio Sociosanitario Lombardo e con il sistema di istruzione e formazione così da sviluppare un lavoro di orientamento alle scelte curriculari dettate dai fabbisogni sanitari e socioassistenziali regionali; l bis) (come approvata da emendamento) consolidamento dei rapporti con: 1) il mondo universitario e la sua rete formativa per il conseguimento di obiettivi di apprendimento e tirocinio necessari all'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo; 2) il sistema di istruzione e formazione così da sviluppare un lavoro di orientamento alle scelte curriculari dettate dai fabbisogni sanitari e socioassistenziali regionali. l ter) Consolidamento dei rapporti con gli Ordini professionali sanitari l quater) impulso allo studio e all'implementazione di nuove competenze e professionalità collegate alla transizione digitale, alle responsabilità di una reale continuità lungo i percorsi di cura e assistenza e alla promozione di salubri stili di vita; m) valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie e tecnico-amministrative e sociali con
---	---

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

	l’obiettivo di ottenere una costante evoluzione della loro professionalità a beneficio del SSL; n) attuazione dell’attività di prevenzione e di promozione della salute in coerenza con il piano regionale della prevenzione; n bis) rafforzamento della medicina territoriale attraverso l’innovazione organizzativa e gestionale in relazione all’evoluzione dei bisogni di salute della popolazione; n bis) rafforzamento dell’assistenza territoriale, quale punto di riferimento del cittadino per la tutela e la cura della salute, attraverso l’innovazione organizzativa e gestionale in relazione all’evoluzione dei bisogni di salute della popolazione, anche attraverso una migliore integrazione con l’ambito sociale; n ter) potenziamento e sviluppo della medicina digitale; n ter.1) potenziamento e sviluppo della medicina preventiva; n quater) multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e integrazione nei percorsi di cura e riabilitazione; n quater) multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e integrazione nei percorsi di cura e riabilitazione anche attraverso il consolidamento dei rapporti con gli Ordini professionali sanitari; n quinquies) promozione della collaborazione tra il SSR e il sistema produttivo, con particolare riferimento al welfare aziendale, alla ricerca biomedica e ai trasferimenti tecnologici. n quinquies) promozione della collaborazione tra il SSR e il sistema produttivo, con particolare riferimento al welfare aziendale, alla salute e alla sicurezza nei luoghi di lavoro, alla ricerca biomedica e ai trasferimenti tecnologici. N sexies) (come approvato da emendamento) valorizzazione degli Enti del terzo settore, di cui alla Legge 106/2016, quali espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo e riconoscimento delle finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale da essi perseguite, riconoscendone il supporto e il coinvolgimento attivo nella programmazione e nella realizzazione del SSL; N septies) rispetto e promozione del diritto alla vita indipendente e all’inclusione sociale di tutte le persone con disabilità. N opties) integrazione delle cure palliative nei percorsi di cura per garantire continuità e appropriatezza delle cure a malati inguaribili e alla fine della vita;
Art. 3 (Finalità) 1. La Regione, nell’ottica dell’integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali nell’ambito del SSL, attraverso il SSR: a) tutela il diritto alla salute del cittadino; b) garantisce adeguati percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; c) sostiene le persone e le famiglie; d) promuove, in particolare, l’integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale, favorendo la realizzazione di reti sussidiarie di supporto che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche; le reti sono finalizzate a tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da non autosufficienza e da patologie cronico-degenerative. 2. Ai fini della presente legge si intende per: a) servizio sanitario, l’erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; b) servizio sociale, l’erogazione di prestazioni assistenziali di supporto alla persona e alla sua eventuale famiglia; c) servizio sociosanitario, l’erogazione di prestazioni e servizi a elevata integrazione sanitaria e sociale. 3. La Regione individua e promuove con il piano sanitario, sociosanitario e sociale integrato e con i piani di organizzazione strategico aziendali, di cui all’articolo 17, anche azioni che: a) favoriscono l’appropriatezza clinica ed economica; b) garantiscono la parità di accesso alle prestazioni e l’equità nella compartecipazione al costo delle stesse; c) incentivano la responsabilità della persona e della sua famiglia;	Art. 3 (Finalità) 1. La Regione, nell’ottica dell’integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali nell’ambito del SSL, attraverso il SSR: a) tutela il diritto alla salute del cittadino; b) garantisce adeguati percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; c) sostiene le persone e le famiglie; d) promuove, in particolare, l’integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale, favorendo la realizzazione di reti sussidiarie di supporto che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche; le reti sono finalizzate a tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da non autosufficienza e da patologie cronico-degenerative. d bis) implementa l’offerta di servizi di prossimità e di supporto all’assistenza domiciliare in coerenza con i programmi di investimento e potenziamento delle reti territoriali previsti a livello statale ed europeo, sentiti i presidenti dei Collegi dei Sindaci di cui all’art. 20, comma 2 lettera b). 2. Ai fini della presente legge si intende per: a) servizio sanitario, l’erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; b) servizio sociale, l’erogazione di prestazioni assistenziali di supporto alla persona e alla sua eventuale famiglia; c) servizio sociosanitario, l’erogazione di prestazioni e servizi a elevata integrazione sanitaria e sociale. 3. La Regione individua e promuove con il piano sanitario, sociosanitario e sociale integrato e con i piani di organizzazione strategico aziendali, di cui all’articolo 17, anche azioni che: a) favoriscono l’appropriatezza clinica ed economica; b) garantiscono la parità di accesso alle prestazioni e l’equità nella compartecipazione al costo delle stesse;

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

d) contemplano anche il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi. 4. Per la stesura del PSL la Regione si può avvalere degli organismi di cui all'articolo 5 comma 13 e del dipartimento di coordinamento unico delle ATS istituito presso l'assessorato competente. 5. La Regione nell'ambito delle proprie competenze, in applicazione dei principi di cui all'articolo 2, al fine di garantire un accesso appropriato, unico ed integrato al SSL, definisce, anche attraverso l'introduzione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni, le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate. 6. La Regione nell'ambito degli interventi sociosanitari garantisce la libertà di scelta e riconosce la persona quale destinatario delle azioni e degli interventi, anche sulla base della valutazione multidimensionale personalizzata del bisogno. A tali fini istituisce anche un sistema di buoni e voucher da destinare agli utenti. 7. L'accesso alla rete delle unità d'offerta sociosanitarie prevede la compartecipazione al costo delle prestazioni per la parte non a carico del fondo sanitario lombardo, nel rispetto della disciplina nazionale inerente i livelli essenziali di assistenza, secondo modalità e criteri stabiliti dalla Giunta regionale. La Giunta definisce, anche individuando forme sperimentali, le modalità e i protocolli per consentire alle persone con bassa capacità reddituale di accedere alla rete di offerta sociosanitaria, anche attraverso la modulazione delle esenzioni e delle compartecipazioni in base al reddito, anche secondo criteri di progressività e in base alla situazione familiare.	c) incentivano la responsabilità della persona e della sua famiglia; d) contemplano anche il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi. 4. Per la stesura del PSL la Regione si può avvalere degli organismi di cui all'articolo 5 comma 13 e del dipartimento di coordinamento unico delle ATS istituito presso l'assessorato competente. 5. La Regione nell'ambito delle proprie competenze, in applicazione dei principi di cui all'articolo 2, al fine di garantire un accesso appropriato, unico ed integrato al SSL, definisce, anche attraverso l'introduzione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni, le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate. 6. La Regione nell'ambito degli interventi sociosanitari garantisce la libertà di scelta e riconosce la persona quale destinatario delle azioni e degli interventi, anche sulla base della valutazione multidimensionale personalizzata del bisogno. A tali fini istituisce anche un sistema di buoni e voucher da destinare agli utenti. 7. L'accesso alla rete delle unità d'offerta sociosanitarie prevede la compartecipazione al costo delle prestazioni per la parte non a carico del fondo sanitario lombardo, nel rispetto della disciplina nazionale inerente i livelli essenziali di assistenza, secondo modalità e criteri stabiliti dalla Giunta regionale. La Giunta definisce, anche individuando forme sperimentali, le modalità e i protocolli per consentire alle persone con bassa capacità reddituale di accedere alla rete di offerta sociosanitaria, anche attraverso la modulazione delle esenzioni e delle compartecipazioni in base al reddito, anche secondo criteri di progressività e in base alla situazione familiare. 7 bis) La Regione promuove e sostiene la creazione di una rete regionale della ricerca, della ricerca biomedica e dell'innovazione nelle scienze della vita avvalendosi anche delle competenze del cluster tecnologico regionale dedicato. Tale rete, coordinata dagli IRCCS di diritto pubblico coinvolgendo gli IRCCS di natura privata, gli enti di ricerca e le università, nonché le organizzazioni dei pazienti, favorisce iniziative per sviluppare il trasferimento tecnologico in collaborazione con le imprese;
[Art. 3 bis]	[Art. 3 bis]
Art. 4 (Piano sociosanitario integrato lombardo) 1. Il Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, approva il piano sociosanitario integrato lombardo (PSL), quale strumento unico e integrato di programmazione coordinata del SSL. Il PSL definisce, sulla base della valutazione epidemiologica territoriale, dei dati del sistema informativo e della rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali: a) il quadro previsionale dei bisogni della popolazione, basato su una preventiva mappatura epidemiologica territoriale specifica che tenga conto dei problemi emergenti; b) gli indicatori in base ai quali sono determinati i volumi di attività per ognuno dei livelli b) essenziali di assistenza, secondo il criterio dell'appropriatezza clinica e dei percorsi diagnostico terapeutici, di prevenzione ed assistenziali; c) gli indicatori di risultato da impiegare per il controllo e la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità, dell'appropriatezza e dell'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati; d) i progetti obiettivo e le azioni da adottare per rispondere a specifiche aree di bisogno e le relative modalità di finanziamento, anche in forma sperimentale attraverso l'integrazione con la rete del sistema sociale; e) le linee di indirizzo del sistema regionale integrato per la prevenzione e la promozione della salute, anche psicofisica, secondo criteri di efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza clinica, a partire da una capillare e puntuale educazione sanitaria, precipuamente in ambiente scolastico, con particolare riferimento alla promozione dei corretti stili di vita e a progetti che incentivino la difesa della salute, anziché la cura della malattia; f) le linee di indirizzo per l'elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, rispettosi della libertà di scelta del cittadino anche su indicazione del medico di medicina generale e che promuovano un processo di integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle sociali di competenza delle autonomie locali; g) le linee d'indirizzo che garantiscano la semplificazione delle procedure di erogazione delle prestazioni, nonché dei percorsi di cura ed assistenza, anche attraverso il consolidamento di prassi e sperimentazioni, che permettano l'incremento del beneficio per la salute del cittadino, il	Art. 4 (Piano sociosanitario integrato lombardo) 1. Il Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, approva il piano sociosanitario integrato lombardo (PSL), quale strumento unico e integrato di programmazione coordinata del SSL. Il PSL definisce, sulla base della valutazione epidemiologica territoriale, dei dati del sistema informativo e della rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali: a) il quadro previsionale dei bisogni della popolazione, basato su una preventiva mappatura epidemiologica territoriale specifica che tenga conto dei problemi emergenti; b) gli indicatori in base ai quali sono determinati i volumi di attività per ognuno dei livelli b) essenziali di assistenza, secondo il criterio dell'appropriatezza clinica e dei percorsi diagnostico terapeutici, di prevenzione ed assistenziali; c) gli indicatori di risultato da impiegare per il controllo e la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità, dell'appropriatezza e dell'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati; d) i progetti obiettivo e le azioni da adottare per rispondere a specifiche aree di bisogno e le relative modalità di finanziamento, anche in forma sperimentale attraverso l'integrazione con la rete del sistema sociale; e) le linee di indirizzo del sistema regionale integrato per la prevenzione e la promozione della salute, anche psicofisica, secondo criteri di efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza clinica, a partire da una capillare e puntuale educazione sanitaria, precipuamente in ambiente scolastico, con particolare riferimento alla promozione dei corretti stili di vita e a progetti che incentivino la difesa della salute, anziché la cura della malattia; f) le linee di indirizzo per l'elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, rispettosi della libertà di scelta del cittadino anche su indicazione del medico di medicina generale e che promuovano un processo di integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle sociali di competenza delle autonomie locali; g) le linee d'indirizzo che garantiscano la semplificazione delle procedure di erogazione delle prestazioni, nonché dei percorsi di cura ed assistenza, anche attraverso il consolidamento di prassi e sperimentazioni, che permettano l'incremento del beneficio per la salute del cittadino, il

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

miglioramento funzionale ed economico dei servizi erogati al cittadino; h) l'identificazione del contenuto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie ai fini della riconduzione delle stesse alle categorie di tipo acuto, intermedio, sub acuto, post acuto o riabilitativo a media e bassa intensità nel rispetto della normativa nazionale. 2. Il PSL, coerentemente con il piano sanitario nazionale (PSN), declina gli obiettivi del Piano Regionale di Sviluppo (PRS), ha durata quinquennale e può essere aggiornato annualmente con il documento di economia e finanza regionale (DEFR).	miglioramento funzionale ed economico dei servizi erogati al cittadino; h) l'identificazione del contenuto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie ai fini della riconduzione delle stesse alle categorie di tipo acuto, intermedio, sub acuto, post acuto o riabilitativo a media e bassa intensità nel rispetto della normativa nazionale. 2. Il PSL, coerentemente con il piano sanitario nazionale (PSN), declina gli obiettivi del Piano Regionale di Sviluppo (PRS), ha durata quinquennale e può essere aggiornato annualmente con il documento di economia e finanza regionale (DEFR).
Art. 4 bis (Piano regionale della prevenzione) 1. La Regione promuove le attività di prevenzione e di promozione della salute con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisica, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio individuali e ambientali, di ridurre le disuguaglianze favorendo l'accesso alle attività di prevenzione e indicata dalle linee guida sanitarie. 2. Le attività di prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, l'igiene degli alimenti e della nutrizione, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi individuali e ambientali, vengono svolte dal dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS di cui all'articolo 6, comma 6 che coordina anche la rete dei soggetti erogatori delle prestazioni di prevenzione specialistica, in coerenza con il piano regionale della prevenzione (PRP). 3. Il Consiglio regionale, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale, su proposta della Giunta regionale, tenuto conto dei dati rilevati dall'osservatorio di cui all'articolo 5 bis, approva il PRP. Spetta alla Giunta apportare modifiche al PRP che consistano nel mero recepimento di indicazioni nazionali o nella mera correzione di refusi. Le indicazioni di carattere organizzativo sono rinviare a specifici atti di programmazione. 4. Le attività di promozione della salute e di prevenzione primaria collettiva sono svolte dalle ATS e dalle ASST secondo le relative funzioni e attraverso le proprie articolazioni territoriali. 5. Il PRP ha durata quinquennale e definisce, in coerenza con il piano nazionale della prevenzione, in quale cornice di valori e principi si sviluppa la pianificazione della prevenzione, con particolare riferimento a: a) la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione; b) processi di promozione della salute che attivino il ruolo delle politiche non sanitarie; c) l'integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del servizio sociosanitario e in particolare l'integrazione territoriale, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria; il lavoro di rete tra operatori, enti e istituzioni coinvolte, a vario titolo, nelle attività di prevenzione e promozione della salute; d) l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione della prevenzione basata su prove e di evidenza scientifica; e) la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori, indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori.	Art. 4 bis (Piano regionale della prevenzione) 1. La Regione promuove le attività di prevenzione e di promozione della salute con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisica, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio individuali e ambientali, di ridurre le disuguaglianze favorendo l'accesso alle attività di prevenzione e indicata dalle linee guida sanitarie. 1bis. La Regione favorisce lo sviluppo e l'implementazione di network scientifici in grado di orientare e riorientare, in tempo reale, le politiche di prevenzione basate su validate evidenze scientifiche. 1ter. Nell'ambito degli indirizzi di programmazione di cui all'articolo 5, comma 6, sono, in particolare, definite le linee guida in materia di prevenzione alle quali le ATS e le ASST devono attenersi per quanto di rispettiva competenza. Con il supporto degli MMG, PLS, specialisti ambulatoriali convenzionati e dell'educazione sanitaria nelle scuole, sono altresì realizzate politiche di comunicazione e sensibilizzazione che facilitino la comprensione da parte del singolo cittadino dell'importanza delle attività di prevenzione per la diagnosi precoce e per i corretti stili di vita. 2. Le attività di programmazione di prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, l'igiene degli alimenti e della nutrizione, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi individuali e ambientali, vengono svolte dal dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS di cui all'articolo 6, comma 6 che coordina anche la rete dei soggetti erogatori delle prestazioni di prevenzione specialistica rivolte al singolo individuo e i dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST, in coerenza con il piano regionale della prevenzione (PRP). 3. Il Consiglio regionale, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale, su proposta della Giunta regionale, tenuto conto dei dati rilevati dall'osservatorio di cui all'articolo 5 bis, approva il PRP. Spetta alla Giunta apportare modifiche al PRP che consistano nel mero recepimento di indicazioni nazionali o nella mera correzione di refusi. Le indicazioni di carattere organizzativo sono rinviare a specifici atti di programmazione. 4. Le attività di promozione della salute e di prevenzione primaria collettiva sono svolte dalle ATS e dalle ASST secondo le relative funzioni e attraverso le proprie articolazioni territoriali coinvolgendo anche soggetti quali enti locali, associazioni di volontariato, altri enti del terzo settore ed erogatori di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. 5. Il PRP ha durata quinquennale e definisce, in coerenza con il piano nazionale della prevenzione, in quale cornice di valori e principi si sviluppa la pianificazione della prevenzione, con particolare riferimento a: a) la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione; b) processi di promozione della salute che attivino il ruolo delle politiche non sanitarie; c) l'integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del servizio sociosanitario e in particolare l'integrazione territoriale, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria; il lavoro di rete tra operatori, enti e istituzioni coinvolte, a vario titolo, nelle attività di prevenzione e promozione della salute; d) l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione della prevenzione basata su prove e di evidenza scientifica; e) la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori, indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori. 6. Il PRP individua, quali assi d' i seguenti ambiti di intervento prioritari rivolti anche alla riduzione delle disuguaglianze di salute all'interno del SSL in tutte le sue articolazioni,:

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

6. Il PRP individua, quali assi d'intervento prioritari rivolti anche alla riduzione delle disuguaglianze di salute all'interno del SSL in tutte le sue articolazioni: a) il miglioramento dell'ambiente fisico, sociale ed economico; b) l'intervento precoce per la diffusione di stili di vita, nelle sue diverse fasi, per una buona salute e la prevenzione delle malattie cronico-degenerative; c) la prevenzione delle malattie infettive prevenibili con vaccinazioni secondo le indicazioni dei piani e dei calendari vaccinali; d) una visione ampia della salute che ricerchi anche le interazioni migliori con i servizi che operano nel campo della salute mentale e per il contrasto alle dipendenze, in modo da rafforzare le azioni che consentono la sorveglianza di varie forme di disagio individuale e sociale e la loro prevenzione. 7. Il PRP inoltre deve: a) individuare evidenze scientifiche a sostegno delle scelte operative; b) garantire il corretto utilizzo delle risorse, oltre che il conseguimento del risultato vero di salute; c) valutare quantitativamente e qualitativamente i risultati raggiunti anche dal punto di vista clinico; d) costituire strumento per la revisione e la conseguente riprogrammazione degli interventi.	a) il miglioramento dell'ambiente fisico, sociale ed economico; b) l'intervento precoce per la diffusione di stili di vita, nelle sue diverse fasi, per una buona salute e la prevenzione delle malattie cronico-degenerative; c) la prevenzione delle malattie infettive prevenibili con vaccinazioni secondo le indicazioni dei piani e dei calendari vaccinali; d) una visione ampia della salute che ricerchi anche le interazioni migliori con i servizi che operano nel campo della salute mentale e per il contrasto alle dipendenze, in modo da rafforzare le azioni che consentono la sorveglianza di varie forme di disagio individuale e sociale e la loro prevenzione. 7. Il PRP inoltre deve: a) individuare evidenze scientifiche a sostegno delle scelte operative; b) garantire il corretto utilizzo delle risorse, oltre che il conseguimento del risultato vero di salute; c) valutare quantitativamente e qualitativamente i risultati raggiunti anche dal punto di vista clinico; d) costituire strumento per la revisione e la conseguente riprogrammazione degli interventi.
	Art. 4 ter (Piano pandemico regionale) 1. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, approva, in coerenza con il piano pandemico nazionale, un piano pandemico regionale che ne costituisce declinazione a livello locale. Il piano pandemico regionale ha durata quinquennale ed è aggiornato in funzione dei dati epidemiologici, in coerenza con lo stesso piano nazionale”
Art. 5 (Funzioni della Regione) 1. La Regione garantisce l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla medesima con risorse proprie, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza della rete ospedaliera. Assicura la presa in carico della persona, garantendo la continuità delle cure erogate e, per quanto possibile nel suo contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati. 2. La Regione esercita funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, garantendo la più efficiente, efficace, economica e appropriata uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio lombardo, anche con il supporto tecnico degli enti del sistema regionale e nei limiti e con la gradualità concessi dalle risorse disponibili. 3. La Regione tutela la salute, assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dalla normativa nazionale e, compatibilmente con le risorse disponibili, ne promuove livelli più elevati. Dispone il reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale e determina i livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini. Assicura, sia a livello centrale sia periferico, una adeguata separazione organizzativa delle funzioni di programmazione, acquisto e terietà dei controlli, distinguendole da quella di erogazione delle prestazioni. Definisce le regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, nonché le relative tariffe delle prestazioni, compresa la tariffa di presa in carico della cronicità attraverso un sistema in continuo aggiornamento. 4. I requisiti di accreditamento e la contrattualizzazione si ispirano anche al principio della piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti i soggetti erogatori, quale strumento per perseguire la massima efficienza e il	Art. 5 (Funzioni della Regione) 1. La Regione garantisce l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla medesima con risorse proprie, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza della rete ospedaliera. Assicura la presa in carico della persona, garantendo la continuità delle cure erogate e, per quanto possibile nel suo contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati. (spostato al comma 2) 2. 1. La Regione garantisce la tutela la salute, definisce le politiche sanitarie e sociosanitarie ed esercita funzioni di programmazione strategica generale, indirizzo e controllo anche tramite l'adozione di indirizzi di programmazione annuali e ove possibile pluriennali, volti a garantire la più efficiente, efficace, economica e appropriata uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio lombardo, anche con il supporto tecnico degli enti del sistema regionale e nei limiti e con la gradualità concessi dalle risorse disponibili. 2. La Regione garantisce l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla medesima con risorse proprie, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza della rete ospedaliera e la capillarità della rete territoriale. Assicura la presa in carico della persona, garantendo la continuità delle cure erogate per quanto possibile nel suo contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati. 2. La Regione garantisce l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla medesima con risorse proprie, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza della rete ospedaliera e della rete territoriale oltre che la capillarità di quest'ultima anche tramite il potenziamento dei servizi sanitari e sociosanitari. Fermo restando il ruolo degli MMG, le farmacie contribuiscono alla realizzazione della presa in carico dei pazienti cronici assicurando la sinergia con gli erogatori e i pazienti attraverso la garanzia dell'aderenza farmacologica e l'erogazione delle prestazioni previste dalla farmacia dei servizi anche nell'ambito delle attività svolte dalle strutture previste dall'articolo 7, comma 13 lettera b); 3. La Regione tutela la salute, assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dalla normativa nazionale e, compatibilmente con le risorse disponibili, ne promuove livelli più elevati. La Regione dispone il reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale e determina i livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini, nel rispetto della normativa specifica statale. Assicura, sia a livello centrale sia periferico, una

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

migliore soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini. 5. La Regione promuove lo sviluppo e la diffusione di sistemi informativi accessibili sulla qualità delle strutture sanitarie e sociosanitarie, rendendo disponibili dati relativi all’offerta di servizi, ai volumi di attività, alle performance conseguite, nonché alle competenze dei soggetti erogatori. 5 bis. Nell'ambito della competente direzione generale della Giunta regionale è istituita la funzione di promozione del servizio sociosanitario lombardo sul territorio nazionale e a livello internazionale, al fine di sostenere l'innovazione, la ricerca e l'assistenza nelle strutture di riferimento specialistico. 6. La Giunta regionale approva, entro il 30 novembre antecedente l’anno di riferimento, le regole di sistema per la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti e degli investimenti e la definizione dei contratti stipulati dalle agenzie di tutela della salute di cui all’articolo 6 con i soggetti erogatori; effettua altresì il monitoraggio del sistema e dei costi ed opera periodiche valutazioni circa l’attività svolta all’interno del SSL, pubblicando gli esiti sul sito della Regione. 7. La Regione promuove con propri indirizzi l'appropriatezza clinica e organizzativa, l'utilizzo efficiente delle risorse, la valutazione della qualità dei servizi, declinata in termini di accessibilità, efficacia e gradimento degli utenti, la definizione di adeguate metodologie di monitoraggio e controllo dei servizi. In particolare, la Regione, nell’esercizio della predetta funzione di indirizzo: a) definisce, consultate le autonomie locali secondo le modalità di cui all’articolo 20, la programmazione territoriale, sulla scorta dei dati epidemiologici e in base a criteri di efficacia, efficienza e valutazione degli esiti, anche avvalendosi di modelli previsionali; b) predispone un programma di valutazione, secondo le più aggiornate metodologie, dell’efficacia delle tecnologie, delle prestazioni, dei modelli assistenziali, dei farmaci, di programmi e offerte nel campo della promozione della salute e della prevenzione; c) sulla base delle valutazioni di cui alla lettera b) e conformemente a quanto previsto dal comma 14, fornisce indicazioni circa l’utilizzo appropriato ed efficace di farmaci, dispositivi medici e il governo dell’innovazione in questi settori; d) elabora linee guida per garantire uniformità di approccio nella cura di patologie e nell’utilizzo di tecnologie diagnostico terapeutiche; e) elabora modelli previsionali ed epidemiologici utili alla programmazione, collaborando con le società scientifiche e con i centri di ricerca; f) mette in atto le opportune strategie per promuovere l’appropriatezza delle cure, promuovendo la presa in carico responsabile e continuativa, anche al fine di prevenire comportamenti illegittimi; g) garantisce l’attività di governo del sistema delle cure primarie, secondo quanto demandato dalla contrattazione nazionale; h) promuove la crescita di una cultura della salute attraverso la diffusione di conoscenze e di informazioni in grado di accrescere la capacità individuale e collettiva di autotutela nei confronti delle malattie e dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro; i) attua interventi di comunicazione, educazione e promozione della salute in collaborazione con le istituzioni scolastiche, universitarie e scientifiche, gli organismi professionali e di categoria della sanità, le associazioni di volontariato e di tutela e in raccordo con le funzioni educative e di promozione culturale di competenza degli enti locali e delle altre istituzioni pubbliche; j) definisce le linee di indirizzo in tema di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria; k) promuove e facilita progetti relativi a programmi di corretti stili di vita, di utilizzo responsabile dei farmaci, di monitoraggio e verifica dell'aderenza agli stessi programmi, al fine di migliorare l'educazione individuale alla salute; l) stabilisce i volumi e le tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, di degenza e ambulatoriali che possono essere soddisfatti nella sede pubblica e in quella privata, secondo un corretto rapporto di competitività, assicurando alle agenzie di tutela della salute la definizione di budget	adeguata separazione organizzativa delle funzioni di programmazione, acquisto e terzietà dei controlli, distinguendole da quella di erogazione delle prestazioni. Definisce le regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, nonché le relative tariffe delle prestazioni, compresa la tariffa di presa in carico della cronicità attraverso un sistema in continuo aggiornamento. 4. I requisiti di accreditamento e la contrattualizzazione si ispirano anche al principio della piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti i soggetti erogatori, quale strumento per perseguire la massima efficienza e il migliore soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini. 4 bis la Regione favorisce l’innovazione tecnologica e gli investimenti strutturali e sviluppo dell’innovation communication technology (ICT) anche con riferimento a sistemi di rete, promuovendo l’utilizzo sviluppo delle tecnologie dell’informazione e della comunicazione (ICT) anche con riferimento a sistemi di rete, promuovendo l’integrazione dei sistemi ICT e l’utilizzo delle conoscenze più avanzate in tema di intelligenza artificiale e big data. 5. La Regione promuove lo sviluppo e la diffusione di sistemi informativi accessibili sulla qualità delle strutture sanitarie e sociosanitarie, rendendo disponibili dati relativi all’offerta di servizi, ai volumi di attività, alle performance conseguite, nonché alle competenze dei soggetti erogatori. 5 bis. Nell'ambito della competente direzione generale della Giunta regionale è istituita la funzione di promozione del servizio sociosanitario lombardo sul territorio nazionale e a livello internazionale, al fine di sostenere l'innovazione, la ricerca e l'assistenza nelle strutture di riferimento specialistico, nonché favorire la prestazione a livello internazionale del proprio servizio sanitario e socio sanitario, come veicolo per lo scambio delle conoscenze prestazionali nei confronti dei paesi interessati allo sviluppo dei propri modelli assistenziali, ivi comprese iniziative di formazione per il management dei sistemi sociosanitari e per la gestione delle buone pratiche cliniche e assistenziali. 6. La Giunta regionale approva, di norma entro il 30 novembre antecedente l’anno di riferimento, le regole di sistema gli indirizzi per la programmazione dei bisogni sanitari e sociosanitari, dei fabbisogni relativi alle risorse umane e alle professionalità, degli acquisti e degli investimenti nonché gli indirizzi per la definizione dei contratti stipulati dalle agenzie di tutela della salute di cui all’articolo 6 con i soggetti erogatori, individuando, all’interno delle risorse assegnate alle ASST e agli erogatori privati accreditati e a contratto, specificatamente le risorse per l’assistenza territoriale; effettua altresì il monitoraggio del sistema e dei costi ed opera periodiche valutazioni circa l’attività svolta all’interno del SSL, pubblicando gli esiti sul sito della Regione. 7. La Regione promuove con propri indirizzi l'appropriatezza clinica e organizzativa, l'utilizzo efficiente delle risorse, la valutazione della qualità dei servizi, declinata in termini di accessibilità, efficacia e gradimento degli utenti, la definizione di adeguate metodologie di monitoraggio e controllo dei servizi. In particolare, la Regione, nell’esercizio della predetta funzione di indirizzo: a) definisce, consultate le autonomie locali secondo le modalità di cui all’articolo 20, la programmazione territoriale, sulla scorta dei dati epidemiologici e in base a criteri di efficacia, efficienza e valutazione degli esiti, anche avvalendosi di modelli previsionali; b) predispone un programma di valutazione, secondo le più aggiornate metodologie, dell’efficacia delle tecnologie, delle prestazioni, dei modelli assistenziali, dei farmaci, di programmi e offerte nel campo della promozione della salute e della prevenzione; c) sulla base delle valutazioni di cui alla lettera b) e conformemente a quanto previsto dal comma 14, fornisce indicazioni circa l’utilizzo appropriato ed efficace di farmaci, dispositivi medici e il governo dell’innovazione in questi settori; d) elabora linee guida per garantire uniformità di approccio nella cura di patologie e nell’utilizzo di tecnologie diagnostico terapeutiche e per favorire il potenziamento delle cure palliative; e) elabora modelli previsionali ed epidemiologici utili alla programmazione, collaborando con le società scientifiche e con i centri di ricerca; f) mette in atto le opportune strategie per promuovere l’appropriatezza delle cure, promuovendo la presa in carico responsabile e continuativa, anche al fine di prevenire comportamenti illegittimi; g) garantisce l’attività di governo del sistema delle cure primarie, secondo quanto demandato dalla contrattazione nazionale; h) promuove la crescita di una cultura della salute attraverso la diffusione di conoscenze e di informazioni in grado di accrescere la capacità individuale e collettiva di autotutela nei confronti delle malattie e dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro;
--	--

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

territoriali e riservando a queste ultime una quota da destinare in relazione agli specifici fabbisogni del territorio di competenza alla contrattazione locale con i soggetti erogatori; m) verifica attraverso le relazioni sanitarie aziendali la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi; n) definisce i criteri per garantire, in aggiunta ai contratti di formazione specialistica ministeriali, le modalità di accesso e il relativo finanziamento, nei limiti delle disponibilità finanziarie del bilancio regionale e comunque senza oneri a carico del fondo sanitario nazionale, per l’attivazione di contratti regionali numericamente e tipologicamente adeguati alle reali necessità del SSL, valutati di concerto con le università lombarde e le associazioni di categoria degli studenti e dei medici in formazione, da assegnare a laureati delle università aventi sede in Lombardia e abilitati all’esercizio della professione.	i) attua interventi di comunicazione, educazione e promozione della salute in collaborazione con le istituzioni scolastiche, universitarie e scientifiche, gli organismi professionali e di categoria della sanità, le associazioni di volontariato e di tutela e in raccordo con le funzioni educative e di promozione culturale di competenza degli enti locali e delle altre istituzioni pubbliche; j) definisce le linee di indirizzo in tema di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria; k) promuove e facilita progetti relativi a programmi di corretti stili di vita, di utilizzo responsabile dei farmaci, di monitoraggio e verifica dell’aderenza agli stessi programmi, al fine di migliorare l’educazione individuale alla salute; l) stabilisce i volumi e le tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, di degenza e ambulatoriali che possono essere soddisfatti nella sede pubblica e in quella privata, secondo un corretto rapporto di competitività, assicurando alle agenzie di tutela della salute la definizione di budget territoriali e riservando a queste ultime una quota da destinare in relazione agli specifici fabbisogni del territorio di competenza alla contrattazione locale con i soggetti erogatori, in coerenza con gli indirizzi di programmazione di cui al comma 6; l) stabilisce i volumi e le tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, di degenza e ambulatoriali che possono essere soddisfatti nella sede pubblica e in quella privata, secondo un corretto rapporto di integrazione assicurando alle agenzie di tutela della salute la definizione di budget territoriali e riservando a quest’ultime una quota da destinare in relazione agli specifici fabbisogni del territorio di competenza alla contrattazione locale con i soggetti erogatori, in coerenza con gli indirizzi di programmazione di cui al comma 6; l bis) stabilisce per tutti gli erogatori pubblici e privati le tariffe delle prestazioni e i meccanismi premianti e penalizzanti sulla loro valorizzazione, finalizzati al perseguimento della qualità, dell’appropriatezza e al governo dei tempi d’attesa; m) verifica attraverso le relazioni sanitarie aziendali la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi; n) definisce i criteri per garantire, in aggiunta ai contratti di formazione specialistica ministeriali, le modalità di accesso e il relativo finanziamento, nei limiti delle disponibilità finanziarie del bilancio regionale e comunque senza oneri a carico del fondo sanitario nazionale, per l’attivazione di contratti regionali numericamente e tipologicamente adeguati alle reali necessità del SSL, valutati di concerto con le università lombarde e le associazioni di categoria degli studenti e dei medici in formazione, da assegnare a laureati delle università aventi sede in Lombardia e abilitati all’esercizio della professione. n) definisce i criteri per garantire, in aggiunta ai contratti di formazione specialistica ministeriali, l’attivazione di contratti regionali numericamente e tipologicamente adeguati alle reali necessità del SSL, valutati di concerto con le università lombarde e le associazioni di categoria degli studenti e dei medici in formazione, da assegnare a laureati delle università aventi sede in Lombardia e abilitati all’esercizio della professione, definendo le modalità di accesso e il relativo finanziamento nei limiti delle disponibilità finanziarie del bilancio regionale e comunque senza oneri a carico del fondo sanitario nazionale; n bis) istituisce un forum di confronto permanente con le associazioni di pazienti e le associazioni ospedaliere adeguatamente formate e le società scientifiche di settore che ha per obiettivi principali il confronto sugli standard qualitativi dei dispositivi e dei presidi medici, l’apporto alla ricerca clinica e, in relazione alle competenze sviluppate e presenti all’interno delle associazioni, la collaborazione sulla predisposizione e aggiornamento dei piani diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA). Con delibera di Giunta sono stabilite le relative modalità operative. 8. Presso la competente direzione regionale opera in modo stabile e continuativo il Centro regionale di farmacovigilanza, già istituito dalla Giunta regionale, che partecipa alla rete europea e nazionale di farmacovigilanza in attuazione della direttiva 2010/84/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 15 dicembre 2010, del regolamento di esecuzione (UE) n. 520/2012 della Commissione del 19 giugno 2012 e del decreto del Ministero della salute 30 aprile 2015. 9. La Regione, in coerenza con la normativa nazionale ed europea, promuove e coordina la collaborazione anche con le realtà economiche, produttive e commerciali locali ed internazionali, finalizzata al miglioramento degli standard qualitativi e al concorso del SSL al rilancio strategico e socioeconomico territoriale della Lombardia, anche attraverso lo sviluppo di progetti di cooperazione internazionale e di partenariato in ambito sanitario, pubblicando annualmente una relazione sul sito della Regione. 10. La Giunta regionale definisce strategie di gestione del rischio clinico delle strutture pubbliche attraverso un percorso uniforme e integrato inteso a prevenire eventi avversi ed utili a fornire alle medesime strutture e, per quanto di competenza, ai professionisti forme di copertura assicurativa o di altre analoghe misure che forniscano strumenti per la copertura dei rischi e dei danni derivanti da responsabilità professionale, nonché alla responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori d’opera. Tali strategie sono finalizzate a garantire livelli uniformi di tutela del paziente e degli operatori a livello di sistema regionale, assicurando omogeneità nella gestione e valutazione dei sinistri, attraverso la determinazione di criteri e obiettivi per la definizione transattiva e stragiudiziale dei medesimi, per ottenere la riduzione dei tempi e determinare la complessiva congruità dei risarcimenti eventualmente riconosciuti da parte degli operatori del SSL. 11. Ferme restando le disposizioni legislative vigenti in materia assicurativa, anche attraverso il coinvolgimento delle categorie professionali interessate, la Regione definisce in sede di approvazione del PSL le aree di rischio clinico rispetto alle quali è necessario sviluppare i
--	---

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) da utilizzare come linee guida del SSL, finalizzate ad ottenere la riduzione della pratica della cosiddetta medicina difensiva.

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

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

14. Al fine di valorizzare negli atti di indirizzo e programmazione regionale le istanze provenienti dal mondo scientifico del lavoro e delle professioni, la Regione istituisce l'Osservatorio integrato del SSL, rappresentativo di tutte le professioni e delle realtà sanitarie, sociosanitarie e sociali operanti nella Regione, attraverso il coinvolgimento di ordini, collegi, associazioni di categoria e imprenditoriali, organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, società scientifiche, associazioni di volontariato, rappresentanze di cittadini e pazienti, università e istituti, agenzie, aziende sociosanitarie e IRCCS di diritto pubblico e privato, nonché di singoli esperti o rappresentanze specifiche che ne facciano motivata richiesta. Nell'ambito dell'Osservatorio sono costituiti tavoli tematici, anche permanenti, finalizzati all'espressione di pareri. Compito prioritario dell'Osservatorio è la valutazione, preventiva alla sua trasmissione in Consiglio regionale, del PSL e delle sue variazioni, con l'espressione di un parere consultivo, comprensivo di eventuali proposte di modifiche. Nell'ambito dell'Osservatorio sono altresì svolte le funzioni della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421) alla quale partecipano, secondo quanto previsto dallo stesso articolo 2, comma 2 bis, i presidenti delle conferenze dei sindaci dei comuni compresi nei territori di competenza delle ATS, nonché i rappresentanti regionali delle autonomie locali.

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

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

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

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

12. La Regione promuove e sostiene l'attività di ricerca, innovazione e sperimentazione e coordina, anche avvalendosi della Fondazione regionale per la ricerca biomedica, le attività nell'ambito della rete di strutture specialistiche di riferimento, nonché, nel rispetto del principio di autonomia, l'alta specializzazione degli IRCCS. ~~Nel rispetto delle finalità statutarie la Fondazione, in raccordo con la Direzione Generale Welfare, supporta altresì il SSL con la messa a disposizione degli esiti della ricerca clinica finalizzata anche al trasferimento tecnologico e tramite la promozione e valorizzazione dei giovani ricercatori~~

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

~~13. Per garantire il raggiungimento degli obiettivi di politica sanitaria e sociosanitaria, la Regione può avvalersi del supporto della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria composta dai presidenti dei consigli di rappresentanza dei sindaci di cui all'art. 20.~~

~~La conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria svolge altresì le funzioni di cui all'art. 2, comma 2 bis, del decreto l.gs 502/1992.~~

~~13 bis) E' istituito un tavolo regionale di confronto permanente con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale per l'espressione di pareri sul PSSL, sugli indirizzi annuali di programmazione regionale e sui piani pluriennali.~~

~~13 bis) Sono istituiti il tavolo regionale di confronto permanente con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale e il forum del terzo settore per l'espressione di pareri sul PSSL, sugli indirizzi annuali di programmazione regionale e sui piani pluriennali. Al Forum regionale del terzo settore partecipano le Direzioni generali competenti in materia sociosanitaria e sociale ed i rappresentanti del terzo settore. E' istituito inoltre l'osservatorio regionale con la partecipazione delle associazioni di rappresentanza dei Comuni, degli enti gestori e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative da istituire con decreto della Direzione generale dell'Assessorato competente in materia sanitaria e sociosanitaria.~~

~~14. Al fine di valorizzare, negli atti di indirizzo e programmazione regionale, le istanze provenienti dal mondo scientifico, del lavoro e delle professioni, la Regione istituisce l'Osservatorio integrato del SSL, rappresentativo di tutte le professioni e delle realtà sanitarie, sociosanitarie e sociali operanti nella Regione, attraverso il coinvolgimento di ordini, collegi, associazioni di categoria e imprenditoriali, organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, società scientifiche, associazioni di volontariato, rappresentanze di cittadini e pazienti, università e istituti, agenzie, aziende sociosanitarie e IRCCS di diritto pubblico e privato, nonché di singoli esperti o rappresentanze specifiche che ne facciano motivata richiesta. Nell'ambito dell'Osservatorio sono costituiti tavoli tematici, anche permanenti, finalizzati all'espressione di pareri. Compito prioritario dell'Osservatorio è la valutazione, preventiva alla sua trasmissione in Consiglio regionale, del PSL e delle sue variazioni, con l'espressione di un parere consultivo, comprensivo di eventuali proposte di modifiche. Nell'ambito dell'Osservatorio sono altresì svolte le funzioni della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421) alla quale partecipano, secondo quanto previsto~~

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

diversi ambiti del SSL. 17. La Regione assicura l’erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari attraverso tutti i soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata, ivi compresi gli IRCCS di diritto pubblico e privato e favorisce l’integrazione con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.	dallo stesso articolo 2, comma 2-bis, i presidenti delle conferenze dei sindaci dei comuni compresi nei territori di competenza delle ATS, nonché i rappresentanti regionali delle autonomie locali. 15. La Regione, graduando l’attivazione in funzione delle disponibilità finanziarie, può introdurre nel SSL la presa in carico delle malattie rare, delle terapie con ausilio di animali e delle cure odontoiatriche e della salute del cavo orale, prevedendo, con appositi atti di Giunta regionale, i relativi meccanismi di accreditamento e contrattualizzazione analogamente alle altre prestazioni erogate dal SSL. 16. La Regione favorisce la crescita e lo sviluppo dei soggetti pubblici e privati, erogatori e non, diretti o indiretti, appartenenti anche al terzo settore, anche attraverso la definizione di modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo. La Regione promuove ed elabora, altresì, forme e modelli di integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, sentiti i tavoli tecnici e tematici e l’Osservatorio di cui al comma 14, al fine di dare concreta e piena attuazione al principio di sussidiarietà orizzontale e di valorizzare la piena espressione delle rispettive capacità progettuali, tenuto conto delle caratteristiche di ciascuno nel sistema delle relazioni che concorrono ai diversi ambiti del SSL nel rispetto dei principi di equivalenza e integrazione all’interno del SSL dell’offerta sanitaria e sociosanitaria di cui all’art. 2, comma 1, lettera b bis). 17. La Regione assicura l’erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari attraverso tutti i soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata, ivi compresi gli IRCCS di diritto pubblico e privato e favorisce l’integrazione con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.
Art. 5 bis (Osservatorio epidemiologico regionale) 1. Nell'ambito della competente direzione generale della Giunta regionale è costituito l'Osservatorio epidemiologico regionale con il compito di: a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del servizio sanitario, di strumenti di osservazione epidemiologica secondo una metodologia di rilevazione programmata al fine di produrre statistiche sanitarie omogenee; b) raccogliere dai vari livelli del servizio sanitario dati che riguardano lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione; c) elaborare i dati contenuti nei flussi informativi provenienti dai vari livelli del SSL, compresi quelli previsti dalla normativa nazionale e regionale, al fine di produrre statistiche sanitarie relative allo stato di salute e alle fragilità; d) fornire tutte le informazioni di supporto necessarie alle diverse direzioni generali della Giunta regionale per l'attuazione delle attività di programmazione sanitaria, di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza in materia sanitaria, di controllo di qualità delle prestazioni sanitarie; e) acquisire informazioni di interesse epidemiologico da fonti internazionali, nazionali e regionali; f) identificare i fattori responsabili della patogenesi delle malattie e individuare le condizioni individuali e ambientali che predispongono all'insorgenza di malattie; g) programmare e attuare indagini volte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario e migliorare gli interventi sanitari; h) assicurare il ritorno delle informazioni raccolte ed elaborate agli operatori delle aziende sanitarie, nonché la diffusione ai cittadini attraverso l’accessibilità on line e la pubblicazione sul sito web di rapporti, analisi; i) osservazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) utilizzati in Lombardia, al fine di ottimizzare le prestazioni eseguite dal SSR ed evitare interventi inutili e dannosi; j) fornire tutte le informazioni e dati di supporto necessari alle diverse direzioni generali della Giunta regionale e al Ministero della Salute per l'attuazione delle leggi regionali e nazionali. 2. L'Osservatorio epidemiologico attiva collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni, con l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari, con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto superiore di sanità, con le università, gli enti di ricerca e con le strutture sanitarie pubbliche e private in grado di fornire supporto per il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 1. 3. La Regione provvede a predisporre rapporti periodici sul quadro epidemiologico regionale e territoriale, il cui confronto cronologico evidenzia i risultati in termini di riduzione della mortalità, della incidenza delle malattie e degli indicatori degli obiettivi di salute.	Art. 5 bis (Osservatorio epidemiologico regionale) 1. Nell'ambito della competente direzione generale della Giunta regionale è costituito l'Osservatorio epidemiologico regionale con il compito di: a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del servizio sanitario, di strumenti di osservazione epidemiologica secondo una metodologia di rilevazione programmata al fine di produrre statistiche sanitarie omogenee; b) raccogliere dai vari livelli del servizio sanitario dati che riguardano lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione; c) elaborare i dati contenuti nei flussi informativi provenienti dai vari livelli del SSL, compresi quelli previsti dalla normativa nazionale e regionale, al fine di produrre statistiche sanitarie relative allo stato di salute e alle fragilità; d) in coerenza con il principio one health, fornire tutte le informazioni di supporto necessarie alle diverse direzioni generali della Giunta regionale per l'attuazione delle attività di programmazione sanitaria, di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza in materia sanitaria, di controllo di qualità delle prestazioni sanitarie; e) acquisire informazioni di interesse epidemiologico da fonti internazionali, nazionali e regionali; f) identificare i fattori responsabili della patogenesi delle malattie e individuare le condizioni individuali e ambientali che predispongono all'insorgenza di malattie; g) programmare e attuare indagini volte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario e migliorare gli interventi sanitari; h) assicurare il ritorno delle informazioni raccolte ed elaborate agli operatori delle aziende sanitarie, nonché la diffusione ai cittadini attraverso l’accessibilità on line e la pubblicazione sul sito web di rapporti, e analisi; i) osservazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) utilizzati in Lombardia, al fine di ottimizzare le prestazioni eseguite dal SSR ed evitare interventi inappropriati inutili e dannosi; j) fornire tutte le informazioni e dati di supporto necessari alle diverse direzioni generali della Giunta regionale e al Ministero della Salute per l'attuazione delle leggi regionali e nazionali. 2. L'Osservatorio epidemiologico attiva collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni, con l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari, con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto superiore di sanità, con le università, gli enti di ricerca e con le strutture sanitarie pubbliche e private, anche di livello internazionale, in grado di fornire supporto per il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 1. 3. La Regione provvede a predisporre rapporti periodici sul quadro epidemiologico regionale e territoriale, il cui confronto cronologico evidenzia i risultati in termini di riduzione della mortalità, della incidenza delle malattie e degli indicatori degli obiettivi di salute.

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

Art. 6 (Agenzie di tutela della salute)	Art. 6 (Agenzie di tutela della salute)
1. Sono istituite le agenzie di tutela della salute, di seguito denominate ATS, come da allegato 1 che costituisce parte integrante della presente legge. 2. Le ATS sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie. L'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata. Le ATS garantiscono l'integrazione di tali prestazioni con quelle sociali di competenza delle autonomie locali. Le ATS stipulano contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PSL. In particolare, le ATS devono garantire l'attuazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i). 3. Alle ATS, anche attraverso l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, sono in particolare attribuite le seguenti funzioni: a) negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione, come previsto dall'articolo 5, comma 3; su richiesta dei comuni e ai fini di una migliore integrazione con le prestazioni sociosanitarie, le ATS possono estendere tali attività anche alle prestazioni sociali, i cui oneri non possono comunque gravare sul fondo sanitario regionale; b) governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale; c) governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie; d) governo e promozione dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione; e) promozione della sicurezza alimentare medica e medica veterinaria; f) prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico; g) sanità pubblica veterinaria; h) attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica; i) vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11. 4. Le ATS possono attivare un sistema di acquisti in rete attraverso forme	1. Sono istituite le agenzie di tutela della salute, di seguito denominate ATS, come da allegato 1 che costituisce parte integrante della presente legge. 2. Le ATS sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie. L'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata. Le ATS garantiscono l'integrazione di tali prestazioni con quelle sociali di competenza delle autonomie locali. Le ATS stipulano contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PSL. In particolare, le ATS devono garantire l'attuazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i). 3. Alle ATS, anche attraverso l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, sono in particolare attribuite le seguenti funzioni: 0a) analisi della domanda di salute del proprio territorio e dell'adeguatezza dell'offerta al fine di proporre alla Regione la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private nell'ambito del territorio di competenza idonee a soddisfare pienamente i bisogni rilevati, fermo restando la competenza della Regione stessa ad autorizzare la realizzazione di tali strutture in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale anche con riferimento a caratteristiche dimensionali e ferma restando l'osservanza delle norme relative all'individuazione del soggetto realizzatore; a) negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione, come previsto dall'articolo 5, comma 3; su richiesta dei comuni e ai fini di una migliore integrazione con le prestazioni sociosanitarie, le ATS possono estendere tali attività anche alle prestazioni sociali, i cui oneri non possono comunque gravare sul fondo sanitario regionale; b) governo del percorso di presa in carico della persona - garanzia dei LEA sul territorio di competenza in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza, e garanzia della continuità assistenziale; b) garanzia, verifica e controllo della corretta erogazione dei LEA sul territorio di competenza in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale; c) governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie; d) governo e promozione diffusione dei programmi di educazione alla promozione della salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione; dbis) programmazione delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST; d bis) programmazione, controllo e governo, delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST; e) promozione della sicurezza alimentare medica e medica veterinaria; e) programmazione e, coordinamento e svolgimento dell'attività in tema di sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare, sanità animale, igiene urbana veterinaria, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale, impianti industriali e supporto all'export; f) programmazione delle attività di prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro e di sicurezza degli alimenti non di origine animale, dei materiali a contatto con gli alimenti e dell'acqua destinata al consumo umano e conseguente svolgimento delle stesse attività di controllo, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico; f) programmazione e svolgimento delle attività di prevenzione e controllo della salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro igiene e sanità pubblica, salute e ambiente, sicurezza degli alimenti non di origine animale, dei materiali a contatto con gli alimenti e dell'acqua destinata al consumo umano e conseguente svolgimento delle stesse attività di controllo, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico; g) sanità pubblica veterinaria; h) attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica; i) vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

di acquisizione aggregata, secondo modalità operative definite dalla Giunta regionale e nel rispetto del coordinamento e degli indirizzi di ARCA. 5. Le ATS, sentiti i consigli di rappresentanza dei sindaci e le assemblee dei sindaci di cui all'articolo 20 e secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, per garantire l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale si avvale del dipartimento di cui al comma 6, lettera f), e per organizzare tale integrazione, anche attraverso i piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e alla legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario). 6. Ogni ATS adotta l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà territoriale, sottoponendola all'approvazione della Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, articolandosi nei seguenti dipartimenti: a) dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria; b) dipartimento delle cure primarie; c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie; d) dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale; e) dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali; f) dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali, con la possibilità di attivare una cabina di regia con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento, la cui composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'ATS secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale, anche al fine di risolvere le situazioni di criticità di natura sociosanitaria riscontrate nel territorio di propria competenza. 7. Le ATS provvedono alla riscossione dei ticket anche sulle proprie prestazioni sanitarie, nonché all'autorizzazione e al coordinamento della riscossione diretta da parte dei soggetti erogatori che ne facciano richiesta e, in tutti i casi di accertamento di dichiarazioni mendaci rese dagli interessati ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, procedono al recupero delle somme non rimosse, nonché all'applicazione, secondo le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689 (Modifiche al sistema penale) e della legge regionale 1 febbraio 2012, n. 1 (Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria), della sanzione amministrativa pecuniaria di cui all'articolo 316-ter, secondo comma, del codice penale. Le somme rimosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dalle ATS. 8. Le ATS ispirandosi ai principi di cui all'articolo 2, al fine di garantire un'efficace, efficiente, appropriata ed economica integrazione delle attività di erogazione dei servizi del SSL, possono prevedere modelli di coordinamento delle attività erogate da tutti i soggetti pubblici e privati nell'ambito del territorio di rispettiva competenza. 9. Quanto previsto dal comma 8 avviene mediante la stipula di specifici accordi che non possono modificare, né tutto né in parte, i criteri, le	previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11. I bis) coordinamento, per il territorio di competenza, delle politiche di investimento, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale; i ter) acquisizione raccolta del fabbisogno di personale per il territorio di competenza e coordinamento, a livello territoriale, delle eventuali procedure aggregate per il relativo reclutamento del personale, ferma restando l'autonomia delle singole strutture nel reclutamento delle figure sanitarie. i quater) coordinamento e governo dell'attività necessaria per la stesura e sottoscrizione, unitamente alle ASST di riferimento, degli accordi con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta del territorio di competenza sentite le rappresentanze degli erogatori privati accreditati; 4. Le ATS possono attivare un sistema di acquisti in rete attraverso forme di acquisizione aggregata, secondo modalità operative definite dalla Giunta regionale e nel rispetto del coordinamento e degli indirizzi di ARCA. Nell'ambito degli approvvigionamenti, alle ATS compete il coordinamento nella raccolta dei fabbisogni dei servizi logistici, informatici e dei beni e servizi sanitari in raccordo con l'Agenzia regionale per l'innovazione e gli acquisti (ARIA). 5. Le ATS, sentiti i delegati delle conferenze collegi dei sindaci di cui all'art. 20, comma 2 lettera a1), consigli di rappresentanza dei sindaci e le assemblee dei sindaci di cui all'articolo 20 e secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, si avvalgono del dipartimento di cui al comma 6, lettera f), per garantire l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale si avvalgono avvale del dipartimento di cui al comma 6, lettera f), e per organizzare tale integrazione, anche attraverso i piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e alla legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario). 6. Ogni ATS adotta l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà territoriale, sottoponendola all'approvazione della Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, articolandosi si articola nei seguenti dipartimenti: a) dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria; b) dipartimento delle cure primarie; c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, che svolge anche la funzione di coordinamento e sottoscrizione dell'accordo con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta di cui al comma 4, lettera i quater); d) dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale; e) dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali; f) dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali, con la possibilità di attivare una cabina di regia con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento, la cui composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'ATS secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale, anche al fine di risolvere le situazioni di criticità di natura sanitaria e sociosanitaria riscontrate nel territorio di propria competenza. 6 bis) Il dipartimento di cui al comma 6 lettera f), attraverso la cabina di regia, favorisce l'attuazione delle linee guida per la programmazione sociale territoriale, promuove strumenti di monitoraggio che riguardano gli interventi e la spesa sociale e sanitaria e garantisce la continuità, l'unitarietà degli interventi e dei percorsi di presa in carico delle famiglie e dei suoi componenti fragili con fragilità, con particolare attenzione alle persone con disabilità, promuovendo l'utilizzo da parte dei comuni e delle ASST del progetto di vita quale strumento per creare percorsi personalizzati e integrati nella logica del budget di salute. 7. Le ATS provvedono alla riscossione dei ticket anche sulle proprie prestazioni sanitarie, nonché all'autorizzazione e al coordinamento della riscossione diretta da parte dei soggetti erogatori che ne facciano richiesta e, in tutti i casi di accertamento di dichiarazioni mendaci rese dagli interessati ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, procedono al recupero delle somme non rimosse, nonché all'applicazione, secondo le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689 (Modifiche al sistema penale) e della legge regionale 1 febbraio 2012, n. 1 (Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria), della sanzione amministrativa pecuniaria di cui all'articolo 316-ter, secondo comma, del codice penale. Le somme rimosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dalle
---	---

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

modalità e l'ammontare delle remunerazioni delle prestazioni erogate oggetto dell'accordo, fatta salva la preventiva ed espressa autorizzazione della Regione. 10. Con le medesime modalità ed i limiti di cui ai precedenti commi, le ATS possono autorizzare la stipula di accordi anche con soggetti privati accreditati di cui all'articolo 8, purchè in possesso di tutti i requisiti necessari per lo svolgimento dell'attività richiesta e previo espresso e preventivo consenso degli stessi soggetti privati. 11. Le ATS, coerentemente con il PSL di cui all'articolo 4, comma 1, lettere a) e b), e in applicazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 7, possono concordare con i soggetti erogatori che operano sul proprio territorio di competenza di modificare la propria offerta, al fine di rispondere con maggiore appropriatezza ai bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini. In mancanza di un'adeguata offerta territoriale, le ATS adeguano la propria attività di programmazione per rispondere alla domanda inevasa di prestazioni sociosanitarie e sanitarie. 11 bis. Le ATS autorizzano l'assegnazione ad altra destinazione dei beni immobili trasferiti ai comuni a seguito dello scioglimento degli enti comunali di assistenza, ovvero dei beni delle ex IIPPAB, trasferiti ai sensi dell'articolo 6, comma 5, della legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1 (Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia) o devoluti ai comuni in periodo antecedente, nonché gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali sui medesimi beni. Il provvedimento è adottato entro novanta giorni dal ricevimento della richiesta, previa acquisizione del parere dell'Assemblea dei sindaci dei comuni compresi nel distretto dell'ATS competente per territorio.	ATS. 8. Le ATS ispirandosi ai principi di cui all'articolo 2, al fine di garantire un'efficace, efficiente, appropriata ed economica integrazione delle attività di erogazione dei servizi del SSL, possono prevedere modelli di coordinamento delle attività erogate da tutti i soggetti pubblici e privati nell'ambito del territorio di rispettiva competenza. 9. Quanto previsto dal comma 8 avviene mediante la stipula di specifici accordi che non possono modificare, né tutto né in parte, i criteri, le modalità e l'ammontare delle remunerazioni delle prestazioni erogate oggetto dell'accordo, fatta salva la preventiva ed espressa autorizzazione della Regione. 10. Con le medesime modalità ed i limiti di cui ai precedenti commi, le ATS possono autorizzare la stipula di accordi anche con soggetti privati accreditati di cui all'articolo 8, purchè in possesso di tutti i requisiti necessari per lo svolgimento dell'attività richiesta e previo espresso e preventivo consenso degli stessi soggetti privati. 11. Le ATS, coerentemente con il PSL di cui all'articolo 4, comma 1, lettere a) e b), e in applicazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 7, possono concordare con i soggetti erogatori che operano sul proprio territorio di competenza di modificare la propria offerta, al fine di rispondere con maggiore appropriatezza ai bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini. In mancanza di un'adeguata offerta territoriale, le ATS adeguano la propria attività di programmazione per rispondere alla domanda inevasa di prestazioni sociosanitarie e sanitarie. 11 bis. Le ATS autorizzano l'assegnazione ad altra destinazione dei beni immobili trasferiti ai comuni a seguito dello scioglimento degli enti comunali di assistenza, ovvero dei beni delle ex IIPPAB, trasferiti ai sensi dell'articolo 6, comma 5, della legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1 (Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia) o devoluti ai comuni in periodo antecedente, nonché gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali sui medesimi beni. Il provvedimento è adottato entro novanta giorni dal ricevimento della richiesta, previa acquisizione del parere dell'Assemblea dei sindaci dei comuni compresi nel distretto dell'ATS competente per territorio.
Art. 7 (Aziende socio sanitarie territoriali e aziende ospedaliere) 1. Sono istituite le aziende socio sanitarie territoriali, di seguito denominate ASST, come da allegato 1. 2. Le ASST, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del servizio, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Tale attività è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale. In particolare le ASST operano garantendo la completa realizzazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i). 3. Fermo restando il principio della libera scelta da parte del cittadino e in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), le ASST garantiscono e valorizzano il pluralismo socioeconomico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali, e degli enti del terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e assicurano un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni. 4. Le ASST si articolano in due settori aziendali rispettivamente definiti rete territoriale e polo ospedaliero, che afferiscono direttamente alla direzione generale. La responsabilità di garantire il coordinamento della gestione di ciascun settore aziendale spetta al direttore generale il quale, al fine di ottimizzare il funzionamento e la gestione dei settori aziendali, può attribuire esclusivamente al direttore sanitario la funzione di direzione del settore aziendale polo ospedaliero ed esclusivamente al direttore sociosanitario la funzione di direttore del settore aziendale rete territoriale. La remunerazione delle prestazioni connesse allo svolgimento di tali incarichi s'intende ricompresa nel compenso pattuito al momento del conferimento della nomina da parte del direttore generale delle funzioni e dell'incarico di direttore sanitario e direttore sociosanitario delle ASST.	Art. 7 (Aziende socio sanitarie territoriali e aziende ospedaliere) 1. Sono istituite le aziende socio sanitarie territoriali, di seguito denominate ASST, come da allegato 1. 2. Le ASST, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del servizio, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Tale attività è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10 e delle farmacie convenzionate, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale. In particolare le ASST operano garantendo la completa realizzazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i). 3. Fermo restando il principio della libera scelta da parte del cittadino e in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), le ASST garantiscono e valorizzano il pluralismo socioeconomico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali, e degli enti del terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e assicurano un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni. 4. Le ASST, adottano l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà al soddisfacimento dei bisogni di salute del territorio di riferimento sottoponendola all'approvazione della Giunta regionale e si articolano in due settori aziendali, rispettivamente definiti rete polo territoriale e polo ospedaliero, che afferiscono direttamente alla direzione generale. La responsabilità di garantire il coordinamento della gestione di ciascun settore aziendale spetta al direttore generale il quale, al fine di ottimizzare il funzionamento e la gestione dei settori aziendali, può attribuire esclusivamente attribuisce al direttore sanitario la funzione di direzione del settore aziendale polo ospedaliero e ed esclusivamente al direttore sociosanitario la funzione di direttore direzione del settore aziendale rete polo territoriale. La remunerazione delle prestazioni connesse allo svolgimento di tali incarichi s'intende ricompresa nel compenso pattuito al momento del conferimento della nomina da parte del direttore generale delle funzioni e dell'incarico di direttore sanitario e direttore sociosanitario delle

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

5. Considerata la complessità organizzativa e funzionale dei settori aziendali delle ASST, la direzione generale deve garantire sia la specificità che il coordinamento delle attività svolte dai rispettivi settori aziendali. A tal fine il direttore generale può conferire a ciascun settore aziendale, anche parzialmente, autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale, per lo svolgimento delle funzioni del settore aziendale, onde permettere il conseguimento degli obiettivi aziendali ricavabili dalla presente legge e di quelli attribuiti annualmente dal direttore generale. 6. Il direttore generale, che mantiene la piena potestà gestionale delle ASST, può revocare una o entrambe le funzioni di direzione dei settori aziendali conferiti per ragioni organizzative e gestionali. 7. Il direttore amministrativo, tenuto conto degli obiettivi aziendali dei settori rete territoriale e polo ospedaliero, sovrintende per quanto di propria competenza all'attività contabile ed amministrativa dei settori aziendali, garantendo l'unicità e l'universalità del bilancio delle ASST. 8. Alla direzione sanitaria e/o alla direzione sociosanitaria, secondo le indicazioni della direzione generale, nei settori aziendali polo ospedaliero e rete territoriale afferiscono le professioni sanitarie, ordinate sulla base di una specifica organizzazione, da definire nei piani di organizzazione aziendale, che garantisca una direzione delle attività di assistenza, tecnico sanitaria, prevenzione e riabilitazione, nelle aree previste dalla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica). 9. Il settore aziendale polo ospedaliero si articola in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri. Questo settore è prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede dell'offerta sanitaria specialistica. 10. Il settore aziendale polo ospedaliero è organizzato su più livelli che distinguono i presidi ospedalieri e/o i dipartimenti per complessità di cura, tecnologica e organizzativa in coerenza con la normativa nazionale. Nel settore aziendale polo ospedaliero le unità operative sono organizzate in strutture dipartimentali, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e dai CCNL di riferimento; il dipartimento di emergenza e urgenza è costituito nelle aziende e nei presidi individuati dalla programmazione regionale. La Giunta regionale dispone, nell'adozione del POAS, che in ogni ASST sia individuato il polo ospedaliero costituito da almeno un presidio ospedaliero. 11. Il settore aziendale rete territoriale delle ASST, per quanto di propria competenza, eroga le prestazioni distrettuali di cui al d.lgs. 502/1992, coerentemente a quanto previsto nella presente legge. Le ASST favoriscono l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali. 12. Il settore aziendale rete territoriale delle ASST, nei limiti e nelle forme della presente legge, eroga prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, le cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali. Il settore aziendale rete territoriale eroga, altresì, le prestazioni distrettuali fornite alle persone, che erano erogate dalla ASL, ad eccezione di quelle ora espressamente attribuite alle ATS. Eroga, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari, eventualmente delegate dalle ATS o dalle autonomie locali, in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità. Le attività di prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, la vigilanza e la tutela della salute	ASST. 5. Considerata la complessità organizzativa e funzionale dei settori aziendali delle ASST, la direzione generale deve garantire sia la specificità che il coordinamento delle attività svolte dai rispettivi settori aziendali. A tal fine il direttore generale può conferire conferisce a ciascun settore aziendale, anche parzialmente, autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale, per lo svolgimento delle rispettive funzioni, del settore aziendale, onde permettere per consentire il conseguimento degli obiettivi aziendali ricavabili dalla presente legge e di quelli attribuiti annualmente dal direttore generale articolati rispetto ai due settori aziendali. 6. Il direttore generale, che mantiene la piena potestà gestionale delle ASST, può revocare una o entrambe le funzioni di direzione dei settori aziendali conferiti per ragioni organizzative e gestionali. 7. Il direttore amministrativo, tenuto conto degli obiettivi aziendali dei settori rete polo rete polo territoriale e polo ospedaliero, sovrintende per quanto di propria competenza all'attività contabile ed amministrativa dei settori aziendali, garantendo l'unicità e l'universalità del bilancio delle ASST. 8. Alla direzione sanitaria e/o alla direzione sociosanitaria, secondo le indicazioni della direzione generale, nei Ai settori aziendali polo ospedaliero e rete polo rete polo territoriale afferiscono le professioni sanitarie, ordinate sulla base di una specifica organizzazione, da definire nei piani di organizzazione aziendale, che garantisca una direzione delle attività di assistenza, tecnico sanitaria, prevenzione e riabilitazione, nelle aree previste dalla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica). A tal fine la redazione delle linee guida dei POAS dovrà prevedere la valorizzazione di tutte le aree delle professioni sanitarie. 9. Il settore aziendale polo ospedaliero si articola in presidi ospedalieri e o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri. Questo settore è prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede dell'offerta sanitaria specialistica. 10. Il settore aziendale polo ospedaliero è organizzato in dipartimenti a cui afferiscono le strutture complesse su più livelli che distinguono i presidi ospedalieri e/o i dipartimenti per complessità di cura, tecnologica e organizzativa in coerenza con la normativa nazionale. Nel settore aziendale polo ospedaliero le unità operative sono organizzate in strutture dipartimentali, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale statale e dai CCNL di riferimento; Il dipartimento di emergenza e urgenza è costituito nelle aziende e nei presidi individuati dalla programmazione regionale. La Giunta regionale dispone, nell'adozione del POAS, che in ogni ASST sia individuato il polo ospedaliero costituito da almeno un presidio ospedaliero. 11. Il settore aziendale rete polo territoriale delle ASST, è articolato in dipartimenti e in distretti i cui ambiti coincidono con gli ambiti sociali, a cui afferiscono i presidi territoriali della ASST quali punti erogativi delle prestazioni per quanto di propria competenza, eroga le prestazioni distrettuali di cui al d.lgs. 502/1992, coerentemente a quanto previsto nella presente legge. Le ASST favoriscono l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali in raccordo con la conferenza dei sindaci sulla base della valutazione dei fabbisogni del territorio e tramite la stipula di accordi con le parti di riferimento. 11. Il settore aziendale polo territoriale delle ASST è articolato in distretti e in dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali delle stesse ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area di attività dell'assistenza distrettuale. Le ASST favoriscono l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali in raccordo con la conferenza dei sindaci sulla base della valutazione dei fabbisogni del territorio elaborati dall'ATS, sentito il Collegio dei Sindaci, nell'ambito della funzione programmatica del dipartimento di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f). 11 bis. Al polo territoriale delle ASST afferiscono comunque i seguenti dipartimenti: a) dipartimento di cure primarie; b) dipartimento della salute mentale e delle dipendenze; c) dipartimento funzionale di prevenzione. 12. Il settore aziendale rete-polo rete-polo territoriale delle ASST, a cui è attribuito il coordinamento dell'attività erogativa delle prestazioni territoriali, nei limiti e nelle forme della presente legge, eroga, per il tramite dell'organizzazione distrettuale, prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, nonché le cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali. Il settore aziendale
--	---

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

collettiva dai rischi ambientali e individuali, sono svolte con il coordinamento del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS, in coerenza con il PRP che assicura la funzione di governance e l'identificazione dei soggetti erogatori delle prestazioni. 13. Al settore rete territoriale, secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali nei limiti previsti dalla presente legge e al quale afferiscono: a) i presidi ospedalieri territoriali (POT); b) i presidi socio sanitari territoriali (PreSST). 14. Le ASST gestiscono i POT e i PreSST direttamente, ovvero anche mediante la stipulazione di accordi tra le stesse e altri soggetti erogatori accreditati, validati dalla competente ATS. Tali presidi possono essere preferibilmente organizzati in collegamento funzionale con le unità complesse di cura primarie, garantendo il coordinamento con l'attività degli specialisti ambulatoriali, anche attraverso il relativo elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC). Tali presidi devono essere ben identificabili dal cittadino e costituiti all'interno di strutture, quali presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture territoriali e unità d'offerta sociosanitarie, collegate in via informatica con l'azienda di appartenenza e dotate di strumentazioni di base, che costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità, e concorrono a garantire la continuità delle cure. 15. I POT sono strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSL, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari. 16. I PreSST costituiscono una modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità. I PreSST: a) erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità; b) possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente; c) promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria. 17. I POT possono essere organizzati secondo le modalità previste per l'ospedale di comunità di cui al punto 10.1 dell'Allegato 1 del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70. 18. La Regione può istituire nuove aziende ospedaliere, secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente.	rete territoriale eroga, altresì, le prestazioni distrettuali fornite alle persone, che erano erogate dalla ASL, ad eccezione di quelle ora espressamente attribuite alle ATS. Eroga, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari, eventualmente delegate dalle ATS o dalle autonomie locali, in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità. Le attività di prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi ambientali e individuali, sono svolte dal dipartimento funzionale di prevenzione, in coerenza con gli indirizzi di programmazione, con il coordinamento del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS, in coerenza con il PRP che assicura la funzione di governance e l'identificazione dei soggetti erogatori delle prestazioni. 13. Al settore rete polo territoriale, secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali. A tale settore afferiscono: nei limiti previsti dalla presente legge e al quale afferiscono: a) i presidi ospedalieri territoriali (POT) nell'ambito dei quali sono collocati gli ospedali di comunità previsti dal piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR); b) i presidi socio sanitari territoriali (PreSST) all'interno dei quali trovano collocazione le case della comunità previsti dal PNRR; c) le centrali operative territoriali previste dal PNRR; 14. Le ASST gestiscono i POT e i PreSST direttamente, ovvero anche mediante la stipulazione di accordi tra le stesse e altri soggetti erogatori accreditati, validati dalla competente ATS. Tali presidi possono essere preferibilmente organizzati in collegamento funzionale con le unità complesse di cura primarie, garantendo il coordinamento con l'attività degli specialisti ambulatoriali, anche attraverso il relativo elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC). Tali presidi devono essere ben identificabili dal cittadino e costituiti all'interno di strutture, quali presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture territoriali e unità d'offerta sociosanitarie, collegate in via informatica con l'azienda di appartenenza e dotate di strumentazioni di base, che costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità, e concorrono a garantire la continuità delle cure. 15. I POT sono strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSL, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari. 16. I PreSST costituiscono una modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità. I PreSST Le Case della Comunità, la cui gestione può essere affidata ai medici di medicina generale, anche riuniti in cooperativa e in collaborazione con le farmacie convenzionate ai sensi del D.Lgs. 153/2009: a) erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità; b) possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente; c) promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria; e bis) possono essere organizzati secondo le modalità previste dalle case di comunità la cui gestione può essere affidata ai medici di medicina generale anche riuniti in cooperativa; c bis) garantiscono il collegamento tra ospedale e territorio attraverso la presenza dell'infrastruttura tecnologica e l'integrazione multiprofessionale, assicurata anche dall'attività dei MMG e PLS, secondo un modello organizzativo a due livelli, avanzato e di base, per garantire prossimità, facilità ed equità di accesso ai servizi, anche nelle zone rurali e della fascia montana, considerando le caratteristiche fisiche, demografiche e insediative del territorio, e i bisogni di salute della popolazione di riferimento. In ogni casa di comunità è presente un punto unico di accesso, accoglienza, informazione e orientamento del cittadino che opera in stretto contatto con la COT distrettuale al fine di assicurare un accesso unitario, appropriato e integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale; c ter) E' prevista in ogni Casa della Comunità la presenza del servizio sociale professionale del SSR; 17. I POT possono essere organizzati secondo le modalità previste per l'ospedale di comunità di cui al punto 10.1 dell'Allegato 1 del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70. 17 bis) le COT sono punti di accesso territoriali, fisici e digitali, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete di offerta socio
---	--

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

19. Nell’ambito della ATS della Città Metropolitana di Milano e della ATS montagna, in ragione della peculiarità territoriale, possono essere individuati dalla Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentite le conferenze dei sindaci territorialmente competenti, particolari modelli gestionali, organizzativi ed aziendali che consentono un miglioramento della rete dell’offerta e una sua razionalizzazione; in relazione all’ATS Montagna, la Giunta può valutare l’attribuzione alle singole ASST delle funzioni di cui all’articolo 6, comma 3, lettere b), d), e), f) e g). 20. Fatto salvo quanto definito al comma 2, le singole funzioni disciplinate nel presente articolo possono, in ogni caso, essere svolte anche da soggetti di diritto privato di cui all’articolo 8.	sanitaria all’interno del distretto. E’ istituita una COT in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socio assistenziali. 17 ter) La ASST, con periodicità triennale, tramite la direzione sociosanitaria e i direttori di distretto, sentita la conferenza dei sindaci che esprime parere obbligatorio, e attuando idonee procedure di consultazione delle associazioni di volontariato, di altri soggetti del terzo settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio, predispone il piano di sviluppo del polo territoriale (PPT) con specifica ed analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale. Il PPT definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l’integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali. 18. La Regione può istituire nuove aziende ospedaliere, secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente. La Regione, nell’ambito di un piano di riordino complessivo della rete d’offerta del territorio della città metropolitana di Milano, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante “modifiche alla legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”, istituisce nuove aziende ospedaliere (AO) secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente. 18 bis) Entro trentasei mesi dall’avvenuta istituzione delle aziende ospedaliere di cui al comma 18, la Regione valuta l’istituzione di nuove aziende ospedaliere sul resto del territorio lombardo, fermi restando i requisiti previsti dalla normativa vigente. 19. Nell’ambito della ATS della Città Metropolitana di Milano e della ATS montagna dei territori facenti parte delle comunità montane, nonché dei capoluoghi di provincia situati in aree montane, in ragione della peculiarità territoriale, possono essere individuati dalla Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentite le conferenze dei sindaci territorialmente competenti, particolari modelli gestionali, organizzativi ed aziendali che consentono un miglioramento della rete dell’offerta e una sua razionalizzazione; in relazione all’ATS Montagna, la Giunta può valutare l’attribuzione alle singole ASST delle funzioni di cui all’articolo 6, comma 3, lettere b), d), e), f) e g). 20. Fatto salvo quanto definito al comma 2, le singole funzioni disciplinate nel presente articolo possono, in ogni caso, essere svolte anche da soggetti di diritto privato di cui all’articolo 8.
Art. 7 bis (Distretti) 1. In ogni ATS sono costituiti un numero di distretti pari al numero delle ASST comprese nelle ATS medesime. 2. La ATS si articola in distretti che hanno competenza sul territorio corrispondente a quello del settore aziendale territoriale delle ASST di cui all’Allegato 1 della presente legge. I distretti sono articolati dalla ATS in ambiti distrettuali, comprendenti ciascuno una popolazione di norma non inferiore a 80.000 abitanti. Nelle aree ad alta densità abitativa tale rapporto è elevato fino a 120.000 abitanti. Nelle aree montane e nelle aree a scarsa densità abitativa, l’ambito può comprendere una popolazione minima di 25.000 abitanti. Per la Città Metropolitana di Milano i distretti e le relative articolazioni in ambiti distrettuali tengono conto delle articolazioni territoriali funzionali della stessa. 3. I distretti delle ATS e le loro articolazioni territoriali di cui all’articolo 20, comma 1, con la direzione sociosanitaria delle ASST assicurano che le ASST e i soggetti erogatori del SSL abbiano risorse sufficienti per garantire l’omogeneità dell’erogazione delle prestazioni distrettuali. 4. I distretti partecipano alla cabina di regia di cui all’articolo 6, comma 6, lettera f). 5. I distretti della ATS, nell’ambito delle risorse assegnate, hanno autonomia economica-finanziaria con contabilità separata all’interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle funzioni assegnate e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, compreso il coordinamento delle attività. I distretti delle ATS contribuiscono alla programmazione per la realizzazione della rete d’offerta territoriale, al fine di: a) fornire informazioni alle ATS per l’analisi della domanda del territorio e per la programmazione delle attività, ai fini della stesura del POAS delle ATS; b) partecipare alle azioni di governo della domanda del territorio di propria	Art. 7 bis (Distretti) 1. In Ogni ATS- ASST sono costituiti un numero di distretti si articola in distretti il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona pari al numero delle ASST comprese nelle ATS medesime. 2. La ATS si articola in distretti che hanno competenza sul territorio corrispondente a quello del settore aziendale territoriale delle ASST di cui all’Allegato 1 della presente legge.— I distretti comprendono sono articolati dalla ATS in ambiti distrettuali, comprendenti ciascuno una popolazione di norma non inferiore a 80.000 100.000 abitanti, tenuto conto della densità demografica territoriale e di quanto previsto al comma 1. Nelle aree ad alta densità abitativa tale rapporto è elevato fino a 120.000 abitanti. Nelle aree montane e nelle aree a scarsa densità abitativa, l’ambito il distretto può comprendere una popolazione minima di 25.000 20.000 abitanti. Per la Città Metropolitana di Milano i distretti e le relative articolazioni in ambiti distrettuali tengono conto delle articolazioni territoriali funzionali della stessa. 3. I distretti delle ATS e le loro articolazioni territoriali di cui all’articolo 20, comma 1, con la direzione sociosanitaria delle ASST assicurano che le ASST e i soggetti erogatori del SSL abbiano risorse sufficienti per garantire l’omogeneità dell’erogazione delle prestazioni distrettuali. 4. I distretti partecipano alla cabina di regia di cui all’articolo 6, comma 6, lettera f). 5. I distretti della ATS, nell’ambito delle risorse assegnate, hanno autonomia economica-finanziaria con contabilità separata all’interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle funzioni assegnate e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, compreso il coordinamento delle attività. I distretti delle ATS contribuiscono alla programmazione per la realizzazione della rete d’offerta territoriale, al fine di: a) fornire informazioni alle ATS per l’analisi della domanda del territorio e per la programmazione delle attività, ai fini della stesura del POAS delle ATS; b) partecipare alle azioni di governo della domanda del territorio di propria competenza in collaborazione con i professionisti di cui all’articolo 10;

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

competenza in collaborazione con i professionisti di cui all’articolo 10; c) contribuire a garantire le attività di informazione, educazione e orientamento all'utenza, nonché all’accoglienza e alla presa in carico delle persone fragili con problematiche complesse, prestando particolare attenzione alla famiglia e al suo contesto di vita; d) coordinare la realizzazione degli interventi di promozione della salute e la realizzazione delle campagne di screening. 6. I distretti afferiscono direttamente alle direzioni generali delle ATS e interagiscono con tutti i soggetti erogatori insistenti sul territorio di competenza, al fine di realizzare la rete d’offerta territoriale, anche attraverso il coinvolgimento, per i servizi di competenza delle autonomie locali, delle assemblee dei sindaci dei piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), al fine di contribuire a garantire le funzioni di cui all’articolo 3-quinquies d.lgs. 502/1992. 7. L’erogazione delle prestazioni relative alle funzioni distrettuali di cui al comma 6 sono affidate alle ASST ed ai soggetti erogatori del SSL, fatta eccezione per quelle prestazioni che le ATS, conformemente a quanto previsto dalla presente legge, possono erogare direttamente. In ogni caso, l’erogazione delle prestazioni distrettuali è garantita e assicurata dall’attività di programmazione e acquisto delle prestazioni e dei servizi da parte delle ATS.	c) contribuire a garantire le attività di informazione, educazione e orientamento all'utenza, nonché all’accoglienza e alla presa in carico delle persone fragili con problematiche complesse, prestando particolare attenzione alla famiglia e al suo contesto di vita; d) coordinare la realizzazione degli interventi di promozione della salute e la realizzazione delle campagne di screening. 6. I distretti afferiscono direttamente al polo territoriale alle direzioni generali delle ASST ATS e interagiscono con tutti i soggetti erogatori insistenti sul territorio di competenza, al fine di realizzare la rete d’offerta territoriale, anche attraverso il coinvolgimento, per i servizi di competenza delle autonomie locali, delle assemblee dei sindaci dei piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), al fine di contribuire a garantire le funzioni di cui all’articolo 3-quinquies d.lgs. 502/1992. 6. I distretti afferiscono direttamente al polo territoriale delle ASST e interagiscono con tutti i soggetti erogatori insistenti sul territorio di competenza, al fine di realizzare la rete d’offerta territoriale, anche attraverso il coinvolgimento, per i servizi di competenza delle autonomie locali, delle assemblee dei sindaci dei piani di zona, di cui alla legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e dei rappresentanti delle comunità montane, al fine di contribuire a garantire le funzioni di cui all’articolo 3-quinquies d.lgs. 502/1992. 7. L’erogazione delle prestazioni relative alle funzioni distrettuali di cui al comma 6 sono affidate alle ASST ed ai soggetti erogatori del SSL, fatta eccezione per quelle prestazioni che le ATS, conformemente a quanto previsto dalla presente legge, possono erogare direttamente. In ogni caso, l’erogazione delle prestazioni distrettuali è garantita e assicurata dall’attività di programmazione e acquisto delle prestazioni e dei servizi da parte delle ATS. 7 bis Il direttore del distretto è scelto fra soggetti, anche medici convenzionati da almeno dieci anni, che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione. Il rapporto di lavoro è esclusivo, con limite massimo retributivo pari a quello previsto nell'azienda di riferimento per i dirigenti sanitari con incarico di struttura complessa e indennità di direzione di dipartimento. L'incarico è conferito dal direttore generale a seguito dell'espletamento delle procedure e nel rispetto dei criteri e requisiti relativi agli incarichi di struttura complessa per quanto compatibili. In caso di nomina di medici convenzionati gli stessi devono essere in possesso di un’adeguata formazione manageriale e il rapporto di lavoro è regolato da un contratto di diritto privato.
	Art. 7-ter (Le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico di Regione Lombardia) 1. In ottemperanza al D.Lgs 16 ottobre 2003 n. 288 recante il «Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico», le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico della Lombardia perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza. 2. Ad esse è garantita piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, secondo la disciplina dei relativi Statuti. Nell’ambito dell’autonomia, le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico della Lombardia concorrono all’erogazione delle prestazioni di cui all’art. 7 della presente legge.
Art. 8 (Strutture private accreditate) 1. I soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari che mantengono la propria autonomia giuridica e amministrativa rientrano nella programmazione e nelle regole del SSL e ne sono parte integrante, concorrono all’erogazione delle prestazioni di cui all’articolo 7, in relazione al proprio assetto giuridico ed amministrativo. 2. I soggetti erogatori di cui al comma 1, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale e in coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS competenti per le prestazioni previste dalla programmazione di cui al comma 1 contratti analoghi a quelli previsti per le ASST di cui all’articolo 7, assumendo e rispettando i medesimi diritti e doveri, ove applicabili, previsti per le strutture pubbliche senza contributi aggiuntivi diversi da quelli previsti dalla presente legge.	Art. 8 (Strutture private accreditate) 1. I soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari che mantengono la propria autonomia giuridica e amministrativa rientrano nella programmazione e nelle regole del SSL e ne sono parte integrante, concorrono all’erogazione delle prestazioni di cui all’articolo 7, in relazione al proprio assetto giuridico ed amministrativo. 2. I soggetti erogatori di cui al comma 1, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale e in coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS competenti per le prestazioni previste dalla programmazione di cui al comma 1 contratti analoghi a quelli previsti per le ASST e le AO di cui all’articolo 7, assumendo e rispettando i medesimi diritti e doveri, ove applicabili, previsti per le strutture pubbliche senza contributi aggiuntivi diversi da quelli previsti dalla presente legge. 2bis. I soggetti erogatori di cui al comma 1, possono concorrere all’istituzione dei presidi di cui all’articolo 7, comma 13, lettere a) e b), fermo restando quanto previsto dall’articolo 6 comma 3, lettera 0a). 3. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle strutture

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

3. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle strutture private sociali ai fini dell'integrazione dell'attività sociale con le attività sanitarie e sociosanitarie compatibilmente con la normativa nazionale e regionale.	private sociali ai fini dell'integrazione dell'attività sociale con le attività sanitarie e sociosanitarie compatibilmente con la normativa nazionale e regionale. 3 bis) Sono promosse forme di stabile coinvolgimento da parte della Regione, delle ATS e delle ASST, di soggetti erogatori sanitari e sociosanitari, anche aventi la qualifica di Enti del Terzo Settore per la programmazione e realizzazione degli obiettivi del sistema sociosanitario lombardo.
	Art. 8 bis (Ospedali classificati) 1. Gli ospedali classificati secondo le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968 n. 132 (Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera), in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale, concorrono all'erogazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale in coerenza con gli indirizzi di programmazione.
	Art. 8 ter (Stabilimenti termali) In coerenza con le disposizioni della legge regionale 25 gennaio 2018, n.6 "Promozione e valorizzazione del termalismo lombardo", gli stabilimenti termali possono costituire punti erogativi nel percorso di cura e riabilitazione del paziente."
Art. 9 (Modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile) 1. Il SSL attiva modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliera sia territoriali. 2. La Regione adotta e mantiene aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponde una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito, fatte salve eventuali forme di integrazione della tariffa prevista per il ricovero. 3. La Regione a tali fini definisce in particolare: a) le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno; b) i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica o privata, che intendono attuare il modello di cui al comma 2, anche prevedendo un sistema premiante e penalizzante in funzione degli esiti riferiti all'incidenza di ricoveri e complicanze dei percorsi per la cronicità. 4. L'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 2 e 3 può prevedere fasi di progressiva e graduale messa a regime.	Art. 9 (Modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile) 1. Il SSL attiva modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliera sia territoriali. 2. La Regione adotta e mantiene aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponde una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito, fatte salve eventuali forme di integrazione della tariffa prevista per il ricovero. 3. La Regione a tali fini definisce in particolare: a) le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno; b) i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica o privata, che intendono attuare il modello di cui al comma 2, anche prevedendo un sistema premiante e penalizzante in funzione degli esiti riferiti all'incidenza di ricoveri e complicanze dei percorsi per la cronicità. 4. L'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 2 e 3 può prevedere fasi di progressiva e graduale messa a regime.
Art. 10 (Sistema delle cure primarie) 1. L'assistenza primaria viene erogata dai medici di medicina generale (MMG), dai pediatri di libera scelta (PLS) e dai medici di continuità assistenziale secondo quanto previsto nei LEA e negli accordi collettivi nazionali e di categoria, nonché secondo competenza e ruolo disciplinati dalla Regione Lombardia, in aderenza ai principi di valorizzazione, di responsabilità, di controllo e di formazione indipendente. 2. L'assistenza primaria, che comprende anche la partecipazione alla procedura di valutazione multidimensionale del bisogno, articola il proprio intervento secondo i seguenti livelli prestazionali: a) l'assistenza sanitaria primaria; b) la partecipazione alla presa in carico della persona fragile e cronica secondo i modelli di cui all'articolo 9; c) gli interventi in ambito di integrazione sanitaria e sociosanitaria con quella sociale, che può prevedere il coinvolgimento delle autonomie locali, mediante la partecipazione delle rispettive assistenti sociali. 3. Rientrano tra le forme organizzative dell'assistenza sanitaria primaria le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) di MMG e di PLS, e le unità complesse di cure primarie (UCCP), come previsto dal decreto-legge 13	Art. 10 (Sistema delle cure primarie) 1. L'assistenza primaria viene erogata dai medici di medicina generale (MMG), dai pediatri di libera scelta (PLS) e dai medici di continuità assistenziale secondo quanto previsto nei LEA e negli accordi collettivi nazionali e di categoria, nonché secondo competenza e ruolo disciplinati dalla Regione Lombardia, in aderenza ai principi di valorizzazione, di responsabilità, di controllo e di formazione indipendente. 2. L'assistenza primaria, che comprende anche la partecipazione alla procedura di valutazione multidimensionale del bisogno, articola il proprio intervento secondo i seguenti livelli prestazionali: a) l'assistenza sanitaria primaria; b) la partecipazione alla presa in carico della persona fragile e cronica secondo i modelli di cui all'articolo 9; c) gli interventi in ambito di integrazione sanitaria e sociosanitaria con quella sociale, che può prevedere il coinvolgimento delle autonomie locali, mediante la partecipazione delle rispettive assistenti sociali. 3. Rientrano tra le forme organizzative dell'assistenza sanitaria primaria le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) di MMG e di PLS, e le unità complesse di cure primarie (UCCP), come previsto dal decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute) convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e dagli accordi collettivi nazionali di categoria. La Regione promuove nelle competenti sedi, compresa la contrattazione decentrata, il perseguimento dei seguenti obiettivi riferiti all'assistenza sanitaria primaria che: a) è erogata negli studi di MMG e anche al domicilio del paziente, garantendo l'accesso diretto e illimitato; b) assicura un accesso appropriato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie attraverso la personalizzazione del percorso assistenziale, il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti sanitari presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie e l'interazione con le cure di alta specialità; c) concorre al contrasto dell'inappropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie; d) concorre alle campagne di educazione alle terapie e di prevenzione delle malattie e delle loro complicanze secondo le indicazioni stabilite dalle ATS. 4. Fatti salvi i contenuti degli accordi collettivi nazionali di categoria e tenuto conto del carattere sperimentale dell'articolazione in ATS e ASST di cui all'articolo 1 bis della l.r. 23/2015 le AFT sono coordinate da uno dei componenti medici che ne fanno parte, con attitudini manageriali e relazionali e adeguata conoscenza dei processi sanitari e sociosanitari. Il coordinatore garantisce il raccordo tra le AFT con gli altri attori del sistema territoriale per assicurare la continuità di presa in carico della persona nell'ambito del settore ospedaliero e del settore territoriale. 5. Le ATS individuano le AFT tenendo conto del bacino territoriale, dell'ubicazione dei singoli studi dei medici e della presenza di associazioni di MMG o PLS, al fine di mantenere o realizzare una ulteriore razionalizzazione dell'offerta, anche in termini di accessibilità alle prestazioni. 6. Negli studi di MMG e di PLS è favorita la presenza di personale di studio, di infermieri e la collaborazione di professionisti sanitari con adeguato profilo professionale. Gli studi di MMG possono accreditarsi per erogare prestazioni strumentali di primo livello, anche attraverso il ricorso a sistemi di telemedicina o altre soluzioni tecnologicamente avanzate, e possono essere sede di attività specialistiche ambulatoriali compatibili con le caratteristiche strutturali e organizzative. 7. Le azioni di presa in carico della persona, nella prospettiva della continuità assistenziale e nella gestione dei percorsi di cura e assistenza, sono assicurate dalle AFT e dalle UCCP. Le UCCP, che possono coordinare le AFT insistenti sul territorio di pertinenza, costituiscono forme organizzative complesse a carattere multiprofessionale che operano in maniera integrata all'interno di strutture o presidi. 8. Le UCCP sono costituite secondo le modalità stabilite dalla Regione e dirette secondo quanto previsto dal d.l. 158/2012 convertito dalla l. 189/2012. Alle UCCP possono essere affidate funzioni sanitarie e amministrative, quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione ed erogazione protesica. Le UCCP possono essere autorizzate ad operare in integrazione funzionale con il settore ospedaliero delle ASST di cui all'articolo 7, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS e degli altri soggetti erogatori sanitari e sociosanitari di diritto pubblico e privato. 9. Con deliberazione della Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, sono definiti i requisiti organizzativi e i criteri funzionali per l'accreditamento e le modalità di integrazione delle UCCP con l'articolazione della rete di offerta, fatti salvi i contenuti degli accordi collettivi nazionali di categoria e tenuto conto del carattere sperimentale dell'articolazione in ATS e ASST di cui all'articolo 1 bis della l.r. 23/2015. Nell'ambito delle UCCP è prevista l'attività di coordinatore di cure primarie, identificato tra i professionisti sanitari, per la gestione del piano di cure, predisposto dal medico di cure primarie, con particolare riguardo all'assistenza primaria e domiciliare, al fine di assicurare la collaborazione e il raccordo tra gli MMG e le articolazioni territoriali sanitarie e sociosanitarie, per accogliere e accompagnare la persona e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e alle opportunità della rete di offerta territoriale ed ospedaliera, sanitaria e sociosanitaria. 10. Nell'ambito del settore delle cure primarie, governato dalle ATS territorialmente competenti, è istituito il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, inteso come il servizio infermieristico e delle professioni sanitarie singolo o associato a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali. Sono altresì introdotte nel SSL le farmacie di servizio, come previsto dall'articolo 11 della legge 18	Paese mediante un più alto livello di tutela della salute) convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e dagli accordi collettivi nazionali di categoria. La Regione promuove nelle competenti sedi, compresa la contrattazione decentrata, il perseguimento dei seguenti obiettivi riferiti all'assistenza sanitaria primaria che: a) è erogata negli studi di MMG e anche al domicilio del paziente, garantendo l'accesso diretto e illimitato; b) assicura un accesso appropriato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie attraverso la personalizzazione del percorso assistenziale, il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti sanitari presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie e l'interazione con le cure di alta specialità; c) concorre al contrasto dell'inappropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie; d) concorre alle campagne di educazione alle terapie e di prevenzione delle malattie e delle loro complicanze secondo le indicazioni stabilite dalle ATS. 4. Fatti salvi i contenuti degli accordi collettivi nazionali di categoria e tenuto conto del carattere sperimentale dell'articolazione in ATS e ASST di cui all'articolo 1 bis della l.r. 23/2015 le AFT sono coordinate da uno dei componenti medici che ne fanno parte, con attitudini manageriali e relazionali e adeguata conoscenza dei processi sanitari e sociosanitari. Il coordinatore garantisce il raccordo tra le AFT con gli altri attori del sistema territoriale per assicurare la continuità di presa in carico della persona nell'ambito del settore ospedaliero e del settore territoriale. 5. Le ATS-ASST individuano le AFT tenendo conto del bacino territoriale, dell'ubicazione dei singoli studi dei medici e della presenza di associazioni di MMG o PLS, al fine di mantenere o realizzare una ulteriore razionalizzazione dell'offerta, anche in termini di accessibilità alle prestazioni. 6. Negli studi di MMG e di PLS è favorita la presenza di personale di studio, di infermieri e la collaborazione di professionisti sanitari con adeguato profilo professionale. Gli studi di MMG possono accreditarsi per erogare prestazioni strumentali di primo livello, anche attraverso il ricorso a sistemi di telemedicina o altre soluzioni tecnologicamente avanzate, e possono essere sede di attività specialistiche ambulatoriali compatibili con le caratteristiche strutturali e organizzative. 7. Le azioni di presa in carico della persona, nella prospettiva della continuità assistenziale e nella gestione dei percorsi di cura e assistenza, sono assicurate dalle AFT e dalle UCCP. Le UCCP, che possono coordinare le AFT insistenti sul territorio di pertinenza, costituiscono forme organizzative complesse a carattere multiprofessionale che operano in maniera integrata all'interno di strutture o presidi. 8. Le UCCP sono costituite secondo le modalità stabilite dalla Regione e dirette secondo quanto previsto dal d.l. 158/2012 convertito dalla l. 189/2012. Alle UCCP possono essere affidate funzioni sanitarie e amministrative, quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione ed erogazione protesica. Le UCCP possono essere autorizzate ad operare in integrazione funzionale con il settore ospedaliero delle ASST di cui all'articolo 7, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS e degli altri soggetti erogatori sanitari e sociosanitari di diritto pubblico e privato. 9. Con deliberazione della Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, sono definiti i requisiti organizzativi e i criteri funzionali per l'accreditamento e le modalità di integrazione delle UCCP con l'articolazione della rete di offerta, fatti salvi i contenuti degli accordi collettivi nazionali di categoria e tenuto conto del carattere sperimentale dell'articolazione in ATS e ASST di cui all'articolo 1 bis della l.r. 23/2015. Nell'ambito delle UCCP è prevista l'attività di coordinatore di cure primarie, identificato tra i professionisti sanitari, per la gestione del piano di cure, predisposto dal medico di cure primarie, con particolare riguardo all'assistenza primaria e domiciliare, al fine di assicurare la collaborazione e il raccordo tra gli MMG e le articolazioni territoriali sanitarie e sociosanitarie, per accogliere e accompagnare la persona e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e alle opportunità della rete di offerta territoriale ed ospedaliera, sanitaria e sociosanitaria. 10. Nell'ambito del settore delle cure primarie, governato dalle ASST-ATS territorialmente competenti, è istituito il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, inteso come il servizio infermieristico e delle professioni sanitarie singolo o associato a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali. Sono altresì introdotte nel SSL le farmacie di servizio, come previsto dall'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 (Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile). 10. Nell'ambito del sistema delle cure primarie, governato dalle ASST territorialmente competenti, sono istituiti i servizi di infermiere di famiglia e di comunità, di ostetrica di famiglia e di comunità e delle professioni
---	--

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

giugno 2009, n. 69 (Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile). 11. La Regione favorisce l'esercizio in forma associata dell'attività dei medici di cure primarie, preferibilmente attraverso l'erogazione delle relative prestazioni nei POT e nei PreSST ovvero con forme aggregative alternative per particolari territori disagiati.	sanitarie, intesi come servizi singoli o associati a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali. Sono altresì introdotte nel SSL le farmacie di servizio, come previsto dall'articolo 84 della presente legge dall'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 (Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile). 11. La Regione favorisce l'esercizio in forma associata dell'attività dei medici di cure primarie, preferibilmente attraverso l'erogazione delle relative prestazioni nei POT, negli ospedali di comunità, nei PreSST, nelle Case della Comunità ovvero o con forme aggregative alternative per particolari territori disagiati. 11. La Regione favorisce l'esercizio in forma associata dell'attività dei medici di cure primarie e degli infermieri di famiglia e comunità, preferibilmente attraverso l'erogazione delle relative prestazioni, negli ospedali di comunità, nelle Case della Comunità o con forme aggregative alternative per particolari territori disagiati. 11 bis. La Regione favorisce, nell'esercizio dell'attività dei medici di cure primarie, l'utilizzo delle tecnologie informative per incrementare il ricorso alla telemedicina, al teleconsulto e al telemonitoraggio, anche al fine di potenziare e migliorare la presa in carico del paziente affetto da patologie croniche; 11 bis. La Regione favorisce, nell'esercizio delle attività, in relazione alle proprie competenze, dei medici di cure primarie, dell'infermiere di famiglia e comunità e dei professionisti sanitari, l'utilizzo delle tecnologie informative per incrementare il ricorso alla telemedicina, al teleconsulto e al telemonitoraggio e teleriabilitazione, in sinergia con le farmacie, anche al fine di potenziare e migliorare la presa in carico del paziente affetto da patologie croniche. 11ter. E' istituito il comitato di indirizzo cure primarie, composto da dirigenti della direzione generale Welfare, con funzioni di coordinamento, e da rappresentanti della medicina territoriale, e degli infermieri di famiglia e comunità al fine di predisporre annualmente linee guida, da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale, relative alla presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche, nonché alla programmazione della formazione dei medici di medicina generale e degli infermieri di famiglia e comunità. La Giunta regionale definisce la composizione del comitato e le relative modalità di funzionamento con deliberazione da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).
Art. 11 (Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo) 1. La Regione istituisce l'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo quale ente di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile. 2. Sono organi dell'Agenzia di controllo che restano in carica per la durata della legislatura e comunque fino alla nomina dei nuovi: a) il direttore, rappresentante legale dell'Agenzia, nominato dal Presidente della Giunta regionale, individuandolo da un elenco stilato dal comitato tecnico consultivo di cui all'articolo 4 della legge regionale 10 dicembre 2008, n. 32 (Disciplina delle nomine e designazioni della Giunta regionale e del Presidente della Regione), tra i partecipanti ad un bando predisposto dalla Giunta regionale per la selezione di candidati con particolare esperienza di gestione dei sistemi sanitari e socio sanitari e di sistemi di qualità connessi all'attività sanitaria e sociosanitaria e con specifiche competenze legali e gestionali; il rapporto di lavoro del direttore è regolato da un contratto di diritto privato, di durata non superiore a cinque anni, rinnovabile, nel quale sono disciplinati gli aspetti retributivi e le cause di risoluzione; per quanto attiene gli aspetti previdenziali e assistenziali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, comma 11, del d.lgs. 502/1992; b) il collegio sindacale, secondo la composizione di cui all'articolo 3 ter, comma 3 del d.lgs. 502/1992; c) il comitato di direzione, alle cui riunioni partecipa anche il direttore, è composto da tre membri nominati dal Presidente della Giunta regionale, su indicazione della Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza del Consiglio regionale, individuati da un elenco stilato dal comitato tecnico consultivo di cui all'articolo 4 della l.r. 32/2008, tra i partecipanti ad un bando predisposto dalla Giunta regionale per la selezione di candidati con particolare esperienza di gestione dei sistemi sanitari e socio sanitari e di	Art. 11 (Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo) 1. La Regione istituisce l'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo quale ente di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile. 2. Sono organi dell'Agenzia di controllo che restano in carica per la durata della legislatura e comunque fino alla nomina dei nuovi: a) il direttore generale, rappresentante legale dell'Agenzia, è nominato dalla Presidente della Giunta regionale individuandolo fra coloro che sono inseriti nella rosa regionale di cui all'articolo 12, comma 6 un elenco stilato dal comitato tecnico consultivo di cui all'articolo 4 della legge regionale 10 dicembre 2008, n. 32 (Disciplina delle nomine e designazioni della Giunta regionale e del Presidente della Regione), tra i partecipanti ad un bando predisposto dalla Giunta regionale per la selezione di candidati con particolare esperienza di gestione dei sistemi sanitari e socio sanitari e di sistemi di qualità connessi all'attività sanitaria e sociosanitaria e con specifiche competenze legali e gestionali; il rapporto di lavoro del direttore è regolato da un contratto di diritto privato, di durata non superiore a cinque anni, rinnovabile, nel quale sono disciplinati gli aspetti retributivi e le cause di risoluzione; per quanto attiene gli aspetti previdenziali e assistenziali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, comma 11, del d.lgs. 502/1992; b) il collegio sindacale, secondo la composizione di cui all'articolo 3 ter, comma 3 del d.lgs. 502/1992; c) il comitato di direzione, alle cui riunioni partecipa anche il direttore, è composto da tre membri nominati dal Presidente della Giunta regionale, su indicazione della Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza del Consiglio regionale, individuati da un elenco stilato dal comitato tecnico consultivo di cui all'articolo 4 della l.r. 32/2008, tra i partecipanti ad un bando predisposto dalla Giunta regionale per la selezione di candidati con particolare esperienza di gestione dei sistemi sanitari e socio sanitari e di sistemi di qualità connessi all'attività sanitaria e sociosanitaria e con

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

sistemi di qualità connessi all’attività sanitaria e sociosanitaria e con specifiche competenze legali e gestionali. Il comitato tecnico consultivo, in particolare, individua nell’elenco le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il triplo ed il quadruplo dei membri da nominare, anche avvalendosi per la selezione, di test, questionari e/o colloqui individuali, e descrive le caratteristiche dei candidati individuati. 3. La Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza può conferire l’incarico di membro del comitato di direzione anche ad altro soggetto, purchè inserito nell’elenco di cui alla lettera c). 4. L’Agenzia di controllo, quale organismo tecnico-scientifico terzo ed indipendente, svolge le seguenti funzioni: a) predisporre e propone alla Giunta regionale che lo approva, previo parere della commissione consiliare competente, il piano annuale dei controlli e dei protocolli; la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS deve essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi. Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL s’intendono, esclusivamente per l’esercizio di tale attività, funzionalmente collegate con l’Agenzia di controllo, che ne coordina l’attività verificando la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS; b) programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS, in accordo con le ATS di competenza su tutto il territorio regionale; c) definisce gruppi di lavoro multidisciplinari, attingendo dalle strutture di cui alla lettera a), provenienti da più ATS, per l’effettuazione delle diverse tipologie di controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie; d) individua e valuta un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli, non limitato all’esame a campione, ma articolato in un diffuso raffronto di dati e indicazioni per prestazioni omogenee che garantiscano la rispondenza ai criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati, anche attraverso l’analisi dell’incidenza dei costi sui fattori di produzione dei soggetti erogatori; e) valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della remunerazione delle funzioni non tariffabili e, in funzione degli esiti analitici, propone ulteriori indicatori alla Giunta regionale; f) valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione delle maggiorazioni tariffarie di cui all’articolo 27 bis; g) analizza i dati che derivano dall’attività di controllo e fornisce alla Giunta regionale elementi utili per l’aggiornamento del sistema degli indicatori di efficacia ed efficienza a supporto della programmazione, del sistema di valutazione delle performance, utilizzando metodologie di revisione tra pari e al fine di rendere, mediante un’adeguata informazione, la scelta del cittadino consapevole e responsabile; [h)] i) raccoglie i dati oggetto della propria attività di controllo del SSL e le informazioni sulla soddisfazione degli utenti, e con l’obbligo di presentare una relazione annuale al Consiglio regionale e di provvedere alla successiva pubblicazione integrale della relazione, completa di dati esaustivi, in modo puntuale e trasparente. 5. Le funzioni di cui alle lettere a), d), e), f), g) e i) del comma 4 sono in capo al comitato di direzione. Le funzioni di cui alla lettera b) sono in capo al direttore generale. Le funzioni di cui alla lettera c) sono in capo al direttore generale, sentito il comitato di direzione. 6. Il comitato di direzione valuta il raggiungimento degli obiettivi annuali assegnati al direttore, anche ai fini della valutazione sulla retribuzione di risultato, e propone alla Giunta regionale la risoluzione del contratto nel caso in cui ravvisi la sussistenza di gravi inadempienze o violazioni di legge o dei principi di buon andamento ed imparzialità dell’attività amministrativa.	specifiche competenze legali e gestionali. Il comitato tecnico consultivo, in particolare, individua nell’elenco le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il triplo ed il quadruplo dei membri da nominare, anche avvalendosi per la selezione, di test, questionari e/o colloqui individuali, e descrive le caratteristiche dei candidati individuati. 3. La Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza può conferire l’incarico di membro del comitato di direzione anche ad altro soggetto, purchè inserito nell’elenco di cui alla lettera c). 4. L’Agenzia di controllo, quale organismo tecnico-scientifico terzo ed indipendente, svolge le seguenti funzioni: a) predisporre e propone alla Giunta regionale che lo approva, previo parere della commissione consiliare competente, il piano annuale dei controlli e dei protocolli; la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS deve essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi. Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL svolgono le proprie attività in coerenza con i contenuti del piano annuale dei controlli s’intendono, esclusivamente per l’esercizio di tale attività, funzionalmente collegate con l’Agenzia di controllo, che ne coordina l’attività verificando la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS; a bis) verifica la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS; b) programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS, in accordo con le ATS di competenza su tutto il territorio regionale; c) definisce gruppi di lavoro multidisciplinari, attingendo dalle strutture di cui alla lettera a), provenienti da più ATS, per l’effettuazione delle diverse tipologie di controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie; d) individua e valuta un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli, non limitato all’esame a campione, ma articolato in un diffuso raffronto di dati e indicazioni per prestazioni omogenee che garantiscano la rispondenza ai criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati, anche attraverso l’analisi dell’incidenza dei costi sui fattori di produzione dei soggetti erogatori; e) valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della remunerazione delle funzioni non tariffabili e, in funzione degli esiti analitici, può proporre propone ulteriori indicatori alla Giunta regionale; f) valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione delle maggiorazioni tariffarie di cui all’articolo 27 bis e può formulare proposte migliorative alla Giunta regionale; g) analizza i dati che derivano dall’attività di controllo e fornisce alla Giunta regionale elementi utili per l’aggiornamento del sistema degli indicatori di efficacia ed efficienza a supporto della programmazione, del sistema di valutazione delle performance, utilizzando metodologie di revisione tra pari e al fine di rendere, mediante un’adeguata informazione, la scelta del cittadino consapevole e responsabile; [h)] i) raccoglie i dati oggetto della propria attività di controllo del SSL e le informazioni sulla soddisfazione degli utenti, e con l’obbligo di presentare una relazione annuale al Consiglio regionale e di provvedere alla successiva pubblicazione integrale della relazione, completa di dati esaustivi, in modo puntuale e trasparente. i bis) sviluppa e valida indicatori di rischio in grado di rilevare in maniera tempestiva eventi sentinella specifici; 5. Le funzioni di cui alle lettere a), d), e), f), g) e i) del comma 4 sono in capo al comitato di direzione, sentito il direttore generale. Le funzioni di cui alla lettera b) sono in capo al direttore generale. Le funzioni di cui alla lettera c) sono in capo al direttore generale, sentito il comitato di direzione. 6. Il comitato di direzione valuta il raggiungimento degli obiettivi annuali assegnati al direttore generale, anche ai fini della valutazione sulla retribuzione di risultato, e propone alla Giunta regionale la risoluzione del contratto nel caso in cui ravvisi la sussistenza di gravi inadempienze o violazioni di legge o dei principi di buon andamento ed imparzialità dell’attività amministrativa. 7. La Regione e tutti gli enti del sistema sono tenuti a fornire all’Agenzia tutti i dati e le informazioni utili all’espletamento dei compiti alla stessa affidati dalla presente legge. 8. Qualora le ATS non si conformino alle richieste formulate dall’Agenzia, la stessa Agenzia invia alla Giunta regionale e alla competente commissione consiliare la segnalazione di tali omissioni, affinché la stessa Giunta provveda all’assunzione di provvedimenti opportuni nei confronti della ATS inadempiente.
---	---

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

7. La Regione e tutti gli enti del sistema sono tenuti a fornire all’Agenzia tutti i dati e le informazioni utili all’espletamento dei compiti alla stessa affidati dalla presente legge. 8. Qualora le ATS non si conformino alle richieste formulate dall’Agenzia, la stessa Agenzia invia alla Giunta regionale e alla competente commissione consiliare la segnalazione di tali omissioni, affinché la stessa Giunta provveda all’assunzione di provvedimenti opportuni nei confronti della ATS inadempiente. 9. Ai fini della piena funzionalità dell’Agenzia, su proposta del comitato di direzione, la Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, definisce la sede, la struttura organizzativa, il patrimonio e le risorse professionali e finanziarie.	9. Ai fini della piena funzionalità dell’Agenzia, su proposta del comitato di direzione, la Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, definisce la sede, la struttura organizzativa, il patrimonio e le risorse professionali e finanziarie.
	Art. 11bis (Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive) 1 E’ istituito il centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive quale ente di diritto pubblico, di supporto tecnico-scientifico della Regione e del sistema sanitario, dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile appartenente agli enti sanitari del sistema regionale di cui all’articolo 1 della l.r. 30/2006, quale supporto tecnico-scientifico della Regione e del sistema sanitario. 2. Sono organi del centro: a) il consiglio di amministrazione; b) il direttore generale; c) il collegio sindacale. 3. Il centro svolge le seguenti funzioni: a) preparazione ad eventuali emergenze sanitarie epidemiche e relativa attività di formazione alle strutture a tal fine preposte; b) gestione delle emergenze epidemiche e pandemiche a livello clinico e diagnostico; c) gestione dei dati epidemiologici in relazione ad epidemie e pandemie; d) progettazione di interventi nella logica del principio one health prevedendo l’integrazione tra salute ambientale, animale e umana; e) proposte di miglioramento ambientale e di riduzione di rischi di zoonosi; f) ricerca e monitoraggio nel campo della prevenzione, della diagnosi e della cura derivanti dalla diffusione di microorganismi, batteri, virus; g) ricerca di nuove strategie terapeutiche; h) gestione delle pratiche di politica sanitaria finalizzate al buon utilizzo dei farmaci antibiotici e al contrasto all’antibiotico-resistenza; i) azioni di prevenzione per il contrasto all’antibiotico-resistenza; j) studio e controllo delle infezioni trasmissibili potenzialmente pericolose per la popolazione; k) ricerca di nuovi vaccini; l) sviluppo di programmi per il trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca. 4. Il centro, in collaborazione sinergica con le strutture sanitarie presenti sul territorio e tenuto conto dei principi del principio di cui all’articolo 2, comma 1 lettera n quinquies), è articolato organizzativamente nelle seguenti aree: a) prevenzione; b) clinica; c) ricerca; d) politica sanitaria; e) promozione e difesa della salute; f) governance e partening; g) didattica, formazione ed educazione. 5. Il consiglio di amministrazione del centro esercita le funzioni di indirizzo e programmazione dello stesso nonché le ulteriori funzioni previste nello Statuto ed è composto da cinque membri, esterni all’amministrazione regionale, tre nominati dalla Giunta regionale di cui uno sentito L’istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell’Emilia-Romagna e uno sentita l’ARPA Lombardia, uno nominato dal Ministro della Salute e uno dal Ministro della Ricerca, scelti tra esperti di notoria indipendenza, di elevata e accertata professionalità con esperienze e competenze in almeno uno dei seguenti settori: epidemiologia, virologia, prevenzione sanitaria, medicina delle catastrofi, malattie infettive, ricerca clinica, informatica previsionale, statistica. 6. Ferme restando le previsioni di cui alla l.r. 32/2008 (Disciplina delle nomine e designazioni di competenza della Giunta regionale e del Presidente della Regione) in materia di cause di esclusione, incompatibilità e conflitto d’interesse, i componenti del consiglio di amministrazione non possono essere scelti tra persone che partecipano, in via elettiva o di nomina, a organi di indirizzo politico delle amministrazioni statali, regionali e locali, nonché tra persone che ricoprono cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali. I componenti possono essere riconfermati nell’incarico per una

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

	sola volta. Con provvedimento della Giunta regionale sono determinate le indennità e gli eventuali rimborsi spese spettanti ai componenti del consiglio di amministrazione del centro. Con provvedimento della Giunta regionale sono determinate le indennità e gli eventuali rimborsi spese spettanti ai componenti del consiglio di amministrazione del centro. 7. Lo statuto del centro, approvato dalla Giunta regionale, disciplina le funzioni degli organi, la sede e le modalità di funzionamento ed organizzazione del centro, nel rispetto del principio di separazione tra le funzioni di indirizzo e quelle di gestione riservate, rispettivamente, al Consiglio di Amministrazione e al Direttore Generale nonché delle previsioni della presente legge. 8. Il Direttore Generale, legale rappresentante del centro, è nominato dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale al Welfare, ed è individuato tra gli idonei presenti nella rosa regionale di cui all'articolo 12, comma 6. Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni. 9. La direzione scientifica del Centro è affidata ad un direttore scientifico nominato dal Consiglio di amministrazione, d'intesa con il Presidente della Giunta regionale e su proposta del sentito l'Assessore regionale al Welfare, in possesso di laurea in medicina e chirurgia e di comprovate capacità scientifiche e manageriali, previa selezione ad esito di avviso pubblico da parte di una commissione composta da tre esperti nelle suddette materie di cui uno nominato dalla Giunta regionale, uno da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti e uno da AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari). I lavori della Commissione non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Il rapporto di lavoro del direttore scientifico è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni. 10. Il collegio sindacale è organo di controllo contabile del centro ed è nominato secondo le modalità previste dal d.lgs. 502/1992".
Art. 12 (Organi delle ATS, delle ASST, delle AO e degli IRCCS) 1. Sono organi delle ATS, delle ASST e delle AO il direttore generale, quale legale rappresentante e responsabile della gestione complessiva, il collegio di direzione e il collegio sindacale. 1 bis. I direttori generali sono nominati, per non più di due mandati consecutivi nella stessa sede, con deliberazione della Giunta regionale secondo le disposizioni del d.lgs. 502/1992 e del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria). Presso le aziende nelle 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 decorsi cinque giorni lavorativi dall'inoltro della proposta regionale, senza che pervenga formale e motivato diniego da parte del rettore. 2. I direttori generali sono valutati da parte della Giunta regionale secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 171/2016. La Giunta regionale può, modificare, quanto alla sede di assegnazione, gli incarichi già conferiti ai direttori generali. La mobilità interaziendale non ha effetto sulla durata dell'originario contratto, e la mancata accettazione, senza giustificato motivo, del reincarico comporta la risoluzione del contratto. [3.] 4. Nella deliberazione finalizzata alla formazione della rosa dei candidati fra i quali vengono scelti i direttori generali, la Giunta regionale definisce le modalità di selezione e specifica i criteri da utilizzare al fine di valutare in concreto l'adeguatezza dell'esperienza dirigenziale, anche con riferimento al settore di provenienza, tenuto conto della tipologia delle strutture nelle quali sia stata effettivamente svolta l'attività. [5.] 6. La commissione regionale, di cui all'articolo 2, comma 1, del d.lgs. 171/2016, in particolare individua, tra gli idonei all'avviso pubblico regionale per il conferimento dell'incarico di direttore generale, le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL in un numero tra il doppio e il triplo dei direttori generali da nominare. La commissione regionale effettua la valutazione dei candidati per titoli, colloquio e test/questionari e descrive le caratteristiche dei candidati individuati.	Art. 12 (Organi delle ATS, delle ASST, delle AO e degli IRCCS) 1. Sono organi delle ATS, delle ASST e delle AO il direttore generale, quale legale rappresentante e responsabile della gestione complessiva, il collegio di direzione e il collegio sindacale. 1 bis. I direttori generali sono nominati, per non più di due mandati consecutivi nella stessa sede, con deliberazione della Giunta regionale secondo le disposizioni del d.lgs. 502/1992 e del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria). Presso le aziende nelle 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 decorsi cinque giorni lavorativi dall'inoltro della proposta regionale, senza che pervenga formale e motivato diniego da parte del rettore. 2. I direttori generali sono valutati da parte della Giunta regionale secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 171/2016. La Giunta regionale può, modificare, quanto alla sede di assegnazione, gli incarichi già conferiti ai direttori generali. La mobilità interaziendale non ha effetto sulla durata dell'originario contratto, e la mancata accettazione, senza giustificato motivo, del reincarico comporta la risoluzione del contratto. [3.] 4. Nella deliberazione finalizzata alla formazione della rosa dei candidati fra i quali vengono scelti i direttori generali, la Giunta regionale definisce le modalità di selezione e specifica i criteri da utilizzare al fine di valutare in concreto l'adeguatezza dell'esperienza dirigenziale, anche con riferimento al settore di provenienza, tenuto conto della tipologia delle strutture nelle quali sia stata effettivamente svolta l'attività. [5.] 6. La commissione regionale, di cui all'articolo 2, comma 1, del d.lgs. 171/2016, in particolare individua tra gli idonei all'avviso pubblico regionale per il al conferimento dell'incarico di direttore generale fino a le trecento candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL in un numero tra il doppio e il triplo dei direttori generali da nominare. In coerenza con quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, d.lgs. 171/2016 l'inserimento nella rosa regionale ha una durata massima di tre anni purché i candidati inclusi nella predetta rosa risultino ancora inseriti nell'elenco nazionale. La commissione regionale effettua la valutazione dei candidati per titoli, e colloquio e test/questionari e descrive le caratteristiche dei candidati individuati. 6 bis. I direttori generali delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico sono individuati esclusivamente tra coloro che risultano inseriti nelle rosa

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

6 bis. I direttori generali delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico sono individuati esclusivamente tra coloro che risultano inseriti nelle rosa regionale di cui al d.lgs. 171/2016 e non possono ricoprire l’incarico per più di due mandati consecutivi nella medesima fondazione.

[7.]

[8.]

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

10. Fermo restando quanto previsto dall’articolo 3, comma 6, del d.lgs. 502/1992, in caso di assenza o impedimento del direttore generale, determinati da sospensione cautelare disposta dalla Giunta regionale, le relative funzioni sono svolte dal direttore sanitario o dal direttore amministrativo più anziano di età. La gestione interinale non può protrarsi oltre sei mesi. Decorso tale periodo, la Giunta regionale procede alla nomina del direttore generale o, per un periodo massimo di dodici mesi, di un commissario straordinario. Il commissario deve possedere gli stessi requisiti previsti per la figura rimasta vacante. Durante il periodo di sospensione permane in capo al direttore generale sospeso il vincolo di esclusività di cui al comma 9. Per quanto riguarda il rimborso delle spese di difesa giudiziale, ai direttori generali si applicano le disposizioni di cui all’articolo 99 della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale).

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

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

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

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

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

regionale di cui al d.lgs. 171/2016 e non possono ricoprire l’incarico per più di due mandati consecutivi nella medesima fondazione.

[7.]

[8.]

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

Il trattamento economico del direttore generale è integrato, in coerenza con quanto previsto dal DPCM 502/1995, per la partecipazione in relazione a corsi di formazione manageriale e iniziative di studio ed aggiornamento, promosse e disciplinate dalla regione con provvedimento della Giunta regionale, alle quali lo stesso deve partecipare per garantire un elevato livello di qualità della prestazione professionale connessa al ruolo ricoperto. Il collocamento a riposo del direttore generale delle strutture sanitarie pubbliche comporta la cessazione dall’incarico e la conseguente risoluzione del contratto a far data dal giorno del collocamento a riposo.

10. Fermo restando quanto previsto dall’articolo 3, comma 6, del d.lgs. 502/1992, in caso di **vacanza dell’ufficio**, assenza o impedimento del direttore generale, ~~determinati da sospensione cautelare disposta dalla Giunta regionale~~, le relative funzioni sono svolte dal direttore sanitario o dal direttore amministrativo più anziano di età. La gestione interinale non può protrarsi oltre sei mesi. ~~Decorso tale periodo, Entro tale termine~~ la Giunta regionale procede alla nomina del direttore generale o, per un periodo massimo di dodici mesi, di un commissario straordinario. Il commissario deve possedere gli stessi requisiti previsti per la figura rimasta vacante. Durante il periodo di sospensione permane in capo al direttore generale sospeso il vincolo di esclusività di cui al comma 9. Per quanto riguarda il rimborso delle spese di difesa giudiziale, ai direttori generali si applicano le disposizioni di cui all’articolo 99 della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale).

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

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

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

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

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

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

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

[16 bis.]

[16 ter.]

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

15. Il collegio di direzione e il collegio sindacale sono nominati secondo le modalità previste dal d.lgs. 502/1992. 16. Ai componenti del collegio sindacale spetta un’indennità per l’espletamento delle funzioni in misura pari al dodici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali. Al presidente del collegio spetta un’indennità in misura pari al quindici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali. [16 bis.] [16 ter.]	
Art. 13 (Direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore sociosanitario) 1. I direttori generali delle ATS e delle ASST nominano il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore sociosanitario tra gli idonei presenti nell’elenco di cui ai commi 2, 3 e 4. I direttori generali delle AO e degli IRCCS nominano il direttore sanitario e il direttore amministrativo tra gli idonei presenti nell’elenco di cui ai commi 2 e 3. 2. Per accedere all’elenco degli idonei alla direzione sanitaria, i candidati devono essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia e di almeno un diploma di specializzazione e avere un’età inferiore a sessantacinque anni. Devono dimostrare di aver svolto per almeno cinque anni una qualificata esperienza dirigenziale caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, presso la pubblica amministrazione, strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private, come previsto dal d.lgs. 502/1992. 3. Per accedere all’elenco degli idonei alla direzione amministrativa i candidati dovranno essere in possesso di diploma di laurea magistrale o diploma equipollente o equivalente in discipline giuridiche o economiche, avere un’età inferiore a sessantacinque anni e un’adeguata esperienza di direzione tecnica o amministrativa almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie, sociosanitarie o in altri settori, caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie. 4. Per accedere all’elenco degli idonei alla direzione sociosanitaria, i candidati devono essere in possesso di diploma di laurea magistrale, non aver compiuto il sessantacinquesimo anno d’età e aver svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione in ambito sanitario, sociosanitario o socioassistenziale, caratterizzata da autonomia gestionale delle risorse umane, tecniche o finanziarie. [5.] [6.] [7.] 8. L’inserimento negli elenchi degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina, che avviene tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconfiribilità dell’incarico e preferibilmente per i candidati con il limite di età inferiore di cinque anni rispetto ai limiti pensionistici individuali previsti dalla normativa nazionale vigente. 9. I rapporti di lavoro dei direttori sanitario, amministrativo e sociosanitario sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato che stabiliscono anche la durata dell’incarico, comunque non inferiore a tre e non superiore cinque anni, con verifiche. 10. Agli elenchi di cui al comma 2 attingono anche le strutture sanitarie private classificate come dipartimento d’emergenza accettazione (DEA) o dipartimento d’emergenza e alta specialità (EAS) o provviste di più di duecentocinquanta posti letto accreditati e a contratto o appartenenti a un ente unico gestore di almeno due presidi ospedalieri accreditati e a contratto.	Art. 13 (Direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore sociosanitario) 1. I direttori generali delle ATS e delle ASST nominano il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore sociosanitario tra gli idonei presenti nell’elenco di cui ai commi 2, 3 e 4. I direttori generali delle AO e degli IRCCS nominano il direttore sanitario e il direttore amministrativo tra gli idonei presenti nell’elenco di cui ai commi 2 e 3. 2. Per accedere all’elenco degli idonei alla direzione sanitaria, i candidati devono essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia e di almeno un diploma di specializzazione e avere un’età inferiore a sessantacinque anni. Devono dimostrare di aver svolto per almeno cinque anni una qualificata esperienza dirigenziale caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, presso la pubblica amministrazione, strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private, come previsto dal d.lgs. 502/1992. 3. Per accedere all’elenco degli idonei alla direzione amministrativa i candidati dovranno essere in possesso di diploma di laurea magistrale o diploma equipollente o equivalente in discipline giuridiche o economiche, avere un’età inferiore a sessantacinque anni e un’adeguata esperienza di direzione tecnica o amministrativa almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie, sociosanitarie o in altri settori, caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie. 4. Per accedere all’elenco degli idonei alla direzione sociosanitaria, i candidati devono essere in possesso di diploma di laurea magistrale, non aver compiuto il sessantacinquesimo anno d’età e aver svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione in ambito sanitario, sociosanitario o socioassistenziale, caratterizzata da autonomia gestionale delle risorse umane, tecniche o finanziarie. [5.] [6.] [7.] 8. L’inserimento negli elenchi degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina, che avviene tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconfiribilità dell’incarico e preferibilmente per i candidati con il limite di età inferiore di cinque anni rispetto ai limiti pensionistici individuali previsti dalla normativa nazionale vigente. 9. I rapporti di lavoro dei direttori sanitario, amministrativo e sociosanitario sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato che stabiliscono anche la durata dell’incarico, comunque non inferiore a tre e non superiore cinque anni, con verifiche. Il trattamento economico del direttore sanitario, amministrativo e sociosanitario dei direttori sanitari, amministrativi e sociosanitari è integrato, in coerenza con quanto previsto dal DPCM 502/1995, per la partecipazione in relazione a corsi di formazione manageriale e iniziative di studio ed aggiornamento, promosse e disciplinate dalla regione con provvedimento della Giunta regionale, alle quali gli stessi devono partecipare per garantire un elevato livello di qualità della prestazione professionale connessa al ruolo ricoperto. Il collocamento a riposo del direttore amministrativo, sanitario e sociosanitario dei direttori amministrativi, sanitari e sociosanitari delle strutture sanitarie pubbliche comporta la cessazione dall’incarico e la conseguente risoluzione del contratto a far data dal giorno del collocamento a riposo. 10. Agli elenchi di cui al comma 2 attingono anche le strutture sanitarie private classificate come dipartimento d’emergenza accettazione (DEA) o dipartimento d’emergenza e alta specialità (EAS) o provviste di più di duecentocinquanta posti letto accreditati e a contratto o appartenenti a un ente unico gestore di almeno due presidi ospedalieri accreditati e a contratto.
[Art. 13 bis]	[Art. 13 bis]
[Art. 14]	[Art. 14]
Art. 15 (Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie)	Art. 15 (Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie)

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

1. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria è rilasciata dall'ATS competente per territorio, che dispone anche le eventuali variazioni, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'autorizzazione in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico, ed è richiesta per le strutture sanitarie di ricovero e cura, nonché per i centri di procreazione medicalmente assistita e per la residenzialità psichiatrica. Tutte le altre strutture sanitarie, le strutture sociosanitarie e i soggetti che intendono svolgere attività di soccorso sanitario, trasporto sanitario semplice o di trasporto sanitario, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, presentano una segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) alla ATS competente per territorio, allegando i documenti previsti dalle vigenti normative. 2. La Giunta regionale, con deliberazione da comunicare alla commissione consiliare competente, stabilisce: a) l'iter procedurale e i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie comprensive della presa in carico del cittadino, nonché le modalità di presentazione della SCIA; b) le modalità di verifica della permanenza dei requisiti richiesti per l'esercizio delle attività di cui alla lettera a); c) l'iter procedurale e i requisiti, ulteriori rispetto a quelli minimi, per la concessione dell'accreditamento, nonché la durata del medesimo accreditamento e le modalità di verifica della permanenza di tutti i requisiti richiesti; d) le modalità di raccolta e aggiornamento dei dati inerenti alle strutture esercenti attività sanitarie e sociosanitarie. 3. Sono accreditate le strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate, nonché le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private che abbiano presentato la SCIA e che siano in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private), nonché degli ulteriori requisiti stabiliti dalla Giunta regionale. 4. Le ATS accreditano le strutture sanitarie e sociosanitarie e dispongono eventuali variazioni dell'accreditamento, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'accreditamento in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico. 5. Per le strutture pubbliche e private l'accreditamento si perfeziona all'atto dell'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate, previa verifica con gli atti di indirizzo regionale, nel rispetto della normativa vigente sulla trasparenza dei dati. 6. L'accreditamento è condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'assunzione degli oneri di cui al primo periodo è subordinata, sulla base del fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance. La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate. 7. La Giunta regionale approva lo schema tipo in base al quale le ATS stipulano gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 con i gestori di attività sanitarie e sociosanitarie. Le ATS provvedono anche alle novazioni contrattuali che si rendano necessarie a seguito delle variazioni di accreditamento. 8. La stipula degli accordi contrattuali è subordinata alla produzione da parte dei soggetti di diritto privato di documentazione comprovante requisiti di solidità del bilancio, capacità di continuità aziendale e di ottemperanza agli obblighi di legge, così come specificati con provvedimento della Giunta regionale. 9. Non possono essere accreditati, o decadono dall'accreditamento, i soggetti privati erogatori di attività sanitarie e sociosanitarie che utilizzano, anche saltuariamente, in violazione delle disposizioni contenute nell'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), personale dipendente da aziende sanitarie e da strutture sanitarie e sociosanitarie del servizio sanitario nazionale. 10. L'accertamento, da parte dell'ATS competente per territorio, della perdita dei requisiti comporta la declaratoria di decadenza	1. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria è rilasciata dall'ATS competente per territorio, che dispone anche le eventuali variazioni, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'autorizzazione in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico, ed è richiesta per le strutture sanitarie di ricovero e cura, nonché per i centri di procreazione medicalmente assistita e per la residenzialità psichiatrica. Tutte le altre strutture sanitarie, le strutture sociosanitarie e i soggetti che intendono svolgere attività di soccorso sanitario, trasporto sanitario semplice o di trasporto sanitario, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, presentano una segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) alla ATS competente per territorio, allegando i documenti previsti dalle vigenti normative. 2. La Giunta regionale, con deliberazione da comunicare alla commissione consiliare competente, stabilisce: a) l'iter procedurale e i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie comprensive della presa in carico del cittadino, nonché le modalità di presentazione della SCIA; b) le modalità di verifica della permanenza dei requisiti richiesti per l'esercizio delle attività di cui alla lettera a); c) l'iter procedurale e i requisiti, ulteriori rispetto a quelli minimi, per la concessione dell'accreditamento, nonché la durata del medesimo accreditamento e le modalità di verifica della permanenza di tutti i requisiti richiesti; d) le modalità di raccolta e aggiornamento dei dati inerenti alle strutture esercenti attività sanitarie e sociosanitarie. 3. Sono accreditate le strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate, nonché le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private che abbiano presentato la SCIA e che siano in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private), nonché degli ulteriori requisiti stabiliti dalla Giunta regionale. 4. Le ATS accreditano le strutture sanitarie e sociosanitarie e dispongono eventuali variazioni dell'accreditamento, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'accreditamento in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico. 5. Per le strutture pubbliche e private l'accreditamento si perfeziona all'atto dell'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate da parte della Regione, previa verifica con gli atti di indirizzo regionale, nel rispetto della normativa vigente sulla trasparenza dei dati. 6. L'accreditamento è condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'assunzione degli oneri di cui al primo periodo è subordinata, sulla base del fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance. La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate. 7. La Giunta regionale approva lo schema tipo in base al quale le ATS stipulano gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 con i gestori di attività sanitarie e sociosanitarie. Le ATS provvedono anche alle novazioni contrattuali che si rendano necessarie a seguito delle variazioni di accreditamento. 8. La stipula degli accordi contrattuali è subordinata alla produzione da parte dei soggetti di diritto privato di documentazione comprovante requisiti di solidità del bilancio, capacità di continuità aziendale e di ottemperanza agli obblighi di legge, così come specificati con provvedimento della Giunta regionale. 9. Non possono essere accreditati, o decadono dall'accreditamento, i soggetti privati erogatori di attività sanitarie e sociosanitarie che utilizzano, anche saltuariamente, in violazione delle disposizioni contenute nell'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), personale dipendente da aziende sanitarie e da strutture sanitarie e sociosanitarie del servizio sanitario nazionale. 10. L'accertamento, da parte dell'ATS competente per territorio, della perdita dei requisiti comporta la declaratoria di decadenza dall'accreditamento e dalla titolarità dei conseguenti rapporti con il servizio sanitario e sociosanitario regionale. Il provvedimento recante la declaratoria
---	--

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

dall'accreditamento e dalla titolarità dei conseguenti rapporti con il servizio sanitario e sociosanitario regionale. Il provvedimento recante la declaratoria è trasmesso alla direzione regionale competente ai fini della cancellazione dell'iscrizione nel registro delle strutture accreditate. 11. La decadenza dei soggetti erogatori o gestori dalla titolarità dei rapporti con il servizio sanitario e sociosanitario regionale può altresì essere dichiarata dal direttore generale dell'ATS quando sia accertata la reiterata applicazione distorta del sistema di remunerazione delle prestazioni, sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni stesse, sia sotto il profilo della loro completezza, comprese la specialistica ambulatoriale e la riabilitazione post acuti. La stessa reiterazione comporta, nel caso di soggetti erogatori pubblici, la decadenza dalla nomina del direttore generale e la conseguente risoluzione di diritto del contratto. 12. Nel rispetto delle indicazioni della programmazione regionale, il soggetto gestore di più stabilimenti o presidi o unità di offerta sanitarie e sociosanitarie accreditate pubblica o privata può chiedere l'identificazione in un unico soggetto gestore accreditato di una pluralità di strutture. Al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera sono favoriti i processi di riconversione o fusione di soggetti erogatori accreditati, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico, anche consortile, con il mantenimento dell'assetto accreditato dei soggetti intervenuti.	è trasmesso alla direzione regionale competente ai fini della cancellazione dell'iscrizione nel registro delle strutture accreditate. 11. La decadenza dei soggetti erogatori o gestori dalla titolarità dei rapporti con il servizio sanitario e sociosanitario regionale può altresì essere dichiarata dal direttore generale dell'ATS quando sia accertata la reiterata applicazione distorta del sistema di remunerazione delle prestazioni, sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni stesse, sia sotto il profilo della loro completezza, comprese la specialistica ambulatoriale e la riabilitazione post acuti. La stessa reiterazione comporta, nel caso di soggetti erogatori pubblici, la decadenza dalla nomina del direttore generale e la conseguente risoluzione di diritto del contratto. 12. Nel rispetto delle indicazioni della programmazione regionale, il soggetto gestore di più stabilimenti o presidi o unità di offerta sanitarie e sociosanitarie accreditate pubblica o privata può chiedere l'identificazione in un unico soggetto gestore accreditato di una pluralità di strutture. Al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera sono favoriti i processi di riconversione o fusione di soggetti erogatori accreditati, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico, anche consortile, con il mantenimento dell'assetto accreditato dei soggetti intervenuti.
Art. 16 (Agenzia regionale dell'emergenza urgenza) 1. È istituita l'Agenzia regionale emergenza urgenza (AREU), dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. L'AREU, sulla base degli indirizzi regionali, attua la programmazione e il controllo, assicurando i LEA in materia di emergenza urgenza extraospedaliera, di attività trasfusionali, di trasporti sanitari e sanitari semplici inclusi gli organi e i tessuti destinati ai trapianti. All'AREU sono assegnati la programmazione e il controllo del Servizio NUE 112. L'AREU garantisce il coordinamento intraregionale e interregionale, l'indirizzo, la gestione, lo svolgimento, il monitoraggio della rete dell'emergenza urgenza extra ospedaliera e del Servizio NUE 112. Assicura inoltre il coordinamento delle attività trasfusionali dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati, il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, il coordinamento dei trasporti sanitari e sanitari semplici disciplinati dalla Regione, il coordinamento delle centrali operative integrate per la continuità assistenziale. L'AREU opera inoltre in raccordo con il sistema di protezione civile per far fronte alle grandi emergenze, promuove attività scientifiche e di ricerca in collaborazione con altre strutture sanitarie ed esercita ulteriori funzioni assegnate dalla Giunta regionale. 2. Per le funzioni delegate di cui al comma 1 l'Agenzia: a) svolge un supporto tecnico-specialistico nei confronti della Giunta regionale, per il tramite dell'assessorato al Welfare; b) svolge, su indicazione della direzione generale Welfare, le funzioni di referente tecnico regionale nei confronti dei referenti tecnici delle altre Regioni, pubbliche amministrazioni e del Ministero della Salute; c) dirige l'attività di emergenza urgenza extraospedaliera in collaborazione con gli altri enti del sistema sociosanitario, come definito nei rapporti convenzionali, esercitando una funzione di indirizzo e monitoraggio; d) promuove il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale; e) gestisce il convenzionamento per l'attività di soccorso sanitario extra ospedaliero di base con le organizzazioni di volontariato nel rispetto della specifica normativa di riferimento; f) assicura il coordinamento logistico del rientro nel territorio regionale per il completamento delle cure; g) garantisce, in collaborazione con le ATS, l'attuazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i), l'erogazione dei LEA di competenza e dei relativi controlli nell'ambito dell'attuazione della programmazione regionale; h) assicura attività scientifiche e di ricerca valorizzando l'esperienza dell'emergenza urgenza con particolare riferimento allo sviluppo dell'attività formativa.	Art. 16 (Agenzia regionale dell'emergenza urgenza) 1. È istituita l'Agenzia regionale emergenza urgenza (AREU), dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. L'AREU, sulla base degli indirizzi regionali, attua la programmazione e il controllo, assicurando i LEA in materia di emergenza urgenza extraospedaliera, di attività trasfusionali, di trasporti sanitari e sanitari semplici inclusi gli organi e i tessuti destinati ai trapianti. All'AREU sono assegnati la programmazione e il controllo del Servizio NUE 112. L'AREU garantisce il coordinamento intraregionale e interregionale, l'indirizzo, la gestione, lo svolgimento, il monitoraggio della rete dell'emergenza urgenza extra ospedaliera e del Servizio NUE 112. Assicura inoltre il coordinamento delle attività trasfusionali dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati, il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, il coordinamento dei trasporti sanitari e sanitari semplici disciplinati dalla Regione, il coordinamento delle centrali operative integrate per la continuità assistenziale. L'AREU opera inoltre in raccordo con il sistema di protezione civile per far fronte alle grandi emergenze, promuove attività scientifiche e di ricerca in collaborazione con altre strutture sanitarie ed esercita ulteriori funzioni assegnate dalla Giunta regionale. 2. Per le funzioni delegate di cui al comma 1 l'Agenzia: a) svolge un supporto tecnico-specialistico nei confronti della Giunta regionale, per il tramite dell'assessorato al Welfare; b) svolge, su indicazione della direzione generale Welfare, le funzioni di referente tecnico regionale nei confronti dei referenti tecnici delle altre Regioni, pubbliche amministrazioni e del Ministero della Salute; c) dirige l'attività di emergenza urgenza extraospedaliera in collaborazione con gli altri enti del sistema sociosanitario, come definito nei rapporti convenzionali, esercitando una funzione di indirizzo e monitoraggio in coerenza con gli indirizzi di programmazione definiti dalla direzione generale Welfare regionale; d) promuove il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale; e) gestisce il convenzionamento per l'attività di soccorso sanitario extra ospedaliero di base con le organizzazioni di volontariato nel rispetto della specifica normativa di riferimento; f) assicura il coordinamento logistico del rientro nel territorio regionale per il completamento delle cure; g) garantisce, in collaborazione con le ATS e le ASST ed in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale, l'attuazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i), l'erogazione dei LEA di competenza e dei relativi controlli nell'ambito dell'attuazione della programmazione regionale; h) assicura, in attuazione degli indirizzi di programmazione regionale, attività scientifiche e di ricerca su modelli organizzativi relativi agli ambiti di competenza valorizzando l'esperienza dell'emergenza urgenza con particolare riferimento allo sviluppo dell'attività formativa. 3. L'Agenzia garantisce altresì l'operatività del servizio numero unico

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

3. L’Agenzia garantisce altresì l’operatività del servizio numero unico emergenza (NUE) 112 sul territorio lombardo e, in ottemperanza alla relativa direttiva europea, attiva, secondo le indicazioni regionali e in collaborazione con le ATS competenti, il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117). In riferimento all’attività NUE 112 svolta dall’Agenzia, qualora si rendesse necessario, la Giunta regionale può deliberarne l’afferenza diretta alla direzione generale della Presidenza della Giunta stessa. 4. Sono organi dell’Agenzia: il direttore generale, il collegio sindacale e il collegio di direzione: a) il direttore generale, nominato secondo le disposizioni di cui all’articolo 12, per lo svolgimento delle sue funzioni, è coadiuvato da un direttore sanitario e un direttore amministrativo. L’incarico affidato al direttore generale ha durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque; b) al direttore sanitario e al direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste per le medesime figure professionali. 5. Per quanto riguarda il generale funzionamento dell’Agenzia si applicano tutte le norme relative agli altri enti del servizio sanitario regionale. 6. Al fine di garantire la piena operatività dei servizi a rete, ferme restando le altre modalità di finanziamento previste dall’articolo 27, la Giunta regionale assegna annualmente all’AREU un finanziamento per quota capitaria per ogni funzione da svolgere, rapportata agli utenti assistiti, tenendo conto delle spese di funzionamento, mantenimento e sviluppo dell’attività, nonché una quota per ogni funzione ulteriore assegnata dalla Giunta regionale. 7. In relazione al NUE 112, la Giunta regionale, oltre ad assegnare annualmente uno specifico finanziamento secondo quanto previsto dal comma 6, definisce le modalità di collaborazione dell’Agenzia con altre amministrazioni pubbliche per l’implementazione e lo sviluppo del servizio sul territorio nazionale. 8. In occasione dell’adozione dei provvedimenti di natura programmatica, organizzativa e finanziaria, relativi alle funzioni di cui ai commi 1 e 3, la Giunta regionale acquisisce il parere dell’Agenzia sul fabbisogno necessario al regolare svolgimento di tali funzioni, sia in termini di risorse umane sia in termini di risorse finanziarie correnti e di investimento, anche al fine di favorire e garantire la partecipazione ai soggetti del terzo settore.	emergenza (NUE) 112 sul territorio lombardo e, in ottemperanza alla relativa direttiva europea, attiva, secondo le indicazioni regionali e in collaborazione con le ATS e le ASST competenti, il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117). In riferimento all’attività NUE 112 svolta dall’Agenzia, qualora si rendesse necessario, la Giunta regionale può deliberarne l’afferenza diretta alla direzione generale della Presidenza della Giunta stessa. 4. Sono organi dell’Agenzia: il direttore generale, il collegio sindacale e il collegio di direzione: a) il direttore generale, nominato secondo le disposizioni di cui all’articolo 12, per lo svolgimento delle sue funzioni, è coadiuvato da un direttore sanitario e un direttore amministrativo. L’incarico affidato al direttore generale ha durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque; b) al direttore sanitario e al direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste per le medesime figure professionali. 5. Per quanto riguarda il generale funzionamento dell’Agenzia si applicano tutte le norme relative agli altri enti del servizio sanitario regionale. 6. Al fine di garantire la piena operatività dei servizi a rete, ferme restando le altre modalità di finanziamento previste dall’articolo 27, la Giunta regionale assegna annualmente all’AREU un finanziamento per quota capitaria per ogni funzione da svolgere, rapportata agli utenti assistiti, tenendo conto delle spese di funzionamento, mantenimento e sviluppo dell’attività, nonché una quota per ogni funzione ulteriore assegnata dalla Giunta regionale. 7. In relazione al NUE 112, la Giunta regionale, oltre ad assegnare annualmente uno specifico finanziamento secondo quanto previsto dal comma 6, definisce le modalità di collaborazione dell’Agenzia con altre amministrazioni pubbliche per l’implementazione e lo sviluppo del servizio sul territorio nazionale. 8. In occasione dell’adozione dei provvedimenti di natura programmatica, organizzativa e finanziaria, relativi alle funzioni di cui ai commi 1 e 3, la Giunta regionale l’assessorato al Welfare acquisisce il parere dell’Agenzia sul fabbisogno necessario al regolare svolgimento di tali funzioni, sia in termini di risorse umane sia in termini di risorse finanziarie correnti e di investimento, anche al fine di favorire e garantire la partecipazione ai soggetti del terzo settore.
Art. 17 (Organizzazione dei soggetti afferenti al servizio socio sanitario lombardo) 1. Annualmente, di norma entro il 30 novembre antecedente l’anno di riferimento, la Giunta regionale approva le regole di sistema per l’anno successivo, contenenti i principi attuativi e organizzativi del SSL. 2. A seguito dell’emanazione delle regole di sistema per l’anno successivo, le ATS e tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL presentano alla Giunta regionale il POAS, a valenza triennale e rivedibile annualmente, qualora subentrino esigenze o modificazioni particolari, comprensivo del relativo piano delle assunzioni, e lo sottopongono alla Giunta regionale che può richiedere modifiche e l’approva di norma entro i successivi sessanta giorni. 3. Nel POAS sono contenuti i modelli organizzativi che le ATS e i soggetti erogatori adottano, le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all’ottimizzazione del loro funzionamento e in ottemperanza al PSL, con particolare riguardo all’appropriatezza delle prestazioni erogate, alla corretta determinazione del fabbisogno di personale che consenta la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a indeterminato, marginalizzando altre forme di arruolamento con invarianza delle risorse economiche assegnate. In particolare, nel POAS devono essere esplicitate le articolazioni delle funzioni territoriali, come previsto dall’articolo 7 bis, comma 3, lettera a).	Art. 17 (Organizzazione dei soggetti afferenti al servizio socio sanitario lombardo) 1. Annualmente, di norma entro il 30 novembre 31 dicembre antecedente l’anno di riferimento, la Giunta regionale approva le regole di sistema gli indirizzi di programmazione per l’anno successivo, contenenti i principi attuativi e organizzativi del SSL. 2. Ogni tre anni, a seguito dell’emanazione delle regole di sistema degli indirizzi di programmazione per l’anno successivo, le ATS e tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL presentano sottopongono all’approvazione della alla Giunta regionale, che può richiedere modifiche, il POAS e il piano dei fabbisogni triennale. Il POAS a valenza triennale e rivedibile annualmente, qualora subentrino esigenze o modificazioni particolari, comprensivo del relativo piano delle assunzioni, e lo sottopongono alla Giunta regionale che può richiedere modifiche e l’approva di norma entro i successivi sessanta giorni. può essere aggiornato annualmente, qualora subentrino esigenze particolari. I POAS e i relativi aggiornamenti sono di norma approvati dalla Giunta regionale entro i sessanta giorni successivi alla presentazione. 3. Nel POAS sono contenuti i modelli organizzativi che le ATS e i soggetti erogatori adottano, le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all’ottimizzazione del loro funzionamento e in ottemperanza al PSL, con particolare riguardo all’appropriatezza delle prestazioni erogate, alla corretta determinazione del fabbisogno di personale che consenta la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a indeterminato, marginalizzando altre forme di arruolamento con invarianza delle risorse economiche assegnate. In particolare, nel POAS devono essere esplicitate le articolazioni delle funzioni territoriali, come previsto dall’articolo 7 bis, comma 3, lettera a). 4. Sono soggetti al controllo della Giunta regionale, ai sensi dell’articolo 4,

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

4. Sono soggetti al controllo della Giunta regionale, ai sensi dell’articolo 4, comma 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), i seguenti provvedimenti: a) i POAS e i bilanci di previsione e le relative variazioni delle agenzie, delle aziende ospedaliere, delle ASST, degli IRCCS; b) il bilancio di esercizio, e una relazione analitica dell’utilizzo delle risorse regionali assegnate, delle agenzie, delle aziende ospedaliere, delle ASST, degli IRCCS. 5. Le richieste di chiarimenti, ai fini dei controlli di cui al comma 4, da parte della direzione generale competente, nonché l’invio al Consiglio regionale per l’espressione del parere sui POAS delle ATS comportano l’interruzione del termine per l’esercizio del controllo fino all’acquisizione dei chiarimenti o del parere. Tale termine è sospeso dal 1° al 31 agosto di ogni anno. 6. Gli atti e i provvedimenti assunti dal direttore generale sono pubblicati nell’albo dei rispettivi enti. Sono immediatamente esecutivi quelli non soggetti a controllo. La esecutività degli altri è subordinata all’esito positivo del controllo della Giunta regionale. 7. La Giunta regionale, anche con il supporto delle ATS, predispone programmi di valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate, nonché della relativa metodologia per portarla a conoscenza del Cittadino, a cui partecipano le strutture pubbliche e private accreditate, che si fanno carico dei relativi costi. 8. Le ATS, le ASST, le aziende ospedaliere e gli IRCCS di diritto pubblico partecipano al tavolo tecnico degli appalti istituito ai sensi dell'articolo 1 della legge regionale 28 dicembre 2007, n. 33 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - collegato 2008). L'ARCA spa, nell'ambito delle sue funzioni, garantisce efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento degli enti del SSR. 9. Presso la Giunta regionale sono aggiornati il ruolo del personale del servizio sanitario regionale e le variazioni conseguenti anche a processi di mobilità, previa informazione alle organizzazioni sindacali regionali di categoria maggiormente rappresentative. 10. Fermi restando i vincoli di finanza pubblica previsti dalla legislazione statale, al fine di potenziare le attività di ricerca di base e traslazionale e le attività cliniche, gli IRCCS e le ASST possono stipulare contratti di lavoro a tempo determinato, utilizzando risorse economiche provenienti da finanziamenti privati, anche in deroga ai limiti posti dalle disposizioni regionali in materia di assunzioni e di fabbisogni autorizzati e senza oneri a carico del bilancio regionale. Il personale assunto per garantire la piena sinergia tra le attività di ricerca e di assistenza svolge tutti i compiti tipici del profilo professionale di inquadramento in coerenza con i contratti individuali sottoscritti e con le finalità dei finanziamenti. 11. La Giunta regionale definisce le modalità operative per l'attuazione del programma di educazione continua in medicina (ECM) che rappresenta un processo di sviluppo professionale continuo costituente un obbligo per ogni professionista del SSL. 12. Al fine di elevare la qualità del SSR, gli enti di cui al comma 4 adottano i modelli organizzativi e ottemperano puntualmente agli adempimenti previsti dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione) e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni). 12 bis. I compensi per i componenti delle commissioni esaminatrici costituite presso le ATS e le ASST 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 del personale addetto alla sorveglianza di tutti i tipi di concorso indetti dalle amministrazioni pubbliche), ridotta del dieci per cento.	comma 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), i seguenti provvedimenti: a) i POAS e i bilanci di previsione e le relative variazioni delle agenzie, delle aziende ospedaliere, delle ASST, degli IRCCS di diritto pubblico; b) il bilancio di esercizio, e una relazione analitica dell’utilizzo delle risorse regionali assegnate, delle agenzie, delle aziende ospedaliere, delle ASST, degli IRCCS di diritto pubblico. 5. Le richieste di chiarimenti, ai fini dei controlli di cui al comma 4, da parte della direzione generale competente, nonché l’invio al Consiglio regionale per l’espressione del parere sui POAS delle ATS comportano l’interruzione del termine per l’esercizio del controllo fino all’acquisizione dei chiarimenti o del parere. Tale termine è sospeso dal 1° al 31 agosto di ogni anno. 6. Gli atti e i provvedimenti assunti dal direttore generale sono pubblicati nell’albo dei rispettivi enti. Sono immediatamente esecutivi quelli non soggetti a controllo. La esecutività degli altri è subordinata all’esito positivo del controllo della Giunta regionale. 7. La Giunta regionale, anche con il supporto delle ATS, predispone programmi di valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate, nonché della relativa metodologia per portarla a conoscenza del Cittadino, a cui partecipano le strutture pubbliche e private accreditate, che si fanno carico dei relativi costi. 8. Le ATS, le ASST, l’AREU, le aziende ospedaliere e gli IRCCS di diritto pubblico partecipano al tavolo tecnico degli appalti istituito ai sensi dell'articolo 1 della legge regionale 28 dicembre 2007, n. 33 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - collegato 2008). L'ARCA ARIA spa, nell'ambito delle sue funzioni, garantisce efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento degli enti del SSR e dell’Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell’Emilia-Romagna. 9. Presso la Giunta regionale sono aggiornati il ruolo del personale del servizio sanitario regionale e le variazioni conseguenti anche a processi di mobilità, previa informazione alle organizzazioni sindacali regionali di categoria maggiormente rappresentative. 10. Fermi restando i vincoli di finanza pubblica previsti dalla legislazione statale, al fine di potenziare le attività di ricerca di base e traslazionale e le attività cliniche, gli IRCCS di diritto pubblico, l’Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell’Emilia-Romagna e le ASST possono stipulare contratti di lavoro a tempo determinato, utilizzando risorse economiche provenienti da finanziamenti privati, anche in deroga ai limiti posti dalle disposizioni regionali in materia di assunzioni e di fabbisogni autorizzati e senza oneri a carico del bilancio regionale. Il personale assunto per garantire la piena sinergia tra le attività di ricerca e di assistenza svolge tutti i compiti tipici del profilo professionale di inquadramento in coerenza con i contratti individuali sottoscritti e con le finalità dei finanziamenti. 11. La Giunta regionale definisce le modalità operative per l'attuazione del programma di educazione continua in medicina (ECM) che rappresenta un processo di sviluppo professionale continuo costituente un obbligo per ogni professionista del SSL. 12. Al fine di elevare la qualità del SSR, gli enti di cui al comma 4 adottano i modelli organizzativi e ottemperano puntualmente agli adempimenti previsti dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione) e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni). 12 bis. I compensi per i componenti delle commissioni esaminatrici costituite presso le ATS e le ASST 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 del personale addetto alla sorveglianza di tutti i tipi di concorso indetti dalle amministrazioni pubbliche), ridotta del dieci per cento.
--	--

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

Art. 17 bis (Sistema formativo per il servizio sociosanitario lombardo) 1. La Regione promuove la formazione del personale, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali del SSL, con l'obiettivo di migliorare la professionalità a beneficio della qualità e dell'eccellenza del SSL e dei servizi erogati ai cittadini. 2. La Regione assicura per tutti i livelli professionali percorsi formativi adeguati a garantire l'assimilazione delle competenze in ambito sanitario, assistenziale, specialistico e territoriale, favorendo percorsi formativi orientati alla cura della persona e della cronicità. 3. La Regione attraverso una programmazione triennale della formazione delle risorse umane del SSL e l'aggiornamento annuale, in linea con le regole di sistema e il fabbisogno espresso, si prefigge il miglioramento della qualità del SSL, per favorire l'attuazione del PSSL. 4. La Regione assicura il corretto equilibrio tra la programmazione del fabbisogno di risorse umane e delle competenze e lo sviluppo del SSL, individuando metodologie avanzate di stima del fabbisogno, allineate con le risorse finanziarie regionali e d'intesa con le università. 5. La Regione promuove l'integrazione tra le funzioni di assistenza, didattica e ricerca, per migliorare la formazione delle risorse umane impiegate nel SSL e garantire l'eccellenza nel contesto nazionale e internazionale. 6. Ai predetti fini è istituita presso l'Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione (Eupolis Lombardia), quale propria articolazione organizzativa, l'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo (AFSSL), senza oneri a carico del bilancio regionale. L'AFSSL sostituisce la scuola di direzione sanitaria. La Giunta regionale dà mandato a Eupolis Lombardia di presentare, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge regionale recante "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", una proposta esecutiva nella quale siano individuati gli obiettivi, l'ordinamento, la struttura e la regolazione interna dell'AFSSL. 7. L'AFSSL risponde ai principi ispiratori del SSL e intende perseguire le seguenti finalità: a) promuovere e garantire l'eccellenza del SSL, anche integrandosi con le funzioni di didattica, assistenza e ricerca del SSL; b) coordinare la rete di formazione di cui al comma 1 d'intesa con l'Osservatorio integrato del SSL; c) garantire la formazione specialistica obbligatoria non universitaria, prevista dalla normativa nazionale, in particolare cura: 1. la tenuta del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, rilasciando l'attestato di formazione manageriale e la sua rivalidazione; 2. il corso di formazione specifica in medicina generale, assegnato alle Regioni dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE); d) realizzare nel SSL la rete formativa, la promozione e attuazione di percorsi formativi multidisciplinari, trasversali rispetto ai livelli di inquadramento e le specializzazioni e curare le esigenze formative necessarie per l'implementazione del SSL in coerenza con le previsioni del PLS; e) promuovere la sussidiarietà orizzontale tra rete di formazione e tra gli enti e le agenzie formative e la libera scelta del professionista nell'accedere alla formazione continua; f) verificare la formazione conseguita all'estero dal personale del SSL e promuovere l'internazionalizzazione dei percorsi formativi alla ricerca dell'innovazione per i professionisti del SSL e attraendo personale di eccellenza dall'estero, in collaborazione e d'intesa con l'Agenzia per la promozione del SSL; g) promuovere percorsi di formazione strategica sulle policy sanitarie e l'innovazione continua del SSL, nell'assistenza, ricerca e didattica, sentito l'Osservatorio integrato del SSL; h) dare trasparenza agli investimenti nel capitale umano del SSL, rendicontando annualmente e su base triennale il bilancio dell'attività di formazione del ASSL.	Art. 17 bis (Sistema formativo per il servizio sociosanitario lombardo) 1. La Regione promuove la formazione del personale, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali e tecnico-amministrative del SSL, con l'obiettivo di migliorare la professionalità a beneficio della qualità e dell'eccellenza del SSL e dei servizi erogati ai cittadini. 2. La Regione assicura per tutti i livelli professionali percorsi formativi adeguati a garantire l'acquisizione delle competenze in ambito sanitario, assistenziale, specialistico e territoriale, favorendo percorsi formativi orientati alla cura della persona e della cronicità. 3. La Regione attraverso una programmazione triennale della formazione delle risorse umane del SSL e il relativo aggiornamento annuale, in linea con le regole di sistema gli indirizzi di programmazione regionale e il fabbisogno espresso, si prefigge persegue il miglioramento della qualità del SSL, per favorire l'attuazione del PSSL. 4. La Regione assicura il corretto equilibrio tra la programmazione del fabbisogno di risorse umane e delle competenze e lo sviluppo del SSL, individuando metodologie avanzate di stima del fabbisogno, allineate con le risorse finanziarie regionali e d'intesa con le università. 5. La Regione promuove l'integrazione tra le funzioni di assistenza, didattica e ricerca, per migliorare la formazione delle risorse umane impiegate nel SSL e garantire l'eccellenza nel contesto nazionale e internazionale. 6. Ai predetti fini è istituita presso l'Istituto regionale per il supporto alle politiche della lombardia (PoliS Lombardia) superiore per la ricerca, la statistica e la formazione (Eupolis Lombardia), quale propria articolazione organizzativa, l'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo (AFSSL), senza oneri a carico del bilancio regionale. L'AFSSL sostituisce la scuola di direzione sanitaria. La Giunta regionale dà mandato a Eupolis Lombardia di presentare, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge regionale recante "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", una proposta esecutiva nella quale siano individuati gli obiettivi, l'ordinamento, la struttura e la regolazione interna dell'AFSSL. 7. L'AFSSL risponde ai principi ispiratori del SSL e intende perseguire le seguenti finalità: a) promuovere e garantire l'eccellenza del SSL, anche integrandosi con le funzioni di didattica, assistenza e ricerca del SSL; b) coordinare la rete di formazione di cui al comma 1 d'intesa con l'Osservatorio integrato del SSL; c) garantire la formazione specialistica obbligatoria non universitaria, prevista dalla normativa nazionale, in particolare cura: 1. la tenuta del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, rilasciando l'attestato di formazione manageriale e la sua rivalidazione; 2. il corso di formazione specifica in medicina generale, assegnato alle Regioni dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE); d) realizzare nel SSL la rete formativa, la promozione e attuazione di percorsi formativi multidisciplinari, trasversali rispetto ai livelli di inquadramento e le specializzazioni e curare le esigenze formative necessarie per l'implementazione del SSL in coerenza con le previsioni del PLS-PSSL; e) promuovere la sussidiarietà orizzontale tra rete di formazione e tra gli enti e le agenzie formative e la libera scelta del professionista nell'accedere alla formazione continua; f) verificare la formazione conseguita all'estero dal personale del SSL e promuovere l'internazionalizzazione dei percorsi formativi alla ricerca dell'innovazione per i professionisti del SSL e attraendo personale di eccellenza dall'estero in collaborazione e d'intesa con l'Agenzia per la promozione del SSL; f bis) favorire la conoscenza delle eccellenze internazionali; g) promuovere percorsi di formazione strategica sulle policy sanitarie e l'innovazione continua del SSL, nell'assistenza, ricerca e didattica, sentito l'Osservatorio integrato del SSL; h) dare trasparenza agli investimenti nel capitale umano del SSL, rendicontando annualmente e su base triennale il bilancio dell'attività di formazione del ASSL.
Art. 17 ter	Art. 17 ter

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

<i>(Borse di studio aggiuntive per i medici di medicina generale)</i> 1. La Regione finanzia borse di studio aggiuntive, di cui una quota da destinare alle zone montane, rispetto a quelle di cui al Titolo IV, Capo I, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CE in materia di libera circolazione dei medici e del reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e della direttiva 97/50/CE, della direttiva 98/21/CE, della direttiva 98/63/CE e della direttiva 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CE) per incentivare la formazione dei medici di medicina generale e favorirne la permanenza nell’ambito del servizio sanitario regionale. 2. Possono accedere alle borse aggiuntive regionali i medici, utilmente collocati nella graduatoria formata a seguito delle procedure concorsuali di cui all’articolo 25 del d.lgs. 368/1999, che: a) siano in possesso dei seguenti requisiti: 1. iscrizione all’ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della Regione alla data di inizio delle attività didattiche del corso di formazione specifica in medicina generale; 2. residenza in Lombardia da almeno tre anni, alla data di scadenza del bando di concorso per l’accesso al corso di formazione specifica in medicina generale; 3. non avere già beneficiato di un contratto aggiuntivo regionale, ad esclusione del caso in cui abbiano restituito quanto percepito; b) si impegnino, mediante sottoscrizione di apposita clausola contrattuale, a prestare servizio presso il SSR per un periodo minimo complessivo di almeno tre anni nei cinque anni successivi al conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale e ad aderire ai programmi di sviluppo regionali. 3. In caso di inadempimento agli obblighi di cui al comma 2, lettera b), il medico assegnatario della borsa aggiuntiva regionale è tenuto a restituire alla Regione fino all’ottanta per cento di quanto percepito, al netto delle imposte e dei contributi previdenziali ed assistenziali, secondo modalità e criteri di gradualità stabiliti dalla Giunta regionale. 4. In caso di rinuncia, anche quando i corsi siano stati avviati, l’assegnatario è tenuto alla restituzione di quanto già percepito; la borsa aggiuntiva regionale può essere riassegnata in base alla graduatoria di cui al comma 2.	<i>(Borse di studio aggiuntive per i medici di medicina generale)</i> 1. La Regione finanzia borse di studio aggiuntive, di cui una quota da destinare alle zone montane e alle zone disagiate, rispetto a quelle di cui al Titolo IV, Capo I, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CE in materia di libera circolazione dei medici e del reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e della direttiva 97/50/CE, della direttiva 98/21/CE, della direttiva 98/63/CE e della direttiva 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CE) per incentivare la formazione dei medici di medicina generale e favorirne la permanenza nell’ambito del servizio sanitario regionale. 2. Possono accedere alle borse aggiuntive regionali i medici, utilmente collocati nella graduatoria formata a seguito delle procedure concorsuali di cui all’articolo 25 del d.lgs. 368/1999, che: a) siano in possesso dei seguenti requisiti: 1. iscrizione all’ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della Regione alla data di inizio delle attività didattiche del corso di formazione specifica in medicina generale; 2. residenza in Lombardia da almeno tre anni, alla data di scadenza del bando di concorso per l’accesso al corso di formazione specifica in medicina generale; 3. non avere già beneficiato di un contratto aggiuntivo regionale, ad esclusione del caso in cui abbiano restituito quanto percepito; b) si impegnino, mediante sottoscrizione di apposita clausola contrattuale, a prestare servizio presso il SSR per un periodo minimo complessivo di almeno tre anni nei cinque anni successivi al conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale e ad aderire ai programmi di sviluppo regionali. 3. In caso di inadempimento agli obblighi di cui al comma 2, lettera b), il medico assegnatario della borsa aggiuntiva regionale è tenuto a restituire alla Regione fino all’ottanta per cento di quanto percepito, al netto delle imposte e dei contributi previdenziali ed assistenziali, secondo modalità e criteri di gradualità stabiliti dalla Giunta regionale. 4. In caso di rinuncia, anche quando i corsi siano stati avviati, l’assegnatario è tenuto alla restituzione di quanto già percepito; la borsa aggiuntiva regionale può essere riassegnata in base alla graduatoria di cui al comma 2.
<i>Art. 18</i> <i>(Valorizzazione e sviluppo delle professioni sanitarie)</i> 1.La Regione considera il personale del SSL risorsa strategica finalizzata al miglioramento dei servizi e, nel rispetto dei principi generali dell’ordinamento delle professioni, promuove e valorizza le professioni mediche e sanitarie e, tenuto conto della natura contrattuale dei rapporti di lavoro pubblici e privati, ne favorisce l’integrazione delle funzioni, delle competenze e l’attuazione del governo clinico. La Regione, in stretta sinergia con le università e gli istituti di ricerca, promuove la formazione, l’aggiornamento professionale e la riqualificazione, al fine di favorire l’integrazione tra gli operatori, nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità, nonché di appropriatezza, efficacia ed efficienza del SSL, anche nella prospettiva di sviluppo di figure professionali sanitarie, sociosanitarie e sociali dedicate alla presa in carico della cronicità e delle fragilità. 2. In ottemperanza alle previsioni contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro, che prevedono integrazioni regionali finalizzate all’efficacia ed all’efficienza, la Giunta regionale, sentito l’osservatorio di cui all’articolo 5, comma 14, promuove la sottoscrizione di specifici accordi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative per tutti gli operatori afferenti al SSL, nel rispetto dei principi di cui all’articolo 97 della Costituzione e nell’ottica della valorizzazione delle risorse umane, per la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a	<i>Art. 18</i> <i>(Valorizzazione e sviluppo delle professioni sanitarie)(Valorizzazione e sviluppo professionale del personale SSL)</i> 1. La Regione considera il personale del SSL risorsa strategica finalizzata al miglioramento dei servizi e, nel rispetto dei principi generali dell’ordinamento delle professioni, promuove e valorizza le professioni mediche e sanitarie tutto il personale medico, sanitario, sociosanitario e tecnico-amministrativo e, tenuto conto della natura contrattuale dei rapporti di lavoro pubblici e privati, ne favorisce l'integrazione delle funzioni, e delle competenze nell’attuazione del governo clinico, anche al fine di assicurare la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità del percorso di cura. La Regione, in stretta sinergia con le università e gli istituti di ricerca, promuove la formazione, l’aggiornamento professionale e la riqualificazione, al fine di favorire l'integrazione tra gli operatori, nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità, nonché di appropriatezza, efficacia ed efficienza del SSL, anche nella prospettiva di sviluppo di figure professionali sanitarie, sociosanitarie e sociali dedicate alla presa in carico della cronicità e delle fragilità. 1-bis. È istituito, quale organismo di consultazione e supporto agli atti di programmazione regionale, un Comitato di rappresentanza delle professioni sanitarie del quale fanno parte rappresentanti della Regione, degli ordini e collegi delle professioni sanitarie. Tale Comitato rende parere obbligatorio in merito alla proposta di piano socio sanitario regionale di cui all’art. 4 e ai conseguenti indirizzi programmatici regionali di interesse del comitato stesso. Il comitato è costituito entro 90 giorni dall’entrata in vigore della legge regionale recante “modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale.....” con deliberazione della Giunta regionale che ne definisce la composizione e le modalità di funzionamento. 2. In ottemperanza alle previsioni contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro, che prevedono integrazioni regionali finalizzate all'efficacia ed all'efficienza, la Giunta regionale, sentito l'osservatorio di cui all'articolo 5, comma 14, promuove la sottoscrizione di specifici accordi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative per tutti gli operatori afferenti al SSL, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 97 della Costituzione e nell'ottica della valorizzazione delle risorse umane, per la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

indeterminato. Tali accordi, sottoscritti in relazione all’effettiva disponibilità delle risorse economiche, possono prevedere incentivi in considerazione delle responsabilità e di parametri oggettivamente determinati di qualità, efficacia ed efficienza, in riferimento ai diversi profili professionali presenti nel SSL, considerando in particolare le peculiarità di quelli sanitari e sociosanitari rispetto a quelli amministrativi. 3. La Regione, nell’ambito delle proprie competenze e funzioni, valorizza le attività sanitarie svolte nella rete del SSL, senza incremento di spesa sul bilancio regionale, in funzione dell’evoluzione normativa e delle prassi nazionali ed europee, con particolare riferimento: a) all’attuazione dalla legge 1 febbraio 2006, n. 43 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali); b) alle attività delle medicine non convenzionali di cui all’accordo 7 febbraio 2013 della Conferenza Stato-Regioni, in esecuzione e nei limiti della normativa europea e nazionale con riferimento ai professionisti che svolgono le prestazioni delle medicine complementari di agopuntura, fitoterapia, omeopatia ed omotossicologia, in possesso di diplomi, attestati o titoli ad essi equipollenti rilasciati dalle università ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127; c) alle professioni del settore odontoiatrico: odontotecnico ed assistente di studio odontoiatrico; d) alla promozione dell’innalzamento della qualità della formazione dell’osteopata; e) alle discipline di medicina tradizionale per le quali il laureato in medicina e chirurgia, abilitato alla professione, ha seguito un corso di formazione di durata almeno quadriennale, accreditato dal Ministero della Salute; f) all’aggiornamento della disciplina regionale relativa ai profili professionali in base alle direttive europee applicabili e alla normativa nazionale. 4. Gli specialisti ambulatoriali convenzionati sono parte attiva delle aziende del SSL e partecipano all’erogazione delle prestazioni specialistiche territoriali ed ospedaliere secondo gli indirizzi regionali. Ai fini di una loro omogenea organizzazione sul territorio regionale, entro novanta giorni dall’approvazione della legge regionale recante “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”è istituito l’elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC), anche tramite forme di collaborazione professionale integrativa su base volontaria, con modalità definite con le organizzazioni sindacali di categoria. 5. A difesa dei valori della famiglia, del diritto alla cura dei figli e della qualità dei servizi erogati, la Regione promuove politiche di conciliazione vita/lavoro nei confronti dei genitori impiegati nel SSL, garantendo nel contempo la continuità dei servizi con figure professionali equipollenti, in coerenza con la disciplina normativa e contrattuale nazionale e comunitaria. 6. La Giunta regionale, con proprio provvedimento, regola il lavoro part time nelle diverse opzioni di applicazione, in coerenza con la disciplina normativa e contrattuale nazionale e comunitaria. [7.] 8. La Regione favorisce l’espletamento di procedure concorsuali comuni a più aziende sanitarie, per la selezione di medesime posizioni di lavoro, sulla base di regolamenti interaziendali conformi ad uno schema tipo definito dalla Giunta regionale, liberamente adottabili dalle aziende del SSL. 8 bis. La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, adotta, nel rispetto della normativa statale e della contrattazione collettiva di riferimento, linee guida in ordine all’attività libero professionale intramuraria della dirigenza medica, veterinaria e dei dirigenti del ruolo sanitario. 8 ter. È autorizzato in via sperimentale lo svolgimento dell’attività libero-professionale con le modalità dell’intramoenia allargata secondo i criteri e i presupposti previsti dalla normativa vigente, da declinare nelle linee guida di cui al comma 8 bis, che disciplinano anche i criteri idonei ad assicurare la trasparenza delle agende, la tracciabilità dei pagamenti e il collegamento in rete con le strutture del sistema.	indeterminato. Tali accordi, sottoscritti in relazione all'effettiva disponibilità delle risorse economiche, possono prevedere incentivi in considerazione delle responsabilità e di parametri oggettivamente determinati di qualità, efficacia ed efficienza, in riferimento ai diversi profili professionali presenti nel SSL, considerando in particolare le peculiarità di quelli sanitari e sociosanitari rispetto a quelli amministrativi. 3. La Regione, nell'ambito delle proprie competenze e funzioni, valorizza le attività sanitarie svolte nella rete del SSL, senza incremento di spesa sul bilancio regionale, in funzione dell'evoluzione normativa e delle prassi nazionali ed europee, con particolare riferimento: a) all'attuazione dalla legge 1° febbraio 2006, n. 43 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali); b) alle attività delle medicine non convenzionali di cui all'accordo 7 febbraio 2013 della Conferenza Stato-Regioni, in esecuzione e nei limiti della normativa europea e nazionale con riferimento ai professionisti che svolgono le prestazioni delle medicine complementari di agopuntura, fitoterapia, omeopatia ed omotossicologia, in possesso di diplomi, attestati o titoli ad essi equipollenti rilasciati dalle università ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127; c) alle professioni del settore odontoiatrico: odontotecnico ed assistente di studio odontoiatrico; d) alla promozione dell'innalzamento della qualità della formazione dell'osteopata; e) alle discipline di medicina tradizionale per le quali il laureato in medicina e chirurgia, abilitato alla professione, ha seguito un corso di formazione di durata almeno quadriennale, accreditato dal Ministero della Salute; f) all'aggiornamento della disciplina regionale relativa ai profili professionali in base alle direttive europee applicabili e alla normativa nazionale. 4. Gli specialisti ambulatoriali convenzionati sono parte attiva delle aziende del SSL e partecipano all'erogazione delle prestazioni specialistiche territoriali ed ospedaliere secondo gli indirizzi regionali. Ai fini di una loro omogenea organizzazione sul territorio regionale, entro novanta giorni dall'approvazione della legge regionale recante "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" è istituito l'elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC), anche tramite forme di collaborazione professionale integrativa su base volontaria, con modalità definite con le organizzazioni sindacali di categoria. 5. A difesa dei valori della famiglia, del diritto alla cura dei figli e della qualità dei servizi erogati, la Regione promuove politiche di conciliazione vita/lavoro nei confronti dei genitori impiegati nel SSL, garantendo nel contempo la continuità dei servizi con figure professionali equipollenti, in coerenza con la disciplina normativa e contrattuale nazionale e comunitaria. 6. La Giunta regionale, con proprio provvedimento, regola il lavoro part time nelle diverse opzioni di applicazione, in coerenza con la disciplina normativa e contrattuale nazionale e comunitaria. [7.] 8. La Regione favorisce l'espletamento di procedure concorsuali comuni a più aziende sanitarie, per la selezione di medesime posizioni di lavoro, sulla base di regolamenti interaziendali conformi ad uno schema tipo definito dalla Giunta regionale, liberamente adottabili dalle aziende del SSL. 8-bis. La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, adotta, nel rispetto della normativa statale e della contrattazione collettiva di riferimento, linee guida in ordine all'attività libero professionale intramuraria della dirigenza medica, veterinaria e dei dirigenti del ruolo sanitario. 8-ter. È autorizzato in via sperimentale lo svolgimento dell'attività libero-professionale con le modalità dell'intramoenia allargata secondo i criteri e i presupposti previsti dalla normativa vigente, da declinare nelle linee guida di cui al comma 8-bis, che disciplinano anche i criteri idonei ad assicurare la trasparenza delle agende, la tracciabilità dei pagamenti e il collegamento in rete con le strutture del sistema.
Art. 18 bis (Nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico) 1. I nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, in relazione ai rispettivi enti sanitari	Art. 18 bis (Nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico) 1. I nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, in relazione ai rispettivi enti sanitari di riferimento:

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

di riferimento: a) valutano la correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance e la loro effettiva applicazione, anche relativamente alla coerenza con la programmazione regionale del servizio sociosanitario lombardo; b) verificano la correttezza della valutazione delle performance del personale, secondo i principi di merito ed equità; c) verificano la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle loro attribuzioni; d) valutano la metodologia e la relativa applicazione delle rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo; e) concorrono a verificare, in raccordo con il responsabile della prevenzione e corruzione della struttura di riferimento, l’attuazione delle disposizioni normative statali in materia di trasparenza; f) esercitano le ulteriori funzioni previste dall’articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni), nonché quelle attribuite da altre disposizioni statali agli organismi di valutazione. 2. Ciascun nucleo di valutazione è costituito, previo avviso pubblico, con provvedimento del direttore generale dell’ente sanitario. Dura in carica tre anni ed è composto da tre esperti esterni alla struttura o alla fondazione di cui uno con funzioni di presidente. Uno dei componenti è selezionato tra il personale in servizio presso la Giunta regionale partecipante all’avviso pubblico. I candidati devono essere in possesso di laurea magistrale, diploma di laurea specialistica oppure laurea vecchio ordinamento. Ciascun componente può far parte di non più di due nuclei di valutazione e può essere rinnovato una sola volta presso lo stesso ente sanitario, previo avviso pubblico 3. Con deliberazione della Giunta regionale, da adottare entro centoventi giorni dall’entrata in vigore della legge regionale recante «Disposizioni per l’attuazione della programmazione economico finanziaria regionale, ai sensi dell’art. 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) – Collegato 2020», sono definiti: a) le modalità di selezione dei componenti dei nuclei di valutazione, i loro requisiti specifici di competenza, esperienza e integrità, nonché le cause di incompatibilità volte a garantire un’effettiva indipendenza; b) l’importo dell’indennità annua lorda onnicomprensiva attribuita, da parte degli enti sanitari di cui al comma 1, al presidente e agli altri componenti di ciascun nucleo di valutazione, nella misura commisurata alla complessità dell’ente sanitario e comunque non superiore al settanta per cento dell’indennità prevista dell’articolo 12, comma 16, per i corrispondenti componenti dei collegi sindacali delle strutture sanitarie pubbliche; c) la declinazione puntuale dei compiti dei nuclei di valutazione e le relative modalità di funzionamento, compresa l’individuazione delle strutture organizzative di supporto; d) le modalità di raccordo con l’organismo indipendente di valutazione di cui all’articolo 30 della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale), nonché con le strutture della direzione generale regionale competente in materia di sanità.	a) valutano la correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance e la loro effettiva applicazione, anche relativamente alla coerenza con la programmazione regionale del servizio sociosanitario lombardo; b) verificano la correttezza della valutazione delle performance del personale, secondo i principi di merito ed equità; c) verificano la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle loro attribuzioni; d) valutano la metodologia e la relativa applicazione delle rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo; e) concorrono a verificare, in raccordo con il responsabile della prevenzione e corruzione della struttura di riferimento, l’attuazione delle disposizioni normative statali in materia di trasparenza; f) esercitano le ulteriori funzioni previste dall’articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni), nonché quelle attribuite da altre disposizioni statali agli organismi di valutazione. 2. Ciascun nucleo di valutazione è costituito, previo avviso pubblico, con provvedimento del direttore generale dell’ente sanitario. Dura in carica tre anni ed è composto da tre esperti esterni alla struttura o alla fondazione di cui uno con funzioni di presidente. Uno dei componenti è selezionato tra il personale in servizio presso la Giunta regionale partecipante all’avviso pubblico. I candidati devono essere in possesso di laurea magistrale, diploma di laurea specialistica oppure laurea vecchio ordinamento. Ciascun componente può far parte di non più di due nuclei di valutazione e può essere rinnovato una sola volta presso lo stesso ente sanitario, previo avviso pubblico 3. Con deliberazione della Giunta regionale, da adottare entro centoventi giorni dall’entrata in vigore della legge regionale recante «Disposizioni per l’attuazione della programmazione economico finanziaria regionale, ai sensi dell’art. 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) – Collegato 2020», sono definiti: a) le modalità di selezione dei componenti dei nuclei di valutazione, i loro requisiti specifici di competenza, esperienza e integrità, nonché le cause di incompatibilità volte a garantire un’effettiva indipendenza; b) l’importo dell’indennità annua lorda onnicomprensiva attribuita, da parte degli enti sanitari di cui al comma 1, al presidente e agli altri componenti di ciascun nucleo di valutazione, nella misura commisurata alla complessità dell’ente sanitario e comunque non superiore al settanta per cento dell’indennità prevista dell’articolo 12, comma 16, per i corrispondenti componenti dei collegi sindacali delle strutture sanitarie pubbliche; c) la declinazione puntuale dei compiti dei nuclei di valutazione e le relative modalità di funzionamento, compresa l’individuazione delle strutture organizzative di supporto; d) le modalità di raccordo con l’organismo indipendente di valutazione di cui all’articolo 30 della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale), nonché con le strutture della direzione generale regionale competente in materia di sanità.
Art. 19 (Sperimentazioni gestionali) 1. La Regione, anche in attuazione dell’articolo 9 bis del d.lgs. 502/1992, promuove programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, al fine di migliorare l’efficienza e la qualità del SSL. 2. La Giunta regionale adotta linee di indirizzo per le sperimentazioni gestionali sulla base dei seguenti criteri: a) la natura della sperimentazione deve essere ricondotta ad una delle seguenti forme giuridiche: fondazioni, associazioni in partecipazione, società miste, soggetti di diritto privato selezionati con procedura di evidenza pubblica; b) alla sperimentazione gestionale si applicano le regole dell’autorizzazione, dell’accreditamento e della contrattualizzazione di cui al d.lgs. 502/1992. 3. Le sperimentazioni gestionali possono riguardare tutte le attività	Art. 19 (Sperimentazioni gestionali) 1. La Regione, anche in attuazione dell’articolo 9 bis del d.lgs. 502/1992, promuove programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, al fine di migliorare l’efficienza e la qualità del SSL. 2. La Giunta regionale adotta linee di indirizzo per le sperimentazioni gestionali sulla base dei seguenti criteri: a) la natura della sperimentazione deve essere ricondotta ad una delle seguenti forme giuridiche: fondazioni, associazioni in partecipazione, società miste, soggetti di diritto privato selezionati con procedura di evidenza pubblica; a bis) selezione con procedura ad evidenza pubblica del soggetto privato partecipante alla sperimentazione; b) alla sperimentazione gestionale si applicano le regole dell’autorizzazione, dell’accreditamento e della contrattualizzazione di cui al d.lgs. 502/1992. 3. Le sperimentazioni gestionali possono riguardare tutte le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, attraverso la riqualificazione dei servizi, l’ammodernamento delle strutture e l’utilizzo di nuovi modelli organizzativi.

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

sanitarie, sociosanitarie e sociali, attraverso la riqualificazione dei servizi, l’ammodernamento delle strutture e l’utilizzo di nuovi modelli organizzativi. 4. Le sperimentazioni gestionali sono autorizzate dalla Giunta regionale, hanno di norma durata massima quinquennale e possono essere prorogate una sola volta per uguale periodo. Al termine della sperimentazione, sulla base degli esiti positivi della stessa, la Giunta regionale può autorizzare la stabilizzazione del modello gestionale, procedendo alla definitiva autorizzazione, all’accreditamento e alla contrattualizzazione del soggetto gestore o, in caso contrario, ne dichiara la cessazione. 5. La Giunta regionale, durante il periodo di durata della sperimentazione, può autorizzare rimodulazioni del progetto iniziale sulla base degli esiti rilevati dal monitoraggio periodico sull’andamento della sperimentazione, al fine di garantirne la sostenibilità e l’appropriatezza prestazionale ed economica.	4. Le sperimentazioni gestionali sono autorizzate dalla Giunta regionale, hanno di norma durata massima quinquennale e possono essere prorogate una sola volta per uguale periodo. Al termine della sperimentazione, sulla base degli esiti positivi della stessa, la Giunta regionale può autorizzare la stabilizzazione del modello gestionale, procedendo per un periodo non inferiore a 15 anni alla definitiva autorizzazione, all’accreditamento e alla contrattualizzazione del soggetto gestore o, in caso contrario, ne dichiara la cessazione. 5. La Giunta regionale, durante il periodo di durata della sperimentazione, può autorizzare rimodulazioni del progetto iniziale sulla base degli esiti rilevati dal monitoraggio periodico sull’andamento della sperimentazione, al fine di garantirne la sostenibilità e l’appropriatezza prestazionale ed economica. Tali rimodulazioni possono essere autorizzate dalla Giunta regionale anche al momento della stabilizzazione del modello gestionale di cui al comma 4, fermo restando l’impossibilità di modificare le attività oggetto della procedura ad evidenza pubblica.
[Art. 19 bis]	[Art. 19 bis]
[Art. 19 ter]	[Art. 19 ter]
Art. 20 (Conferenza dei sindaci) 1. La conferenza dei sindaci è composta dai sindaci, o loro delegati, dei comuni compresi nel territorio delle ATS e si articola, come previsto dall’articolo 7 bis, in: a) l’assemblea dei sindaci del distretto; b) l’assemblea dei sindaci dell’ambito distrettuale. 2. Le conferenze dei sindaci, in particolare ai fini della presente legge: a) formulano, nell’ambito della programmazione territoriale dell’ATS di competenza, proposte per l’organizzazione territoriale dell’attività sociosanitaria e socioassistenziale, con l’espressione di un parere sulle linee guida per l’integrazione sociosanitaria e sociale. Partecipano inoltre alla definizione dei piani sociosanitari territoriali all’interno delle cabine di regia di cui all’articolo 6, comma 6, lettera f); b) partecipano alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ATS con particolare riferimento a quelli relativi alle ASST; c) promuovono l’integrazione delle prestazioni e/o delle funzioni sociali, con le funzioni e/o le prestazioni dell’offerta sanitaria e sociosanitaria anche favorendo, a tal fine, la costituzione tra i comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica; d) esprimono il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie. 3. Per l’esercizio delle sue funzioni la conferenza dei sindaci si avvale del consiglio di rappresentanza dei sindaci eletto dalla conferenza stessa. 4. Il funzionamento della conferenza, delle assemblee dei sindaci e del consiglio di rappresentanza dei sindaci è disciplinato con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentiti i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali. 5. L’assemblea dei sindaci del distretto, anche con l’ausilio delle sue articolazioni per ambiti distrettuali svolge altresì le funzioni del comitato dei sindaci del distretto di cui all’articolo 3 quater del d.lgs. 502/1992 ed è disciplinata con la deliberazione di cui al comma 4.	Art. 20 (Conferenza dei sindaci) 1. La conferenza dei sindaci è composta dai sindaci, o loro delegati, dei comuni compresi nel territorio delle ATS ASST e si articola, come previsto dall’articolo 7 bis, in: a) l’assemblea dei sindaci del distretto; b) l’assemblea dei sindaci dell’ambito distrettuale. 2. La conferenza dei sindaci, in particolare ai fini della presente legge: a) formula, nell’ambito della programmazione territoriale dell’ATS dell’ASST di competenza, proposte per l’organizzazione territoriale dell’attività sociosanitaria e socioassistenziale, con l’espressione di un parere sulle linee guida per l’integrazione sociosanitaria e sociale; partecipa inoltre alla definizione dei piani sociosanitari territoriali all’interno delle cabine di regia di cui all’articolo 6, comma 6, lettera f); a) formulano, nell’ambito della programmazione territoriale dell’ASST di competenza, proposte per l’organizzazione della rete di offerta territoriale e dell’attività sociosanitaria e socioassistenziale con l’espressione di un parere sulle linee guida per l’integrazione sociosanitaria e sociale. Partecipano, inoltre, alla definizione dei piani sociosanitari territoriali. b) individuano i sindaci o loro delegati, comunque appartenenti al Consiglio o alla Giunta comunale, che compongono il collegio dei sindaci deputato alla formulazione di proposte e all’espressione di pareri alle ATS sugli ambiti di cui all’art. 6, comma 5 e su quanto previsto dal presente comma e partecipa alla cabina di regia di cui all’art. 6, comma 6, lettera f) c) partecipa alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ATS con particolare riferimento a quelli relativi alle ASST; d) promuove l’integrazione delle prestazioni e/o delle funzioni sociali, con le funzioni e/o le prestazioni dell’offerta sanitaria e sociosanitaria anche favorendo, a tal fine,la costituzione tra i comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica; d) esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie 3. Per l’esercizio delle sue funzioni la conferenza dei sindaci si avvale del consiglio di rappresentanza dei sindaci eletto dalla conferenza stessa. 4. Il funzionamento della conferenza, delle assemblee dei sindaci del collegio e del consiglio di rappresentanza dei sindaci è disciplinato con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentiti il consiglio delle autonomie locali e i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali. La deliberazione di cui al primo periodo prevede, in particolare, la nomina di un presidente rispettivamente della conferenza, del collegio e del consiglio di rappresentanza dei sindaci. 5. L’assemblea dei sindaci del distretto è composta dai sindaci o loro delegati, comunque appartenenti al Consiglio o alla Giunta comunale, dei comuni afferenti al distretto. , anche con l’ausilio delle sue articolazioni per ambiti distrettuali L’assemblea svolge altresì le funzioni del comitato dei sindaci del distretto di cui all’articolo 3 quater del d.lgs. 502/1992 ed è disciplinata con la deliberazione di cui al comma 4.

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

Art. 21 (Sistema informativo sanitario, tessera sanitaria e carta nazionale dei servizi) 1. La Giunta regionale organizza il sistema informativo sanitario anche al fine di dare attuazione all’articolo 10 del d.lgs. 502/1992 e, in particolare, di fornire gli elementi conoscitivi necessari per rendere sistematiche la verifica e la revisione della qualità e della quantità delle prestazioni erogate e per valutare l’efficacia e l’efficienza degli interventi sanitari. Il sistema informativo sanitario, composto in maniera integrata da tutti i singoli flussi informativi necessari alla programmazione e alla valutazione delle attività sanitarie, nonché da tutte le attività riconducibili al contesto della sanità digitale, è articolato a livello regionale e locale e assicura i flussi informativi verso i Ministeri competenti, l’ISTAT e gli altri istituti centrali. 2. Il sistema informativo sanitario è organizzato dalla Giunta regionale secondo i seguenti criteri: a) coordinare le attività delle unità periferiche; b) raccogliere le informazioni derivanti da tali unità, elaborarne la sintesi in forma omogenea e curarne la trasmissione ai soggetti, regionali e locali, competenti; c) mettere a disposizione dei soggetti titolati, a livello regionale e locale, le informazioni raccolte e necessarie per adempiere ai compiti istituzionali di ciascun soggetto; d) rendere tempestiva la diffusione di informazioni di carattere scientifico e sanitario provenienti da fonti nazionali, comunitarie ed internazionali. 3. La sanità digitale si realizza a livello regionale e locale attraverso una serie di interventi condivisi tra tutte le amministrazioni operanti a livello centrale, regionale e locale. In particolare, attraverso la piattaforma del sistema informativo regionale la Regione provvede a: a) realizzare e diffondere sul territorio del fascicolo sanitario elettronico, così come previsto dal decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 (Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese) convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 e alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico generate secondo le modalità del decreto del Ministro dell’economia e della finanze 2 novembre 2011 (De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010‘Progetto Tessera Sanitaria’), nell’ottica del miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini; b) promuovere, anche in ottemperanza all'articolo 6, comma 2, lettera d), del decreto-legge 13 maggio 2011, n. 70 (Semestre Europeo - Prime disposizioni urgenti per l'economia) convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2011, n. 106, presso tutte le agenzie ed aziende del SSL e anche con il coinvolgimento, preferibilmente isorisorse, delle autonomie locali, delle farmacie e di eventuali ulteriori soggetti autorizzati dalla ATS territorialmente competente, la realizzazione di procedure telematiche on line per consentire la prenotazione e il pagamento on line delle prestazioni erogate, nonché la consegna in modalità digitale dei referti medici; c) consentire, inoltre, in coerenza con le linee guida nazionali del sistema CUP, la realizzazione della rete regionale di prenotazione in cui potranno confluire i sistemi CUP delle diverse aziende sanitarie al fine di superare modalità isolate e canali non integrati; al fine di garantire una gestione razionale e trasparente degli accessi alle prestazioni sanitarie la Regione promuove l'uso diffuso del sistema di prenotazione regionale. Le strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale devono utilizzare quale unico sistema di prenotazione delle prestazioni il sistema di prenotazione regionale, pena la mancata remunerazione di ogni prestazione prenotata al di fuori di tale sistema. I costi di adesione e i costi per la prenotazione delle prestazioni da parte dei cittadini sono a carico del fondo sanitario regionale. Le previsioni di cui alla presente lettera sono oggetto di integrazione del contratto tra strutture erogatrici e ATS che è definito con deliberazione della Giunta regionale. Gli effetti delle presenti disposizioni decorrono dall'entrata in vigore della legge regionale recante 'Legge di revisione normativa e di semplificazione 2019' per quanto compatibili col quadro contrattuale vigente ai sensi della normativa in materia di contratti pubblici e sono progressivamente portate a regime a far data dalla messa in esercizio del nuovo servizio di prenotazione regionale a seguito di affidamento da parte della Regione;	Art. 21 (Sistema informativo sanitario, tessera sanitaria e carta nazionale dei servizi) 1. La Giunta regionale organizza il sistema informativo sanitario anche al fine di dare attuazione all’articolo 10 del d.lgs. 502/1992 e, in particolare, di fornire gli elementi conoscitivi necessari per rendere sistematiche la verifica e la revisione della qualità e della quantità delle prestazioni erogate e per valutare l’efficacia e l’efficienza degli interventi sanitari. Il sistema informativo sanitario, composto in maniera integrata da tutti i singoli flussi informativi necessari alla programmazione e alla valutazione delle attività sanitarie, nonché da tutte le attività riconducibili al contesto della sanità digitale, è articolato a livello regionale e locale e assicura i flussi informativi verso i Ministeri competenti, l’ISTAT e gli altri istituti centrali. 2. Il sistema informativo sanitario, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, è organizzato dalla Giunta regionale secondo i seguenti criteri: a) coordinare le attività di tutti i soggetti connessi al sistema informativo sociosanitario; b) raccogliere le informazioni derivanti da tali unità provenienti da tali soggetti, elaborarne la sintesi in forma omogenea e curarne la trasmissione ai soggetti, regionali e locali, competenti; c) mettere a disposizione dei soggetti titolati, a livello regionale e locale, le informazioni raccolte e necessarie per adempiere ai compiti istituzionali di ciascun soggetto; d) rendere tempestiva la diffusione di informazioni di carattere scientifico e sanitario provenienti da fonti nazionali, comunitarie ed internazionali. 3. La sanità digitale si realizza a livello regionale e locale attraverso una serie di interventi condivisi tra tutte le amministrazioni operanti a livello centrale, regionale e locale. In particolare, attraverso la piattaforma del sistema informativo regionale la Regione provvede a: a) realizzare, implementare e diffondere l'utilizzo sul territorio del fascicolo sanitario elettronico, così come previsto dal decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 (Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese) convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 e alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico generate secondo le modalità del quanto previsto dal decreto del Ministro dell’economia e della finanze 2 novembre 2011 (De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010‘Progetto Tessera Sanitaria’), nell’ottica del miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini; b) promuovere, anche in ottemperanza all'articolo 6, comma 2, lettera d), del decreto-legge 13 maggio 2011, n. 70 (Semestre Europeo - Prime disposizioni urgenti per l'economia) convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2011, n. 106, presso tutte le agenzie ed aziende del SSL tutti gli erogatori pubblici e privati del SSL e anche con il coinvolgimento, preferibilmente isorisorse, delle autonomie locali, delle farmacie e di eventuali ulteriori soggetti autorizzati dalla ATS territorialmente competente, la realizzazione di procedure telematiche on line per consentire la prenotazione e il pagamento on line delle prestazioni erogate, nonché la consegna in modalità digitale dei referti medici; c) realizzare consentire, inoltre, in coerenza con le linee guida nazionali del sistema CUP, la realizzazione della rete regionale di prenotazione in cui potranno dovranno confluire i sistemi CUP delle diverse aziende sanitarie pubbliche e private al fine di superare modalità isolate e canali non integrati; al fine di garantire una gestione razionale e trasparente degli accessi alle prestazioni sanitarie la Regione promuove l'uso diffuso del sistema di prenotazione regionale. Le strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale devono utilizzare quale unico sistema di prenotazione delle prestazioni il sistema di prenotazione regionale, pena la mancata remunerazione di ogni prestazione prenotata al di fuori di tale sistema. I costi di adesione e i costi per la prenotazione delle prestazioni da parte dei cittadini sono a carico del fondo sanitario regionale. Le previsioni di cui alla presente lettera sono oggetto di integrazione del contratto tra strutture erogatrici e ATS che è definito con deliberazione della Giunta regionale. Gli effetti delle presenti disposizioni decorrono dall'entrata in vigore della legge regionale recante 'Legge di revisione normativa e di semplificazione 2019' per quanto compatibili col quadro contrattuale vigente ai sensi della normativa in materia di contratti pubblici e sono progressivamente portate a regime a far data dalla messa in esercizio del nuovo servizio di prenotazione regionale a seguito di affidamento da parte della Regione; d) indirizzare le agenzie e le aziende del SSL a pubblicare sul web le liste

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

d) indirizzare le agenzie e le aziende del SSL a pubblicare sul web le liste d’attesa per singola specialità e profilo assistenziale, al fine di semplificare i percorsi di fruizione per i cittadini; e) individuare idonei indicatori di risultato e pubblicare sul web i risultati sugli esiti clinici delle aziende del SSL, al fine di favorire la libera scelta consapevole da parte dei cittadini; e bis) sostenere, con oneri a carico del fondo sanitario, l'integrazione con la piattaforma regionale a supporto della presa in carico dei sistemi informativi dei MMG e dei PLS utilizzati per l'adesione al percorso di presa in carico e per la redazione del piano assistenziale individuale, anche in relazione all'attuazione delle norme nazionali vigenti in materia di fascicolo sanitario elettronico e di profilo sanitario sintetico; a tal fine la Regione assicura un contributo annuo quale integrazione al contributo previsto dall'ACN, da definire con la deliberazione di Giunta regionale che definisce le regole di gestione annuali e nell'ambito della contrattazione integrativa regionale della medicina territoriale, destinato a ciascun MMG e PLS aderente al modello di presa in carico del paziente cronico e fragile; con deliberazione di Giunta regionale sono altresì definitive le modalità di verifica dell'adesione e della regolare gestione dei pazienti arruolati. 4. La tessera sanitaria (TS/CNS), istituita ai sensi dell’articolo 50, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 (Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici) convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, è uno strumento indispensabile per il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e, in quanto carta nazionale dei servizi (CNS), ai sensi del Codice dell'amministrazione digitale, rappresenta la modalità che consente l'accesso per via telematica ai servizi erogati dalla pubblica amministrazione e sostituisce, dal 1 ottobre 2013, la carta regionale dei servizi (CRS). 5. Al fine di migliorare i servizi ai cittadini e di rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prestazioni, i soggetti erogatori di prestazioni a carico del servizio sanitario regionale, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti, sono tenuti a dare attuazione alle disposizioni nazionali e regionali in materia, anche utilizzando la piattaforma tecnologica del sistema informativo sanitario e i servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari. Il mancato utilizzo del sistema informativo da parte dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei farmacisti, nonché degli enti erogatori accreditati con il SSR integra la grave infrazione prevista e sanzionata dai vigenti accordi nazionali di categoria e costituisce inadempimento degli obblighi contrattuali. 6. La Giunta regionale adotta le necessarie indicazioni operative e definisce le misure conseguenti, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento regionale 24 dicembre 2013, n. 3 (Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia). 7. La Giunta regionale è autorizzata ad attivare iniziative occorrenti per ottimizzare la programmazione e la gestione finanziaria del servizio sanitario regionale, nonché per garantire il rispetto dei tempi di pagamento e il contenimento degli oneri finanziari.	d’attesa per singola specialità e profilo assistenziale, al fine di semplificare i percorsi di fruizione per i cittadini; e) individuare idonei indicatori di risultato e pubblicare sul web i risultati sugli esiti clinici delle aziende del SSL, al fine di favorire la libera scelta consapevole da parte dei cittadini; e bis) sostenere, con oneri a carico del fondo sanitario, l'integrazione con la piattaforma regionale a supporto della presa in carico dei sistemi informativi dei MMG e dei PLS utilizzati per l'adesione al percorso di presa in carico e per la redazione del piano assistenziale individuale, anche in relazione all'attuazione delle norme nazionali vigenti in materia di fascicolo sanitario elettronico e di profilo sanitario sintetico; a tal fine la Regione assicura un contributo annuo quale integrazione al contributo previsto dall'ACN, da definire con la deliberazione di Giunta regionale che stabilisce definisce gl indirizzi di programmazione annuale le regole di gestione annuali e nell'ambito della contrattazione integrativa regionale della medicina territoriale, destinato a ciascun MMG e PLS aderente al modello di presa in carico del paziente cronico e fragile; con deliberazione di Giunta regionale sono altresì definitive le modalità di verifica dell'adesione e della regolare gestione dei pazienti arruolati. 4. La tessera sanitaria (TS/CNS), istituita ai sensi dell’articolo 50, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 (Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici) convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, è uno strumento indispensabile per il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e, in quanto carta nazionale dei servizi (CNS), ai sensi del Codice dell'amministrazione digitale, rappresenta la modalità che consente l'accesso per via telematica ai servizi erogati dalla pubblica amministrazione e sostituisce, dal 1 ottobre 2013, la carta regionale dei servizi (CRS). 5. Al fine di migliorare i servizi ai cittadini e di rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prestazioni, i soggetti erogatori di prestazioni a carico del servizio sanitario regionale, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti, sono tenuti a dare attuazione alle disposizioni nazionali e regionali in materia, anche utilizzando la piattaforma tecnologica del sistema informativo sanitario e i servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari. Il mancato utilizzo del sistema informativo da parte dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei farmacisti, nonché degli enti erogatori accreditati con il SSR integra la grave infrazione prevista e sanzionata dai vigenti accordi nazionali di categoria e costituisce inadempimento degli obblighi contrattuali. 6. La Giunta regionale adotta le necessarie indicazioni operative e definisce le misure conseguenti, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento regionale 24 dicembre 2013, n. 3 (Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia). 7. La Giunta regionale è autorizzata ad attivare le iniziative occorrenti per ottimizzare la programmazione e la gestione finanziaria del servizio sanitario regionale, nonché per garantire il rispetto dei tempi di pagamento e il contenimento degli oneri finanziari.
Art. 22 (Sistema informativo contabile) 1. La Giunta regionale emana direttive per uniformare i sistemi di rilevazione delle informazioni necessarie per il governo del sistema. Definisce gli schemi di classificazione dei dati economico finanziari secondo le normative comunitarie e nazionali in materia, integrate anche per esigenze di carattere informativo regionale. Le ATS, le ASST, le AO e le fondazioni IRCCS si dotano di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle proprie attività sotto il profilo della efficacia e della efficienza. Provvedono inoltre a soddisfare il debito informativo verso la Regione e ogni altra istituzione che ne abbia titolo. Il mancato assolvimento del debito informativo può comportare la cessazione dei trasferimenti regionali, anche a titolo di acconto, agli enti del sistema. 2. Al fine di dotare la Regione di strumenti adeguati alla realizzazione di un efficace monitoraggio della spesa sanitaria regionale, dando separata evidenza alla spesa del personale, in relazione alla responsabilità assunta	Art. 22 (Sistema informativo contabile) 1. La Giunta regionale emana direttive per uniformare i sistemi di rilevazione delle informazioni necessarie per il governo del sistema. Definisce gli schemi di classificazione dei dati economico finanziari secondo le normative comunitarie e nazionali in materia, integrate anche per esigenze di carattere informativo regionale. Le ATS, le ASST, le AO e le fondazioni IRCCS di diritto pubblico e l’AREU si dotano di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle proprie attività sotto il profilo della efficacia e della efficienza. Provvedono inoltre a soddisfare il debito informativo verso la Regione e ogni altra istituzione che ne abbia titolo. Il mancato assolvimento del debito informativo può comportare la cessazione dei trasferimenti regionali, anche a titolo di acconto, agli enti del sistema. 2. Al fine di dotare la Regione di strumenti adeguati alla realizzazione di un efficace monitoraggio della spesa sanitaria regionale, dando separata evidenza alla spesa del personale, in relazione alla responsabilità assunta con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e agli adempimenti previsti

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e agli adempimenti previsti dall'articolo 2, comma 4, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria) convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la Giunta regionale definisce il debito informativo relativo al personale delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate. Il flusso informativo sul personale è strutturato in modo da acquisire informazioni dettagliate per singolo dipendente, tramite integrazione tra i sistemi informativi delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate che gestiscono i trattamenti giuridici ed economici del personale, osservando modalità di acquisizione e trattamento dei dati che tutelino la riservatezza, ai sensi del d.lgs. 196/2003. 3. Il sistema contabile del comparto socio-sanitario è predisposto sulla base delle disposizioni del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), in particolare le norme del Titolo II modificato ed integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126, e sulla base del codice civile, fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso d.lgs. 118/2011. Il sistema contabile deve garantire tutte le informazioni ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio, in sinergia con gli atti di programmazione regionale e aziendale. 4. Costituiscono documenti contabili obbligatori per gli enti pubblici di cui alla presente legge il bilancio preventivo economico annuale e relativi allegati, il bilancio di esercizio e relativi allegati, ivi compreso il rendiconto finanziario. I modelli di bilancio sono predisposti sulla base di schemi previsti dall'articolo 26 e dall'allegato 2 del d.lgs. 118/2011, nonché dal decreto del Ministro della salute 20 marzo 2013 (Modifica degli schemi dello Stato Patrimoniale, del Conto Economico e della nota Integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale). Al bilancio di esercizio è allegata una nota per l'evidenziazione delle spese del personale. 5. Il bilancio degli enti di cui al comma 4 è composto dalle seguenti contabilità sezionali: a) attività sociali e sociosanitarie; b) attività libero-professionali intramurarie; c) attività di ricerca per le sole Fondazioni IRCCS; d) attività di emergenza urgenza. 6. Costituiscono inoltre parte del processo di bilancio le seguenti scritture obbligatorie: a) libro delle deliberazioni del direttore generale; b) libro delle adunanze del collegio sindacale; c) libro giornale; d) libro degli inventari; e) libro dei cespiti ammortizzabili; f) repertorio dei contratti. 7. L'esercizio contabile coincide con l'anno solare. 8. Il direttore generale adotta i bilanci secondo gli schemi e i tempi definiti dal d.lgs. 118/2011, nonché dal decreto del Ministro della salute del 20 marzo 2013. Il bilancio d'esercizio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'ente, nonché il risultato economico dell'esercizio. L'eventuale risultato positivo è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. 9. I bilanci degli enti pubblici di cui alla presente legge, adottati dal direttore generale secondo le scadenze di legge, sono trasmessi ai competenti uffici della Giunta regionale corredati dalla relazione del collegio sindacale per l'approvazione da parte della stessa Giunta regionale. 10. Il bilancio preventivo economico annuale è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale i bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. Entro la stessa data la Giunta regionale approva il bilancio preventivo economico annuale consolidato. 11. Il bilancio d'esercizio è adottato dal direttore generale degli enti pubblici di cui alla presente legge entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di competenza ed è approvato dalla Giunta regionale entro il 31	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 della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali del d.lgs. 196/2003. 3. Il sistema contabile del comparto socio-sanitario è predisposto sulla base delle disposizioni del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), in particolare le norme del Titolo II modificato ed integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126, e sulla base del codice civile, fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso d.lgs. 118/2011. Il sistema contabile deve garantire tutte le informazioni ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio, in sinergia con gli atti di programmazione regionale e aziendale. 4. Costituiscono documenti contabili obbligatori per gli enti pubblici di cui alla presente legge il bilancio preventivo economico annuale e relativi allegati, il bilancio di esercizio e relativi allegati, ivi compreso il rendiconto finanziario. I modelli di bilancio sono predisposti sulla base di schemi previsti dall'articolo 26 e dall'allegato 2 del d.lgs. 118/2011, nonché dal decreto del Ministro della salute 20 marzo 2013 (Modifica degli schemi dello Stato Patrimoniale, del Conto Economico e della nota Integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale). Al bilancio di esercizio è allegata una nota per l'evidenziazione delle spese del personale. 5. Il bilancio degli enti di cui al comma 4 è composto dalle seguenti contabilità sezionali: a) attività sociali e sociosanitarie; b) attività libero-professionali intramurarie; c) attività di ricerca per le sole Fondazioni IRCCS; d) attività di emergenza urgenza. 6. Costituiscono inoltre parte del processo di bilancio le seguenti scritture obbligatorie: a) libro delle deliberazioni del direttore generale; b) libro delle adunanze del collegio sindacale; c) libro giornale; d) libro degli inventari; e) libro dei cespiti ammortizzabili; f) repertorio dei contratti. 7. L'esercizio contabile coincide con l'anno solare. 8. Il direttore generale adotta i bilanci secondo gli schemi e i tempi definiti dal d.lgs. 118/2011, nonché dal decreto del Ministro della salute del 20 marzo 2013. Il bilancio d'esercizio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'ente, nonché il risultato economico dell'esercizio. L'eventuale risultato positivo è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. 9. I bilanci degli enti pubblici di cui alla presente legge, adottati dal direttore generale o dal Consiglio di Amministrazione delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico secondo le scadenze di legge, sono trasmessi ai competenti uffici della Giunta regionale corredati dalla relazione del collegio sindacale per l'approvazione da parte della stessa Giunta regionale. 10. Il bilancio preventivo economico annuale è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale i bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. Entro la stessa data la Giunta regionale approva il bilancio preventivo economico annuale consolidato. 11. Il bilancio d'esercizio degli enti pubblici di cui alla presente legge è adottato dal direttore generale o dal Consiglio di Amministrazione delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico degli enti pubblici di cui alla presente legge entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di competenza ed è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 maggio. Il bilancio consolidato è approvato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale, i bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet
---	--

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

maggio. Il bilancio consolidato è approvato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale, i bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. 12. I direttori generali degli enti pubblici di cui alla presente legge assicurano il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione e il rispetto degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico, coerenti e conseguenti con le linee di indirizzo approvate dalla Giunta regionale per l'anno di riferimento. 13. Ai fini di cui al comma 12, i direttori generali sono tenuti a presentare alla competente direzione regionale, ogni tre mesi, una certificazione, corredata del parere del collegio sindacale, in ordine alla coerenza della complessiva attività gestionale con gli impegni di equilibrio assunti nel bilancio preventivo economico e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari. In caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio complessivo e di mancato rispetto, i direttori generali sono tenuti contestualmente a presentare un piano, corredato del parere del collegio sindacale, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati è assicurata, pena la decadenza automatica dall'incarico del direttore generale, entro il 30 settembre, qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata alla fine del primo o del secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre. 14. Qualora per esigenze straordinarie sia necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste e incompatibili con gli impegni di equilibrio, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione, secondo i limiti e le modalità definiti dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili e urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali gli enti danno comunicazione alla Giunta regionale entro quindici giorni. 15. La decadenza automatica, ai sensi delle vigenti disposizioni, opera nei seguenti casi: a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale nei termini definiti dalle direzioni generali competenti; b) mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalle direzioni generali competenti; c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre; d) mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai LEA. 16. In attuazione dell'articolo 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato 'Legge finanziaria 2005'), le disposizioni di cui ai commi 12, 13, 14 e 15 si applicano anche agli IRCCS non trasformati in fondazioni ai sensi del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3). 17. La Giunta regionale definisce gli indicatori in base ai quali dichiarare lo stato di dissesto degli enti pubblici di cui alla presente legge. In caso di dissesto dichiarato con provvedimento della Giunta regionale, il direttore generale decade dall'incarico e il suo rapporto contrattuale è risolto di diritto; al suo posto la Giunta regionale nomina, secondo le modalità di cui all'articolo 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512 (Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali), convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, un altro direttore generale con il compito di adottare, entro novanta giorni dalla nomina, un piano di rientro, di durata massima triennale, comprensivo del piano finanziario e del piano di riorganizzazione e ristrutturazione dei servizi, da proporre alla Giunta regionale per l'approvazione. La gestione del piano è affidata allo stesso direttore generale. 18. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata adotta e sottopone all'approvazione della Giunta regionale sia il bilancio preventivo economico annuale della gestione sanitaria accentrata sia il bilancio consolidato entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata adotta e sottopone all'approvazione della Giunta regionale sia il bilancio d'esercizio della gestione sanitaria accentrata sia il bilancio	della Regione. 12. I direttori generali degli enti pubblici di cui alla presente legge assicurano il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione e il rispetto degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico, coerenti e conseguenti con le linee di indirizzo approvate dalla Giunta regionale per l'anno di riferimento. 13. Ai fini di cui al comma 12, i direttori generali sono tenuti a presentare alla competente direzione regionale, ogni tre mesi, una certificazione, corredata del parere del collegio sindacale, in ordine alla coerenza della complessiva attività gestionale con gli impegni di equilibrio assunti nel bilancio preventivo economico e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari. In caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio complessivo e di mancato rispetto degli obiettivi economico-finanziari, i direttori generali sono tenuti contestualmente a presentare un piano, corredato del parere del collegio sindacale, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati è assicurata, pena la decadenza automatica dall'incarico del direttore generale, entro il 30 settembre, qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata alla fine del primo o del secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre. 14. Qualora per esigenze straordinarie sia necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste e incompatibili con gli impegni di equilibrio, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione, secondo i limiti e le modalità definiti dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili e urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali gli enti danno comunicazione alla Giunta regionale entro quindici giorni. 15. La decadenza automatica, ai sensi delle vigenti disposizioni, opera nei seguenti casi: a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale nei termini definiti dalle direzioni generali competenti; b) mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalle direzioni generali competenti; c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre; d) mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai LEA. 16. In attuazione dell'articolo 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato 'Legge finanziaria 2005'), le disposizioni di cui ai commi 12, 13, 14 e 15 si applicano anche agli IRCCS non trasformati in fondazioni ai sensi del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3). 17. La Giunta regionale definisce gli indicatori in base ai quali dichiarare lo stato di dissesto degli enti pubblici di cui alla presente legge. In caso di dissesto dichiarato con provvedimento della Giunta regionale, il direttore generale decade dall'incarico e il suo rapporto contrattuale è risolto di diritto; al suo posto la Giunta regionale nomina, secondo le modalità di cui all'articolo 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512 (Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali), convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, un altro un nuovo direttore generale o un commissario straordinario con il compito di adottare, entro novanta giorni dalla nomina, un piano di rientro, di durata massima triennale, comprensivo del piano finanziario e del piano di riorganizzazione e ristrutturazione dei servizi, da proporre alla Giunta regionale per l'approvazione. La gestione del piano è affidata allo stesso direttore generale. 18. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata adotta e sottopone all'approvazione della Giunta regionale sia il bilancio preventivo economico annuale della gestione sanitaria accentrata sia il bilancio consolidato entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata adotta e sottopone all'approvazione della Giunta regionale sia il bilancio d'esercizio della gestione sanitaria accentrata sia il bilancio consolidato rispettivamente entro il 30 aprile ed entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazioni dei bilanci consolidati questi sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. L'eventuale risultato positivo di esercizio derivante dai risparmi conseguenti alle misure adottate dalla Giunta regionale rimane nella disponibilità della regione per finalità sanitarie e viene accantonato in una apposita riserva del patrimonio netto destinata prioritariamente al ripiano delle perdite di esercizi pregressi, a investimenti strutturali e a progettualità
---	--

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

consolidato rispettivamente entro il 30 aprile ed entro il 30 giugno dell’anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazioni dei bilanci consolidati questi sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. L’eventuale risultato positivo di esercizio derivante dai risparmi conseguenti alle misure adottate dalla Giunta regionale rimane nella disponibilità della regione per finalità sanitarie e viene accantonato in una apposita riserva del patrimonio netto destinata prioritariamente al ripiano delle perdite di esercizi pregressi, a investimenti strutturali e a progettualità specifiche approvate dalla Giunta regionale.	specifiche approvate dalla Giunta regionale.
[Art. 23]	[Art. 23]
Art. 23 bis (Uffici di pubblica tutela) 1. Le ATS, le ASST, gli IRCCS di diritto pubblico e l'AREU istituiscono un ufficio di pubblica tutela, di seguito denominato UPT, quale organismo indipendente per la tutela dei diritti degli utenti. 2. L'UPT in particolare: a) segnala all'ente di appartenenza disfunzioni nell'erogazione di servizi e prestazioni al fine di evitare l'insorgere di contenziosi; b) si raccorda con il difensore regionale e con altri organismi di tutela per risolvere in via consensuale questioni sollevate dagli utenti; c) verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità d'offerta sociosanitarie avvenga alle condizioni previste nella carta dei servizi. 3. L'UPT ha libero accesso agli atti necessari allo svolgimento delle sue funzioni esclusivamente in merito agli specifici casi di cui si occupa e per essi non può essere opposto il segreto d'ufficio. Le informazioni e i chiarimenti richiesti devono essere forniti nel termine massimo di trenta giorni. In caso di mancato rispetto del termine previsto, l'UTP ne fa segnalazione alla Direzione generale competente in materia di sanità che interviene nel rispetto delle proprie competenze. 4. La responsabilità dell'UPT è affidata dal direttore generale, su proposta della conferenza dei sindaci, a persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario e sulla base di apposito avviso pubblico. L'incarico di responsabile dell'UPT, rinnovabile per non più di una volta, ha una durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque ed è onorario, salvo l'eventuale riconoscimento delle spese di trasporto debitamente rendicontate per i trasferimenti relativi allo svolgimento delle funzioni attribuite. Il direttore generale garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente delle funzioni d ell'UPT anche assicurando la messa a disposizione di mezzi e personale adeguato allo svolgimento di tali funzioni, nonché il coordinamento con le attività degli uffici per le relazioni con il pubblico istituiti ai sensi dell'articolo 8 della legge 7 giugno 2000, n. 150 (Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni). I requisiti richiesti per il responsabile dell'UPT sono definiti con deliberazione della Giunta regionale.	Art. 23 bis (Uffici di pubblica tutela) 1. Le ATS, le ASST, le AO, gli IRCCS di diritto pubblico e l'AREU istituiscono un ufficio di pubblica tutela, di seguito denominato UPT, quale organismo indipendente per la tutela dei diritti degli utenti. 2. L'UPT in particolare: a) segnala all'ente di appartenenza disfunzioni nell'erogazione di servizi e prestazioni al fine di evitare l'insorgere di contenziosi; b) si raccorda con il difensore regionale e con altri organismi di tutela per risolvere in via consensuale questioni sollevate dagli utenti; c) verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità d'offerta sociosanitarie avvenga alle condizioni previste nella carta dei servizi. 3. L'UPT ha libero accesso agli atti necessari allo svolgimento delle sue funzioni esclusivamente in merito agli specifici casi di cui si occupa e per essi non può essere opposto il segreto d'ufficio. Le informazioni e i chiarimenti richiesti devono essere forniti nel termine massimo di trenta giorni. In caso di mancato rispetto del termine previsto, l'UTP ne fa segnalazione alla Direzione generale competente in materia di sanità che interviene nel rispetto delle proprie competenze. 4. La responsabilità dell'UPT è affidata dal direttore generale, su proposta della conferenza dei sindaci, a persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario e sulla base di apposito avviso pubblico. L'incarico di responsabile dell'UPT, rinnovabile per non più di una volta, ha una durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque ed è onorario, salvo l'eventuale riconoscimento delle spese di trasporto debitamente rendicontate per i trasferimenti relativi allo svolgimento delle funzioni attribuite. Il direttore generale garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente delle funzioni d ell'UPT anche assicurando la messa a disposizione di mezzi e personale adeguato allo svolgimento di tali funzioni, nonché il coordinamento con le attività degli uffici per le relazioni con il pubblico istituiti ai sensi dell'articolo 8 della legge 7 giugno 2000, n. 150 (Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni). I requisiti richiesti per il responsabile dell'UPT sono definiti con deliberazione della Giunta regionale.
Art. 24 (Valorizzazione del ruolo del volontariato) 1. La Regione riconosce e promuove il ruolo del volontariato nella sua essenziale funzione complementare e ausiliaria al SSL, finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell’efficienza dell’attività e della professionalità degli operatori, nonché dell’appropriatezza e dell’umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, in un’ottica sussidiaria favorendo momenti di aggregazione ed ascolto delle associazioni di volontariato, anche nell’ambito dei tavoli di confronto di cui all’articolo 5, comma 14. 2. La Regione promuove e favorisce attività di raccolta diffusa ed eventi di beneficenza 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. 24 (Valorizzazione del ruolo del volontariato)(Riconoscimento del ruolo degli Enti del Terzo Settore e valorizzazione del ruolo del volontariato) 1. La Regione riconosce e promuove il ruolo del volontariato nella sua essenziale funzione complementare e ausiliaria al SSL, finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell’efficienza dell’attività e della professionalità degli operatori, nonché dell’appropriatezza e dell’umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, in un’ottica sussidiaria favorendo momenti di aggregazione ed ascolto delle associazioni di volontariato, anche nell’ambito dei tavoli di confronto di cui all’articolo 5, comma 14. 1. La Regione riconosce e promuove il ruolo del vollontariato nella sua essenziale funzione complementare e ausiliaria al SSL, finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell’efficienza e dell’attività e della professionalità degli operatori, nonché dell’appropriatezza e dell’umanizzazione dei srvizi sanitari e sociosanitari, in un’ottica sussidiaria favorendo momenti di aggregazione ed ascolto delle associazioni di volontariato, anche nell’ambito del forum di cui all’articolo 5, comma 7, lettera n bis). 2. La Regione promuove e favorisce attività di raccolta diffusa ed eventi di beneficenza finalizzati alla raccolta di fondi da destinare al potenziamento delle attività del SSL, ad investimenti in edilizia sanitaria e tecnologia o attività di studio e ricerca, se proposte da soggetti che garantiscano l’assenza di conflitto di interessi iscritti agli albi regionali del terzo settore, garantendo dando indicazione ai soggetti beneficiari di assicurare la piena trasparenza e tracciabilità dei flussi finanziari generati da tali attività a garanzia dei

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

	donatori, dei benefattori e dei destinatari degli interventi.
Art. 25 <i>(Promozione e coordinamento dell'utilizzo del patrimonio mobiliare dismesso delle strutture sanitarie e sociosanitarie)</i> 1. La Regione promuove e coordina, per fini umanitari in Italia ed all'estero o per altri scopi comunque non lucrativi, l'utilizzo e la cessione del patrimonio mobiliare dismesso dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private operanti sul territorio regionale. 2. Ai fini del comma 1, la Giunta regionale fornisce le necessarie indicazioni operative, nel rispetto dei seguenti criteri: a) l'adesione all'attività di promozione e coordinamento, per i beni degli enti privati, avviene su base volontaria; b) il bene messo a disposizione deve essere funzionante e libero da vincoli, secondo quanto previsto dalle procedure di contabilità generale; c) la cessione del bene, ai fini previsti dal presente articolo, deve avvenire a titolo gratuito; d) possono presentare richiesta per l'utilizzo o la cessione dei beni dismessi: enti pubblici, organizzazioni ed enti non governativi riconosciuti a livello nazionale, enti ecclesiastici riconosciuti, organizzazioni del terzo settore iscritte nei registri regionali, rappresentanze diplomatiche in Italia ed all'estero, la Croce rossa italiana, fatta salva l'eventualità che il destinatario ultimo del bene non coincida con il richiedente. 3. Con la deliberazione della Giunta regionale di cui al comma 1, sentito il parere della commissione consiliare competente, sono altresì definite le modalità di vigilanza e controllo sull'effettivo utilizzo del bene per le finalità previste dal presente articolo.	Art. 25 <i>(Promozione e coordinamento dell'utilizzo del patrimonio mobiliare dismesso delle strutture sanitarie e sociosanitarie)</i> 1. La Regione promuove e coordina, per fini umanitari in Italia ed all'estero o per altri scopi comunque non lucrativi, l'utilizzo e la cessione del patrimonio mobiliare dismesso dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private operanti sul territorio regionale. 2. Ai fini del comma 1, la Giunta regionale fornisce le necessarie indicazioni operative, nel rispetto dei seguenti criteri: a) l'adesione all'attività di promozione e coordinamento, per i beni degli enti privati, avviene su base volontaria; b) il bene messo a disposizione deve essere funzionante e libero da vincoli, secondo quanto previsto dalle procedure di contabilità generale; c) la cessione del bene, ai fini previsti dal presente articolo, deve avvenire a titolo gratuito; d) possono presentare richiesta per l'utilizzo o la cessione dei beni dismessi: enti pubblici, organizzazioni ed enti non governativi riconosciuti a livello nazionale, enti ecclesiastici riconosciuti, organizzazioni del terzo settore iscritte nei registri regionali, rappresentanze diplomatiche in Italia ed all'estero, la Croce rossa italiana, fatta salva l'eventualità che il destinatario ultimo del bene non coincida con il richiedente. 3. Con la deliberazione della Giunta regionale di cui al comma 1, sentito il parere della commissione consiliare competente, sono altresì definite le modalità di vigilanza e controllo sull'effettivo utilizzo del bene per le finalità previste dal presente articolo.
[Art. 25 bis]	[Art. 25 bis]
Art. 26 <i>(Unità di offerta sociosanitarie)</i> 1. Le unità di offerta sociosanitarie erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. 2. La Regione riconosce e valorizza il ruolo svolto delle unità d'offerta sociosanitarie quali componenti essenziali della rete regionale dei servizi per le persone fragili e per le loro famiglie promuovendone lo sviluppo e l'innovazione continua in relazione ai bisogni complessi emergenti. 3. 3. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitarie, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 5, comma 14. 4. La Giunta regionale definisce, con successivi provvedimenti, i criteri e le modalità di riordino e riqualificazione della rete sociosanitaria regionale nella prospettiva di una piena integrazione, tra dimensione sociosanitaria e sociale, nella risposta ai bisogni complessi con specifico riguardo all'area dei consultori, della riabilitazione, della disabilità, delle dipendenze e della fragilità e non autosufficienza. 5. Nell'attività di cui al comma 4 la Giunta regionale promuove: a) modalità di presa in carico della persona fragile attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, socio sanitaria e sociale, in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia anche attraverso l'uso di nuove tecnologie; b) l'implementazione di modalità di valutazione dei bisogni attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica, assistenziale e sociale, utilizzando le scale in essere presso le Regioni tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale della complessità del bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci; c) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona fragile e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliare; d) strumenti di supporto alla persona fragile e alla sua famiglia, eventualmente anche con trasferimenti monetari, nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato; e) strumenti di supporto alla persona fragile e alla sua famiglia anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie nella misura in cui gli stessi siano	Art. 26 <i>(Unità di offerta sociosanitarie)</i> 1. Le unità di offerta sociosanitarie erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. 2. La Regione riconosce e valorizza il ruolo svolto delle unità d'offerta sociosanitarie quali componenti essenziali della rete regionale dei servizi per le persone fragili e per le loro famiglie promuovendone lo sviluppo e l'innovazione continua in relazione ai bisogni complessi emergenti. 3. 3. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitarie, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 5, comma 14. 4. La Giunta regionale definisce, con successivi provvedimenti, i criteri e le modalità di riordino e riqualificazione della rete sociosanitaria regionale nella prospettiva di una piena integrazione, tra dimensione sociosanitaria e sociale, nella risposta ai bisogni complessi con specifico riguardo all'area dei consultori, della riabilitazione, della disabilità, delle dipendenze e della fragilità e non autosufficienza. 5. Nell'attività di cui al comma 4 la Giunta regionale promuove mediante gli strumenti del progetto di vita e del budget di salute l'aggiornamento degli standard assistenziali e di accreditamento della rete erogativa di offerta. a) modalità di presa in carico della persona fragile con fragilità 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 e dell'emersione dei desideri e delle preferenze della persona attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica, assistenziale e sociale, utilizzando le scale in essere presso le Regioni tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale della complessità del bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci; c) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona fragile con fragilità e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliare; d) strumenti di supporto alla persona fragile con fragilità e alla sua famiglia, eventualmente anche con trasferimenti monetari, nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato; e) strumenti di supporto alla persona fragile e alla sua famiglia anche con

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

effettivamente complementari al percorso domiciliare.	interventi complementari all’assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare.
Art. 27 (Finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale) 1. Il finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale è assicurato mediante: a) finanziamento ordinario corrente: definito nell’atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard, ivi compresa la mobilità attiva extraregionale e internazionale ed è destinato: 1. al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale; 2. al finanziamento di atti e provvedimenti regionali a carico della gestione sanitaria accentrata; b) finanziamento sanitario aggiuntivo corrente: definito da atti di finanziamento regionale aggiuntivo, ivi compresi quelli destinati all’erogazione di livelli di assistenza superiori rispetto ai LEA, da pay back e da iscrizione volontaria al servizio sanitario nazionale; c) finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso: definito da eventuali provvedimenti regionali di ripiano del disavanzo sanitario pregresso, anche mediante l’incremento di aliquote fiscali e l’introduzione degli automatismi fiscali intervenuti ai sensi della vigente legislazione (articolo 1, comma 174, legge 311/2004); d) finanziamento per investimenti in ambito sanitario: definito da atti nazionali e regionali destinati al finanziamento per investimenti strutturali del servizio sanitario regionale, ivi compreso il programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, autorizzato dall’articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato ‘Legge finanziaria 1988’); costituiscono inoltre fonte di finanziamento i redditi da patrimonio ed i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni finalizzati ad investimenti quali la realizzazione, l’acquisizione e l’ammodernamento di strutture, infrastrutture e attrezzature sanitarie e non; e) finanziamento da entrate proprie aziendali: integra i precedenti livelli di finanziamento ed è costituito da: 1. le quote di compartecipazione di competenza regionale del cittadino al costo delle prestazioni sanitarie e, dove previsto, sociosanitarie, comprese le eventuali esenzioni e graduazioni in funzione proporzionale al reddito del fruitore delle prestazioni e fino alla data della sua eliminazione con apposito provvedimento che individui la copertura di spesa susseguente ad una maggiore e sufficiente disponibilità regionale del gettito fiscale lombardo; 2. le entrate spettanti per le attività libero-professionali intra-murarie; 3. le entrate derivanti dalle attività di vigilanza e controllo nel rispetto dei limiti di destinazione previsti dalla normativa di settore; 4. le entrate a beneficio della Regione o degli enti di diritto pubblico del servizio sanitario derivanti da condanne o accordi relativi ai risarcimenti o indennizzi conseguenti a condotte poste in essere in pregiudizio agli interessi patrimoniali e non patrimoniali del servizio sanitario e sociosanitario regionale, ivi compresi i risarcimenti derivanti da rivalse nei confronti di soggetti condannati per danni alla salute; 5. una quota dei proventi derivati delle sperimentazioni finanziate da aziende di farmaci o dispositivi, da lasciare a bilancio delle ASST per gli studi e ricerche senza scopo di lucro; 6. i rimborsi effettuati dalle prefetture per le prestazioni erogate a stranieri irregolari (STP); 7. altri proventi e rimborsi tipici, ordinari e/o straordinari, delle ATS e delle ASST, AO, IRCCS, compresi i redditi da patrimonio e i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni, destinate al finanziamento della spesa corrente. 2. La Regione, attraverso l’ausilio delle professionalità dell’Osservatorio integrato del SSL di cui all’articolo 5, comma 14, promuove una revisione periodica delle tariffe dei DRG finalizzata all’adeguamento degli stessi alle più moderne valutazioni cliniche e tecnologiche. Nella stesura dei PSL di cui all’articolo 4, la Giunta regionale introduce tariffe differenziate dei DRG, attraverso la regolamentazione di un meccanismo premiante e penalizzante sui rimborsi, in base ad indicatori che misurino la qualità, l’appropriatezza e l’efficacia delle prestazioni, oltreché il governo dei tempi d’attesa e gli esiti di salute. Tale meccanismo può essere applicato anche in funzione della complessità delle strutture erogatrici, pubbliche e private,	Art. 27 (Finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale) 1. Il finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale è assicurato mediante: a) finanziamento ordinario corrente: definito nell’atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard, ivi compresa la mobilità attiva extraregionale e internazionale ed è destinato: 1. al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale; 2. al finanziamento di atti e provvedimenti regionali a carico della gestione sanitaria accentrata; b) finanziamento sanitario aggiuntivo corrente: definito da atti di finanziamento regionale aggiuntivo, ivi compresi quelli destinati all’erogazione di livelli di assistenza aggiuntivi superiori rispetto ai LEA, da pay back e da iscrizione volontaria al servizio sanitario nazionale; c) finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso: definito da eventuali provvedimenti regionali di ripiano del disavanzo sanitario pregresso, anche mediante l’incremento di aliquote fiscali e l’introduzione degli automatismi fiscali intervenuti ai sensi della vigente legislazione (articolo 1, comma 174, legge 311/2004); d) finanziamento per investimenti in ambito sanitario: definito da atti nazionali e regionali destinati al finanziamento per investimenti strutturali del servizio sanitario regionale, ivi compreso il programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, autorizzato dall’articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato ‘Legge finanziaria 1988’); costituiscono inoltre fonte di finanziamento i redditi da patrimonio ed i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni finalizzati ad investimenti quali la realizzazione, l’acquisizione e l’ammodernamento di strutture, infrastrutture e attrezzature sanitarie e non; e) finanziamento da entrate proprie aziendali: integra i precedenti livelli di finanziamento ed è costituito da: 1. le quote di compartecipazione di competenza regionale del cittadino al costo delle prestazioni sanitarie e, dove previsto, sociosanitarie, comprese le eventuali esenzioni e graduazioni in funzione proporzionale al reddito del fruitore delle prestazioni e fino alla data della sua eliminazione con apposito provvedimento che individui la copertura di spesa susseguente ad una maggiore e sufficiente disponibilità regionale del gettito fiscale lombardo; 2. le entrate spettanti per le attività libero-professionali intra-murarie; 3. le entrate derivanti dalle attività di vigilanza e controllo nel rispetto dei limiti di destinazione previsti dalla normativa di settore; 4. le entrate a beneficio della Regione o degli enti di diritto pubblico del servizio sanitario derivanti da condanne o accordi relativi ai risarcimenti o indennizzi conseguenti a condotte poste in essere in pregiudizio agli interessi patrimoniali e non patrimoniali del servizio sanitario e sociosanitario regionale, ivi compresi i risarcimenti derivanti da rivalse nei confronti di soggetti condannati per danni alla salute; 5. una quota dei proventi derivati delle sperimentazioni finanziate da aziende di farmaci o dispositivi, da lasciare a bilancio delle ASST per gli studi e ricerche senza scopo di lucro; 6. i rimborsi effettuati dalle prefetture per le prestazioni erogate a stranieri irregolari (STP); 7. altri proventi e rimborsi tipici, ordinari e/o straordinari, delle ATS e delle ASST, AO, IRCCS di diritto pubblico, compresi i redditi da patrimonio e i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni, destinate al finanziamento della spesa corrente. 2. La Regione, attraverso l’ausilio delle professionalità dell’Osservatorio integrato del SSL di cui all’articolo 5, comma 14, promuove una revisione periodica delle tariffe dei DRG finalizzata all’adeguamento degli stessi alle più moderne valutazioni cliniche e tecnologiche. Nella stesura dei PSL di cui all’articolo 4, la Giunta regionale introduce tariffe differenziate dei DRG, attraverso la regolamentazione di un meccanismo premiante e penalizzante sui rimborsi per gli erogatori pubblici e privati, in base ad indicatori che misurino la qualità, l’appropriatezza e l’efficacia delle prestazioni, nonché il governo dei tempi d’attesa e gli esiti di salute. Tale meccanismo può essere applicato anche in funzione della complessità delle strutture erogatrici, pubbliche e private, identificate in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri vigente. 3. Annualmente la Giunta regionale, nell’ambito delle risorse di parte corrente di cui al comma 1, costituisce un fondo per la remunerazione di

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

identificate in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri vigente. 3. Annualmente la Giunta regionale, nell'ambito delle risorse di parte corrente di cui al comma 1, costituisce un fondo per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili e ne determina le modalità di riparto. La Regione persegue, laddove possibile, la trasformazione delle funzioni non tariffabili in prestazioni o servizi tariffabili, con conseguente riduzione del fondo. 4. Le fonti di finanziamento corrente di cui ai commi 1 e 2 sono destinate annualmente, da parte della Giunta regionale: a) alle ATS, attraverso la definizione della quota capitaria per il finanziamento dei propri costi di funzionamento, dei costi relativi ai servizi erogati direttamente nonché per la remunerazione delle prestazioni erogate da tutti i soggetti accreditati ed a contratto pubblici e privati per i propri assistiti, ivi inclusa la mobilità extraregionale e intra-regionale; alle stesse ATS sono, inoltre, assegnate le risorse aggiuntive per la contrattazione territoriale specifica previste dall'articolo 5, comma 7, lettera l), e quelle per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili fino al loro superamento previsto dal comma 3, oltre ad eventuali contributi, rivedibili ogni tre anni, per specifiche progettualità a favore di soggetti erogatori accreditati per attività di ricovero e cura che operano senza fini di lucro e non sono controllati da società con fini di lucro né le controllano, degli ospedali classificati ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 (Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera) di proprietà e gestiti da istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti, esistenti alla data del 30 giugno 2008, per la realizzazione di programmi finalizzati ad incrementare l'integrazione con la rete locale dei servizi sanitari e sociosanitari per la presa in carico della cronicità e delle fragilità; b) alle ASST, AO e alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, le risorse per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili, eventuali contributi per progetti e finalità specifiche con vincolo di destinazione anche a titolo di riequilibrio e eventuali interventi destinati ad investimenti; c) all'AREU, le risorse destinate al finanziamento dei propri costi di funzionamento e per l'espletamento delle attività previste dall'articolo 16. 5. Le risorse definite al comma 1, lettera e), integrano le fonti di finanziamento corrente assegnate dalla Giunta regionale, di cui al comma 3. Per le ASST, AO e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico costituiscono altresì fonte di finanziamento i ricavi per le prestazioni sanitarie erogate e le eventuali assegnazioni effettuate dall'AREU nell'ambito delle attività ad essa delegate. 6. La modalità di trasferimento delle risorse finanziarie dalla Regione alle aziende sanitarie pubbliche è demandata alla Giunta regionale e avviene: a) per le ATS sulla base del reale fabbisogno del proprio territorio per i soggetti erogatori accreditati di tutti i servizi sanitari e sociosanitari pubblici e privati, ivi compreso il saldo di mobilità intra ed extra regionale; b) per le ASST, AO e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico e per l'AREU, nei limiti delle assegnazioni effettuate. 7. Con provvedimento della Giunta regionale, da emanarsi entro la fine di ogni anno, sono fissati i limiti finanziari attinenti alla spesa per prestazioni sanitarie e sociosanitarie/ospedaliera specialistica e diagnostica per tutte le strutture, pubbliche e private, in ottemperanza alla normativa nazionale e in attuazione dei contenuti della presente legge, con particolare riferimento ai principi di cui all'articolo 5, comma 7, all'articolo 11 e all'articolo 15. 8. La Regione favorisce, senza oneri per il bilancio pubblico, l'esercizio di forme integrative di assistenza sanitaria anche per il tramite di forme assicurative e mutualistiche per le finalità di cui all'articolo 9 del d.lgs. 502/1992. 9. Gli atti di trasferimento ai terzi di diritti reali su beni immobili costituenti patrimonio delle strutture sanitarie pubbliche sono assoggettati alla preventiva autorizzazione della direzione regionale competente per materia secondo modalità e procedure definite con deliberazione della Giunta regionale. Le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico redigono un programma annuale di alienazione del patrimonio immobiliare disponibile corredato di apposita relazione che indichi la destinazione dei proventi e attestati la non incidenza della correlata diminuzione patrimoniale sul perseguimento degli scopi istituzionali. Il programma è approvato dalla Giunta regionale secondo modalità e criteri definiti dalla stessa Giunta regionale. 10. In applicazione delle disposizioni di cui al decreto del Ministro della sanità 10 febbraio 1995, che modifica il DPR 616/80, la Giunta regionale	eventuali funzioni non tariffabili e ne determina le modalità di riparto. La Regione persegue, laddove possibile, la trasformazione delle funzioni non tariffabili in prestazioni o servizi tariffabili, con conseguente riduzione del fondo. 4. Le fonti di finanziamento corrente di cui ai commi 1 e 2 sono destinate annualmente, da parte della Giunta regionale: a) alle ATS, attraverso la definizione della quota capitaria per il finanziamento dei propri costi di funzionamento, dei costi relativi ai servizi erogati direttamente nonché per la remunerazione delle prestazioni erogate da tutti i soggetti accreditati ed a contratto pubblici e privati per i propri assistiti, ivi inclusa la mobilità extraregionale e intra-regionale; alle stesse ATS sono, inoltre, assegnate le risorse aggiuntive per la contrattazione territoriale specifica previste dall'articolo 5, comma 7, lettera l), e quelle per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili fino al loro superamento previsto dal comma 3, oltre ad eventuali contributi, rivedibili ogni tre anni, per specifiche progettualità a favore di soggetti erogatori accreditati per attività di ricovero e cura che operano senza fini di lucro e non sono controllati da società con fini di lucro né le controllano, degli ospedali classificati ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 (Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera) di proprietà e gestiti da istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti, esistenti alla data del 30 giugno 2008, per la realizzazione di programmi finalizzati ad incrementare l'integrazione con la rete locale dei servizi sanitari e sociosanitari per la presa in carico della cronicità e delle fragilità; b) alle ASST, AO e alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, le risorse per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili, eventuali contributi per progetti e finalità specifiche con vincolo di destinazione anche a titolo di riequilibrio e eventuali interventi destinati ad investimenti; c) all'AREU, le risorse destinate al finanziamento dei propri costi di funzionamento e per l'espletamento delle attività previste dall'articolo 16. 5. Le risorse definite al comma 1, lettera e), integrano le fonti di finanziamento corrente assegnate dalla Giunta regionale, di cui al comma 3. Per le ASST, AO e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico costituiscono altresì fonte di finanziamento i ricavi per le prestazioni sanitarie erogate e le eventuali assegnazioni effettuate dall'AREU nell'ambito delle attività ad essa delegate. 6. La modalità di trasferimento delle risorse finanziarie dalla Regione alle aziende sanitarie pubbliche è demandata alla Giunta regionale e avviene: a) per le ATS sulla base del reale fabbisogno del proprio territorio per i soggetti erogatori accreditati di tutti i servizi sanitari e sociosanitari pubblici e privati, ivi compreso il saldo di mobilità intra ed extra regionale; b) per le ASST, AO e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico e per l'AREU, nei limiti delle assegnazioni effettuate. 7. Con provvedimento della Giunta regionale, da emanarsi entro la fine di ogni anno, sono fissati i limiti finanziari attinenti alla spesa per prestazioni sanitarie e sociosanitarie/ospedaliera specialistica e diagnostica per tutte le strutture, pubbliche e private, in ottemperanza alla normativa nazionale e in attuazione dei contenuti della presente legge, con particolare riferimento ai principi di cui all'articolo 5, comma 7, all'articolo 11 e all'articolo 15. 8. La Regione favorisce, senza oneri per il bilancio pubblico, l'esercizio di forme integrative di assistenza sanitaria anche per il tramite di forme assicurative e mutualistiche per le finalità di cui all'articolo 9 del d.lgs. 502/1992. 9. Gli atti di trasferimento ai terzi di diritti reali su beni immobili costituenti patrimonio delle strutture sanitarie pubbliche sono assoggettati alla preventiva autorizzazione della direzione regionale competente per materia secondo modalità e procedure definite con deliberazione della Giunta regionale. Le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico redigono un programma annuale di alienazione del patrimonio immobiliare disponibile corredato di apposita relazione che indichi la destinazione dei proventi e attestati la non incidenza della correlata diminuzione patrimoniale sul perseguimento degli scopi istituzionali. Il programma è approvato dalla Giunta regionale secondo modalità e criteri definiti dalla stessa Giunta regionale. 10. In applicazione delle disposizioni di cui al decreto del Ministro della sanità 10 febbraio 1995, che modifica il DPR 616/80, la Giunta regionale emana direttive per l'organizzazione e il finanziamento dello speciale distretto di Campione d'Italia.
--	---

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

emana direttive per l’organizzazione e il finanziamento dello speciale distretto di Campione d’Italia.	
Art. 27 bis <i>(Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari)</i> 1. E' autorizzata la maggiorazione sulle tariffe per le prestazioni di ricovero e cura erogate dagli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati e a contratto e dalle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto, convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia. 2. Per le strutture sanitarie e sociosanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un massimo del 25 per cento, in base ai seguenti criteri: a) numero dei posti letto attivi destinati alle attività didattiche; b) numero degli studenti frequentanti il polo didattico; c) numero del personale formalmente dedicato alla formazione e al tutoraggio. 3. Per gli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati e a contratto la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un massimo del 19 per cento, in base ai seguenti criteri: a) numero del personale addetto alle attività di ricerca per posto letto; b) numero di progetti di ricerca in corso di svolgimento presso la struttura; c) impact factor standardizzato della struttura. 4. La maggiorazione tariffaria è riconosciuta ai soggetti di cui al comma 1, su richiesta degli stessi, corredata da dichiarazione di formale impegno a: a) rispettare gli standard definiti dalla Giunta regionale in ordine all’instaurazione, in via prioritaria e prevalente, di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con i medici e con il personale infermieristico; b) presentare il consolidamento dei bilanci con evidenziazione dei conti economici relativi all’attività sanitaria; c) perseguire la razionalizzazione dei costi dell’organizzazione delle attività e conseguentemente delle prestazioni erogate nei piani strategici triennali per gli IRCCS di diritto pubblico e per le strutture di ricovero e cura pubbliche convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, o in appositi documenti programmatici a valenza triennale per gli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto e per le strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia. 5. La Giunta regionale determina i parametri economici per la verifica del consolidamento dei bilanci, tenendo conto della distinzione fra attività di ricerca e attività sanitaria esercitata nella Regione, nonché le modalità di assolvimento dell’impegno di cui al comma 4. Il mancato assolvimento dell’impegno comporta la revoca delle maggiorazioni di cui ai commi 2 e 3. 6. Il riconoscimento della maggiorazione sulle tariffe preclude il riconoscimento degli eventuali contributi economici ricevuti, di cui all’articolo 27 quater, nonché delle funzioni di didattica universitaria, di ampiezza del case mix e di integrazione tariffaria per percentuale di pazienti extraregionali superiore alla media regionale. 7. La Giunta regionale, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema, determina il relativo finanziamento annuale in sede di definizione degli indirizzi di gestione del servizio sociosanitario regionale, in relazione agli stanziamenti annuali del relativo bilancio di previsione.	Art. 27 bis <i>(Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari)</i> 1. E' autorizzata la maggiorazione sulle tariffe per le prestazioni di ricovero e cura erogate dagli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati e a contratto e dalle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto, convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia. 2. Per le strutture sanitarie e sociosanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un massimo del 25 per cento, in base ai seguenti criteri: a) numero dei posti letto attivi destinati alle attività didattiche; b) numero degli studenti frequentanti il polo didattico; c) numero del personale formalmente dedicato alla formazione e al tutoraggio. 3. Per gli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati e a contratto la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un massimo del 19 per cento, in base ai seguenti criteri: a) numero del personale addetto alle attività di ricerca per posto letto; b) numero di progetti di ricerca in corso di svolgimento presso la struttura; c) impact factor standardizzato della struttura. 4. La maggiorazione tariffaria è riconosciuta ai soggetti di cui al comma 1, su richiesta degli stessi, corredata da dichiarazione di formale impegno a: a) rispettare gli standard definiti dalla Giunta regionale in ordine all’instaurazione, in via prioritaria e prevalente, di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con i medici e con il personale infermieristico; b) presentare il consolidamento dei bilanci con evidenziazione dei conti economici relativi all’attività sanitaria; c) perseguire la razionalizzazione dei costi dell’organizzazione delle attività e conseguentemente delle prestazioni erogate nei piani strategici triennali per gli IRCCS di diritto pubblico e per le strutture di ricovero e cura pubbliche convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, o in appositi documenti programmatici a valenza triennale per gli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto e per le strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia. 5. La Giunta regionale determina i parametri economici per la verifica del consolidamento dei bilanci, tenendo conto della distinzione fra attività di ricerca e attività sanitaria esercitata nella Regione, nonché le modalità di assolvimento dell’impegno di cui al comma 4. Il mancato assolvimento dell’impegno comporta la revoca delle maggiorazioni di cui ai commi 2 e 3. 6. Il riconoscimento della maggiorazione sulle tariffe preclude il riconoscimento degli eventuali contributi economici ricevuti, di cui all’articolo 27 quater, nonché delle funzioni di didattica universitaria, di ampiezza del case mix e di integrazione tariffaria per percentuale di pazienti extraregionali superiore alla media regionale. 7. La Giunta regionale, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema, determina il relativo finanziamento annuale in sede di definizione degli indirizzi di gestione del servizio sociosanitario regionale, in relazione agli stanziamenti annuali del relativo bilancio di previsione.
Art. 27 ter <i>(Istituzione dell’Assessorato alla salute e politiche sociali ‘Welfare’)</i> 1. Al fine di dare piena attuazione alla presente legge, il Presidente della Regione, secondo quanto previsto dallo Statuto d’autonomia, istituisce l’Assessorato alla salute e politiche sociali (Welfare), riassumendo le deleghe in essere rispettivamente all’Assessorato alla salute e all’Assessorato alla famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari	Art. 27 ter <i>(Istituzione dell’Assessorato alla salute e politiche sociali ‘Welfare’)</i> 1. Al fine di dare piena attuazione alla presente legge, il Presidente della Regione, secondo quanto previsto dallo Statuto d’autonomia, istituisce l’Assessorato alla salute e politiche sociali (Welfare), riassumendo le deleghe in essere rispettivamente all’Assessorato alla salute e all’Assessorato alla famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

opportunità, all’atto dell’approvazione legge regionale recante “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”.	opportunità, all’atto dell’approvazione legge regionale recante “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”.
Art. 27 quater (Misure di razionalizzazione della spesa sanitaria) 1. Gli enti di cui alla presente legge ottemperano alle disposizioni di principio di cui agli articoli 6 e 9 della legge 30 luglio 2010, n. 122 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), ferma restando la facoltà di ricorrere ad assunzioni di personale a tempo determinato e ad altre tipologie di rapporti di lavoro flessibili strettamente necessarie al fine di garantire le attività di emergenza e urgenza e i livelli essenziali di assistenza. La Giunta regionale fornisce indicazioni in ordine al personale indispensabile ad assicurare le finalità di cui al primo periodo e procede annualmente alla verifica del rispetto, da parte delle aziende, delle condizioni e dei limiti di cui al presente comma. La Giunta regionale definisce inoltre le misure di compensazione necessarie a preservare l’equilibrio complessivo della parte sanitaria del bilancio regionale.	Art. 27 quater (Misure di razionalizzazione della spesa sanitaria) Gli enti di cui alla presente legge ottemperano alle disposizioni di principio di cui agli articoli 6 e 9 della legge 30 luglio 2010, n. 122 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), ferma restando la facoltà di ricorrere ad assunzioni di personale a tempo determinato e ad altre tipologie di rapporti di lavoro flessibili strettamente necessarie al fine di garantire le attività di emergenza e urgenza e i livelli essenziali di assistenza. La Giunta regionale fornisce indicazioni in ordine al personale indispensabile ad assicurare le finalità di cui al primo periodo e procede annualmente alla verifica del rispetto, da parte delle aziende, delle condizioni e dei limiti di cui al presente comma. La Giunta regionale definisce inoltre le misure di compensazione necessarie a preservare l’equilibrio complessivo della parte sanitaria del bilancio regionale.
Art. 27 quater 1 (Esonero dalla compartecipazione della spesa sanitaria per gli operatori delle Forze armate, delle Forze di polizia, della Protezione civile, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e della Polizia locale) 1. Gli operatori delle Forze armate, delle Forze di polizia, della Protezione civile, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e della Polizia locale che accedono in pronto soccorso a seguito di infortunio durante il servizio o per ragioni di servizio sono esonerati dal pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria in relazione alle prestazioni erogate anche in caso di dimissione in codice bianco. Indipendentemente dal codice di dimissione dal pronto soccorso, gli stessi operatori sono altresì esonerati dal pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria in relazione a eventuali successive prestazioni strettamente correlate all’infortunio per un periodo massimo di un anno a decorrere dal giorno dell’evento traumatico. Le disposizioni di cui al primo e secondo periodo non operano per le prestazioni soggette a copertura assicurativa per gli infortuni sul lavoro. 2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante «Disposizioni per l’attuazione della programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell’articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - Collegato 2020», la Giunta regionale fornisce alle strutture sanitarie criteri e indicazioni operative in ordine all’applicazione della disposizione sull’esenzione temporanea di cui al secondo periodo del comma 1; tale disposizione acquista efficacia alla data di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione della deliberazione recante i suddetti criteri e indicazioni operative.	Art. 27 quater 1 (Esonero dalla compartecipazione della spesa sanitaria per gli operatori delle Forze armate, delle Forze di polizia, della Protezione civile, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e della Polizia locale) 1. Gli operatori delle Forze armate, delle Forze di polizia, della Protezione civile, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e della Polizia locale che accedono in pronto soccorso a seguito di infortunio durante il servizio o per ragioni di servizio sono esonerati dal pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria in relazione alle prestazioni erogate anche in caso di dimissione in codice bianco. Indipendentemente dal codice di dimissione dal pronto soccorso, gli stessi operatori sono altresì esonerati dal pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria in relazione a eventuali successive prestazioni strettamente correlate all’infortunio per un periodo massimo di un anno a decorrere dal giorno dell’evento traumatico. Le disposizioni di cui al primo e secondo periodo non operano per le prestazioni soggette a copertura assicurativa per gli infortuni sul lavoro. 2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante «Disposizioni per l’attuazione della programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell’articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - Collegato 2020», la Giunta regionale fornisce alle strutture sanitarie criteri e indicazioni operative in ordine all’applicazione della disposizione sull’esenzione temporanea di cui al secondo periodo del comma 1; tale disposizione acquista efficacia alla data di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione della deliberazione recante i suddetti criteri e indicazioni operative.
Art. 27 quinquies (Sanzioni) 1. Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, l’inosservanza delle disposizioni relative ai requisiti richiesti per l’esercizio di attività sanitarie o sociosanitarie, incluse quelle che svolgono attività di soccorso e/o trasporto sanitario, o per l’accreditamento e l’inosservanza delle disposizioni relative alla rendicontazione delle prestazioni erogate e al rispetto dei criteri di appropriatezza specifica e generica di erogazione delle prestazioni comportano l’applicazione delle seguenti sanzioni: a) da € 15.000 a € 150.000 per l’esercizio di attività sanitarie o di soccorso e trasporto sanitario in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA; b) da € 5.000 a € 50.000 per l’esercizio di attività sociosanitarie in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA; c) da € 3.000 a € 30.000 per l’erogazione di specifiche prestazioni sanitarie o sociosanitarie per le quali non è stata ottenuta l’autorizzazione o non è stata presentata la SCIA; d) da € 6.000 a € 60.000 se si tratta di strutture sanitarie di ricovero e cura o di day hospital o di day surgery, per l’assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento; e) da € 6.000 a € 60.000 se si tratta di strutture sanitarie di ricovero e cura	Art. 27 quinquies (Sanzioni) 1. Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, l’inosservanza delle disposizioni relative ai requisiti richiesti per l’esercizio di attività sanitarie o sociosanitarie, incluse quelle che svolgono attività di soccorso e/o trasporto sanitario, o per l’accreditamento e l’inosservanza delle disposizioni relative alla rendicontazione delle prestazioni erogate e al rispetto dei criteri di appropriatezza specifica e generica di erogazione delle prestazioni comportano l’applicazione delle seguenti sanzioni: a) da € 15.000 a € 150.000 per l’esercizio di attività sanitarie o di soccorso e trasporto sanitario in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA; b) da € 5.000 a € 50.000 per l’esercizio di attività sociosanitarie in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA; c) da € 3.000 a € 30.000 per l’erogazione di specifiche prestazioni sanitarie o sociosanitarie per le quali non è stata ottenuta l’autorizzazione o non è stata presentata la SCIA; d) da € 6.000 a € 60.000 se si tratta di strutture sanitarie di ricovero e cura o di day hospital o di day surgery, per l’assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento; e) da € 6.000 a € 60.000 se si tratta di strutture sanitarie di ricovero e cura o

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

o di day hospital o di day surgery, per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate; e bis) da € 500 a € 5.000 se si tratta di strutture sociosanitarie, per codifiche che, rispetto alle indicazioni regionali, non rappresentino in modo corretto la classificazione della fragilità degli utenti o l'appropriatezza delle prestazioni erogate; f) da € 3.000 a € 30.000 se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento; g) da € 2.000 a € 20.000 se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate; h) da € 1.000 a € 10.000 per l'esercizio di attività sociosanitarie in mancanza dei requisiti minimi; i) da € 500 a € 5.000 per il mancato mantenimento di uno o più requisiti di accreditamento relativamente alle attività sociosanitarie; j) da € 500 a € 5.000 per il mancato invio alla Regione o alla competente ATS di comunicazioni o flussi informativi. 2. Con riferimento alle fattispecie di cui al comma 1, lettere e) e g), la soglia di errore sanzionabile scatta quando l'entità della decurtazione economica realizzata come esito dell'attività di controllo è maggiore o uguale al 5 per cento del valore delle prestazioni sanitarie dell'intero campione controllato. 3. I requisiti per il cui assolvimento è prevista la predisposizione di documenti, disposizioni procedurali, regolamenti interni o linee guida si considerano assolti solo se la suddetta documentazione risulta conforme alla normativa vigente e la struttura vi ha dato regolare esecuzione. 4. L'applicazione delle sanzioni di cui al comma 1 spetta alle ATS, che introitano le somme riscosse a seguito dell'irrogazione. 5. L'accertamento dell'assenza o del mancato mantenimento dei requisiti autorizzativi o di accreditamento o l'inottemperanza al debito informativo di cui al comma 1, lettera j), comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, previa diffida ad ottemperare entro un congruo termine ai requisiti medesimi o al debito informativo, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accREDITamento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo. L'accertamento della mancata autorizzazione o della mancata presentazione della SCIA comporta, oltre all'applicazione della sanzione di cui al comma 1, lettera a), il divieto di prosecuzione dell'attività. 6. Con riferimento alle strutture che erogano prestazioni di diverse branche o il cui assetto è composto da più unità operative, la sospensione o il divieto di prosecuzione dell'attività può riguardare, in relazione al tipo di requisito mancante, generale o specifico, tutta la struttura, una o più branche specialistiche, una o più unità operative. 7. L'accertamento di una mancanza di requisiti autorizzativi o di accreditamento tale da comportare un grave rischio per la salute dei cittadini, diretto e immediato o indiretto e potenziale, comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, la diffida ad ottemperare ai requisiti medesimi con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accREDITamento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo. 8. Le violazioni delle disposizioni relative ai requisiti di autorizzazione o di accreditamento e di codifica delle prestazioni di cui al comma 1, lettere d), e), e bis), f), g) e h), contestate alla medesima struttura per la terza volta nel corso dell'anno solare, comportano la diffida ad ottemperare con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accREDITamento per un tempo congruo al ripristino dei requisiti non assolti o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di continuare ad esercitare l'attività. 9. La mancata ottemperanza ai requisiti autorizzativi o di accreditamento in seguito alla sospensione di cui ai commi 5, 6, 7 e 8 comporta la revoca dell'autorizzazione o dell'accREDITamento o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione dell'attività. 10. Per quanto non espressamente previsto, si osservano, in quanto applicabili, le disposizioni della legge 24 novembre, n. 689 (Modifiche al sistema penale), con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'articolo 11.	di day hospital o di day surgery, per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate; e bis) da € 500 a € 5.000 se si tratta di strutture sociosanitarie, per codifiche che, rispetto alle indicazioni regionali, non rappresentino in modo corretto la classificazione della fragilità degli utenti o l'appropriatezza delle prestazioni erogate; f) da € 3.000 a € 30.000 se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento; g) da € 2.000 a € 20.000 se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate; h) da € 1.000 a € 10.000 per l'esercizio di attività sociosanitarie in mancanza dei requisiti minimi; i) da € 500 a € 5.000 per il mancato mantenimento di uno o più requisiti di accreditamento relativamente alle attività sociosanitarie; j) da € 500 a € 5.000 per il mancato invio alla Regione o alla competente ATS di comunicazioni o flussi informativi. 2. Con riferimento alle fattispecie di cui al comma 1, lettere e) e g), la soglia di errore sanzionabile scatta quando l'entità della decurtazione economica realizzata come esito dell'attività di controllo è maggiore o uguale al 5 per cento del valore delle prestazioni sanitarie dell'intero campione controllato. 3. I requisiti per il cui assolvimento è prevista la predisposizione di documenti, disposizioni procedurali, regolamenti interni o linee guida si considerano assolti solo se la suddetta documentazione risulta conforme alla normativa vigente e la struttura vi ha dato regolare esecuzione. 4. L'applicazione delle sanzioni di cui al comma 1 spetta alle ATS, che introitano le somme riscosse a seguito dell'irrogazione. 5. L'accertamento dell'assenza o del mancato mantenimento dei requisiti autorizzativi o di accreditamento o l'inottemperanza al debito informativo di cui al comma 1, lettera j), comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, previa diffida ad ottemperare entro un congruo termine ai requisiti medesimi o al debito informativo, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accREDITamento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo. L'accertamento della mancata autorizzazione o della mancata presentazione della SCIA comporta, oltre all'applicazione della sanzione di cui al comma 1, lettera a), il divieto di prosecuzione dell'attività. 6. Con riferimento alle strutture che erogano prestazioni di diverse branche o il cui assetto è composto da più unità operative, la sospensione o il divieto di prosecuzione dell'attività può riguardare, in relazione al tipo di requisito mancante, generale o specifico, tutta la struttura, una o più branche specialistiche, una o più unità operative. 7. L'accertamento di una mancanza di requisiti autorizzativi o di accreditamento tale da comportare un grave rischio per la salute dei cittadini, diretto e immediato o indiretto e potenziale, comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, la diffida ad ottemperare ai requisiti medesimi con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accREDITamento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo. 8. Le violazioni delle disposizioni relative ai requisiti di autorizzazione o di accreditamento e di codifica delle prestazioni di cui al comma 1, lettere d), e), e bis), f), g) e h), contestate alla medesima struttura per la terza volta nel corso dell'anno solare, comportano la diffida ad ottemperare con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accREDITamento per un tempo congruo al ripristino dei requisiti non assolti o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di continuare ad esercitare l'attività. 9. La mancata ottemperanza ai requisiti autorizzativi o di accreditamento in seguito alla sospensione di cui ai commi 5, 6, 7 e 8 comporta la revoca dell'autorizzazione o dell'accREDITamento o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione dell'attività. 10. Per quanto non espressamente previsto, si osservano, in quanto applicabili, le disposizioni della legge 24 novembre, n. 689 (Modifiche al sistema penale), con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'articolo 11.
[Art. 27 sexies]	[Art. 27 sexies]

Art. 58 (Articolazione dei dipartimenti di igiene e prevenzione sanitaria) 1. Il Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria si configura come dipartimento gestionale, caratterizzato da uso integrato delle risorse e con attribuzione di un budget unico, che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione e un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili. 2. I dipartimenti gestionali di igiene e prevenzione sanitaria sono costituiti dai seguenti servizi: a) igiene e sanità pubblica, salute-ambiente; b) igiene degli alimenti e nutrizione; c) prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro; d) medicina preventiva nelle comunità; e) promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali. 3. I dipartimenti di cui al comma 2 inoltre assicurano la tutela della salute, anche orientando, con atti di indirizzo, l'offerta di prevenzione erogata dalle ASST e rivolta al singolo individuo in coerenza con i livelli essenziali di assistenza e con i piani nazionale e regionale della prevenzione. 4. In funzione delle necessità territoriali, degli indicatori epidemiologici, del contesto socioeconomico, della necessità di accessibilità e di prontezza degli interventi, dei rischi ambientali e dei flussi turistici, con particolare riguardo all'Area metropolitana ed ai territori montani, il direttore generale dell'ATS può prevedere, nell'ambito del Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS), ulteriori unità operative o articolare le stesse in unità territoriali.	
Art. 84 (Farmacie dei servizi) 1. La Regione, al fine di garantire presidi di prossimità per un immediato accesso alle cure e ai servizi sanitari e sociosanitari, promuove la valorizzazione della rete delle farmacie territoriali anche ai fini di cui all'articolo 37. In aggiunta alle funzioni già normate di distribuzione di farmaci e presidi sanitari, nonché di utilizzo di apparecchi di autodiagnostica rapida finalizzata a rilevamenti di prima istanza, anche in base alle attività della farmacia dei servizi previste dal decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 (Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69), alle farmacie sono affidati: a) la diffusione di programmi di promozione della salute, di sani stili di vita e di educazione sanitaria, in accordo con le competenti ATS; b) la collaborazione con le ATS nella valutazione di consumi qualitativi e quantitativi dei farmaci per indagini statistiche epidemiologiche, nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali); c) l'orientamento del cittadino al corretto utilizzo dei medicinali prescritti, al fine di favorire l'aderenza alle terapie mediche, in coordinamento con le AFT e le UCCP e a supporto delle attività del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta; d) la partecipazione ed erogazione di prestazioni di analisi e di telemedicina anche sulla base di programmi predefiniti di monitoraggio e screening, per quanto autorizzabili; e) la partecipazione a campagne di prevenzione di patologie a forte impatto sociale; f) le prenotazioni di visite ed esami specialistici presso le strutture pubbliche e private convenzionate, la riscossione della relativa compartecipazione e il ritiro dei referti; g) l'erogazione di prodotti e ausili di protesica e assistenza integrativa in raccordo con le ATS e la competente struttura regionale; h) i servizi alla persona connessi ai piani di zona, previo accordo sottoscritto con i comuni interessati, in raccordo con le ATS; i) i programmi di aderenza alle terapie in collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali convenzionati, sia singoli sia organizzati in AFT e UCCP, nell'ambito dei modelli di presa in carico e attraverso strumenti validati, al fine di valutare la comprensione da parte del paziente dell'uso del farmaco, l'allineamento alle indicazioni del medico curante e l'eventuale assunzione di farmaci da automedicazione che possono interferire con il trattamento. 2. Con provvedimento della Giunta regionale possono essere disciplinati ulteriori servizi resi disponibili a seguito della piena attuazione della ricetta elettronica.	Art. 84 (Farmacie dei servizi) 1. La Regione, al fine di garantire presidi di prossimità per un immediato accesso alle cure e ai servizi sanitari e sociosanitari, promuove la valorizzazione della rete delle farmacie territoriali anche ai fini di cui all'articolo 37. In aggiunta alle funzioni già normate di distribuzione di farmaci e presidi sanitari, nonché di utilizzo di apparecchi di autodiagnostica rapida finalizzata a rilevamenti di prima istanza, anche in base alle attività della farmacia dei servizi previste dal decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 (Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69), alle farmacie sono affidati: a) la diffusione di programmi di promozione della salute, di sani stili di vita e di educazione sanitaria, in accordo con le competenti ATS; b) la collaborazione con le ATS nella valutazione di consumi qualitativi e quantitativi dei farmaci per indagini statistiche epidemiologiche, nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali); c) l'orientamento del cittadino al corretto utilizzo dei medicinali prescritti, al fine di favorire l'aderenza alle terapie mediche, in coordinamento con le AFT e le UCCP e a supporto delle attività del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta; d) la partecipazione ed erogazione di prestazioni di analisi e di telemedicina anche sulla base di programmi predefiniti di monitoraggio e screening, per quanto autorizzabili; e) la partecipazione a campagne di prevenzione di patologie a forte impatto sociale; f) le prenotazioni di visite ed esami specialistici presso le strutture pubbliche e private convenzionate, la riscossione della relativa compartecipazione e il ritiro dei referti; g) l'erogazione di prodotti e ausili di protesica e assistenza integrativa in raccordo con le ATS e la competente struttura regionale; h) i servizi alla persona connessi ai piani di zona, previo accordo sottoscritto con i comuni interessati, in raccordo con le ATS e alle ASST; i) i programmi di aderenza alle terapie in collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali convenzionati, sia singoli sia organizzati in AFT e UCCP, nell'ambito dei modelli di presa in carico e attraverso strumenti validati, al fine di valutare la comprensione da parte del paziente dell'uso del farmaco, l'allineamento alle indicazioni del medico curante e l'eventuale assunzione di farmaci da automedicazione che possono interferire con il trattamento. i bis) adesione alle campagne di vaccinazione della popolazione in coerenza con la normativa nazionale e in raccordo con gli MMG, le ATS e le ASST; i ter) erogazione all'interno delle farmacie delle attività sanitarie con il coinvolgimento delle professioni sanitarie, in coerenza con quanto previsto

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. g) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.	dalla normativa nazionale. 2. Con provvedimento della Giunta regionale possono essere disciplinati ulteriori servizi resi disponibili a seguito della piena attuazione della ricetta elettronica. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. g) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
	Art. (Disposizioni finali e disciplina transitoria) 1. Il potenziamento della rete territoriale deve essere realizzato e portato a compimento entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge. 2. L’istituzione dei distretti e le nomine dei relativi direttori devono avvenire entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Nelle more delle nomine dei direttori di distretto, le relative funzioni sono svolte dai direttori sociosanitari delle ASST di riferimento. 3. Le centrali operative territoriali devono essere realizzate non oltre sei mesi dall’istituzione dei distretti di riferimento. 4. Il quaranta per cento degli ospedali di comunità e delle case della comunità, previsti dal PNRR, deve essere realizzato entro il 2022, il successivo trenta per cento entro il 2023 ed il restante trenta per cento entro il 2024, sulla base di criteri definiti dalla Giunta regionale. Il rispetto della tempistica di cui al primo periodo costituisce obiettivo prioritario del SSL. 5. I dipartimenti di cure primarie e i dipartimenti funzionali di prevenzione nelle ASST sono istituiti entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e sono progressivamente portati a regime entro i successivi nove mesi. 6. Il personale dei dipartimenti di cure primarie, dalla data di entrata in vigore della presente legge, è riassegnato all’ASST situata nel comune in cui ha sede l’ATS e, fino alla data di messa a regime dei dipartimenti di cure primarie in tutte le ASST, svolge le funzioni per tutto il territorio dell’ATS. Il personale del dipartimento di cure primarie dell’ATS Città Metropolitana di Milano è riassegnato all’ASST Fatebenefratelli-Sacco, che svolge le relative funzioni per tutto il territorio dell’ATS fino alla data di messa a regime dei dipartimenti di cure primarie nelle ASST che afferiscono all’ATS Città Metropolitana di Milano. 7. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le ATS presentano alla direzione generale Welfare un programma complessivo di realizzazione del potenziamento della rete territoriale per il territorio di competenza, fermo restando quanto stabilito dal PNRR e tenuto conto delle previsioni dell’articolo 8 comma 2 bis della l.r. 33/2009, come introdotto dall’articolo 10, comma 1, lettera b), della presente legge. 8. Il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive deve essere costituito entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e diventare pienamente operativo entro i successivi tre anni. Alla data di costituzione del centro di cui al comma 8, alla sezione II dell’Allegato A1 della legge regionale 27 dicembre 2006, n. 30 è apportata la seguente modifica: a) dopo la lettera d. 4) e aggiunta la seguente: “ d.5) <i>Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive</i>”. 9. Al fine di valorizzare il patrimonio disponibile del SSL, indirizzandone le risorse agli investimenti strutturali e tecnologici a favore degli enti sanitari pubblici, la Giunta regionale, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, individua il soggetto o la modalità per lo svolgimento di tale attività. 10. Alla data di entrata in vigore della presente legge si considerano istituiti il forum di cui all’articolo 5, comma 7, lettera n bis), della l.r. 33/2009, come introdotta dall’articolo 5, comma 1, lettera j), della presente legge, e il tavolo regionale di confronto permanente di cui all’articolo 5, comma 13 bis, della stessa l.r. 33, come introdotto dall’articolo 5, comma 1, lettera n), della presente legge. La relativa costituzione deve avvenire entro i successivi centoventi giorni. 11. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le ATS e le ASST trasmettono alla Regione i nuovi POAS adeguati al nuovo assetto organizzativo. 12. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è approvata la deliberazione di Giunta regionale che stabilisce le modalità di funzionamento della conferenza dei sindaci e delle relative articolazioni di cui all’articolo 20 della l.r. 33/2009 come sostituito dall’articolo 24 della presente legge. 13. La Giunta regionale è autorizzata ad adottare ogni ulteriore atto necessario a portare a compimento il processo di definizione dei nuovi assetti. 14. La disposizione di cui all’articolo 11, comma 2 lettera a), della l.r. 33/2009, come modificata dall’articolo13, comma 2, lettera a), della presente legge, trova applicazione a decorrere alla nomina del direttore generale successiva alla data di entrata in vigore della presente legge. 15. La gestione delle risorse del fondo sanitario regionale resta affidata integralmente all’Assessorato competente in materia sanitaria e sociosanitaria. 16. Sono fatti salvi gli effetti prodotti dalle disposizioni abrogate dalla

Modifiche del PDL alla legge 33/2009 – emendamenti approvati

	presente legge; permangono e restano efficaci gli atti adottati sulla base delle medesime.
--	--