

“Evoluzione del Sistema sociosanitario lombardo”

Titolo I Disposizioni generali

Art. 1 (Oggetto)

1. Il servizio sociosanitario regionale (SSR) è costituito dall'insieme di funzioni e prestazioni dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale della Regione.
2. La presente legge disciplina le funzioni e le prestazioni dell'offerta sanitaria e sociosanitaria del servizio sociosanitario regionale (SSR), nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione e di quelli contenuti nella legislazione statale di settore e nello Statuto regionale.

Art. 2 (Principi)

1. La programmazione e la gestione del SSR si informano ai seguenti principi:
 - a) rispetto della dignità della persona e dell'equità di accesso al sistema sanitario;
 - b) orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso;
 - c) promozione della partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità nei percorsi di prevenzione, di cura e di assistenza;
 - d) scelta libera e consapevole, da parte dei cittadini, delle strutture sanitarie e sociosanitarie alle quali affidarsi per la cura e la presa in carico;
 - e) promozione dell'appropriatezza, della qualità e dei controlli;
 - f) sussidiarietà orizzontale che garantisca pari accessibilità dei cittadini ai soggetti accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, e il concorso degli stessi soggetti alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria;
 - g) partecipazione del volontariato, dei benefattori e del terzo settore;
 - h) integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie con le politiche sociali;
 - i) sostegno all'attività di ricerca;
 - j) valorizzazione delle risorse umane.

Art. 3 (Piano sociosanitario regionale)

1. Il Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, approva il piano sociosanitario regionale, quale strumento di programmazione unico e integrato. Il piano definisce, sulla base della valutazione epidemiologica, dei dati del sistema informativo sociosanitario regionale e della rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali:
 - a) il quadro previsionale dei bisogni della popolazione;
 - b) gli indicatori in base ai quali sono determinati i volumi di attività per ognuno dei livelli essenziali di assistenza;
 - c) gli indicatori di risultato da impiegare per il controllo e la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità, della qualità e della appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati;
 - d) i progetti-obiettivo e le azioni programmate da adottare per rispondere a specifiche aree di bisogno e le relative modalità di finanziamento;
 - e) le linee di indirizzo del sistema regionale integrato di prevenzione secondo criteri di efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza clinica;
 - f) le linee di indirizzo per assicurare alla persona la continuità assistenziale attraverso modalità strutturate di presa in carico, per la definizione di nuovi assetti organizzativi che promuovano un processo di integrazione tra le attività prettamente sanitarie e socio sanitarie con quelle sociali di competenza degli enti locali;
2. Il piano sociosanitario declina gli obiettivi del piano regionale di sviluppo (PRS), ha durata quinquennale e può essere aggiornato annualmente con il documento di economia e finanza regionale (DEFER).

Art. 4
(Modelli di cura)

1. Il servizio sociosanitario regionale attiva modalità organizzative innovative di accompagnamento e «presa in carico» in grado di integrare, anche facendo uso delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione, dei big data, nonché degli strumenti Information Communication Technology - ICT, i bisogni complessi delle persone in condizione di cronicità e fragilità, al fine di garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi, l'appropriatezza delle prestazioni e la proporzionalità delle cure, compreso l'approccio palliativo. A tale scopo si adotteranno modelli organizzativi che, attraverso reti di cura ed assistenza sanitaria e sociosanitaria, assicurino l'integrazione e il raccordo tra MMG, operatori, specialisti territoriali, e componente ospedaliera.

2. La Regione adotta e mantiene aggiornato nel tempo un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee per assorbimento di risorse sanitarie negli ambiti territoriali delle cure primarie domiciliari e specialistiche, cui corrisponde una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito, fatte salve eventuali forme di integrazione della tariffa prevista per il ricovero quando extra Piano Assistenziale Individuale.

3. La Regione definisce:

a) le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (*il concetto non è chiaro per l'interprete*) e l'ammissione al livello appropriato di intensità assistenziale, anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno;

b) i requisiti di accreditamento che si ispirano al principio della piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti gli erogatori quale strumento per perseguire la massima efficienza ed il migliore soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini. Definisce inoltre i criteri di remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti, di natura pubblica o privata, che intendano attuare il modello previsto di cui al comma 2.

4. L'attuazione dei commi 2 e 3 prevede fasi di sperimentazione e di progressiva e graduale messa a regime.

Art. 5
(Promozione del servizio sociosanitario regionale)

1. La Regione, attraverso il servizio sociosanitario, promuove e sostiene le persone e le famiglie con fragilità, che non trovano risposte adeguate ai loro bisogni a fronte di situazioni economiche precarie, di gravi fragilità, di disabilità o per stato di non autosufficienza, per stato psico-fisico alterato da eventi di violenza o abuso.

2. Nell'ambito della programmazione sociosanitaria la Regione valorizza i compiti che la famiglia svolge, offrendo ad essa una rete di supporto e aiuto, in un'ottica sussidiaria per tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, pur in presenza di problematiche complesse derivanti da fragilità e per tutelare la salute delle persone fragili, non autosufficienti e/o con patologie cronico-degenerative che sono in situazione di precarietà tale da non consentire un'adeguata assistenza e cura.

3. La Regione, attraverso il piano Sociosanitario, promuove anche azioni per favorire l'appropriatezza clinica ed economica, garantire la parità di accesso alle prestazioni e l'equità nella compartecipazione al costo delle stesse incentivando la responsabilità della persona e della sua famiglia anche sostenendo il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi.

4. La Regione, al fine di garantire un accesso appropriato, unico ed integrato al sistema sociosanitario e sociale, definisce, attraverso l'introduzione strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni, le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

5. La Regione, riconoscendo la persona e la famiglia quale destinatario e attore principale delle azioni ed interventi che compongono il sistema sociosanitario regionale, istituisce un sistema costituito anche da buoni e voucher che vengono identificati quali strumenti da destinare all'utente sulla base della valutazione personalizzata del bisogno. Tale sistema integra gli interventi e le risorse rispetto alla valutazione

multidimensionale della pluralità dei bisogni della persona e della famiglia e consente di acquistare direttamente le prestazioni presso tutti gli operatori accreditati del servizio sociosanitario regionale.

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

Art. 6

(Funzioni della Regione)

1. La Regione esercita funzioni di alta programmazione e indirizzo nei confronti dell'Agenzia di tutela della salute di cui all'art. 7 e degli altri soggetti che svolgono attività sanitarie e sociosanitarie.

2. La Regione assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza previsti dallo Stato e, compatibilmente con le risorse disponibili, promuove livelli più elevati. Dispone contestualmente in ordine al reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale, nonché alla determinazione dei livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini.

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

4. Per garantire il raggiungimento dei propri obiettivi, la Regione si avvale di tavoli di confronto e di strutture di supporto la cui composizione e modalità di funzionamento sono stabilite con deliberazioni della Giunta regionale. Nell'esercizio di questa funzione:

- a) produce e aggiorna un sistema di valutazione dell'efficacia, della qualità e degli esiti sulla base del quale l'Agenzia di tutela della salute deve effettuare la programmazione territoriale;
- b) effettua un programma di valutazione secondo la metodologia HTA, dell'efficacia delle tecnologie, delle prestazioni, delle modalità assistenziali, dei farmaci, di programmi/offerte nel campo della promozione della salute e della prevenzione.

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

6. La Regione favorisce la crescita e lo sviluppo dei soggetti del terzo settore, anche attraverso la definizione di nuove modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo.

La Regione promuove altresì forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati, in particolare appartenenti al terzo settore, al fine di dare concreta e piena attuazione al principio di sussidiarietà e di valorizzare la piena espressione delle loro capacità progettuali, tenuto conto delle caratteristiche di ciascuno nel sistema delle relazioni che concorrono ai diversi ambiti di welfare: sanitario, sociale, sociosanitario, educativo, formativo e del mercato del lavoro.

Art. 7

(Agenzia di tutela della salute)

1. E' istituita l'Agenzia di tutela della salute, di seguito denominata ATS.

2. L'ATS, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica nei limiti stabiliti dalla presente legge, svolge le seguenti funzioni e attività, anche attraverso le proprie articolazioni territoriali:

- a) programmazione della rete di offerta del SSR, nel rispetto della programmazione regionale, sentite le conferenze dei sindaci di cui all'art. 8;
- b) accreditamento delle strutture e dei soggetti che svolgono attività sanitarie e sociosanitarie;

- c) svolgimento dell'istruttoria relativa all'aggiornamento del sistema delle tariffe dei servizi e delle prestazioni oltre ai regimi di esenzione;
- d) negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie da strutture accreditate;
- e) governo del percorso di presa in carico globale degli assistiti anche attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno;
- f) governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie;
- g) gestione della banca dati assistiti e dei flussi informativi;
- h) governo dei programmi prevenzione, cura e riabilitazione;
- i) promozione della salute, prevenzione e controllo nelle collettività, negli ambienti di vita e di lavoro;
- j) sanità pubblica veterinaria;
- k) commissioni medico-legali;
- l) governo della farmaceutica, dietetica, protesica;
- m) cooperazione in modo sussidiario con i centri studi dedicati a temi di ricerca sanitaria ed organizzativa;
- n) collaborazione con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta sociali.

3. L'ATS assicura che siano garantiti i servizi sanitari e sociosanitari contemplati dai livelli essenziali di assistenza definiti dallo Stato e dalla programmazione regionale a tutti coloro che ne hanno titolo, anche se residenti in ambiti territoriali diversi dalla Regione.

4. L'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari di cui al comma 3 è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati, di natura pubblica e privata, dalle Aziende sociosanitarie territoriali e dagli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato.

5. L'ATS si articola nelle Direzioni di sede territoriale (DST) a presidio delle seguenti aree vaste:

- a) Città metropolitana;
- b) Varese, Como e Monza;
- c) Lecco e Bergamo;
- d) Brescia, Cremona e Mantova;
- e) Lodi e Pavia;
- f) Direzione di sede territoriale sperimentale della montagna, comprendente i territori della Valtellina e della Valcamonica.

6. In ogni DST le attività sanitarie e sociosanitarie sono organizzate, in particolare, nei seguenti dipartimenti:

- a) dipartimento di prevenzione medico;
- b) dipartimento delle cure primarie;
- c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- d) dipartimento di prevenzione veterinario;
- e) dipartimento amministrativo
- f) dipartimento dell'integrazione sociosanitaria e sociale

7. L'organizzazione dei dipartimenti, proposta del Direttore dell'Agenzia, è approvata dalla Giunta Regionale.

8. Per ogni DST la Giunta regionale nomina un Direttore di sede, i cui requisiti di professionalità sono stabiliti con deliberazione della Giunta regionale, che nomina, a sua volta, un dirigente responsabile dell'area amministrativa e un dirigente dell'area sociosanitaria.

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

Art. 8
(Conferenza dei Sindaci)

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

- a) concorre alla formulazione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività sociosanitaria e sanitaria;
- b) verifica lo stato di attuazione dei programmi e dei progetti in capo alla singola DST, trasmettendo le proposte e le valutazioni all'ATS.

2. L'assemblea dei sindaci, istituita a livello distrettuale e composta da tutti i sindaci dei comuni compresi nel territorio del distretto, o una sua rappresentanza autonomamente determinata formula proposte e pareri alla conferenza dei sindaci in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sociosanitari ed esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie. L'assemblea distrettuale dei sindaci, il cui funzionamento è disciplinato da provvedimenti della Giunta regionale, svolge le funzioni del comitato dei sindaci di distretto previsto dall'articolo 3-quater del d.lgs. 502/1992. A livello distrettuale è garantita la partecipazione dei cittadini.

3. Per l'esercizio delle sue funzioni la conferenza dei sindaci si avvale del consiglio di rappresentanza dei sindaci eletto dalla conferenza stessa. Il Consiglio regionale disciplina le modalità per l'elezione del presidente nonché per la convocazione e il funzionamento della conferenza, prevedendo che le votazioni avvengano a maggioranza, secondo il metodo del voto unico e ponderato. Con la stessa deliberazione sono disciplinati il funzionamento e le modalità di convocazione del consiglio di rappresentanza dei sindaci.

Art. 9
(Aziende sociosanitarie territoriali e Aziende Ospedaliere)

1. Sono istituite le Aziende sociosanitarie territoriali, di seguito denominate ASST.

2. Gli ambiti delle ASST sono definiti con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente, in base ai seguenti criteri:

- a) bacini di utenza non inferiori a 600.000 abitanti anche considerando situazioni di densità abitativa particolarmente basse;
- b) volume di produzione;
- c) presenza di unità di offerta afferenti all'area delle alte specialità.

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

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

5. Il settore territoriale, che ricomprende l'attività distrettuale, eroga le prestazioni sanitarie e sociosanitarie territoriali, in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse con modalità di accompagnamento soprattutto per le situazioni in condizione di cronicità e di fragilità. All'interno dei distretti vengono istituite le unità complesse di cure primarie (UCCP) e le aggregazioni funzionali territoriali (AFT).

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

7. Al settore territoriale afferiscono:

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

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

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

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

11. Le aziende ospedaliere (di seguito AO) già costituite alla data dell'entrata in vigore della presente legge conservano la loro natura giuridica qualora siano dotate, alla data di entrata in vigore della presente legge e in un solo presidio, di un numero di posti letto accreditati uguale o superiore a mille.

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

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

Art. 10 (Cure primarie)

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

2. L'assistenza primaria articola il proprio intervento secondo i seguenti livelli prestazionali:

- a) l'assistenza sanitaria primaria;
- b) la partecipazione alle azioni di presa in carico della persona fragile e cronica secondo i modelli di cui all'articolo 4;
- c) gli interventi in ambito di integrazione sociosanitaria, inclusa la procedura di valutazione multidimensionale del bisogno.

3. L'assistenza sanitaria primaria, in ottemperanza ai dettami dell'accordo collettivo nazionale:

- a) garantisce l'accesso diretto e illimitato;
- b) viene erogata negli studi dei medici di medicina generale e al domicilio del paziente;
- c) assicura un accesso appropriato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie attraverso la personalizzazione del percorso assistenziale, il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti sanitari presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie e l'interazione con le cure di alte specialità.

4. Rientrano tra le forme organizzative dell'assistenza sanitaria primaria le aggregazioni funzionali territoriali di medici di medicina generale e pediatri di famiglia (di seguito AFT). Le AFT sono coordinate da uno dei componenti medici che ne fanno parte, in possesso di competenze manageriali e relazionali e adeguata conoscenza dei processi sanitari e sociosanitari, che rappresenta il raccordo tra le AFT e le attività erogative territoriali ed è responsabile della verifica degli indicatori di processo e di risultato dei medici dell'AFT in relazione agli obiettivi previsti.

5. Le DST, individuano le AFT tenendo conto del bacino territoriale intradistrettuale, dell'ubicazione dei singoli studi dei medici e della presenza di associazioni di MMG già attive al fine di mantenere o realizzare un ulteriore vantaggio per i pazienti in termini di accessibilità agli studi (vicinanza tra gli studi, condizioni orografiche o viabilistiche).

6. Negli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta è favorita la presenza di personale di studio e di infermieri. Gli studi dei medici di medicina generale possono accreditarsi per erogare prestazioni strumentali di primo livello, anche attraverso il ricorso a sistemi di telemedicina e possono essere sede di attività specialistiche ambulatoriali compatibili con le caratteristiche strutturali e organizzative.

7. Le azioni di presa in carico della persona, nella prospettiva della continuità assistenziale e nella gestione dei percorsi di cura e assistenza, sono assicurate dalle unità complesse di cure primarie (UCCP): forme organizzative complesse a carattere multiprofessionale che operano in maniera integrata all'interno di strutture o presidi.

8. Il modello organizzativo territoriale delle UCCP è definito dalla Regione in ottemperanza alla normativa nazionale e agli accordi collettivi nazionali che disciplinano gli istituti giuridici ed economici del rapporto di lavoro dei professionisti e delle relative forme organizzative, compresi i criteri per il finanziamento a budget e per l'assegnazione dei fattori produttivi, per la definizione dei programmi di attività e dei livelli di spesa e per l'accesso al ruolo unico della medicina generale.

9. Le UCCP sono dirette da un medico di medicina generale con almeno dieci anni di anzianità nell'attività di assistenza primaria ovvero da un pediatra di libera scelta con almeno dieci anni di anzianità di servizio. Le modalità di selezione, lo stato giuridico, il percorso formativo integrativo sono definiti dalla Regione, in ottemperanza alla normativa nazionale e agli accordi collettivi nazionali. Alle UCCP possono essere affidate funzioni sanitarie-amministrative quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione, erogazione protesica. L'UCCP opera in integrazione funzionale con le strutture territoriali delle ASST di cui all'articolo 8, delle aziende ospedaliere di riferimento, degli IRCCS e degli altri erogatori sanitari e sociosanitari di diritto pubblico e privato.

10. Tra le figure sanitarie componenti l'UCCP può essere previsto anche l'infermiere di famiglia al quale sono demandate anche le funzioni di collaborazione e di raccordo tra i medici di medicina generale e le altre articolazioni territoriali sanitarie e sociosanitarie per accogliere e accompagnare la persona e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e le opportunità della rete di offerta territoriale sanitaria e sociosanitaria ('case manager'). Con successivo provvedimento della Giunta regionale sono definite le funzioni ad esso affidate.

11. Gli interventi in ambito di integrazione sociosanitaria sono assicurati da organizzazioni funzionali e strutturali di riferimento territoriale, i CSST, che operano quali centri multiservizio e erogano prestazioni ambulatoriali e sociosanitarie (ADI, consultori, sert) inclusa la procedura di valutazione multidimensionale del bisogno.

12. Con successiva deliberazione della Giunta regionale sono definiti i requisiti organizzativi e i criteri funzionali per l'accreditamento e le modalità di integrazione tra UCCP e CSST.

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

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

Art. 11

(Unità di offerta sociosanitarie)

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

2. La Regione riconosce e valorizza il ruolo svolto delle unità d'offerta sociosanitarie quali componenti essenziali della rete regionale dei servizi per le persone fragili e per le loro famiglie promuovendone lo sviluppo e l'innovazione continua in relazione ai bisogni complessi emergenti.

3. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitarie, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 6.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 12

(Organi dell'ATS, delle ASST, delle aziende ospedaliere e degli IRCCS di diritto pubblico trasformati in fondazioni)

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

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

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

non sufficiente ai fini della nomina, tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconfiribilità dell'incarico. I direttori generali nominati sono tenuti a produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di cui al decreto del Ministro della sanità 1° agosto 2000 (Disciplina dei corsi di formazione dei direttori generali delle aziende sanitarie) o l'attestato di formazione manageriale di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale di ruolo sanitario nazionale) in corso di validità.

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

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

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

7. Entro novanta giorni dalla nomina del nuovo direttore generale o del commissario straordinario si provvede alla verifica straordinaria di cassa e dei valori custoditi in tesoreria nonché delle poste patrimoniali. Alle operazioni di verifica partecipano il direttore generale cessato dall'incarico, il nuovo direttore generale o il commissario straordinario, il tesoriere e il collegio sindacale, che redige apposito verbale sottoscritto dai partecipanti alla verifica stessa.

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

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

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

10. Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute. *(si veda in tal senso l'art. 1, comma 574, della legge di stabilità 2015 che ha modificato l'art. 3-ter, comma 3, del d.lgs. 502/1992. – la legge si sovrappone alle disposizioni di RL. in base alle quali le nomine dei revisori sono riservate al Consiglio Regionale).*

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

12. Nelle ATS è istituito un Comitato di Sorveglianza, nominato dalla Giunta Regionale. I componenti sono stabiliti in numero di 3, di cui 2 indicati dall'Assessore competente e 1 dal presidente della Regione. Al Comitato spetta la verifica dell'attuazione, da parte dell'ATS, degli indirizzi regionali. Il Comitato riferisce, almeno annualmente, alla Giunta Regionale ed esprime parere sul bilancio e sugli atti di programmazione della rete di offerta.

Art. 13

(Direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore sociosanitario)

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

2. Per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie di competenza, in ogni ATS il direttore generale nomina il direttore sociosanitario. L'incarico di direttore sociosanitario è attribuito a persone che siano in possesso di diploma di laurea ... *(si potrebbe ipotizzare laurea in medicina con specifica competenza/ in ambito/materia sociosanitaria oppure laurea in medicina con specialità da definirsi)*, che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno d'età e che abbiano svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione in ambito sociale, sociosanitario o sanitario. Il relativo rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a un anno. Il trattamento economico del direttore sociosanitario è determinato dalla Giunta regionale.

3. In analogia a quanto previsto per la nomina dei direttori generali degli enti di cui all'articolo 11, comma 1, e al fine di elevare la qualità del sistema sanitario attraverso la verifica della professionalità dei soggetti che operano all'interno dello stesso, sono istituiti gli elenchi da utilizzare per la nomina di direttore amministrativo, sanitario e sociosanitario. I direttori amministrativi, sanitari e sociosanitari sono tenuti a produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato o l'attestato di cui all'articolo 11, comma 3, in corso di validità. L'iscrizione nell'elenco degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina, tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconfiribilità dell'incarico.

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

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

Art. 14

(Azienda regionale dell'emergenza urgenza)

1. L'azienda regionale dell'emergenza urgenza (AREU), dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile, già costituita alla data di entrata in vigore della presente legge conserva la sua natura giuridica. L'azienda è preposta allo svolgimento dei compiti relativi all'emergenza urgenza, al coordinamento intraregionale delle attività trasfusionali e al

coordinamento intraregionale ed interregionale dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati. Per la fase di sperimentazione del servizio e in attesa della definizione da parte dello Stato dell'assetto organizzativo a regime, l'AREU garantisce l'operatività dei call center laici Numero Unico Emergenza (NUE) 112 sul territorio regionale.

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

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

Art.15

(Agenzia di Controllo del servizio sociosanitario regionale)

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

2. L'Agenzia di Controllo opera quale organismo tecnico-scientifico indipendente dalle funzioni di governo, di programmazione e di acquisto.

3. L'Agenzia di Controllo è titolare delle funzioni di vigilanza e controllo del servizio sociosanitario regionale. Nell'esercizio delle sue funzioni l'Agenzia elabora e aggiorna un sistema di valutazione dell'efficacia, della qualità e degli esiti sulla base del quale l'ATS effettua la programmazione territoriale e l'acquisto delle prestazioni.

4. L'Agenzia di Controllo persegue i seguenti obiettivi:

- a. razionalizzare le strutture attualmente preposte all'espletamento del sistema dei controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie;
- c. segregazione dei ruoli;
- d. semplificare e uniformare le procedure di controllo e le modalità attuative;
- e. standardizzare strumenti, modulistica e sistemi informativi di controllo;

5. Sono organi dell'Agenzia di Controllo il direttore generale e il collegio dei revisori.

6. Il direttore generale, nominato dalla Giunta regionale tra gli iscritti all'elenco dei direttori generali di cui all'art. 11, è il legale rappresentante dell'Agenzia ed ha la responsabilità della gestione complessiva. Il rapporto di lavoro del direttore è regolato da contratto di diritto privato di durata non superiore a cinque anni.

8. Il collegio dei revisori è composto da tre membri, di cui uno con funzioni di presidente, nominati dal Consiglio regionale fra gli iscritti nel registro dei revisori contabili di cui al decreto legislativo 27 gennaio 2010, n. 39 (Attuazione della direttiva 2006/43/CE, relativa alle revisioni legali dei conti annuali e dei conti consolidati, che modifica le direttive 78/660/CEE e 83/349/CEE e che abroga la direttiva 84/253/CEE) e dura in carica tre anni.

9. Il collegio dei revisori esercita funzioni di controllo e vigilanza sulla regolarità contabile dell'Agenzia di Controllo.

10. La Giunta regionale definisce l'assetto organizzativo dell'Agenzia di Controllo e la relativa articolazione.

Art. 16

(Disposizioni comuni attinenti il rapporto con la Regione)

1. Nell'ATS, nelle ASST, nelle AO e nell'Agenzia di Controllo è istituito un servizio di controllo interno di gestione, ai sensi dell'articolo 20 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), per la verifica della corretta ed economica gestione delle risorse, nonché dell'imparzialità e del buon andamento delle attività aziendali. La verifica è svolta mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati.

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

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

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

4. Al fine di elevare la qualità del sistema sanitario regionale, gli enti di cui al comma 1 adottano, secondo modalità definite con deliberazione della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, un codice etico-comportamentale costituito dal codice etico e dal modello organizzativo in cui sono riportate le procedure da seguire affinché le attività si svolgano in conformità ai principi enunciati nel codice stesso. Con la stessa deliberazione sono definite le modalità di coordinamento tra il codice etico e le norme in materia di anticorruzione e le modalità di costituzione e la durata dell'organismo di vigilanza preposto, all'interno di ciascun ente, a verificare l'efficacia e la corretta applicazione del codice etico-comportamentale.

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

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

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

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

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

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

Art. 17

(Esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie e Accreditamento)

1. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria è rilasciata dalla DST competente per territorio, che dispone anche le eventuali variazioni, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'autorizzazione in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico ed è richiesta per le strutture sanitarie di ricovero e cura, nonché per i centri di procreazione medicalmente assistita e per la residenzialità psichiatrica. Tutte le altre strutture sanitarie e le unità d'offerta sociosanitarie, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, presentano una segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) alla DST competente per territorio.

2. La Giunta regionale, con parere della commissione consiliare competente, stabilisce:

- a) l'iter procedurale e i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento delle attività sanitarie e sociosanitarie comprensive della presa in carico del cittadino;
- b) le modalità di verifica del possesso e della permanenza dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività stesse;
- c) le modalità di raccolta e aggiornamento dei dati inerenti alle strutture esercenti attività sanitarie e sociosanitarie.

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

4. L'ATS disciplina le modalità per la richiesta, la concessione e l'eventuale revoca dell'accreditamento, nonché per la verifica circa la permanenza dei requisiti richiesti per l'accreditamento medesimo.

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

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

7. L'accreditamento è condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate sulla base del fabbisogno sanitario del territorio e nel rispetto dei limiti di spesa assegnati alle singole strutture tramite la conseguente definizione dei rapporti per la remunerazione delle prestazioni rese.

8. L'ATS approva lo schema tipo in base al quale le DST stipulano gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 con i gestori di attività sanitaria e sociosanitaria. Le DST provvedono anche alle novazioni contrattuali che si rendono necessarie a seguito delle variazioni di accreditamento come previsto dal comma 5. Il provvedimento dell'ATS prevede in particolare:

- a) l'accettazione delle tariffe e della modalità di erogazione stabilite dalla Regione per le prestazioni da rendere;
- b) le modalità con le quali la Regione verifica la qualità delle prestazioni erogate e la rispondenza delle strutture ai requisiti di accreditamento e alle valutazioni relative alle performance qualitative;
- c) le modalità di esercizio dell'attività privata senza oneri a carico della Regione;
- d) i tempi e le modalità di liquidazione delle prestazioni rese dalle strutture accreditate;
- e) le sanzioni da adottare in caso di inosservanza delle norme in vigore;
- f) i tempi in attesa;
- g) i debiti informativi.

9. Non possono essere accreditati, ovvero decadono dall'accreditamento, i soggetti erogatori di attività sanitaria e sociosanitaria privati che utilizzino, anche saltuariamente, in violazione delle disposizioni contenute nell'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza

pubblica), personale dipendente da aziende sanitarie e da strutture sanitarie e sociosanitarie del servizio sanitario nazionale.

10. L'accertamento della perdita dei requisiti comporta la declaratoria di decadenza dall'accreditamento, con provvedimento della stessa DST, e la revoca dei conseguenti rapporti con il servizio sanitario regionale.

11. La decadenza dei soggetti erogatori/gestori dalla titolarità dei rapporti con il servizio sociosanitario regionale può altresì essere dichiarata dal direttore generale dell'ATS, previa istruttoria della DST, 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. I soggetti privati accreditati, titolari dei rapporti con il servizio sociosanitario regionale, assolvono al debito informativo di cui all'articolo 20, comprensivo di elementi utili alla rilevazione dei costi delle prestazioni erogate, secondo schemi e modalità stabiliti dall'ATS. I soggetti pubblici e privati accreditati tengono aggiornato l'elenco del personale che, a qualsiasi titolo, presta la propria attività, attestando il possesso dei requisiti necessari per l'assolvimento dei compiti affidati.

Art.18 (Sanzioni)

1. Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, le strutture sanitarie e le unità d'offerta sociosanitarie che operino in violazione delle norme relative ai requisiti richiesti per l'autorizzazione e l'accreditamento incorrono nelle seguenti sanzioni:

- a) da € 15.000 a € 150.000 per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie in mancanza di autorizzazione;
- b) da € 15.000 a € 150.000 per l'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie o sociosanitarie per le quali non è stata ottenuta l'autorizzazione;
- c) da € 12.000 a € 120.000, se si tratta di strutture di ricovero e cura o di day hospital, per la mancanza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;
- d) da € 12.000 a € 120.000, se si tratta di strutture di ricovero e cura o di day hospital, per codifiche che non rappresentano in modo corretto le prestazioni erogate;
- e) da € 3.000 a € 30.000, se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per la mancanza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;
- f) da € 3.000 a € 30.000, se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per codifiche che non rappresentano in modo corretto le prestazioni erogate;
- g) da € 1.000 a € 10.000, se si tratta di unità d'offerta sociosanitarie, per la mancanza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;
- h) da € 500 a € 5.000, se si tratta di unità d'offerta sociosanitarie, per codifiche che non rappresentino in modo corretto la classificazione della fragilità degli utenti o l'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- i) da € 500 a € 5.000 per il mancato invio alla Regione o alla competente ASL di comunicazioni o flussi informativi.

2. Con riferimento alla fattispecie di cui al comma 1, lettera d), la soglia di errore ritenuto sanzionabile è calcolata sull'entità della decurtazione economica realizzata come esito dell'attività di controllo secondo la formula decurtazione in euro delle prestazioni sanitarie dell'intero campione su valorizzazioni in euro delle prestazioni sanitarie dell'intero campione maggiore o uguale al cinque per cento.

3. I requisiti relativi a documenti, disposizioni procedurali, regolamenti interni o linee guida si considerano assolti solo se la suddetta documentazione risulta conforme alla normativa vigente e la struttura o l'unità d'offerta vi ha dato regolare esecuzione.

4. L'applicazione delle sanzioni di cui al comma 1 spetta all'Agenzia dei controlli. Le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dai soggetti competenti per la loro applicazione, ai sensi 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).

5. L'accertamento della mancanza o del mancato mantenimento dei requisiti autorizzativi o di accreditamento comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, previa diffida ad ottemperare entro un congruo termine ai requisiti medesimi, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un periodo minimo di sette giorni fino ad un massimo di sessanta.

6. Con riferimento alle strutture che erogano prestazioni di diverse branche o il cui assetto è composto da più unità operative, la sospensione può riguardare, in relazione al tipo di requisito mancante, generale o specifico, tutta la struttura, una o più branche specialistiche, una o più unità operative.

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

8. La mancata ottemperanza ai requisiti autorizzativi o di accreditamento in seguito alla sospensione di cui ai commi 5, 6 e 7 comporta la revoca dell'autorizzazione e dell'accreditamento, nonché la chiusura della struttura o dell'unità d'offerta sociosanitaria.

9. Le disposizioni del presente articolo si applicano, per quanto compatibili, anche alle strutture sanitarie e alle unità d'offerta sociosanitarie soggette all'obbligo di presentazione della SCIA che operino in mancanza dei requisiti richiesti o comunque in violazione delle vigenti norme.

10. Le DST, 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 dovute e non pagate, nonché all'applicazione, secondo le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689 (Modifiche al sistema penale) e della legge regionale 1 febbraio 2012, n. 1 (Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria), della sanzione amministrativa pecuniaria di cui all'articolo 316-ter, secondo comma, del codice penale. Le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dalle stesse DST.

Art. 19

(Valorizzazione risorse umane, Contratto integrativo regionale e professioni sanitarie)

Da valutarsi

Art. 20

(Sistema informativo)

1. La Giunta regionale emana direttive per uniformare i sistemi di rilevazione delle informazioni necessarie per il governo del sistema, definendo gli schemi di classificazione secondo le normative comunitarie e nazionali in materia, eventualmente integrate per esigenze di carattere regionale. L'ATS, le ASSL, le AO, gli altri erogatori di prestazioni si dotano di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività e la loro verifica sotto il profilo della efficacia, della efficienza e, più in generale, della qualità; 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 della remunerazione, anche a titolo di acconto, corrisposta dall'ATS ai soggetti erogatori o dalla Regione all'ATS.

2. La Giunta regionale organizza il sistema informativo anche al fine di dare attuazione all'articolo 10 del d.lgs. 502/1992 e, in particolare, di fornire gli elementi conoscitivi necessari per rendere sistematiche la verifica e la revisione della qualità e della quantità delle prestazioni erogate e per valutare l'efficacia e

l'efficienza degli interventi sanitari. Il sistema informativo, composto in maniera integrata da tutti i singoli flussi informativi necessari alla programmazione ed alla valutazione delle attività sanitarie nonché da tutte le attività riconducibili al contesto della sanità digitale, è articolato a livello regionale e locale.

3. Il sistema informativo di cui al comma 2, in conformità alla vigente normativa nazionale, assicura i flussi informativi verso i Ministeri competenti, l'ISTAT, e gli altri istituti centrali.

4. Il sistema informativo 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.

5. 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, si articola sui seguenti ambiti di intervento: realizzazione e diffusione del fascicolo sanitario elettronico del cittadino, digitalizzazione del ciclo prescrittivo, creazione di un sistema integrato con i CUP ~~delle aziende ospedaliere~~, trasmissione delle certificazioni di malattia online, aumento del tasso di innovazione digitale nelle aziende sanitarie, sia nei processi di organizzazione interna, sia nell'erogazione dei servizi ai cittadini.

6. La Regione provvede, con i servizi fruibili attraverso la piattaforma del sistema informativo, alla realizzazione e alla diffusione sul territorio del fascicolo sanitario elettronico, così come previsto dal decreto legge 179/2012 ed alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico generate secondo le modalità del DM 2 novembre 2011, nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini.

7. L'utilizzo della piattaforma del sistema informativo consente, anche in ottemperanza all'articolo 6, comma 2 lettera d) del decreto legge 70/2011, c.d. decreto sviluppo, alle aziende sanitarie di adottare procedure telematiche per consentire il pagamento online delle prestazioni erogate, nonché la consegna in modalità digitale, dei referti medici.

8. Il sistema informativo consente 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.

9. La tessera sanitaria (TS/CNS), istituita ai sensi dell'articolo 50, comma 1, del decreto legge 269/2003, 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).

10. Al fine di migliorare i servizi ai cittadini e di rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prestazioni, gli erogatori di prestazioni a carico del 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 e i servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari.

11. 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.

12. La Giunta regionale adotta le necessarie indicazioni operative e definisce le misure conseguenti, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003 e dal regolamento regionale 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).

Art. 21
(Sistema contabile)

- 1.** Al fine di dotare la Regione di strumenti adeguati alla realizzazione di un efficace monitoraggio della spesa sanitaria regionale, dando separata evidenza alla spesa del personale, in relazione alla responsabilità assunta con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e agli adempimenti previsti dall'articolo 2, comma 4, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la Giunta regionale definisce il debito informativo relativo al personale delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate. Il flusso informativo sul personale è strutturato in modo da acquisire informazioni dettagliate per singolo dipendente, tramite integrazione tra i sistemi informativi degli enti sanitari e le strutture private accreditate che gestiscono i trattamenti giuridici ed economici del personale, osservando modalità di acquisizione e trattamento dei dati che tutelino la riservatezza, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).
- 2.** L'esercizio degli enti pubblici previsti dalla presente legge coincide con l'anno solare. Ogni ente adotta il bilancio di esercizio, il bilancio preventivo economico annuale, il bilancio pluriennale di previsione e le seguenti scritture obbligatorie:
- a) libro delle deliberazioni del direttore generale;
 - b) libro delle adunanze del collegio sindacale;
 - c) libro giornale;
 - d) libro degli inventari;
 - e) libro dei cespiti ammortizzabili;
 - f) repertorio dei contratti.
- 3.** È inoltre obbligatorio contabilizzare separatamente i costi, i ricavi e i proventi derivanti da:
- a) attività sociali e sociosanitarie;
 - b) attività libero-professionali intramurarie;
 - c) accordi con le università per le attività diverse da quelle assistenziali.
- 4.** Il direttore generale redige il bilancio d'esercizio costituito dallo stato patrimoniale, dal conto economico e dalla nota integrativa, predisposti sulla base di schemi adottati dalla Giunta regionale in conformità a quanto previsto dal decreto interministeriale 20 ottobre 1994 (Schema di bilancio delle aziende sanitarie e ospedaliere). Al bilancio di esercizio è allegata una nota per l'evidenziazione delle spese del personale. Il bilancio d'esercizio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda, nonché il risultato economico dell'esercizio. Al bilancio d'esercizio si applicano le disposizioni di cui agli articoli 2423 e 2423-bis del codice civile. Gli utili costituiti dal risparmio prodotto dalla gestione dell'ente sono accantonati ad una riserva del patrimonio netto da utilizzare prioritariamente per i ripiani di perdite d'esercizio precedenti e, successivamente, a discrezione dell'azienda, per investimenti e incentivi al personale. Il direttore generale è tenuto altresì ad adempiere a quanto prescritto dall'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468 (Riforma di alcune norme di contabilità generale dello Stato in materia di bilancio).
- 5.** Il bilancio annuale di esercizio dell'ATS, delle DST, delle ASSL, e delle aziende ospedaliere è deliberato dal direttore generale e le DST (?) ne inviano copia alla conferenza dei sindaci di cui all'articolo 8. Entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di competenza, copia del bilancio è depositata presso i competenti uffici regionali e lo stesso è reso pubblico.
- 6.** Il bilancio preventivo economico annuale fornisce la rappresentazione del previsto risultato economico complessivo dell'azienda sanitaria per l'anno considerato, determinato dalla contrapposizione dei ricavi, dei proventi e dei costi di esercizio previsti, nonché dalle variazioni dello stato patrimoniale. Il bilancio pluriennale è elaborato con riferimento al piano pluriennale e agli altri strumenti della programmazione adottati dalle aziende e ne rappresenta l'attuazione in termini economici, finanziari e patrimoniali nell'arco considerato. Il suo contenuto è articolato per anno ed è annualmente aggiornato per scorrimento.
- 7.** Il bilancio pluriennale e il bilancio economico preventivo sono deliberati dal direttore generale entro il 30 novembre di ciascun anno e trasmessi, entro dieci giorni, alla Giunta regionale e, relativamente alle ASL, alla conferenza dei sindaci; entro tale ultima data è altresì approvato, con le stesse procedure, il bilancio di

previsione per le attività socio-sanitarie.

8. I direttori generali degli enti pubblici di cui alla presente legge (*verificare per agenzia dei controlli*) assicurano il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione e il rispetto degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico, coerenti e conseguenti con il piano strategico e di organizzazione aziendale e con le linee di indirizzo approvate dalla Giunta regionale per l'anno di riferimento, ai sensi dell'articolo 3 del d.l. 347/2001, convertito dalla legge 405/2001.

9. Ai fini di cui al comma 8, i direttori generali degli enti pubblici di cui alla presente legge (*verificare per agenzia dei controlli*) sono tenuti a presentare alla direzione generale competente, ogni tre mesi, una certificazione, corredata del parere del collegio sindacale, in ordine alla coerenza della complessiva attività gestionale con gli impegni di equilibrio assunti nel bilancio preventivo economico e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari. In caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio complessivo e di mancato rispetto degli obiettivi, i direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche 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.

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

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

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

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

13. 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.

Art. 22

(Finanziamento del servizio socio-sanitario regionale)

1. Il finanziamento del servizio socio-sanitario regionale è assicurato mediante:

- a) le quote delle disponibilità finanziarie del servizio sanitario nazionale destinate ai sensi della normativa nazionale vigente;

- b) le entrate derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale;
- c) le quote di partecipazione al costo delle prestazioni, nonché le altre entrate dirette delle aziende, compresi i redditi da patrimonio;
- d) gli eventuali apporti aggiuntivi posti a carico del bilancio regionale;
- e) i trasferimenti alla Regione per il finanziamento di spese in conto capitale, nonché gli eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale o derivanti da alienazioni patrimoniali delle aziende;
- f) le entrate spettanti per le attività libero-professionali intra-murarie;
- g) le entrate derivanti dalle attività di polizia amministrativa ed ogni altra attività di vigilanza e controllo;
- h) gli introiti per ogni altra prestazione erogata dalle aziende a favore di persone fisiche o giuridiche, pubbliche o private.

2. Le somme di cui al comma 1, lettere a) e d), costituiscono il fondo sanitario regionale corrente, mentre quelle di cui al comma 1, lettera e), costituiscono il fondo sanitario regionale in conto capitale.

3. Le risorse di cui al comma 1 sono destinate al finanziamento:

- a) dei livelli essenziali di assistenza definiti dallo Stato e dalla Regione;
- b) degli investimenti, stabiliti con provvedimento della Giunta regionale finalizzati alla realizzazione, all'acquisizione e all'ammodernamento di strutture, infrastrutture e attrezzature di servizio, alla salvaguardia e all'incremento del patrimonio;
- c) degli interventi diretti di competenza della Regione connessi al servizio sociosanitario regionale.

5. L'approvazione del certificato di collaudo ovvero di regolare esecuzione dei lavori di cui al comma 3, lettera b), compete esclusivamente alla stazione appaltante.

6. La Giunta regionale assegna annualmente all'ATS un finanziamento, la cui misura è calcolata sulla base della quota capitaria determinata secondo parametri oggettivi, per la copertura dei propri costi di funzionamento, nonché per il pagamento delle prestazioni e delle attività di presa in carico acquistate per i propri assistiti da tutti i soggetti erogatori accreditati ed a contratto pubblici e privati.

7. La Regione, con apposito piano annuale, stabilisce i volumi e le tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie/di degenza e ambulatoriali che possono essere soddisfatti nella sede pubblica e in quella privata secondo un corretto rapporto di competitività.

8. 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.

9. La Giunta regionale costituisce un fondo e ne determina le modalità di riparto e assegnazione, finalizzandolo alla remunerazione delle funzioni non tariffabili o al finanziamento di specifiche funzioni sociosanitarie. Per il finanziamento dei progetti specifici, definiti dagli strumenti della programmazione regionale, la Giunta regionale definisce le somme a carico del fondo sanitario da attribuire alle agenzie/aziende sanitarie con vincolo di destinazione.

10. Agli 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, la Giunta regionale può riconoscere, in base all'articolo 8-quinquies, comma 2-quater, del D.Lgs. 502/1992, la funzione di integrazione dei servizi sanitari territoriali sulla base di progetti, anche finalizzati ad erogare e a finanziare maggiori prestazioni e servizi in favore del Servizio Sanitario Regionale, approvati dalla Regione e attuati. La Giunta regionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario di sistema regionale, determina il relativo finanziamento annuale in sede di definizione degli indirizzi di gestione del servizio sociosanitario regionale.

11. Le fonti finanziarie dell'ATS sono costituite dalla assegnazione delle quote capitarie e dalle risorse derivanti dalla mobilità sanitaria attiva.

12. Le fonti finanziarie delle ASSL sono costituite:

- a) dai ricavi delle attività finanziate a prestazione o a presa in carico;
- b) dalle risorse attribuite dalla Regione per remunerare eventuali funzioni non tariffabili;
- c) dalle quote di partecipazione alle spese dovute dagli assistiti;

13. Le fonti finanziarie comuni di ATS e ASSL sono costituite:

- d) da ogni altro provento o sopravvenienza attiva derivante da contratti per la prestazione di servizi oppure dalla cessione di beni e servizi o provenienti da reddito da patrimonio, lasciti o donazioni;
- f) da quote del fondo sanitario regionale a destinazione vincolata per l'attuazione di programmi specifici definiti dagli strumenti della programmazione regionale;
- g) da eventuali contributi in conto capitale assegnati dalla Regione.

14. I soggetti erogatori e le unità d'offerta, pubblici e privati, sono remunerati dalle DST nel cui territorio sono ubicati per tutte le prestazioni erogate a prescindere dalla residenza dei cittadini. Eventuali acconti riferiti alla predetta remunerazione possono essere erogati nella misura e con le modalità stabilite dalla

Giunta regionale. La Regione, anche tramite le ATS, remunera le eventuali funzioni non tariffabili riconosciute ai soggetti erogatori. Per gli assistiti provenienti da altre regioni la remunerazione è effettuata dalla Regione che stabilisce le modalità di compensazione con le regioni di provenienza degli oneri afferenti alla mobilità sanitaria attiva e passiva; le prestazioni erogate nelle strutture di riabilitazione extraospedaliera già convenzionate ex articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), nelle unità d'offerta sociosanitarie per anziani, disabili e nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti sono remunerate dalla DST di residenza dell'utente.

15. Gli oneri delle prestazioni sanitarie e di quelle sociosanitarie assicurate dalle strutture e dai servizi sociali di competenza delle aziende sono indicati in separati capitoli di spesa nel bilancio delle aziende stesse.

16. 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 e successive modifiche.

17. La Giunta regionale è autorizzata ad attivare iniziative occorrenti per la gestione dell'esposizione debitoria delle aziende al fine di perseguire le finalità di cui all'articolo 41 della legge 28 dicembre 2001, n. 448 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2002)), ovvero per abbreviare i termini di pagamento con conseguente riduzione delle passività finanziarie.

18. Gli atti di trasferimento ai terzi di diritti reali su beni immobili costituenti patrimonio delle strutture sanitarie pubbliche e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico sono assoggettati alla preventiva autorizzazione della direzione regionale competente per materia secondo modalità e procedure definite con deliberazione della Giunta regionale. Le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico adeguano i propri statuti a tale previsione entro 90 giorni dalla pubblicazione sul BURL della citata deliberazione.

Art. 23

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

1. Fatta eccezione per le prestazioni rese in regime di mobilità sanitaria attiva, è autorizzata la maggiorazione sulle tariffe per le prestazioni di ricovero e cura erogate dagli IRCCS di diritto pubblico e 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 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, anche per gli effetti di cui all'articolo....., 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 dei contributi economici di cui all'articolo..., 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. 24

(Misure di razionalizzazione della spesa sanitaria)

1. Gli enti di cui alla presente legge (*verificare per agenzia dei controlli*) ottemperano alle disposizioni di principio di cui agli articoli 6 e 9 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica) convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, ferma restando la facoltà di ricorrere ad assunzioni di personale a tempo determinato e ad altre tipologie di rapporti di lavoro flessibili strettamente necessarie al fine di garantire le attività di emergenza e urgenza e i 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. 25

(Osservazione epidemiologica regionale)

1. L'ATS organizza al proprio interno le attività di osservazione epidemiologica regionale con il compito di:

- a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del servizio sociosanitario, di opportuni 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 riguardino lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione;
- c) elaborare i dati provenienti dalle aziende sanitarie al fine di produrre statistiche sanitarie correnti;
- 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 a migliorare gli interventi sanitari;
- h) assicurare il ritorno delle informazioni raccolte ed elaborate agli operatori delle aziende sanitarie, nonché la diffusione ai cittadini, per quanto di interesse pubblico.

2. Le attività di cui al comma 1 sono svolte anche con il supporto e la collaborazione delle strutture epidemiologiche locali e attivando collegamenti funzionali con gli osservatori o le strutture epidemiologiche istituiti da altre Regioni o da enti nazionali.

Art. 26

(Assistenza in regime di ricovero in forma indiretta)

1. Ai cittadini iscritti negli elenchi degli assistiti dell'ATS è consentito il ricorso all'assistenza ospedaliera in forma indiretta presso strutture sanitarie autorizzate o accreditate e non a contratto con il servizio sanitario regionale solo nel caso in cui le strutture sanitarie pubbliche o private accreditate e a contratto con il sistema stesso siano nell'impossibilità di erogarla in forma diretta, secondo i tempi di attesa previsti dalla normativa vigente.
2. Il ricorso all'assistenza ospedaliera in forma indiretta è autorizzato dall'ATS in rapporto alla sussistenza delle condizioni di cui al comma 1. Il ricorso all'assistenza indiretta è ammesso altresì per le prestazioni di comprovata gravità e urgenza, quando non sia stato possibile ottenere la preventiva autorizzazione e sussistano comunque le condizioni di cui al comma 1.
3. Autorizzato il ricorso all'assistenza indiretta, l'ATS provvede a corrispondere il relativo rimborso tempestivamente, nella misura del cinquanta per cento della tariffa corrispondente al relativo diagnosis-related group (DRG).

Art. 27

(Disposizioni relative alla Città metropolitana di Milano)

1. La Regione riconosce e valorizza il ruolo della Città metropolitana di Milano e le funzioni attribuite ai sensi dell'articolo 1, comma 44, della legge 7 aprile 2014, n. 56 (Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni), anche con riferimento all'integrazione e al coordinamento delle politiche sociosanitarie.
2. L'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari dell'area metropolitana tiene conto della specificità di tale livello istituzionale.

Art. 28

(Istituzione dell'Assessorato al Welfare)

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

Art. 29

(Riconoscimento del ruolo del volontariato)

1. La Regione riconosce l'attività di volontariato nella sua essenziale funzione complementare ed ausiliaria finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell'appropriatezza e dell'umanizzazione all'interno dei servizi sanitari e sociosanitari, in un'ottica sussidiaria e favorisce momenti di aggregazione ed ascolto delle Associazioni di volontariato, anche nell'ambito dei tavoli di confronto di cui al comma 4 dell'art. 6, adeguatamente rappresentative delle risorse presenti ed attive.

TITOLO II - PROVVISORIO

Ricerca e Disciplina dei rapporti tra la Regione e le università della Lombardia con facoltà di medicina e chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, formative e di ricerca

Art. 30

(Attività di ricerca)

1. La Regione sostiene le attività di ricerca, sperimentazione e innovazione svolte dalle diverse articolazioni del servizio sociosanitario e promuove la sinergia tra i diversi attori, attraverso l'attivazione di piattaforme condivise caratterizzate dalla collaborazione tra esperti del mondo accademico, centri di ricerca, università, strutture sanitarie, fondazioni IRCCS e imprese collegate alla salute.
2. All'interno della rete di cui al comma 1 le fondazioni IRCCS, coerentemente con le finalità previste dalla legislazione nazionale, rappresentano i poli di riferimento per lo sviluppo degli indirizzi regionali relativi alle attività di ricerca clinica e traslazionale, di sperimentazione clinica e di modelli assistenziale e supportano la

Regione nelle attività di valutazione delle tecnologie cui all'articolo 3, comma 3, e di governo delle reti di patologia.

3. Le modalità di finanziamento degli IRCCS tengono conto della complessità derivante dal duplice ruolo di centri di assistenza e di ricerca e consentono la corretta dotazione dei fabbisogni di risorse umane e strumentali.

4. La Fondazione regionale di ricerca biomedica, avvalendosi della rete degli IRCCS, assicura il coordinamento e lo sviluppo sinergico delle linee di ricerca, favorendo l'utilizzo di piattaforme comuni; promuove e sostiene progetti di ricerca con particolare riguardo alla farmacologia molecolare e diagnostica, nonché all'attività di ricerca preclinica, anche con riguardo alle patologie rare; sviluppa relazioni istituzionali, sinergie e collaborazioni con altri organismi, pubblici o privati, italiani o esteri.

Art. 31

(Centri di riferimento specialistico per l'innovazione, la ricerca, la didattica e l'aggiornamento continuo in medicina)

1. La Giunta regionale al fine di garantire lo sviluppo integrato dell'assistenza, dell'innovazione, della ricerca, della didattica e dell'aggiornamento continuo dei professionisti individua e riconosce una rete di AO e di strutture sanitarie di diritto privato di riferimento specialistiche che possiedono caratteristiche di multidisciplinarietà, alta complessità della casistica trattata sia in area chirurgica che medica. La rete ricomprende gli IRCCS di natura pubblica e privata e le sedi primarie di polo universitario.

2. Le strutture di cui al comma 1 -che non siano già riconosciute come IRCCS o come sede primaria di polo universitario- vengono individuate dalla Giunta regionale sulla base di un sistema di indicatori di risultato relativo alla complessità della casistica, all'attività di ricerca e didattica ed aggiornate su base biennale. Assumono ruolo di riferimento all'interno della rete formativa delle diverse professioni sanitarie e dei programmi di educazione continua in medicina (ECM).

3. Nel rispetto della principale attività di ricerca loro affidata, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) concorrono ad assicurare la realizzazione dei livelli di assistenza definiti dal presente titolo.

4. Le Aziende Ospedaliere di riferimento specialistico per l'innovazione, la ricerca, la didattica e l'aggiornamento continuo in medicina supportano Regione Lombardia nello sviluppo degli indirizzi relativi alle attività di ricerca clinica e traslazionale, di sperimentazione clinica, di modelli gestionali ed assistenziali e governo dell'innovazione.

5. Le modalità di finanziamento delle AO tengono conto della complessità derivante dal duplice ruolo di centri di assistenza, di ricerca e di riferimento per le attività formative e di aggiornamento continuo e consentono la corretta dotazione dei fabbisogni di risorse umane e strumentali anche autorizzando, nei limiti delle disposizioni statali di riferimento, profili professionali a supporto dell'attività di ricerca nonché la stipula di contratti legati a progetti di ricerca.

6. La regione sostiene le attività e i progetti di ricerca finalizzati all'innovazione e alle sperimentazioni promossi e realizzati dagli attori del sistema sanitario. Promuove la diffusione e la condivisione dei risultati clinici e scientifici anche attivando piattaforme di collaborazione tra esperti del mondo accademico, Centri di ricerca, Università, Strutture sanitarie, IRCCS di natura pubblica e privata.

7. Gli investimenti per tecnologie avanzate nei diversi settori specialistici vengono prioritariamente destinati a tali strutture.

TITOLO III

Norme in materia di tutela della salute mentale

TITOLO IV – da valutare il mantenimento
Norme relative alla medicina dei trapianti e alla prevenzione e cura della malattia diabetica

TITOLO V
Norme relative al sistema trasfusionale regionale

TITOLO VI
Norme in materia di prevenzione e promozione della salute

Titolo VII
Impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti a scopo medico

Titolo VIII
Norme in materia di attività e servizi necroscopici, funebri e cimiteriali

TITOLO IX
Disposizioni in materia di assistenza farmaceutica

TITOLO X
Sistema bibliotecario biomedico lombardo

TITOLO XI
Norme in materia di sanità pubblica veterinaria

Titolo XII
Tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo

TITOLO XIII
Disposizioni varie

Art. ...

(Sperimentazioni gestionali)

1. In attuazione dell'articolo 9 del decreto legislativo 502/1992, la Regione promuove programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture sanitarie pubbliche e soggetti privati al fine di migliorare l'efficienza e la qualità del servizio sanitario regionale attraverso il concorso delle competenze e delle capacità finanziarie dei privati e di individuare nuovi modelli di governo delle attività sanitarie.

2. La Giunta regionale adotta linee di indirizzo sulle sperimentazioni gestionali sulla base dei seguenti criteri:
a) la natura giuridica della sperimentazione deve essere ricondotta ad una delle seguenti forme giuridiche: fondazioni, associazioni in partecipazione, società miste;
b) i soggetti privati da coinvolgere nei progetti di sperimentazione gestionale devono essere individuati attraverso procedure di evidenza pubblica;
c) la responsabilità economica e patrimoniale della sperimentazione deve essere attribuita unicamente al soggetto privato.

3. Alla sperimentazione gestionale si applicano il regime dell'accreditamento e il regime contrattuale proprio delle aziende pubbliche.

4. Le sperimentazioni regionali possono coprire l'intero campo delle attività sanitarie attraverso la riqualificazione dei servizi, l'ammodernamento delle strutture, l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi.

5. Le sperimentazioni gestionali sono autorizzate con deliberazione della Giunta regionale, hanno durata massima di cinque anni e possono essere prorogate una sola volta per uguale periodo.

6. La Giunta regionale può autorizzare rimodulazioni del progetto iniziale sulla base degli esiti rilevati dal monitoraggio periodico effettuato dalla direzione generale competente sull'andamento della sperimentazione.

7. Al termine della sperimentazione, sulla base degli esiti positivi della stessa, la Regione può autorizzare la stabilizzazione del modello gestionale utilizzato, secondo modalità e criteri definiti dalla Giunta regionale, mediante l'accreditamento e messa a contratto del gestore privato associato nella sperimentazione, a condizione che sia stato scelto con procedura ad evidenza pubblica. Tale disposizione si applica esclusivamente alle sperimentazioni autorizzate successivamente all'entrata in vigore della presente legge.

Art. ...

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

1. La Regione promuove e coordina, per fini umanitari in Italia e all'estero o per altri scopi comunque non lucrativi, l'utilizzo del patrimonio mobiliare dismesso dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private operanti sul territorio regionale. A tal fine la Giunta regionale fornisce le necessarie indicazioni operative nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) l'adesione all'attività di promozione e coordinamento avviene su base volontaria;
- 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 deve avvenire a titolo gratuito;
- d) possono presentare richiesta per l'utilizzo 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 e all'estero, Croce rossa italiana, fatta salva l'eventualità che il destinatario ultimo del bene non coincida con il richiedente.

2. 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.

Art. ...

(Disposizioni in materia di medicina scolastica)

1. La prevenzione collettiva nelle scuole di ogni ordine e grado è assicurata dall'ATS. *(si veda attività consultori/ASSL)*

2. Sono aboliti gli obblighi relativi alla tenuta dei registri di medicina scolastica, degli archivi delle cartelle sanitarie individuali, del certificato medico di riammissione oltre i cinque giorni di assenza, nonché l'obbligo di effettuare periodiche disinfezioni e disinfestazioni degli ambienti scolastici ove non sussistano esigenze di sanità pubblica.

3. Le operazioni di sanificazione, derattizzazione, disinfestazione degli ambienti scolastici non dettate da esigenze di sanità pubblica sono a carico della direzione scolastica.

4. Il certificato per l'esonero dalle lezioni di educazione fisica e il certificato sanitario per l'ammissione ai soggiorni di vacanza per minori sono rilasciati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

TITOLO XIV

Disposizioni transitorie e finali

(Commissari liquidatori)

1. Disciplinare per liquidazione ASL – anche per la tempistica

13. Ai commissari liquidatori nominati ai sensi dell'articolo 2, comma 14, della legge 28 dicembre 1995, n. 549 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica) competono le funzioni di legali rappresentanti delle gestioni liquidatorie delle sopresse USSL.

14. I commissari liquidatori svolgono altresì le funzioni di legali rappresentanti delle gestioni liquidatorie delle aziende USSL istituite con la legge regionale 15 settembre 1993, n. 28 (Ridefinizione degli ambiti territoriali delle Unità Socio-Sanitarie locali) e venute a cessare con la legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 (Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali).

15. Ai commissari liquidatori, quali legali rappresentanti delle gestioni liquidatorie di cui ai commi 15 e 16, compete la legittimazione attiva e passiva, sostanziale e processuale per le controversie riguardanti debiti e crediti delle sopresse USSL e aziende USSL.

16. I debiti delle gestioni liquidatorie delle sopresse USSL e aziende USSL, nonché i relativi atti esecutivi gravano unicamente sulle dotazioni finanziarie delle gestioni liquidatorie.

17. È esclusa ogni legittimazione passiva, sostanziale e processuale della Regione per le controversie riguardanti debiti e crediti delle sopresse USSL e aziende USSL.