



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 3021

Seduta del 16/01/2015

Presidente

ROBERTO MARONI

Assessori regionali MARIO MANTOVANI *Vice Presidente*

VALENTINA APREA

VIVIANA BECCALOSSI

SIMONA BORDONALI

MARIA CRISTINA CANTU'

CRISTINA CAPPELLINI

GIOVANNI FAVA

MASSIMO GARAVAGLIA

MARIO MELAZZINI

MAURO PAROLINI

ANTONIO ROSSI

FABRIZIO SALA

ALESSANDRO SORTE

CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta del Presidente Roberto Maroni

Oggetto

PROPOSTA DI PROGETTO DI LEGGE: "EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO LOMBARDO" E SOSTITUZIONE DELLA DGR X/2983 DEL 23/12/2014

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Segretario Generale Andrea Gibelli

L'atto si compone di 75 pagine

di cui 73 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTO l'articolo 34 dello Statuto d'autonomia della Lombardia, secondo il quale l'iniziativa legislativa dell'Esecutivo appartiene al Presidente della Giunta Regionale;

VISTA la legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario);

VISTA la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità);

VISTO la Delibera della Giunta Regionale X/2983 del 23/12/2014 "Proposta di progetto di legge: Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario Lombardo";

CONSIDERATA la sopravvenuta entrata in vigore, dal 1 gennaio 2015, delle modifiche al Regolamento generale del Consiglio Regionale (D.C.R. n. 494/2014);

RITENUTO di dover adeguare la proposta normativa approvata con la DGR X/2983 del 23/12/2014 alle nuove disposizioni regolamentari del Consiglio Regionale;

con l'astensione degli Assessori Melazzini e Parolini;

DELIBERA

1. di approvare l'allegata proposta di progetto di legge recante "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo" che sostituisce integralmente la precedente proposta approvata con Delibera della Giunta Regionale X/2983 del 23/12/2014;
2. di disporre la trasmissione al Consiglio regionale per la prosecuzione dell'iter.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo

Titolo I

(Oggetto della legge e disciplina del sistema sociosanitario lombardo)

Art. 1

(Oggetto della Legge)

1. La presente legge detta i principi per l'evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e dello Statuto regionale.
2. Per sistema socio-sanitario si intende l'insieme delle funzioni e prestazioni della totalità dell'offerta sanitaria, sociosanitaria, sociale di Regione Lombardia.

Art. 2

(Principi generali)

1. Il presente titolo definisce i principi per l'evoluzione ed il miglioramento del sistema socio-sanitario lombardo, al fine di promuovere e realizzare politiche a favore della persona e della famiglia e rispondere in modo appropriato, personalizzato ed integrato ai diversi bisogni e disciplina un modello gestionale ed un sistema uniforme di accesso ai servizi sociosanitari, nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione e della legislazione di settore, in conformità ai seguenti principi:
 - a) rispetto della dignità della persona e centralità del ruolo della famiglia;
 - b) diritto della persona alla libertà di scelta, consapevole e responsabile, all'accesso alle prestazioni sociosanitarie, in un'ottica di trasparenza;
 - c) valorizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, continuità e personalizzazione dell'assistenza, attraverso la sostenibilità e la qualità dei servizi, finalizzate alla presa in carico del percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale, secondo il principio del passaggio da "curare" a "prendersi cura";
 - d) pluralismo dell'offerta garantito attraverso la piena parità di diritti e di doveri fra soggetti accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, che concorrono a realizzare l'insieme dell'offerta, secondo il principio della sussidiarietà orizzontale;
 - e) promozione del volontariato, del terzo settore e di tutti i soggetti socialmente attivi quali attori fondamentali per concorrere al completamento dell'offerta sociosanitaria;
 - f) personalizzazione del processo di assistenza e cura secondo modelli di medicina d'iniziativa che integrino i vari servizi offerti dalla rete sanitaria e socio sanitaria con lo scopo di offrire maggiori opportunità alla persona e alla sua famiglia;
 - g) proseguire e perseguire azioni volte alla promozione dell'appropriatezza, della trasparenza delle performance economiche e qualitative nonché dei controlli che debbono guidare, insieme al principio dei costi standard territoriali, la programmazione e la distribuzione delle risorse, procedendo nel percorso di armonizzazione dei sistemi contabili regionali e della piena certificazione dei singoli bilanci di ciascuna azienda;
 - h) sostegno all'attività di ricerca, sperimentazione e innovazione anche attraverso la promozione della formazione continua degli operatori della filiera sociosanitaria che rappresentano l'asse portante del servizio sociosanitario lombardo;
 - i) promozione della partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità nei percorsi di prevenzione, di cura e di assistenza;
 - l) integrazione del percorso della persona, garantendo la continuità assistenziale attraverso l'implementazione della rete sociosanitaria ospedaliera e territoriale, utilizzando tutte le risorse, pubbliche e private, insistenti sul territorio regionale, ricomponendo ed integrando le risorse statali, regionali e territoriali, destinate al sistema sociosanitario, promuovendo l'integrazione con le funzioni sociali di competenza degli enti locali.
2. La Regione esercita funzioni di programmazione, indirizzo e controllo e supporta l'Agenzia per la tutela della salute, di seguito denominata ATS e le sue articolazioni socio-sanitarie locali di cui al successivo art. 6 e successivamente denominate ASSL, le Aziende integrate per la salute e l'assistenza di cui al successivo art.

7 e successivamente denominate AISA e gli altri soggetti, pubblici e privati, che svolgono attività socio-sanitarie, garantendone l'uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio lombardo, nel rispetto dell'autonomia programmatica, gestionale, erogativa e di controllo ad esse devolute con l'approvazione del Piano Socio Sanitario Lombardo di cui al successivo articolo 4.

3. La Regione garantisce i livelli essenziali e uniformi di assistenza previsti dalla legislazione nazionale e, compatibilmente con le risorse disponibili, ne promuove livelli più elevati a tutela dei diritti di salute e di fragilità. Dispone contestualmente in ordine al reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale, nonché alla determinazione dei livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini ed assicura, sia a livello centrale che periferico, una adeguata strutturazione organizzativa delle funzioni di programmazione, acquisto, erogazione delle prestazioni e terzietà del controllo.

4. La Regione promuove la cooperazione di ASSL e AISA, oltreché della Fondazione regionale per la ricerca biomedica (FRRB), con le realtà economiche, produttive e commerciali locali, anche transfrontaliere ed internazionali, finalizzate al miglioramento degli standard qualitativi ed al concorso del Sistema Socio Sanitario Lombardo al rilancio strategico e socio economico territoriale della Lombardia.

5. La Regione promuove lo sviluppo e la diffusione di sistemi informativi accessibili sulla qualità delle strutture socio-sanitarie, rendendo disponibili dati relativi all'offerta di servizi, ai volumi di attività, alle performance conseguite ed alle competenze degli operatori.

6. I Comuni, preferibilmente in forma associata, partecipano, a livello locale, allo sviluppo del sistema socio-sanitario lombardo secondo le linee di indirizzo definite dalla Regione ed in una prospettiva di piena integrazione a livello territoriale, attraverso le forme giuridiche e gli assetti istituzionali più funzionali alla realizzazione degli indirizzi e degli obiettivi socio-sanitari.

Art. 3

(Promozione e sostenibilità del sistema socio-sanitario lombardo)

1. La Regione, anche attraverso l'integrazione delle politiche in materia di welfare e la collaborazione con tutti gli attori del sistema, promuove ed incentiva la precoce identificazione degli stati patologici e corretti stili di vita, nella prospettiva di ridurre ed evitare i fattori causali di malattia e favorire un invecchiamento attivo.

2. La Regione, attraverso il piano socio-sanitario lombardo, promuove 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 e delle prestazioni.

3. La Regione, riconoscendo la persona e la famiglia quale destinatario e attore principale delle azioni ed interventi che compongono il sistema socio-sanitario 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 fragile e della sua famiglia e consente di acquistare direttamente le prestazioni presso tutti gli operatori accreditati

4. La Regione, al fine di garantire un accesso appropriato, unico ed integrato al sistema, definisce, tra i criteri di accesso, la valutazione multidimensionale del bisogno, finalizzata ad analizzare gli aspetti socio-sanitari ed assistenziali del bisogno della persona fragile e della sua famiglia, per assicurare l'integrazione e la continuità di tutti i servizi di assistenza territoriale. A questa valutazione multidimensionale debbono avvalersi obbligatoriamente anche i Comuni in sede di presa in carico della persona portatrice di bisogni sociali.

Art. 4

(Piano socio-sanitario lombardo)

1. Il Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, approva il piano socio-sanitario lombardo (PSSL), quale strumento unitario ed integrato di programmazione, nel quale sono indicate le attività sociosanitarie e le linee di indirizzo delle politiche e degli interventi da erogare alla Persona ed alle Famiglie.

2. Il piano definisce:

- a) il quadro previsionale dei bisogni sociosanitari della popolazione lombarda, basato su una preventiva mappatura epidemiologica territoriale specifica e secondo il criterio dell'appropriatezza clinica e dei percorsi diagnostico terapeutici, di prevenzione ed assistenziali delle prestazioni erogate;
- b) gli obiettivi, i programmi e gli indicatori in base ai quali sono determinati i volumi di attività per ognuno dei livelli essenziali di assistenza e di tutte le ulteriori prestazioni sociosanitarie e certificati dalle evidenze scientifiche circa le distribuzioni specialistiche per superfici e numero di abitanti, assicurando il corretto livello qualitativo e di sicurezza sancito dalle indicazioni internazionali, tenuto conto delle specificità e peculiarità dei relativi territori, con particolare attenzione a quelli montani, disagiati ed a bassa intensità abitativa;
- c) gli indicatori di risultato da impiegare per il controllo e la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità, dell'appropriatezza, della sicurezza e dell'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati che costituiranno criterio programmatico prevalente per la stesura dei successivi piani socio-sanitari lombardi;
- d) i progetti-obiettivo e le azioni da adottare per rispondere a specifiche aree di bisogno;
- e) l'incremento dell'attività e le relative linee di indirizzo del sistema integrato di prevenzione, con una programmazione a medio e lungo termine e con l'obiettivo di rendere capillarmente diffuse le iniziative di screening e prevenzione nei confronti delle patologie gravate di maggiori indici di mortalità, invalidità e morbilità, a partire da una capillare e puntuale educazione sanitaria, con particolare riferimento alla promozione dei corretti stili di vita;
- f) le linee di indirizzo per assicurare alla persona la continuità assistenziale attraverso modalità strutturate di presa in carico dell'assistito, per la definizione di nuovi assetti organizzativi che si affianchino all'attuale sistema di erogazione per patologia promuovendo un processo di integrazione tra le attività prettamente sanitarie e socio sanitarie con quelle sociali di competenza degli enti locali;
- g) gli obiettivi di sistema volti a garantire il miglioramento continuo dello stesso in termini di coerenza delle azioni intraprese e di esigenze operative, oltreché di qualità e appropriatezza delle risposte offerte ai cittadini insieme all'implementazione di politiche di governance strategica e di sviluppo della ricerca e dell'innovazione.
- h) i criteri necessari per assicurare l'appropriatezza clinica e terapeutica delle prestazioni sociosanitarie erogate alla persona, garantendo prioritariamente la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione tecnico scientifica, gli standard di dotazione umana, strutturale e tecnologica ed una forte incentivazione alla progettualità innovativa che, se valutata positivamente dalla Giunta Regionale, potrà essere inserita a sistema nelle successive variazioni del PSSL.

3. Il PSSL, approvato entro il 30 giugno dell'anno di scadenza, è attuativo del PRS, ha durata quinquennale e può essere aggiornato annualmente con apposita delibera di Giunta regionale entro il 30 novembre.

Art. 5

(Osservatorio socio-sanitario lombardo)

1. Al fine di condividere gli indirizzi di programmazione in materia di sanità e politiche Sociali con gli interlocutori del sistema socio-sanitario lombardo, la Regione si avvale di un tavolo di confronto permanente denominato Osservatorio socio-sanitario lombardo.

2. L'Osservatorio socio-sanitario lombardo è nominato e presieduto dal Presidente della Regione e comprende l'Assessore alla salute e politiche sociali ed il Presidente della Commissione consiliare Sanità e politiche sociali; deve essere rappresentativo di tutte le professioni e le realtà socio-sanitarie operanti in Regione Lombardia, attraverso il coinvolgimento dei presidenti di ordini, collegi ed associazioni e società scientifiche di categoria, dei rappresentanti degli atenei ed istituti, delle agenzie ed aziende socio sanitarie pubbliche e private, di singoli esperti o rappresentanze specifiche, anche minoritarie, che ne facciano richiesta motivata.

3. Compito prioritario dell'Osservatorio è la valutazione, preventiva alla sua approvazione, del piano socio-sanitario lombardo e delle sue variazioni, con l'espressione di un parere consultivo, comprensivo di eventuali proposte di modifiche. Le riunioni dell'Osservatorio sono valide se convocate con almeno 20 giorni di anticipo; con la convocazione vengono obbligatoriamente diffusi l'ordine del giorno e i documenti posti in discussione.

Art. 6

(Agenzia per la tutela della salute - ATS)

1. Nell'ambito dell'Assessorato competente è istituita l'Agenzia di tutela della salute (ATS) dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. L'autonomia dell'Agenzia si esercita nell'ambito degli indirizzi programmatici della Regione.

2. All'ATS sono attribuite dalla Regione le competenze inerenti la prevenzione ambientale e di comunità, la programmazione e l'acquisto; l'ATS garantisce le prestazioni sociosanitarie previste nei livelli essenziali di assistenza ed in eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, attraverso rapporti contrattuali con tutti i soggetti erogatori accreditati, pubblici e privati insistenti sul relativo territorio di competenza, necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti nel piano socio-sanitario lombardo. Gli erogatori di diritto pubblico sono descritti nel successivo art.7 ed identificati nell'AISA.

3. Le ulteriori funzioni che fanno capo alle ATS attraverso le articolazioni socio-sanitarie locali (ASSL) sono quelle di:

- prevenzione, igiene e sanità pubblica;
- governo cure primarie;
- programmazione, accreditamento, acquisto e controllo delle prestazioni sociosanitarie;
- valutazione multidimensionale del bisogno;
- programmi di prevenzione, cura e riabilitazione;
- programmazione a livello locale della rete delle unità d'offerta sociosanitarie, nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale e sentita la Conferenza dei Sindaci del territorio di competenza;
- governo della farmaceutica e protesica;
- collaborazione con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta sociali;

4. Restano in capo all'ATS le competenze sulle linee strategiche di indirizzo e le funzioni di coordinamento tra le ASSL, garantendo l'omogeneità procedurale e prestazionale su tutto il territorio lombardo.

5. In via sperimentale, per il primo quinquennio di durata del PSSL, è istituita l'ASSL della Montagna, sul territorio della Valtellina e della Valcamonica, ricomprendente le aziende integrate per la salute della Valtellina e Valchiavenna e quella della Valcamonica, che mantengono la propria autonomia e le proprie sedi, ospitando altresì le sedi operative dell'ASSL.

6. La sperimentazione di cui al comma 5 è finalizzata alla completa realizzazione del "sistema socio sanitario di montagna", attraverso la declinazione organizzativa adeguata alla propria specificità territoriale e che al termine del quinquennio, qualora valutata positivamente dal Consiglio regionale su proposta autonoma, ovvero da parte del Presidente della Giunta regionale, in sede di revisione annuale del PSSL dell'anno antecedente la scadenza quinquennale, potrà essere stabilizzata a sistema ed estesa ad altri particolari territori montani. Tale metodologia sperimentale potrà essere altresì estesa ad altri Territori caratterizzati da differenti peculiarità orografiche e geomorfologiche di Regione Lombardia.

7. Ad integrazione di quanto previsto dal Titolo VII della presente legge, il Dipartimento veterinario di sicurezza alimentare e prevenzione, coordinato dall'omonima struttura attivata presso l'Assessorato alla salute e politiche sociali, assicura la tutela della salute umana e animale, promuovendo anche il collegamento delle attività e degli interventi di tutti gli altri enti, associazioni e servizi che operano nel settore delle filiere agro-zootecnico-alimentari, della tutela dell'ambiente e degli animali d'affezione ed assume le funzioni di programmazione, coordinamento funzionale e verifica delle attività di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza alimentare attraverso la declinazione organizzativa dipartimentale e distrettuale territoriale, con

servizi, strutture, presidi, unità operative ed uffici comprendenti almeno le seguenti aree d'intervento e l'erogazione dei LEA di competenza:

- a) sanità animale;
- b) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- c) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- d) igiene urbana veterinaria, tutela degli animali d'affezione e lotta al randagismo;
- e) bonifiche sanitarie ed anagrafi animali;
- f) gestione flussi informativi e qualità;
- g) export, sicurezza e allerte alimentari.

8. Sono organi dell'ATS: il direttore generale e il collegio dei revisori dei conti.

9. L'ATS svolge, anche per conto delle sue direzioni territoriali, le funzioni amministrative, la gestione dei sistemi informativi nonché l'approvvigionamento di beni e servizi anche avvalendosi di ulteriori articolazioni regionali (LI Spa/ARCA Spa).

10. Le ASSL sono guidate da un direttore di sede coadiuvato da due vice direttori con funzioni sanitarie e amministrative e sono organizzate in dipartimenti i quali garantiscono lo svolgimento territoriale delle attività e funzioni di cui al comma 3 del presente articolo.

11. I criteri identificati per la riorganizzazione delle ASSL sono i seguenti:

- principio di aggregazione in aree vaste secondo quanto previsto nella legge 56 del 7 aprile 2014;
- estensione territoriale e popolazione residente, con un bacino d'utenza medio di norma non inferiore ad 1 milione di abitanti.

Art. 7

(Aziende integrate per la salute e l'assistenza)

1. Sono istituite le Aziende integrate per la salute e l'assistenza (AISA) i cui ambiti territoriali e di riferimento sono determinati con successivo provvedimento di Giunta sulla base di bacini di utenza di norma non inferiori a 400.000 abitanti e tenuto conto delle particolarità territoriali.

2. Le AISA, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia imprenditoriale, contribuiscono a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitari e socio sanitari in un'ottica di integrazione, secondo criteri di appropriatezza clinica, efficacia ed efficienza orientati ad un percorso di cura globale della persona fragile e cronica, in ottemperanza a quanto previsto dal piano socio-sanitario lombardo e secondo i criteri di programmazione e controllo stabiliti dalla ASSL territorialmente competente.

3. Alle AISA afferiscono le attività erogative svolte dalle ASL e dalle AO prima dell'entrata in vigore della presente legge, ad eccezione di quanto previsto dal precedente articolo 6 e dal successivo articolo 9 ed il modello organizzativo sarà articolato su diversi livelli di intensità assistenziale ospedalieri e territoriali. Il livello ospedaliero è coerente con il regolamento degli standard della rete ospedaliera adottato d'intesa fra Stato e regioni definiti con successivo provvedimento di Giunta. Il livello territoriale eroga prestazioni a bassa e media complessità, di prevenzione socio sanitaria e le prestazioni medico-legali nonché la cura e la presa in carico del paziente cronico e della persona fragile.

4. L'AISA individua le proprie UCCP di norma organizzate in sede unica, ben identificabili dal cittadino, e costituite all'interno di strutture quali presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture distrettuali collegate informaticamente con l'azienda di appartenenza e dotate di strumentazioni di base, costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti dei pazienti cronici.

5. Il presidio ospedaliero territoriale (POT) ed il presidio socio-sanitario territoriale (PreSST) rappresentano forme di UCCP dell'AISA.

6. Tali funzioni possono essere erogate anche da soggetti di diritto privato.

7. Le AISA inoltre possono stipulare specifiche convenzioni tra loro e con tutte le realtà produttive, commerciali e di servizi insistenti sul territorio regionale, delle Regioni limitrofe, oltreché internazionali, della durata ritenuta più opportuna fino al massimo della scadenza del quinquennio previsto nel Piano Socio Sanitario Lombardo, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano stesso ed al miglioramento delle prestazioni erogate alla Persona ed alla Famiglia.

8. I risparmi economici strutturali risultanti dall'organizzazione di cui ai precedenti commi rimarranno disponibili per le AISA che li hanno generati per investimenti finalizzati al miglioramento qualitativo dell'offerta sanitaria. Una somma non inferiore al 50% di tale cifra sarà ridistribuita tra gli operatori sanitari e non sanitari, di tutti i livelli, che concorrono all'ottenimento del risultato e secondo una graduazione meritocratica identificata attraverso parametri oggettivi da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale.

9. Al fine della razionalizzazione e dell'omogeneizzazione dei processi, la Giunta regionale può istituire in via sperimentale altre aziende a rete per particolari aree tematiche specialistiche.

Art. 8

(Modelli di cura per il paziente cronico)

1. Il SSR promuove la presa in carico proattiva e personalizzata in grado di integrare, anche facendo uso di strumenti tecnologici, tutte le fasi del percorso di cura delle persone affette da condizioni croniche (promozione della salute, prevenzione, cure ospedaliere, cure territoriali e sociosanitarie) al fine di garantire 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 lungo tutto il decorso della malattia 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. Il sistema di accreditamento favorirà l'attivazione di processi organizzativi per la presa in carico unitaria dell'assistito da parte delle reti locali nelle diverse fasi del piano di cura in funzione della natura e della complessità dei bisogni che saranno misurati attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionali.

3. La Regione definisce 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 che verranno stabilite e regolate attraverso specifiche deliberazioni di Giunta.

Art. 9

(Organizzazione delle cure primarie)

1. L'assistenza primaria viene erogata dai medici di medicina generale di cui all'articolo 1 della legge 189/2012, dai pediatri di libera scelta e dai medici della continuità assistenziale secondo quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale di categoria e dagli accordi integrativi regionali, che garantiscono, in coerenza con gli indirizzi dati dall'ATS:

a) l'erogazione della qualità dell'assistenza ambulatoriale ed al domicilio del paziente, con particolare riguardo anche all'assistenza domiciliare integrata ed all'assistenza residenziale;

b) la partecipazione alla valutazione multidimensionale del bisogno, coordinata dall'ASSL attraverso equipe multiprofessionali;

c) un contributo attivo all'appropriatezza e alla presa in carico della persona fragile, che potrà essere attuato nell'ambito degli accordi Regionali, finalizzati a migliorare le performance e contribuire alla sostenibilità del sistema socio sanitario;

d) la programmazione personalizzata dell'assistenza territoriale al paziente cronico e l'attività di prevenzione individuale;

e) gli interventi in ambito di integrazione socio-sanitaria assicurati da organizzazioni funzionali e strutturali di riferimento territoriale (presidi socio sanitari territoriali) che offrono anche cure ambulatoriali e socio-sanitarie, inclusa la procedura di valutazione multidimensionale del bisogno.

2. I medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta ed i medici della continuità assistenziale operano in qualità di professionisti convenzionati utilizzando necessari beni strumentali e proprio personale di studio anche tramite società di servizio, ovvero utilizzando le strutture dei POT e dei PreSST.

3. Le azioni di presa in carico del paziente, nella prospettiva della continuità assistenziale e nella gestione dei percorsi di cura e di presa in carico della cronicità, sono garantite anche dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

4. Il modello organizzativo territoriale è definito dalla Regione in ottemperanza alla normativa nazionale e degli 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, per l'accesso al ruolo unico della medicina generale e per l'individuazione del coordinatore del team.

5. Il coordinatore del team è individuato all'interno dell'UCCP con procedura democratica tra i componenti dello stesso che abbiano un'anzianità di servizio di almeno 10 anni, in possesso di competenze manageriali e relazionali e adeguata conoscenza dei processi sanitari e socio-sanitari assicurando adeguate competenze e conoscenza dei processi sanitari e socio-sanitari, acquisiti anche attraverso specifico corso in organizzazione manageriale sanitaria a cura di Eupolis Lombardia.

6. Tra le figure sanitarie componenti l'UCCP è identificato 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 socio-sanitarie per accogliere e accompagnare il paziente e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e le opportunità della rete di offerta territoriale.

7. Con successiva delibera di Giunta saranno determinati i requisiti organizzativi e i criteri funzionali per il riconoscimento dei necessari accreditamenti da parte della ATS.

8. I soggetti accreditati UCCP (nelle articolazioni PreSST e POT) possono essere sia di natura pubblica che di natura privata.

9. Nelle UCCP può essere prevista la figura del "Case manager", nella figura di un laureato magistrale delle professioni sanitarie con master di secondo livello organizzativo gestionale, cui sarà affidata la responsabilità organizzativa dell'attività assistenziale, anche di coordinamento domiciliare.

Art. 10

(Istituzione dell'Agenzia di controllo del servizio socio-sanitario regionale)

1. È istituita, ai sensi dell'art. 48 dello Statuto di Autonomia della Lombardia, l'Agenzia di controllo del servizio socio-sanitario regionale, di seguito denominata Agenzia, quale ente di diritto pubblico, dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile e gestionale, nei limiti previsti dalla presente legge.

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

3. L'Agenzia è titolare delle funzioni di vigilanza e controllo del servizio socio-sanitario regionale. Nell'esercizio delle sue funzioni l'Agenzia elabora un sistema di controllo produzione e qualità da considerare, da parte degli enti titolari delle funzioni di programmazione e acquisto, nella definizione dei volumi e della tipologia delle prestazioni.

4. L'Agenzia persegue i seguenti obiettivi:

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

5. La Giunta regionale definisce l'assetto organizzativo dell'Agenzia e la relativa articolazione e il regolamento di funzionamento

Art. 11

(Strutture 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 strutture specialistiche di riferimento che possiedono caratteristiche di multidisciplinarietà, alta complessità della casistica trattata sia in area chirurgica che medica. La rete ricomprende gli IRCCS e le sedi primarie di polo universitario e alcune AIS. La natura giuridica di tali articolazioni non muta rispetto alla vigente normativa .

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

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

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

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

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

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

Art. 12

(Natura ed organi delle articolazioni socio-sanitarie locali, delle Aziende integrate per la salute e l'assistenza e degli IRCCS)

1. Sono organi delle ASSL, delle AISA e degli IRCCS il direttore generale e il direttore sanitario; il primo è anche il rappresentante legale dell'Azienda ed è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sociale e dal direttore assistenziale, identificati, con nomina da parte del direttore generale stesso, tra i responsabili di Struttura complessa o semplice rispettivamente del Dipartimento amministrativo, dei dipartimenti sociali e del dipartimento delle professioni sanitarie (DPS) di cui ai commi 4 e 5 del successivo articolo 18 ed in possesso di master di secondo livello organizzativo gestionale.

2. Tali organi saranno oggetto di valutazione continua, vincolante per la prosecuzione contrattuale, da parte della Giunta regionale, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati o di particolari evidenti criticità territoriali.

3. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione generale, i candidati, in possesso di diploma di laurea magistrale e con il limite di età inferiore di cinque anni rispetto ai limiti pensionistici previsti dalla normativa nazionale vigente, dovranno dimostrare un'esperienza dirigenziale almeno quinquennale presso strutture od enti pubblici od aziende o strutture private, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità di risorse umane, tecniche o finanziarie. Per le strutture sociosanitarie pubbliche il requisito minimo viene identificato con la direzione di struttura semplice o di incarico, anche individuale, di valenza aziendale; per le strutture sociosanitarie private ruoli equivalenti, purchè certificati.

4. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione sanitaria, i candidati, in aggiunta ai requisiti di cui al precedente comma 3, devono essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia e di almeno un diploma di specializzazione.

5. Per la formazione degli elenchi di cui ai precedenti commi, la Giunta regionale incarica un soggetto terzo, specializzato nel settore della selezione del personale dirigenziale, che stilerà, per ciascuno dei tre elenchi, una lista comprendente un numero non eccedente il doppio delle posizioni da ricoprire tra coloro che avranno proposto la candidatura, valutando i livelli curriculari e svolgendo adeguate prove psicoattitudinali e colloqui individuali con tutti i candidati ritenuti idonei.

6. I rapporti di lavoro dei direttori sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato, che stabiliscono anche la durata dell'incarico, normalmente quinquennale con verifiche come previsto dal precedente comma 2 del presente articolo, e comunque non inferiore ad un anno. La retribuzione non può eccedere quella riferita al contratto dirigenziale di secondo livello col maggior peso previsto nell'Agenzia o nell'Azienda in cui viene nominato, fatto salvo un incremento non superiore al venti per cento dell'emolumento, assegnato al raggiungimento degli obiettivi annualmente prefissati con apposita delibera di Giunta regionale, approvata entro il 30 Novembre dell'anno precedente.

7. Qualora si renda vacante una posizione di cui ai precedenti commi la Giunta regionale può procedere alla nomina di un Commissario straordinario, per un periodo massimo di dodici mesi ed in attesa della nomina della figura specifica; il Commissario deve possedere gli stessi requisiti previsti per la figura rimasta vacante.

Art. 13

(Farmacie di servizio)

1. Al fine di garantire presidi di prossimità per un immediato accesso alle cure e ai servizi sanitari e sociosanitari, la Regione promuove la valorizzazione della rete delle farmacie territoriali. In aggiunta alle funzioni già normate di distribuzione di farmaci e presidi sanitari, nonché apparecchi di autodiagnostica rapida finalizzata a rilevamenti di prima istanza, alle farmacia sono affidati:

1. programmi di promozione della salute, diffusione di sani stili di vita ed educazione sanitaria
2. valutazione di consumi qualitativi e quantitativi dei farmaci per indagini statistiche ed epidemiologiche
3. programmi di aderenza alle terapie in collaborazione con gli MMG e nell'ambito dei modelli di presa in carico
4. funzioni sanitarie-amministrative quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione, erogazione protesica

2. Con successivo provvedimento di Giunta verranno disciplinati ulteriori servizi che potranno essere resi disponibili grazie alla piena attuazione della ricetta elettronica

Art. 14

(Agenzia per la promozione del sistema socio-sanitario lombardo)

1. Al fine di garantire lo sviluppo del sistema sanitario regionale, adeguate risorse finalizzate a sostenere l'innovazione e la ricerca nelle strutture di riferimento specialistico e un apporto finanziario proveniente da prestazioni erogate a cittadini beneficiari di fondi integrativi, mutue e cittadini in 'out of pocket' in particolare provenienti da Paesi esteri (comunitari e non comunitari) è istituita l'Agenzia per la promozione

del sistema sanitario lombardo.

2. L'Agenzia svolge funzioni fondamentali: informazione e comunicazione circa le performance sanitarie delle principali strutture di riferimento specialistico lombarde nonché la promozione di accordi con enti pubblici e privati, nazionali e internazionali ai fini di sostenere l'attrattività e la produzione di prestazioni sanitarie al di fuori del sistema sanitario regionale.

3. Con la stessa finalità del precedente comma, Regione Lombardia organizza lo show room dei sistemi sociosanitari, finalizzato alla presentazione a livello internazionale del proprio Sistema Sociosanitario, come veicolo per l'esportazione delle conoscenze prestazioni, logistiche ed organizzative nei confronti dei Paesi interessati allo sviluppo dei propri modelli assistenziali ivi compreso il Teaching center per la gestione di trauma, maxiemergenze e per il management dei sistemi sociosanitari.

4. L'Agenzia istituisce l'Osservatorio delle best practices cliniche e dell'ottimizzazione dei processi aziendali e analizza i flussi globali della mobilità sanitaria, al fine di garantire le migliori performance di cura e di processo per la competizione nel mercato sanitario mondiale, oltre che la realizzazione ed il controllo di un tariffario idoneo regionale per le prestazioni sanitarie private.

5. Gli introiti saranno destinati al sostegno della ricerca scientifica e al potenziamento della rete tecnologica affidando il coordinamento scientifico alla Fondazione per la ricerca biomedica.

6. L'Agenzia è guidata da un direttore generale con adeguate capacità manageriali, con i requisiti di cui all'art. 12, ed costituita ed organizzata con provvedimento di Giunta.

Art. 15

(Strutture socio-sanitarie private accreditate)

1. Le strutture private fanno parte del sistema socio sanitario lombardo, mantengono la propria autonomia giuridica ed amministrativa e possono erogare le prestazioni di cui al precedente articolo 7 in relazione al proprio assetto giuridico.

2. Le strutture di cui al precedente comma 1, in possesso dei requisiti di accreditamento e rientranti nella programmazione territoriale, sottoscrivono, qualora ne facciano richiesta ovvero accettino eguale proposizione proveniente dall'ASSL e per le prestazioni previste dalla programmazione di cui sopra, con l'ATS accordi contrattuali triennali, riviste annualmente, analogamente alle Aziende integrate per la salute e l'assistenza di cui al precedente art. 7.

3. Dette strutture rispettano le medesime condizioni previste per le Strutture pubbliche, compresa la connessione alla rete SISS ed i relativi adempimenti previsti per legge e da convenzioni regionali.

Art. 16

(Azienda regionale emergenza urgenza)

1. Prosegue l'attività dell'Azienda regionale dell'emergenza urgenza (AREU), dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile. L'Azienda, nell'ambito del servizio sociosanitario regionale, è preposta allo svolgimento dei compiti relativi all'emergenza - urgenza extraospedaliera, ai trasporti sanitari, alla logistica dei trapianti di organi e tessuti e al coordinamento intraregionale ed interregionale delle attività trasfusionali. L'AREU garantisce altresì l'operatività del numero unico emergenza (NUE) 112 sul territorio lombardo e, in ottemperanza alla relativa direttiva europea, attiverà il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117).

Art. 17

(Requisiti per l'accreditamento di attività socio-sanitarie)

1. L'accreditamento costituisce condizione indispensabile per l'assunzione a carico del fondo sociosanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sociosanitarie ed erogate sulla base di una programmazione regionale basata sulla rilevazione del bisogno della persona e della famiglia.

2. La Giunta regionale disciplina le modalità di richiesta, la concessione e l'eventuale revoca dell'accreditamento delle unità di offerta e dei servizi sociosanitari, nonché per la verifica circa la permanenza dei requisiti per l'accreditamento medesimo.

3. La Giunta definisce altresì i requisiti comuni di accreditamento a tutte le unità di offerta sociosanitarie e gli ulteriori requisiti specifici per le singole tipologie di unità di offerta.

4. Nell'ambito dei criteri di accreditamento delle strutture sociosanitarie, pubbliche e private, si dovrà tener conto delle linee guida internazionali circa i requisiti strutturali, tecnici, impiantistici, organizzativi e di sicurezza necessari per lo svolgimento delle attività mediche e chirurgiche, differenziate tra regime di ricovero, di day hospital / day surgery o ambulatoriale, nonché per la psichiatria e neuropsichiatria.

5. Ai fini della verifica della solidità economica finanziaria dei soggetti accreditati con il sistema socio sanitario lombardo, questi saranno tenuti ad inviare ogni anno, entro il mese di maggio dell'anno successivo alla chiusura dell'esercizio, il bilancio comprensivo di nota integrativa alle Direzioni generali competenti della Regione.

Art. 18

(Contratto integrativo regionale lombardo e regolamentazione delle professioni sanitarie)

1. In ottemperanza alle previsioni contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro, che prevedono integrazioni regionali finalizzate all'ottimizzazione delle risorse, entro centoventi giorni dall'approvazione della presente legge, la Giunta regionale, sentite le Associazioni di Categoria dei Professionisti Socio Sanitari, con i relativi Ordini e Collegi, eventualmente avvalendosi di specifici Esperti, emana il Contratto di Lavoro Lombardo per tutti gli Operatori afferenti al Sistema Socio Sanitario Regionale, parificando i titoli dei lavoratori pubblici e privati e prevedendo una significativa differenziazione delle responsabilità e delle retribuzioni aggiuntive in considerazione di parametri oggettivamente determinati di qualità, efficacia ed efficienza, oltre al rischio professionale stratificato per specialità e competenze, tenuto conto delle peculiarità contrattuali, delle specifiche competenze e responsabilità derivanti da normative nazionali.

2. Nei contratti di lavoro lombardi di cui al precedente comma 1 saranno puntualmente declinati e valorizzati i profili di competenza e delle relative aree specialistiche di tutte le Professioni Socio Sanitarie ed i Professionisti afferenti al Sistema Socio Sanitario Lombardo, con una netta diversificazione tra quelli sociosanitari, ai vari livelli, ed amministrativi, nell'ottica di una corretta programmazione in funzione della razionalizzazione, dell'ottimizzazione e della valorizzazione professionale delle Risorse Umane.

3. La regolamentazione delle professioni sanitarie da inserire nella rete del sistema sanitario lombardo, in regime convenzionato e/o privatistico e senza incremento di spesa sul Bilancio regionale, è espletata in funzione delle evoluzioni normative e professionali delle Professioni stesse, in ottemperanza alle relative Direttive Europee e da quanto previsto nella maggioranza dei Paesi UE, recependo le seguenti indicazioni nazionali:

a) la regolamentazione delle Professioni Sanitarie previste dalla Legge 43/06;

b) la regolarizzazione delle Professioni accessorie che non comportino un diploma di laurea e per le quali sono previsti specifici corsi, paradigmaticamente riferibili all'art. 11 del R.D. 1334/28, aggiornate secondo i dettami comunitari o comunque prevalenti tra i Paesi della Comunità Europea, qualora recepiti dalla normativa nazionale;

c) il riconoscimento delle professioni riconosciute ed autorizzate dalla Sentenza del Consiglio di Stato N° 5225/07;

d) il recepimento della normativa inerente le Medicine non Convenzionali di cui all'accordo della Conferenza tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano 4.10/2013/2, con riferimento alle Medicine Complementari di agopuntura, fitoterapia, omeopatia ed omotossicologia e fermo restando la validità dei titoli, diplomi, attestati o ad essi equipollenti rilasciati dalle università ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, oltrechè tutte quelle Professioni che ne facciano motivata richiesta, aderenti alle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità o dell'Unione Europea, compatibile con gli enunciati iniziali del presente comma 3 del corrente articolo di questa legge;

e) la regolamentazione delle Professioni del settore odontoiatrico, come l'Odontotecnico e l'Assistente alla Poltrona;

f) il riconoscimento delle discipline di medicina tradizionale equiparabili a quelle specialistiche: l'oncologia, la senologia, la medicina e la chirurgia estetica, la proctologia, la flebologia, la riproduzione umana assistita, per le quali il Medico Chirurgo laureato in medicina e chirurgia, abilitato alla professione e che segue un corso di formazione frontale di durata almeno quadriennale, accreditato al Ministero della Salute (ECM), ed organizzato con il supporto di una società scientifica riconosciuta, può essere considerato, ai fini autorizzativi regionali, equipollente allo specialista nella specifica disciplina non presente nell'ordinamento universitario;

4. Le Professioni Sanitarie afferiranno ad un Dipartimento autonomo e denominato Dipartimento delle Professioni Sanitarie (DPS), che partecipa direttamente, in ottemperanza a quanto previsto dal comma 3 del precedente articolo 11, alle decisioni strategiche aziendali per quanto concerne la gestione delle attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione, nello sviluppo di un sistema efficiente per il raggiungimento degli obiettivi e collaborando in stretta sinergia con gli altri dipartimenti aziendali.

5. Il DPS è costituito dalle Unità Organizzative Dirigenziali delle Professioni Sanitarie per aree professionali presenti nell'azienda, rappresentate dalle Unità Organizzative assistenziale, tecnico sanitaria, riabilitativa, della prevenzione e della professione ostetrica, in ottemperanza all'art. 7, commi 1 e 2 della legge 251/2000; potranno altresì essere istituite Unità Organizzative Professionali Dirigenziali finalizzate alla realizzazione di modelli organizzativi e gestionali di specifiche progettualità e percorsi di competenza specialistica delle Professioni Sanitarie.

6. Gli Specialisti Ambulatoriali Convenzionati sono parte attiva e qualificante delle Aziende del Servizio Socio Sanitario Lombardo e partecipano all'erogazione dei servizi territoriali ed ospedalieri secondo gli indirizzi regionali, con il coordinamento dell'Agenzia Regionale per la Specialistica Ambulatoriale Convenzionata (ARSAC), che verrà istituita in sede di approvazione del primo Piano Socio Sanitario Lombardo, anche tramite forme di collaborazione professionale integrativa su base volontaria, con modalità definite con le Organizzazioni Sindacali di categoria.

7. A difesa dei valori della famiglia le donne impiegate nella filiera socio sanitaria delle strutture di diritto pubblico e privato afferenti al Sistema Sanitario Lombardo sono tutelate nella maternità ed obbligatoriamente sostituite in servizio, con la figura professionale equipollente, con la tempistica e la metodologia prevista dai relativi dettami comunitari e nazionali. Per gli stessi principi di salvaguardia dei valori della famiglia sono incentivate le opzioni di lavoro part-time, precipuamente a favore delle donne.

8. Con l'entrata in vigore della presente legge, le posizioni occupate dagli operatori di diritto pubblico afferenti al sistema socio sanitario regionale, ivi operanti con contratti a termine da almeno 18 mesi alla data del 31 Dicembre 2014 sono da ritenersi stabilizzate e messe a concorso nel rispetto della normativa concorsuale vigente.

9. Nel Contratto di lavoro lombardo di cui al primo comma del presente articolo sarà regolamentata anche l'attività libero professionale del medico e di tutte le professioni sanitarie, in ottemperanza ai seguenti principi:

a) si intende per attività libero professionale, l'attività richiesta in maniera fiduciaria dal Paziente direttamente al medico o ad altro professionista sanitario da esso scelto;

b) l'esercizio delle attività libero professionali e delle attività professionali a pagamento avviene al di fuori dell'impegno di servizio, previa copertura assicurativa individuale obbligatoria, e si può svolgere nelle seguenti forme:

- libera professione individuale od in equipe, caratterizzata dalla scelta diretta da parte dell'Utente del singolo Professionista o dell'equipe cui viene richiesta la prestazione, ai sensi dell'art. 54, comma 4 CCNL 1998 – 2001 dell' 8 giugno 2000 e svolte all'interno delle strutture aziendali;

- per le professioni sanitarie di cui alla legge 251/2000 e per il personale di supporto ASA ed OSS operanti in regime di tempo pieno presso le strutture sanitarie afferenti al Sistema Socio sanitario Lombardo, l'attività libero professionale potrà essere organizzata singolarmente od in forma associata, eventualmente anche per tramite di convenzioni sottoscritte tra la struttura ed altri soggetti terzi.

c) la libera professione dei Dirigenti Medici e degli altri Professionisti sanitari a rapporto esclusivo, per la quale deve essere garantito il Personale di supporto adeguato alle esigenze, è svolta in intramoenia

all'interno delle Strutture in spazi adeguati e fruibili, che soddisfino i requisiti generali di accreditamento dell'attività ambulatoriale, di cui alla L.R. 08/07 e s.m.i.), con oneri che devono rivestire caratteri di economicità e con congrua disponibilità di accesso e disponibilità oraria e nella modalità di intramoenia allargata in ambulatori esterni, garantendo comunque la tracciabilità delle prestazioni e dei pagamenti.

d) per l'attività di libera professione intramoenia è facoltà del Direttore Sanitario Aziendale aumentare o ridurre la percentuale di aliquota che l'Azienda riconosce al Professionista sulla base dell'andamento dei tempi di attesa (stabiliti sia dalla Regione che dalla ASST del territorio di riferimento) per le rispettive prestazioni, secondo criteri condivisi con la commissione aziendale di vigilanza sulla Libera Professione ed a seguito di concertazione con le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica, di cui all'art. 4 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 2002-2005.

e) le quote di attività dovute al personale di supporto dovranno assumere valenza regionale dopo valutazione dell'Osservatorio Socio Sanitario Lombardo.

Art. 19

(Organizzazione dei soggetti afferenti al sistema socio-sanitario regionale)

1. Annualmente, entro il 31 Ottobre antecedente l'anno di riferimento, la Giunta regionale approva le regole di sistema per l'anno successivo, contenenti i principi attuativi ed organizzativi del sistema socio sanitario lombardo.

2. Entro trenta giorni dall'emanazione delle regole di sistema per l'anno successivo, l'ATS, le AISA, gli ospedali classificati senza fini di lucro, gli IRCCS di diritto pubblico e gli IRCCS non trasformati in fondazioni ai sensi del d.lgs. 288/2003 contrattualizzati con il servizio socio sanitario lombardo adottano, con cadenza triennale, il piano di organizzazione strategico aziendale e lo sottopongono all'approvazione della Giunta regionale, che può richiedere modifiche entro trenta giorni; in difetto di ciò il piano di organizzazione strategico aziendale si intende approvato. In ogni caso, entro il 31 Dicembre antecedente l'anno di esercizio, il piano organizzativo strategico aziendale dovrà essere approvato ed in mancanza di accordo, varranno le disposizioni della Giunta regionale. Annualmente, sottoponendone l'approvazione alla Giunta regionale con la medesima tempistica e metodologia, è prevista la possibilità di una parziale revisione del Piano di organizzazione strategico aziendale, qualora subentrino esigenze o modificazioni particolari.

3. Nel piano di organizzazione strategico aziendale è contenuta l'organizzazione interna, finalizzata all'ottimizzazione del funzionamento ed in ottemperanza al Piano Socio Sanitario Regionale, con particolare riguardo all'appropriatezza delle prestazioni erogate ed all'invarianza delle risorse economiche assegnate.

Art. 20

(Sanzioni)

1. Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, ogni struttura sociosanitaria di diritto pubblico o privato che operi in violazione delle norme relative ai requisiti richiesti per l'accreditamento incorre in sanzioni, normate con successivo specifico provvedimento della Giunta regionale, da emanarsi entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge e che preveda una graduazione delle sanzioni in funzione della gravità dell'infrazione e con la possibilità di giungere alla sospensione o revoca dell'accreditamento da sei mesi alla risoluzione del contratto e la definitiva fuoriuscita dal sistema socio-sanitario lombardo.

Art. 21

(Finanziamento del servizio socio-sanitario lombardo)

1. Il finanziamento del servizio socio sanitario lombardo 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 ed internazionale;
- c) le quote di compartecipazione del cittadino al costo delle prestazioni, comprese le eventuali graduazioni in funzione reddituale e fino alla data della sua eliminazione con Legge Regionale susseguente ad una maggiore e sufficiente disponibilità regionale del gettito fiscale lombardo;
- d) le altre entrate dirette delle ASSL e delle AISA, compresi i redditi da patrimonio ed i proventi derivati dalle alienazioni di parte del medesimo;

- e) gli eventuali apporti aggiuntivi posti a carico del bilancio regionale;
- f) i trasferimenti alla Regione per il finanziamento di spese in conto capitale, nonché gli eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale;
- g) le entrate spettanti per le attività libero-professionali intramurarie;
- h) le entrate derivanti dalle attività di polizia amministrativa;
- i) le eventuali entrate derivanti da convenzioni o collaborazioni con Soggetti pubblici o privati derivanti da accordi o contratti specifici;
- j) una quota dei proventi delle sperimentazioni da lasciare a bilancio delle AISA per gli studi no profit;
- l) gli introiti per ogni altra prestazione erogata dalle ASSL e delle AISA a favore di persone fisiche o giuridiche, pubbliche o private.

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

- a) dei Livelli Essenziali di Assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale;
- b) degli investimenti finalizzati alla realizzazione, all'acquisizione ed all'ammodernamento di strutture, infrastrutture e attrezzature di servizio, alla salvaguardia ed all'incremento del patrimonio.

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

Art. 22

(Sistema assicurativo lombardo e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali certificati)

1. Entro centottanta giorni dall'approvazione della presente legge, è istituito il sistema assicurativo lombardo per la gestione del rischio professionale socio sanitario delle strutture pubbliche e private Accreditate e Contrattualizzate, con possibilità di adesione da parte di tutti i singoli Professionisti di tutte le categorie professionali afferenti al Sistema Socio Sanitario Lombardo e delle Strutture Private Accreditate e non Contrattualizzate, previo versamento del relativo premio sancito annualmente da apposito tariffario proposto dall'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali in sede di approvazione o revisione del Piano Socio Sanitario Lombardo.

2. Il Sistema Assicurativo Lombardo afferisce direttamente all'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali, che ne organizza la gestione, attraverso l'utilizzo di risorse proprie e derivanti da versamenti delle Strutture di Diritto Privato Accreditate e Convenzionate, con l'aggiunta dei premi versati dai singoli Professionisti e dalle Strutture Private Accreditate e non Convenzionate, secondo le modalità espresse nel precedente comma 1.

3. Ferme restando le disposizioni legislative vigenti in materia assicurativa, la Regione, nella propria qualifica di Ente gestore ed erogatore delle prestazioni sociosanitarie, in sede di approvazione del Piano Socio Sanitario Lombardo e successive revisioni approvate dalla Giunta Regionale in ottemperanza all'art. 4 della presente legge, approva contestualmente i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali da utilizzare come Linee Guida del Sistema Socio Sanitario Lombardo che determinano i criteri per la copertura assicurativa e la gestione dei sinistri e dei relativi risarcimenti, con gli obiettivi prioritari della riduzione del contenzioso legale attraverso indennizzi certi, breve tempistica ed il superamento della cosiddetta "Medicina Difensiva".

4. Le Linee Guida di cui al precedente comma 3 saranno inserite nel Piano Socio Sanitario Lombardo successivamente alla loro elaborazione da parte di specifici Gruppi di Lavoro attivati presso l'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali, con il coinvolgimento di società scientifiche, organizzazioni di categoria, scuole di formazione e ricerca, Ordini e Collegi professionali, associazioni professionali operanti nel Sistema Socio Sanitario Lombardo ed eventuali esperti di eccellenza in ambito professionale, scientifico e dell'organizzazione sanitaria, su nomina diretta ed a titolo gratuito, dell'Assessore alla Salute e Politiche Sociali.

Art. 23

(Diritti di partecipazione dei cittadini)

1. Le unità d'offerta si dotano di strutture e strumenti finalizzati alla costante verifica della qualità delle prestazioni, al potenziamento delle iniziative volte alla umanizzazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, al mantenimento di corrette relazioni con il pubblico e con le rappresentanze dei soggetti del terzo settore.
2. Nella carta dei servizi sono definite le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini, nonché i criteri per l'accesso alle prestazioni, le modalità di erogazione delle stesse e le modalità di valutazione da parte degli utenti o delle associazioni che li rappresentano.
3. L'ATS e le aziende sono tenute a istituire un ufficio di pubblica tutela (UPT) retto da persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario, e un ufficio per le relazioni con il pubblico (URP) affidato a personale dipendente. La funzione del responsabile dell'UPT ha natura di servizio onorario. Il direttore generale delle aziende pubbliche provvede a regolare l'attività dell'URP e garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente dell'UPT.
4. L'UPT verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità d'offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste nella carta dei servizi.
5. E' costituita, nell'ambito delle direzioni generali competenti, una struttura organizzativa di pubblica tutela aperta al pubblico con il compito di verificare che le aziende assicurino il libero accesso alle prestazioni da parte dei cittadini.
6. L'ATS, nell'ambito della propria organizzazione, in accordo con la conferenza dei sindaci, individua una struttura finalizzata a promuovere e favorire gli strumenti di tutela delle persone incapaci e l'amministrazione di sostegno.
7. La Giunta regionale approva le linee guida relative alla organizzazione e al funzionamento degli UPT, prevedendo forme di coordinamento tra questi e gli uffici dei difensori civici degli enti locali e della Regione.

Art. 24

(Sistema informativo e contabile)

1. La Giunta regionale emana direttive per uniformare i sistemi di rilevazione delle informazioni necessarie per il governo del sistema, nonché dei dati economico-finanziari delle aziende, definendo gli schemi di classificazione secondo le normative comunitarie e nazionali in materia. L'ATS e le aziende si dotano di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle proprie attività sotto il profilo della efficacia e della efficienza; forniscono, inoltre, ogni rappresentazione delle dinamiche aziendali, anche al fine di soddisfare il debito informativo verso la Regione e ogni altra istituzione che ne abbia titolo. Il mancato assolvimento del debito informativo può comportare la cessazione della remunerazione, anche a titolo di acconto, corrisposta dall'ATS ai soggetti erogatori o dalla Regione all'ATS.
2. Al fine di dotare la Regione di strumenti adeguati alla realizzazione di un efficace monitoraggio della spesa sanitaria regionale, dando separata evidenza alla spesa del personale, in relazione alla responsabilità assunta con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e agli adempimenti previsti dall'articolo 2, comma 4, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la Giunta regionale definisce il debito informativo relativo al personale delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate. Il flusso informativo sul personale è strutturato in modo da acquisire informazioni dettagliate per singolo dipendente, tramite integrazione tra i sistemi informativi delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate che gestiscono i trattamenti giuridici ed economici del personale, osservando modalità di acquisizione e trattamento dei dati che tutelino la riservatezza, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

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

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

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

- a) attività sociali e sociosanitarie;
- b) attività libero-professionali intramurarie;
- c) accordi con le università per le attività diverse da quelle assistenziali.

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

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

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

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

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

10. Ai fini di cui al comma 9, i direttori generali dell'ATS e delle aziende sono tenuti a presentare alle direzioni generali competenti in materia sanitaria e sociosanitaria, ogni tre mesi, una certificazione, corredata del parere del collegio sindacale, in ordine alla coerenza della complessiva attività gestionale con gli impegni di equilibrio assunti nel bilancio preventivo economico e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari. In caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio complessivo e di mancato rispetto degli obiettivi, i direttori generali sono tenuti contestualmente a presentare un piano, corredata del parere del

collegio sindacale, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati è assicurata, pena la decadenza automatica dall'incarico del direttore generale, entro il 30 settembre, qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata alla fine del primo o del secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 25

(Carta regionale dei servizi)

1. La carta regionale dei servizi (CRS), strumento di accesso al sistema informativo sociosanitario, sostituisce, a far data dalla sua emissione, la tessera sanitaria. Al fine di dare attuazione alle disposizioni nazionali in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prestazioni, gli

erogatori di prestazioni sociosanitarie a carico del servizio sanitario regionale, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti, sono tenuti ad aderire al sistema informativo sociosanitario utilizzando la piattaforma tecnologica e i servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari, in modo da poter realizzare il fascicolo sanitario elettronico. La mancata adesione al sistema informativo sociosanitario da parte dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei farmacisti integra la grave infrazione prevista e sanzionata dai vigenti accordi nazionali di categoria.

2. La Giunta regionale adotta le necessarie indicazioni operative e definisce le misure conseguenti, nel rispetto di quanto previsto dal d.lgs. 196/2003 e dal regolamento regionale 18 luglio 2006, n. 9 (Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia).

Art. 26

(Osservatorio epidemiologico regionale)

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

- a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del servizio sanitario, di 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. L'osservatorio di cui al comma 1 attiva collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni e con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto superiore di sanità.

Art. 27

(Contributi a favore dei soggetti non profit operanti in ambito sanitario)

1. E' autorizzata l'erogazione di contributi a favore dei soggetti privati che, alla data del 31 marzo 2007, operano da statuto senza fini di lucro, non sono controllati da società con fini di lucro e svolgono attività di ricovero e cura in regime di accreditamento a contratto, con oneri a carico del servizio sanitario regionale, in strutture ospedaliere ubicate in Lombardia.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 28

(Rapporti tra Regione ed Università ed altri Istituti di formazione)

1. La Giunta regionale d'intesa con le università, definisce e implementa la rete regionale dell'assistenza, della formazione e della ricerca volta ad assicurare percorsi formativi adeguati sia in ambito assistenziale specialistico, sia in ambito territoriale e maggiormente orientato alla cura della cronicità al fine di:

- a) implementare il Sistema Socio Sanitario Lombardo e favorire l'attuazione del Piano Socio Sanitario Lombardo;
- b) garantire l'inscindibilità delle funzioni di Assistenza, Didattica e Ricerca;
- c) garantire l'apporto delle Università alla Programmazione Sanitaria Lombarda, attraverso un tavolo permanente di confronto.

2. L'articolazione della rete di cui al comma 1 è costituita da:

- a) poli universitari, costituiti dall'insieme delle strutture sanitarie pubbliche e private, accreditate a contratto, in possesso delle dotazioni strutturali, organizzative e strumentali per garantire l'attivazione integrale dei singoli corsi di studio;
- b) le strutture di riferimento specialistico di cui all'art. 11;
- c) gli ospedali e le strutture territoriali collegate, non compresi nei poli universitari, ma coinvolti nella rete della formazione e della ricerca sulla base della collocazione territoriale, della specificità, della qualità, delle reali capacità di partecipazione e contribuzione agli obiettivi.

3. Le strutture del SSL in cui viene svolta formazione universitaria, attività didattica e di ricerca collegata prevalentemente all'assistenza e alla gestione dei pazienti contribuiscono a qualificare l'ospedale o l'erogatore territoriale quale elemento di eccellenza all'interno del sistema sanitario e vengono definiti Ospedali d'insegnamento.

4. La Regione stipula con le università un protocollo generale d'intesa finalizzato a disciplinare il rapporto tra le facoltà collegate alle professioni sanitarie e i soggetti di cui al comma precedente.

5. Viene istituita una commissione paritetica costituita da rappresentanti dei rettori delle università lombarde sede di dipartimenti di medicina, dei direttori generali delle aziende e da rappresentanti della Regione incaricata di:

- a) condividere gli atti di programmazione regionale in relazione alle strutture e ai servizi sanitari coinvolti nell'ambito della formazione sanitaria;
- b) proporre il protocollo di cui al comma , nel quale venga disciplinata anche l'attribuzione della direzione di unità operative da parte di personale universitario
- c) indicare le condizioni alle quali le strutture di cui al comma possono finanziare incarichi di ricercatore, professore associato od ordinario su autorizzazione della Giunta ed a fronte di progetti nei quali il contributo assegnato possa essere compensato da un contributo di personale universitario o di personale in formazione specialistica all'attività assistenziale
- d) determinare il fabbisogno di medici nelle diverse ambiti specialistici e di medicina territoriale; individuando le priorità sulle quali concentrare le eventuali risorse aggiuntive regionali per il finanziamento di borse di specializzazione;
- e) individuare i gradi di progressivo livello di autonomia del personale in formazione specialistica nell'attività assistenziale, anche ai fini della determinazione dei fabbisogni di personale;
- f) proporre modifiche e aggiornamenti al protocollo di cui al comma 3;
- g) valutare progetti di collaborazione fra università, IRCCS ed aziende sanitarie; proporre modifiche agli assetti della rete di formazione in funzione dei bisogni formativi

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

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

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

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

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

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

Art. 29

(Consorzio lombardo dei farmaci, delle protesi, dei presidi e dei dispositivi medico chirurgici, Servizio farmaceutico lombardo e direttive sugli acquisti)

1. E' istituito il Consorzio Lombardo dei Farmaci, delle Protesi, dei Presidi e dei Dispositivi Medico Chirurgici (CoLFaPPDiMC), deputato a produrre raccomandazioni circa l'utilizzo appropriato, efficace ed efficiente dei farmaci, delle protesi di nuova introduzione o di nuova indicazione (di cui al Decreto Ministeriale 332/99, allegato 1) e dei Presidi e Dispositivi Medico Chirurgici (di cui all'articolo 1 del D.P.R. 392/1998 ed alla Legge 189/2012), ovvero dei dispositivi medico-chirurgici dotati di marchio CE ed i farmaci dotati di AIC e conseguentemente commercializzabili. Il CoLFaPPDiMC viene costituito ed opera ispirandosi ai principi consolidati di organismi simili operanti a livello internazionale, come lo Scottish Medicine Consortium od il National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

2. Il CoLFaPPDiMC si occupa di produrre in modo tempestivo le informazioni necessarie alla valutazione ed inserimento dei farmaci e delle tecnologie sanitarie nei percorsi diagnostico terapeutici, attraverso l'uso di metodologie validate di valutazione epidemiologica, clinica, sanitaria, sociale ed economica, con particolare riferimento all'innovazione, alla ricerca ed all'Health Technology Assessment.

3. Il CoLFaPPDiMC è presieduto dal Direttore Generale dell'ARCCS, è rinnovato annualmente secondo un principio di rotazione, ed è costituito, con la partecipazione a titolo gratuito con semplice rimborso spese, da:
a) due Direttori Sanitari delle ASSL e da due Direttori Sanitari e due Direttori Assistenziali delle AISA;
b) due responsabili dei Servizi di Valutazione e Gestione delle Tecnologie Sanitarie delle ASSL e tre responsabili dei Servizi di Valutazione e Gestione delle Tecnologie Sanitarie delle AISA, di cui al successivo comma 4 del presente articolo;

c) tre membri nominati dall'Assessore alla Salute e Politiche Sociali e due nominati dall'Assessore alle Attività Produttive, tra gli esperti con documentata esperienza scientifica nella valutazione epidemiologica, sociale ed economica delle tecnologie sanitarie.

4. Presso ciascuna ASSL e AISA è costituito il Servizio Valutazione e Gestione delle Tecnologie Sanitarie, facente capo alla Direzione Sanitaria. Tali servizi sono diretti da dirigenti che dimostrino un'esperienza dirigenziale almeno quinquennale nel settore della gestione del farmaco, dei dispositivi medico chirurgici o dei percorsi diagnostici ed assistenziali, presso strutture od enti pubblici od aziende o strutture private, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità di risorse umane, tecniche o finanziarie, garantendo la multidisciplinarietà delle rappresentanze. Tale servizio si occupa del monitoraggio terapeutico del farmaco e dei dispositivi medici, promuovendone un utilizzo sicuro, razionale, efficace ed efficiente, in aderenza alle raccomandazioni prodotte dal CoLFaPDiM. Il Servizio si occupa anche delle attività relative alla farmacoconomia, la farmacoepidemiologia e la farmacovigilanza.

5. Entro centottanta giorni dall'approvazione della presente legge, l'Agenzia Regionale Centrale Acquisti (ARCA) identifica, sentite le Associazioni di Categoria interessate ed eventuali esperti specifici, unitamente al Gruppo di Lavoro di cui al comma 4 del precedente articolo 17, le tipologie di farmaci, protesi e di altri presidi medico chirurgici suscettibili di messa a gara su base regionale e successivamente macroregionale, ovvero su dimensione di ASSL o di AISA, ivi compresi i prodotti ad equivalenza terapeutica.

6. Per le modalità di acquisto dei dispositivi medici si farà riferimento ad un accordo quadro gestito direttamente da ARCA, che definirà i prezzi massimi e le caratteristiche dei prodotti e ad un successivo confronto competitivo, come da art. 59 del D.lgs 163/06, di competenza delle singole ASSL ed AISA, che provvederanno all'aggiudicazione definitiva dei singoli lotti di prodotto.

Art. 30

(Istituzione dell'Assessorato al Welfare)

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

Art. 31

(Promozione e valorizzazione dell'attività di 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 in un'ottica sussidiaria.

2. La Regione promuove lo sviluppo associativo e favorisce momenti di aggregazione ed ascolto delle Associazioni di volontariato, anche attraverso l'istituzione di un'apposita consulta, adeguatamente rappresentativa delle risorse presenti ed attive.

3. Le AISA e gli altri soggetti erogatori attivano forme di collaborazione, anche mediante l'individuazione di appositi e spazi convenzionati da dedicare alle associazioni e l'inserimento di un rappresentante delle associazioni al consiglio dei sanitari.

4. Regione Lombardia, anche tramite la FRRB promuove, coordina e incentiva le attività di raccolta fondi ed eventi caritatevoli, adeguatamente finalizzate ad investimenti in tecnologia e/o attività di studio e ricerca, se proposte da soggetti iscritti presso l'apposito albo regionale che dovranno garantire la totale trasparenza e tracciabilità dei flussi finanziari generati da tali attività a garanzia dei cittadini, dei donatori, dei benefattori e dei potenziali pazienti beneficiari.

Art. 32

(Disciplina transitoria)

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

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

3. Tale Rete, che potrà essere realizzata con tempistiche differenziate in funzione delle evoluzioni organizzative e prestazionali territoriali ed anche attraverso sperimentazioni specifiche finalizzate alla corretta valutazione del rapporto costo/beneficio, sarà articolata attraverso l'identificazione delle relative Strutture centrali e periferiche, pubbliche e private, ivi compresa la loro eventuale riconversione, le risorse umane e strumentali destinate ed il modello organizzativo proposto, salvaguardando il duplice principio di centralizzazione dei servizi d'eccellenza e superspecialistici e di devoluzione periferica territoriale e domiciliare delle prestazioni generalistiche ed a media e bassa intensità assistenziale.

4. Nella Rete dovrà essere esplicitata l'organizzazione di una rete diagnostica, terapeutica, assistenziale e riabilitativa idonea all'erogazione territoriale di adeguate prestazioni in termini di sicurezza e qualità dell'offerta, valorizzando le Strutture insistenti sul Territorio, a partire dalle AIS, dalle RSA, dalle Farmacie di Servizio, dai Poliambulatori Specialistici, dalle aggregazioni di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, dall'Infermiere di Famiglia e di Comunità e dalle Professioni Sanitarie riconosciute, anche organizzate in aggregazioni funzionali, promuovendo la Telediagnostica ed il Telemonitoraggio, con postazioni allocate nei Presidi Ospedaliero Territoriali e nei Presidi Socio Sanitari Territoriali di cui all'articolo 7.

5. Nella realizzazione della Rete Socio Sanitaria Territoriale dovrà essere riservato particolare riguardo alla protezione delle fragilità e della Famiglia, promuovendo il ricorso ai più moderni supporti tecnologici, con particolare riguardo ai Minori, ai Disabili ed agli Anziani, prevedendo per questi ultimi un'offerta multifattoriale integrata domiciliare, semiresidenziale e residenziale completa, ivi compresi tutti quegli accorgimenti necessari a migliorare l'housing sociale ed il mantenimento delle abitudini di vita del soggetto fragile.

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

- a) La garanzia di uniformità ed assistenza al Cittadino, attribuendo al livello regionale i compiti di stesura delle convenzioni di assistenza integrativa;
- b) La tutela del valore della presenza capillare della farmacia sul Territorio, mantenendone integra l'interconnessione con i punti di Assistenza delle Cure Primarie.

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

Titolo II

Norme relative ai prelievi e ai trapianti, all'assistenza a domicilio del paziente emofilico, alla dialisi a domicilio e all'assistenza del paziente diabetico

Capo I Prelievo e trapianto d'organi

Art. 33 (Disposizioni generali)

1. La Regione, al fine di tutelare la salute e il benessere dei cittadini, promuove e sostiene, nel rispetto della dignità della persona, ogni attività utile a preservare la vita umana anche in caso di grave compromissione delle funzioni primarie ritenendo, altresì, importante promuovere la formazione di una più ampia coscienza civile per la donazione di organi come elemento di solidarietà sociale essenziale per la collettività.

2. La Regione considera fondamentali per migliorare la qualità dell'attività assistenziale:

a) il potenziamento delle rianimazioni presso cui sono ricoverati i cerebrolesi e delle strutture ospedaliere con unità operative di neurochirurgia d'urgenza al fine di rendere più efficienti:

1) le terapie intensive ove si svolgono attività di recupero dei cerebrolesi acuti;

2) i reparti e i servizi, compresi quelli medico-legali che svolgono attività di espianto e/o prelievo di organi e tessuti a scopo di trapianto o che concorrono a tale attività;

b) il miglioramento qualitativo clinico-scientifico delle unità ospedaliere autorizzate al trapianto di organi;

c) la qualificazione degli operatori sanitari dei settori di cui alle lettere a) e b) per i quali è necessaria una elevata specializzazione;

d) la attivazione dei collegi medici di cui all'articolo 2, comma 5, della legge 29 dicembre 1993, n. 578 (Norme per l'accertamento e la certificazione di morte) per non vanificare disponibilità alla donazione di organi;

e) l'organizzazione, il funzionamento e il controllo dei centri di riferimento regionali per gli innesti corneali e delle altre banche di cellule e tessuti umani.

Art. 34 (Sostegno alla formazione professionale degli operatori)

1. La Regione provvede ad assegnare appositi contributi agli enti ospedalieri interessati al fine di garantire la formazione professionale degli operatori necessaria ad assicurare il costante progresso scientifico e tecnologico delle unità operative di rianimazione e di trapianto di organi e di tessuti.

Art. 35 (Commissione sanitaria per la valutazione di parte terza dei trapianti di rene e di fegato tra persone viventi)

1. Nel rispetto della legislazione di settore e in ottemperanza a quanto disposto dalla legge 28 marzo 2001, n. 145 (Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina), è istituita la commissione sanitaria per la valutazione di parte terza dei trapianti di rene e di fegato tra persone viventi; le spese per il suo funzionamento sono a carico del servizio sanitario regionale.

Art. 36 (Centro di riferimento regionale per l'attività di prelievo e di trapianto di organi e di tessuti)

1. La fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena di Milano è individuata quale centro di riferimento regionale per l'attività di prelievo e di trapianto di organi e di tessuti. La Giunta regionale è autorizzata a stipulare con la fondazione una convenzione per il funzionamento del centro di riferimento.

2. Il centro di riferimento di cui al comma 1 svolge per l'intero territorio regionale le funzioni previste dall'articolo 10, comma 6, della legge 1 aprile 1999, n. 91 (Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e di tessuti).

3. Le strutture sanitarie accreditate idonee a svolgere attività di prelievo e di trapianto di organi e di tessuti provvedono alla selezione dei malati candidati al trapianto e inviano al centro di riferimento i dati clinici e i campioni biologici, garantendo l'aggiornamento dei dati stessi.

4. Con regolamento sono stabilite le modalità di controllo sul funzionamento del centro di cui al comma 1 e di svolgimento delle relative funzioni.

Art. 37
(Norma di rinvio)

1. Per quanto non previsto dal presente capo si osservano le disposizioni della legge 91/1999.

Capo II
Dialisi domiciliare

Art. 38
(Addestramento)

1. Gli enti ospedalieri dotati di servizio di emodialisi possono svolgere attività di addestramento per l'apprendimento delle pratiche necessarie all'esecuzione della dialisi domiciliare.
2. S'intende per dialisi domiciliare quella realizzata senza la presenza di personale sanitario, in locali idonei.
3. Al termine dell'addestramento, i pazienti e i loro assistenti possono eseguire le pratiche della dialisi domiciliare, applicando le tecniche apprese.
4. Con regolamento sono definite l'organizzazione dell'attività di addestramento e le modalità di esercizio della dialisi domiciliare.

Art. 39
(Rimborso delle spese di trasporto per trattamenti di dialisi)

1. Ai soggetti nefropatici cronici sottoposti a trattamenti di dialisi sono erogati rimborsi per le spese di trasporto dagli stessi sostenute per il tragitto dalla propria dimora al centro di dialisi più vicino ove esista disponibilità di posti-letto e viceversa; tali rimborsi sono così determinati:
 - a) rimborso totale delle spese sostenute per l'utilizzo di servizi pubblici di trasporto;
 - b) rimborso delle spese sostenute con mezzo proprio entro il limite di un quinto del costo di un litro di benzina per il numero di chilometri percorsi;
 - c) rimborso delle spese sostenute in ambulanza, limitatamente ai casi in cui tale mezzo è ritenuto indispensabile, sulla base delle tariffe e dei criteri determinati con apposita deliberazione della Giunta regionale.
2. Il rimborso di cui al comma 1 è subordinato ad autorizzazione rilasciata, su relazione del responsabile del servizio di dialisi che ha in cura il paziente, dall'ATS di residenza.

Capo III
Trattamento dell'emofilia a domicilio

Art. 40
(Trattamento profilattico e sintomatico domiciliare dell'emofilico)

1. I presidi di riferimento per i difetti ereditari della coagulazione svolgono attività di addestramento degli emofilici e dei loro assistenti alle pratiche necessarie per l'effettuazione del trattamento profilattico e sintomatico domiciliare d'urgenza.
2. S'intende per trattamento profilattico e sintomatico domiciliare dell'emofilico la somministrazione terapeutica, all'atto dell'insorgere di una emorragia spontanea o in occasione di un evento traumatico, di specifici farmaci antiemofilici registrati, effettuata senza la presenza di personale medico o infermieristico, previa adeguata formazione da parte della struttura che ha preso in carico il paziente.
3. Al termine dell'addestramento, i pazienti e i loro assistenti possono eseguire a domicilio le pratiche di autoinfusione o infusione di farmaci antiemofilici, applicando le tecniche con le cautele apprese. Essi informano il personale medico della struttura che ha preso in carico il paziente e redigono apposita modulistica.
4. L'organizzazione dell'attività di addestramento per lo svolgimento del trattamento profilattico e sintomatico domiciliare dell'emofilico è disciplinata con regolamento.

Capo IV
Prevenzione e cura del diabete mellito

Art. 41

(Sistema di prevenzione e cura del diabete mellito)

1. E' istituito un sistema di prevenzione e cura del diabete mellito, in attuazione della legge 16 marzo 1987, n. 115 (Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito).
2. Il sistema persegue le seguenti finalità:
 - a) prevenzione e diagnosi precoce della malattia diabetica;
 - b) qualificazione delle metodiche di cura e prevenzione delle complicanze;
 - c) inserimento dei diabetici nelle attività scolastiche, lavorative, ricreative e sportive, nonché reinserimento sociale dei soggetti colpiti da gravi complicanze post-diabetiche;
 - d) promozione della profilassi delle malattie diaboliche e dell'educazione sanitaria dei diabetici e delle loro famiglie;
 - e) preparazione e aggiornamento professionale del personale sanitario.
3. Il sistema, organizzato mediante l'ATS, gli IRCCS e le strutture sanitarie accreditate, cura il coordinamento tecnico delle attività, la raccolta di dati epidemiologici ed elabora indirizzi e protocolli operativi. In particolare, svolge attività relative a:
 - a) prevenzione primaria e secondaria del diabete mellito;
 - b) prevenzione delle sue complicanze;
 - c) terapia secondo le necessità cliniche dei pazienti;
 - d) consulenza diabetologica con il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta e le altre strutture ove siano assistiti i pazienti diabetici;
 - e) consulenza attraverso le proprie articolazioni organizzative in occasione dei ricoveri;
 - f) addestramento, istruzione, educazione dei pazienti diabetici.
4. Il sistema è strutturato su quattro livelli d'intervento:
 - a) centro regionale di riferimento per la malattia diabetica in età adulta e pediatrica;
 - b) unità operativa di diabetologia;
 - c) sezioni specialistiche di diabetologia;
 - d) cure primarie a livello di distretto.

Art. 42

(Centro di riferimento regionale per la malattia diabetica)

1. Il centro di riferimento regionale assicura, nel quadro degli indirizzi e delle prescrizioni della programmazione regionale, il coordinamento delle attività per la prevenzione e la cura del diabete mellito e svolge i seguenti compiti:
 - a) studi sulla prevalenza e sulla incidenza del diabete mellito insulino-dipendente e non insulino-dipendente nella popolazione e indagini a scopo statistico-epidemiologico sulla malattia e le sue complicanze;
 - b) coordinamento della prevenzione secondaria, da svolgersi attraverso l'individuazione nella popolazione sana di soggetti a rischio della malattia, proponendo ed esaminando protocolli diagnostici terapeutici da attuarsi per tali soggetti;
 - c) definizione e conduzione, in stretta collaborazione con le altre articolazioni del sistema, di attività coordinate tendenti alla standardizzazione e alla omogeneizzazione dei criteri diagnostici, terapeutici e assistenziali.
2. Il centro regionale assicura inoltre:
 - a) l'applicazione e lo sviluppo di tecnologie avanzate riguardanti sia le tecniche terapeutiche e diagnostiche tendenti al miglioramento delle condizioni del paziente, sia la cura e il controllo delle complicanze connesse alla malattia;
 - b) l'assistenza diretta nei casi di intervento diagnostico e terapeutico particolarmente qualificato e tecnologicamente supportato quali, ad esempio, complicazioni vascolari della malattia, concepimento e gravidanza in situazioni di insulino-dipendenza.
3. Presso il centro regionale è presente anche un servizio specialistico di diabetologia pediatrica con compiti di coordinamento regionale delle attività di assistenza diabetologica pediatrica.
4. Il centro regionale è collocato presso una struttura sanitaria accreditata dotata di alta qualificazione specialistica e di idonea organizzazione funzionale.

Art. 43

(Unità operative diabetologiche)

1. Le unità operative diabetologiche rappresentano il livello comprensoriale e sovrazonale del sistema di intervento.
2. Le unità operative sono collocate presso le strutture sanitarie accreditate e gli IRCCS e sono organizzate secondo la disciplina propria dei dipartimenti interdisciplinari polispecialistici di cui all'articolo 5, comma 1, lettera c), della legge 115/1987.
3. I presidi ospedalieri presso cui allocare le unità operative sono dotati di tutte le specialità di base, al fine di assicurare la completezza e la qualificazione delle prestazioni erogate ai pazienti diabetici.
4. Le unità operative assicurano, oltre ai compiti di prevenzione, diagnosi precoce, cura, prevenzione delle complicanze, educazione dei pazienti e della popolazione, aggiornamento professionale, agevolazione nell'inserimento o reinserimento nel mondo scolastico, sportivo e lavorativo, le seguenti prestazioni minime comportanti l'uso di tecnologie complesse:
 - a) assistenza oculistica completa, inclusi fluorangiografia e laserterapia;
 - b) assistenza nefrologica completa, inclusa la dialisi;
 - c) diagnostica vascolare completa;
 - d) assistenza neurologica completa;
 - e) assistenza pediatrica da svolgere in divisioni o servizi idonei a gestire le problematiche dell'età evolutiva, in cui operino pediatri con competenza diabetologica pediatrica;
 - f) assistenza ostetrica e ginecologica per le gravidanze a rischio;
 - g) assistenza neonatologica del neonato di madre diabetica;
 - h) assistenza psicologica.
5. L'unità operativa svolge, di norma, la propria attività mediante prestazioni ambulatoriali e day-hospital per almeno cinque giorni alla settimana, curando che l'orario di accesso dei pazienti includa anche le ore del tardo pomeriggio.
6. Il presidio ospedaliero mette a disposizione delle unità operative appositi locali attrezzati per riunioni e dimostrazioni con uso anche di audiovisivi.
7. Il laboratorio del presidio ospedaliero assicura l'attività, oltre che di prelievo, di esecuzione di analisi specialistiche diabetologiche, inclusa la radioimmunologia.
8. Presso non più di cinque unità operative sono collocati letti tecnici per le attività diagnostiche di studio endocrino-metaboliche e per l'applicazione di infusori ad uso esterno o impiantabile. In collegamento ai letti tecnici possono essere determinate particolari qualificazioni per la prevenzione e cura di peculiari aspetti della malattia diabetica.

Art. 44

(Sezioni specialistiche di diabetologia)

1. Le sezioni specialistiche di diabetologia sono strutture di intervento riferite a bacini d'utenza di limitate dimensioni.
2. Le sezioni specialistiche di diabetologia sono, di norma, insediate in un presidio ospedaliero, che assicura le necessarie funzioni sanitarie connesse e complementari e sono organizzate come sezioni aggregate di unità operative di medicina generale o di unità operative di endocrinologia.
3. Le sezioni, direttamente o utilizzando strutture del presidio presso cui sono costituite, erogano, di norma in regime ambulatoriale o di day-hospital, le seguenti prestazioni minime:
 - a) accesso al controllo diabetologico per almeno cinque mattine e un pomeriggio alla settimana;
 - b) agevole operatività per i prelievi di base e specialistici, garantendo il dosaggio anche di emoglobulina glicosilata e microalbuminaria;
 - c) accesso ed assistenza oftalmologica, cardiologica e neurologica;
 - d) espletamento di programmi di educazione collettiva ai pazienti diabetici;
 - e) compilazione di diete personalizzate e assistenza psicologica.
4. Sono istituite due sezioni specialistiche di diabetologia pediatrica, una delle quali collocata presso il centro di riferimento regionale con compiti di coordinamento.

Art. 45

(Assistenza diabetologica di base)

1. A livello distrettuale o infradistrettuale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta costituiscono il primo momento di diagnosi, prevenzione e cura della malattia diabetica, curando in modo particolare l'informazione igienico-sanitaria e l'educazione ai fini della prevenzione.

2. L'ATS cura, anche attraverso le unità operative e le sezioni di diabetologia, il coordinamento dell'attività di base fornendo le opportune indicazioni ai fini della prevenzione, i protocolli diagnostico-curativi, nonché le schede per le rilevazioni epidemiologiche.

Art. 46

(Determinazioni programmatiche)

1. Sono definiti con atti di programmazione regionale le determinazioni del centro regionale di riferimento, delle unità operative diabetologiche, delle sezioni specialistiche di diabetologia, nonché delle sedi ospedaliere presso cui allocarli e i criteri di individuazione dei bacini di utenza.

Art. 47

(Formazione ed educazione permanente)

1. E' assicurata la formazione permanente degli operatori, medici e non medici, anche in attuazione delle prescrizioni della legge 115/1987. E' altresì assicurata l'educazione sanitaria rivolta ai malati diabetici, secondo modalità definite dalle competenti strutture. Ogni unità operativa o sezione specialistica cura la partecipazione dei pazienti e dei familiari a momenti educativi finalizzati all'autogestione della patologia, con particolare riguardo ai soggetti in età pediatrica.

Art. 48

(Osservatorio regionale)

1. Al fine di consentire studi sulla diffusione della malattia diabetica e l'elaborazione delle conseguenti strategie di politica sanitaria, le informazioni sanitarie e i dati non sanitari dei pazienti diabetici assistiti confluiscono in un sistema informativo organico, impostato secondo modalità definite dalle strutture competenti.

Titolo III

Norme in materia di tutela della salute mentale

Art. 49

(Norme in materia di tutela della salute mentale)

1. Il presente titolo disciplina, ai sensi degli articoli 34 e 64 della legge 833/1978, l'istituzione dei servizi territoriali che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale orientate al contenimento del danno, alla "guarigione", al massimo accrescimento delle potenzialità della persona, al passaggio dalla "cura" al "prendersi cura". Contempla lo sviluppo di modelli di presa in carico integrata, sanitario e sociale, capaci di operare in un contesto di reti sociali comunitarie, di intervenire in modo proattivo e multidisciplinare, di garantire l'esercizio dei diritti, la continuità di cura, la presa in carico della persona e della famiglia e la valorizzazione del loro sapere esperienziale.

2. Gli obiettivi di salute da perseguire prioritariamente sono:

- a) prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, da conseguire mediante il collegamento dipartimentale delle unità operative di psichiatria, di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dei SERT, dei NOA e delle Unità Operative di psicologia, con il coinvolgimento delle unità d'offerta sociosanitarie;
- b) prevenzione delle conseguenze familiari, sociali e lavorative del disagio mentale e delle malattie mentali, fondando gli interventi di cura e di riabilitazione sull'articolazione territoriale dei servizi collegati alle reti sociali;
- c) reinserimento sociale, di rilevanza terapeutica o finalizzato alla prevenzione terziaria, delle persone con disturbi mentali o patologia psichiatrica, sviluppando il pieno diritto di cittadinanza;
- d) per quanto attiene ai progetti terapeutici e alla prevenzione terziaria, inserimento e mantenimento nell'attività lavorativa delle persone con problemi di salute mentale, attuando interventi concordati con le rappresentanze imprenditoriali, cooperativistiche, sindacali e con la pubblica amministrazione a cui va dato indicazione di applicare quanto previsto dall'art. 5 della Legge 381/1991, utilizzando, quando possibile, cooperative sociali che impiegano utenti dei servizi. Laddove sussistano maturate esperienze di "supporto tra pari", al fine di valorizzare il sapere esperienziale degli utenti, possono essere sperimentate forme di incentivazione economica;
- e) riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero, in particolare di quello coatto, attraverso il potenziamento dell'attività sul territorio, compresa quella al domicilio della persona;

f) favorire processi di pratica clinica che diminuiscano la necessità al ricorso con progressiva riduzione fino all'eliminazione delle contenzioni meccaniche nelle strutture pubbliche e private.

3. La tutela sociosanitaria delle persone con disturbo mentale o patologia psichiatrica si attua mediante l'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale, una struttura organizzativa integrata e interdisciplinare che aggrega le Unità Operative di psichiatria, le Unità Operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, i SERT, i NOA, le Unità Operative di psicologia clinica e della riabilitazione, le unità operative per la tutela della salute mentale in carcere e la gestione delle misure di pena alternative al carcere o al ricovero nelle ricovero nelle REMS delle persone portatrici di disturbo mentale e autrici di reato e che predispone modelli di intervento, articolati nella rete ospedaliero territoriale efficaci per la gestione delle situazioni di urgenza ed emergenza.

4. L'unità operativa di psichiatria dispone dei seguenti presidi:

- a) Servizi psichiatrici di diagnosi e cura ubicati nelle strutture ospedaliere con un numero di posti letto secondo i tassi previsti dalle indicazioni della programmazione sanitaria di un posto letto ogni 10.000 abitanti, limitato alla sola fase di gravi acuzie, sviluppando modelli operativi secondo le indicazioni fornite dai Gruppi di Lavoro di cui al comma 4 dell'art. 16 della presente legge.
- b) Centri psico sociali per le attività terapeutiche e riabilitative, ambulatoriali, domiciliari, di accompagnamento, individuando specifici criteri di accreditamento e sperimentando soluzioni innovative di assistenza territoriale in grado di rispondere alla domanda di salute, in stretta collaborazione con la programmazione territoriale e regionale;
- c) strutture residenziali psichiatriche con un massimo di venti posti per struttura;
- d) centri diurni.

5. Per completare la gestione della problematica della Salute Mentale è istituito il Servizio di Psicologia: quale servizio sanitario presente sul territorio, modulato su due livelli di intensità distribuiti nella rete ospedaliera e territoriale, che si pone in modo trasversale rispetto a tutti i servizi già presenti, per l'accoglienza dei bisogni e delle fragilità dei cittadini e la promozione del benessere psicologico. Il Servizio di Psicologia è diretto da uno Psicologo con esperienza pluriennale nei servizi sanitari del Sistema Socio Sanitario Lombardo; a tale Servizio afferiscono di norma tutti gli psicologi operanti nei Servizi Socio Sanitari della Lombardia.

6 Il Servizio di Psicologia afferisce al Dipartimento di Salute Mentale ed ha il compito e l'obiettivo di coordinare le attività di psicologia nell'ambito dei percorsi di accoglienza, cura e promozione della salute, offerti dal Sistema Socio Sanitario della Lombardia ai propri cittadini;

7. Il Servizio di Psicologia è strutturato in funzione della normativa vigente ed è organizzato secondo il Piano di Organizzazione Aziendale, finalizzato a rispondere adeguatamente alle richieste provenienti dai reparti ospedalieri o dal territorio riguardanti specifici quesiti diagnostici o bisogni di aiuto psicologico ed assistenza psicologica di qualsiasi natura rilevata dagli osservatori epidemiologici delle singole Aziende Sanitarie;

8. Il Servizio di Psicologia verrà garantito in ogni ambito sanitario con la presenza di almeno uno psicologo ogni diecimila abitanti. La presenza di psicologi di differenti competenze e/o specializzazioni permetterà di poter rispondere e intervenire in maniera competente, multidisciplinare ed efficace. Il Servizio ha lo scopo di intervenire, fin dalle prime manifestazioni, sui fenomeni di disagio sociale, lavorativo o relazionale nell'ottica di una forte azione di sostegno, prevenzione promozione del benessere e della salute dei cittadini.

9. Nell'ambito di alcune aree territoriali, per rispondere alle esigenze sempre più complesse dei cittadini, saranno auspicabili sperimentazioni specifiche con l'utilizzo dello Psicologo di Base in team con altre figure professionali previste nei PreSST.

10. Il Servizio di Psicologia svolge le seguenti attività:

- 1) interventi in ambito residenziale e semiresidenziale in favore di soggetti in situazioni di disagio e/o di fragilità psicosociale;

- 2) interventi idonei a contrastare situazioni di disagio derivanti da condizioni di fragilità di carattere; culturale, sociale, economica e/o lavorativa;
- 3) interventi di diagnosi psicologica e neuropsicologica e di riabilitazione psicologica e neuropsicologica;
- 4) interventi a tutela di soggetti fragili minacciati o vittime di violenza fisica, sessuale o psicologica, maltrattamenti o stalking;
- 5) interventi presso centri di accoglienza per l'assistenza alle donne oggetto di maltrattamenti;
- 6) interventi in favore delle persone o delle famiglie con membri in condizioni di disabilità;
- 7) interventi in favore di famiglie ad alto di rischio di disgregazione;
- 8) interventi in favore di famiglie e persone in situazione di perdita, trauma o lutto anche in seguito a maxi-emergenze;
- 9) azioni di prevenzione, informazione e comunicazione riguardo ai temi del disagio, della salute mentale e del benessere psicologico e sociale;
- 10) interventi a supporto delle persone in condizione di stress;
- 11) interventi a supporto delle persone disoccupate, inoccupate e in cerca di lavoro;
- 12) interventi di informazione e consulenza nelle scuole finalizzati al benessere della scuola, al successo formativo, al contrasto del disagio giovanile e dei comportamenti a rischio;
- 13) interventi a sostegno della crescita, dello sviluppo e della socializzazione dei minori;
- 14) interventi specifici a supporto e di prevenzione delle ludopatie ma anche da nuove forme di dipendenza;
- 15) interventi con anziani dementi o con patologie psicogeriatriche;
- 16) interventi volti all'umanizzazione dell'assistenza del malato attraverso il miglioramento della qualità della vita, sia dei pazienti che degli operatori sanitari;
- 17) azioni di supporto e assistenza al malato terminale e alla terapia del dolore;
- 18) attività di consulenza e di supporto psicologico per la donna e le coppie in corso di procreazione medicalmente assistita o interruzione di gravidanza;
- 19) supporto psico-sociale alle popolazioni colpite da calamità
- 20) promozione e supporto di stili di vita positivi e sostenibili.

11. È costituito, presso l'Assessorato competente, l'Ufficio Salute Mentale con compiti di informazione, gestione dei contenziosi e orientamento generale sulla salute mentale.

12. E' costituita la Consulta regionale per la salute mentale composta da soggetti istituzionali, operatori e rappresentanti delle Associazioni ed Enti portatori di interessi, con compiti di coordinamento, monitoraggio, verifica degli esiti dell'attività dei Dipartimenti di salute mentale della Regione Lombardia, comprendente l'Osservatorio regionale per la Psicologia e il Benessere Psicologico composto da soggetti istituzionali e da rappresentanti degli operatori e delle Associazioni ed Enti portatori di interessi in ambito psicologico, con compiti di ricerca, monitoraggio, verifica degli esiti dell'attività dei Servizi di Psicologia e delle Unità Operative di psicologia clinica e della riabilitazione.

13. Il passaggio dalla "cura" al "prendersi cura" viene attuato attraverso un riequilibrio tra le attività residenziali e le attività territoriali, con particolare riguardo a queste ultime.

14. La formazione continua degli operatori nella prospettiva del "prendersi cura" è orientata al lavoro d'équipe e di rete del territorio, in un'ottica no restraint. È garantita e organizzata dal Dipartimento di salute mentale in co-progettazione con i soggetti coinvolti, in co-docenza con i soggetti portatori di sapere esperienziale delle diverse categorie e in collegamento con l'università.

15. Gli standard organizzativi per i presidi di cui al comma 3 sono definiti dal d.p.r. 14 gennaio 1997.

Titolo IV
Norme in materia di prevenzione e promozione della salute

Capo I
Disposizioni generali

Art. 50
(Finalità)

1. Il presente capo persegue la finalità di una più elevata tutela della salute dei cittadini, mediante la disciplina di un sistema integrato di prevenzione e controllo basato sull'appropriatezza, sull'evidenza scientifica di efficacia e sulla semplificazione dell'azione amministrativa.

Art. 51
(Misure operative di prevenzione, vigilanza e controllo)

1. La Giunta regionale individua idonee misure operative per definire, in particolare:

- a) il ruolo e il contributo dei soggetti del sistema integrato della prevenzione, anche relativamente alle attività di controllo e vigilanza e di sviluppo degli strumenti di informazione e comunicazione;
- b) gli eventuali specifici interventi settoriali in ragione di eventi e situazioni particolari o eccezionali;
- c) gli indicatori di efficacia ai fini della valutazione degli interventi di prevenzione e delle misure di controllo e vigilanza e ogni ulteriore elemento riferito alla rilevazione degli effetti e dei benefici delle misure adottate;
- d) i programmi di formazione del personale interessato;
- e) le campagne di informazione e comunicazione, con il concorso delle ASL, dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA), delle autonomie locali, di altri enti e istituzioni;
- f) i flussi informativi tra comuni, ATS e ARPA, con particolare riguardo all'attività degli sportelli unici;
- g) i criteri di gestione integrata e le modalità di coordinamento degli interventi di prevenzione, controllo e vigilanza da parte dell'ATS e dell'ARPA.

2. La Giunta regionale verifica inoltre il perseguimento degli obiettivi della programmazione regionale, al fine di assicurare l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sul territorio.

3. Con frequenza annuale, le direzioni generali competenti in materia di sanità e ambiente e l'ARPA redigono un rapporto congiunto sui risultati conseguiti a seguito dell'attività di raccordo. Il rapporto è comunicato alla Giunta regionale e alle commissioni consiliari competenti.

Art. 52
(Competenze dell'ATS)

1. L'ATS svolge attività di prevenzione e controllo dei fattori di rischio per la popolazione e i lavoratori e di promozione della salute, favorendo il contributo di altre istituzioni e di soggetti quali associazioni e organizzazioni interessate al raggiungimento di obiettivi comuni di prevenzione.

2. I dipartimenti medici di prevenzione svolgono funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e di tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro, che riguardano in particolare:

- a) la raccolta e valutazione di dati sanitari della popolazione e la diffusione della relativa conoscenza, nonché l'effettuazione di indagini epidemiologiche;
- b) la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e le attività vaccinali;
- c) la prevenzione individuale e collettiva delle malattie cronico-degenerative;
- d) l'organizzazione e la valutazione degli screening oncologici;
- e) la predisposizione e la valutazione di piani e interventi di promozione della salute;
- f) la prevenzione nelle collettività e negli ambienti di vita;
- g) l'attività di vigilanza e la formulazione di pareri sull'impatto sanitario di insediamenti e infrastrutture, su progetti di bonifica, sui piani cimiteriali nonché sui piani di governo del territorio;
- h) il controllo ufficiale sugli alimenti di origine non animale e loro derivati e sui prodotti alimentari destinati ad una alimentazione particolare, compresi i relativi imballaggi, nelle fasi di produzione, trasformazione e distribuzione, in collaborazione con il dipartimento di prevenzione veterinario qualora si tratti di prodotti alimentari che richiedono la competenza di entrambi i dipartimenti;
- i) la prevenzione e la promozione della sicurezza nei luoghi di lavoro, attraverso:

- 1) l'individuazione e l'accertamento dei fattori di rischio nei luoghi di lavoro e il controllo dello stato di salute dei lavoratori, la classificazione delle imprese in base alla analisi e alla graduazione dei rischi;
- 2) lo svolgimento di indagini finalizzate all'accertamento delle cause di infortuni e malattie professionali e all'individuazione delle misure efficaci a prevenirle;
- j) il controllo e la vigilanza sulle acque destinate al consumo umano, sui gas tossici e su altre sostanze pericolose, sull'impiego delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, sui fitofarmaci e sui presidi sanitari delle derrate alimentari immagazzinate;
- k) la vigilanza igienico-sanitaria sulle strutture sanitarie e sulle farmacie;
- l) le attività di guardia igienica permanente e di pronta reperibilità, per garantire un tempestivo ed efficace intervento per le urgenze ed emergenze igienico-sanitarie, in stretta interazione funzionale fra le diverse strutture sanitarie e della pubblica amministrazione.

3. L'ATS esercita inoltre:

- a) la competenza in materia di autorizzazione all'installazione e all'esercizio di apparecchiature a risonanza magnetica per uso diagnostico del gruppo A (con valore di campo statico di induzione magnetica non superiore a 2 tesla) di cui all'articolo 5 del decreto del Ministro della sanità 2 agosto 1991 e all'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 8 agosto 1994, n. 542 (Regolamento recante norme per la semplificazione del procedimento di autorizzazione all'uso diagnostico di apparecchiature a risonanza magnetica nucleare sul territorio nazionale);
- b) le funzioni in materia di indennizzi a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210 (Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati), nonché di vaccinazione antipoliomelitica non obbligatoria di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 14 ottobre 1999, n. 362 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria);
- c) le funzioni amministrative in materia di accertamento e irrogazione delle sanzioni amministrative di cui all'articolo 7 della legge 11 novembre 1975, n. 584 (Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico) per le infrazioni al divieto di cui all'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3 (Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione), ove si tratti di locali di competenza regionale;
- d) le competenze in ordine al rilascio delle autorizzazioni riguardanti la produzione, la preparazione, il confezionamento, la detenzione e il commercio di additivi alimentari, compresi i coloranti, e di aromi per uso alimentare;
- e) le funzioni amministrative in materia di cosmetici e in particolare:
 - 1) la raccolta, in appositi elenchi da trasmettere alla Regione, dei dati relativi alla produzione, al confezionamento in proprio e per conto terzi, all'importazione e allo stoccaggio di prodotti cosmetici;
 - 2) le ispezioni igienico-sanitarie sull'applicazione delle disposizioni in materia di produzione, confezionamento, importazione, commercializzazione e stoccaggio dei cosmetici;
 - 3) la vigilanza sugli effetti indesiderati correlati all'uso dei cosmetici.

4. Gli esiti delle ispezioni e i dati relativi alla vigilanza di cui al comma 3, lettera e), sono comunicati alla Regione.

5. La Giunta regionale determina i criteri per lo svolgimento uniforme sul territorio regionale dei servizi di sorveglianza, ispezione e raccolta dei dati sui cosmetici, nonché le modalità operative per assicurare che l'attività ispettiva interessi, in un periodo di tempo determinato, tutte le officine di produzione e di confezionamento di prodotti cosmetici nonché i depositi degli importatori e dei distributori.

Art. 53

(Disposizioni in materia di medicina scolastica)

1. La prevenzione collettiva nelle scuole di ogni ordine e grado è assicurata dall'ATS.
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.

Art. 54

(Misure di prevenzione)

1. Al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive trasmesse da nebulizzazione derivante da impianti di distribuzione dell'acqua sanitaria e di condizionamento, le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate hanno l'obbligo di compiere, in modo continuativo, in relazione agli esiti riscontrati, le azioni di prevenzione, controllo e manutenzione dei seguenti impianti:

- a) impianti di produzione e distribuzione dell'acqua calda sanitaria;
- b) impianti di condizionamento dell'aria;
- c) impianti per idroterapia non termale e aerosolterapia.

2. Le azioni di prevenzione, controllo e manutenzione di cui al comma 1, da effettuare con cadenza minima annuale e in caso di provata contaminazione o di malattia nei pazienti, sono indicate con decreto della direzione generale competente in materia di sanità. Gli oneri sono a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie. Le operazioni sono certificate dall'ATS, registrate e controfirmate dal responsabile della struttura o suo delegato.

3. Al fine di garantire la sicurezza igienico-sanitaria, le aziende ospedaliere, l'ATS e le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private della Regione procedono al trattamento dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo secondo le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 2003, n. 254 (Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179).

Art. 55

(Abolizione di certificazioni, documenti e adempimenti sanitari)

1. Sono aboliti, con la sola eccezione di cui al comma 2, i certificati, i documenti e gli adempimenti di cui all'allegato A.
2. I certificati e i documenti di cui all'allegato A sono rilasciati ai soli soggetti tenuti alla loro presentazione in altre regioni.
3. Il certificato che attesta l'esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie è sostituito da autocertificazione ai sensi dell'articolo 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 444 (Disposizioni regolamentari in materia di documentazione amministrativa (Testo C)).

Capo II

Norme per il rilascio del nulla osta all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti a scopo medico

Art. 56

(Oggetto e finalità)

1. Al fine di tutelare la popolazione e i lavoratori in relazione ai rischi connessi all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti a scopo medico, il presente capo disciplina il rilascio del nulla osta all'impiego di sorgenti di radiazioni classificato di categoria B, di seguito denominato nulla osta, in base alle condizioni fissate dal decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230 (Attuazione delle direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom e 2006/117/Euratom in materia di radiazioni ionizzanti), di seguito denominato decreto, per le pratiche comportanti esposizioni a scopo medico, definendo, altresì, l'autorità competente al rilascio e gli organismi tecnici da consultare.

2. L'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti a scopo medico è soggetto a nulla osta in relazione:

- a) all'idoneità dell'ubicazione dei locali, dei mezzi di radioprotezione, delle modalità di esercizio, delle attrezzature e della qualificazione del personale addetto;
- b) alle conseguenze di eventuali incidenti;
- c) alle modalità dell'eventuale allontanamento o smaltimento nell'ambiente di rifiuti radioattivi.

Art. 57

(Nulla osta, domanda e autorità competente)

1. La domanda di nulla osta è presentata all'ATS competente per territorio in relazione alla località di svolgimento della pratica e contiene i dati e gli elementi relativi al tipo di pratica che s'intende svolgere, alle caratteristiche delle macchine radiogene, al tipo e alle quantità di materie radioattive che s'intendono impiegare, alle modalità di produzione ed eventuale smaltimento di rifiuti, all'eventuale riciclo o riutilizzo dei materiali, all'identificazione dei rischi connessi all'esercizio della pratica.
2. La domanda di cui al comma 1 è inoltre corredata della documentazione redatta e firmata, per la parte di propria competenza, dall'esperto qualificato di cui all'articolo 77 del decreto.
3. Le spese derivanti dalle procedure disciplinate dal presente capo sono a carico dei soggetti richiedenti non pubblici.

Art. 58

(Commissione per la radioprotezione)

1. La commissione per la radioprotezione, di seguito denominata commissione, costituita presso il dipartimento di prevenzione medico dell'ATS:
 - a) svolge le funzioni di organismo tecnico consultivo ai sensi dell'articolo 29, comma 2, del decreto;
 - b) fornisce alla ASL il supporto tecnico-scientifico per affrontare le questioni relative alla radioprotezione, nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi da esposizione alle radiazioni ionizzanti;
 - c) esamina le istanze per il rilascio del nulla osta all'impiego di categoria A, sottoposte a parere regionale ai sensi dell'articolo 28 del decreto, su richiesta della direzione generale competente in materia sanitaria.
2. La commissione è presieduta dal direttore del dipartimento di prevenzione medico dell'ATS o da un suo delegato ed è composta da:
 - a) due fisici specialisti in fisica sanitaria, iscritti nell'elenco degli esperti qualificati di cui all'articolo 78 del decreto;
 - b) un medico specialista in medicina nucleare o in radioterapia o, in mancanza di tali specializzazioni, in radiologia;
 - c) un medico specialista in medicina del lavoro, preferibilmente incluso nell'elenco dei medici autorizzati di cui all'articolo 88 del decreto;
 - d) il direttore dell'ARPA o un suo delegato;
 - e) un rappresentante della direzione provinciale del lavoro;
 - f) un rappresentante del comando provinciale dei vigili del fuoco.
3. Il direttore generale dell'ATS, su proposta del direttore del dipartimento di prevenzione medico e su designazione degli enti di cui al comma 2, lettere d), e), f), nomina, previa verifica del possesso dei requisiti, i componenti della commissione.
4. Ciascuna commissione si dota di un regolamento organizzativo che definisce, in particolare, la periodicità delle riunioni, le modalità di valutazione tecnica delle richieste di parere e il numero minimo dei partecipanti ai fini della valida espressione dei pareri. La commissione dispone di una segreteria amministrativa e resta in carica tre anni.
5. Le spese per il funzionamento della commissione sono a carico dell'ATS.

Art. 59

(Termini procedurali)

1. Il direttore generale dell'ATS competente per territorio, acquisito il preventivo parere della commissione di cui all'articolo 58, provvede, entro novanta giorni dal ricevimento della domanda, al rilascio, al diniego del nulla osta o alla modifica dello stesso.
2. La commissione esprime il proprio parere entro sessanta giorni dalla richiesta da parte del direttore generale e può disporre eventuali sopralluoghi presso le installazioni dei richiedenti il nulla osta.
3. Se per l'espressione del parere della commissione sono necessari ulteriori documenti o elementi conoscitivi, i termini di cui ai commi 1 e 2 sono interrotti per una sola volta e il parere è reso definitivamente entro trenta giorni dalla ricezione degli elementi istruttori richiesti.

Art. 60

(Contenuti del nulla osta ed eventuali variazioni)

1. Nel nulla osta sono inserite specifiche prescrizioni tecniche relative:
 - a) alle fasi di costruzione, di prova e di esercizio, alla gestione dei rifiuti radioattivi, al riciclo dei materiali e alla disattivazione degli impianti, compresa l'eventuale copertura finanziaria per la disattivazione medesima;
 - b) al valore massimo di dose derivante dalla pratica per gli individui dei gruppi di riferimento della popolazione ad essa interessata, tenendo conto dell'esposizione sia esterna che interna;
 - c) all'eventuale smaltimento di materie radioattive nell'ambiente;
 - d) agli aspetti di radioprotezione del paziente.

2. Ogni cinque anni a decorrere dalla data del rilascio, il titolare del nulla osta ha l'obbligo di inoltrare all'ATS una relazione tecnica relativa alla gestione radioprotezionistica della pratica; la relazione è redatta e sottoscritta, per quanto di rispettiva competenza, dall'esperto qualificato di cui all'articolo 77 del decreto, dal medico addetto alla sorveglianza medica di cui all'articolo 83 del decreto e dal responsabile dell'impianto radiologico di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 187 (Attuazione della direttiva 97/43/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche).

3. Le variazioni nello svolgimento della pratica che non comportino modifiche del provvedimento autorizzativo o delle prescrizioni tecniche in esso contenute sono soggette a preventiva comunicazione all'ATS. Il titolare del nulla osta può adottare le variazioni qualora entro sessanta giorni l'ATS non gli abbia comunicato l'avvio del procedimento.

4. Il nulla osta può essere modificato dall'ATS:
 - a) a seguito della relazione tecnica di cui al comma 2;
 - b) su richiesta degli organi di vigilanza, come individuati dal decreto.

5. La eventuale procedura di sospensione o revoca del nulla osta è avviata dall'ATS nelle ipotesi previste all'articolo 35 del decreto.

6. La volontà di far cessare la pratica oggetto del nulla osta è comunicata all'ATS che provvede alla revoca del nulla osta stesso, salvo quanto previsto al comma 7.

7. Se nel nulla osta sono state inserite specifiche prescrizioni in merito alle modalità di disattivazione dell'installazione in cui la pratica è svolta, il titolare del nulla osta invia all'ATS, entro i termini previsti nel nulla osta medesimo, un piano delle operazioni da eseguire per la disattivazione, comprendente le valutazioni di sicurezza e protezione, con particolare riferimento:
 - a) alle modalità di gestione e smaltimento dei rifiuti radioattivi risultanti dallo svolgimento della pratica e dalle operazioni di disattivazione;
 - b) alla sistemazione delle sorgenti di radiazioni impiegate.

8. L'ATS, previo parere della commissione, autorizza le operazioni di disattivazione stabilendo eventuali prescrizioni. La revoca del nulla osta è subordinata alla verifica sulla conclusione della disattivazione stessa che dimostri:
 - a) la mancanza di vincoli di natura radiologica sull'installazione in cui la pratica è stata esercitata;
 - b) la corretta sistemazione dei rifiuti radioattivi prodotti nonché delle sorgenti impiegate.

Art. 61

(Disposizioni finali)

1. Per quanto non espressamente previsto dal presente capo si osservano le norme del decreto.
2. All'attuazione del presente capo si provvede con regolamento.

Titolo V
Disposizioni in materia di assistenza farmaceutica

Capo I
Articolazione delle competenze e vigilanza sulle farmacie

Art. 62
(Oggetto)

1. Il presente capo disciplina l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza farmaceutica e vigilanza sulle farmacie, comprese quelle già esercitate dagli uffici del medico provinciale e dagli ufficiali sanitari, nei limiti dei principi fissati dalle leggi vigenti e dalle norme sull'organizzazione del servizio sanitario regionale.

Art. 63
(Funzioni amministrative esercitate dalla Regione)

1. La Giunta regionale esercita, nell'ambito delle previsioni generali del piano sociosanitario regionale, le funzioni amministrative concernenti la formazione e la revisione della pianta organica delle sedi farmaceutiche.

2. Il dirigente della competente struttura regionale esercita le funzioni amministrative concernenti:

- a) la dichiarazione delle sedi farmaceutiche di nuova istituzione o vacanti di titolare a norma della legge 2 aprile 1968, n. 475 (Norme concernenti il servizio farmaceutico), nonché l'offerta in prelazione delle sedi stesse;
- b) il concorso regionale per l'assegnazione di sedi farmaceutiche all'esercizio privato;
- c) l'istituzione dei dispensari farmaceutici e delle farmacie succursali;
- d) la decadenza del titolare dall'autorizzazione all'esercizio della farmacia nei casi previsti dalla legislazione vigente.

3. I provvedimenti di cui al comma 1 e al comma 2, lettere c) e d), sono adottati, sentito il parere dell'ordine dei farmacisti e dell'ATS; detti pareri sono espressi e comunicati nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di ricezione della richiesta.

Art. 64
(Funzioni amministrative esercitate dall'ATS)

1. L'ATS esercita le funzioni amministrative concernenti:

- a) l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio delle farmacie;
- b) il trasferimento di titolarità delle farmacie;
- c) il trasferimento dei locali della farmacia nell'ambito della sede di pertinenza;
- d) la determinazione e l'autorizzazione al pagamento delle indennità di residenza per le farmacie rurali e di gestione per i dispensari farmaceutici;
- e) la determinazione dell'indennità di avviamento e del valore degli arredi, provviste e dotazioni ai sensi dell'articolo 110 del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 (Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie);
- f) la chiusura temporanea dell'esercizio farmaceutico nei casi previsti dalla legge;
- g) la sostituzione temporanea del titolare nella conduzione economica e professionale della farmacia nei casi previsti dagli articoli 11 e 12 della legge 475/1968;
- h) gli orari, i turni di servizio e le ferie annuali delle farmacie;
- i) la distribuzione all'ingrosso di medicinali per uso umano, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 (Attuazione della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE);
- j) la decadenza degli eredi del titolare dalla continuazione provvisoria dell'esercizio ai sensi dell'articolo 12 della legge 475/1968 e dell'articolo 369 del r.d. 1265/1934;
- k) la vigilanza sulle farmacie, sia ai fini tecnico-amministrativi che igienico-sanitari;
- l) il coordinamento delle attività delle farmacie pubbliche e private con i servizi dell'ATS;
- m) la vigilanza sui farmaci veterinari, con particolare riguardo al momento prescrittivo e distributivo, in coordinamento con il dipartimento di prevenzione veterinario;
- n) la vigilanza sulla corretta applicazione dell'accordo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private di cui all'articolo 48 della legge 833/1978;

- o) l'attività propositiva e di controllo di qualità dell'approvvigionamento dei farmaci, dei presidi medico-chirurgici, dei reagenti, dei diagnostici, dei dietetici e di ogni altro materiale sanitario, impiegati nelle strutture direttamente dipendenti dall'ATS;
 - p) il rilevamento dei dati di consumo qualitativo e quantitativo dei farmaci negli ospedali, nei presidi e servizi dell'ATS e nelle strutture convenzionate secondo le disposizioni regionali in materia;
 - q) gli adempimenti tecnico-amministrativi di supporto alle funzioni del Ministero competente in materia di sanità nel settore dei farmaci;
 - r) la vigilanza e controllo di competenza in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope secondo quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza);
 - s) la tenuta e l'aggiornamento dell'archivio dati delle farmacie, comprese le comunicazioni, da parte del titolare e del direttore della farmacia, dell'assunzione e della cessazione degli addetti all'esercizio farmaceutico;
 - t) la partecipazione e collaborazione, per quanto di competenza e secondo gli indirizzi regionali, all'attuazione dei programmi di ricerca scientifica, di educazione sanitaria della popolazione, nonché di formazione e di aggiornamento professionali per gli operatori del settore farmaceutico dipendenti dell'ATS e convenzionati;
 - u) le verifiche di conformità sull'applicazione dei provvedimenti di cui all'articolo 119, comma 1, lettera d), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59);
 - v) ogni altro provvedimento in materia non espressamente riservato ad altri enti, comprese le attività ispettive e istruttorie preordinate all'adozione dei provvedimenti di cui all'articolo 79, comma 2, lettera d).
2. Le funzioni di cui al comma 1, lettere da j) a s), sono esercitate dall'ATS tramite specifiche articolazioni organizzative.
3. I provvedimenti di cui al comma 1, lettere d), e), f) e h), sono adottati, sentito, ove attivato, il comitato tecnico-scientifico.

Art. 65

(Concorsi per l'assegnazione di sedi farmaceutiche)

1. I concorsi per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio sono banditi dal dirigente della competente struttura regionale.
2. La commissione giudicatrice è composta come segue:
 - a) un funzionario amministrativo di categoria D appartenente al ruolo regionale ovvero una corrispondente figura dei ruoli del servizio sanitario regionale, che esercita le funzioni di presidente;
 - b) un professore universitario di ruolo della facoltà di farmacia;
 - c) due farmacisti che esercitano la professione in farmacia, di cui uno non titolare, scelti rispettivamente in due terne proposte dalla federazione degli ordini dei farmacisti della Lombardia;
 - d) un farmacista della Regione ovvero un dirigente farmacista appartenente ai ruoli nominativi del servizio sanitario regionale;
 - e) un funzionario di un ente del sistema regionale, di categoria non inferiore alla C, che svolge le funzioni di segretario.
3. Il dirigente della competente struttura regionale nomina la commissione giudicatrice, approva la graduatoria, provvede all'interpello, alla nomina dei vincitori e alla notifica degli atti agli interessati.
4. Ai componenti la commissione giudicatrice spettano le indennità nella misura prevista dall'articolo 100 della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale).
5. Nelle more dell'approvazione della disciplina regionale prevista dall'articolo 48, comma 29, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 (Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici), convertito dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, il concorso per l'assegnazione di sedi farmaceutiche vacanti o di nuova istituzione è unico per tutte le sedi disponibili sull'intero territorio regionale e dà luogo alla graduatoria unica regionale dei farmacisti idonei, da utilizzare per l'assegnazione delle sedi messe a concorso.

Art. 66

(Vigilanza sulle farmacie)

1. L'ATS esercita la vigilanza sulle farmacie nel rispetto delle disposizioni del r.d. 1265/1934, del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706 (Approvazione del regolamento per il servizio farmaceutico) e del

decreto del Presidente della Repubblica 21 agosto 1971, n. 1275 (Regolamento per l'esecuzione della L. 2 aprile 1968, n. 475, recante norme concernenti il servizio farmaceutico).

2. Ferme restando le vigenti disposizioni in materia di prescrizioni da conservarsi in originale in farmacia, gli obblighi per il farmacista, previsti all'ultimo comma dell'articolo 38 del r.d. 1706/1938, s'intendono ottemperati, nell'ambito delle prestazioni in regime convenzionato, dalla conservazione degli originali delle ricette mediche o dalla loro registrazione presso l'ATS.

3. La commissione ispettiva per l'esercizio della vigilanza, nominata dall'ATS, opera in autonomia, in base a criteri regolamentari stabiliti dalla direzione generale competente in materia di sanità della Giunta regionale, ed è costituita:

- a) dal farmacista dirigente responsabile dell'ufficio farmaceutico dell'ATS, che la presiede;
- b) da un farmacista scelto fra una terna designata dall'ordine provinciale dei farmacisti, costituita da titolari o direttori di farmacie non operanti nel distretto dell'ATS in cui è ubicata la farmacia da sottoporre ad ispezione;
- c) da un funzionario del ruolo amministrativo dell'ATS, di categoria non inferiore alla D, che svolge anche le funzioni di segretario.

4. La commissione di cui al comma 3 è integrata dal responsabile del dipartimento di prevenzione, o suo delegato, per quanto riguarda gli interventi di vigilanza sulle farmacie ai fini igienico-sanitari.

5. Se, a seguito dell'ispezione, si riscontrano violazioni di norme in materia igienico-sanitaria, il titolare è diffidato ad adottare le necessarie misure, entro un termine rapportato alla situazione specifica accertata e verbalizzata; decorso infruttuosamente tale termine il dirigente della competente struttura regionale, su proposta dell'ATS, dichiara la decadenza dell'autorizzazione all'esercizio.

6. Se gli ispettori ravvisano situazioni di pericolo provvedono immediatamente a rimuoverle impartendo le opportune disposizioni al responsabile della farmacia e assicurandosi della loro esecuzione.

7. Avverso i provvedimenti sanzionatori adottati dall'ATS è proponibile, alternativamente al ricorso giurisdizionale, ricorso gerarchico improprio, con effetto sospensivo, al Presidente della Giunta regionale.

Art. 67

(Comitato tecnico-scientifico per la politica del farmaco)

1. Presso la Giunta regionale è istituito il comitato tecnico-scientifico per la politica del farmaco, con la composizione e i compiti previsti dal piano sociosanitario regionale.

2. Con il comitato di cui al comma 1 si coordinano comitati tecnico-scientifici costituiti presso l'ATS, anche in forma associata, composti come segue:

- a) il presidente o i presidenti dei comitati di gestione o loro delegati. Funge da presidente il più anziano di età;
- b) i componenti dell'ufficio o degli uffici di direzione;
- c) il farmacista responsabile o i farmacisti responsabili degli uffici farmaceutici;
- d) due farmacisti designati dall'ordine, di cui uno non titolare;
- e) due medici, designati dall'ordine, di cui uno ospedaliero.

3. I comitati di cui al comma 2 svolgono funzioni propositive e consultive relative a:

- a) utilizzazione corretta dei farmaci e relativi consumi quali-quantitativi;
- b) gestione tecnico-culturale dei protocolli terapeutico-diagnostici e delle schede informative sui farmaci;
- c) aggiornamento e informazione scientifica degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con l'ATS, nonché educazione sanitaria della popolazione, nell'ambito dei programmi e con le modalità previste dall'articolo 31 della legge 833/1978, e secondo gli indirizzi regionali in materia;
- d) assistenza farmaceutica e distribuzione dei farmaci, secondo quanto stabilito dall'articolo 28 della legge 833/1978.

4. Ai componenti interni ed esterni del comitato di cui al comma 1 non competono speciali compensi salvo il rimborso, ove dovuto, delle spese di viaggio e delle indennità di missione.

Art. 68

(Assistenza farmaceutica e rapporti convenzionali)

1. L'ATS eroga l'assistenza farmaceutica tramite le farmacie pubbliche e private, ubicate nel proprio territorio, secondo quanto stabilito dall'articolo 28 della legge 833/1978, fatte salve le disposizioni di cui all'articolo 8 del d.l. 347/2001.

2. I rapporti convenzionali tra l'ATS e le farmacie pubbliche e private sono regolati secondo i criteri e le modalità dettati dall'accordo nazionale unico di cui all'articolo 48 della legge 833/1978.

Art. 69

(Acquisto di medicinali e di altro materiale sanitario)

1. Per l'acquisto di medicinali e di altro materiale sanitario l'ATS osserva le disposizioni di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE).

Art. 70

(Apparecchi di autodiagnostica)

1. Nelle farmacie aperte al pubblico l'impiego di apparecchi di autodiagnostica rapida finalizzato a rilevamenti di prima istanza è effettuato secondo modalità stabilite da disposizioni regionali.

Art. 71

(Coordinamento delle farmacie con i servizi dell'ATS)

1. L'ATS si avvale della collaborazione delle farmacie pubbliche e delle farmacie private per la realizzazione dei programmi di medicina preventiva, di informazione ed educazione sanitaria, nonché per le valutazioni dei consumi qualitativi e quantitativi dei farmaci, per indagini statistico-epidemiologiche in materia sanitaria e per altre finalità previste in materia farmaceutica dal piano sociosanitario regionale o dall'accordo nazionale unico di cui all'articolo 48 della legge 833/1978.

Art. 72

(Rapporti contabili)

1. L'ATS assicura la verifica contabile delle distinte secondo le norme dell'accordo nazionale unico di cui all'articolo 48 della legge 833/1978, nonché il controllo contabile e tecnico delle ricette mediche.

2. La Giunta regionale determina, in adeguamento ai fini di economicità ed efficienza di cui alla legge 26 aprile 1982, n. 181 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982)), le modalità di esercizio dell'attività di cui al comma 1, in particolare per quanto attiene ai criteri di concentrazione della elaborazione informatica delle ricette mediche, spedite e consegnate dalle farmacie convenzionate, nonché delle operazioni di pagamento.

Capo II

Disposizioni sugli orari di apertura e sui turni di servizio delle farmacie

Art. 73

(Oggetto)

1. Il presente capo disciplina l'esercizio delle farmacie aperte al pubblico per quanto attiene agli orari di apertura, ai turni di servizio, nonché alla chiusura per riposo infrasettimanale, alle festività e alle ferie.

Art. 74

(Competenze amministrative)

1. Tutti i provvedimenti amministrativi riguardanti la apertura e chiusura delle farmacie sono adottati dal direttore generale dell'ATS.

2. Entro il mese di maggio di ciascun anno, il direttore generale dell'ATS adotta il calendario annuale dei turni di chiusura infrasettimanale, dei turni di servizio diurno, notturno e festivo e delle ferie annuali in base a quanto disposto dal presente capo, su proposta pervenuta entro il mese di marzo dall'associazione provinciale titolari di farmacia aderenti a Federfarma e su parere dell'ordine provinciale dei farmacisti e, ove esistano farmacie comunali, della Confservizi Lombardia, nonché del comune ove ha sede la farmacia e delle organizzazioni sindacali dei lavoratori maggiormente rappresentative a livello regionale. Del calendario è data comunicazione alle associazioni dei consumatori esistenti a livello regionale.

3. Il direttore generale dell'ATS prescinde dai pareri di cui al comma 2 qualora non siano pervenuti entro trenta giorni dalla richiesta.

4. In caso di ritardata o mancata adozione del calendario per il nuovo anno si osserva la rotazione dell'anno precedente.

Art. 75

(Orario settimanale di apertura delle farmacie)

1. L'orario ordinario di apertura è stabilito in quaranta ore settimanali equamente distribuite su cinque giorni. Per orario diurno s'intende quello compreso fra le ore 8.00 e le ore 20.00 e per orario notturno quello compreso fra le ore 20.00 e le ore 8.00 del giorno successivo.
2. Per le farmacie che ne facciano annualmente domanda l'orario di apertura può essere esteso fino a quarantotto ore settimanali, ripartito in un contesto minimo di cinque giorni e massimo di sei.
3. Il direttore generale dell'ATS, secondo una programmazione provinciale, su richiesta della farmacia interessata e sentiti l'ordine provinciale dei farmacisti, i sindaci, l'associazione provinciale titolari di farmacia aderenti a Federfarma, Confservizi Lombardia, ove esistano farmacie comunali, e le organizzazioni sindacali di categoria, può autorizzare aperture diverse nell'arco dell'anno fino a un massimo di cinquantaquattro ore settimanali suddivise in sei giorni, in funzione di necessità stagionali in località climatiche o di maggiore presenza di persone a scopo turistico, nelle zone di villeggiatura come definite dalla legge regionale 16 luglio 2007, n. 15 (Testo unico delle leggi regionali in materia di turismo) e dalla deliberazione della Giunta regionale 30 gennaio 2008, n. 6532 (Individuazione degli ambiti a vocazione e potenzialità turistica (art. 3, comma 2, l.r. n. 15/2007)), nonché di attività lavorative nelle aree urbane e periurbane della città di Milano.
4. Il direttore generale dell'ATS, in presenza di forti flussi turistici e su richiesta della farmacia interessata, può autorizzare la ripartizione in sette giorni dell'orario di apertura settimanale di cui al comma 3.
5. In occasione di festività o eventi locali, il direttore generale dell'ATS, su richiesta della farmacia interessata e sentiti i soggetti di cui al comma 3, può altresì autorizzare maggiori aperture fino ad un massimo di cinque giornate nell'arco dell'anno.
6. Presso i terminal di aeroporti nazionali e internazionali e stazioni ferroviarie capolinea di traffico internazionale, ove sia presente una farmacia, ne è consentita, su richiesta, l'apertura continuativa. Se non è presente alcuna farmacia all'interno degli aeroporti internazionali ne è consentita l'apertura in deroga alla pianta organica.
7. Le farmacie che non hanno ingresso diretto sulla pubblica via o piazza, presenti presso i centri commerciali possono, su richiesta, osservare orari di apertura conformi a quelli della struttura commerciale, in deroga a quanto previsto dall'articolo 93, comma 1, fatta salva l'osservanza dei commi 1, 2, 3 e 5 del presente articolo.
8. Se il titolare di farmacia rurale o unica gestisce un dispensario, può essere autorizzata una riduzione dell'orario di apertura della farmacia principale in misura non superiore a due ore giornaliere.

Art. 76

(Farmacie di turno)

1. Nei giorni e nelle ore di chiusura delle farmacie il servizio farmaceutico è assicurato dalle farmacie di turno il cui numero è stabilito in modo che vi sia una farmacia in servizio ogni 50.000 abitanti.
2. Nelle zone a scarsa densità di popolazione, in particolare zone montane o con disagiata situazione viabilistica o orografica, il rapporto di cui al comma 1 può essere ridotto fino al limite massimo di una farmacia di turno ogni 10.000 abitanti.
3. Nelle zone ad elevata densità di popolazione, il rapporto di cui al comma 1 può essere esteso fino al limite di una farmacia di turno ogni 80.000 abitanti.
4. Tutte le farmacie sono soggette al turno in condizioni di parità. L'autorità competente, nel fissare il calendario dei turni, tiene conto di tutte le farmacie esistenti sul territorio.
5. Il servizio di turno notturno dopo le ore ventiquattro e fino alle ore 8.00 del mattino seguente è assicurato da un numero di farmacie pari a una ogni 80.000 abitanti, con riduzione del rapporto fino a una farmacia ogni 15.000 abitanti nelle zone di cui al comma 2, e fino a una farmacia ogni 120.000 abitanti nelle zone di cui al comma 3.

Art. 77

(Disciplina degli orari di apertura e chiusura)

1. Le farmacie svolgono il servizio ordinario a battenti aperti in orari compresi tra le ore 8.00 e le ore 20.00 e obbligatoriamente dalle ore 9.00 alle ore 12.00 e dalle ore 16.00 alle ore 19.00, salvo quanto previsto all'articolo 91, comma 7.
2. Il direttore generale dell'ATS, tenuto conto di particolari esigenze locali, valutate le richieste delle farmacie per aree omogenee corrispondenti ai distretti, determina per ogni singola farmacia l'orario di apertura e chiusura giornaliero rispettando quanto stabilito dagli articoli 74, 75, e 76.

3. Le farmacie che, rispetto al precedente calendario annuale, non modificano gli orari, il giorno di riposo o il periodo di ferie sono esentate dalla presentazione della domanda annuale di cui agli articoli 75 e 78.

Art. 78
(Turni di servizio)

1. Le farmacie di turno svolgono il servizio dalle ore 8.00 alle ore 20.00 a battenti aperti e successivamente a battenti chiusi fino all'ora di apertura antimeridiana, salvo diverso accordo con l'ATS che garantisca comunque la continuità del servizio. Il servizio a battenti aperti per ragioni di sicurezza può essere svolto con modalità che escludono l'accesso del pubblico ai locali della farmacia. L'avvicendamento delle farmacie nel turno avviene senza soluzioni di continuità del servizio.
2. A domanda annuale della farmacia, è consentita l'effettuazione del turno a battenti chiusi, durante il servizio extra-orario diurno, in ogni caso senza titolo al diritto addizionale.
3. Quando svolgono servizio a battenti chiusi, le farmacie possono limitarsi alla distribuzione dei medicinali, in tutte le diverse tipologie, del materiale di medicazione e della dietetica speciale, la cui dispensazione in tutte le diverse tipologie non può essere rifiutata.
4. Per assicurare una più completa forma di assistenza e per motivate esigenze locali, a richiesta delle farmacie e anche in aggiunta ai normali turni di servizio, può essere autorizzata la prestazione del servizio notturno continuativo a battenti aperti, in ogni caso senza titolo al diritto addizionale.
5. Nei comuni nel cui ambito territoriale sia stato attivato il servizio notturno continuativo a battenti aperti, le farmacie di turno possono essere esentate, a richiesta, dal servizio durante le corrispondenti ore notturne, anche in deroga a quanto stabilito dall'articolo 76. I dispensari farmaceutici non partecipano ai turni di servizio; vi partecipano invece le farmacie succursali nel periodo di apertura.
6. I turni di servizio, per tutte le farmacie, sono di regola settimanali e con inizio al venerdì alle ore 8.00; tale orario è rispettato anche per l'inizio del turno in altro giorno della settimana. In caso di turni di servizio con frequenza minore a quella settimanale, è fatto obbligo alle associazioni di categoria di diffonderne la conoscenza presso l'utenza.
7. Il calendario dei turni, per le situazioni di cui all'articolo 76, comma 2, prevede, per ciascuna farmacia, almeno tre periodi di servizio ordinario per ogni turno di guardia.
8. Il farmacista in turno extra orario diurno e notturno a battenti chiusi, pur se non obbligato alla permanenza in farmacia, è tenuto alla disponibilità per la dispensazione dei prodotti di cui al comma 3, nel più breve tempo possibile e comunque entro venti minuti dalla chiamata.
9. Nessun obbligo di reperibilità può essere imposto ai titolari di farmacie che non siano di turno, salvo eventi eccezionali.

Art. 79
(Chiusura per ferie annuali)

1. Tutte le farmacie hanno diritto, fatti salvi i casi di calamità naturali e di eventi eccezionali, alla chiusura annuale, comunque facoltativa e nel rispetto del CCNL dei dipendenti, per ferie per uno o più periodi, fino ad un massimo di ventiquattro giorni lavorativi. Le farmacie che intendono chiudere per ferie ne danno comunicazione alla direzione generale dell'ATS, entro i termini previsti per la presentazione della proposta.
2. Le ferie sono proposte e autorizzate in modo da assicurare un adeguato servizio di assistenza farmaceutica. Le farmacie chiuse per ferie indicano le sedi aperte più vicine con il relativo orario di apertura.
3. I dispensari restano chiusi nel periodo di chiusura per ferie delle rispettive farmacie e possono chiudere per ulteriori periodi, purché non superiori a quanto previsto al comma 1. Le farmacie succursali non chiudono per ferie.

Art. 80
(Cartelli e segnaletica obbligatori)

1. Le farmacie espongono, in posizione ben visibile e illuminata dal tramonto all'alba, un cartello indicante le farmacie di turno, in ordine di vicinanza, l'orario di apertura e chiusura giornaliera dell'esercizio e l'eventuale numero verde al quale rivolgersi per qualsiasi informazione relativa al servizio.
2. Nelle ore serali e notturne, le farmacie di turno tengono accesa un'insegna luminosa, della misura fino a un metro quadrato per facciata, preferibilmente a forma di croce di colore verde che ne faciliti l'individuazione, in conformità alle disposizioni del codice della strada e dei regolamenti comunali.

Art. 81
(Sanzioni)

1. Per le violazioni delle disposizioni di cui agli articoli sotto elencati si applicano le seguenti sanzioni:
 - a) da € 100 a € 500 per le violazioni dell'articolo 75;
 - b) da € 100 a € 500 per le violazioni dell'articolo 76;
 - c) da € 100 a € 500 per le violazioni dell'articolo 77;
 - d) da € 100 a € 500 per le violazioni dell'articolo 78, commi 1 e 8;
 - e) da € 100 a € 500 per le violazioni dell'articolo 79;
 - f) da € 100 a € 500 per le violazioni dell'articolo 80.
2. La funzione sanzionatoria per le violazioni di cui al comma 1 spetta all'ATS.
3. L'ATS comunica le violazioni accertate all'ordine di appartenenza che può assumere i provvedimenti conseguenti.
4. In caso di reiterata violazione delle disposizioni di cui al comma 1, l'ATS può ordinare la chiusura della farmacia fino a quindici giorni.

TITOLO VI
Sistema bibliotecario biomedico lombardo

Art. 82
(Configurazione del sistema bibliotecario biomedico lombardo)

1. Il sistema bibliotecario biomedico lombardo (SBBL), di seguito denominato sistema, è una biblioteca virtuale alla quale aderiscono soggetti pubblici e privati. Tale sistema è finalizzato a promuovere la diffusione dell'informazione scientifica nel quadro degli indirizzi della programmazione sanitaria e socio-sanitaria.
2. L'organizzazione e il funzionamento del sistema sono disciplinati con regolamento di cui all'articolo 42, comma 1, lettera b), dello Statuto d'autonomia, in conformità ai seguenti principi e norme generali:
 - a) previsione di un comitato di indirizzo con funzioni di programmazione, del quale fanno parte non più di tre dirigenti regionali e non più di sei rappresentanti dei soggetti che aderiscono al sistema;
 - b) previsione di un comitato scientifico con funzioni consultive, del quale fanno parte non più di sette componenti scelti tra esperti in discipline sanitarie e nell'organizzazione e gestione di biblioteche biomediche;
 - c) previsione di un direttore, nominato dal comitato di indirizzo, con funzioni di raccordo tra lo stesso comitato di indirizzo e il centro di riferimento regionale di cui alla lettera f);
 - d) previsione per gli organi di cui alle lettere a), b) e c) di una durata in carica quinquennale, con possibilità di rinnovo per altri cinque anni;
 - e) definizione delle modalità di funzionamento del comitato di indirizzo e del comitato scientifico, nonché delle modalità di individuazione dei rappresentanti di cui alla lettera a);
 - f) affidamento dei compiti gestionali ad un soggetto pubblico individuato quale centro di riferimento regionale (CRR), in grado di provvedere all'assolvimento di tali compiti attraverso la propria struttura;
 - g) definizione dei requisiti, delle modalità di individuazione, nonché specificazione dei compiti del CRR;
 - h) definizione dei requisiti per l'adesione al sistema e degli impegni da assumere da parte degli aderenti;
 - i) stipulazione di una convenzione di durata quinquennale tra la Regione e il CRR;
 - j) stipulazione, da parte del CRR, di convenzioni di durata quinquennale con i soggetti che aderiscono al sistema;
 - k) definizione delle condizioni e delle modalità di accesso al patrimonio bibliografico;
 - l) definizione delle modalità di assegnazione e di rendicontazione del contributo annuale di cui al comma 3;
 - m) previsione, per un periodo non superiore a nove mesi dall'approvazione del regolamento, della costituzione del comitato di indirizzo, in composizione ridotta, con i soli dirigenti regionali.
3. Per l'assolvimento dei compiti assegnati, la Regione eroga al CRR un contributo annuale al quale possono aggiungersi le entrate derivanti dall'erogazione dei servizi del sistema, nonché altre risorse rese disponibili dai soggetti convenzionati.

Titolo VII
Norme in materia di sanità pubblica veterinaria

Capo I
Disposizioni generali

Art. 83
(Oggetto e finalità)

1. Il presente capo reca norme in materia di sanità pubblica veterinaria e disciplina l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei servizi del dipartimento di prevenzione veterinario dell'ATS.
2. I servizi di cui al comma 1 assicurano la tutela della salute umana e animale, agendo in stretto collegamento tra di loro e promuovendo anche il collegamento delle attività e degli interventi di tutti gli altri enti, associazioni e servizi che operano nel settore delle produzioni zootecniche.
3. Gli obiettivi da perseguire nell'ambito della sanità pubblica veterinaria sono determinati, nel contesto del piano sanitario nazionale, dal piano sociosanitario regionale e dai relativi provvedimenti di attuazione e nell'ambito delle misure operative di prevenzione, vigilanza e controllo.

Art. 84
(Competenze dell'ATS)

1. Le competenze dell'ATS in materia di sanità pubblica veterinaria fanno capo al dipartimento di prevenzione veterinario ed ai distretti di medicina veterinaria.
2. I servizi in cui si articola il dipartimento di prevenzione veterinario assicurano le seguenti specifiche funzioni:
 - a) sanità animale:
 - 1) la profilassi delle malattie infettive e parassitarie degli animali trasmissibili all'uomo, nonché la profilassi delle malattie infettive e parassitarie a carattere diffusivo degli animali e la conseguente predisposizione delle misure di polizia veterinaria;
 - 2) la vigilanza su ricoveri animali, stalle di sosta, mercati, fiere ed esposizioni di animali, pubblici abbeveratoi e concentramenti di animali;
 - 3) la vigilanza sul trasporto degli animali, nonché sullo spostamento degli animali per ragioni di pascolo;
 - 4) la vigilanza sull'attuazione da parte di altri enti dei piani di profilassi delle malattie infettive e parassitarie degli animali;
 - 5) la gestione delle anagrafi zootecniche;
 - 6) le competenze dell'ATS in materia di tutela degli animali d'affezione e tutela del randagismo, mediante l'attribuzione di specifica responsabilità o, se del caso, tramite idonea articolazione diretta da un veterinario dirigente;
 - 7) la vigilanza sulla disinfezione, la disinfestazione e la derattizzazione dei ricoveri animali, dei pascoli e degli impianti soggetti a vigilanza veterinaria, compresa la disinfezione degli automezzi per il trasporto del bestiame;
 - 8) la raccolta e la distruzione, mediante appositi impianti, delle carcasse di animali morti o abbattuti per malattie infettive o sospetti d'infezione;
 - 9) la prevenzione e la lotta contro le malattie esotiche;
 - 10) l'istituzione di osservatori di ittiopatologia e delle malattie delle api;
 - 11) la vigilanza sull'esercizio della professione medico-veterinaria e delle arti ausiliarie veterinarie;
 - 12) il rilascio di certificazioni e la raccolta dei dati statistici per quanto di competenza;
 - 13) l'educazione sanitaria rivolta agli operatori del settore ed alla popolazione;
 - 13 bis) il rilascio delle autorizzazioni alle imprese di acquacoltura e agli stabilimenti di lavorazione di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 4 agosto 2008 n. 148 (Attuazione della direttiva 2006/88/CE relativa alle condizioni di polizia sanitaria applicabili alle specie animali d'acquacoltura e ai relativi prodotti, nonché alla prevenzione di talune malattie degli animali acquatici e alle misure di lotta contro tali malattie);(31)
 - 13 ter) il rilascio delle autorizzazioni per il riconoscimento di:(31)
 - 13 ter.1) centri di raccolta degli animali della specie bovina e suina di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 22 maggio 1999, n. 196 (Attuazione della direttiva 97/12/CE che modifica e aggiorna la direttiva 64/432/CEE relativa ai problemi di polizia sanitaria in materia di scambi intracomunitari di animali delle specie bovina e suina);

13 ter.2) centri di raccolta degli ovini e caprini di cui all'articolo 12 del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 193 (Attuazione della direttiva 2003/50/CE relativa al rafforzamento dei controlli sui movimenti di ovini e caprini);

13 ter.3) stabilimenti autorizzati agli scambi intracomunitari di pollame e uova da cova di cui all'articolo 6 della direttiva del Consiglio 30 novembre 2009, n. 158 relativa alle norme di polizia sanitaria per gli scambi intracomunitari e le importazioni in provenienza dai paesi terzi di pollame e uova da cova;

13 ter.4) impianti e stazioni di quarantena per volatili di cui all'articolo 3 della decisione della Commissione del 16 ottobre 2000 relativa alle condizioni di polizia sanitaria, alla certificazione veterinaria e alle condizioni di quarantena per l'importazione di volatili diversi dal pollame.

b) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale:

1) l'ispezione e la vigilanza veterinaria su impianti di macellazione finalizzate al rispetto del benessere animale, alla visita ante mortem, all'igiene della macellazione, all'ispezione post macellazione, al giudizio ispettivo e alla destinazione delle carni;

2) la gestione e l'aggiornamento dell'anagrafe degli impianti produttivi, di trasformazione, di deposito, commercializzazione e somministrazione;

3) la registrazione e il riconoscimento degli stabilimenti operanti nel settore della produzione, lavorazione e deposito di alimenti di origine animale, secondo quanto disposto dai Regolamenti (CE) del Parlamento europeo e del Consiglio n. 852/2004 del 29 aprile 2004 sull'igiene dei prodotti alimentari e n. 853/2004 del 29 aprile 2004 che stabilisce norme specifiche in materia di igiene per gli alimenti di origine animale;

4) il controllo ufficiale sulla produzione, trasformazione e commercializzazione degli alimenti di origine animale e loro derivati, in collaborazione con il dipartimento di prevenzione medico qualora si tratti di prodotti alimentari che richiedono la competenza di entrambi i dipartimenti;

5) la vigilanza sulla raccolta e la distruzione, mediante appositi impianti, delle carni e delle derrate di origine animale non idonee al consumo umano;

6) la vigilanza sull'esercizio della professione medico-veterinaria;

7) il rilascio di certificazioni e la raccolta dei dati statistici per quanto di competenza;

8) l'educazione sanitaria rivolta agli operatori del settore ed alla popolazione;

c) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche:

1) la vigilanza sulle condizioni igieniche degli allevamenti e degli animali destinati all'alimentazione umana;

2) la vigilanza sulla somministrazione, produzione, distribuzione, trasporto dei farmaci per uso veterinario e sull'utilizzazione degli animali da esperimento per quanto di competenza veterinaria;

3) la vigilanza sui trattamenti immunizzanti e sulle inoculazioni ai fini diagnostici;

4) la vigilanza e il controllo sulla produzione, sul trasporto e sulla utilizzazione degli alimenti per l'uso zootecnico;

5) il controllo degli animali domestici, sinantropici e selvatici al fine di individuare eventuali modificazioni dell'equilibrio ambientale nel rapporto uomo-animale che possono recare danno;

6) la vigilanza sulla assistenza veterinaria specialistica, nonché su stazioni di monta, impianti per la fecondazione artificiale, ambulatori per la cura della sterilità degli animali e sulle attività attinenti la prevenzione e cura della sterilità o dell'ipofecondità, la fecondazione artificiale e la riproduzione animale;

7) l'ispezione e la vigilanza su impianti per la raccolta, il trattamento e l'eliminazione dei sottoprodotti di origine animale;

8) la registrazione ed il riconoscimento degli stabilimenti di produzione del latte e dei prodotti lattiero-caseari, secondo quanto disposto dai Regolamenti (CE) n. 852/2004 e n. 853/2004;

9) il controllo ufficiale sulla produzione, trasformazione e commercializzazione del latte e dei prodotti lattiero-caseari, in collaborazione con il dipartimento di prevenzione medico qualora si tratti di prodotti alimentari che richiedono la competenza di entrambi i dipartimenti;

10) la registrazione ed il riconoscimento degli stabilimenti operanti nel settore dell'alimentazione animale secondo quanto disposto dal Regolamento (CE) n. 183/2005 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 gennaio 2005, che stabilisce requisiti per l'igiene dei mangimi;

11) la vigilanza e il controllo sul rispetto delle norme in materia di protezione e benessere degli animali in allevamento e durante il trasporto;

12) la vigilanza sull'assistenza zoiatrica, sull'esercizio della professione medico-veterinaria, sulle arti ausiliari veterinarie e sugli ambulatori veterinari;

13) il rilascio di certificazioni e la raccolta dei dati statistici per quanto di competenza;

14) l'educazione sanitaria rivolta agli operatori del settore ed alla popolazione;

14 bis) la registrazione e il riconoscimento degli stabilimenti e degli impianti operanti nel settore dei sottoprodotti di origine animale e dei prodotti derivati di cui al regolamento (CE) n. 1069/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 21 ottobre 2009, recante norme sanitarie relative ai sottoprodotti di origine animale e ai prodotti derivati non destinati al consumo umano e che abroga il regolamento (CE) n. 1774/2002, recante norme sanitarie relative ai sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano;

14 ter) il rilascio delle autorizzazioni di cui agli articoli 7, 11, 14, 24 e 25 del decreto del Ministro della sanità 19 luglio 2000, n. 403 (Approvazione del nuovo regolamento di esecuzione della L. 15 gennaio 1991, n. 30, concernente la disciplina della riproduzione animale);

14 quater) il riconoscimento dei centri di raccolta o di magazzinaggio dello sperma di cui all'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 27 maggio 2005, n. 132 (Attuazione della direttiva 2003/43/CE relativa agli scambi intracomunitari ed alle importazioni di sperma di animali della specie bovina), nonché delle stazioni o dei centri di raccolta dello sperma di equidi di cui all'articolo 11, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 12 novembre 1996, n. 633 (Attuazione della direttiva 92/65/CEE che stabilisce norme sanitarie per gli scambi e le importazioni nella Comunità di animali, sperma, ovuli ed embrioni non soggetti, per quanto riguarda le condizioni di polizia sanitaria, alle normative comunitarie specifiche di cui all'allegato A, sezione I, della direttiva 90/425/CEE) e dei gruppi di raccolta di embrioni bovini, ai fini degli scambi intracomunitari di cui al decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1994, n. 241 (Regolamento recante attuazione della direttiva 89/556/CEE che stabilisce le condizioni di polizia sanitaria in materia di scambi intracomunitari e di importazioni da Paesi terzi di embrioni di animali domestici della specie bovina);

14 quinquies) l'autorizzazione dei corsi per operatore pratico per la fecondazione artificiale di cui all'articolo 2 della legge 11 marzo 1974, n. 74 (Modificazioni ed integrazioni della L. 25 luglio 1952, n. 1009 e del relativo regolamento sulla fecondazione artificiale degli animali);

14 sexies) la nomina della commissione giudicatrice dei partecipanti ai corsi di cui al numero 14 quinquies);

14 septies) il rilascio delle autorizzazioni sanitarie per l'esercizio dell'attività di allevamento o di fornitura di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 26 (Attuazione della direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici) e la relativa attività di controllo.

3. I distretti di medicina veterinaria, secondo quanto previsto dall'articolo 13, comma 11, erogano l'attività veterinaria di base e in particolare:

- a) la profilassi delle malattie infettive a carattere diffusivo e delle malattie parassitarie degli animali, nonché l'applicazione delle relative misure di polizia veterinaria;
- b) il controllo e la vigilanza sugli alimenti di origine animale di competenza veterinaria;
- c) la vigilanza sulla riproduzione animale, sugli alimenti zootecnici e sull'impiego di farmaci per uso veterinario.

4. Le attività di cui al comma 3 devono essere assicurate anche mediante turni di pronta disponibilità festivi e notturni dei veterinari dipendenti e del relativo personale ausiliario.

5. L'ATS esercita, inoltre, tutte le funzioni amministrative in materia di sanità pubblica veterinaria non espressamente attribuite ad altri soggetti.

6. Al direttore generale dell'ATS compete la titolarità del potere sanzionatorio relativo alle funzioni esercitate in materia di sanità pubblica veterinaria di cui al presente capo.

Art. 85

(Misure operative di prevenzione, vigilanza e controllo)

1. La Regione assicura l'omogeneità di gestione delle risorse, l'uniformità degli interventi e delle erogazioni di prestazioni sul territorio, nonché la verifica dei risultati ottenuti, in particolare:

- a) in materia di sanità animale, igiene degli allevamenti e delle produzioni animali, con specifico riguardo alla profilassi e alla polizia veterinaria;
- b) in materia di controllo dell'igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati, nelle fasi di produzione, trasformazione, deposito, trasporto e commercializzazione.

2. Spettano altresì alla Regione:

- a) l'adozione dei piani per il risanamento delle malattie infettive del bestiame e la profilassi vaccinale, nonché l'acquisto e la distribuzione alle ATS dei vaccini, dei sieri e dei prodotti diagnostici necessari per le profilassi obbligatorie;
- b) la raccolta dei dati statistici relativi ai servizi veterinari, nonché la raccolta ed elaborazione dei dati relativi alle denunce di malattie infettive e diffuse degli animali, ai fini dell'adozione dei necessari interventi;

- c) la promozione di corsi di formazione e aggiornamento, iniziative e programmi da realizzare in collaborazione, in particolare, con l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna e con le università;
- d) la cura dei rapporti con le amministrazioni sanitarie, agricole e zootecniche nazionali e internazionali, nonché con gli istituti zooprofilattici sperimentali e con gli istituti universitari di ricerca.

Art. 86

(Funzioni del sindaco quale autorità sanitaria locale in materia veterinaria)

1. Restano ferme le competenze del sindaco, quale autorità sanitaria locale, per l'adozione di provvedimenti di carattere contingibile e urgente in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria e di polizia veterinaria di cui all'articolo 50, comma 5, del d.lgs. 267/2000.
2. Gli atti e provvedimenti del sindaco, quando non sono adottati su proposta del dipartimento di prevenzione veterinario, sono adottati sentito il dipartimento stesso.

Art. 87

(Assistenza zoiatrica)

1. Nei territori in cui si verifica una permanente o temporanea carenza di assistenza zoiatrica, l'ATS, sentiti gli ordini professionali e le organizzazioni sindacali, stipula convenzioni con i veterinari liberi professionisti. Se non è possibile procedere alla stipulazione di convenzioni, le prestazioni di assistenza zoiatrica sono assicurate direttamente dal dipartimento di prevenzione veterinario, secondo le modalità previste dall'accordo nazionale unico di cui all'articolo 47 della legge 833/1978, con riferimento anche a quanto previsto dall'articolo 36 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761 (Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali).

Art. 88

(Misure di biosicurezza per il trasporto degli animali)

1. Tutti gli automezzi adibiti al trasporto di animali devono essere lavati e disinfettati dopo ogni scarico e comunque prima di entrare in un allevamento.
2. Le operazioni di lavaggio e disinfezione devono essere effettuate dopo ogni scarico nell'allevamento o macello presso cui questo è avvenuto o presso stazioni di disinfezione autorizzate.
3. Gli animali oggetto di movimentazione devono essere scortati dal modello n. 4 di cui all'articolo 31 del decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320 (Regolamento di polizia veterinaria), riportante le indicazioni e certificazioni sanitarie previste dalla normativa vigente.
4. A prova dell'avvenuto lavaggio e disinfezione, il trasportatore deve compilare, in duplice copia, l'apposita dichiarazione di cui all'allegato IX dell'ordinanza ministeriale 12 aprile 2008 (Misure sanitarie di eradicazione della malattia vescicolare del suino e di sorveglianza della peste suina classica) e conservarne una copia per un anno.
5. L'ingresso negli allevamenti per il carico dei suini è consentito esclusivamente ad automezzi vuoti. Il carico sullo stesso automezzo di suini provenienti da più allevamenti è consentito unicamente se viene effettuato all'esterno degli allevamenti stessi, previa verifica, da parte dell'ATS, della sussistenza dei requisiti necessari per tale modalità di carico.
6. L'inosservanza, da parte dei trasportatori, delle misure di biosicurezza di cui ai commi da 1 a 5 comporta, salvo che il fatto costituisca reato, l'applicazione di una sanzione da € 1.500 a € 9.000 e, nel caso di trasporto a fini commerciali, la contestuale sospensione dell'autorizzazione al trasporto da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi.
7. Il trasportatore a fini commerciali al quale viene contestata la stessa infrazione per tre volte nel corso di tre anni consecutivi incorre nella revoca dell'autorizzazione.

Capo II

Norme relative alla tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo

Art. 89

(Oggetto e finalità)

1. La Regione, in attuazione della legge 14 agosto 1991, n. 281 (Legge quadro in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo), anche al fine di favorire la convivenza tra uomo e animale, nonché di tutelarne la salute e il benessere, promuove la prevenzione del randagismo, la protezione e la tutela degli

animali d'affezione a cui riconosce la dignità di esseri viventi, nel rispetto delle loro esigenze fisiologiche ed etologiche, condannando ogni tipo di maltrattamento, compreso l'abbandono.

2. Ai fini del presente capo, per animali d'affezione s'intendono quelli che stabilmente od occasionalmente convivono con l'uomo, mantenuti per compagnia e che possono svolgere attività utili all'uomo.

3. Le disposizioni del presente capo si applicano, inoltre, agli animali appartenenti alle specie considerate d'affezione che vivono in libertà, in contesti urbani ed extraurbani. Restano esclusi gli animali selvatici ed esotici di cui alla legge 19 dicembre 1975, n. 874 (Ratifica ed esecuzione della convenzione sul commercio internazionale delle specie animali e vegetali in via di estinzione, firmata a Washington il 3 marzo 1973).

Art. 90

(Obblighi e divieti)

1. I proprietari, i possessori e i detentori a qualsiasi titolo di animali d'affezione sono tenuti ad assicurare ad essi condizioni di vita adeguate sotto il profilo dell'alimentazione, dell'igiene, della salute, del benessere, della sanità dei luoghi di ricovero e contenimento e degli spazi di movimento, secondo le caratteristiche di specie e di razza, nel rispetto delle loro esigenze fisiologiche ed etologiche.

2. E' vietato:

a) abbandonare gli animali; infliggere ad essi maltrattamenti; alimentarli in modo improprio o insufficiente; detenerli in condizioni igienico-sanitarie non adeguate o comunque in strutture o spazi non idonei, in base alle attuali conoscenze scientifiche e secondo quanto previsto dalla normativa vigente;

b) esercitare la pratica dell'accattonaggio esibendo animali di età inferiore ai quattro mesi, animali comunque in stato di incuria, di denutrizione, in precarie condizioni di salute, detenuti in evidenti condizioni di maltrattamento, impossibilitati alla deambulazione o comunque sofferenti per le condizioni ambientali in cui sono tenuti o in condizioni tali da suscitare pietà;

c) usare animali come premio o regalo per giochi, feste e sagre, lotterie, sottoscrizioni o altre attività;

d) destinare al commercio cani o gatti di età inferiore ai sessanta giorni ed esporre nelle vetrine degli esercizi commerciali o all'esterno degli stessi tutti gli animali d'affezione di cui all'articolo 104;

e) vendere animali a minorenni.

3. Sono altresì vietati spettacoli, feste, gare, manifestazioni, giochi, lotterie, sottoscrizioni a premi ed esposizioni pubbliche e private che comportino per gli animali maltrattamenti, costrizione o detenzione inadeguata in strutture anguste. In ogni caso è vietato organizzare, promuovere o assistere a combattimenti fra animali.

4. Gli animali d'affezione devono essere tenuti in condizioni tali da non costituire pericolo per la salute umana.

5. L'addestramento deve essere impartito esclusivamente con metodi non violenti e non può imporre all'animale comportamenti contrari alla sua attitudine naturale.

6. Il trasporto e la custodia degli animali d'affezione devono avvenire in modo adeguato alla specie. I mezzi di trasporto e gli imballaggi devono essere tali da proteggere gli animali da intemperie e da evitare lesioni, consentendo altresì l'ispezione, l'abbeveramento, il nutrimento e la cura degli stessi. La ventilazione e la cubatura devono essere adeguate alle condizioni di trasporto e alla specie animale trasportata.

Art. 91

(Competenze della Regione)

1. La Regione:

a) istituisce il sistema informativo dell'anagrafe canina di cui all'articolo 109, comma 1, lettera a);

b) individua, sentiti i comuni, le modalità di organizzazione, funzionamento e gestione dell'anagrafe canina di cui alla lettera a);

c) definisce i criteri per il risanamento dei canili comunali e per la costruzione di nuovi rifugi, ai sensi dell'articolo 3, comma 2, della legge 281/1991;

d) redige il piano regionale di cui all'articolo 117, comma 1, in collaborazione con la consulta regionale di cui all'articolo 117, comma 6;

e) promuove un protocollo d'intesa con le aziende farmaceutiche per la concessione alle strutture di ricovero pubbliche e private senza fini di lucro di agevolazioni sull'acquisto di medicinali destinati alle cure degli animali ospitati, fatte salve le norme di legge riguardanti la prescrizione, la detenzione e l'utilizzo del farmaco veterinario.

2. Con regolamento di attuazione si definiscono:

- a) i requisiti strutturali e le modalità di gestione delle strutture di ricovero sanitario degli animali d'affezione e dei rifugi;
- b) i requisiti strutturali e le modalità di gestione delle strutture private destinate al ricovero, al pensionamento, all'allevamento o al commercio degli animali d'affezione;
- c) le procedure per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento, da parte del sindaco, delle strutture di cui alle lettere a) e b);
- d) le procedure per l'affidamento e la cessione degli animali;
- e) l'obbligo per chiunque gestisce strutture pubbliche o private destinate al ricovero di animali, anche per periodi di tempo limitato, oppure esercita l'attività di commercio o di allevamento, di tenere apposito registro vidimato dal dipartimento di prevenzione veterinario dell'ATS, che permetta di identificare l'animale, nonché di risalire alla sua provenienza e alla sua eventuale destinazione finale;
- f) le modalità di presentazione della domanda di autorizzazione di cui all'articolo 116, la documentazione necessaria, nonché i tempi per l'adeguamento delle strutture esistenti.

Art. 92

(Competenze delle ATS)

1. Le funzioni e le attività sanitarie necessarie a garantire sul territorio regionale gli interventi previsti dal presente capo sono svolte dall'ATS, se del caso tramite idonea articolazione.

2. All'articolazione di cui al comma 1 spettano:

- a) la gestione dell'anagrafe canina;
- b) l'organizzazione dell'attività di accalappiamento dei cani vaganti, nonché di raccolta dei gatti che vivono in libertà ai fini della loro sterilizzazione, limitatamente a quanto indicato dall'articolo 96, commi 4, 5 e 6;
- c) il censimento delle zone in cui esistono colonie feline;
- d) la stipula di accordi di collaborazione con i privati e le associazioni per la gestione delle colonie feline;
- e) gli interventi di controllo demografico della popolazione canina e felina;
- f) la soppressione, esclusivamente con metodi eutanasi, dei cani catturati e dei gatti raccolti, qualora ne ricorrano le condizioni;
- g) il ricovero sanitario per l'esecuzione degli interventi di profilassi, diagnosi e terapia sui cani ricoverati e sui gatti che vivono in stato di libertà, per il tempo previsto dalla legislazione sanitaria, ai fini della profilassi antirabbica e della degenza sanitaria;
- h) l'attività di vigilanza, di prevenzione e di accertamento, effettuata dal personale incaricato, delle infrazioni previste dal presente capo, ferma restando l'analoga competenza attribuita ad altri soggetti.

3. Le competenze di cui alle lettere b), c) e d) del comma 2 sono esercitate d'intesa con i comuni.

4. Al direttore generale dell'ATS competono:

- a) la titolarità dei poteri sanzionatori relativi alle infrazioni amministrative previste dal presente capo;
- b) l'emanazione del provvedimento propedeutico all'erogazione dell'indennizzo regionale;
- c) l'approvazione, su proposta del dipartimento di cui al comma 1, dei progetti attuativi degli interventi affidati all'ATS dal piano regionale.

Art. 93

(Competenze degli enti locali e del sindaco, quale autorità sanitaria locale)

1. Ai comuni, singoli o associati, e alle comunità montane competono:

- a) la predisposizione, nell'ambito del territorio provinciale o di provincia contigua, se più vicino, delle strutture di ricovero destinate alla funzione di canile sanitario e di canile rifugio, acquisendone la disponibilità nelle forme ritenute più opportune. Le strutture destinate alla funzione di canile sanitario sono messe a disposizione delle ASL competenti in comodato d'uso;
- b) il servizio di ricovero di animali d'affezione catturati o raccolti, fatta salva la facoltà per i comuni di demandarlo, mediante convenzioni, ad enti pubblici, associazioni e cooperative sociali di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali);
- c) l'attività di vigilanza, di prevenzione ed accertamento, effettuata dal corpo di polizia locale, delle infrazioni previste dal presente capo;
- d) la realizzazione di campagne informative sugli obiettivi del presente capo e sulle modalità di attuazione, anche avvalendosi della collaborazione delle associazioni di cui all'articolo 120 e dei medici veterinari;
- e) la predisposizione di sportelli per l'anagrafe canina;
- f) la collaborazione con l'ATS per le funzioni di competenza;

- g) l'eventuale istituzione dell'ufficio tutela animali e di un fondo speciale per la sterilizzazione di cani e gatti i cui proprietari versino in stato di indigenza;
- h) la stipula di convenzioni o accordi di collaborazione, di intesa con l'ATS, con i privati e le associazioni per la gestione delle colonie feline.

2. Il sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale:

- a) rilascia l'autorizzazione al funzionamento dei rifugi, pubblici o privati, e delle altre strutture di ricovero per animali previste dal presente capo;
- b) può disporre, in caso di maltrattamenti, anche ai fini della tutela igienico-sanitaria, che gli animali d'affezione siano posti in osservazione per l'accertamento delle loro condizioni fisiche.

3. Alle province competono l'organizzazione e lo svolgimento dei corsi di qualificazione per gli operatori volontari delle associazioni di cui all'articolo 120, sulla base delle indicazioni contenute nel piano regionale, ai fini dell'esercizio dell'attività di collaborazione con l'ATS e con gli enti locali.

4. Le province possono inoltre:

- a) promuovere, in collaborazione con la consulta regionale, la mappatura della situazione esistente, nonché la raccolta delle istanze di amministrazioni pubbliche, enti, associazioni e privati cittadini;
- b) coordinare le associazioni iscritte nel registro provinciale del volontariato, ai sensi della legge regionale 14 febbraio 2008, n. 1 (Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso);
- c) adottare misure idonee a prevenire maltrattamenti nei confronti degli animali.

Art. 94

(Anagrafe canina regionale)

1. La Giunta regionale:

- a) istituisce l'anagrafe canina, consistente nel registro della popolazione canina presente sul territorio regionale, mediante la raccolta e la gestione dei dati provenienti dalle singole anagrafi canine delle ASL. A tale scopo la Giunta predispone un sistema informativo che assicuri il recupero dei dati già esistenti nelle anagrafi attivate in conformità alla legge regionale 8 settembre 1987, n. 30 (Prevenzione del randagismo-tutela degli animali e della salute pubblica) e il necessario collegamento con la CRS-SISS;
- b) individua le modalità per la gestione dell'anagrafe canina, con il coinvolgimento dei comuni e dei medici veterinari libero-professionisti, al fine di consentire la maggiore disponibilità di sportelli per l'anagrafe canina.

2. Il proprietario, il possessore o il detentore, anche temporaneo, di un cane, compreso chi ne fa commercio, è tenuto ad iscriverlo all'anagrafe canina entro quindici giorni dall'inizio del possesso o entro trenta giorni dalla nascita e comunque prima della sua cessione a qualunque titolo.

3. In caso di cessione definitiva, il cedente e il nuovo proprietario sono tenuti a farne denuncia all'anagrafe canina entro quindici giorni.

4. Il proprietario, il possessore o il detentore è tenuto a denunciare all'anagrafe canina la morte dell'animale e i cambiamenti di residenza entro quindici giorni.

5. L'identificazione del cane è eseguita solo da veterinari accreditati con metodologia indolore, secondo le tecniche più avanzate, ed è contestuale all'iscrizione all'anagrafe canina. Nel caso in cui l'identificazione dovesse risultare illeggibile, il proprietario, il possessore o il detentore è tenuto a provvedere nuovamente all'identificazione del cane.

6. Le denunce e le registrazioni effettuate in conformità alla l.r. 30/1987 non devono essere ripetute. Ai tatuaggi si applica quanto previsto al comma 5, secondo periodo.

Art. 95

(Cani smarriti e rinvenuti)

1. La scomparsa di un cane deve essere denunciata dal proprietario, possessore o detentore entro sette giorni al dipartimento di prevenzione veterinario o alla polizia locale territorialmente competenti. L'organo che riceve la denuncia di scomparsa deve registrarla nell'anagrafe canina.

2. Chiunque ritrovi un cane vagante è tenuto a darne pronta comunicazione all'ATS, consegnandolo al più presto al canile sanitario o fornendo le indicazioni necessarie al suo ritiro. L'organo che riceve la segnalazione del ritrovamento deve prontamente comunicarla ai fini della registrazione nell'anagrafe canina.

3. La notifica del ritrovamento del cane al proprietario, possessore o detentore comporta l'obbligo del ritiro entro cinque giorni e del pagamento dei costi sostenuti per la cattura, le eventuali cure ed il mantenimento. La Giunta regionale definisce i criteri e le modalità per la determinazione dei costi e i provvedimenti da assumere a carico degli inadempienti all'obbligo di ritiro.

4. Gli interventi sanitari previsti dall'articolo 97, con particolare riguardo al controllo medico-veterinario, all'identificazione e agli interventi di pronto soccorso prestati ai cani di cui al comma 2 del presente articolo, sono effettuati dal dipartimento di prevenzione veterinario intervenuto e sono posti a carico dell'ASL competente per territorio.

5. Gli animali ricoverati nelle strutture di cui agli articoli 97 e 99 e in quelle destinate al ricovero, al pensionamento e al commercio di animali d'affezione non possono essere destinati ad alcun tipo di sperimentazione.

6. I metodi di accalappiamento devono essere tali da evitare ai cani inutili sofferenze.

Art. 96

(Protezione dei gatti)

1. I gatti che vivono in stato di libertà sono protetti ed è vietato maltrattarli o allontanarli dal loro habitat. Se il comune, d'intesa con l'ATS, accerta che l'allontanamento si rende inevitabile per la loro tutela o per gravi motivazioni sanitarie, individua altra idonea collocazione, nel rispetto delle norme igieniche. S'intende per habitat di colonia felina qualsiasi territorio o porzione di territorio nel quale viva stabilmente una colonia felina, indipendentemente dal fatto che sia o meno accudita.

2. Per favorire i controlli sulla popolazione felina, l'ATS, d'intesa con i comuni e con la collaborazione delle associazioni di cui all'articolo 105, provvede a censire le zone in cui esistono colonie feline.

3. I privati e le associazioni di cui all'articolo 105 possono, previo accordo di collaborazione con il comune e d'intesa con l'ASL, gestire le colonie feline, per la tutela della salute e la salvaguardia delle condizioni di vita dei gatti.

4. La cattura dei gatti che vivono in stato di libertà è consentita solo per la sterilizzazione, per le cure sanitarie o per l'allontanamento di cui al comma 1 ed è effettuata dal dipartimento di prevenzione veterinario e dai soggetti di cui al comma 3.

5. I gatti sterilizzati, identificati con apposito contrassegno o tatuaggio al padiglione auricolare, sono reimmessi nel loro habitat originario o in un habitat idoneo.

6. La soppressione dei gatti che vivono in stato di libertà può avvenire solo alle condizioni e con le modalità di cui all'articolo 98.

Art. 97

(Interventi sanitari)

1. Il dipartimento di prevenzione veterinario assicura:

a) il controllo sanitario temporaneo dei cani e dei gatti durante il periodo di osservazione di cui all'articolo 86 del d.p.r. 320/1954 o che si rende necessario per comprovate esigenze sanitarie;

b) gli interventi di profilassi, diagnosi, terapia e controllo demografico previsti dalla normativa vigente o ritenuti necessari sugli animali ricoverati, nel periodo di controllo sanitario temporaneo di cui alla lettera a);

c) gli interventi di pronto soccorso atti alla stabilizzazione di cani vaganti o gatti che vivono in libertà, ritrovati feriti o gravemente malati;

d) l'identificazione, la ricerca e la restituzione al proprietario dei cani raccolti;

e) la sterilizzazione dei gatti che vivono in libertà e la degenza post-operatoria;

f) la sterilizzazione dei cani ricoverati e la degenza post-operatoria, eseguita al fine del controllo delle nascite e dei comportamenti indesiderati, che deve essere effettuata previa autorizzazione del responsabile sanitario della struttura, nelle veci del proprietario.

2. Gli interventi sanitari di cui al comma 1 devono essere eseguiti in adeguate strutture, individuate dal dipartimento di prevenzione veterinario, anche presso i rifugi.

Art. 98

(Eutanasia)

1. I cani, i gatti e gli altri animali di affezione ricoverati nelle strutture di cui agli articoli 97 e 99, possono essere soppressi solo se gravemente malati e incurabili, se affetti da gravi sofferenze o in caso di loro comprovata pericolosità.

2. La soppressione è effettuata ad opera di medici veterinari, con metodi eutanasici che non arrechino sofferenza all'animale, preceduti da idoneo trattamento anestetico.

3. Ciascuna struttura tiene un registro degli animali soppressi in cui sono specificati la diagnosi e il motivo della soppressione.

Art. 99

(Rifugi per animali)

1. I comuni, singoli o associati, e le comunità montane ospitano nei canili rifugio:
 - a) i cani raccolti o rinvenuti vaganti, successivamente agli interventi sanitari di cui all'articolo 97;
 - b) i cani e i gatti affidati a qualunque titolo dalla forza pubblica;
 - c) i cani e i gatti ceduti definitivamente dal proprietario ed accettati dal comune, con la possibilità di porre a carico del cedente le spese di mantenimento;
 - d) altri animali d'affezione, compatibilmente con la recettività e le caratteristiche tecniche della struttura.
2. I criteri per il risanamento dei canili comunali esistenti e per la costruzione dei nuovi rifugi sono determinati dalla Giunta regionale.
3. La gestione dei rifugi può essere demandata dai comuni, previa stipulazione di convenzioni, a cooperative sociali di cui alla legge 381/1991 o associazioni. A condizioni equivalenti è riconosciuto diritto di prelazione alle associazioni di cui all'articolo 105.
4. I rifugi sono aperti al pubblico almeno quattro giorni alla settimana, compresi il sabato o la domenica, con un minimo di quattro ore al giorno, per favorire la ricollocazione degli animali presso nuovi proprietari. Gli orari e i giorni di apertura sono esposti all'ingresso delle strutture. Gli enti protezionistici possono accedere alle strutture anche in altri orari concordati con i responsabili delle stesse.
5. I gestori dei rifugi devono adottare opportune misure al fine del controllo delle nascite.
6. I rifugi devono garantire l'assistenza veterinaria e gli interventi di pronto soccorso e di alta specializzazione necessari, anche mediante convenzioni con strutture pubbliche o private.

Art. 100

(Cessione e affido)

1. I cani e i gatti ricoverati presso le strutture di cui agli articoli 97 e 99, d'età non inferiore ai sessanta giorni, nonché gli altri animali di affezione possono essere ceduti gratuitamente ai privati maggiorenni che diano garanzie di adeguato trattamento o alle associazioni di cui all'articolo 105.
2. E' fatto divieto di cessione o affido di cani o gatti ricoverati presso le strutture a coloro che hanno riportato condanne per maltrattamenti ad animali.
3. La cessione gratuita dei cani ricoverati presso le strutture può avvenire trascorsi sessanta giorni dal ricovero.
4. E' consentito l'affido temporaneo gratuito dei cani prima del termine di cui al comma 3, con l'osservanza delle seguenti prescrizioni:
 - a) deve essere decorso il periodo di osservazione ;
 - b) l'affidatario non può affidare l'animale durante il periodo di affido, senza il consenso scritto del gestore del canile affidante;
 - c) l'affido temporaneo non può essere consentito a privati cittadini o a enti non aventi residenza o sede in Italia.

Art. 101

(Autorizzazioni)

1. Le strutture di cui agli articoli 97 e 99 e quelle destinate al ricovero, al pensionamento e al commercio di animali d'affezione devono essere autorizzate dal sindaco, previo parere favorevole dell'ATS..

Art. 102

(Piano degli interventi e consulta regionale)

1. Al fine di garantire la salute pubblica e la tutela degli animali d'affezione, la Giunta regionale, con la collaborazione tecnica della consulta regionale, acquisito il parere della commissione consiliare competente, approva il piano regionale triennale degli interventi in materia di:
 - a) educazione sanitaria e zoofila;
 - b) controllo demografico della popolazione animale;
 - c) prevenzione del randagismo.
2. Il piano include gli interventi educativi di responsabilizzazione dei proprietari e prevede le risorse per l'attuazione degli interventi di cui al comma 1.
3. Sulla base dei dati provenienti dall'anagrafe canina, dal censimento delle colonie feline e dalle strutture di ricovero autorizzate, il piano prevede:

- a) i criteri per l'analisi del fenomeno dell'abbandono dei cani e della formazione di colonie urbane di gatti liberi;
 - b) i tempi di attuazione delle fasi del piano, secondo criteri di priorità, e le relative scadenze;
 - c) i criteri per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi e per la verifica, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato, le scuole, gli enti locali e i privati, del raggiungimento degli obiettivi;
 - d) le modalità che consentono una uniforme raccolta e diffusione dei dati;
 - e) le modalità di utilizzazione della quota assegnata dallo Stato ai sensi dell'articolo 3 della legge 281/1991;
 - f) la promozione delle iniziative di informazione di cui all'articolo 3, comma 4, lettera a), della legge 281/1991;
 - g) i criteri per l'organizzazione dei corsi d'aggiornamento o di formazione professionale di cui all'articolo 3, comma 4, lettera b), della legge 281/1991.
4. Gli interventi previsti dal piano sono attuati anche tramite specifiche convenzioni fra la Regione, le ASL, le province, i comuni, l'Ufficio scolastico regionale per la Lombardia e le associazioni di cui all'articolo 120.
5. L'ATS inserisce gli interventi previsti dal piano nella programmazione delle attività istituzionali.
6. E' costituita, con deliberazione della Giunta regionale, la consulta regionale per la tutela degli animali d'affezione e per la prevenzione del randagismo composta da:
- a) un dirigente della struttura regionale competente;
 - b) un medico veterinario dell'ATS;
 - c) un rappresentante delle province designato dall'unione delle province lombarde (UPL);
 - d) tre rappresentanti dei comuni designati dall'associazione regionale dei comuni lombardi (ANCI Lombardia);
 - e) tre esperti designati dalle associazioni di cui all'articolo 105;
 - f) un docente della facoltà di medicina veterinaria dell'Università degli studi di Milano;
 - g) due medici veterinari designati dalle associazioni di categoria dei medici veterinari;
 - h) un medico veterinario designato dalla federazione regionale degli ordini provinciali dei medici veterinari;
 - i) un rappresentante dell'Ufficio scolastico regionale per la Lombardia.

Art. 103

(Controllo demografico)

- 1. Gli interventi per la limitazione delle nascite dei gatti che vivono in libertà sono effettuati secondo quanto previsto dal presente capo e dall'articolo 2, comma 8, della legge 281/1991.
- 2. I cani ricoverati presso le strutture e i rifugi di cui agli articoli 97 e 99 possono essere sterilizzati per finalità di interesse pubblico dai medici veterinari dell'ATS o da medici veterinari liberi professionisti incaricati dall'ATS o dai comuni.

Art. 104

(Indennizzo)

- 1. La Regione indennizza le perdite di capi di bestiame causate da cani randagi o inselvaticiti e accertate dall'ASL competente, che ne determina il valore.

Art. 105

(Volontariato)

- 1. Le associazioni di volontariato iscritte nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato di cui alla legge 11 agosto 1991, n. 266 (Legge quadro sul volontariato) e alla l.r. 1/2008 o riconosciute a livello nazionale e il cui statuto indichi come finalità la protezione degli animali e dell'ambiente possono collaborare all'effettuazione degli interventi di educazione sanitaria e di controllo demografico della popolazione canina e dei gatti che vivono in libertà, previo accordo con l'ATS o con i comuni.

Art. 106

(Controlli)

- 1. Le attività di accertamento delle infrazioni previste dal presente capo competono alle ATS e ai comuni.
- 2. Per l'esercizio delle attività di cui al comma 1, i comuni possono avvalersi, mediante convenzioni, della collaborazione delle guardie volontarie delle associazioni di cui all'articolo 105 alle quali sia riconosciuta la qualifica di guardia giurata ai sensi del regio decreto 18 giugno 1931, n. 773 (Approvazione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza), e degli operatori volontari appartenenti alle medesime associazioni.

3. Le province, d'intesa con l'ATS, concordano le modalità per il rilascio delle idoneità agli operatori volontari, a seguito del superamento degli esami previsti al termine dei corsi previsti dal presente capo. I contenuti dei corsi sono stabiliti dalle competenti direzioni generali regionali.

4. La tessera di riconoscimento è rilasciata al personale dell'ATS incaricato dei controlli previsti dalle norme di tutela degli animali.

Art. 107 (Sanzioni)

1. Fatte salve le ipotesi di responsabilità penale, ai contravventori del presente capo si applicano le seguenti sanzioni:

a) da € 150 a € 900 per chi viola le disposizioni di cui all'articolo 90, comma 1, comma 2, lettere a), b), c), comma 3, primo periodo, comma 4 e comma 5;

b) da € 500 a € 3.000 per chi viola le disposizioni di cui all'articolo 90, comma 2, lettera d) e comma 3, secondo periodo;

c) da € 25 a € 150 per chi viola le disposizioni di cui all'articolo 90, comma 6;

d) da € 25 a € 150 per chi viola le disposizioni di cui agli articoli 95 e 95, comma 1;

e) da € 150 a € 900 per chi viola la disposizione di cui all'articolo 95, comma 3;

f) da € 25 a € 150 per chi viola la disposizione di cui all'articolo 95, comma 2;

g) da € 50 a € 300 per chi viola le disposizioni di cui all'articolo 96, commi 1, 4 e 6;

h) da € 50 a € 300 per chi viola le disposizioni di cui all'articolo 98;

i) da € 50 a € 300 per chi viola le disposizioni di cui all'articolo 100, comma 4, lettera b);

j) da € 500 a € 3.000 per chi viola le disposizioni di cui all'articolo 94, comma 5, primo periodo e per chi svolge le attività previste dalla legge in strutture prive dell'autorizzazione di cui all'articolo 101..

2. Le somme riscosse sono introitate dall'ATS anche attraverso i comuni e destinate alla realizzazione degli interventi conseguenti all'attuazione del presente capo.

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

Art. 108 (Oggetto e finalità)

1. Il presente titolo disciplina le attività e i servizi correlati al decesso, nel rispetto della dignità e delle diverse convinzioni religiose e culturali di ogni persona, al fine di tutelare l'interesse degli utenti dei servizi funebri, anche tramite una corretta informazione e di improntare le attività di vigilanza sanitaria a principi di efficacia e di efficienza.

Art. 109 (Spazi per i funerali civili)

1. I comuni assicurano spazi pubblici idonei allo svolgimento dei funerali civili; questi spazi devono consentire la riunione di persone e lo svolgimento dell'orazione funebre nel rispetto delle volontà del defunto e dei suoi familiari.

Art. 110 (Adempimenti conseguenti al decesso)

1. Per la dichiarazione o avviso di morte si osservano le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396 (Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'art. 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127).

2. Nei casi in cui non si proceda all'espianto di organi, il medico curante o il suo sostituto certifica la causa del decesso, secondo le procedure previste dalla normativa statale, ad esclusione dei casi di cui al comma 4.

3. L'accertamento di morte è effettuato, su richiesta dell'ufficiale di stato civile, da un medico incaricato dall'ATS delle funzioni di necroscopo.

4. In caso di decesso presso una struttura sanitaria pubblica o privata che eroghi prestazioni in regime di ricovero o in una struttura sociosanitaria, le certificazioni di cui ai commi 2 e 3 sono rilasciate dal direttore sanitario o da un medico delegato.

Art. 111

(Osservazione e trattamenti sui cadaveri)

1. I cadaveri non possono essere seppelliti né sottoposti ad alcuno dei trattamenti previsti dal comma 8 prima dell'accertamento di morte e, comunque, prima che siano trascorse ventiquattro ore dal decesso, ad eccezione dei casi di decapitazione, maciullamento, avanzato stato di decomposizione o putrefazione, ovvero dei casi in cui sia stata effettuata rilevazione elettrocardiografica della durata di venti minuti o ricorrano altre ragioni speciali a giudizio del medico incaricato delle funzioni di necroscopo.
2. Durante il periodo di cui al comma 1 i cadaveri sono posti in condizioni tali da non ostacolare e da rilevare eventuali manifestazioni di vita.
3. In caso di decesso di persona affetta da malattia infettiva e diffusiva, il medico necroscopo adotta le necessarie precauzioni a tutela della salute pubblica, compresa la chiusura del feretro prima delle ventiquattro ore dal decesso.
4. In caso di trasporto dal luogo del decesso ad altro luogo, sito anche in altro comune, per l'espletamento del periodo di osservazione o per altri accertamenti, la salma è riposta in un contenitore impermeabile non sigillato, in condizioni che non ostacolano eventuali manifestazioni di vita e che comunque non siano di pregiudizio per la salute pubblica. Del trasporto è data preventiva comunicazione all'ufficiale di stato civile del comune in cui è avvenuto il decesso.
5. Oltre alle strutture comunali già esistenti, le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, che operano in regime di ricovero, ricevono, in aggiunta alle salme di persone ivi decedute e nei limiti delle proprie disponibilità, i cadaveri di persone decedute in luoghi pubblici o in abitazioni delle quali l'ATS abbia certificato l'antigenicità, per:
 - a) il periodo di osservazione di cui al comma 1;
 - b) l'effettuazione di riscontro diagnostico, autopsia o altro provvedimento disposto dall'autorità giudiziaria.
6. Su richiesta dei congiunti, le salme possono essere poste, per il periodo di osservazione, presso strutture gestite da operatori pubblici e privati, denominate sale del commiato.
7. Le sale del commiato possiedono le caratteristiche igienico-sanitarie previste per le camere mortuarie dal d.p.r. 14 gennaio 1997.
8. Sono consentiti trattamenti di imbalsamazione secondo le modalità stabilite dal decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285 (Approvazione del regolamento di polizia mortuaria).

Art. 112

(Prelievo di cornea a scopo di trapianto terapeutico e utilizzo di cadaveri per finalità di studio)

1. Per consentire il prelievo di cornea presso l'abitazione in cui è avvenuto il decesso di persona che abbia dichiarato la volontà di donare gli organi, i congiunti o conviventi ne danno immediata comunicazione all'ATS..
2. Nel caso in cui la persona deceduta abbia disposto l'utilizzo del proprio cadavere per finalità di studio, ricerca e insegnamento, i congiunti o conviventi ne danno comunicazione al comune, che autorizza il trasporto, previo assenso e a spese dell'istituto ricevente.

Art. 113

(Trasporto funebre)

1. Il trasporto e il seppellimento di cadaveri, resti mortali, ceneri, parti anatomiche, nati morti e prodotti abortivi sono soggetti ad autorizzazione.
2. I trasporti di salme, resti ossei o ceneri da o per l'estero sono autorizzati dal comune in cui è avvenuto il decesso.
3. L'addetto al trasporto di cadavere, in quanto incaricato di pubblico servizio, verifica, prima della partenza, che il feretro, in relazione alla destinazione e alla distanza da percorrere, sia stato adeguatamente confezionato. Per i trasporti all'estero la verifica è effettuata dall'ATS, che può disporre l'adozione di particolari misure igienico-sanitarie.
4. La vigilanza sui trasporti di cui ai commi 1 e 2 spetta al comune, che si avvale dell'ATS relativamente agli aspetti igienico-sanitari, compresa l'idoneità degli automezzi e delle rimesse dei carri funebri.

Art. 114

(Cremazione)

1. L'autorizzazione alla cremazione è concessa nel rispetto dei principi e delle modalità di cui alla legge 30 marzo 2001, n. 130 (Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri).
2. La dispersione delle ceneri avviene nei luoghi indicati dall'articolo 3, comma 1, lett. c) della legge 130/2001 o nel cinerario comune ed è eseguita dal coniuge o da altro familiare o dal personale a tal fine autorizzato dall'avente diritto, dall'esecutore testamentario o, in caso di iscrizione del defunto ad associazione che abbia tra i propri fini statutari la cremazione dei cadaveri degli associati, dal rappresentante legale dell'associazione stessa.
3. E' autorizzato, in caso di cremazione, l'uso di feretri di legno dolce non verniciato, al fine di ridurre i fumi inquinanti e i tempi di cremazione.
4. Se il defunto non ha manifestato la volontà di far disperdere le sue ceneri, queste vengono riposte in un'urna sigillata, recante i dati anagrafici, per la tumulazione o l'affidamento ai familiari.
5. La consegna dell'urna cineraria è effettuata previa sottoscrizione di un documento nel quale i soggetti di cui al comma 2 dichiarano la destinazione finale dell'urna o delle ceneri; il documento, conservato in copia presso l'impianto di cremazione e presso il comune in cui è avvenuto il decesso, costituisce documento di accompagnamento obbligatorio nelle fasi di trasporto delle ceneri.
6. In caso di comprovata insufficienza delle sepolture, l'ufficiale di stato civile autorizza la cremazione delle salme inumate da almeno dieci anni e delle salme tumulate da almeno venti anni, secondo le procedure previste per l'autorizzazione alla cremazione o, in caso di irreperibilità dei familiari, dopo trenta giorni dalla pubblicazione nell'albo pretorio del comune di specifico avviso.

Art. 115

(Attività funebre)

1. Per attività funebre s'intende un servizio che comprende e assicura in forma congiunta le seguenti prestazioni:
 - a) disbrigo delle pratiche amministrative inerenti il decesso, su mandato dei familiari;
 - b) vendita di casse e altri articoli funebri, in occasione del funerale;
 - c) trasporto di cadavere, inteso come trasferimento della salma dal luogo del decesso al luogo di osservazione, al luogo di onoranze, al cimitero o al crematorio.
2. L'attività funebre è svolta da ditte individuali, società o altre persone giuridiche in possesso dei requisiti di cui al comma 3.
3. Per poter svolgere l'attività funebre è necessaria l'autorizzazione del comune ove ha sede commerciale la ditta individuale, società, o altra persona giuridica, rilasciata sulla base del possesso dei requisiti stabiliti con il regolamento di cui all'articolo 117.
4. Il conferimento dell'incarico per il disbrigo delle pratiche amministrative, la vendita di casse e articoli funebri e ogni altra attività connessa al funerale si svolge unicamente nella sede autorizzata o, eccezionalmente, su richiesta degli interessati, presso altro luogo, purché non all'interno di strutture sanitarie di ricovero e cura pubbliche e private e locali di osservazione.
5. L'autorizzazione allo svolgimento di attività funebre non comprende funzioni di natura pubblica, quali la sorveglianza durante il periodo di osservazione in strutture sanitarie o l'accertamento di morte.
6. Gli addetti allo svolgimento della attività funebre possiedono i requisiti formativi previsti dal regolamento di cui all'articolo 117..
7. Il comune informa la cittadinanza sull'attività funebre, con particolare riguardo alle differenti forme di seppellimento, ai relativi profili economici e alle imprese operanti nel proprio territorio.
8. La Regione, d'intesa con le associazioni rappresentative dei comuni e di categoria, promuove l'adozione del codice deontologico delle ditte individuali, delle società e delle altre persone giuridiche che svolgono attività funebre.

Art. 116

(Cimiteri)

1. Il comune è tenuto a dare sepoltura:
 - a) ai cadaveri dei propri residenti e delle persone morte nel territorio del comune, anche se non residenti;
 - b) ai cadaveri di aventi diritto al seppellimento in sepoltura privata esistente nel comune stesso;
 - c) ai nati morti e prodotti del concepimento, il cui parto o aborto sia avvenuto in struttura sanitaria sita nel territorio comunale;
 - d) alle parti anatomiche riconoscibili, derivanti da interventi avvenuti in struttura sanitaria sita nel territorio comunale;

- e) alle ossa, ai resti mortali e alle ceneri derivanti da cadaveri di cui alle lettere a), b), c) e d).
2. Ogni comune, nell'ambito della pianificazione urbanistica e territoriale, prevede aree cimiteriali in grado di rispondere alle necessità di sepoltura nell'arco dei venti anni successivi all'adozione degli strumenti urbanistici, tenuto conto degli obblighi di cui al comma 1, e con la finalità di favorire il ricorso alle forme di sepoltura di minor impatto sull'ambiente, quali l'inumazione e la cremazione.
3. La gestione e manutenzione dei cimiteri possono essere affidate a soggetti pubblici o privati. Se il gestore del cimitero svolge anche attività funebre è obbligatoria la separazione societaria prevista dalla legge 10 ottobre 1990, n. 287 (Norme per la tutela della concorrenza e del mercato).
4. L'area cimiteriale è delimitata da idonea recinzione. L'area di rispetto lungo il perimetro cimiteriale è definita considerando:
- la necessità di dotazione di parcheggi e servizi per i frequentatori;
 - l'eventuale necessità di ampliamento, in relazione alle previsioni di cui al comma 2;
 - l'eventuale presenza di servizi o impianti tecnologici all'interno del cimitero e le conseguenti distanze di tutela;
 - il rispetto delle attività di culto dei dolenti.
5. Il comune, su richiesta di privati, associazioni o enti morali, può concedere in uso aree all'interno del cimitero per sepolture private, nel rispetto dei requisiti tecnici e igienico-sanitari.
6. Il comune può altresì autorizzare:
- la costruzione e l'uso di aree e spazi per la sepoltura di animali d'affezione, secondo le indicazioni tecniche dell'ATS e dell'ARPA;
 - la costruzione di cappelle private fuori dal cimitero, purché contornate da un'area di rispetto;
 - la tumulazione in luoghi al di fuori del cimitero, previo parere e secondo le indicazioni tecniche dell'ASL e dell'ARPA, quando ricorrano giustificati motivi di speciali onoranze.
7. I comuni definiscono:
- l'assetto interno di ciascun cimitero;
 - i turni di rotazione dei campi di inumazione o le procedure di trattamento del terreno atte a favorire i processi di mineralizzazione;
 - le modalità di concessione e le tariffe delle sepolture private;
 - l'ampiezza delle aree di rispetto di cui al comma 4 e al comma 6, lettera b).
8. Nei casi di cui al comma 7, lettere a) e d), è richiesto il previo parere dell'ATS e dell'ARPA, secondo le rispettive competenze.
9. Il comune autorizza la costruzione di nuovi cimiteri, l'ampliamento o la ristrutturazione di quelli esistenti, previo parere vincolante dell'ATS e dell'ARPA, secondo le rispettive competenze. La soppressione di cimiteri è autorizzata dall'ASL.

Art. 117

(Regolamento di attuazione)

1. Con regolamento si definiscono:
- i requisiti e le modalità per l'autorizzazione allo svolgimento di attività funebre e per la gestione di sale del commiato;
 - le strutture destinate alle funzioni di deposito per l'osservazione dei cadaveri, cui i comuni debbono fare riferimento e i criteri per la ripartizione dei relativi oneri;
 - i requisiti e le caratteristiche per la costruzione di nuovi cimiteri, nonché le condizioni per la soppressione e i criteri di ristrutturazione di quelli esistenti;
 - le caratteristiche dei campi di inumazione, dei loculi areati e non, delle sepolture private e delle strutture cimiteriali;
 - le caratteristiche e le modalità per la realizzazione di sepolture private fuori dai cimiteri;
 - l'ampiezza minima e massima delle aree di rispetto di cui all'articolo 75, comma 4 e comma 6, lettera b).
2. I contenuti di cui al comma 1, lettere c), d), e), f), sono definiti d'intesa con l'ANCI.
3. Con decreto del direttore generale della direzione competente in materia di sanità della Giunta regionale si definiscono:
- le modalità e i casi in cui deve essere effettuata la rimozione di protesi su salme destinate alla cremazione;
 - le modalità di tenuta dei registri cimiteriali.

Art. 118

(Sanzioni)

1. Per le violazioni delle disposizioni del presente capo e del relativo regolamento, salvo che il fatto sia previsto dalla legge come reato, si applicano le seguenti sanzioni:
 - a) da € 500 a € 1.000 per le violazioni dell'articolo 111, comma 4, e delle relative norme regolamentari;
 - b) da € 2.000 a € 5.000 per le violazioni dell'articolo 111, comma 7, e delle relative norme regolamentari;
 - c) da € 1.000 a € 2.000 per le violazioni dell'articolo 111, comma 8;
 - d) da € 1.000 a € 2.000 per le violazioni dell'articolo 113 e delle relative norme regolamentari;
 - e) da € 3.000 a € 9.000 per le violazioni dell'articolo 115, comma 3, e delle relative norme regolamentari;
 - f) da € 3.000 a € 9.000 per le violazioni dell'articolo 115, comma 4.
2. Le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dagli enti competenti per la loro applicazione, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, della legge 90/1983.
3. Per quanto non previsto dal presente capo, si osservano le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689 (Modifiche al sistema penale).

Titolo IX

Norma finanziaria – Abrogazioni – Disposizioni che restano in vigore

Art. 119

(Norma finanziaria)

1. Agli oneri finanziari di natura corrente derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse del fondo socio-sanitario allocate alla missione 13 “Tutela della Salute”-programma 01 “Servizio sanitario regionale –finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA” –Titolo I “Spese correnti” del bilancio regionale quantificate in € 17.920.204.321,00 per ciascun anno del triennio 2015-2017.
2. Alle stesse spese derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede altresì con le risorse provenienti dalle assegnazioni della UE, dello Stato e di altri soggetti pubblici e privati allocate alla missione 13 “Tutela della Salute”- programma 01 “Servizio sanitario regionale –finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA” e programma 7 “Ulteriori spese in materia sanitaria” - titolo I “Spese correnti” e titolo II “Spese in conto capitale” del bilancio regionale.

Art. 120

(Abrogazione della l.r. 33/2009)

1. E' abrogata la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

Art. 121

(Disposizioni che restano in vigore)

1. Restano in vigore, per quanto compatibili con la presente legge, le seguenti disposizioni:
 - a) la legge regionale 20 agosto 1981, n. 48 (Anticipazione al programma di investimenti del piano sanitario regionale 1981/1983);
 - b) gli articoli da 1 a 6, 9, 10, 12, 14, 15 bis e 16 della legge regionale 30 novembre 1981, n. 66 (Norme per la promozione dell'educazione sanitaria motoria e sportiva e per la tutela sanitaria delle attività sportive);
 - c) la legge regionale 5 febbraio 1982, n. 9 (Disciplina degli accertamenti e delle certificazioni medico-legali relativi agli stati di invalidità civile, alle condizioni visive e al sordomutismo);
 - d) la legge regionale 28 novembre 1983, n. 85 (Piano di finanziamento in capitale per opere ed attrezzature ospedaliere ed extra ospedaliere per il triennio 1983/1985);
 - e) la legge regionale 25 marzo 1985, n. 18 (Modifiche alla l.r. 5 febbraio 1982, n. 9 concernente la disciplina degli accertamenti e delle certificazioni medico-legali relative agli stati di invalidità civile, alle condizioni visive e al sordomutismo);
 - f) la legge regionale 10 giugno 1985, n. 76 (Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 28 novembre 1983, n. 85 "Piano di finanziamento in capitale per opere ed attrezzature ospedaliere ed extraospedaliere per il triennio 1983-1985");
 - g) la legge regionale 16 maggio 1986, n. 12 (Provvidenze a favore dei farmacisti rurali);

- h) la legge regionale 8 maggio 1987, n. 16 (La tutela della partoriente e la tutela del bambino in ospedale);
- i) la legge regionale 10 agosto 1987, n. 21 (Interventi straordinari e urgenti in materia sanitaria in conseguenza degli eventi calamitosi verificatisi nel luglio 1987 in Valtellina);
- j) la legge regionale 16 settembre 1988 n. 48 (Norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell'ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali);
- k) la legge regionale 15 settembre 1989, n. 51 (Piano di finanziamento in conto capitale per opere ed attrezzature ospedaliere ed extra ospedaliere per il biennio 1989/1990);
- l) la legge regionale 12 dicembre 1994, n. 41 (Istituzione del sistema bibliotecario biomedico lombardo);
- m) la legge regionale 30 gennaio 1998, n. 2 (Istituzione, composizione e funzionamento del consiglio dei sanitari);
- n) il comma 2 dell'articolo 4 della legge regionale 2 febbraio 2001, n. 3 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative regionali in materia di assetto istituzionale, sviluppo economico, territorio e ambiente e infrastrutture e servizi alla persona, finalizzate all'attuazione del DPEFR ai sensi dell'art. 9-ter della l.r. 34/1978);
- o) la legge regionale 8 febbraio 2005, n. 5 (V Piano regionale sangue e plasma della Regione Lombardia per gli anni 2005/2009);
- p) l'articolo 5 della legge regionale 30 dicembre 2008, n. 38 (Disposizioni in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale - Collegato);
- q) la legge regionale 12 marzo 2008 , n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario).

ALLEGATO A

(Elenco dei certificati, dei documenti e degli adempimenti aboliti)

- a) certificato di sana e robusta costituzione;
- b) certificato di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego;
- c) certificato di idoneità fisica per l'assunzione di insegnanti;
- d) certificato di idoneità fisica per l'assunzione di minori;
- e) certificato di idoneità psicofisica per la frequenza di istituti professionali o corsi di formazione professionale;
- f) certificato per vendita dei generi di monopolio;
- g) libretto di idoneità sanitaria per i parrucchieri;
- h) libretto di idoneità sanitaria per il personale alimentarista;
- i) certificato sanitario per ottenere sovvenzioni contro cessione del quinto dello stipendio;
- j) certificato medico di non contagiosità richiesto agli alimentaristi dopo l'assenza per malattia oltre i cinque giorni;
- k) certificato di idoneità psico-fisica all'attività di giudice onorario o di pace;
- l) certificato di idoneità fisica per l'assunzione di apprendisti;
- m) certificato di idoneità fisica alla qualifica di responsabile tecnico all'esercizio dell'attività di autoriparazione;
- n) certificato di possesso dei requisiti fisici per l'idoneità a direttore o responsabile dell'esercizio di impianto di risalita;
- o) tessera sanitaria per le persone addette ai lavori domestici;
- p) certificato di idoneità all'esecuzione di operazioni relative all'impiego di gas tossici;
- q) obbligo di vidimazione del registro degli infortuni di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 12 settembre 1958 (Istituzione del registro degli infortuni).

Progetto di Legge Regionale

Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario Lombardo

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

La Legge 31/97 ha certamente segnato una profonda rivoluzione nel Sistema Sanitario Regionale, ispirandosi al principio della libera scelta da parte delle persone e delle famiglie, ad una separazione di competenze tra Ente programmatore e controllore (ASL) ed erogatore di prestazioni (AO), oltretutto alla parità tra soggetti di diritto pubblico e privato, accreditati secondo precisi criteri strutturali e qualitativi, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

A distanza di 17 anni, però, la continua evoluzione in ambito sanitario, unitamente ai profondi cambiamenti dei bisogni della persona e la differente strutturazione sociale e della famiglia (a partire dall'assoluta necessità di tutela delle fragilità e della presa in carico della cronicità) impongono una manutenzione al sistema, non effettuata in occasione della stesura della Legge 33/09, il Testo Unico delle Leggi Regionali in Materia di Sanità e Politiche Sociali.

I principi ispiratori di questa revisione legislativa si basano sulla riconferma dei capisaldi della Legge 31/97, con particolare riferimento

- alla libertà di scelta della persona
- alla competitività tra le strutture pubbliche e private, determinata dal sistema degli accreditamenti,
- al rafforzamento della separazione delle competenze tra programmazione ed erogazione dei servizi, attraverso l'introduzione di un meccanismo terzo di controllo e della centralizzazione della regia degli acquisti che generi economia di scala (ASSL – AISA – ARCCS ed ARCA).

Assieme a queste riconferme vengono introdotti alcuni concetti ormai improcrastinabili e precisamente:

- ✓ Implementazione della Rete Ospedaliera con quella Territoriale, con assoluta valorizzazione di quest'ultima;
- ✓ Intersecazione del Sistema Sanitario con quello Socio-Sanitario e stretta collaborazione con le Politiche Sociali gestite dagli Enti Locali;
- ✓ Identificazione delle competenze delle Strutture Specialistiche e di quelle Generalistiche, nella realizzazione di una Rete Ospedaliero-Territoriale in grado di rispondere ai reali bisogni della Persona e della Famiglia, ottimizzando le risorse umane, strutturali ed economiche, con particolare riferimento al rafforzamento delle prestazioni a media e bassa intensità di cura, territorialmente vicine alla genesi delle necessità ed, ove possibile, domiciliare;
- ✓ Programmazione ad ampio respiro dell'offerta socio sanitaria basata sull'epidemiologia territoriale, intersecata con le più moderne linee guida scientificamente validate a livello internazionale ed utilizzando criteri basati sui principi di appropriatezza, efficacia ed efficienza, da cui discenda un reale controllo di qualità;
- ✓ Valorizzazione delle risorse umane di tutte le Professioni sanitarie e delle loro competenze, a partire da una contrattistica di lavoro lombarda, come veicolo per migliorare il rapporto con la Persona, che dovrà sfociare nella sostituzione del concetto di "curare" con quello di "prendersi cura" e di quello di "appropriatezza economica" con quello di "appropriatezza clinica", che conseguentemente saprà determinare anche la razionalizzazione delle risorse economiche;
- ✓ Stretta collaborazione con le realtà imprenditoriali territoriali, finalizzata al superamento della visione del Sistema Socio Sanitario Lombardo esclusivamente come erogatore di prestazioni, aprendo ad una visione aziendale in grado di determinare una significativa ricaduta socio economica territoriale determinata dall'indotto;

- ✓ Organizzazione il più possibile svincolata da situazioni nazionali frenanti lo sviluppo del Sistema Socio Sanitario Lombardo, a partire dall'istituzione di un Consorzio Lombardo del Farmaco, delle Protesi e dei Presidi Medico Chirurgici che, unitamente alla presa in carico diretto del Rischio Clinico, coinvolgendo le Società Scientifiche, permetterà l'elaborazione di quei Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali indispensabili per la corretta erogazione prestazionale, ottimizzando le risorse ed accrescendone il livello quali e quantitativo, con un sostanziale superamento della cosiddetta "medicina difensiva" ed assicurando il massimo della potenzialità prestazionale al Cittadino Lombardo;
- ✓ Sostanziale incentivazione all'attività di Ricerca e di Progettualità Innovativa, oltreché all'organizzazione di un efficace ed efficiente programma a medio e lungo termine di Prevenzione e Promozione dei corretti Stili di Vita, con l'obiettivo di ridurre la mortalità e la morbilità;
- ✓ Sviluppo di particolari settori carenti, come la Telemedicina, l'Odontoiatria Sociale, la Terapia Antalgica ed altre situazioni a particolare impatto sociale;
- ✓ Ottimizzazione organizzativa e dirigenziale, finalizzata ad una devoluzione territoriale della stessa, unitamente ad una razionalizzazione amministrativa ed una capillarità della prestazione Socio Sanitaria, con particolare riguardo alle situazioni di fragilità;
- ✓ Implementazione del Sistema Socio Sanitario Lombardo con quelli delle Regioni contigue, nella proiezione della realizzazione del Sistema Socio Sanitario della Macroregione del Nord.

Per le motivazioni sopra descritte il presente disegno di legge non può essere definito come una semplice revisione legislativa, bensì come un'evoluzione del Servizio Socio Sanitario Lombardo verso la società del futuro, dando ragione (fin dal titolo) dell'assoluta necessità di adeguare il sistema lombardo alle nuove complessità che si profilano nell'orizzonte temporale dei prossimi decenni (ad esempio l'allungamento dell'aspettativa di vita e l'aumento conseguente della cronicità), superando in primo luogo la netta divisione tra Politiche Sanitarie e Politiche Socio Sanitarie per fare confluire risorse, energie e competenze professionali in unico Sistema, coordinato da un'unica regia e deputato alla presa in carico dei bisogni complessivi delle persone, delle famiglie e dei soggetti più fragili.

Descrizione sintetica dell'Articolato

Il presente Disegno di Legge Regionale abroga e sostituisce il vigente testo unico delle leggi regionali in materia di sanità.

Gli articoli 1 e 2 fissano i principi ispiratori della legge che, unitamente alla promozione ed alla sostenibilità del sistema sancite dall'articolo 3, introducono i concetti fondamentali che vengono dettagliati negli articoli successivi.

L'articolo 4 declina il Piano Socio Sanitario Lombardo come strumento pluriennale ed annuale della programmazione socio sanitaria, avvalendosi di tutti i contributi derivanti dalla Filiera Socio Sanitaria Lombarda, come previsto dall'Osservatorio di cui all'articolo 5.

Gli articoli 6 e 7 riorganizzano l'Agenzia per la Tutela della Salute con le Articolazioni Socio Sanitarie Territoriali (ASSL) e le Aziende Integrate per la Salute e l'Assistenza (AISA), nella declinazione della Rete Socio Sanitaria Lombarda. In particolar modo le ASSL, in numero limitato, ricevono dall'Assessorato di competenza le funzioni di programmazione e controllo, con la relativa assegnazione delle risorse economiche e le AISA, in numero congruo per una corretta gestione del Territorio di propria competenza e declinate nei POT e nei PreSST, unitamente a tutte le altre Strutture presenti sul Territorio stesso, concorrono all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni, prevedendo un ampliamento ed una razionalizzazione dell'offerta, costituendo una rete ambulatoriale specialistica territoriale ed ottimizzando la rete specialistica ospedaliera e rispondendo alle linee guida previste dai primi due articoli della presente legge circa la

valorizzazione dell'assistenza territoriale e l'adeguata presa in carico della cronicità e della bassa intensità di cura e medio-alta complessità assistenziale, intersecando fortemente il Sistema Sanitario con quello Socio Sanitario e prevedendo una stretta collaborazione ed integrazione con gli Enti Locali per le competenze Sociali, nella realizzazione di una Rete Ospedaliero Territoriale rispondente al reale bisogno espresso dalle Persone e dalle Famiglie.

Gli articoli 8 e 9 disciplinano i Modelli di Cura per il Paziente Cronico e l'Organizzazione delle Cure Primarie, convenzionata e coordinata all'interno dell'attività delle ASSL, che ha il compito della presa in carico dell'assistenza sanitaria di base.

L'articolo 10 declina la nuova istituzione dell'Agenzia Regionale di Controllo, come garante della correttezza procedurale e scientifica dell'attività del Sistema Socio Sanitario Lombardo.

L'articolo 11 identifica i requisiti per le Strutture di riferimento specialistiche per la Ricerca, l'Innovazione, la Didattica e l'Aggiornamento Continuo in Medicina, strutture da valorizzare come centri di riferimento anche extraregionale.

L'articolo 12 declina la natura e gli Organi di ASSL ed AISA, con particolare riferimento alle Direzioni Strategiche ed ai relativi requisiti, ottimizzando ed alleggerendo fortemente il management; le Direzioni Strategiche organizzano la propria attività attraverso il Piano Organizzativo Strategico Aziendale, da sottoporre all'approvazione regionale, in ottemperanza all'articolo 19 e subiscono, in caso di inottemperanza alle proprie funzioni, le sanzioni previste all'articolo 20.

L'articolo 13 organizza le Farmacie dei Servizi, nella piena attuazione della normativa nazionale vigente.

Estremamente particolare è il contenuto dell'articolo 14, che istituisce l'Agenzia per la Promozione del Sistema Socio Sanitario Lombardo e prevede la realizzazione di siti sperimentali e di uno Show Room dei Sistemi Socio Sanitari, in un confronto continuo con le più avanzate realtà internazionali, finalizzato ad un costante accrescimento culturale ed organizzativo, con positive ricadute sull'erogazione dei servizi.

L'articolo 15 descrive il ruolo dei Soggetti Privati Accreditati e Contrattualizzati nel raggiungimento degli obiettivi del PSSL, mentre il successivo articolo 16 prevede la continuità dell'attività dell'Agenzia Regionale per l'Emergenza Urgenza, sancendone il ruolo strategico non solamente in ambito sanitario.

L'articolo 17 descrive i requisiti necessari per l'Accreditamento al Sistema Socio Sanitario Lombardo e definisce i criteri per la messa a contratto, secondo un principio di dinamicità destinato ad incrementare la concorrenza ed innalzare il livello qualitativo prestazionale.

Improcrastinabile è il contenuto dell'articolo 18, che prevede la possibilità di azioni concrete per intervenire su una vera e propria contrattualistica lombarda, con una corretta regolamentazione delle Professioni sanitarie, finalizzata alla realizzazione di un efficace sistema premiante, con risvolti assolutamente positivi sull'erogazione del servizio al Cittadino.

Nell'articolo 21 sono descritte tutte le possibili linee di finanziamento, sistematiche ed aggiuntive, del SSSL, mentre l'articolo 22 prevede la presa in carico assicurativa della Responsabilità Civile, di fatto andando a chiudere il cerchio dello stesso Ente, Regione Lombardia, che diventa contemporaneamente deputato, oltrechè alla programmazione ed erogazione dei servizi, anche alla presa in carico il Rischio Clinico, procedendo alla stesura delle Procedure Diagnostico Terapeutiche ed Assistenziali Certificate, sentite le Società Scientifiche, vero fondamento per quell'appropriatezza clinica che diventa la preminente linea guida del Sistema, unitamente ad una profonda revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che ne preveda un incremento rispetto al livello nazionale, ed una sostanziale differenziazione strutturale dei DRG, oltre all'istituzione di una tariffa di presa in carico e accompagnamento delle persone fragili, deputato alla quantificazione della presa in carico del percorso per patologia, con l'obiettivo di realizzare un tariffario appropriato, congruo con le intensità procedurali.

Gli articoli da 23 a 27, in continuità con quanto già previsto dall'ordinamento vigente, disciplinano: i diritti di partecipazione dei cittadini, il sistema informativo e contabile, la carta regionale dei

servizi, l'osservatorio epidemiologico regionale, i contributi a favore dei soggetti non profit operanti in ambito sanitario

L'articolo 28 sancisce i rapporti tra Regione ed Università ed altri Istituti di Formazione, valorizzandone le peculiarità e le potenzialità d'innovazione qualitativa.

Fondamentale è anche il contenuto dell'articolo 29, che istituisce il Consorzio Lombardo dei Farmaci, delle Protesi, dei Presidi e dei Dispositivi Medico-Chirurgici e rimodula il sistema di valutazione, valorizzazione ed approvvigionamento dei farmaci e dei dispositivi medico-chirurgici, ottimizzando l'acquisizione su vasta scala dei materiali di consumo basilari e liberando risorse per una puntuale risposta al fabbisogno d'innovazione, in relazione ai bisogni delle Persone e delle Famiglie, considerando sicurezza, efficacia ed efficienza, in ragione della sostenibilità e della necessità di promuovere l'innovazione socialmente e terapeuticamente rilevante. In questo articolo viene altresì istituito un Servizio di Farmacologia Clinica, Farmacoeconomia e Farmacovigilanza, deputato all'ottimizzazione, scientificamente validata, della filiera del farmaco.

L'articolo 30 contiene una novità di grande rilevanza: per dare piena e coerente attuazione alla legge di riforma del sistema regionale viene istituito l'Assessorato Regionale al Welfare, unendo strutture e competenze dei due assessorati che attualmente si occupano di queste materie, vale a dire l'assessorato alla Salute e quello alla Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità, queste ultime attività espressamente promosse dai contenuti dell'articolo 31.

Chiude il titolo I l'articolo 32 che contiene le norme transitorie

Il Titolo II riprende, in ottica di continuità, le norme relative ai prelievi e ai trapianti, all'assistenza a domicilio del paziente emofilico, alla dialisi a domicilio e all'assistenza del paziente diabetico.

Il Titolo III, articolo 49 rivede ed ammodernizza le norme per la tutela della Salute Mentale, rafforzando la rete ospedaliero/territoriale ed affiancando il Servizio di Psicologia a quelli tradizionali.

Il Titolo IV riprende, in ottica di continuità, le norme in materia di prevenzione e promozione della salute.

Il Titolo V riprende, in ottica di continuità, le disposizioni in materia di assistenza farmaceutica.

Il Titolo VI disciplina, in ottica di continuità, il sistema bibliotecario biomedico lombardo.

Il Titolo VII riprende, in ottica di continuità, le norme in materia di sanità pubblica veterinaria.

Il Titolo IV riprende, in ottica di continuità, le norme in materia di attività e servizi necroscopici, funebri e cimiteriali.

Il Titolo IX reca la norma finanziaria, le disposizioni di abrogazione di norme di legge incompatibili e le disposizioni che restano in vigore

RELAZIONE TECNICO FINANZIARIA ALLA DELIBERA X/2983
del 23.12.2014

Il finanziamento complessivo del SSN, fissato dal Patto per la Salute 2014-2016 prevede una crescita del Fondo Sanitario Nazionale di oltre il 2% per anno, pur in un quadro nel quale la crescita dei consumi sanitari e socio sanitari legati all'invecchiamento delle popolazione prevedrebbe una crescita del bisogno di gran lunga superiore. Per Regione Lombardia ciò si traduce in un incremento del fondo, stimato prudenzialmente in 350 milioni di euro/anno.

Ne consegue che la crescita delle prestazioni da erogare, dovuta principalmente alla crescita delle patologie croniche, deve essere conseguita applicando rigorosamente le metodologie di appropriatezza della domanda, di efficienza dell'offerta e di efficacia/outcome sui risultati conseguiti.

In questo senso vengono nel seguito sommariamente descritti gli elementi fondamentali all'interno della normativa che ne garantiscono la sostanziale compatibilità sul piano delle risorse economiche rispetto alle attuali previsioni inserite nel bilancio regionale

- 1) Diversi articoli della legge individuano elementi di **razionalizzazione della spesa**, attraverso politiche di revisione della rete di offerta, di maggiore aggregazione di aziende e di funzioni aziendali, di semplificazione degli organi di governo e politiche di appropriatezza e controllo delle prestazioni erogate

Gli obiettivi di riduzione della spesa sono rinvenibili

- A. In una di significativa riduzione complessiva del numero di aziende sanitarie, alla luce:
 - i. Della previsione di una sola Agenzia di Tutela della Salute (si veda art.6), pur con una serie di articolazioni territoriali, non superiori a 10, in luogo delle 15 ASL attualmente presenti.

- ii. Della trasformazioni di 29 aziende ospedaliere in non più di 20 AISA (art.7)

Tali trasformazioni determinano una riduzione della spesa che in prima battuta è riferibile ai compensi per le direzioni strategiche e degli organi aziendali e progressivamente è collegato all'aggregazione di sedi e unità operative e determina una minor spesa non inferiore a 20 M€ anno, progressivamente crescente.

B. Della riduzione delle spese di gestione delle aziende attraverso

- i. La trasformazione degli organi, con l'individuazione dei direttori amministrativi all'interno delle risorse esistenti (Art. 12).
- ii. Del progressivo accentramento di funzioni amministrative (art.6) in aree vaste all'interno dell'ATS che possono svolgere ruoli di servizio sovraziendali, ottenendo significative economie di scala sia in termini di personale, sia in termini di spesa per beni e servizi.
 - a) Ulteriore miglioramento dell'efficienza, della trasparenza nelle politiche di approvvigionamento di beni e servizi, derivante in parte dalla progressiva realizzazione di una centrale unica di acquisti, l'individuazione di prezzi di riferimento e standard, la concentrazione dell'offerta.

Tali trasformazioni determinano una stima di costi cessanti derivanti dal minor turn over di personale amministrativo stimabile non inferiore a 10 M€ per anno e di circa 60 M€ a regime. Più complessa la determinazione dei possibili risparmi negli approvvigionamenti in quanto la minor spesa derivante da politiche di acquisto centralizzate è in parte compensata dalla maggior spesa derivante dall'innovazione, con particolare riferimento agli ambiti dei dispositivi medici e dei farmaci

- C. La riduzione ulteriore dell'inappropriatezza clinica, organizzativa in ambito sanitario e socio-sanitario e adeguatezza nella risposta al bisogno grazie al potenziamento delle attività di valutazione e di

sviluppo del governo clinico (articoli 10 e 24). E' possibile stimare che l'introduzione sistematica di metodologie di valutazione e di controllo possano produrre a regime una riduzione del 2% dei ricoveri potenzialmente inappropriati (circa 90 m€) e delle prestazioni ambulatoriali (55 M€).

D. Il progressivo processo di accentramento (anche in relazione al regolamento sugli standard della rete ospedaliera) e funzionamento con modelli a rete di unità operative diagnostiche o cliniche laddove tale processo permetta di coniugare aspetti di maggiore efficacia ed efficienza (alte specialità, laboratori di analisi e centri trasfusionali, rete materno infantile ecc). Questa linea di intervento, oltre a garantire un miglioramento di qualità e sicurezza per i pazienti, permette di dare una risposta alla significativa riduzione del numero di specialisti attesa nei prossimi anni (art. 7) . Le stime di risparmio economico sono da rinvenire in parte nella riduzione dell'inappropriatezza

E. La riduzione della frammentazione dell'offerta in ambito riabilitativo, di salute mentale (con particolare riferimento alla neuropsichiatria infantile), di cure palliative e di cure intermedie, legato sostanzialmente alla riunificazione nell'AISA della componente erogativa (art.7), governata dall'assessorato al welfare della gestione delle politiche della salute (art.26), determina una riduzione di spesa ancora da quantificare

F. Le azioni rivolte alla creazione di nuove ulteriori entrate rispetto al Fondo Sanitario, previste dall'internazionalizzazione del sistema sanitario lombardo (art. 14)

2) L'introduzione dei modelli di cura per il paziente cronico (art.8) che prevedono fra l'altro (comma 2) la retribuzione omnicomprensiva della

presa in carico dell'assistito determinano una differente allocazione delle risorse a **parità di spesa complessiva**. La determinazione delle tariffe di presa in carico è infatti determinata in funzione del profilo di consumi storici degli assistiti, che sono ricavabili attraverso l'uso della Banca Dati Assistito Lombarda. Ciò permette di determinare tariffe differenziate a seconda del tipo di patologia cronica e della sua gravità, ma basate sugli effettivi consumi già presenti. L'osservazione delle attività sperimentali già condotte in questi anni ha permesso di osservare che l'introduzione di una tariffa di presa in carico della cronicità induce lo sviluppo di forme di medicina di iniziativa che migliorano la persistenza terapeutica e riducono in modo significativo le prestazioni inappropriate, gli accessi al pronto soccorso e l'ospedalizzazione. Si verifica pertanto uno trasferimento della spesa, con una riduzione dei costi di trattamento per assistito del regime ospedaliero e ambulatoriale (grazie anche allo sviluppo previsto di tecniche di telemedicina), e un aumento dei costi legati alla maggior continuità dell'assistenza farmaceutica e all'attivazione di servizi di care management.

- 3) Le disposizioni che individuano lo sviluppo di nuovi servizi per potenziare le cure territoriali (art. 7, art. 9, art. 49) e la qualificazione del personale (art. 18) prevedono un **incremento di spesa**: tale potenziamento avviene però integrando in un unico soggetto - l'Azienda Integrata per la Salute e l'Assistenza - l'intera filiera di erogazione dei servizi: ciò permette di attenuare l'impatto economico del potenziamento della rete territoriale in quanto lo stesso può - almeno in parte - avvenire attraverso la revisione dei processi organizzativi e la riqualificazione di risorse impiegate per l'assistenza ospedaliera, salvaguardando i livelli occupazionali. Stante il quadro di sostenibilità delineato in premessa, sono infatti ridotti i margini di attuazione di nuovi servizi territoriali a costi incrementali.

Vengono di seguito indicati i principali ambiti nei quali la normativa introduce potenziali aumenti di spesa, la cui progressione nel tempo, sarà modulata in funzione delle risorse che potranno essere messe a disposizione dagli interventi di razionalizzazione di cui al punto 1). Tali risorse permetteranno, unitamente all'incremento del Fondo Sanitario previsto dal Patto per la Salute di finanziare lo sviluppo della medicina territoriale e del potenziamento dei servizi rivolti al cittadino in ordine a:

- a. Potenziamento delle cure primarie, sia attraverso l'istituzione degli UCCP, sia attraverso l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e del care manager (art. 9) . La determinazione della maggior spesa, che potrebbe essere in assoluto molto rilevante è di difficile quantificazione è strettamente dipendente dalla capacità delle innovare AISA di riqualificare personale infermieristico esistente da ambiti ospedalieri ad ambiti territoriali.
- b. Attività di investimento volte alla trasformazione di presidi ospedalieri e di distretti, rispettivamente in POT e Presidi Sociosanitari Territoriali (art.7) . Sia dal punto di vista strutturale che organizzativo la nuova articolazione prevista dalla normativa determina costi di start up che potranno essere riassorbiti a regime.
- c. Qualificazione, stabilizzazione ed incentivazione del personale delle diverse professioni sanitarie (art. 7 e art. 18)
- d. Sviluppo e potenziamento dei servizi di psichiatria e di psicologia clinica, che determineranno a regime maggiori spese di funzionamento per non meno di 100M€
- e. Avviamento del sistema assicurativo regionale lombardo (art.22), che richiede la costituzione di un apposito fondo. Tale spesa potrebbe nel tempo essere compensata dalla riduzione dei costi sostenuti dalle aziende per gli aspetti assicurativi
- f. Potenziamento della farmacia dei servizi (art. 13)
- g. Spese di funzionamento delle agenzie individuate nell'articolato (art.10, art14, art.24)

4) La garanzia del **mantenimento dell'equilibrio complessivo** di bilancio è fissata nell'art. 30 della legge, che prevede che all'attuazione della legge stessa si provvede con le risorse allocate nel bilancio regionale 2015-2017. Tale articolo costituisce una salvaguardia rispetto alle previsioni di potenziamento dei servizi e/o di maggiore incentivazione del personale e costituisce un elemento di gradualità nell'applicazione delle trasformazioni proposte dall'articolato. In altre parole per ogni risorsa destinabile all'aumento di spesa occorre rinvenirne in misura equivalente dalle azioni di razionalizzazione e di riduzione della spesa previste. Nella tabella allegato B (scheda per copertura finanziaria pdl con oneri aggiuntivi) viene pertanto rappresentato il finanziamento del SSR secondo gli interventi e le missioni approvate, definito a legislazione vigente e approvato con legge regionale 37 del 30/12/2014. Tale finanziamento rappresenta il limite massimo delle risorse allocabili che resterà quindi invariato, mentre potranno essere rimodulati gli ambiti di destinazione della spesa in funzione degli interventi come indicato nei punti 1) e 3).

ALLEGATO B – SCHEDA PER COPERTURA FINANZIARIA PDL "Evoluzione sistema sociosanitario "

(1)	(2)	(3)	(4)	5 (A) QUANTIFICAZIONE SPESA			6 (B) COPERTURA FINANZIARIA				
INTERVENTO	Riferimento PDL art... comma ...	SPESA ex art. 22 l.r. 34/1978)	Natura spesa CORRENTE / CONTO CAPITALE- Titolo	MISSIONE - PROGRAMMA* MACROAGGREGATO - CAPITOLO	IMPORTO 2015	IMPORTO 2016	IMPORTO 2017	MISSIONE - PROGRAMMA* MACROAGGREGATO - CAPITOLO	IMPORTO 2015	IMPORTO 2016	IMPORTO 2017
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.007645 MOBILITA' PASSIVA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	351.204.321,00	351.204.321,00	351.204.321,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.007645 MOBILITA' PASSIVA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	351.204.321,00	351.204.321,00	351.204.321,00
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008380 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER SERVIZI INFORMATICI	152.000.000,00	152.000.000,00	152.000.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008380 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER SERVIZI INFORMATICI	152.000.000,00	152.000.000,00	152.000.000,00
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008381 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER SERVIZI DI COMUNICAZIONE	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008381 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER SERVIZI DI COMUNICAZIONE	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008382 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER INCARICHI DI STUDIO, RICERCA E CONSULENZA	600.000,00	600.000,00	600.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008382 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER INCARICHI DI STUDIO, RICERCA E CONSULENZA	600.000,00	600.000,00	600.000,00
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008383 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER ACQUISTO STAMPATI	5.000.000,00	5.000.000,00	5.000.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008383 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER ACQUISTO STAMPATI	5.000.000,00	5.000.000,00	5.000.000,00

Interventi finanziati con fondo socio-sanitario	art.119 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008384 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER PRESTAZIONI PROFESSIONALI E SPECIALISTICHE	3.000.000,00	3.000.000,00	3.000.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008384 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER PRESTAZIONI PROFESSIONALI E SPECIALISTICHE	3.000.000,00	3.000.000,00	3.000.000,00
Interventi finanziati con fondo socio-sanitario	art.119 comma 1	si		missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008388 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO-SANITARIO PER SERVIZI AMMINISTRATIVI DI ASSISTENZA TECNICA A SUPPORTO DELLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' SOCIO-SANITARIE	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008388 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO-SANITARIO PER SERVIZI AMMINISTRATIVI DI ASSISTENZA TECNICA A SUPPORTO DELLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' SOCIO-SANITARIE	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00
	art.119 comma 1	si		missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008411 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO-SANITARIO PER L'INFORMATICA	5.500.000,00	5.500.000,00	5.500.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008411 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO-SANITARIO PER L'INFORMATICA	5.500.000,00	5.500.000,00	5.500.000,00
	art.119 comma 1	si		missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008413 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO-SANITARIO PER ATTIVITA' DI COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE, ORGANIZZAZIONE DI EVENTI	153.820,00	191.775,00	200.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008413 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO-SANITARIO PER ATTIVITA' DI COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE, ORGANIZZAZIONE DI EVENTI	153.820,00	191.775,00	200.000,00
	art.119 comma1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.010596 ATTIVITA' ISTITUZIONALI AZIENDA REGIONALE CENTRALE ACQUISTI	6.900.000,00	6.900.000,00	6.900.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.010596 ATTIVITA' ISTITUZIONALI AZIENDA REGIONALE CENTRALE ACQUISTI	6.900.000,00	6.900.000,00	6.900.000,00
Interventi finanziati con fondo socio-sanitario	art.119 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.007647 FONDO SOCIO-SANITARIO PER NON AUTOSUFFICIENTI	1.597.000.000,00	1.597.000.000,00	1.597.000.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.007647 FONDO SOCIO-SANITARIO PER NON AUTOSUFFICIENTI	1.597.000.000,00	1.597.000.000,00	1.597.000.000,00
Interventi finanziati con fondo socio-sanitario	art.119 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.007648 INTERVENTI SOCIO-SANITARI NELLE AREE MATERNO-INFANTILE E DIPENDENZE	60.000.000,00	60.000.000,00	60.000.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.007648 INTERVENTI SOCIO- SANITARI NELLE AREE MATERNO-INFANTILE E DIPENDENZE	60.000.000,00	60.000.000,00	60.000.000,00

Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.007649 FUNZIONI DELL'AGENZIA REGIONALE PER LA PROTEZIONE DELL' AMBIENTE - ARPA -	78.460.000,00	76.600.000,00	76.600.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.007649 FUNZIONI DELL'AGENZIA REGIONALE PER LA PROTEZIONE DELL' AMBIENTE - ARPA -	78.460.000,00	76.600.000,00	76.600.000,00
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.008374 TRASFERIMENTI ALLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, AZIENDE OSPEDALIERE, ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO, PER IL FINANZIAMENTO DEI LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA	14.791.918.910,00	14.793.778.910,00	14.793.778.910,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.008374 TRASFERIMENTI ALLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, AZIENDE OSPEDALIERE, ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO, PER IL FINANZIAMENTO DEI LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA	14.791.918.910,00	14.793.778.910,00	14.793.778.910,00
	art.119 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.008376 FUNZIONAMENTO DELLE FUNZIONI NON TARIFFABILI E SOVRAZIONALI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E DEGLI ENTI DI DIRITTO PUBBLICO	741.500.000,00	741.500.000,00	741.500.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.008376 FUNZIONAMENTO DELLE FUNZIONI NON TARIFFABILI E SOVRAZIONALI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E DEGLI ENTI DI DIRITTO PUBBLICO	741.500.000,00	741.500.000,00	741.500.000,00
	art. 119 comma1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.008378 ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA DA DESTINARE ALLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE PER PROGETTUALITA' DIVERSE	30.000.000,00	30.000.000,00	30.000.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.008378 ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA DA DESTINARE ALLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE PER PROGETTUALITA' DIVERSE	30.000.000,00	30.000.000,00	30.000.000,00
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.008379 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA DA DESTINARE AGLI ENTI SANITARI PRIVATI PER PROGETTI	5.400.000,00	5.400.000,00	5.400.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.008379 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA DA DESTINARE AGLI ENTI SANITARI PRIVATI PER PROGETTI	5.400.000,00	5.400.000,00	5.400.000,00

Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	Si		missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.008385 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO-SANITARIO PER INIZIATIVE SPERIMENTALI, PROGETTI, ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE E COLLABORAZIONI SVOLTE DA ENTI DI DIRITTO PUBBLICO	1.646.180,00	1.608.225,00	1.800.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.008385 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO-SANITARIO PER INIZIATIVE SPERIMENTALI, PROGETTI, ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE E COLLABORAZIONI SVOLTE DA ENTI DI DIRITTO PUBBLICO	1.646.180,00	1.608.225,00	1.800.000,00
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	Si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.008386 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO-SANITARIO PER INIZIATIVE SPERIMENTALI, PROGETTI E ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE SVOLTE DA SOGGETTI NON PROFIT (ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE)	700.000,00	700.000,00	500.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.008386 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO-SANITARIO PER INIZIATIVE SPERIMENTALI, PROGETTI E ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE SVOLTE DA SOGGETTI NON PROFIT (ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE)	700.000,00	700.000,00	500.000,00
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	Si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA 13.01.104.010139 FONDO SOCIO-SANITARIO PER LA FAMIGLIA	40.000.000,00	40.000.000,00	40.000.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA 13.01.104.010139 FONDO SOCIO-SANITARIO PER LA FAMIGLIA	40.000.000,00	40.000.000,00	40.000.000,00
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	Si		missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.010595 CONTRIBUTO DI ESERCIZIO AZIENDA REGIONALE CENTRALE ACQUISTI SPA	4.500.000,00	4.500.000,00	4.500.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.010595 CONTRIBUTO DI ESERCIZIO AZIENDA REGIONALE CENTRALE ACQUISTI SPA	4.500.000,00	4.500.000,00	4.500.000,00
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	Si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.107.007646 INTERESSI PASSIVI PER ANTICIPAZIONI DI CASSA NEL SETTORE SANITARIO	1.000.000,00	1.000.000,00	42.721.090,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.107.007646 INTERESSI PASSIVI PER ANTICIPAZIONI DI CASSA NEL SETTORE SANITARIO	1.000.000,00	1.000.000,00	42.721.090,00
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	Si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.107.010359 PAGAMENTO DELLA QUOTA INTERESSI DI AMMORTAMENTO DEI MUTUI CONTRATTI PER LA PARZIALE COPERTURA DEI DISAVANZI DELLA SPESA SANITARIA DI PARTE CORRENTE A TUTTO IL 31 DICEMBRE 2000	2.355.117,00	1.025.312,00	-	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.107.010359 PAGAMENTO DELLA QUOTA INTERESSI DI AMMORTAMENTO DEI MUTUI CONTRATTI PER LA PARZIALE COPERTURA DEI DISAVANZI DELLA SPESA SANITARIA DI PARTE CORRENTE A TUTTO IL 31 DICEMBRE 2000	2.355.117,00	1.025.312,00	-

Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.119 comma 1	si	4	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.403.010360 PAGAMENTO DELLA QUOTA CAPITALE DI AMMORTAMENTO DEI MUTUI CONTRATTI PER LA PARZIALE COPERTURA DEI DISAVANZI DELLA SPESA SANITARIA DI PARTE CORRENTE A TUTTO IL 31 DICEMBRE 2000	39.365.973,00	40.695.778,00	-	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.403.010360 PAGAMENTO DELLA QUOTA CAPITALE DI AMMORTAMENTO DEI MUTUI CONTRATTI PER LA PARZIALE COPERTURA DEI DISAVANZI DELLA SPESA SANITARIA DI PARTE CORRENTE A TUTTO IL 31 DICEMBRE 2000	39.365.973,00	40.695.778,00	-
interventi finanziati con risorse vincolate	art.119 comma2	no	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.1.04.001146 QUOTA DEL FONDO SANITARIO DESTINATA AL FUNZIONAMENTO DELL'ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL'EMILIA	51.000.000,00	-	-	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.1.04.001146 QUOTA DEL FONDO SANITARIO DESTINATA AL FUNZIONAMENTO DELL'ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL'EMILIA	51.000.000,00	-	-
interventi finanziati con risorse vincolate	art.119 comma2	no	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.1.04.007650 IMPIEGO DELLA QUOTA CORRENTE DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE - PARTE A DESTINAZIONE VINCOLATA	340.000.000,00	-	-	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.1.04.007650 IMPIEGO DELLA QUOTA CORRENTE DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE - PARTE A DESTINAZIONE VINCOLATA	340.000.000,00	-	-
interventi finanziati con risorse vincolate	art. 119 comma2	no	1	missione 13 Tutela della salute programma 07 Ulteriori spese in materia sanitaria capitolo 13.07.1.04.010526 CONTRIBUTI DELLA UE PER IL PROGRAMMA SPAZIO ALPINO 2007-2013 - PROGETTO SPHERA - TRASFERIMENTI A ENTI PUBBLICI	2.121,08	-	-	missione 13 Tutela della salute programma 07 Ulteriori spese in materia sanitaria capitolo 13.07.1.04.010526 CONTRIBUTI DELLA UE PER IL PROGRAMMA SPAZIO ALPINO 2007-2013 - PROGETTO SPHERA - TRASFERIMENTI A ENTI PUBBLICI	2.121,08	-	-
interventi finanziati con risorse vincolate	art. 119 comma2	no	1	missione 13 Tutela della salute programma 07 Ulteriori spese in materia sanitaria capitolo 13.07.1.04.010530 CONTRIBUTI DELLO STATO PER IL PROGRAMMA SPAZIO ALPINO 2007-2013 - PROGETTO SPHERA - TRASFERIMENTI A ENTI PUBBLICI	669,82	-	-	missione 13 Tutela della salute programma 07 Ulteriori spese in materia sanitaria capitolo 13.07.1.04.010530 CONTRIBUTI DELLO STATO PER IL PROGRAMMA SPAZIO ALPINO 2007-2013 - PROGETTO SPHERA - TRASFERIMENTI A ENTI PUBBLICI	669,82	-	-

NOTA: per la Giunta oltre a missione/programma occorre, ove possibile quando la norma ha già indicazioni specifiche, anche l'indicazione del macroaggregato e capitolo/i, sia già esistente sia di nuova istituzione