

P.L. n. 113



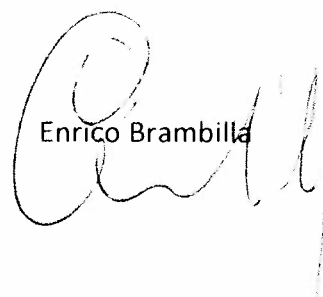
Milano, 31 luglio 2014

Al Presidente
del Consiglio regionale

S E D E

Anche a nome degli altri colleghi firmatari presento il progetto di legge: "RIORDINO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO REGIONALE".

Cordiali saluti.


Enrico Brambilla


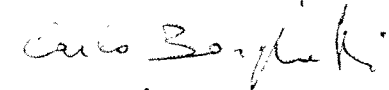






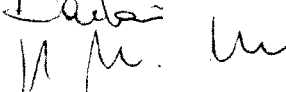
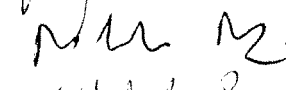

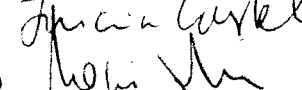
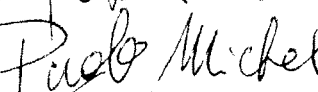


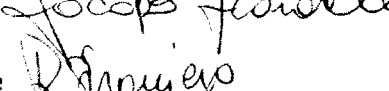
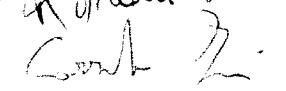



FIRMA FILZI 31.07.2014 14:30 002443
CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

PROGETTO DI LEGGE

“Riordino del Sistema Socio-Sanitario Regionale”

Milano, 30 luglio 2014

di iniziativa dei Consiglieri regionali:

Brambilla Enrico 
Borghetti Carlo 
Valmaggi Sara 
Carra Marco 
Gaffuri Luca 
Girelli Gianantonio 
Ambrosoli Umberto 
Alfieri Alessandro 
Alloni Agostino 
Barboni Mario 
Barzaghi Laura 
Bruni Roberto 
Busi Michele 
Castellano Lucia 
D'Avolio Massimo 
Micheli Paolo 
Pizzul Fabio 
Rosati Onorio 
Scandella Jacopo 
Straniero Raffaele 
Tomasì Corrado
Villani Giuseppe

RELAZIONE

Nel corso dell'ultimo decennio la società italiana è profondamente mutata e quelle che erano le linee di tendenza già evidenti nel corso degli anni '90 si sono consolidate: la speranza di vita alla nascita ha continuato ad aumentare, con un ulteriore incremento di circa 2 anni fra il 2001 e il 2011 (Fonte ISTAT 2013).

Tuttavia questo incontestabile risultato di salute (l'Italia è al terzo posto in Europa) ha comportato profondi mutamenti dei bisogni relativamente ai servizi sociali e sanitari, mutamenti che richiedono una grande capacità di riorganizzazione, da parte delle Regioni, per garantire risposte adeguate ai mutamenti in atto.

La maggiore aspettativa di vita spesso non corrisponde ad un maggior numero di anni in buona salute (anche a causa di inadeguate politiche di prevenzione) e l'aumento delle patologie croniche nella popolazione over 65 ne è la dimostrazione evidente, tanto che l'incidenza di malattie croniche nei sessantacinquenni è pari al 73% e sale all'82% negli over 75.

Al cambiamento nel quadro epidemiologico, che da solo avrebbe richiesto adeguate strategie di intervento, si è aggiunta negli ultimi anni la difficile situazione economica che ha portato un incremento delle situazioni di povertà diffusa e di fragilità sociale, in modo particolare fra gli anziani.

Il modello sanitario lombardo, pur mantenendo un importante quadro di eccellenza in molti settori di intervento, non ha saputo adeguare tempestivamente la propria organizzazione socio-sanitaria a questo mutamento sociale e gli interventi previsti, al fine di affrontare la grande incidenza di patologie croniche e subacute, hanno prodotto risultati modesti e non impattanti sull'intero sistema.

La condizione attuale e il ruolo che la Lombardia svolge nei confronti dell'intero Paese impongono quindi una radicale e tempestiva riorganizzazione di un sistema socio-sanitario che non riesce a garantire né la presa in carico, né la libertà di scelta e che, con la sostanziale separazione tra interventi di carattere sanitario, sociale e socio-sanitario, vede aumentare le complessità di gestione e le diseconomie.

Le proposte contenute nel presente progetto di legge di riordino e sviluppo del Sistema Socio-Sanitario Regionale (SSSR) – in conformità con quanto indicato dal Patto Triennale per la Salute in merito al potenziamento del sistema di governance e degli strumenti per assicurare la sostenibilità del SSN e garantire al contempo l'equità e l'universalità del sistema – dettano in particolare principi e indirizzi (**art. 1**) volti a:

- realizzare un'attiva politica di promozione della salute e di prevenzione al fine di ridurre il peso e la frequenza delle patologie croniche e aggiungere, di conseguenza, anni di vita sana all'esistenza dei cittadini;
- aumentare la qualità tecnica (l'efficacia clinica e assistenziale) delle cure, basandole sulle migliori evidenze scientifiche oggi disponibili a livello internazionale;
- accrescere la qualità percepita dai cittadini improntando gli interventi a condizioni di accesso e fruibilità adeguati ad una moderna società dei servizi;

- **integrare le politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali ai fini di assicurare, sul territorio, la continuità assistenziale tra le azioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e assistenza. Integrazione che deve necessariamente partire a livello istituzionale attraverso la creazione di un unico assessorato per le politiche socio-sanitarie;**
- rinnovare l'azione di governo politico-istituzionale con il coinvolgimento degli Enti Locali nella rilevazione dei bisogni e nell'attività di programmazione dei servizi;
- riposizionare il portafoglio dei servizi in coerenza con il quadro dei bisogni emergenti che registra, in Lombardia, circa 3 milioni di cittadini con patologie croniche e circa 400.000 persone, di norma anziane, non autosufficienti;
- rilanciare l'equità nell'accesso alle cure affinché anche i segmenti più fragili (sotto il profilo sociale, economico, fisico o culturale) vedano riconosciuti i loro diritti e non siano complessi meccanismi di accesso, liste d'attesa o ticket a costituire i determinanti per l'accesso alle cure;
- **rendere più equo il sistema di compartecipazione da parte dei cittadini introducendo una gradualità che consenta ai lombardi di contribuire alla spesa sanitaria proporzionalmente al proprio reddito;**
- rafforzare l'etica del servizio pubblico, a partire dalle modalità di nomina dei vertici dei servizi, anche ai fini di rifondare l'orgoglio professionale degli operatori che lavorano per la tutela della salute e del benessere sociale dei cittadini;
- contribuire allo sviluppo socio-economico della Regione e del Paese che, a sua volta, è la base per poter disporre di un sistema di welfare socio-sanitario solido e inclusivo.

L'art. 2 affronta la questione della programmazione del SSSR indicando nel Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) lo strumento che, a livello regionale, definisce l'integrazione socio-sanitaria e nel Piano Socio-Sanitario Territoriale (PSST) quello che definisce i piani di intervento a livello locale, integrandosi e coordinandosi con i Piani sociali di Zona, ma soprattutto, coinvolgendo a pieno titolo nella programmazione i Comuni e le Autonomie Locali.

L'art. 3 affronta in modo innovativo la questione del finanziamento del SSSR indicando nella definizione di chiari orizzonti temporali, nella progressiva riduzione del fondo destinato ai processi di ristrutturazione aziendale e nel proporzionale incremento dei fondi per l'appropriatezza e la qualità degli interventi e per la ricerca e l'innovazione in sanità, la modalità per rendere lo scenario di sistema stabile e permettere alle aziende pubbliche e private di definire efficaci strategie di risposta.

A supporto dell'**assessorato unico**, di cui all'**art. 4** e a garanzia di uniformità ed adeguatezza, vengono istituite tre agenzie (**art. 5**): **l'Agenzia per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto e controllo delle prestazioni; l'Agenzia per l'Innovazione, la Ricerca, l'Health Technology Assessment (HTA) e il Governo Clinico; l'Agenzia per l'Emergenza Urgenza.**

Il sistema dei controlli di appropriatezza e congruenza sulle prestazioni erogate è ritenuto presidio di rilievo per la miglior gestione del paziente e tutela del SSSR.

Importante novità è rappresentata dal **nuovo ruolo attribuito alle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali, le ASST di cui all'art. 6** (ex ASL) le quali, dismessa la funzione meramente amministrativa di acquisto e controllo delle prestazioni, assumeranno le importanti funzioni di produzione di servizi, ma soprattutto di gestione diretta degli Ospedali di Riferimento, degli Ospedali di Territorio e dei Presidi di Comunità di cui all'**art. 9** e che, con i Centri ad elevata intensità e complessità di cura, vanno a comporre il **Sistema Ospedaliero del SSSR** destinato, nelle sue diverse articolazioni, a erogare attività di cura acuta, subacuta, riabilitativa e di ricerca.

In modo particolare l'istituzione, all'interno del Sistema Ospedaliero dei **Presidi di Comunità, quale nodo funzionale della rete dei servizi per la presa in carico e la cura di pazienti cronici con pluripatologie**, diffusi in modo capillare su tutto il territorio regionale, rappresenta uno degli elementi importanti per garantire la continuità assistenziale.

Tale articolazione è resa coerente con le indicazioni, contenute nel D.lgs n.95 del 6 luglio 2012 e s.m.i. e riprese nel **Patto per la Salute 2014-2016**, in materia di assistenza ospedaliera. Allo stesso modo, quanto previsto in materia di assistenza territoriale (**art. 6**) è stato reso coerente con quanto indicato dall'art. 5 del Patto per la Salute 2014-2016.

L'**art. 7** affronta il tema della medicina di iniziativa e delle cure primarie sotto un profilo di spinta all'innovazione al fine di facilitare l'accesso alle cure, garantire la continuità assistenziale e sviluppare nei cittadini un atteggiamento pro-attivo nei confronti dei percorsi di cura.

L'**art. 8** affronta la questione relativa alla programmazione territoriale, prevedendo un **reale e fattivo coinvolgimento degli EELL e degli altri soggetti sociali nella programmazione**, mentre l'**art.10** introduce elementi specifici e di attenzione per l'organizzazione socio-sanitaria dei territori montani. L'**art. 11** delinea la Rete della Ricerca quale fattore di sviluppo e di crescita dell'intero sistema e introduce il tema delle maggiorazioni tariffarie al fine di sostenerne le attività sulla base di precisi indicatori di risultato.

La **prevenzione come importante fattore per la riduzione del peso e della frequenza delle cronicità e per il verificarsi di economie di spesa** è al centro dell'**art. 12** che contiene anche l'istituzione dell'Osservatorio Epidemiologico, mentre gli **artt. 13 e 14** affrontano il tema degli accreditamenti e del rapporto pubblico-privato, per arrivare alla questione dell'integrazione socio-sanitaria all'**art. 15**.

Gli **artt. 16 e 17** definiscono un nuovo quadro normativo che, in coerenza con il D.lgs n.95 del 6 luglio 2012 e s.m.i e in attesa della ulteriore definizione del DL nazionale di riforma della P.A., impronta la scelta delle figure di vertice, nonché della dirigenza socio-sanitaria e amministrativa, a criteri di trasparenza, indipendenza e valorizzazione del merito, anche allo scopo di migliorare qualitativamente e rendere maggiormente efficace il governo del SSSR, prevedendo: requisiti professionali ed esperienziali più stringenti e verificabili, la formazione continua per gli idonei, la definizione di un tetto all'età per coloro che devono ricoprire l'incarico e l'istituzione di un comitato di valutazione delle candidature composto anche da valutatori esterni o terzi con competenze scientifiche e/o manageriali, l'acquisizione dei pareri di legge da parte delle Conferenze dei Sindaci competenti per territorio.

L'**art. 18** istituisce il **Tavolo Socio-Sanitario Regionale quale organo rappresentativo di tutte le professioni del SSSR** e ne promuove la formazione obbligatoria al fine di valorizzare e coinvolgere tutte le professionalità che a vario titolo concorrono all'organizzazione socio-sanitaria regionale.

Per quanto riguarda il Sistema Informativo Socio-Sanitario (**art. 19**) sarà improntato a criteri di omogeneità, trasparenza e semplificazione degli accessi (**art. 20**). Il **processo di semplificazione, al fine di favorire la scelta consapevole da parte dei cittadini**, riguarderà le prenotazioni, le liste d'attesa, i referti, ma anche le performance e gli indicatori di risultato.

In relazione, ad esempio, alla non autosufficienza e a interventi, come l'odontoiatria, che attualmente sono totalmente a carico dei cittadini, l'**art. 21** prevede lo sviluppo di forme integrative di assistenza che coinvolgano principalmente parti sociali, istituzioni e associazioni mutualistiche.

Con l'**art. 22** si indica, sulla base dell'evoluzione dei fenomeni sociali, demografici, epidemiologici, tecnologici e terapeutici, **un percorso di sviluppo del SSSR Lombardo che si apre al processo di globalizzazione** e lo assume come scenario nel quale operare attivamente per sfruttare al meglio le opportunità di crescita per l'intero sistema salvaguardandone il carattere di universalità e appropriatezza.

Infine gli **artt. 23, 24, 25, 26** contengono indicazioni, rispettivamente, in merito alla clausola valutativa per la valutazione dei risultati e dell'efficacia delle politiche socio-sanitarie disciplinate dalla presente legge, all'abrogazione di articoli, all'entrata in vigore della presente legge e alla norma finanziaria.

Art. 1

Servizio Socio-Sanitario Regionale – Principi e finalità

1. La presente legge disciplina il Servizio Socio-Sanitario Regionale (di seguito denominato SSSR) nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione che tutela la salute come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività.
2. Il SSSR è costituito dalle strutture, dalle funzioni e dalle attività assistenziali rivolte a garantire ai cittadini la fruizione e l'esercizio di tale diritto nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito denominato SSN) e nel rispetto dei suoi principi fondamentali contenuti negli artt. 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e successive modifiche e integrazioni.
3. Il SSSR s'ispira ai seguenti principi:
 - a) la centralità del cittadino titolare del diritto alla salute;
 - b) l'universalità e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, secondo le necessità di ciascuna persona presente nel territorio regionale;
 - c) il contrasto alle diseguaglianze sanitarie e il perseguimento della loro riduzione;
 - d) la centralità della promozione della salute e della prevenzione, anche attraverso la valorizzazione delle responsabilità individuali e collettive, al fine di ridurre il peso e la frequenza delle patologie croniche e per aggiungere anni di vita sana all'esistenza dei cittadini;
 - e) il rafforzamento dell'etica del servizio pubblico quale elemento imprescindibile del governo del Sistema Socio-Sanitario Regionale nella sua interezza;
 - f) il riconoscimento delle differenze biologiche e sociali fra uomo e donna per garantire a tutti il miglior trattamento possibile in funzione della specificità di genere, non solo sotto l'aspetto anatomico-fisiologico, ma anche delle differenze biologico-funzionali, psicologiche, sociali, culturali e di risposta alle cure;
 - g) la libera scelta del luogo di cura, nell'ambito dei soggetti, delle strutture e dei professionisti accreditati con i quali sono stati stipulati accordi contrattuali;
 - h) la personalizzazione delle cure anche per sostenere la capacità delle persone a gestire la propria salute;
 - i) l'integrazione delle politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali;
 - j) la creazione e il potenziamento di reti di servizi ai fini di assicurare sul territorio la continuità assistenziale;
 - k) l'attenzione al miglioramento continuo della qualità tecnica (efficacia clinica e assistenziale) delle prestazioni, basandole sulle migliori evidenze scientifiche disponibili a livello internazionale;
 - l) la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori e la loro partecipazione alle attività di ricerca e di formazione continua, anche ai fini di garantire l'etica del servizio pubblico e di valorizzare le professionalità degli operatori che, con pari dignità, lavorano per la tutela della salute e del benessere sociale;
 - m) la compartecipazione degli Enti locali alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati di salute;
 - n) la collaborazione con le Università con le finalità di promuovere la formazione del personale del SSSR e di sviluppare la ricerca biomedica e sanitaria, valorizzandone i risultati come strumento di innovazione gestionale ed organizzativa del sistema sanitario;
 - o) il contributo allo sviluppo socio-economico della Regione e del Paese, che è la base per poter disporre di un sistema di welfare socio-sanitario robusto e inclusivo;

- p) la collaborazione delle organizzazioni di volontariato e di difesa dei diritti del malato, le associazioni dei pazienti, di categoria, sindacali e del Terzo Settore;
 - q) l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali con le politiche settoriali che ad ogni livello hanno effetti sulle condizioni di salute e di vita dei cittadini, finalizzata alla promozione della salute, e a concorrere a determinare lo stato di benessere degli individui;
 - r) la partecipazione del SSSR al SSN e al sistema di welfare europeo al quale contribuisce in maniera solidale, da cui apprende e nel quale si colloca, ricercando anche proprie vocazioni scientifiche, di ricerca ed assistenza qualificata.
4. Il finanziamento pubblico dei livelli essenziali di assistenza, e di eventuali livelli più elevati, è garantito dalla Regione mediante stanziamenti a carico del fondo sanitario nazionale; l'eventuale partecipazione alla spesa da parte dei fruitori dei servizi e delle prestazioni è determinata dalla Regione, prevedendone la modulazione e le esenzioni, sulla base della capacità reddituale.

Art. 2

Programmazione del Servizio Socio-Sanitario Regionale

1. Il Consiglio Regionale, su proposta del Presidente della Giunta Regionale, approva ogni triennio il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) quale strumento di programmazione del SSSR.
2. Il PSSR definisce l'integrazione socio-sanitaria a livello regionale, prevede la continuità assistenziale sanitaria e sociale con la presa in carico globale dell'assistito, garantisce la regia pubblica nella programmazione dei servizi e delle attività.
3. Per l'elaborazione del PSSR si fa riferimento a:
 - a) centralità della persona e della comunità e loro partecipazione ai processi socio-assistenziali;
 - b) determinanti epidemiologico-statistici sullo stato di salute e quadro previsionale dei bisogni socio-sanitari della popolazione;
 - c) sostenibilità economica delle risorse individuate per l'erogazione dei servizi;
 - d) analisi costo/efficacia delle scelte per l'assegnazione delle risorse e dei servizi con il fine del massimo beneficio sociale;
 - e) individuazione di progetti obiettivo e azioni programmate per specifiche aree di bisogno;
 - f) sostenibilità professionale della programmazione con coinvolgimento attivo degli operatori del SSSR.
4. A livello locale le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali - in seguito denominate ASST – elaborano, in collaborazione con i Comuni e le Autonomie Locali, Piani Socio-Sanitari Territoriali (PSST) triennali che prevedano il trasferimento sul territorio competente degli obiettivi individuati a livello di programmazione regionale e che definiscano piani d'intervento specifici per la realtà territoriale di riferimento.
5. Il PSSR e i PSST possono essere aggiornati annualmente, contestualmente alla definizione del bilancio annuale regionale.

6. Il PSST si integra e si coordina con i Piani Sociali di Zona.
7. Le modalità di collaborazione, e coordinamento, di cui ai commi 4 e 6, sono definiti nel primo PSSR da approvarsi entro sei mesi dalla pubblicazione della presente legge.

Art. 3

Finanziamento del Servizio Socio-Sanitario Regionale

1. Il finanziamento del Servizio Socio-Sanitario Regionale è assicurato mediante:
 - a) le quote delle disponibilità finanziarie del SSN destinate ai sensi della normativa nazionale vigente;
 - b) le entrate derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale;
 - c) le eventuali quote di partecipazione al costo delle prestazioni, nonché le altre entrate dirette delle aziende, compresi i redditi da patrimonio;
 - d) gli eventuali apporti aggiuntivi posti a carico del bilancio regionale;
 - e) i trasferimenti alla Regione per il finanziamento di spese in conto capitale, nonché gli eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale o derivanti da alienazioni patrimoniali delle aziende;
 - f) le entrate spettanti per le attività libero-professionali intramurarie;
 - g) le entrate derivanti dalle attività di polizia amministrativa;
 - h) gli introiti per ogni altra prestazione erogata dalle aziende a favore di persone fisiche o giuridiche, pubbliche o private.
2. Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge il Consiglio Regionale, su proposta della Giunta e sentite le Commissioni Consiliari competenti, approva il Piano Triennale per la Programmazione delle risorse destinate a finanziare:
 - a) i livelli essenziali di assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale;
 - b) gli investimenti infrastrutturali e tecnologici in sanità;
 - c) il fondo per la ricerca e l'innovazione in sanità;
 - d) il fondo d'incentivo per l'appropriatezza e la qualità;
 - e) il fondo per le ristrutturazioni aziendali.
3. I criteri di riparto per ognuno dei fondi, di cui al comma 2, vengono definiti e comunicati almeno entro il mese di ottobre dell'esercizio precedente al fine di rendere lo scenario di sistema stabile e permettere alle aziende pubbliche e private di definire chiare e incisive strategie di risposta alle politiche veicolate con il sistema di finanziamento.
4. La Programmazione delle risorse s'ispira ai seguenti principi:
 - a) mantenimento delle strutture lombarde alla frontiera della conoscenza infrastrutturale e tecnologica in base a logiche di massimizzazione del rapporto investimento/benefici;
 - b) coordinamento del riparto di parte corrente con le scelte d'investimento;
 - c) sostegno finalizzato ad evitare costi al sistema generati da mancato adeguamento infrastrutturale e tecnologico;
 - d) trasparenza dei criteri di definizione delle priorità per l'utilizzo delle risorse complessive;
 - e) incentivazione di ricerca e innovazione clinica e gestionale;
 - f) netta distinzione fra finanziamento per ricerca e innovazione e finanziamento corrente;

- g) netta distinzione fra finanziamento corrente e premialità per appropriatezza e qualità, anche al fine di stabilire tariffe omogenee per tutte le tipologie di produttori;
 - h) definizione di un fondo destinato ai processi di ristrutturazione aziendale finalizzato alle aziende che necessitano di ripensare complessivamente la loro mission alla luce delle politiche regionali o che devono recuperare rilevanti livelli di efficienza per recuperare l'equilibrio economico.
5. Entro nove anni dalla definizione del primo Piano Triennale per la Programmazione il fondo, di cui al comma 2, lett. e) del presente articolo, deve progressivamente diminuire fino ad azzerarsi. Contestualmente e proporzionalmente a tale decremento i fondi di cui alle lett. c) e d), comma 2, devono progressivamente crescere.
 6. Contestualmente all'azzeramento del fondo, di cui al comma 2, lett. e) del presente articolo, cessa l'erogazione delle risorse destinate al riequilibrio o all'adesione agli obiettivi della pianificazione sanitaria.
 7. Con atto successivo alla definizione del Piano, di cui al presente articolo, la Giunta definisce il riparto delle risorse destinate alle aziende pubbliche e private accreditate e a tutti i soggetti coinvolti nel SSSR.
 8. Il presente articolo sostituisce integralmente gli artt. 19 e 25bis della l.r. n. 33/2009.

Art. 4

Assessorato Regionale Salute e Welfare

1. La Regione esercita funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento, controllo e supporto nei confronti delle ASST e degli altri soggetti accreditati, pubblici e privati, che svolgono attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali.
2. E' istituito l'Assessorato "Salute e Welfare" al fine di garantire e promuovere la piena integrazione delle politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali, al quale sono assegnate tutte le risorse finanziarie, strumentali e di personale.
3. L'Assessorato Salute e Welfare esercita le funzioni di cui al comma 1 del presente articolo e in particolare garantisce l'assegnazione unitaria ed indistinta dei finanziamenti al SSSR.
4. L'Assessorato ha un'unica Direzione Generale che si articola in Unità Organizzative disposte con successivo atto della Giunta Regionale.

Art. 5

Agenzie Regionali

1. A supporto dell'Assessorato Salute e Welfare, a garanzia di uniformità e adeguatezza, sono istituite le seguenti Agenzie Regionali:
 - a) Agenzia Regionale per la Programmazione, l'Accreditamento, l'Acquisto e il Controllo delle prestazioni;

- b) Agenzia Regionale per l'Innovazione, la Ricerca, l'Health Technology Assessment (HTA) e il Governo Clinico;
 - c) Agenzia Regionale per l'Emergenza Urgenza.
2. Le Agenzie, pur essendo unitarie, possono articolarsi in dipartimenti territoriali.
3. L'Agenzia Regionale per la Programmazione, l'Accreditamento, l'Acquisto e il Controllo delle prestazioni:
 - a) coordina e implementa gli atti di programmazione regionali;
 - b) esegue la vigilanza e i controlli d'intesa con i Dipartimenti di Prevenzione delle ASST e con ARPA per le competenze attribuite;
 - c) ha funzioni di acquisto delle prestazioni socio-sanitarie e controllo sulle relative procedure amministrative;
 - d) individua requisiti e criteri di accreditamento;
 - e) garantisce uniformità ed adeguatezza rispetto ai territori.
4. L'Agenzia Regionale per l'Innovazione, la Ricerca, l'Health Technology Assessment (HTA) e il Governo Clinico:
 - a) garantisce l'innovazione del SSSR, anche ai fini della competitività internazionale;
 - b) ha funzioni di vigilanza sull'appropriatezza clinica;
 - c) promuove in maniera strutturata l'utilizzo dell'HTA per la valutazione di tecnologie sanitarie ad elevato impatto economico, tecnologico ed organizzativo;
 - d) promuove la conoscenza del parco tecnologico presente in Regione al fine di ottimizzare gli investimenti e promuovere un'adeguata diffusione territoriale;
 - e) coordina le attività di ricerca clinica degli IRCCS;
 - f) promuove e sostiene la Rete della Ricerca di cui all'art. 11 della presente legge;
 - g) garantisce uniformità ed adeguatezza rispetto ai territori;
 - h) collabora all'istruttoria di cui al comma 6.
5. L'Agenzia Regionale per l'Emergenza Urgenza va a sostituire l'Azienda Regionale per l'Emergenza Urgenza (AREU):
 - a) ha funzione di garantire, implementare e rendere omogeneo, nel territorio della Regione, il soccorso sanitario di emergenza urgenza, anche in caso di maxiemergenze;
 - b) ha il compito di coordinare il trasporto di persone, organi e tessuti, le attività trasfusionali, di scambio e compensazione di sangue ed emocomponenti.
6. La Giunta Regionale, sulla base dell'istruttoria eseguita dall'Agenzia di cui al comma 1, lett. a) ed acquisito il parere del Consiglio Regionale, delibera, entro un anno dall'approvazione della presente legge i criteri del Piano annuale di Vigilanza e Controllo.
7. Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con delibera di Giunta da sottoporre al voto del Consiglio Regionale, previo parere dei Presidenti delle Conferenze dei Sindaci, vengono definiti obiettivi e organizzazione delle Agenzie.
8. Sono contestualmente abrogate:
 - le funzioni di acquisto e controllo come definito dall'art. 4 della Legge Regionale 30 dicembre 2009 n.33 e sostituito della presente Legge.

- L'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza come definito dall'art. 8 della Legge Regionale 30 dicembre 2009 n.33 e sostituito dal presente articolo.

Art. 6

Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST)

1. Le ASST esercitano la funzione di tutela della salute della popolazione e promozione del benessere a garanzia dei percorsi di continuità assistenziale.
2. Le ASST hanno personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.
3. L'autonomia delle ASST si esercita nell'ambito degli indirizzi programmatici della Regione.
4. Le ASST assicurano ai propri assistiti l'erogazione delle cure primarie e delle prestazioni specialistiche, comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale, di laboratorio e ospedaliera, contemplate dai livelli essenziali d'assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale e dalla programmazione regionale, attraverso la gestione diretta di ospedali e di strutture di produzione di prestazioni e servizi, e la stipula di contratti e convenzioni con soggetti e strutture accreditate.
5. Gli ambiti territoriali delle ASST sono approvati dal Consiglio Regionale, su proposta della Giunta e in accordo con i Comuni, le Città Metropolitane e le Autonomie Locali, entro sei mesi dall'approvazione del primo PSSR.
6. Le ASST, con cadenza triennale, adottano il Piano di Organizzazione Aziendale e il Piano Socio-Sanitario Territoriale di cui agli artt. 2 e 8 e li sottopongono all'approvazione della Giunta Regionale.
7. Le ASST si organizzano in Distretti Socio-Sanitari, Ospedali di Riferimento, Ospedali di Territorio, Presidi di Comunità, Dipartimenti, Servizi, Unità Operative e Uffici.
8. All'interno dei Distretti, di cui al precedente comma, sulla base di quanto stabilito dall'art. 5 del Patto per la Salute 2014-2016, vengono istituite le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).
9. Le UCCP sono forme organizzative complesse, a carattere multi professionale, nelle quali si coordinano e s'integrano le attività delle AFT, Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) (con particolare riguardo all'integrazione fra la medicina specialistica e la medicina di base) per la presa in carico della comunità di riferimento, garantendo la condivisione, l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze e un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici.
10. Le AFT sono forme organizzative della medicina convenzionata per l'erogazione delle cure primarie. Ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una

UCCP e rappresentano l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti del singolo medico.

11. L'attività delle strutture organizzative è disciplinata con atto aziendale del Direttore Generale, approvato dalla Giunta Regionale.
12. Le attività socio-sanitarie delle ASST sono organizzate nei seguenti Dipartimenti, che possono avere natura strutturale o funzionale sulla base degli assetti locali:
 - a) Dipartimento di prevenzione medica;
 - b) Dipartimento di prevenzione veterinaria;
 - c) Dipartimento dei servizi sanitari di base;
 - d) Dipartimento per le attività socio-sanitarie;
 - e) Dipartimento di Salute Mentale.
13. Il Dipartimento di prevenzione medica, di cui al comma 12, lett. a), organismo di coordinamento, è organizzato nei seguenti servizi:
 - a) igiene e sanità pubblica;
 - b) prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
 - c) igiene degli alimenti e della nutrizione;
 - d) medicina preventiva nelle comunità.
14. Il Dipartimento di prevenzione veterinaria, di cui al comma 12, lett. b) al quale sono affidate funzioni di programmazione, coordinamento, supporto e verifica delle attività di sanità pubblica veterinaria svolte dai Distretti di medicina veterinaria, è organizzato nei seguenti servizi:
 - 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.
15. E' assicurato il coordinamento funzionale fra le attività comuni del Dipartimento di prevenzione medica e del Dipartimento di prevenzione veterinaria, in particolare per la sicurezza degli alimenti.
16. Le attività di prevenzione svolte dalle ASST dovranno avere evidenza di efficacia, come previsto nel Piano Nazionale Prevenzione.
17. ASST e ARPA concordano annualmente un programma d'attività che, nelle rispettive sfere di competenza, abbia come obiettivo il contrasto ai fattori ambientali di rischio e alle loro conseguenze sulla salute della popolazione.
18. Le funzioni e le prestazioni medico-legali sono organizzate dalle ASST in un servizio specifico di medicina legale. Al fine di erogare le prestazioni richieste, le ASST possono avvalersi della consulenza delle Università, attraverso la stipula di convenzioni.
19. Per garantire la piena integrazione delle funzioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali e della gestione delle risorse economiche assegnate in modo unitario e indistinto, oltre che per evitare diseconomie e duplicazioni, la Direzione generale dell'ASST si avvale di unica Direzione Aziendale denominata Direzione Socio-Sanitaria.

20. E' abrogata la figura del Direttore sociale di cui all'art 15 della Legge regionale 30 dicembre 2009 n.33 e sostituito dal successivo art.16.
21. Il Direttore Generale delle ASST, in coerenza con il SSSR, può individuare ulteriori modelli in base ai quali organizzare le attività sanitarie svolte negli Ospedali, nei Distretti e nelle diverse strutture organizzative aziendali.

Art. 7

Medicina d'iniziativa, valorizzazione e sviluppo delle competenze

1. Per migliorare la qualità dell'assistenza socio-sanitaria il sistema regionale delle cure primarie deve continuamente innovarsi e garantire con interventi sistematici e programmati:
 - a) facilità di accesso alle cure e tempestività di risposta;
 - b) coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure;
 - c) pro-attività degli interventi;
 - d) coordinamento delle cure e continuità dell'assistenza.
2. In applicazione degli indirizzi di programmazione nazionali e regionali le ASST, attraverso i Distretti, attuano interventi di medicina di iniziativa mediante:
 - a) i servizi informativi locali, ai fini di monitorare lo stato di salute della popolazione, attuare l'analisi dei bisogni e definire gli obiettivi generali dell'azienda, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse e lo sviluppo dei servizi;
 - b) una rete di offerta dedicata alle persone portatrici di patologie croniche che, in collaborazione con i medici di medicina generale (MMG) e con i pediatri di libera scelta (PLS), garantisca percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali strutturati ed efficaci;
 - c) lo sviluppo delle cure primarie collocando i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e gli infermieri di famiglia o di continuità (formati per la presa in carico dei pazienti cronici) in strutture associative (di cui all'art. 6 e all'art. 9, comma 6, lett.d), in rete con i servizi ambulatoriali specialistici e professionali e con i Presidi di Comunità;
 - d) l'aumento dei centri e dei volumi di produzione di visite medico-specialistiche e diagnostiche in rete e sinergia con i MMG e PLS;
 - e) lo sviluppo dei servizi di cure intermedie (post acuzie, cure domiciliari, lungo degenze, riabilitazione, strutture protette, hospice, ecc.) rivolti alle persone non autosufficienti;
 - f) l'integrazione fra strutture delle cure intermedie e la rete delle strutture socio-sanitarie locali;
 - g) il controllo dell'adesione del paziente al percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale.
3. E' trasferita alla ASST la tutela socio-sanitaria delle persone con patologia psichiatrica. L'esercizio di tale funzione è realizzato attraverso le strutture che compongono il Dipartimento di Salute Mentale.
4. I competenti servizi delle ASST devono promuovere nelle persone e nelle loro reti familiari e sociali, lo sviluppo di consapevolezza, competenze, capacità di auto-cura e mutuo aiuto reciproco.

Art. 8
Piano Socio-Sanitario Territoriale

1. Il PSST è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali delle ASST.
2. Il PSST deve essere approvato, in fase di prima attuazione, entro sei mesi dall'azionamento delle ASST; successivamente, l'approvazione deve avvenire entro sei mesi dalla pubblicazione del PSSR.
3. Il Piano Socio-Sanitario Territoriale ha la funzione di:
 - a) definire il profilo epidemiologico delle comunità locali, con particolare attenzione alle condizioni dei gruppi di popolazione che, per caratteristiche socio-economiche, etnico-culturali, residenziali, sono a maggiore rischio in termini di:
 - i. stili di vita, con particolare riferimento a quelli connessi alle patologie croniche;
 - ii. difficoltà di carattere culturale e organizzativo nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento ai servizi di prevenzione individuale e collettiva e alla medicina generale;
 - iii. barriere strutturali all'accesso ai servizi e alla continuità delle cure assistenziali (viabilità, percorsi, accessi per portatori di handicap, orari inadeguati per specifiche categorie di utenza);
 - b) definire gli obiettivi di salute e benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi in linea con gli indirizzi regionali, tenendo conto dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali;
 - c) attivare progetti coerenti con la medicina d'iniziativa e individuare interventi di contrasto nei confronti delle diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria;
 - d) definire la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio con indicazione delle capacità di intervento in termini sia di strutture che di servizi;
 - e) definire il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali, in coerenza con la programmazione regionale.
4. Ai fini del coordinamento delle politiche socio-sanitarie con le altre politiche locali in grado di incidere sullo stato di salute della popolazione e dell'integrazione fra i diversi strumenti di programmazione locale, il procedimento di formazione del PSST prevede:
 - a) la collaborazione e l'intesa della Conferenza dei Sindaci dell'ASST;
 - b) il coordinamento con i Piani Sociali di Zona;
 - c) la consultazione con i soggetti di cui all'art. 1, comma 3, lettera p).

ART. 9
Sistema Ospedaliero Regionale - Compiti, obiettivi e organizzazione

1. Il Sistema Ospedaliero Regionale è definito, previa acquisizione del parere del Consiglio delle Autonomie Locali (CAL), della Commissione Consiliare competente e sentite le Conferenze dei Sindaci, con apposito atto di pianificazione e in coerenza con il PSSR.

2. Il Sistema Ospedaliero è articolato in:
 - a) **Centri ad elevata intensità e complessità** di cura pubblici e privati, uniformemente diffusi su tutto il territorio regionale;
 - b) **Rete Ospedaliera** territoriale, gestita direttamente dalle ASST di riferimento;
 - c) **Rete della Ricerca** di cui all'art.11.
3. Il Sistema Ospedaliero eroga attività di cura acuta, subacuta, riabilitativa e di ricerca.
4. L'atto di pianificazione, di cui al comma 1, adotta i seguenti criteri relativamente alle attività di cura acuta:
 - a) mettere in rete gli ospedali tra di loro, all'interno di una compiuta logica, sia di collaborazione orizzontale, sia di suddivisione delle vocazioni, capace di garantire a ogni unità operativa il bacino di utenza minimo necessario per disporre di una casistica sufficiente per lo sviluppo delle competenze, la concentrazione delle tecnologie, l'incremento della sicurezza e della qualità delle cure;
 - b) prevedere l'organizzazione interna ospedaliera per intensità di cura.
5. La pianificazione per le attività di cura subacuta e riabilitativa riconosce i seguenti obiettivi:
 - a) garantire appropriata continuità assistenziale con le cure acute;
 - b) adottare l'organizzazione della riabilitazione per complessità ed intensità di cura integrandola con le cure primarie per la presa in carico della cronicità;
 - c) garantire complementarietà e coerenza programmatica tra cure intermedie, riabilitazione e strutture socio-sanitarie.
6. Le strutture Ospedaliere pubbliche e private accreditate – in relazione al bacino d'utenza per abitanti di riferimento e in base al livello di complessità e intensità della cura, alla presenza di strutture dedicate all'emergenza e alla tipologia di specialità mediche, chirurgiche e di servizi di supporto – sono definite come segue:
 - a) **Centri ad elevata intensità e complessità di cura**
 - hanno bacino d'utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti;
 - sono dotati di un Dipartimento di Emergenza ad Alta Specialità (EAS) e vi sono concentrate le maggiori tecnologie e le equipe specializzate per gli interventi a più elevata intensità e complessità;
 - possono essere identificati come Aziende Ospedaliere ai sensi del D.lgs. 502/92 e s.m.i..
 - b) **Ospedali di Riferimento**
 - sono ospedali ad alta intensità e complessità di cura, hanno bacino d'utenza compreso tra 150.000 e 350.000 abitanti;
 - sono strutture dotate di DEA (Dipartimento d'Emergenza e Accettazione) e delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con UTIC, Neurologia, Psichiatria, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia;
 - sono dotati (o sono disponibili in rete H24) di servizi di Radiologia con TAC ed ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.
 - c) **Ospedali di Territorio**

- sono ospedali a media intensità di cura, hanno un bacino d'utenza compreso, di norma, fra 80.000 e 150.000 abitanti;
- sono strutture dotate di Pronto Soccorso, di un numero limitato di specialità, servizi di supporto in rete di guardia attiva o in regime di pronta disponibilità H24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, oltre che di letti per subacuti.

d) Presidi di Comunità

- sono strutture a bassa intensità di cura, diffuse capillarmente su tutto il territorio regionale;
 - hanno la funzione di garantire la continuità assistenziale con le cure erogate dalle altre strutture del Sistema Ospedaliero;
 - assicurano il coordinamento fra servizi territoriali e con gli altri presidi della rete ospedaliera;
 - erogano prestazioni, sia in regime di ricovero (posti letto per subacuti e post acuti), sia in regime ambulatoriale, sia in Day Hospital;
 - vi si integrano le UCCP e le AFT, di cui all'art. 6, nonché gli ambulatori specialistici e di riabilitazione e gli infermieri di famiglia o di comunità eventualmente associati;
 - sono nodo funzionale della rete di servizi per la presa in carico e la cura di pazienti cronici e con pluripatologie;
 - sono in diretto collegamento con gli altri ospedali della Rete ospedaliera.
7. I Centri, di cui al comma 6, lett. a), insieme con gli IRCCS pubblici e privati, di cui all'art. 11, svolgono ruolo di promozione e sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere e rendere disponibili alle altre strutture del Sistema Ospedaliero.
8. I presidi, di cui alle lett. b), c), d) del precedente comma 6, compongono la Rete Ospedaliera Territoriale di cui al comma 2 e afferiscono all'ASST di riferimento in coerenza con l'art.4 della presente legge.

ART. 10

Organizzazione socio-sanitaria dei territori montani

1. In presenza di territorio interamente montano coincidente con le ASST, o parte di ASST, la Giunta Regionale, con il coinvolgimento e le modalità di consultazione previste dagli artt. 2, 6, 9 della presente legge, e successivamente alla definizione degli ambiti territoriali delle ASST, definisce i criteri economici ed organizzativi per articolare la Rete Ospedaliera ed i servizi socio-sanitari, tenendo conto degli oggettivi condizionamenti e disagi determinati dalla morfologia del territorio montano e dalla distribuzione della popolazione, con particolare attenzione alla densità abitativa.

Art.11

Rete della Ricerca

1. La Regione promuove la ricerca quale fattore caratterizzante di un servizio socio-sanitario efficiente ed efficace che supporta lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze scientifiche, coinvolgendo tutte le strutture del SSSR.

2. La Rete della Ricerca comprende ricerca di base ed applicata, coinvolge le Università e gli Ospedali con esse convenzionati, gli IRCCS di natura pubblica e privata e gli Enti di ricerca presenti nel territorio regionale, valorizza le informazioni prodotte favorendone la condivisione.
3. Con successivi atti la Regione definisce maggiorazioni tariffarie, al fine di sostenere e valorizzare le attività di cura, ricerca e didattica, sulla base di indicatori di risultato delle attività effettivamente svolte.

Art. 12

Piano Regionale di Prevenzione

1. Il Consiglio Regionale, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale (PSSR), su proposta della Giunta, e previo parere della Commissione Consiliare competente e del CAL, approva il Piano Regionale della Prevenzione (PRP). Le indicazioni di carattere organizzativo e la progettazione attuativa del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) sono rinviate a specifici atti di programmazione.
2. Le attività di promozione della Salute e di Prevenzione primaria collettiva sono svolte dai Dipartimenti di Prevenzione della ASST con il coinvolgimento degli altri servizi interessati.
3. Il PRP ha durata triennale e definisce in quale cornice di valori e principi si sviluppa la pianificazione della prevenzione, con particolare riferimento a:
 - a) la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione, da esigere anche dalle politiche non sanitarie;
 - b) l'integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema socio-sanitario e in particolare l'integrazione con i Distretti, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria; il lavoro di rete tra operatori, enti e istituzioni coinvolte, a vario titolo, nelle attività di prevenzione e promozione della salute;
 - c) l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione della prevenzione basata su prove di efficacia (Evidence Based Prevention, EBP);
 - d) la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori, indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori.
4. Il PRP contribuisce alla riduzione delle disuguaglianze all'interno di tutte le sue articolazioni e individua quali assi d'intervento prioritari:
 - a) il miglioramento dell'ambiente fisico, sociale ed economico;
 - b) l'intervento precoce nella vita per la diffusione di stili di vita per una buona salute (salute materna e infantile, comportamenti antisociali, dipendenze) e la prevenzione delle malattie cronico-degenerative;
 - c) una visione ampia della salute che ricerchi anche le interazioni migliori con i servizi che operano nel campo della salute mentale e per il contrasto alle dipendenze, in modo da

rafforzare le azioni che consentono la sorveglianza di varie forme di disagio individuale e sociale e la loro prevenzione.

5. Il PRP deve inoltre evidenziare come:

- a) lo sforzo di individuare evidenze scientifiche a sostegno delle scelte operative garantisce il corretto utilizzo delle risorse, oltre che il conseguimento del risultato vero di salute;
- b) la valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti (ad esempio coperture vaccinali, percentuali di adesione agli screening, risultati dei controlli ufficiali, ecc.) costituisce strumento per la ricalibrazione e la riprogrammazione degli interventi.

6. 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 SSSR, di opportuni strumenti di osservazione epidemiologica, secondo una metodologia di rilevazione programmata, al fine di produrre statistiche socio-sanitarie omogenee;
- b) raccogliere dai vari livelli del SSSR dati che riguardino lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione;
- c) elaborare i dati provenienti dalle ASST al fine di produrre statistiche socio-sanitarie correnti;
- d) fornire tutte le informazioni di supporto necessarie alle diverse Direzioni Generali della Giunta regionale per l'attuazione delle attività di programmazione socio-sanitaria, di cui all'art. 2 e del PRP di cui al presente articolo, di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza in materia socio-sanitaria, di controllo di qualità delle prestazioni socio-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 socio-sanitario e a migliorare gli interventi socio-sanitari;
- h) assicurare il ritorno delle informazioni raccolte ed elaborate agli operatori delle ASST, nonché la diffusione ai cittadini, per quanto di interesse pubblico;
- i) attivare collegamenti funzionali con gli Osservatori Epidemiologici istituiti dalle altre regioni e con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto Superiore di Sanità.

Art. 13

Erogatori di diritto privato, accreditati o autorizzati

1. Gli erogatori di diritto privato, accreditati o autorizzati, sono parte integrante del SSSR e le loro attività sono coerenti agli atti definiti ai sensi della programmazione del SSSR di cui all'art.2 della presente Legge.
2. L'accreditamento e la relativa contrattualizzazione con il SSSR degli erogatori di diritto privato sono improntate al criterio di sinergia con le strutture di diritto pubblico, nei campi della ricerca e dell'assistenza, al fine di evitare duplicazioni e conflittualità.

Art.14

Requisiti per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie e accreditamento degli erogatori

1. La Giunta Regionale, sulla base dell'istruttoria eseguita dall'Agenzia di cui all'art.5, comma 1, lett. a) ed acquisito il parere della Commissione Consiliare competente, delibera i criteri, i requisiti e l'iter procedurale per l'autorizzazione e l'accreditamento all'attività sanitaria e socio-sanitaria entro un anno dall'approvazione della presente Legge regionale ed ai sensi del DPR 14 gennaio 1997 e s.m.i..
2. L'autorizzazione e l'accreditamento all'attività sanitaria e socio-sanitaria sono rilasciati con il motivato parere dell'Agenzia Regionale di cui al precedente comma 1.
3. I criteri fondamentali per l'accreditamento sono:
 - a) la sicurezza e conformità delle strutture secondo la legislazione vigente;
 - b) l'idoneità delle risorse professionali e tecnologiche per le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
 - c) la sostenibilità economica dei requisiti deliberati;
 - d) l'autocontrollo annuale, a cura degli erogatori autorizzati ed accreditati, finalizzato alla verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento.

Art.15

Gestione sociale associata e integrazione socio-sanitaria

1. Il SSSR promuove la gestione associata dei servizi sociali degli Enti Locali per aumentare l'efficacia complessiva del sistema di welfare, aumentando le economie di scala e di specializzazione e lo sviluppo di competenze grazie all'incremento delle specificità professionali in ragione di accresciuti bacini di riferimento.
2. La forma di gestione associata dei servizi sociali è a discrezione degli Enti Locali, con l'obiettivo di raggiungere un'ottimale distribuzione dei punti erogativi e omogeneità territoriale.
3. Le dimensioni e i confini geografici per la gestione associata dei servizi sociali coincidono con i confini dei Distretti socio-sanitari delle ASST, di cui all'art. 6, commi 5 e 7 per favorire i processi di coordinamento socio-sanitario.
4. Il coordinamento viene promosso favorendo a livello locale la ricomposizione delle risorse sociali e socio-sanitarie complessive, la pianificazione socio-sanitaria congiunta e integrata, gli sportelli unici di accesso ai servizi, i percorsi unitari per patologia/area di disagio sociale.

Art. 16

Natura, nomine e organi delle ASST

1. Sono organi delle ASST il Direttore Generale e il Collegio Sindacale. Il Direttore Generale, in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3-bis, comma 3, del d.lgs. 502/1992, è nominato con provvedimento della Giunta Regionale; il suo rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a un anno.

2. La Giunta Regionale può modificare, con provvedimento motivato, quanto alla sede di assegnazione, gli incarichi già conferiti a Direttori Generali di ASST. La mobilità interaziendale non ha effetto sulla durata dell'originario contratto. La mancata accettazione del reincarico comporta la risoluzione del contratto con provvedimento motivato della Giunta regionale.
3. I Direttori Generali delle ASST, delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS di diritto pubblico trasformati in Fondazioni, sono nominati con provvedimento della Giunta Regionale, sulla base di una lista stilata (attingendo obbligatoriamente dall'elenco regionale degli idonei) da un'apposita Commissione valutatrice nominata dal Consiglio Regionale, con voto a maggioranza qualificata.
4. La nomina del Direttore Generale è effettuata dalla Giunta, previa acquisizione dei pareri di legge, d'intesa con i Presidenti delle Conferenze dei Sindaci competenti per territorio e con il Rettore dell'Università (per le nomine di Direttore Generale delle AO e degli IRCCS sedi di Università). L'intesa si intende acquisita, decorsi quindici giorni dalla proposta regionale senza che pervenga formale e motivato diniego da parte del Presidente della Conferenza dei Sindaci e/o del Rettore competente per sede. Per accedere alla selezione occorre essere in possesso del diploma di laurea magistrale o diploma equipollente e in posizione dirigenziale con incarico formalmente conferito, con adeguata esperienza, almeno di cinque anni nel campo delle strutture sanitarie o almeno di sette anni nelle strutture che operano in altri settori, purché maturata nei dodici anni antecedenti la presentazione della candidatura e caratterizzata da autonomia gestionale, diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie e responsabilità verso l'esterno.
5. Il Direttore Generale non può superare il sessantacinquesimo anno di età all'atto della nomina.
6. Il compenso derivante dall'attività di Direttore Generale, amministrativo e socio-sanitario, non è cumulabile con il reddito da pensione.
7. L'inserimento nella lista finale degli idonei di cui al comma 3 è condizione necessaria, ma non sufficiente ai fini della nomina, tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema d'inconferibilità dell'incarico. I Direttori Generali nominati sono tenuti a produrre, entro 18 mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di cui al decreto del Ministro della Sanità 1° agosto 2000 (Disciplina dei corsi di formazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie) o l'attestato di formazione manageriale di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997 n.484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla Direzione Sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale di ruolo sanitario) in corso di validità.
8. Prima di iniziare il processo di selezione la Regione rende pubblici il tipo di competenze, i profili professionali e le attitudini che il candidato deve possedere, in ordine agli specifici indirizzi strategici. All'esito del processo di selezione la Regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine ed ai curricula degli idonei.
9. La Commissione valutatrice, di cui al precedente comma 3, ha il compito di valutare, anche attraverso colloqui, test psicoattitudinali e questionari, gli idonei inseriti nell'elenco regionale

per quanto attiene titoli posseduti, attitudine, esperienza, competenza in materia di organizzazione sanitaria, diritto, economia e management e:

- a) dura in carica tre anni ed è composta, con garanzia di presenza di entrambi i generi, da tre componenti, riconfermabili una sola volta, in possesso di comprovate competenze ed esperienze in materia di organizzazione, diritto, economia e management sanitario;
- b) i suoi componenti vengono eletti dal Consiglio Regionale, con voto a maggioranza qualificata, sulla base di una rosa di sei nominativi, con comprovata esperienza nella materia sopra indicata, indicati da AGENAS. Il presidente viene eletto all'interno della Commissione stessa;
- c) riferisce annualmente dei propri atti al Consiglio Regionale;
- d) redige un elenco finale di nominativi idonei il cui numero è doppio rispetto al numero di Direttori Generali da nominare.

10. Nel caso in cui la Giunta Regionale proceda alla sospensione cautelare del Direttore Generale di aziende pubbliche, la stessa Giunta provvede ad una nuova nomina, per il periodo corrispondente, con i requisiti e le modalità richieste per la nomina dei Direttori Generali, come indicato dal comma 3.

11. In caso di vacanza dell'ufficio di Direttore Generale e fino alla nomina del nuovo, la Giunta Regionale può procedere alla nomina di un Commissario straordinario qualora la gestione interinale affidata al Direttore socio-sanitario o al Direttore amministrativo più anziano di età non appaia congrua rispetto alle peculiarità gestionali dell'azienda interessata e, nel contempo, il periodo minimo previsto dall'articolo 3-bis, comma 8, del d.lgs. 502/1992 non appaia coerente rispetto ai processi di riordino o riorganizzazione riguardanti l'azienda stessa. La gestione commissariale non può protrarsi oltre dodici mesi. Per i requisiti di nomina e per la retribuzione si applica quanto previsto ai commi 3, 4, 5, 6, 7 del presente articolo.

12. Entro novanta giorni dalla nomina del nuovo Direttore Generale o del Commissario straordinario si provvede alla verifica straordinaria di cassa e dei valori custoditi in tesoreria nonché delle poste patrimoniali. Alle operazioni di verifica partecipano il Direttore Generale cessato dall'incarico, il nuovo Direttore Generale o il Commissario straordinario, il tesoriere e il Collegio Sindacale, che redige apposito verbale sottoscritto dai partecipanti alla verifica stessa.

13. Con deliberazione della Giunta Regionale e previo parere della Commissione Consiliare competente sono definiti i criteri minimi per la composizione, le competenze, i criteri di funzionamento del Collegio di Direzione e le relazioni con gli altri organi aziendali, nel rispetto delle disposizioni contenute nell'articolo 17 del d.lgs. 502/1992.

14. Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale e svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

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

15. Nelle Aziende Ospedaliere il Collegio Sindacale è composto da cinque membri di cui due designati dalla Regione e uno dalla Conferenza dei Sindaci della ASST sul cui territorio è ubicata l'Azienda Ospedaliera; gli altri due componenti sono designati rispettivamente dal Ministro competente in materia di sanità e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze.

16. Ai componenti del Collegio Sindacale delle ASST e delle Aziende Ospedaliere spetta un'indennità per l'espletamento delle funzioni in misura pari al dodici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai Direttori Generali. Al presidente del Collegio spetta un'indennità in misura pari al quindici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai Direttori Generali.
17. Ai commissari liquidatori nominati ai sensi dell'articolo 2, comma 14, della legge 28 dicembre 1995, n.549 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica) competono le funzioni di legali rappresentanti delle gestioni liquidatorie delle sopresse USSL.
18. I commissari liquidatori svolgono altresì le funzioni di legali rappresentanti delle gestioni liquidatorie delle aziende USSL istituite con la legge regionale 15 settembre 1993, n. 28 (Ridefinizione degli ambiti territoriali delle Unità Socio-Sanitarie Locali) e venute a cessare con la legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 (Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali).
19. Ai commissari liquidatori, quali legali rappresentanti delle gestioni liquidatorie di cui ai commi 15 e 16, compete la legittimazione attiva e passiva, sostanziale e processuale per le controversie riguardanti debiti e crediti delle sopresse USSL e aziende USSL.
20. I debiti delle gestioni liquidatori e delle sopresse USSL e aziende USSL, nonché i relativi atti esecutivi gravano unicamente sulle dotazioni finanziarie delle gestioni liquidatorie.
21. È esclusa ogni legittimazione passiva, sostanziale e processuale della Regione per le controversie riguardanti debiti e crediti delle sopresse USSL e aziende USSL.

Art. 17

Direttore Socio-Sanitario, Direttore Amministrativo e responsabili delle strutture. Consiglio dei Sanitari

1. Il Direttore Socio-Sanitario e il Direttore Amministrativo delle ASST sono nominati dal Direttore Generale e hanno i requisiti di cui all'articolo 3, comma 7, del d.lgs. 502/1992; i relativi rapporti di lavoro sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato, che stabiliscono anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a un anno.
2. Per la figura del Direttore Amministrativo sono richiesti il possesso del diploma di laurea magistrale o diploma equipollente, la posizione dirigenziale con incarico formalmente conferito, l'aver svolto, in tale posizione, attività di direzione tecnica o amministrativa con adeguata esperienza almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie o nelle strutture che operano in altri settori, purché maturata nei dieci anni antecedenti la presentazione della candidatura e caratterizzata da autonomia gestionale, diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie e responsabilità verso l'esterno. All'atto della nomina il Direttore Amministrativo non deve avere compiuto il 65° anno di età.
3. Ai fini della nomina a Direttore Socio-Sanitario è necessario il possesso della specializzazione in una delle discipline dell'area della sanità pubblica di cui all'art. 4, comma 2, lettera a) del d.p.r. 484/1997 o un titolo equipollente di cui alla 'tabella b' del decreto del Ministro della Sanità 30

Gennaio 1998 (Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale). E' altresì necessario avere svolto un incarico almeno quinquennale di direzione di presidio ospedaliero oppure di struttura dipartimentale aziendale oppure di esperienze professionali equipollenti.

4. Per la figura del Direttore Socio-Sanitario e Amministrativo, entro 18 mesi dalla nomina, occorre produrre il certificato di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di cui al Decreto del Ministro della sanità 1° agosto 2000 (Disciplina dei corsi di formazione dei direttori generali delle aziende sanitarie) oppure, per il Direttore Socio-Sanitario, l'attestato di formazione manageriale di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997 n. 484.
5. Il Direttore Generale procede alla nomina del Direttore Socio-Sanitario e del Direttore Amministrativo, alla luce dei criteri sopra descritti e sulla base di almeno tre candidature (per ogni direzione) raccolte mediante pubblicazione di avviso pubblico. Qualora non si raggiungesse la soglia minima di tre candidati per direzione da assegnare, si procede a proroga dei termini di presentazione delle candidature.
6. All'esito del processo di nomina deve essere assicurata, anche mediante il sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curriculum degli idonei.
7. Il Direttore Generale individua per ciascun presidio il dirigente responsabile della gestione complessiva e nomina altresì i responsabili dei Dipartimenti e dei Distretti.
8. Condizione necessaria ai fini della nomina a Direttore Amministrativo e Socio-Sanitario è il rispetto delle condizioni previste dalle vigenti disposizioni in tema di inconfiribilità dell'incarico.
9. La figura del Direttore Socio-Sanitario, in possesso dei requisiti di cui ai commi 1 e 3, è obbligatoria per le strutture sanitarie private classificate come dipartimento d'emergenza accettazione (DEA) o dipartimento d'emergenza e alta specialità (EAS) o provviste di più di duecentocinquanta posti letto accreditati e a contratto o appartenenti a un ente unico gestore di almeno due presidi ospedalieri accreditati e a contratto.
10. È facoltà del Direttore Generale procedere alla revoca degli incarichi affidati al Direttore Amministrativo e al Direttore Socio-Sanitario. In ogni caso questi cessano dall'incarico entro i tre mesi successivi alla nomina del nuovo Direttore Generale e possono essere riconfermati.
11. Il Consiglio dei Sanitari di cui alla legge regionale 30 gennaio 1998, n. 2 (Istituzione, composizione e funzionamento del consiglio dei sanitari) è organismo elettivo delle Aziende Sanitarie, con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria nei confronti del Direttore Generale ed è presieduto dal Direttore Socio-Sanitario o da un suo delegato.

Art. 18

Valorizzazione e formazione degli operatori del Servizio Socio-Sanitario Regionale

1. La Giunta Regionale, al fine garantire l'appropriata dotazione di personale al SSSR, adotta uno specifico Piano pluriennale di determinazione dei contingenti per le professioni mediche, specialistiche e sanitarie.
2. E' istituito il Tavolo Socio-Sanitario Regionale, organo rappresentativo di tutte le professioni riconosciute dal Sistema Socio-Sanitario Regionale, quale luogo di confronto sulle scelte di politica sanitaria e socio-sanitaria e di programmazione partecipata.
3. La Regione, al fine di favorire il pieno recepimento dell'innovazione in ambito clinico, incentiva e promuove la formazione obbligatoria per tutte le professioni coinvolte nel processo clinico.
4. La Regione, al fine di improntare l'organizzazione socio-sanitaria a criteri di innovazione, incentiva e promuove la formazione obbligatoria per tutte le professioni tecniche ed amministrative, definendo un sistema di crediti formativi anche per le professioni non sanitarie.
5. Le strutture socio-sanitarie afferenti al SSSR, in coerenza con il programma di educazione continua in medicina (ECM), attuano percorsi formativi per il personale in servizio al fine di assicurare la valorizzazione di ogni professionalità per il raggiungimento di sempre migliori livelli di competenza.

Art.19

Sistema informativo Socio-Sanitario Regionale

1. La Direzione generale dell'Assessorato Salute e Welfare definisce, in coerenza con il Piano Socio-Sanitario approvato, un sistema uniforme e compatibile di rilevazione delle informazioni necessarie per il governo e la gestione del SSSR, nonché dei dati economico-finanziari degli erogatori accreditati pubblici e privati nel rispetto delle normative comunitarie e nazionali in materia.
2. Il sistema informativo deve consentire la completa analisi del SSSR ed essere funzionale alla programmazione dello stesso.
3. Gli erogatori accreditati di diritto pubblico e privato si dotano di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione ed organizzazione delle proprie attività, la valutazione delle stesse in materia di appropriatezza, efficacia ed efficienza e il controllo di gestione.
4. Gli erogatori accreditati di diritto pubblico e privato garantiscono i debiti informativi nei confronti della Regione e delle Istituzioni che ne hanno titolo.
5. Il mancato assolvimento dei debiti informativi, di cui al comma 4, può comportare la sospensione e, se reiterato, la cessazione della remunerazione corrisposta, anche a titolo di acconto.

6. Il sistema informativo deve essere compatibile anche con gli erogatori di diritto privato autorizzati non a contratto con il SSSR, per quanto attiene l'acquisizione dei dati di attività utili al governo ed alla gestione del SSSR, di cui all'art.13 della presente legge.
7. La Giunta Regionale definisce, con provvedimento da adottare entro un anno dall'approvazione della presente legge, il finanziamento per l'acquisizione dei predetti dati da parte degli erogatori di diritto privato autorizzati e non a contratto.

Art. 20

Semplificazione accesso ai servizi

1. Il SSSR promuove la possibilità di accesso a tutti i servizi tramite prenotazioni telefoniche o via web.
2. Le aziende del SSSR pubblicano su web, in tempo reale, le liste di attesa per singola specialità e setting assistenziale (ambulatorio, ricovero acuto, cure intermedie, RSA, ecc.) al fine di semplificare i percorsi di fruizione per i cittadini.
3. Il SSSR pubblica su web il profilo di performance clinico di ogni azienda, per specialità, a tal fine individuando opportuni indicatori di risultato (frequenza e tipologie delle casistiche, esiti, tassi di ricaduta) al fine di favorire la libera scelta consapevole da parte degli utenti.
4. Allo scopo di semplificarne la fruizione e l'archiviazione da parte dei cittadini, il SSSR garantisce l'accesso, via web, a tutte le refertazioni. I referti sono comunque resi disponibili presso gli sportelli del SSSR.

Art. 21

Forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria

1. La Regione promuove lo sviluppo di forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, coinvolgendo le parti sociali, le associazioni mutualistiche e altri enti e istituzioni al fine di darne un'ampia diffusione, nell'interesse della popolazione. Inoltre assicura il coordinamento e l'unitarietà della politica socio-sanitaria e l'integrazione del servizio socio-sanitario regionale con le prestazioni finanziate attraverso le forme integrative.

Art. 22

Internazionalizzazione del SSSR

1. Il SSSR assume il processo di globalizzazione come scenario in cui operare attivamente per poter sfruttare le opportunità di crescita delle competenze, di acquisizione di risorse e di aumento di spazi di efficacia e universalità, prevenendo le possibili minacce che potrebbero sopraggiungere da variabili esogene.
2. Il SSSR promuove la partecipazione dei propri professionisti e delle proprie Università alla comunità scientifica internazionale, che rappresenta la frontiera del dibattito scientifico, garantendo l'acquisizione più rapida ed efficace delle innovazioni e delle competenze.

3. Il SSSR favorisce la diffusione dell'utilizzo della lingua inglese come strumento di aggiornamento professionale e la progressiva esposizione di tutti i professionisti al dibattito globale, attraverso esperienze di studio, confronto benchmarking, stage, formazione internazionale.
4. Il SSSR promuove lo sviluppo della ricerca, assumendo come mercato di riferimento per i finanziamenti quello regionale, nazionale e internazionale, soprattutto sostenuto dalle istituzioni e dalle imprese internazionali. Il SSSR sostiene le capacità delle proprie aziende a muoversi in questo mercato dei finanziamenti per la ricerca, favorendo la costituzioni di reti di ricerca regionali, nazionali e internazionali.
5. Il SSSR si propone anche come erogatore di servizi per pazienti internazionali, sia in convenzione con i propri sistemi assicurativi pubblici alla luce delle direttive EU, sia per pazienti assicurati o paganti anche come percorso di possibile sviluppo di competenze, di tecnologie e di risorse economiche disponibili.
6. Il SSSR valorizza i percorsi di mobilità internazionale, di confronto scientifico e culturale, in ambito assistenziale, di ricerca e di didattica, volti ad acquisire competenze da riportare nel sistema socio-sanitario, per i professionisti del SSSR, che siano essi stranieri (e costituiscono un aumento del capitale umano disponibile) o italiani impegnati per periodi determinati di lavoro o di studio all'estero.

Art. 23

Clausola valutativa

1. Il Consiglio regionale e la Giunta regionale, secondo le rispettive competenze, valutano i risultati e l'efficacia delle politiche socio-sanitarie disciplinate dalla presente legge.
2. La Giunta regionale informa il Consiglio regionale dell'attuazione della presente legge e dei risultati ottenuti nel promuovere la salute e il benessere dei cittadini lombardi. A tal fine, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione biennale che documenta e descrive:
 - a) gli interventi realizzati in attuazione della presente legge, specificando le risorse impiegate, i soggetti coinvolti nell'attuazione e i beneficiari raggiunti;
 - b) le azioni di sistema, di regolazione, di programmazione e di controllo realizzate e i relativi esiti;
 - c) le eventuali criticità verificatesi e le soluzioni messe in atto per farvi fronte;
 - d) i risultati e gli effetti delle politiche promosse, secondo specifici temi e quesiti che il Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione del Consiglio regionale, di concerto con la competente Commissione consiliare, segnala all'Assessore Regionale Salute e Welfare
3. La Programmazione del Servizio Socio-Sanitario Regionale di cui all'art. 2 può destinare apposite risorse allo svolgimento delle analisi necessarie a rispondere ai quesiti di cui al comma 1 e 2.
4. La Giunta regionale rende accessibili i dati e le informazioni raccolte per le attività valutative previste dalla presente legge. Il Consiglio regionale rende pubblici i documenti che concludono l'esame svolto unitamente alla relazione che ne è stata oggetto.

Art. 24
Norma finanziaria

1. All'onere della presente legge si provvede con la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale.

Art.25
Abrogazione di articoli

1. Sono abrogati gli articoli della l.r. n. 33/2009 in contrasto con il presente articolato.

Art. 26
Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore con la sua pubblicazione su BURL.