

PROGETTO DI LEGGE N. 0234

di iniziativa dei Consiglieri regionali:

Capelli, Del Gobbo, Carugo, Colucci, Melazzini, Parolini, Piazza, Malvezzi.

—————
“Realizzazione del sistema sanitario, sociosanitario e sociale lombardo”.
—————

PRESENTATO IL 04/02/2015

ASSEGNATO IN DATA :19/02/2015

ALLE COMMISSIONI	REFERENTE	III
	CONSULTIVA	I

Realizzazione del sistema sanitario, sociosanitario e sociale lombardo

Titolo I

Art. 1

(Oggetto)

La presente legge realizza l'integrazione del sistema sanitario, socio sanitario e sociale lombardo.

Titolo II

Norme sul servizio sanitario regionale

Art. 2

(Oggetto e disposizioni generali)

1. Il presente titolo disciplina il servizio sanitario regionale nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione e in conformità, fra gli altri, ai seguenti principi:

- a) rispetto della dignità della persona;
 - b) libertà di scelta;
 - c) piena parità di diritti e di doveri fra soggetti accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, e concorso degli stessi, nonché dei soggetti in possesso dei soli requisiti autorizzativi, alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria;
 - d) promozione dell'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza degli enti locali.
2. La Regione assicura alle persone e alle famiglie, in specie quelle più fragili, un sistema integrato di interventi e servizi sanitari, sociosanitari e sociali e promuove interventi, anche di carattere individualizzato, per garantire la qualità degli stessi in coerenza con gli articoli 2, 3, 32, 38 e 118 u.s. della Costituzione.
3. Il sistema di cui al comma 1 comprende i servizi ad esclusivo contenuto sanitario di competenza della Regione Lombardia, i servizi socio-sanitari la cui organizzazione è attribuita alla Regione e ai comuni e i servizi sociali e assistenziali di competenza dei comuni, nonché i servizi da realizzarsi in raccordo con le politiche di intervento in materia di casa e di lavoro. In questo senso, il sistema di welfare è l'insieme dei soggetti, delle politiche, delle unità di offerta sociali e sociosanitarie e di tutti i servizi e interventi a favore della persona e della famiglia.
4. Nell'ambito della finalità di cui al comma 1, la Regione garantisce il diritto della persona alla libertà di scelta degli erogatori delle prestazioni e la loro esigibilità, valorizzando tutte le professioni sanitarie e l'apporto della ricerca scientifica e tecnologica.
5. La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sanitari sociosanitari e sociali afferiscono alla Regione e agli enti locali secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.
6. La Regione e gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano, in conformità ai principi europei, il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sanitari sociosanitari e sociali.
7. Alla gestione ed all'offerta dei servizi possono provvedere soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati.
8. La Regione assicura l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza previsti dalla legislazione nazionale ed eventualmente assicura livelli più elevati sulla base di proprie risorse. Dispone contestualmente in ordine al reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale, nonché alla determinazione dei livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini. In ogni caso, non possono gravare sul fondo sanitario regionale oneri diversi da quelli riferiti alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Art. 3

(Piano sociosanitario regionale)

1. Il Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, approva il piano sociosanitario, quale strumento di programmazione unico e integrato, nel quale sono indicate, in particolare, le attività sanitarie e sociosanitarie da erogare per

ognuno dei livelli essenziali di assistenza. Il piano definisce:

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

Articolo 4 **(Organizzazione del sistema)**

A livello territoriale, il SSR di cui all'Articolo 2 si riconosce nei seguenti indirizzi:

1. *distinzione tra la funzione di programmazione e la funzione di erogazione dei servizi.*
2. *valorizzazione del ruolo degli utenti, del principio della libera scelta, della tutela dei loro diritti e della co-responsabilità con gli altri attori del sistema.*
3. *Individuazione degli ambiti territoriali di competenza.*
4. *Sistema di accreditamento come modalità di partecipazione degli erogatori alla rete dei servizi.*
5. *Modalità di remunerazione delle prestazioni e dei servizi erogati.*
6. *Efficacia, trasparenza e omogeneità del sistema dei controlli.*
7. *Valorizzazione di tutti i soggetti erogatori pubblici e privati*

Articolo 5 **(La Regione)**

1. La Regione esercita le funzioni di governo, indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e verifica delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie, avvalendosi della collaborazione degli enti locali, delle aziende sanitarie e dei soggetti del terzo settore ed in particolare:

- a) *programma, con il piano sociosanitario, la rete delle unità di offerta sociosanitarie e svolge funzioni di indirizzo per la programmazione della rete delle unità di offerta sociali;*
 - b) *persegue l'integrazione delle unità d'offerta sociali, sociosanitarie e sanitarie;*
 - c) *promuove l'integrazione delle politiche sociali con le politiche della sanità, del lavoro, della casa, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione, della sicurezza e della pianificazione territoriale, avvalendosi della collaborazione delle province e dei comuni;*
 - d) *promuove la programmazione partecipata a livello comunale dei soggetti di cui all'articolo 3 comma 1, lettere b), c) e d), la costituzione di forme di gestione associata e la promozione di azioni a sostegno e qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore;*
 - e) *definisce i requisiti minimi di qualità, ulteriori rispetto a quelli definiti dalla normativa statale, per le unità di offerta sociosanitarie;*
 - f) *accredita le unità d'offerta sociosanitarie e definisce le modalità di finanziamento delle prestazioni rese con oneri a carico del fondo sanitario;*
 - g) *definisce, previo parere della competente commissione consiliare, i requisiti minimi per l'esercizio delle unità d'offerta sociali, nonché i criteri per il loro accreditamento, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 3, comma 1;*
 - h) *determina, per le unità d'offerta sociosanitarie, gli schemi tipo dei contratti per l'acquisizione di prestazioni accreditate;*
 - i) *individua indicatori per valutare l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate;*
 - j) *emana linee guida in materia di accesso alle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali pubbliche;*
 - k) *determina i criteri per la definizione delle rette e delle tariffe dei servizi sociali e sociosanitari, le agevolazioni a beneficio dei soggetti aventi diritto;*
 - l) *disciplina il riparto e l'impiego delle risorse finanziarie confluite nei fondi di cui agli articoli 23, 24 e 25;*
 - m) *definisce le modalità di consultazione in ambito regionale dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1 entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, acquisito il parere della competente commissione consiliare;*
 - n) *definisce la tipologia dei titoli sociosanitari e le modalità di concessione degli stessi;*
 - o) *stabilisce le linee d'indirizzo relative all'attività di formazione e aggiornamento del personale che opera nelle unità d'offerta sociosanitarie;*
 - p) *cura la tenuta dei registri delle unità d'offerta sociosanitarie accreditate e del registro regionale delle associazioni di cui ai Capi III e VI 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), nonché la tenuta della sezione regionale del registro generale delle organizzazioni di volontariato di cui al Capo II della L.R. n. 1/2008;*
 - q) *verifica il permanere dei requisiti per l'iscrizione ai registri di cui alla lettera p), avvalendosi del supporto delle ASL;*
 - r) *promuove e attua il servizio civile nazionale e regionale, di cui alla legge 6 marzo 2001, n. 64 (Istituzione del servizio civile nazionale) e alla legge regionale 3 gennaio 2006, n. 2 (Servizio civile in Lombardia), cura la tenuta dei relativi albi e verifica il*
-

permanere dei requisiti di iscrizione, avvalendosi del supporto delle ASL;

s) promuove la costituzione di osservatori, in collaborazione con le province, i comuni, le ASL e i soggetti del terzo settore e del partenariato sociale;

t) organizza e coordina il sistema informativo regionale sulla rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie;

u) promuove l'utilizzo di strumenti di controllo di gestione;

v) provvede, nei limiti delle risorse disponibili, alle coperture assicurative contro i rischi derivanti dalla gestione delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie, secondo criteri stabiliti dalla Giunta regionale e promuove e coordina l'attivazione di un sistema integrato di gestione del rischio;

w) promuove e sostiene la sperimentazione di unità d'offerta innovative;

x) promuove lo svolgimento di studi, ricerche finalizzate e indagini conoscitive sugli interventi e sui servizi sociali e sociosanitari;

y) determina le modalità per la concessione dei nuovi trattamenti economici agli invalidi civili;

z) promuove forme di tutela e di sostegno a favore di soggetti non autosufficienti, privi di famiglia o la cui famiglia sia impossibilitata o inidonea a provvedere;

aa) definisce le linee di indirizzo in materia di vigilanza e controllo;

ab) definisce i criteri dell'erogazione, a carico del fondo sanitario regionale, dei contributi economici alle famiglie, di cui all'articolo 8, comma 15, della L.R. n. 31/1997;

ac) promuove la comunicazione e le relazioni istituzionali nell'ambito delle politiche di welfare;

ad) favorisce lo sviluppo e la gestione dei sistemi informativi per il welfare;

ae) razionalizza ed integra le risorse per la persona e la famiglia, anche attraverso la promozione dell'integrazione di risorse gestite da enti pubblici e privati.

2. La Regione individua nella gestione associata la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza delle unità di offerta sociali di competenza dei comuni.

Articolo 6

(Livelli regionali di assistenza e interventi per la non autosufficienza)

1. La Regione, con il piano sociosanitario, nel rispetto dei principi di cui alla presente legge, definisce i livelli delle prestazioni sociosanitarie, mediante l'individuazione di prestazioni o di servizi ulteriori rispetto a quelli essenziali, definiti a livello statale o comportanti forme di riduzione o esenzione della partecipazione alla spesa da parte dell'utente.

2. La Regione, con il piano sociosanitario e nel rispetto dei principi di cui alla presente legge e secondo quanto disposto dalla l. 328/2000, definisce i livelli uniformi di erogazione delle prestazioni sociali.

3. Il piano sociosanitario regionale definisce le modalità di attuazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi per la non autosufficienza e ne individua le risorse, mediante l'istituzione di un apposito fondo.

4. Il fondo a favore delle persone non autosufficienti di cui al comma 3, ha il fine di favorirne l'autonomia e la vita indipendente e di sostenerle mediante l'assistenza domiciliare ed altre forme di intervento tra cui il ricovero in strutture residenziali e semiresidenziali. Al fondo concorre la Regione anche con risorse proprie.

5. Il sistema integrato degli interventi e dei servizi per la non autosufficienza persegue, in particolare, i seguenti obiettivi:

a) migliorare e potenziare, su base almeno distrettuale, le unità d'offerta finalizzate alla permanenza a domicilio delle persone in condizioni di disagio;

b) sviluppare, ampliare e facilitare progressivamente la fruizione dei servizi di diurnato e domiciliari;

c) promuovere, anche in via sperimentale, unità d'offerta dedicate all'erogazione di forme di assistenza intermedie tra il ricovero ospedaliero o presso strutture residenziali e l'assistenza domiciliare;

d) potenziare le unità d'offerta dedicate alle forme di assistenza a favore delle persone affette da patologie croniche e invalidanti e delle loro famiglie;

e) prevedere forme di sostegno economico a favore delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie, con particolare riferimento all'integrazione economica delle rette.

6. Per gli interventi dedicati alla non autosufficienza il piano sociosanitario definisce, in particolare:

a) i criteri generali di riparto del fondo e l'assegnazione delle risorse;

b) le aree prioritarie di intervento nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza da garantire alle persone non autosufficienti;

c) gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi territoriali;

d) le modalità di partecipazione dei comuni, delle province, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, dei soggetti del terzo settore e degli altri soggetti di diritto privato senza finalità lucrative maggiormente rappresentativi che operano in ambito sociale e sociosanitario a favore della non autosufficienza;

e) la metodologia di rilevazione ed elaborazione dei dati, nonché metodologie di misurazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi previsti;

Art. 7

(Consulta della sanità)

1. Al fine di condividere gli indirizzi di programmazione in materia di sanità con gli interlocutori del sistema sanitario, la Regione si avvale di un tavolo di confronto permanente denominato Consulta della sanità. La composizione e le modalità di funzionamento

sono stabilite con deliberazione della Giunta regionale.

Art. 8 **(Aziende sanitarie locali)**

1. Le Asl sono organizzate su base territoriale, hanno il compito di attuare l'insieme delle politiche regionali in materia di welfare.

Alle Asl compete innanzitutto la funzione di programmazione territoriale, acquisto e contrattualizzazione con gli erogatori di prestazioni, accompagnamento agli stakeholder territoriali verso la attuazione delle politiche regionali, il controllo e la vigilanza. Particolare attenzione, verrà data alla messa a sistema di una azione di integrazione territoriale innanzitutto tra l'ambito sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale. Compito delle Asl è anche la verifica del mantenimento del ruolo centrale riconosciuto agli utenti ed ai cittadini, attraverso la attivazione di processi di accompagnamento nella direzione della realizzazione della loro presenza nel sistema e sistemi di controllo sulle rete dell'offerta.

2. Le ASL:

a) programmano, a livello locale, la realizzazione della rete delle unità d'offerta socio-sanitarie, nel rispetto della programmazione regionale ed in armonia con le linee di indirizzo formulate dai comuni, attraverso la Conferenza dei sindaci del territorio di competenza di ciascuna ASL;

b) esercitano la vigilanza e il controllo sulle unità d'offerta pubbliche e private, sociali e socio-sanitarie;

c) forniscono il supporto tecnico alle province, nell'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 12, comma 1, lettera d), e alla commissione di controllo di cui all'articolo 15 della legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1 (Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia);

d) erogano le risorse dei fondi regionali;

e) acquistano le prestazioni socio-sanitarie rese dalle unità d'offerta accreditate;

f) gestiscono i flussi informativi, a supporto dell'attività di programmazione comunale e regionale;

g) collaborano con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta sociali;

h) collaborano con la Regione nel coordinamento, integrazione e monitoraggio della rete delle unità di offerta socio-sanitarie;

i) dispongono la concessione di trattamenti economici a favore degli invalidi civili, fatta salva la competenza del comune di Milano; alle ASL o al comune di Milano spetta, in rapporto alle rispettive competenze, la conseguente legittimazione passiva nelle controversie riguardanti la concessione di benefici aggiuntivi eventualmente determinati ed erogati dalla Regione con proprie risorse;

j) autorizzano l'assegnazione ad altra destinazione dei beni immobili trasferiti ai comuni a seguito dello scioglimento degli enti comunali di assistenza, ovvero dei beni delle ex IIPPAB, trasferiti ai sensi dell'articolo 6, comma 5, della L.R. n. 1/2003 o devoluti ai comuni in periodo antecedente, nonché gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali sui medesimi beni. Il provvedimento è adottato entro novanta giorni dal ricevimento della richiesta, previa acquisizione del parere obbligatorio dell'Assemblea dei sindaci dei comuni compresi nel distretto della stessa ASL.

3. Le Asl sono guidate da un Direttore generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario, dal Direttore Sociale e dal Direttore Amministrativo scelti dagli elenchi regionali. Le Asl sono organizzate per Dipartimenti che hanno la funzione di attuare gli indirizzi aziendali. Al fine di garantire la separazione tra programmatore ed erogatore, alle Asl è vietata la erogazione diretta di prestazioni o servizi oggetto di accreditamento.

4. Sono istituite, sentite le province, le seguenti aziende sanitarie locali, di seguito denominate ASL:

a) ASL della Provincia di Bergamo, sede di Bergamo;

b) ASL della Provincia di Brescia, sede di Brescia;

c) ASL della Provincia di Como Lecco Monza;

d) ASL della Provincia di Cremona, Mantova;

e) ASL della Provincia di Lodi, Pavia;

f) ASL Città Metropolitana;

g) ASL della Provincia di Sondrio, sede di Sondrio;

h) ASL della Provincia di Varese, sede di Varese.

5. Gli ambiti territoriali delle ASL coincidono con le circoscrizioni delle province, fatta eccezione per il Comune di San Colombano al Lambro, che fa parte integrante della ASL di Lodi.

6. L'ASL Città Metropolitana comprende i comuni di: Milano - Bresso - Cinisello Balsamo - Cologno Monzese - Cormano - Cusano Milanino - Sesto San Giovanni - Assago - Buccinasco - Cesano Boscone - Corsico - Cusago - Trezzano sul Naviglio - Bollate - Baranzate - Cesate - Garbagnate Milanese - Novate Milanese - Paderno Dugnano - Senago - Arese - Cornaredo - Lainate - Pero - Pogliano Milanese - Pregnana Milanese - Rho - Settimo Milanese - Vanzago - Arconate - Bernate Ticino - Buscate - Busto Garolfo - Canegrate - Casorezzo - Castano Primo - Cerro Maggiore - Cuggiono - Dairago - Inveruno - Legnano - Magnago - Nerviano - Nosate - Parabiago - Rescaldina - Robecchetto Induno - S. Giorgio su Legnano - S. Vittore Olona - Turbigo - Villa Cortese - Vanzaghella - Abbiategrasso - Albairate - Arluno - Bareggio - Besate - Boffalora Sopra Ticino - Bubbiano - Calvignasco - Cassinetta di Lugagnano - Cislino - Corbetta - Gaggiano - Gudo Visconti - Magenta - Marcallo Casone - Mesero - Morimondo - Motta Visconti - Ossona - Ozero - Robecco sul Naviglio - Rosate - S. Stefano Ticino - Sedriano - Vermezzo - Vittuone - Zelo

Surrigione – Solaro - Basiglio - Binasco - Casarile - Lacchiarella - Locate Triulzi - Noviglio - Opera - Pieve Emanuele - Rozzano - Vernate - Zibido S. Giacomo - Carpiano - Cerro al Lambro - Colturano - Dresano - Mediglia - Melegnano - Pantigliate - Paulo – Peschiera Borromeo - S. Donato Milanese - S. Giuliano Milanese - S. Zenone al Lambro - Tribiano - Vizzolo Predabissi - Bellinzago Lombardo - Bussero - Cambiagio - Carugate - Cassano d'Adda - Cassina de' Pecchi - Cernusco sul Naviglio - Gessate - Gorgonzola - Inzago - Liscate - Melzo - Pessano con Bornago - Pioltello - Pozzuolo Martesana - Rodano - Segrate - Settala - Trucazzano - Vignate - Vimodrone - Basiano - Grezzago - Masate - Pozzo d'Adda - Trezzano Rosa - Trezzo sull'Adda - Vaprio d'Adda.

7. L'ASL assicura ai propri assistiti l'erogazione delle prestazioni specialistiche, comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale, di laboratorio e ospedaliere, contemplate dai livelli essenziali di assistenza definiti dal piano sanitario nazionale e dalla programmazione regionale, a tutti coloro che ne hanno titolo, anche se residenti in ambiti territoriali diversi dalla Regione, attraverso contratti o convenzioni con strutture accreditate che disciplinano anche la remunerazione delle prestazioni e l'adozione del sistema di verifica della qualità, nonché attraverso la gestione diretta delle attività di competenza.

8. Le ASL, soddisfatte prioritariamente le esigenze del servizio sanitario regionale, possono fornire, contro corrispettivo, prestazioni o altri servizi sanitari, fermo restando, in ogni caso, il vincolo di pareggio del bilancio. Le ASL esercitano inoltre le funzioni di cui all'articolo 14 della legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario).

9. Le ASL esercitano funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie e sulle unità d'offerta sociosanitarie. I funzionari delle ASL incaricati di svolgere funzioni di vigilanza e controllo laddove previsto da indicazioni regionali, su indicazione delle direzioni generali competenti, operano anche al di fuori del territorio dell'azienda di appartenenza. Le ASL assicurano alla Giunta regionale e alle commissioni consiliari competenti il periodico aggiornamento sullo svolgimento delle funzioni di cui al presente comma.

10. In situazioni di particolare rilevanza e impatto sul sistema sanitario o sociosanitario regionale, le direzioni generali competenti possono esercitare direttamente le funzioni di controllo avvalendosi di propri funzionari, eventualmente affiancati da personale delle ASL o da professionisti, anche di area sanitaria o sociosanitaria, in possesso di comprovata competenza ed esperienza.

11. L'attivazione del controllo di cui al comma 9 e i relativi esiti sono comunicati dalle direzioni generali competenti ai direttori delle aziende sanitarie interessate, anche ai fini dell'assunzione dei provvedimenti di rispettiva competenza.

12. Le ASL provvedono alla riscossione dei ticket sulle prestazioni sanitarie e, in tutti i casi di accertamento di dichiarazioni mendaci rese dagli interessati ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, procedono al recupero delle somme non riscosse, nonché all'applicazione, secondo le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689 (Modifiche al sistema penale) e della legge regionale 1 febbraio 2012, n. 1 (Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria), della sanzione amministrativa pecuniaria di cui all'articolo 316-ter, secondo comma, del codice penale. Le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dalle stesse ASL.

13. I rapporti tra le ASL, i comuni e le province sono regolati da convenzioni stipulate sulla base di direttive emanate dalla Giunta regionale.

Art. 9

(Aziende ospedaliere)

1. La rete ospedaliera della Regione è organizzata secondo criteri, indici e modalità determinati dalle normative nazionali e regionali di riferimento.

2. Le aziende ospedaliere definite di rilievo nazionale e già costituite alla data del 1° gennaio 1998 conservano la loro natura giuridica. Conservano altresì la loro natura giuridica di aziende ospedaliere di interesse regionale quelle già costituite alla data del 31 dicembre 2003.

3. Il Consiglio regionale costituisce, modifica o estingue aziende ospedaliere di interesse regionale sulla base della sussistenza o meno dei seguenti requisiti:

- a) organizzazione dipartimentale;
- b) adozione di sistemi di contabilità economico-patrimoniale dei centri di costo secondo modalità stabilite dalla Giunta regionale;
- c) disponibilità di patrimonio adeguato allo svolgimento delle attività istituzionali.

4. Per le finalità di cui al comma 3 si tiene conto:

- a) degli indici di funzionalità del singolo presidio o dei diversi presidi dell'azienda ospedaliera in termini quantitativi e qualitativi;
- b) degli indici di attrazione e dispersione per territorio di riferimento, con attenzione ai volumi delle attività erogate secondo criteri di qualità e appropriatezza delle prestazioni;
- c) della collocazione geografica del presidio e della struttura sanitaria con riferimento a ottimali criteri di accesso dell'utenza;
- d) del valore aggiunto per la riqualificazione della rete ospedaliera.

5. Nel caso di incorporazione di presidi o strutture sanitarie nelle ASL, le stesse assicurano i livelli essenziali di assistenza definiti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale attraverso la gestione diretta delle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché attraverso contratti o convenzioni.

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

7. Nel rispetto della principale attività di ricerca loro affidata, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)

concorrono ad assicurare la realizzazione dei livelli di assistenza definiti dal presente titolo.

Art. 10

(Trasformazione, costituzione e partecipazione a fondazioni)

1. La trasformazione di una azienda ospedaliera in fondazione o la costituzione di una fondazione può riguardare l'intera azienda o parte di essa, purché sia garantita, negli organi di indirizzo, la presenza maggioritaria di membri designati da soggetti pubblici. In caso di costituzione di fondazione si applicano le procedure di cui all'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), nonché le linee guida approvate dalla Giunta regionale.
2. Il Consiglio regionale, nei limiti delle risorse disponibili, può finanziare piani di ristrutturazione e ottimizzazione gestionale presentati dai membri fondatori nella misura massima corrispondente al disavanzo dell'azienda trasformata o afferita, quale accertato al momento della trasformazione o conferimento e per il periodo di durata dei piani stessi, tesi al recupero degli equilibri economici e operativi.
3. Alla trasformazione in fondazioni da parte delle ASL di proprie strutture residenziali e semiresidenziali dell'area sociosanitaria si applicano le procedure di cui all'articolo 9-bis del d.lgs. 502/1992, nonché le linee guida approvate dalla Giunta regionale.
4. Le ASL possono partecipare a fondazioni, fondazioni di partecipazione, ad esclusione di quelle ospedaliere, ed associazioni, previa autorizzazione della Giunta regionale. La partecipazione è limitata all'organo di indirizzo o assembleare.

Art. 11

(Afferimenti di aziende ospedaliere agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico)

1. Il Consiglio regionale può deliberare l'affermimento, in tutto o in parte, di aziende ospedaliere agli IRCCS risultanti dalle trasformazioni di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3).
2. Agli afferimenti si applicano le disposizioni di cui all'articolo 5, commi 1 e 2, del presente titolo e all'articolo 5, commi 1, 2 e 3, del d.lgs. 502/1992.

Art. 12

(Azienda regionale dell'emergenza urgenza)

1. E' istituita l'azienda regionale dell'emergenza urgenza (AREU), dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile. L'azienda è preposta allo svolgimento dei compiti relativi all'emergenza urgenza, al coordinamento intraregionale delle attività trasfusionali e al coordinamento intraregionale ed interregionale dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati. Per la fase di sperimentazione del servizio e in attesa della definizione da parte dello Stato dell'assetto organizzativo a regime, l'AREU garantisce l'operatività dei call center laici Numero Unico Emergenza (NUE) 112 sul territorio regionale.
2. Sono organi dell'azienda il direttore generale e il collegio sindacale. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle sue funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Al direttore sanitario e al direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste per le medesime figure professionali operanti nelle aziende ospedaliere.
3. La Giunta regionale, acquisito il parere delle commissioni consiliari competenti, definisce la sede, la struttura organizzativa, il patrimonio e le funzioni operative dell'AREU, compreso il servizio di elisoccorso, secondo le indicazioni del piano sociosanitario regionale.

Art. 13

(Requisiti per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie e accreditamento delle strutture sanitarie)

1. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria è rilasciata dall'ASL, che dispone anche le eventuali variazioni, ivi comprese quelle determinate dal trasferimento dell'autorizzazione in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico ed è richiesta per le strutture sanitarie di ricovero e cura, nonché per i centri di procreazione medicalmente assistita e per la residenzialità psichiatrica. Tutte le altre strutture sanitarie e le unità d'offerta sociosanitarie, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, presentano una dichiarazione di inizio attività alla ASL competente per territorio. Entro sessanta giorni dal ricevimento della dichiarazione, l'ASL provvede alle verifiche di competenza.
 2. La Giunta regionale, con deliberazione comunicata alla commissione consiliare competente, stabilisce:
 - a) l'iter procedurale per il rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento delle attività sanitarie e le modalità di presentazione della
-

dichiarazione di inizio attività di cui al comma 1;

b) le modalità di verifica del possesso e della permanenza dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività stesse;

c) le modalità di raccolta e aggiornamento dei dati inerenti alle strutture esercenti attività sanitarie.

3. Sono accreditate, nel rispetto degli indici programmatori definiti dal piano sociosanitario regionale, in coerenza con la normativa nazionale e regionale, le strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate o che abbiano presentato dichiarazione di inizio attività ai sensi del comma 1 e che siano in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private), nonché degli ulteriori requisiti di accreditamento integrativi che la Giunta regionale approva, sentita la competente commissione consiliare.

4. La Giunta regionale disciplina le modalità per la richiesta di accreditamento delle strutture, per la concessione e l'eventuale revoca dello stesso, nonché per la verifica circa la permanenza dei requisiti richiesti per l'accREDITAMENTO medesimo.

5. Le ASL accreditano le strutture sanitarie e dispongono eventuali variazioni dell'accREDITAMENTO, ivi comprese quelle determinate dal trasferimento dell'accREDITAMENTO in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico. I provvedimenti di accREDITAMENTO o di variazione sono comunicati alla competente direzione generale della Giunta regionale entro quindici giorni, al fine di aggiornare il registro di cui al comma 7.

6. La richiesta di accREDITAMENTO è inoltrata dal legale rappresentante della struttura sanitaria alla ASL competente per territorio, con la specifica indicazione delle attività che s'intendono svolgere.

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

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

9. La Giunta regionale, con deliberazione comunicata alla commissione consiliare competente, approva lo schema-tipo in base al quale le ASL stipulano gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992. Le ASL provvedono anche alle novazioni contrattuali che si rendono necessarie a seguito delle variazioni di accREDITAMENTO come previsto dall'articolo 9, comma 5. Il provvedimento della Giunta regionale prevede:

a) l'accettazione delle tariffe stabilite dalla Regione per le prestazioni da rendere;

b) le modalità con le quali la Regione verifica la qualità delle prestazioni erogate e la rispondenza delle strutture agli standard di accREDITAMENTO;

c) le modalità di esercizio dell'attività privata senza oneri a carico della Regione;

d) i tempi e le modalità di liquidazione delle prestazioni rese dalle strutture accreditate;

e) le sanzioni da adottare in caso di inosservanza delle norme in vigore.

10. La Giunta regionale verifica annualmente, sulla base dei rapporti instaurati ai sensi del comma 9, il mantenimento degli indici programmatori di fabbisogno sanitario.

11. Ai fini dell'accogliimento della richiesta di accREDITAMENTO di cui al comma 6, il possesso dei requisiti dichiarati è verificato secondo modalità stabilite con atti amministrativi. Non possono essere accreditati i soggetti erogatori privati che utilizzino, anche saltuariamente, in violazione delle disposizioni contenute nell'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), personale dipendente da aziende sanitarie e da strutture sanitarie e sociosanitarie del servizio sanitario nazionale.

12. Con il provvedimento di accREDITAMENTO sono definiti indicatori e standard organizzativi e funzionali che debbono essere posseduti dai professionisti e dalle strutture pubbliche e private soggette ad accREDITAMENTO. La perdita dei requisiti comporta l'automatica decadenza dei soggetti erogatori dall'accREDITAMENTO e la revoca dei conseguenti rapporti con il servizio sanitario regionale. La declaratoria di decadenza dall'accREDITAMENTO avviene, previa diffida, con provvedimento dell'ASL.

13. La decadenza dei soggetti erogatori dalla titolarità dei rapporti con il servizio sanitario regionale può altresì essere dichiarata dalla Giunta regionale, previa istruttoria del direttore generale della ASL, quando sia accertata la reiterata applicazione distorta del sistema di remunerazione delle prestazioni, sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni stesse, sia sotto il profilo della loro completezza, comprese la specialistica ambulatoriale e la riabilitazione post acuti. La stessa reiterazione comporta, nel caso di soggetti erogatori pubblici, la decadenza dalla nomina del direttore generale e la conseguente risoluzione di diritto del contratto.

14. I soggetti privati accreditati, titolari dei rapporti con il servizio sanitario regionale, assolvono al debito informativo di cui all'articolo 21, comprensivo di elementi utili alla rilevazione dei costi delle prestazioni erogate, secondo schemi e modalità stabiliti dalla Giunta regionale. I soggetti privati accreditati tengono aggiornato l'elenco del personale che, a qualsiasi titolo, presta la propria attività, attestando il possesso dei requisiti necessari per l'assolvimento dei compiti affidati.

Articolo 14 **(Le Aziende Ospedaliere)**

Le Aziende Ospedaliere (AO) sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico, hanno autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica nell'ambito degli indirizzi programmatici della Regione e in attuazione dei contratti sottoscritti con le ASL.

Le AO garantiscono l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitari per quanti riguarda le prestazioni ospedaliere che saranno organizzate per livelli di intensità.

Le AO sede di polo universitario, insieme agli IRCCS, confluiranno nella rete regionale integrata dell'assistenza, formazione e ricerca in relazione alle facoltà di medicina e chirurgia, rafforzando la programmazione congiunta fra università, regione e strutture convenzionate, sotto il coordinamento della Fondazione Regionale Ricerca Biomedica. Con apposito provvedimento della Giunta verrà definito un nuovo protocollo Regione - università con le convenzioni da sottoporre al controllo della stessa Giunta regionale e verrà ridefinita la collaborazione fra università aziende sanitarie non sede di polo.

Le AO sono guidate da un Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo scelti dagli elenchi regionali, e sono organizzati per dipartimenti.

Art. 15

(Le AIS - Aziende Integrate per il Sociale)

Al fine di favorire l'integrazione sociosanitaria sono costituite le Aziende Integrate per il Sociale, quali organi attraverso cui gli enti locali siano partecipi a livello regionale, della programmazione sociosanitaria integrata e della verifica del raggiungimento dei relativi obiettivi.

Le AIS, aziende integrate per il sociale, sono attivate a livello territoriale con il compito di gestire i servizi socio-assistenziali in forma associata dai comuni, nella logica di accorpate la gestione associata tra più ambiti, e individuando forme di raccordo adeguate con i servizi socio-sanitari gestiti attualmente dalle ASL. E' possibile prevedere anche la gestione diretta da parte delle AIS dei servizi socio-sanitari attualmente in capo alle ASL.

La attivazione delle AIS è uno strumento gestionale di cui possono disporre le ASL, il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e gli ambiti territoriali, al fine di per promuovere una vera integrazione nella gestione territoriale soprattutto tra servizi a bassa soglia. La organizzazione delle AIS dovrà garantire i diversi livelli di intensità in funzione di linee di indirizzo che verranno definite dalla Regione.

Tra i compiti di tali Aziende prioritario sarà lo scopo di implementare e incentivare la modalità di gestione dei servizi attraverso le forme associate, anche attraverso forme di gestione diretta dei servizi per conto degli Ambiti territoriali o dei comuni.

Il coinvolgimento delle AIS è finalizzato alla verifica dell'impatto sociale sulle comunità locali delle scelte di indirizzo e alla garanzia che i servizi erogativi territoriali previsti siano sinergici con quelli socio-assistenziali programmati e gestiti dagli Ambiti Territoriali (Distretti di Welfare) dei Comuni Associati attraverso i Piani di Zona.

Le Aziende Integrate per il Sociale, funzioneranno in stretto raccordo con l'Assessorato alle Politiche Sociali e Welfare, con la Conferenze dei Sindaci ASL e/o Area vasta Provinciale, la Presidenza di ANCI Lombardia.

La Regione tramite successivi atti amministrativi ne definisce le modalità organizzative con cui attuare il necessario raccordo.

Art. 16

(Residenze sanitarie assistenziali)

1. Le istituzioni accreditate pubbliche o private esercenti attività di residenza sanitaria assistenziale, di seguito denominate RSA, possono svolgere le sole attività sanitarie per le quali è stata presentata la dichiarazione di inizio attività. L'accreditamento è condizione inderogabile affinché siano posti a carico del fondo sanitario regionale gli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

2. Le strutture accreditate per lo svolgimento di attività di riabilitazione esercitano tale attività nell'ambito dell'ASL cui sono attribuite le relative competenze di settore.

3. Le RSA non possono esercitare compiti esclusivi delle strutture ospedaliere. Le attività specialistiche ambulatoriali possono essere esercitate dalle sole istituzioni individuate dalla Regione come svolgenti prevalenti attività sanitarie.

4. Le tariffe da corrispondere per le attività sanitarie delle RSA sono determinate sulla base di costi standard prefissati dalla Regione, fermo restando quanto disposto dall'articolo 11, comma 1, lettera k), della l.r. 3/2008 per le tariffe relative alle attività sociosanitarie.

Art. 17

(Coinvolgimento degli enti locali nella programmazione sanitaria e sociosanitaria)

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

- a) concorre alla formulazione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività sociosanitaria e sanitaria;
- b) esamina il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio di esercizio delle ASL e trasmette alla Regione le relative osservazioni;
- c) verifica lo stato di attuazione dei programmi e dei progetti delle ASL, trasmettendo le proposte e le valutazioni ai rispettivi direttori generali e alla Regione.

2. L'assemblea dei sindaci, istituita a livello distrettuale e composta da tutti i sindaci dei comuni compresi nel territorio del

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

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

4. In attuazione dell'articolo 2, comma 2-bis, del d.lgs. 502/1992, è istituita la conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale quale sede istituzionale di partecipazione degli enti locali alle attività regionali di programmazione sanitaria e socio-sanitaria e di raccordo tra comuni, province e Regione nella definizione e attuazione delle relative linee programmatiche. Della conferenza fanno parte: il sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'ASL coincida con quello del comune, il presidente della conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'ASL sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del comune, i presidenti dell'associazione regionale dei comuni lombardi (ANCI Lombardia), dell'unione province lombarde (UPL) e della delegazione regionale dell'unione nazionale comuni comunità ed enti montani (UNCHEM).

5. Nei casi in cui ricorrono i presupposti di cui all'articolo 3-bis, comma 7, del d.lgs. 502/1992 alla conferenza partecipa il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda ospedaliera.

6. Con regolamento regionale sono disciplinate le modalità di costituzione e il funzionamento della conferenza, comprese le modalità per l'elezione del presidente, prevedendo la partecipazione alle sedute della conferenza dei componenti della Giunta regionale competenti per materia. Con lo stesso provvedimento è disciplinato l'eventuale raccordo della conferenza di cui al comma 4 con il consiglio delle autonomie locali.

7. La Regione e gli enti locali, ciascuno secondo le proprie competenze, assicurano le risorse finanziarie necessarie al raggiungimento degli obiettivi di integrazione socio-sanitaria.

Art. 18

(Natura e organi delle aziende sanitarie)

1. Sono organi della azienda sanitaria il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il direttore generale, è nominato con provvedimento della Giunta regionale; il suo rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a un anno. Nel caso di aziende ospedaliere presso le quali si svolgono corsi delle facoltà di medicina e chirurgia, la nomina avviene sentito il rettore dell'università interessata, mediante provvedimento motivato della Giunta regionale.

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

3. I direttori generali delle ASL, delle aziende ospedaliere e degli IRCCS di diritto pubblico trasformati in fondazioni sono nominati esclusivamente tra gli iscritti nell'elenco regionale degli idonei costituito previo avviso pubblico e selezione effettuata da un'apposita commissione, costituita con deliberazione della Giunta regionale e senza oneri a carico del bilancio regionale, di tre esperti indicati in prevalenza da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari. Per accedere alla selezione occorre essere in possesso del diploma di laurea magistrale o diploma equipollente o equivalente e dimostrare di possedere un'adeguata esperienza in posizione dirigenziale conferita, di almeno di cinque anni nel campo delle strutture sanitarie o almeno di

sette anni in altri settori e caratterizzata da autonomia gestionale, diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie. Con la deliberazione di cui al primo periodo sono definite le modalità di selezione e sono specificati i criteri da utilizzare al fine di valutare in concreto l'adeguatezza dell'esperienza dirigenziale, anche con riferimento al settore di provenienza, sia in termini di tipologia di strutture sia in termini di valore minimo di produzione. L'inserimento nell'elenco degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina, tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconfiribilità dell'incarico. I direttori generali nominati sono tenuti a produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di cui al decreto del Ministro della sanità 1° agosto 2000 (Disciplina dei corsi di formazione dei direttori generali delle aziende sanitarie) o l'attestato di formazione manageriale di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale di ruolo sanitario nazionale) in corso di validità.

4. I direttori generali delle aziende ospedaliere, ASL, AIS sono i rappresentanti legali e i responsabili della gestione complessiva.

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

6. In caso di vacanza dell'ufficio di direttore generale e fino alla nomina del nuovo, la Giunta regionale può procedere alla nomina di un commissario straordinario qualora la gestione interinale affidata al direttore sanitario o al direttore amministrativo più anziano di età non appaia congrua rispetto alle peculiarità gestionali dell'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 quanto concerne la nomina e la retribuzione si applica il comma 5.

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

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

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

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

10. Nelle aziende ospedaliere il collegio sindacale è composto da cinque membri di cui due designati dalla Regione e uno dalla conferenza dei sindaci della ASL 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.

11. Ai componenti del collegio sindacale delle ASL 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.

12. 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 soppresses USSL.

13. 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).

14. 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 soppresses USSL e aziende USSL.

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

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

Art. 19

(Organizzazione delle aziende sanitarie)

1. Le ASL, le aziende ospedaliere, 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 adottano il piano di organizzazione e il piano strategico triennale e li sottopongono all'approvazione della Giunta regionale.

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

3. Le ASL assicurano l'esercizio delle attività e l'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie attraverso i propri presidi e servizi, nonché attraverso i presidi e i servizi sanitari e sociosanitari accreditati e a contratto o convenzionati. Le ASL sono organizzate in distretti, presidi, dipartimenti, servizi, unità operative e uffici, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

4. Le ASL, in coerenza con il Piano Nazionale della Prevenzione e il Piano Regionale della Prevenzione, assicurano lo svolgimento delle attività di prevenzione ed in particolare la profilassi delle malattie infettive, la tutela della collettività dai rischi ambientali (ambienti di vita e di lavoro), l'igiene degli alimenti e della nutrizione, le attività di prevenzione rivolte alle persone (vaccinazioni e screening) nonché le connesse attività ispettive, di vigilanza e di promozione della salute. La programmazione regionale assicura la funzione di governance attraverso tutti gli attori e le strutture del SSR che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione e promozione della salute e riduzione della mortalità evitabile.

5. Le aziende ospedaliere sono organizzate in aree omogenee, presidi, dipartimenti, servizi, unità operative e uffici, sentite le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative. Il presidio, se di dimensione significativa o di peculiarità specialistiche, può consistere in un singolo stabilimento ospedaliero o in una singola struttura diagnostica o terapeutica. Negli altri casi, il presidio raggruppa più strutture ospedaliere o diagnostiche omogenee per collocazione geografica o per specificità. Al presidio è attribuita autonomia gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno dell'azienda.

6. Nelle aziende ospedaliere le unità operative sono organizzate in strutture dipartimentali. I dipartimenti possono comprendere attività esercitate al di fuori del presidio o della ASL, previa intesa tra le rispettive amministrazioni e sentite le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative. Il dipartimento di emergenza e urgenza è costituito nelle aziende e nei presidi individuati dalla programmazione regionale.

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

- a) dipartimento di prevenzione medico;
- b) dipartimento di prevenzione veterinario;
- c) dipartimento dei servizi sanitari di base;
- d) dipartimento per le attività sociosanitarie integrate.

8. Il dipartimento dei servizi sanitari di base assume il coordinamento della medicina specialistica. In ogni ASL è altresì assicurato il coordinamento funzionale fra le attività comuni del dipartimento di prevenzione medico e del dipartimento di prevenzione veterinario, in particolare per la sicurezza degli alimenti.

9. L'attività delle articolazioni distrettuali e organizzative dell'azienda è disciplinata, previa approvazione da parte della Giunta dell'assetto complessivo dell'azienda stessa, dal direttore generale, che può individuare ulteriori modelli in base ai quali organizzare le attività sanitarie ricomprese nelle aree, nei dipartimenti e nei distretti.

10. Il dipartimento di prevenzione medico, organismo di coordinamento, è organizzato nei seguenti servizi:

- a) igiene e sanità pubblica;
- b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- c) igiene degli alimenti e della nutrizione;
- d) medicina preventiva nelle comunità.

11. Il dipartimento di prevenzione veterinario, organismo di coordinamento, 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.

12. Al dipartimento di cui al comma 10 competono funzioni di programmazione, coordinamento, supporto e verifica delle attività di sanità pubblica veterinaria svolte dai distretti di medicina veterinaria.

13. Le funzioni e le prestazioni medico-legali sono organizzate dall'ASL in un servizio specifico di medicina legale.

14. Al fine di erogare le prestazioni richieste, le ASL possono avvalersi della consulenza delle università. La consulenza è attivata attraverso la stipula di convenzioni.

15. Il dipartimento per le attività sociosanitarie integrate, di seguito denominato dipartimento per le ASSI, è istituito al fine di assicurare l'integrazione delle funzioni sanitarie con quelle sociosanitarie di competenza delle ASL. Il funzionamento è definito da apposito regolamento.

16. Di norma, il dipartimento per le ASSI assicura l'erogazione delle prestazioni su base distrettuale e interdistrettuale. Il direttore del dipartimento ne gestisce l'attività anche attraverso la corretta distribuzione delle risorse umane, strumentali ed economiche. L'attività dipartimentale può essere organizzata in servizi, unità operative e uffici.

Il direttore generale, sentito il direttore sociale, individua un responsabile a livello distrettuale che coordina le attività assegnate al dipartimento e gestisce la quota di budget destinata alle funzioni organizzate a livello distrettuale.

17. Nell'ambito della programmazione regionale e aziendale sono individuati gli obiettivi e le risorse del fondo sanitario regionale, nonché le risorse autonome della Regione da destinare alle attività svolte dal dipartimento per le ASSI. L'ASL assicura apposita e separata contabilità sulla gestione delle attività svolte dal dipartimento per le ASSI, ispirata al criterio del bilancio economico e patrimoniale. Eventuali perdite di esercizio relative ad attività per le quali i comuni hanno concluso accordi con le ASL sono a totale carico del bilancio dei comuni stessi. Sono compresi tra le prestazioni sociosanitarie a carico del fondo sanitario regionale i contributi erogati alle famiglie nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare integrata.

18. Gli atti amministrativi adottati dalle aziende sanitarie devono essere conformi, fra l'altro, agli atti regionali di programmazione e di indirizzo sanitari e sociosanitari, nonché agli altri provvedimenti di cui all'articolo 11 della l.r. 3/2008. Le direzioni generali competenti, anche su indicazione del collegio sindacale o del consiglio di rappresentanza dei sindaci dell'ASL, segnalano al direttore generale dell'azienda sanitaria gli atti ritenuti non conformi alla programmazione e agli indirizzi regionali, ai fini dell'eventuale esercizio del potere di autotutela. Ferma restando la responsabilità patrimoniale e disciplinare derivante dall'adozione di atti illegittimi, il comportamento del direttore generale che non sia intervenuto in sede di autotutela è fonte di responsabilità contrattuale ed ha effetto ai fini della sua valutazione annuale.

Art. 20

(Codice etico-comportamentale)

1. Al fine di elevare la qualità del sistema sanitario regionale, ciascuna azienda sanitaria adotta, secondo modalità definite con deliberazione della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, un codice etico-comportamentale costituito dal codice etico e dal modello organizzativo in cui sono riportate le procedure da seguire affinché le attività si svolgano in conformità ai principi enunciati nel codice stesso. Con la stessa deliberazione sono definite le modalità di costituzione e la durata dell'organismo di vigilanza preposto, all'interno di ciascuna azienda, a verificare l'efficacia e la corretta applicazione del codice etico-comportamentale.

Art. 21

(Distretti sanitari e Distretti di welfare)

1. Le attività sanitarie territoriali e sociosanitarie di competenza delle ASL sono organizzate a livello distrettuale o interdettuale, in funzione della complessità dei servizi da erogare.
2. Il distretto sanitario è l'articolazione organizzativa su base territoriale il cui scopo è assicurare il coordinamento degli operatori e delle relative funzioni, la gestione dell'assistenza sanitaria, dell'educazione sanitaria, dell'informazione e prevenzione e delle attività sociosanitarie e sociali di competenza delle ASL. Il distretto assicura l'analisi e l'orientamento della domanda sanitaria e sociosanitaria, al fine di verificare la qualità dei servizi erogati e di garantire il diritto di accesso all'insieme dei servizi offerti e la continuità assistenziale nei diversi luoghi di trattamento.
3. Le attività sociali e sociosanitarie di competenza dei Comuni sono organizzate ed esercitate a livello territoriale attraverso i distretti del welfare.
4. I distretti del welfare sono le articolazioni organizzative, su base territoriale, finalizzate a promuovere forme gestionali ed associative, semplificare ed integrare il sistema di accesso e di risposta al bisogno della persona e della famiglia.
5. I distretti di welfare assicurano l'analisi e l'orientamento della domanda sanitaria e sociosanitaria, al fine di verificare la qualità dei servizi erogati e di garantire il diritto di accesso all'insieme dei servizi offerti e la continuità assistenziale nei diversi luoghi di trattamento.
6. La Giunta regionale, con successivo provvedimento, individua i distretti del welfare sulla base dei seguenti criteri, individuando il numero minimo degli stessi da rispettare per la costituzione degli stessi:
 - a) popolazione media tra gli 80.000 e i 400.000 abitanti;
 - b) superficie media tra 100.000 e 800.000 Km/q;
 - c) numero di Comuni non inferiore a 5;
 - d) caratteristiche morfologiche ed orografiche del territorio;
 - e) presenza o meno di una rete di trasporti.
7. Con stessa articolazione territoriale sono strutturati i Distretti sociosanitari.
8. I distretti sanitari e i distretti di welfare hanno autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle proprie funzioni e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, compreso il coordinamento delle attività.
9. I Distretti del welfare sono coordinati da un responsabile nominato dall'Assemblea dei sindaci o dall'ente individuato dalla stessa per la gestione dei servizi associati.

Articolo 22

(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, Medici di Continuità Assistenziale e dai Medici di Medicina Territoriale secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale di Categoria e dagli accordi integrativi regionali, nonché dagli accordi che Regione Lombardia stipulerà al fine di garantire l'effettiva integrazione dell'attività professionale e socio assistenziale, attraverso:
 - a) l'erogazione dell'attività di assistenza ambulatoriale ed a domicilio del paziente;
 - b) un contributo attivo all'appropriatezza e alla presa in cura della persona fragile, con valutazione multidimensionale e multidisciplinare, che potrà essere attuato nell'ambito degli accordi Regionali, finalizzati a migliorare le performance e contribuire alla sostenibilità del sistema socio sanitario;
 - c) la programmazione personalizzata dell'assistenza territoriale al paziente cronico;
 - d) sviluppo di attività di prevenzione individuali.
 2. I Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Continuità Assistenziale operano in qualità di professionisti convenzionati utilizzando necessari beni strumentali e proprio personale di studio anche tramite società di servizio.
 3. Le azioni di presa in cura del paziente, nella prospettiva della continuità assistenziale e nella gestione dei percorsi di cura della cronicità, sono garantite anche dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).
 4. I Medici di Medicina Territoriale, attraverso gli accordi di cui al comma 1, possono operare sul territorio di concerto con i MMG, i PLS e i Medici di Continuità Assistenziale nonché nelle Aziende Ospedaliere Regionali Pubbliche e Private convenzionate. Inoltre i MMG, PLS e i MMT, coerentemente con l'attività di programmazione delle ASL e degli accordi di cui al comma 1, possono anche costituire presidi h.24 nei quali svolgere attività ambulatoriali sociosanitarie polifunzionali e di prestazioni di urgenza a bassa intensità.
 5. 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.
 6. Viene messa a sistema l'esperienza dei CreG con provvedimento che verrà adottato dalla Giunta a 6 mesi dall'adozione della presente legge, quale modello organizzativo, inteso come "Gruppo Associato" dei MMG e innovativa modalità di presa in cura
-

delle persone con problemi di cronicità / non autosufficienza. Il CReG deve garantire la continuità e l'integrazione su tutti i servizi di assistenza territoriale compresi nei pacchetti di prestazioni (prevenzione secondaria, follow up, monitoraggio persistenza terapeutica, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, protesica, ADI, cure palliative domiciliari, etc) necessari per una buona gestione clinico organizzativa assistenziale della non autosufficienza e delle patologie croniche e per questo motivo, integrando all'interno dei CReG i servizi per la non autosufficienza (ADI, CDD, CDI, RSA, RSD).

Articolo 23

(Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e sociale)

1. Al fine di favorire l'integrazione sanitaria, sociosanitaria, sociale, del lavoro e della casa, è costituita la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e sociale quale organo attraverso cui gli enti locali partecipano a livello regionale, alla programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale ed alla verifica del raggiungimento dei relativi obiettivi.

2. Alla Conferenza compete la funzione consultiva, che si esercita mediante l'emissione di un parere, che dovrà essere criticamente valutato in sede di approvazione, da parte degli organi competenti ad emettere i provvedimenti relativi agli atti ed alle attività di seguito elencate:

Piano Socio Sanitario Regionale;

Linee guida per l'integrazione sociosanitaria, sociale, con le politiche del lavoro e della casa;

Sperimentazioni gestionali ed organizzative in area sociosanitaria e socio-assistenziale;

Costi standard delle unità d'offerta e degli interventi sociali e sociosanitarie con relativa suddivisione degli oneri tra sistema sanitario, sociale e compartecipazione dei cittadini.

3. La Conferenza presieduta dal Presidente di Regione Lombardia o da un suo delegato, è costituita dall'Assessore/i competenti, i Presidenti delle Conferenze dei Sindaci ASL/Aree Vaste ex Provincia o loro delegati e dai Direttori Generali delle Asl.

Articolo 24

(Ruolo e funzioni dei Consigli di Rappresentanza)

1. Al fine di garantire l'unitarietà dei servizi, degli interventi e delle prestazioni a livello locale è previsto che i Consigli di Rappresentanza eletti dalle rispettive Conferenze dei Sindaci delle ASL, delle Province o loro equipollenti e della Città Metropolitana di Milano assumano un ruolo di governance e di indirizzo rispetto alle Assemblee distrettuali dei Sindaci degli Ambiti Territoriali dei Comuni associati, così da promuovere uno sviluppo di politiche sociali di Area vasta integrate con quelle sociosanitarie e sanitarie sviluppate su indicazione regionale dalle ASL.

2. Con successivi provvedimenti verrà definita la tipologia di servizi che i Comuni dovranno obbligatoriamente gestire in dimensione associata.

3. ASL e Consiglio di Rappresentanza delle Province o loro equipollenti e della Città Metropolitana di Milano agiranno congiuntamente quale sistema di garanzia e authority per il cittadino e la comunità locale, nei confronti del sistema di offerta e di interventi in campo sociale e sanitario.

4. La Asl assicura al Consiglio di Rappresentanza delle Province o loro equipollenti e della Città Metropolitana di Milano una struttura tecnica adeguata direttamente dipendente dal Presidente della Conferenza dei Sindaci.

5. L'organizzazione della Conferenza dei Sindaci, del Consiglio di Rappresentanza e delle Assemblee distrettuali dei Sindaci così come delle strutture tecniche di supporto saranno disciplinate successivamente con uno specifico provvedimento regolamentare.

Art. 25

(Il terzo settore)

1. I soggetti del terzo settore svolgono attività di pubblica utilità, concorrono alla realizzazione della solidarietà sociale, individuano i bisogni emergenti e partecipano con gli altri soggetti alla programmazione, gestione e realizzazione del sistema di welfare.

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

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

2. E' istituito un registro unico dei soggetti di terzo settore che, ai fini di una maggiore semplificazione delle procedure e degli adempimenti previsti, è gestito in forma elettronica e, per garantire la trasparenza, viene pubblicato e reso accessibile alla consultazione.

Il registro degli organismi del terzo settore è diviso in sezioni che li individua in gruppi omogenei, tenuto conto delle identità istituite anche con leggi nazionali;

3. Con successivo provvedimento della Giunta verrà individuato lo strumento più idoneo per l'indirizzo, la vigilanza e il controllo dei soggetti del terzo settore. A tal fine la Giunta dovrà garantire:

a) l'emanazione delle linee guida per l'esercizio della vigilanza e del controllo sulle organizzazioni;

b) la verifica del possesso dei requisiti di iscrizione nel registro unico regionale degli enti di terzo settore;

c) l'iscrizione e i criteri di accreditamento degli enti del terzo settore;

-
- d) la verifica del mantenimento dei requisiti, avvalendosi anche degli enti a tal fine delegati;
 - e) la vigilanza sulla corretta applicazione della normativa regionale che riguarda i singoli enti e di segnalare alle competenti autorità eventuali irregolarità o violazioni della normativa statale o comunitaria;
 - f) l'introduzione dei principi di verifica applicabili al procedimento amministrativo che, sulla base degli elementi riscontrati ed in contraddittorio con il soggetto interessato, adottino i necessari e conseguenti provvedimenti all'esito delle irregolarità riscontrate.

Articolo 26

(Coinvolgimento degli enti locali nella programmazione sanitaria e sociosanitaria)

1. La conferenza dei sindaci, come già richiamato all'articolo 9 della presente legge, composta da tutti i sindaci dei comuni che fanno parte dell'ambito territoriale di ciascuna ASL:
 - a) concorre alla formulazione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività sociosanitaria e sanitaria;
 - b) esamina il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio di esercizio delle ASL e trasmette alla Regione le relative osservazioni;
 - c) verifica lo stato di attuazione dei programmi e dei progetti delle ASL, trasmettendo le proposte e le valutazioni ai rispettivi direttori generali e alla Regione;
 - d) approva i piani di zona.
2. L'assemblea dei sindaci, istituita a livello dei Distretti di Welfare e composta da tutti i sindaci dei comuni compresi nel territorio del distretto, o una sua rappresentanza autonomamente determinata formula proposte e pareri alla conferenza dei sindaci in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sociosanitari ed esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie. L'assemblea distrettuale dei sindaci, il cui funzionamento è disciplinato da provvedimenti della Giunta regionale, svolge le funzioni del comitato dei sindaci di distretto previsto dall'articolo 3-quater del d.lgs. 502/1992. A livello distrettuale è garantita la partecipazione dei cittadini.
3. Per l'esercizio delle sue funzioni la conferenza dei sindaci si avvale del consiglio di rappresentanza dei sindaci eletto dalla conferenza stessa. Il Consiglio regionale disciplina le modalità per l'elezione del presidente nonché per la convocazione e il funzionamento della conferenza, prevedendo che le votazioni avvengano a maggioranza, secondo il metodo del voto unico e ponderato. Con la stessa deliberazione sono disciplinati il funzionamento e le modalità di convocazione del consiglio di rappresentanza dei sindaci.
4. In attuazione dell'articolo 2, comma 2-bis, del d.lgs. 502/1992, è istituita la conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale quale sede istituzionale di partecipazione degli enti locali alle attività regionali di programmazione sanitaria e sociosanitaria e di raccordo tra comuni, province e Regione nella definizione e attuazione delle relative linee programmatiche, secondo le modalità già definite all'articolo 5 della presente legge.
5. Nei casi in cui ricorrono i presupposti di cui all'articolo 3-bis, comma 7, del d.lgs. 502/1992 alla conferenza partecipa il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda ospedaliera.
6. Con regolamento regionale sono disciplinate le modalità di costituzione e il funzionamento della conferenza, comprese le modalità per l'elezione del presidente, prevedendo la partecipazione alle sedute della conferenza dei componenti della Giunta regionale competenti per materia. Con lo stesso provvedimento è disciplinato l'eventuale raccordo della conferenza di cui al comma 4 con il consiglio delle autonomie locali.
7. La Regione e gli enti locali, ciascuno secondo le proprie competenze, assicurano le risorse finanziarie necessarie al raggiungimento degli obiettivi di integrazione sociosanitaria.

Art. 27

(Direttore sanitario, direttore amministrativo, direttore sociale e responsabili delle strutture. Consiglio dei sanitari)

1. Il direttore sanitario e il direttore amministrativo delle aziende sanitarie sono nominati dal direttore generale fra gli iscritti negli elenchi degli idonei di cui al comma 3; i relativi rapporti di lavoro sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato, che stabiliscono anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a un anno. Ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei a ricoprire l'incarico di direttore amministrativo occorre essere in possesso del diploma di laurea magistrale o diploma equipollente o equivalente in discipline giuridiche o economiche e avere un'età inferiore a sessantacinque anni. E' inoltre richiesta un'adeguata esperienza di direzione tecnica o amministrativa almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie o in altri settori, purché maturata a seguito di formale conferimento di incarico dirigenziale e caratterizzata da autonomia gestionale, diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie. Ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei a ricoprire l'incarico di direttore sanitario occorre essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, di un diploma di specializzazione ed avere un'età inferiore a sessantacinque anni; è inoltre richiesta un'adeguata esperienza almeno quinquennale, caratterizzata da autonomia gestionale. Per le strutture sanitarie pubbliche, ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei alla nomina di direttore sanitario, sono considerati gli incarichi di direzione di almeno una struttura semplice o gli incarichi anche di natura professionale di cui all'articolo 39 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123), che comportino comunque il rispetto dei requisiti di cui all'articolo 3 del d.lgs. 502/1992. Per le strutture sanitarie private, ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei, sono considerate le posizioni dirigenziali equivalenti, formalmente certificate. La Giunta regionale definisce le modalità di selezione ai fini dell'inserimento negli elenchi di cui al comma 3 e specifica i criteri da utilizzare per valutare in concreto l'adeguatezza dell'esperienza dirigenziale, anche con riferimento al settore di provenienza sia in termini di
-

tipologia di strutture sia in termini di valore minimo di produzione. I presidi dell'azienda ospedaliera sono retti da un dirigente responsabile amministrativo e da un dirigente responsabile sanitario, individuati dal direttore generale. I dirigenti operano nel quadro degli indirizzi emanati dal direttore generale ed assumono la responsabilità delle strutture loro affidate. Il direttore generale individua per ciascun presidio il dirigente responsabile della gestione complessiva e nomina altresì i responsabili del dipartimento e del distretto.

2. Per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie e sociali di competenza delle ASL in ogni azienda sanitaria il direttore generale nomina il direttore dei servizi sociali, di seguito denominato direttore sociale. L'incarico di direttore sociale è attribuito a persone che siano in possesso di diploma di laurea in discipline attinenti alle funzioni da svolgere, che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno d'età e che abbiano svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione in ambito sociale, sociosanitario o sanitario o che abbiano già ricoperto l'incarico. Il relativo rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a un anno. Il trattamento economico del direttore sociale è determinato dalla Giunta regionale.

3. In analogia a quanto previsto per la nomina dei direttori generali delle strutture sanitarie pubbliche e al fine di elevare la qualità del sistema sanitario attraverso la verifica della professionalità dei soggetti che operano all'interno dello stesso, sono istituiti gli elenchi da utilizzare per la nomina di direttore amministrativo, sanitario e sociale. I direttori amministrativi, sanitari e sociali sono tenuti a produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato o l'attestato di cui all'articolo 12, comma 7, in corso di validità. Nell'elenco dei direttori sociali possono iscriversi anche coloro che sono stati nominati in sede di prima applicazione della l.r. 31/1997 e che hanno maturato un'esperienza almeno quinquennale nella direzione sociale delle aziende sanitarie pubbliche. L'iscrizione nell'elenco degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina, tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconfiribilità dell'incarico.

4. Agli elenchi di cui al comma 3 attingono:

- a) le strutture sanitarie pubbliche per la nomina del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore sociale;
- b) gli IRCCS trasformati in fondazioni per la nomina del direttore amministrativo e del direttore sanitario;
- c) le strutture sanitarie private di cui al comma 5 per la nomina del direttore sanitario.

5. La figura del direttore sanitario 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.

6. La gestione della attività esercitate tramite il dipartimento ASSI compete al direttore del dipartimento stesso, che risponde al direttore sociale.

7. È facoltà del direttore generale procedere alla revoca degli incarichi affidati al direttore amministrativo, al direttore sanitario e al direttore sociale. In ogni caso questi cessano dall'incarico entro i tre mesi successivi alla nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati.

8. 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 sanitario o da un suo delegato.

Art. 28

(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. Le aziende sanitarie 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. È 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'ASL, 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. 29

(La valutazione multidimensionale del bisogno)

La Regione, al fine di garantire un accesso appropriato, unico ed integrato al sistema di welfare, introduce lo strumento della valutazione multidimensionale del bisogno, attraverso l'utilizzo di una équipe multiprofessionale, che verrà individuata con

provvedimento di Giunta regionale.

La valutazione multidimensionale analizza gli aspetti sociosanitari, assistenziali e sociali del bisogno della persona e della famiglia e, per assicurare l'integrazione e la continuità di tutti i servizi di assistenza territoriale, sarà assicurata anche attraverso i servizi di Chronical Related Groups.

Al termine della fase di sperimentazione, al fine del loro regolare funzionamento e consolidamento all'interno del sistema di welfare, la Giunta regionale disciplinerà i requisiti di accreditamento anche per l'esercizio della funzione di valutazione multidimensionale.

Art. 30

(Il sistema formativo e la qualificazione delle assistenti familiari)

1. La Regione, nell'ambito dell'attività di formazione professionale di sua competenza esercita:

- a) la programmazione degli interventi formativi di qualificazione e di aggiornamento professionale, nel rispetto della normativa nazionale e delle linee guida regionali ed in coerenza con le indicazioni regionali elaborate sulla base della lettera b);
- b) la definizione delle linee di indirizzo relative all'attività di formazione ed aggiornamento del personale che opera nelle unità d'offerta sociali e sociosanitarie;
- c) il coordinamento e il finanziamento di programmi, rivolti prioritariamente alle donne, in particolare in materia di aggiornamento e riconversione professionale, al fine di favorire il reinserimento nel sistema occupazionale delle persone che hanno interrotto l'attività lavorativa per motivi di maternità e/o di cura di un componente del nucleo familiare;
- d) la promozione di corsi di formazione rivolti ai soggetti che operano nell'ambito dei servizi sociali e sociosanitari.

2. La Regione, nei limiti delle proprie competenze, sostiene in stretta connessione con il sistema universitario, della formazione professionale e degli ordini professionali, i percorsi formativi, di qualificazione e di aggiornamento del personale.

3. La Regione e gli altri soggetti del sistema sociosanitario regionale, nell'ambito delle rispettive competenze, valorizzano lo sviluppo delle professionalità degli operatori sociali e sociosanitari e ne sostengono la formazione continua.

4. La Regione, altresì, al fine di assicurare la qualificazione dei servizi di cura e di assistenza alla persona e alla famiglia e per promuovere misure di contrasto contro il lavoro sommerso, realizza il sistema integrato di qualificazione dell'assistente familiare, mediante:

- a) l'istituzione di appositi albi su base provinciali, coordinati e monitorati dall'Agenzia Regionale per il Lavoro che valorizzino i percorsi formativi e lavorativi, i titoli professionali acquisiti sia in Italia che all'estero e la conoscenza linguistica certificata o conoscenza linguistica non certificata. L'Agenzia Regionale per il Lavoro si raccorda con gli sportelli/servizi di supporto al lavoro dell'assistente familiare, le Province, gli Osservatori provinciali sull'immigrazione (OPI), i Centri per l'impiego, le Aziende sanitarie locali, i Comuni, le associazioni di mediatori culturali, i soggetti accreditati per i servizi di istruzione, formazione professionale e con i soggetti istituzionali che operano in tale materia;
- b) la promozione di linee di azione di informazione e comunicazione finalizzate a far conoscere e diffondere il sistema integrato alle famiglie, agli operatori e alle assistenti familiari;
- c) l'individuazione di strumenti per sostenere e promuovere la partecipazione alla formazione specifica per le assistenti familiari;
- d) Il supporto alla gestione delle pratiche amministrative finalizzato alla contrattualizzazione e messa in regola del lavoro delle assistenti familiari, mediante coinvolgimento degli operatori specializzati;
- e) Il raccordo tra gli operatori specifici ed i servizi domiciliari dei Comuni, al fine sia di trasferire informazioni e competenze, sia di sostenere famiglie e le assistenti familiari.

Art. 31

(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 sanitaria di diritto pubblico o privato che operi in violazione delle norme relative ai requisiti richiesti per l'autorizzazione e l'accreditamento incorre nelle seguenti sanzioni:

- a) da €15.000 a €150.000 per l'esercizio di attività sanitarie in strutture prive di autorizzazione;
- b) da € 15.000 a € 150.000 per l'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie per le quali la struttura non ha ottenuto l'autorizzazione;
- c) da €12.000 a €120.000, se si tratta di strutture di ricovero e cura o di day hospital, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;
- d) da €12.000 a €120.000, se si tratta di strutture di ricovero e cura o di day hospital, per codifiche che non rappresentano in modo corretto le prestazioni erogate;
- e) da €3.000 a €30.000, se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;
- f) da €3.000 a €30.000, se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per codifiche che non rappresentano in modo corretto le prestazioni erogate;
- g) da €500 a €5.000 per il mancato invio alla Regione o alla competente ASL di comunicazioni o flussi informativi.

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

-
3. L'applicazione delle sanzioni di cui al comma 1 spetta alle ASL e, nei casi di cui al comma 1, lettera g), alla Regione, se destinataria delle comunicazioni e dei flussi informativi. Le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dai soggetti competenti per la loro applicazione, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, della legge regionale 5 dicembre 1983, n. 90 (Norme di attuazione della legge 24 novembre 1981, n. 689, concernente modifiche al sistema penale).
 4. L'accertamento dell'assenza o del mancato mantenimento dei requisiti autorizzativi o di accreditamento comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, previa diffida ad ottemperare entro un congruo termine ai requisiti medesimi o al debito informativo di cui al comma 1, lettera g), la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un periodo minimo di sette giorni fino ad un massimo di sessanta.
 5. Con riferimento alle strutture che erogano prestazioni di diverse branche o il cui assetto è composto da più unità operative, la sospensione può riguardare, in relazione al tipo di requisito mancante, generale o specifico, tutta la struttura, una o più branche specialistiche, una o più unità operative.
 6. L'accertamento di una carenza di requisiti autorizzativi o di accreditamento tale da comportare un grave rischio per la salute dei cittadini, diretto e immediato o indiretto e potenziale, comporta la diffida ad ottemperare ai requisiti medesimi con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di sessanta.
 7. Le violazioni delle disposizioni relative ai requisiti di autorizzazione o di accreditamento di cui al comma 1, lettere c), d), e), f), contestate alla medesima struttura per la terza volta nel corso dell'anno solare comportano l'applicazione della procedura di diffida con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento.
 8. La mancata ottemperanza ai requisiti autorizzativi o di accreditamento in seguito alla sospensione di cui ai commi 4, 5, 6 e 7 comporta la revoca dell'autorizzazione e dell'accreditamento.
 9. Gli atti di diffida, sospensione, sospensione con contestuale diffida e di revoca sono emanati dall'ente che ha concesso l'autorizzazione o l'accreditamento.
 10. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle strutture sanitarie soggette all'obbligo di presentazione della dichiarazione di inizio attività che operino in mancanza dei requisiti richiesti o comunque in violazione delle vigenti norme. Nell'ipotesi di esercizio di attività sanitaria carente della dichiarazione di inizio attività si applica la sanzione minima di cui al comma 1, lettere a) e b).

Art. 32

(Vigilanza e controllo sulla attività delle aziende sanitarie)

1. La Giunta regionale, avvalendosi dei propri uffici, verifica presso ciascuna azienda sanitaria l'effettiva introduzione e utilizzazione di sistemi di verifica, di strumenti e di metodologie per il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni, nonché della efficienza nelle modalità di impiego delle risorse finanziarie. La Regione svolge tale funzione anche ricorrendo a organismi o agenzie specializzate esterne. La verifica accerta il corretto rapporto tra le risorse impiegate, la qualità e quantità dei servizi erogati, la realizzazione di economie di gestione e il soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione. La verifica è altresì in funzione della promozione del controllo di gestione, come metodo permanente di valutazione dei risultati.
 2. Per le finalità di cui al comma 1 è istituito, presso il competente settore della Giunta regionale, l'osservatorio regionale per la salute nel quale è garantita la partecipazione di rappresentanti delle associazioni degli utenti dei servizi. La Giunta regionale ne disciplina l'organizzazione, assicurando alle province l'informazione sulle strutture ubicate nel territorio di competenza.
 3. La Giunta regionale esercita le funzioni di controllo previste dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992 sulle attività delle aziende sanitarie e degli altri enti erogatori, nonché sulle attività dei professionisti accreditati. Resta ferma ogni altra competenza spettante alle ASL in materia di controllo.
 4. In ogni azienda sanitaria è istituito un servizio di controllo interno di gestione, ai sensi dell'articolo 20 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), per la verifica della corretta ed economica gestione delle risorse, nonché dell'imparzialità e del buon andamento delle attività aziendali. La verifica è svolta mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati.
 5. Le aziende sanitarie assicurano lo svolgimento, secondo le norme ISO 9000, di tutte le attività necessarie per la realizzazione, l'erogazione e il controllo di prestazioni e di servizi.
 6. Sono soggetti al controllo della Giunta regionale i seguenti provvedimenti delle aziende sanitarie:
 - a) il piano di organizzazione, i piani e i bilanci di previsione pluriennali e relative variazioni, il bilancio di esercizio;
 - b) le convenzioni con le università degli studi.
 7. Alle attività di controllo di cui al comma 6 si applicano le procedure di cui all'articolo 4, comma 8, della legge 412/1991.
 - 7bis.** Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su beni immobili costituenti patrimonio indisponibile delle aziende sanitarie e delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico sono assoggettati alla preventiva autorizzazione della direzione regionale competente per materia secondo modalità e procedure definite con deliberazione della Giunta regionale. Il provvedimento della Giunta regionale deve essere assunto entro e non oltre novanta giorni.**(21)**
 8. Il piano di organizzazione e il bilancio di esercizio di cui al comma 6, lettera a), sono inviati al Consiglio regionale. Il termine per l'esercizio del controllo da parte della Giunta sugli atti di cui al comma 6 è sospeso dal 1° al 31 agosto di ogni anno.
 9. Gli atti e i provvedimenti assunti dal direttore generale sono pubblicati sull'albo dell'azienda. Sono immediatamente esecutivi quelli non soggetti a controllo. La esecutività degli altri è subordinata all'esito positivo del controllo della Giunta regionale.
 10. La Giunta regionale fornisce indicazioni per la realizzazione di un sistema di rilevazione della qualità dei servizi e delle
-

prestazioni.

Art. 33

(Finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale)

1. Il finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale è assicurato mediante:

- a) le quote delle disponibilità finanziarie del servizio sanitario nazionale destinate ai sensi della normativa nazionale vigente;
- b) le entrate derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale;
- c) le quote di partecipazione al costo delle prestazioni, nonché le altre entrate dirette delle aziende, compresi i redditi da patrimonio;
- d) gli eventuali apporti aggiuntivi posti a carico del bilancio regionale;
- e) i trasferimenti alla Regione per il finanziamento di spese in conto capitale, nonché gli eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale o derivanti da alienazioni patrimoniali delle aziende;
- f) le entrate spettanti per le attività libero-professionali 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. Le somme di cui al comma 1, lettere a) e d), costituiscono il fondo sanitario regionale corrente, mentre quelle di cui al comma 1, lettera e), costituiscono il fondo sanitario regionale in conto capitale.

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

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

4. Quando è prevista l'approvazione regionale, i progetti e le varianti in corso d'opera di cui al comma 3, lettera b), sono approvati dalla direzione competente in materia di sanità, previo parere degli organi tecnici regionali.

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

6. La Giunta regionale assegna annualmente alle ASL un finanziamento, la cui misura è calcolata sulla base della quota capitaria determinata secondo parametri oggettivi, per la copertura dei costi dei servizi erogati direttamente, nonché per il pagamento delle prestazioni acquistate per i propri assistiti da tutti i soggetti erogatori accreditati pubblici e privati.

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

8. Con provvedimento della Giunta regionale, da emanarsi entro la fine di ogni anno, sono fissati i limiti finanziari attinenti alla spesa ospedaliera specialistica e diagnostica per tutte le strutture, pubbliche e private, in ottemperanza alla normativa nazionale.

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

10. Agli ospedali classificati ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 (Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera) di proprietà e gestiti da istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti, esistenti alla data del 30 giugno 2008, la Giunta regionale può riconoscere, in base all'articolo 8-quinquies, comma 2-quater, del d.lgs. 502/1992, la funzione di integrazione dei servizi sanitari territoriali sulla base di progetti approvati dalla Regione e attuati. La Giunta regionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario di sistema regionale, determina il relativo finanziamento annuale in sede di definizione degli indirizzi di gestione del servizio sociosanitario regionale.

11. Le fonti finanziarie delle aziende sanitarie sono costituite:

- a) dalla assegnazione delle quote capitarie, dalle risorse derivanti dalla mobilità sanitaria attiva per le ASL e dai ricavi delle prestazioni per le aziende ospedaliere;
- b) dalle risorse attribuite dalla Regione per remunerare eventuali funzioni non tariffabili;
- c) dalle quote di partecipazione alle spese dovute dagli assistiti;
- d) da ogni altro provento o sopravvenienza attiva derivante da contratti per la prestazione di servizi oppure dalla cessione di beni e servizi o provenienti da reddito da patrimonio, lasciti o donazioni, ovvero introitati per attività di polizia amministrativa;
- e) da contributi eventualmente liquidati dalla Regione a titolo di riequilibrio;
- f) da quote del fondo sanitario regionale a destinazione vincolata per l'attuazione di programmi specifici definiti dagli strumenti della programmazione regionale;
- g) da eventuali contributi in conto capitale assegnati dalla Regione.

12. Nei casi in cui la Giunta regionale, accedendo al mercato del credito nelle forme previste dalla normativa vigente in materia, decida di anticipare le somme necessarie a fronteggiare eventuali situazioni debitorie degli enti sanitari operanti nel servizio sanitario regionale, gli oneri relativi sono da porre a carico degli stessi enti sanitari.

13. I soggetti erogatori, pubblici e privati, sono remunerati dalle ASL nel cui territorio sono ubicati per tutte le prestazioni erogate

a prescindere dalla residenza dei cittadini. Eventuali acconti riferiti alla predetta remunerazione possono essere erogati nella misura e con le modalità stabilite dalla Giunta regionale. La Regione, anche tramite le ASL, remunera le eventuali funzioni non tariffabili riconosciute ai soggetti erogatori. Per gli assistiti provenienti da altre regioni la remunerazione è effettuata dalla Regione che stabilisce le modalità di compensazione con le regioni di provenienza degli oneri afferenti alla mobilità sanitaria attiva e passiva; le prestazioni erogate nelle strutture di riabilitazione extraospedaliera già convenzionate ex articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), nelle residenze sanitarie assistenziali, nelle strutture sociosanitarie per disabili e nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti sono remunerate dalla ASL di residenza dell'utente.

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

15. La Regione favorisce, senza oneri per il bilancio pubblico, l'esercizio di forme integrative di assistenza sanitaria anche per il tramite di forme assicurative e mutualistiche per le finalità di cui all'articolo 9 del d.lgs. 502/1992.

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

Art. 34

(Previdenza complementare e continuità contributiva)

La Regione in osservanza dei principi fondamentali di cui al decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 e successive modificazioni promuove nel territorio regionale lo sviluppo della previdenza complementare di natura collettiva, al fine di garantire alle famiglie e ai propri cittadini prospettive integrate di sicurezza economica e assistenziale in determinati momenti della vita ovvero al termine dell'attività lavorativa.

La Regione attua iniziative dirette a favorire la diffusione della cultura previdenziale, incentivando le adesioni dei soggetti interessati alle forme pensionistiche complementari.

La Regione riconosce le fonti istitutive delle forme pensionistiche complementari, come definite dall'art. 3 del decreto legislativo n. 252/2005, valorizza il ruolo delle parti sociali, della contrattazione aziendale e riconosce come elemento qualificante di assunzione di responsabilità sociale le azioni delle imprese dirette allo sviluppo della previdenza complementare.

La Giunta regionale è autorizzata, nei limiti delle risorse disponibili, a concedere a favore di lavoratrici e lavoratori residenti in Lombardia da almeno 5 anni, iscritti ai fondi pensione integrativi, contributi diretti ad assicurare per limitati periodi di tempo la copertura contributiva.

La Giunta regionale determina i criteri e le modalità per la concessione dei contributi a favore di soggetti in congedo parentale e di lavoratori con contratti di lavoro che prevedono livelli ridotti di contribuzione previdenziale obbligatoria o di lavoratori con discontinuità contributiva.

Al fine di promuovere meccanismi incentivanti volti ad assicurare attuazione coerente alle disposizioni di cui al decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 e successive modificazioni, la Giunta regionale determina le modalità per concedere contributi finalizzati ad assicurare sostegno alle piccole e medie imprese aventi strutture produttive in Regione Lombardia che hanno promosso e attivato l'adesione dei lavoratori ai fondi per la previdenza complementare.

Al fine di garantire la continuità contributiva per i periodi di astensione dal lavoro dedicati alla cura e all'educazione dei figli e all'assistenza domiciliare di familiari gravemente non autosufficienti, ai soggetti autorizzati ad effettuare i versamenti volontari nelle gestioni dei lavoratori dipendenti, dei lavoratori autonomi o nella gestione separata dell'INPS o iscritti ad un fondo pensione, residenti da almeno cinque anni nella Regione, può essere corrisposto un contributo nella misura e secondo modalità definite con deliberazione della Giunta regionale.

Art. 35

(Misure di razionalizzazione della spesa sanitaria)

1. Le aziende sanitarie ottemperano alle disposizioni di principio di cui agli articoli 6 e 9 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica) convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, ferma restando la facoltà di ricorrere ad assunzioni di personale a tempo determinato e ad altre tipologie di rapporti di lavoro flessibili strettamente necessarie al fine di garantire le attività di emergenza e urgenza e i livelli essenziali di assistenza. La Giunta regionale fornisce indicazioni in ordine al personale indispensabile ad assicurare le finalità di cui al primo periodo e procede annualmente alla verifica del rispetto, da parte delle aziende, delle condizioni e dei limiti di cui al presente comma. La Giunta regionale definisce inoltre le misure di compensazione necessarie a preservare l'equilibrio complessivo della parte sanitaria del bilancio regionale.

Art. 36

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

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

- a) l'adesione all'attività di promozione e coordinamento avviene su base volontaria;
 - b) il bene messo a disposizione deve essere funzionante e libero da vincoli secondo quanto previsto dalle procedure di contabilità
-

generale;

c) la cessione del bene deve avvenire a titolo gratuito;

d) possono presentare richiesta per l'utilizzo dei beni dismessi enti pubblici, organizzazioni ed enti non governativi riconosciuti a livello nazionale, enti ecclesiastici riconosciuti, organizzazioni del terzo settore iscritte nei registri regionali, rappresentanze diplomatiche in Italia e all'estero, Croce rossa italiana, fatta salva l'eventualità che il destinatario ultimo del bene non coincida con il richiedente.

2. Con la deliberazione della Giunta regionale di cui al comma 1, sentito il parere della commissione consiliare competente, sono altresì definite le modalità di vigilanza e controllo sull'effettivo utilizzo del bene per le finalità previste.

Art. 37

(Sviluppo professionale continuo del personale del servizio sanitario regionale)

1. Con provvedimenti della Giunta regionale sono definite le modalità operative per l'attivazione del programma di educazione continua in medicina (ECM); tale attivazione, che rappresenta l'avvio di un processo di sviluppo professionale continuo, costituisce per ogni professionista del sistema sociosanitario lombardo una necessità la cui soddisfazione è incentivata dal sistema stesso.

Art. 38

(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. Le ASL e le aziende ospedaliere 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 dalle ASL ai soggetti erogatori o dalla Regione alle ASL.

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 delle aziende coincide con l'anno solare. Ogni azienda 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 delle ASL, dei presidi delle ASL e delle aziende ospedaliere è deliberato dal direttore generale e le ASL ne inviano copia alla conferenza dei sindaci di cui all'articolo 11, comma 1. 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 ASL, 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 delle aziende sanitarie pubbliche 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 delle aziende sanitarie pubbliche 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 delle aziende sanitarie pubbliche sono tenuti contestualmente a presentare un piano, corredato del parere del collegio sindacale, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati è assicurata, pena la decadenza automatica dall'incarico del direttore generale, entro il 30 settembre, qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata alla fine del primo o del secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre.

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 delle ASL e delle aziende ospedaliere. 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. 39

(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. 40

(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. 41

(Attività contrattuale delle aziende sanitarie)

1. L'attività contrattuale delle aziende sanitarie è disciplinata dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia, nel rispetto dei principi di imparzialità, pubblicità e trasparenza nella gestione della spesa. La Giunta regionale emana direttive in ordine all'attività stessa.

2. Le aziende sanitarie si approvvigionano utilizzando i contratti o le convenzioni stipulati in base all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000)) e all'articolo 1, commi 449, 455 e 456, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)), nonché le convenzioni stipulate dall'Azienda regionale centrale acquisti s.p.a. di cui all'articolo 1, comma 3, della legge regionale 28 dicembre 2007, n. 33 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - Collegato 2008), fatta eccezione per singoli acquisti di cui sia dimostrata la convenienza.

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

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

Art. 42

(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. 43

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

- 1.** Fatta eccezione per le prestazioni rese in regime di mobilità sanitaria attiva, è autorizzata la maggiorazione sulle tariffe per le prestazioni di ricovero e cura erogate dagli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati e a contratto e dalle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto, convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia.
 - 2.** Per le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, anche per gli effetti di cui all'articolo 34, comma 1, fino ad un massimo del 25 per cento, in base ai seguenti criteri:
 - a) numero dei posti letto attivi destinati alle attività didattiche;
 - b) numero degli studenti frequentanti il polo didattico;
 - c) numero del personale formalmente dedicato alla formazione e al tutoraggio.
 - 3.** Per gli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati e a contratto la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un massimo del 19 per cento, in base ai seguenti criteri:
 - a) numero del personale addetto alle attività di ricerca per posto letto;
 - b) numero di progetti di ricerca in corso di svolgimento presso la struttura;
 - c) impact factor standardizzato della struttura.
 - 4.** La maggiorazione tariffaria è riconosciuta ai soggetti di cui al comma 1, su richiesta degli stessi, corredata da dichiarazione di formale impegno a:
 - a) rispettare gli standard definiti dalla Giunta regionale in ordine all'instaurazione, in via prioritaria e prevalente, di rapporti di lavoro a tempo indeterminato con i medici e con il personale infermieristico;
 - b) presentare il consolidamento dei bilanci con evidenziazione dei conti economici relativi all'attività sanitaria;
 - c) perseguire la razionalizzazione dei costi dell'organizzazione delle attività e conseguentemente delle prestazioni erogate nei piani strategici triennali per gli IRCCS di diritto pubblico e per le strutture di ricovero e cura pubbliche convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, o in appositi documenti programmatici a valenza triennale per gli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto e per le strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia.
 - 5.** La Giunta regionale determina i parametri economici per la verifica del consolidamento dei bilanci, tenendo conto della distinzione fra attività di ricerca e attività sanitaria esercitata nella Regione, nonché le modalità di assolvimento dell'impegno di cui al comma 4. Il mancato assolvimento dell'impegno comporta la revoca delle maggiorazioni di cui ai commi 2 e 3.
 - 6.** Il riconoscimento della maggiorazione sulle tariffe preclude il riconoscimento dei contributi economici di cui all'articolo 25,
-

nonché delle funzioni di didattica universitaria, di ampiezza del case mix e di integrazione tariffaria per percentuale di pazienti extraregionali superiore alla media regionale.

7. La Giunta regionale, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema, determina il relativo finanziamento annuale in sede di definizione degli indirizzi di gestione del servizio sociosanitario regionale, in relazione agli stanziamenti annuali del relativo bilancio di previsione.

Art. 44

(Assistenza in regime di ricovero in forma indiretta)

1. Ai cittadini iscritti negli elenchi degli assistiti dalle ASL è consentito il ricorso all'assistenza ospedaliera in forma indiretta presso strutture sanitarie autorizzate o accreditate e non a contratto con il servizio sanitario regionale solo nel caso in cui le strutture sanitarie pubbliche o private accreditate e a contratto con il sistema stesso siano nell'impossibilità di erogarla in forma diretta, secondo i tempi di attesa previsti dalla normativa vigente.

2. Il ricorso all'assistenza ospedaliera in forma indiretta è autorizzato dalla competente ASL in rapporto alla sussistenza delle condizioni di cui al comma 1. Il ricorso all'assistenza indiretta è ammesso altresì per le prestazioni di comprovata gravità ed urgenza, quando non sia stato possibile ottenere la preventiva autorizzazione e sussistano comunque le condizioni di cui al comma 1.

3. Autorizzato il ricorso all'assistenza indiretta, l'ASL di residenza del cittadino provvede a corrispondere il relativo rimborso tempestivamente, nella misura del cinquanta per cento della tariffa corrispondente al relativo diagnosis-related group (DRG).

Art. 45

1. Al fine di garantire l'integrazione e il coordinamento delle funzioni sociosanitarie svolte dalla ASL Città Metropolitana con quelle sociali di competenza del Comune di Milano, a quest'ultimo resta affidato, in deroga a quanto disposto dal presente titolo, un compito di generale organizzazione, programmazione e finanziamento dei servizi di assistenza sociale per l'intero territorio comunale.

2. I comuni appartenenti ai distretti sociosanitari di Cinisello Balsamo e di Sesto San Giovanni esercitano le funzioni previste dall'articolo 25, comma 1, mediante una specifica conferenza dei sindaci. Nell'ambito dei medesimi distretti sono istituite le assemblee distrettuali dei sindaci.

3. In applicazione delle disposizioni di cui al decreto del Ministro della sanità 10 febbraio 1995 (Modificazioni al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 616, in materia di assistenza sanitaria ai cittadini del Comune di Campione d'Italia), la Giunta regionale emana direttive per l'organizzazione e il finanziamento dello speciale distretto di Campione d'Italia.

4. Ai fini della realizzazione o dell'ampliamento di strutture di ricovero e cura, ovvero ai fini della trasformazione in strutture di ricovero e cura, non è richiesta l'acquisizione, da parte dei comuni, della verifica di compatibilità dei progetti con la programmazione sanitaria regionale.

5. Non possono essere esercitate attività sanitarie in discipline non previste e riconosciute dalla vigente legislazione, ad eccezione di iniziative sperimentali riconosciute dalla Regione. Non possono essere altresì esercitate attività sanitarie in discipline per le quali la struttura non sia stata autorizzata o per le quali non sia stata presentata la dichiarazione di inizio attività.

6. Sono abrogate le disposizioni incompatibili con il presente titolo.

Titolo III

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

Art. 46

(Finalità e ambito di applicazione)

1. La Regione, in osservanza dei principi costituzionali afferenti alla dignità della persona, alla tutela della salute e all'autonomia delle istituzioni universitarie e in conformità allo statuto, regola i rapporti con le università della Lombardia in relazione alle attività delle facoltà di medicina e chirurgia, al fine di:

a) sostenere la esecuzione del piano sociosanitario regionale;

b) affermare l'inscindibilità delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca;

c) garantire l'apporto delle università alla programmazione sanitaria regionale;

d) agevolare l'integrazione sociosanitaria attraverso il contributo, ciascuno secondo le proprie peculiarità, di enti pubblici e soggetti privati profit e non profit;

e) riaffermare, il ruolo di rilievo delle università della Lombardia per il raggiungimento degli obiettivi di sistema;

f) implementare la rete regionale integrata dell'assistenza, della formazione e della ricerca con l'identificazione di figure professionali e specialisti in base al fabbisogno, tenendo conto della pianificazione regionale e delle segnalazioni delle università;

g) incrementare il modello sanitario lombardo, fondato sui principi relativi alla centralità della persona e alla libertà di scelta, a cui consegue l'organizzazione dei servizi;

h) valorizzare l'assistenza e le attività di ricerca e di ai fini formativi e scientifici.

Art. 47

(Attività assistenziale, didattica e ricerca)

1. La Regione riconosce il legame esistente tra assistenza, didattica e ricerca nelle facoltà di medicina e chirurgia e si avvale per la propria attività di varie strutture tra cui:

a) i poli universitari, costituiti dall'insieme delle strutture sanitarie pubbliche e private, accreditate a contratto;

b) 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;

c) le strutture di riferimento specialistico.

2. Con specifico provvedimento è identificata, per ciascun polo universitario, la struttura sanitaria principale in cui viene svolta formazione universitaria, attività didattica e di ricerca contribuiscono a qualificare l'ospedale, quale ambiente di eccellenza all'interno del sistema sanitario e vengono definiti Ospedali d'insegnamento (Teaching Hospital).

3. Le facoltà di medicina e chirurgia nella formazione didattica di base e specialistica privilegiano le unità operative delle aziende sedi dei corsi universitari, nel rispetto dell'autonomia universitaria.

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

5. I corsi di laurea in professioni sanitarie e loro specializzazioni, attivati da università con sede in Lombardia, sono disciplinati e possono essere rinnovati secondo i principi di cui alla presente legge.

Art. 48

(Comitato di indirizzo)

1. E' istituito un comitato di indirizzo (CoDiN), quale strumento di partecipazione agli atti di programmazione regionale.

2. Il CoDiN è composto dal Presidente della Regione, che lo presiede, dagli Assessori e dai Direttori Generali competenti, dai Rettori delle università, dai presidenti della facoltà di medicina e chirurgia e dai Direttori Generali delle strutture principali sede di polo universitario. Il Comitato:

a) condivide gli atti programmatori regionali in funzione alle strutture e ai servizi sanitari coinvolti in tale ambito;

b) individua le priorità e il fabbisogno di personale medico nei vari ambiti specialistici e di medicina territoriale; per il finanziamento di borse di specializzazione;

c) individua i vari livelli di autonomia del personale in formazione specialistica nell'attività assistenziale, anche ai fini della determinazione dei fabbisogni di personale;

d) valuta progetti di collaborazione fra università, IRCCS ed aziende sanitarie

e) definisce le modalità ed i criteri che il sistema sanitario può finanziare attraverso l'attività didattica;

f) promuove programmi di formazione internazionale per attrarre giovani ricercatori e professionisti con lo scopo di scambiare esperienze e best practices.

3. La Regione e le università individuano le modalità e i parametri e per una valutazione dell'attività integrata svolta dagli atenei, tenendo conto delle prestazioni fornite, dell'attività di didattica e di ricerca svolte e dei risultati conseguiti,

4. L'attuazione del protocollo si concretizza attraverso schemi modelli concordati tra Regione ed università, mediante apposite convenzioni stipulate.

Art. 49

(Disciplina dei rapporti)

1. I rapporti tra servizio sanitario regionale e università sono disciplinati dai specifici protocolli nell'osservanza del principio della cooperazione, promozione e l'integrazione delle attività assistenziali, di formazione, di ricerca e di didattica del servizio sanitario regionale e delle università.

2 Il protocollo norma le modalità di collaborazione tra Regione e università, sulla base di specifici criteri.

Art. 50

(Organizzazione dipartimentale)

1. Ad eccezione delle sperimentazioni gestionali, gli aspetti organizzativi della presenza dell'università nelle strutture sanitarie

(Organizzazione dei dipartimenti)

1. *L'organizzazione della presenza universitaria nelle strutture sanitarie è sono concordati tra gli organismi sanitari e universitari.*
2. *I direttori dei dipartimenti sono nominati dal direttore generale delle strutture sanitarie, d'intesa con il Rettore, sentito l'organo di programmazione congiunta.*

Art. 51

(Rapporti tra università e strutture sanitarie afferenti ai poli universitari)

1. I rapporti tra università e strutture sanitarie afferenti ai poli universitari sono improntati al principio di leale collaborazione e disciplinati da convenzioni, i cui contenuti devono essere coerenti con gli schemi di cui all'articolo 31, comma 4.
2. Il direttore generale della struttura sanitaria principale è nominato dalla Giunta regionale secondo le procedure di cui all'articolo 12, comma 3.
3. Al fine di garantire l'integrazione delle attività istituzionali di assistenza, didattica e ricerca e l'ottimizzazione delle risorse, l'università e la struttura sanitaria principale di cui all'articolo 29, nel rispetto delle reciproche finalità istituzionali ed autonomie, si impegnano a individuare modalità di programmazione congiunta delle proprie attività, definendo congiuntamente le rispettive responsabilità di processo. Tali modalità sono 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. L'OPC esprime pareri sugli assetti organizzativi.

Art. 52

(Finanziamento del sistema)

1. *Al sostegno delle attività svolte dalle strutture sanitarie convenzionate concorrono risorse messe a disposizione sia dalle università sia dal fondo sanitario regionale.*
2. *La determinazione delle risorse avviene annualmente con deliberazione della Giunta Regionale in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale. La Regione determina inoltre un fondo speciale per le attività didattiche e di ricerca, finalizzato allo sviluppo e all'attuazione della programmazione regionale.*
3. *Le università e la Regione concordano le modalità di rilevazione dei dati contabili ed necessari alla determinazione valutazione dei costi.*

Art. 53

(Rapporti tra università e strutture sanitarie afferenti ai poli universitari)

1. *L'università e la struttura sanitaria principale, nel rispetto delle reciproche finalità istituzionali ed autonomie, individuano modalità di lavoro congiunte definendo in sinergia responsabilità di processo.*

Art. 54

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale informa il Consiglio regionale dell'attuazione del presente titolo e dei risultati ottenuti nell'integrazione delle attività di assistenza, formazione e ricerca, tra strutture universitarie e sanitarie.
2. A tal fine, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione biennale che fornisce risposte documentate ai seguenti quesiti:
 - a) come risulta composta la rete regionale della assistenza, formazione e ricerca, in termini di numero e tipologia degli enti di cui all'articolo 29;
 - b) quali sono le attività individuate nei protocolli e nelle convenzioni stipulati;
 - c) in quale entità il personale universitario ha concorso alle attività di assistenza;
 - d) quali sono gli esiti della verifica degli obiettivi programmati prevista all'articolo 29, comma 3, e della valutazione qualitativa e quantitativa prevista all'articolo 31, comma 5;
 - e) quali sono le attività svolte dal CIC e quale è l'apporto delle università alla programmazione regionale in relazione alle strutture e ai servizi sanitari coinvolti nell'ambito della formazione sanitaria universitaria;
 - f) come si è svolto il processo di istituzione degli OPC e quali sono le modalità del loro funzionamento.
3. La relazione di cui al comma 2è resa pubblica unitamente agli eventuali documenti del Consiglio regionale che ne concludono l'esame.

Titolo IV

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

Art. 55

(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. 56

(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. 57

(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. 58

(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. 59

(Norma di rinvio)

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

Capo II

Dialisi domiciliare

Art. 60
(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. 61
(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'ASL di residenza.

Capo III
Trattamento dell'emofilia a domicilio

Art. 62
(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'emergenza.
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. 63
(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 le ASL, 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. 64

(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. 65

(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. 66

(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. 67

(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. Le ASL curano, 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. 68

(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. 69

(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. 70

(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 V

Norme in materia di tutela della salute mentale

Art. 71

(Oggetto e finalità)

1. Il presente titolo disciplina, ai sensi degli articoli 34 e 64 della legge 833/1978, l'istituzione dei servizi territoriali a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.
 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 e, qualora afferenti, di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, con l'eventuale coinvolgimento
-

delle unità d'offerta sociosanitarie;

- b) prevenzione delle conseguenze familiari, sociali e lavorative delle malattie mentali, fondando gli interventi di cura e di riabilitazione sull'articolazione territoriale dei servizi;
- c) reinserimento sociale, di rilevanza terapeutica o finalizzato alla prevenzione terziaria, delle persone con patologia psichiatrica;
- 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 e sindacali;
- e) riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero, in particolare di quello coatto, attraverso il potenziamento dell'attività sul territorio, compresa quella al domicilio del paziente.

Art. 72

(Organizzazione dei servizi psichiatrici)

1. La tutela sociosanitaria delle persone con patologia psichiatrica si attua mediante l'istituzione dei dipartimenti di salute mentale.
2. Il dipartimento di salute mentale è la struttura organizzativa integrata e interdisciplinare che collega funzionalmente le unità operative di psichiatria e le unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, qualora afferenti.
3. L'unità operativa di psichiatria dispone dei seguenti presidi:
 - a) centri psico-sociali per le attività ambulatoriali terapeutiche e riabilitative;
 - b) un servizio psichiatrico di diagnosi e cura ubicato in una struttura ospedaliera con un numero di posti letto non inferiore a sette e non superiore a quanto previsto dalla normativa vigente;
 - c) strutture residenziali psichiatriche con un massimo di venti posti per struttura;
 - d) centri diurni.
4. Gli standard organizzativi per i presidi di cui al comma 3 sono definiti dal d.p.r. 14 gennaio 1997.

Titolo VI

Norme in materia di prevenzione e promozione della salute

Capo I

Disposizioni generali

Art. 73

(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. 74

(Misure operative di prevenzione, vigilanza e controllo)

1. La Giunta regionale, nel rispetto delle linee di indirizzo di cui all'articolo 3, comma 1, lettera e), 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, ASL 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 delle ASL 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. 75
(Competenze delle ASL)

1. Le ASL svolgono 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. Le ASL esercitano 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. 76

(Disposizioni in materia di medicina scolastica)

1. La prevenzione collettiva nelle scuole di ogni ordine e grado è assicurata dalle ASL.
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. 77

(Misure di prevenzione nelle strutture sanitarie)

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 dalle ASL, registrate e controfirmate dal responsabile della struttura o suo delegato.
3. Al fine di garantire la sicurezza igienico-sanitaria, le aziende ospedaliere, le ASL 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. 78

(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. 79

(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. 80

(Nulla osta, domanda e autorità competente)

1. La domanda di nulla osta è presentata all'ASL 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 riutilizzazione 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. 81

(Commissione per la radioprotezione)

1. La commissione per la radioprotezione, di seguito denominata commissione, costituita presso il dipartimento di prevenzione medico della ASL:
 - 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 della ASL 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'ASL, 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. Se nella medesima provincia sono istituite più ASL, i rispettivi direttori generali possono accordarsi per la costituzione di un'unica commissione provinciale, anche in relazione al carico di lavoro prevedibile, definendo tramite appositi accordi convenzionali la relativa sede e le modalità di concorso al funzionamento della commissione stessa.
5. 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.
6. Le spese per il funzionamento della commissione sono a carico dell'ASL.

Art. 82

(Termini procedurali)

1. Il direttore generale della ASL competente per territorio, acquisito il preventivo parere della commissione di cui all'articolo 63, 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. 83

(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 alla ASL 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'ASL. Il titolare del nulla osta può adottare le variazioni qualora entro sessanta giorni la ASL non gli abbia comunicato l'avvio del procedimento di cui all'articolo 64.
4. Il nulla osta può essere modificato dall'ASL:
 - 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 dalla ASL nelle ipotesi previste all'articolo 35 del decreto.
6. La volontà di far cessare la pratica oggetto del nulla osta è comunicata alla ASL 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'ASL, 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'ASL, 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. 84

(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.

Capo III

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

Art. 85

(Oggetto e finalità)

1. Il presente capo 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. 86

(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. 87

(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'ASL 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. 88

(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 ostacolino 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'ASL abbia certificato l'antigienicità, 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. 89

(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'ASL.
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. 90

(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'ASL, 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'ASL relativamente agli aspetti igienico-sanitari, compresa l'idoneità degli automezzi e delle rimesse dei carri funebri.

Art. 91 **(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. È 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. 92 **(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 76.

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 76.

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. 93 **(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:
- a) la necessità di dotazione di parcheggi e servizi per i frequentatori;
- b) l'eventuale necessità di ampliamento, in relazione alle previsioni di cui al comma 2;
- c) l'eventuale presenza di servizi o impianti tecnologici all'interno del cimitero e le conseguenti distanze di tutela;
- d) 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:
- a) la costruzione e l'uso di aree e spazi per la sepoltura di animali d'affezione, secondo le indicazioni tecniche dell'ASL e dell'ARPA;
- b) la costruzione di cappelle private fuori dal cimitero, purché contornate da un'area di rispetto;
- c) 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:
- a) l'assetto interno di ciascun cimitero;
- b) i turni di rotazione dei campi di inumazione o le procedure di trattamento del terreno atte a favorire i processi di mineralizzazione;
- c) le modalità di concessione e le tariffe delle sepolture private;
- d) 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'ASL 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'ASL e dell'ARPA, secondo le rispettive competenze. La soppressione di cimiteri è autorizzata dall'ASL.

Art. 94

(Regolamento di attuazione)

- 1.** Con regolamento si definiscono:
- a) i requisiti e le modalità per l'autorizzazione allo svolgimento di attività funebre e per la gestione di sale del commiato;
- b) 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;
- c) 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;
- d) le caratteristiche dei campi di inumazione, dei loculi areati e non, delle sepolture private e delle strutture cimiteriali;
- e) le caratteristiche e le modalità per la realizzazione di sepolture private fuori dai cimiteri;
- f) 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:
- a) le modalità e i casi in cui deve essere effettuata la rimozione di protesi su salme destinate alla cremazione;
- b) le modalità di tenuta dei registri cimiteriali.

Art. 95

(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 70, comma 4, e delle relative norme regolamentari;
- b) da €2.000 a €5.000 per le violazioni dell'articolo 70, comma 7, e delle relative norme regolamentari;
- c) da €1.000 a €2.000 per le violazioni dell'articolo 70, comma 8;
- d) da €1.000 a €2.000 per le violazioni dell'articolo 72 e delle relative norme regolamentari;
- e) da €3.000 a €9.000 per le violazioni dell'articolo 74, comma 3, e delle relative norme regolamentari;
-

f) da €3.000 a €9.000 per le violazioni dell'articolo 74, 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 VII

Disposizioni in materia di assistenza farmaceutica

Capo I

Articolazione delle competenze e vigilanza sulle farmacie

Art. 96

(Oggetto)

1. Al fine di potenziare i servizi sanitari territoriali e di rafforzare l'integrazione, nell'ottica di favorire un più immediato accesso alle cure e ai servizi sanitari e sociosanitari, la Regione valorizza la rete delle farmacie, private e comunali.

2. Nell'ambito delle attività e dei servizi, anche aggiuntivi, erogati dalle farmacie, le singole farmacie nonché le associazioni maggiormente rappresentative delle farmacie private e comunali possono attivare specifici protocolli d'intesa con le strutture sanitarie, i comuni e le loro forme associative e le organizzazioni non lucrative per la progettazione, organizzazione e gestione di progetti sperimentali e l'erogazione di servizi.

Art. 97

(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 delle ASL competenti per territorio; detti pareri sono espressi e comunicati nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di ricezione della richiesta.

Art. 98

(Funzioni amministrative esercitate dalle ASL)

1. Le ASL esercitano 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 della ASL;

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 dalle ASL;

p) il rilevamento dei dati di consumo qualitativo e quantitativo dei farmaci negli ospedali, nei presidi e servizi della ASL 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 della ASL 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 dalle ASL 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 di cui all'articolo 83.

Art. 99

(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. 100

(Vigilanza sulle farmacie)

1. Le ASL esercitano 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'ASL competente.

3. La commissione ispettiva per l'esercizio della vigilanza, nominata dall'ASL competente per territorio, 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'ASL, 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'ASL in cui è ubicata la farmacia da sottoporre ad ispezione;

c) da un funzionario del ruolo amministrativo dell'ASL, 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'ASL competente per territorio, 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'ASL è proponibile, alternativamente al ricorso giurisdizionale, ricorso gerarchico improprio, con effetto sospensivo, al Presidente della Giunta regionale.

Art. 101

(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 le ASL, 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 la ASL, 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.102

(Assistenza farmaceutica e rapporti convenzionali)

1. Le ASL erogano 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 le ASL 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. 103

(Acquisto di medicinali e di altro materiale sanitario)

1. Per l'acquisto di medicinali e di altro materiale sanitario le ASL osservano le disposizioni di cui al decreto legislativo 12 aprile

Art. 104

(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.105

(Coordinamento delle farmacie con i servizi delle ASL)

1. Le ASL si avvalgono 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.106

(Rapporti contabili)

1. Le ASL assicurano 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.107

(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. 108

(Competenze amministrative)

1. Tutti i provvedimenti amministrativi riguardanti la apertura e chiusura delle farmacie sono adottati dal direttore generale di ciascuna ASL.

2. Entro il mese di maggio di ciascun anno, il direttore generale dell'ASL 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'ASL 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. 109

(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'ASL, 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'ASL, 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'ASL, 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 terminali 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.110

(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. Nell'ambito territoriale di ogni ASL, qualunque sia la dimensione demografica, il servizio è sempre garantito con almeno una farmacia di turno.
5. 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.
6. 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. 111

(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'ASL, 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 agli articoli 90, 91 e 92.
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 91 e 94.

Art. 112

(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 la ASL competente 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. Nelle ASL o 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 92. 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 92, 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.113

(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'ASL competente per territorio, entro i termini previsti per la presentazione della proposta di cui all'articolo 90.
2. Le ferie sono proposte e autorizzate in modo da assicurare un adeguato servizio di assistenza farmaceutica nei distretti delle ASL. 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. 114

(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. 115

(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 91;
 - b) da €100 a €500 per le violazioni dell'articolo 92;
-

-
- c) da €100 a €500 per le violazioni dell'articolo 93;
 - d) da €100 a €500 per le violazioni dell'articolo 94, commi 1 e 8;
 - e) da €100 a €500 per le violazioni dell'articolo 95;
 - f) da €100 a €500 per le violazioni dell'articolo 96.

2. La funzione sanzionatoria per le violazioni di cui al comma 1 spetta all'ASL, secondo quanto previsto dall'articolo 1 della l.r. 90/1983.

3. L'ASL 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'ASL può ordinare la chiusura della farmacia fino a quindici giorni.

TITOLO VII bis

Sistema bibliotecario biomedico lombardo

Art. 115 bis

(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 sociosanitaria.

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 VIII

Norme in materia di sanità pubblica veterinaria

Capo I

Disposizioni generali

Art. 116

(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 delle ASL.

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 di cui all'articolo 56.

Art. 117
(Competenze delle ASL)

1. Le competenze delle ASL in materia di sanità pubblica veterinaria fanno capo al dipartimento di prevenzione veterinario ed ai distretti di medicina veterinaria di cui all'articolo 13, commi 10 e 11.

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 delle ASL in materia di tutela degli animali d'affezione e tutela del randagismo, di cui al titolo VIII, capo II, 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);
- 13 ter) il rilascio delle autorizzazioni per il riconoscimento di:
 - 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. Le ASL esercitano, inoltre, tutte le funzioni amministrative in materia di sanità pubblica veterinaria non espressamente attribuite ad altri soggetti.

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

Art. 118

(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 ASL 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 diffusive 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. 119

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

1. Restano ferme le competenze del sindaco, quale autorità sanitaria locale, per:

- a) 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. 120

(Assistenza zootiatrica)

1. Nei territori in cui si verifica una permanente o temporanea carenza di assistenza zootiatrica, l'ASL, 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 zootiatrica 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. 121

(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'ASL, 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. 122

(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. 123

(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. 124

(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'ASL di appartenenza della struttura, 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. 125

(Competenze delle ASL)

1. Le funzioni e le attività sanitarie necessarie a garantire sul territorio regionale gli interventi previsti dal presente capo sono svolte dal dipartimento di prevenzione veterinario di ogni ASL, se del caso tramite idonea articolazione diretta da un veterinario dirigente.
2. Al dipartimento 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 111, 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 di cui all'articolo 118;
 - f) la soppressione, esclusivamente con metodi eutanasci, dei cani catturati e dei gatti raccolti, qualora ricorrano le condizioni di cui all'articolo 113, comma 1;
 - 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'ASL 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 di cui all'articolo 119;
 - c) l'approvazione, su proposta del dipartimento di cui al comma 1, dei progetti attuativi degli interventi affidati all'ASL dal piano regionale di cui all'articolo 117, comma 1.

Art. 126

(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 le ASL per le funzioni di cui all'articolo 107, comma 2, lettere a) e h);
 - 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 le ASL, 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 di cui all'articolo 117, comma 1, ai fini dell'esercizio dell'attività di collaborazione con l'ASL e con gli enti locali.
- 4.** Le province possono inoltre:
- a) promuovere, in collaborazione con la consulta regionale di cui all'articolo 117, comma 6, 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. 127
(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. 128
(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 al dipartimento di prevenzione veterinario di un'ASL, anche diversa da quella in cui è avvenuto il ritrovamento o alla polizia locale del comune in cui è avvenuto il ritrovamento stesso, 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 112, 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 112, 114 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. 129
(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'ASL competente, 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'ASL, d'intesa con i comuni e con la collaborazione delle associazioni di cui all'articolo 120, provvede a censire le zone in cui esistono colonie feline.
3. I privati e le associazioni di cui all'articolo 120 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 113.

Art. 130
(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 di cui all'articolo 114.

Art. 131
(Eutanasia)

1. I cani, i gatti e gli altri animali di affezione ricoverati nelle strutture di cui agli articoli 112 e 114, 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 eutanasi 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. 132
(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 112;
 - 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 120.

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. 133

(Cessione e affido)

1. I cani e i gatti ricoverati presso le strutture di cui agli articoli 112 e 114, 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 120.

2. E' fatto divieto di cessione o affido di cani o gatti ricoverati presso le strutture di cui agli articoli 112 e 114 a coloro che hanno riportato condanne per maltrattamenti ad animali.

3. La cessione gratuita dei cani ricoverati presso le strutture di cui agli articoli 112 e 114 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 di cui all'articolo 112, comma 1, lettera a);

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. 134

(Autorizzazioni)

1. Le strutture di cui agli articoli 112, comma 2, 114 e quelle destinate al ricovero, al pensionamento e al commercio di animali d'affezione devono essere autorizzate dal sindaco, previo parere favorevole dell'ASL competente.

Art. 135

(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 di cui al comma 6, 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. Le ASL inseriscono 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 di una ASL;
 - 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 120;
 - 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. 136

(Controllo demografico)

1. Gli interventi per la limitazione delle nascite dei gatti che vivono in libertà sono effettuati secondo quanto previsto dall'articolo 111 del 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 112 e 114 possono essere sterilizzati per finalità di interesse pubblico e con le modalità di cui all'articolo 112, comma 1, lettera f), dai medici veterinari delle ASL o da medici veterinari liberi professionisti incaricati dall'ASL o dai comuni.

Art. 137

(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. 138

(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'ASL o con i comuni.

Art. 139

(Controlli)

1. Le attività di accertamento delle infrazioni previste dal presente capo competono alle ASL 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 120 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 le ASL, concordano le modalità per il rilascio delle idoneità agli operatori volontari di cui all'articolo 120, a seguito del superamento degli esami previsti al termine dei corsi di cui all'articolo 108, comma 3. I contenuti dei corsi sono stabiliti dalle competenti direzioni generali regionali.
- 3 bis.** La tessera di riconoscimento prevista dall'articolo 130 è rilasciata al personale dell'ASL incaricato dei controlli previsti dalle norme di tutela degli animali.

Art. 140

(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 105, 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 105, comma 2, lettera d) e comma 3, secondo periodo;
 - c) da €25 a €150 per chi viola le disposizioni di cui all'articolo 105, comma 6;
-

-
- d) da €25 a €150 per chi viola le disposizioni di cui agli articoli 109 e 110, comma 1;
 - e) da €150 a €900 per chi viola la disposizione di cui all'articolo 110, comma 3;
 - f) da €25 a €150 per chi viola la disposizione di cui all'articolo 110, comma 2;
 - g) da €50 a €300 per chi viola le disposizioni di cui all'articolo 111, commi 1, 4 e 6;
 - h) da €50 a €300 per chi viola le disposizioni di cui all'articolo 113;
 - i) da €50 a €300 per chi viola le disposizioni di cui all'articolo 115, comma 4, lettera b);
 - j) da €500 a €3.000 per chi viola le disposizioni di cui all'articolo 109, comma 5, primo periodo e per chi svolge le attività previste dalla legge in strutture prive dell'autorizzazione di cui all'articolo 116.2. Le somme riscosse sono introitate dalle ASL anche attraverso i comuni e destinate alla realizzazione degli interventi conseguenti all'attuazione del presente capo.

Art. 141

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale rende conto al Consiglio regionale dell'attuazione del presente capo e dei risultati da essa ottenuti nel contrastare il randagismo e i maltrattamenti degli animali d'affezione.
2. A tal fine la Giunta regionale trasmette alla commissione consiliare competente una relazione triennale che contiene risposte documentate ai seguenti quesiti:
 - a) quali interventi sono stati realizzati e quali risultati sono stati ottenuti dagli enti tenuti all'attuazione del presente capo, con particolare riguardo alle attività di controllo demografico e di adeguamento delle strutture di ricovero e cura pubbliche e private;
 - b) attraverso quali iniziative si è svolta l'attività di informazione e sensibilizzazione in tema di tutela degli animali e salute dei cittadini e da quali enti è stata promossa;
 - c) attraverso quali modalità e con quali esiti i vari soggetti, pubblici e privati, hanno realizzato l'attività di coordinamento nell'espletamento delle funzioni loro demandate;
 - d) quale è stata l'evoluzione dell'attività sanzionatoria prevista dal presente capo;
 - e) in che misura il fenomeno del randagismo si è manifestato nel triennio di riferimento, in termini quantitativi, tipologici e di distribuzione territoriale su base provinciale.

Titolo IX

Disposizioni transitorie e finali

Art. 142

(Disposizioni in merito ai regolamenti comunali di igiene e abolizione di nulla osta)

1. La Giunta regionale emana direttive in ordine ad aspetti disciplinati dai regolamenti comunali di igiene.
2. Fino all'emanazione delle direttive di cui al comma 1 continuano a trovare applicazione le disposizioni del regolamento locale di igiene tipo, per quanto compatibili con il presente testo unico, con la normativa nazionale e comunitaria.
3. Resta abolito il nulla osta all'esercizio di attività lavorative e depositi di cui al paragrafo 3.1.9. del regolamento indicato al comma 2. Il nulla osta è sostituito da una dichiarazione di inizio attività produttiva.

Art. 143

(Abolizione di autorizzazioni sanitarie e di adempimenti in materia di sanità pubblica e veterinaria)

1. Sono aboliti gli adempimenti e le autorizzazioni di cui all'allegato B.
2. In conformità ai regolamenti comunitari in materia di sicurezza alimentare, regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 sull'igiene dei prodotti alimentari, regolamento (CE) n. 853/2004, regolamento (CE) n. 854/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 che stabilisce norme specifiche per l'organizzazione di controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano, regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali, gli operatori del settore notificano alle ASL, ai fini della registrazione, ogni stabilimento che esegua una qualsiasi delle fasi di produzione, trasformazione e distribuzione di alimenti, oppure, nel caso in cui sussista l'obbligo del riconoscimento, presentano alle ASL la relativa istanza.
3. Gli spostamenti in ambito regionale degli animali per ragioni di pascolo vagante, alpeggio e transumanza sono soggetti all'obbligo di comunicazione preventiva al dipartimento di prevenzione veterinario dell'ASL di partenza che provvede a informare l'ASL di destinazione ed eventualmente le ASL interessate dal tragitto.

Art. 144

(Formazione, aggiornamento e addestramento degli addetti al settore alimentare)

1. Gli operatori del settore alimentare provvedono alla formazione, addestramento e aggiornamento del proprio personale addetto ad una o più fasi di produzione, trasformazione e distribuzione di prodotti alimentari, secondo quanto stabilito dal regolamento (CE) 852/2004.
2. I dipartimenti di prevenzione delle ASL, nell'ambito delle proprie competenze in materia di vigilanza e controllo, verificano, anche sulla base di direttive regionali, l'adeguatezza delle procedure formative, con particolare riferimento ai comportamenti operativi degli addetti al settore.

Art. 145

(Ordinanze contingibili e urgenti)

1. Il Presidente della Giunta regionale emana le ordinanze di carattere contingibile e urgente in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria interessanti il territorio di più comuni.

Art. 146

(Tariffe per le prestazioni a favore di terzi)

1. Le tariffe per gli accertamenti e le indagini in materia di igiene e sanità pubblica, di tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro, nonché di sanità pubblica veterinaria, inclusi i compensi per le prestazioni effettuate nell'interesse dei privati, sono determinate sulla base di direttive della Giunta regionale.

Art. 147

(Istituzione dei registri regionali di patologia e di mortalità)

1. Nel rispetto delle disposizioni del d.lgs. 196/2003, sono istituiti i seguenti registri di patologia e di mortalità:

- a) registro tumori;
- b) registro malattie rare;
- c) registro dialisi e trapianto;
- d) registro stroke;
- e) registro infarto miocardico acuto;
- f) registro mortalità - raccolta dati a fini statistici;
- g) registro dei referti di anatomia patologica;
- h) registro delle malattie neurologiche degenerative;
- i) registro asbestosi e mesoteliomi asbesto-correlati;
- j) registro effetti indesiderati dovuti all'uso dei cosmetici;
- k) registro referti oncologici e oncoematologici;
- l) registro epinetwork;
- m) registro rete udito;
- n) registro sindrome della morte improvvisa infantile;
- n bis) registro malattie ematologiche.

2. I registri di cui al comma 1 raccolgono i dati anagrafici e sanitari riferiti allo stato di salute attuale e pregresso delle persone affette dalle relative malattie e dei loro familiari, per finalità di studio e di ricerca.

3. Con regolamento regionale, adottato in conformità al parere espresso dal Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'articolo 20 e dell'articolo 154, comma 1, lettera g), del d.lgs. 196/2003, sono individuati i tipi di dati sensibili, le operazioni eseguibili, le specifiche finalità perseguite da ciascuno dei registri di cui al comma 1 e i soggetti che possono avere accesso ai registri.

Art. 148

(Tessere di riconoscimento)

1. Spetta alle ASL il rilascio delle tessere di riconoscimento per gli operatori investiti dei compiti di polizia giudiziaria ai sensi dell'articolo 57 del codice di procedura penale.

Art. 149

(Oneri alberghieri a carico degli assistiti)

1. Gli assistiti che chiedono di essere ricoverati, usufruendo di particolari condizioni alberghiere presso le strutture regionali di
-

ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto che prevedono tale possibilità, sono tenuti al pagamento in proprio esclusivamente dei maggiori oneri derivanti dalla superiore prestazione alberghiera.

2. Le strutture regionali di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto determinano annualmente l'importo giornaliero da addebitare ai sensi del comma 1.

Art 150
Modifica dall'art. 13 lr. 3/2008
(Gli enti locali)

I Comuni, singoli o associati, e le Comunità montane sono responsabili dell'attuazione, a livello locale, della realizzazione del nuovo modello di *governance* e del sistema uniforme di accesso alle prestazioni, secondo le linee di indirizzo definite dalla Regione, nelle forme giuridiche e negli assetti più funzionali.

I Comuni, preferibilmente in forma associata, e le Comunità montane ove delegate, sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali e concorrono alla realizzazione degli indirizzi e degli obiettivi socio-sanitari.

In particolare esercitano:

- a) l'esercizio di attività propositiva e consultiva in relazione alla programmazione locale della rete delle unità di offerta socio-sanitarie e sociali ed integrazione delle politiche di welfare;
- b) la programmazione, progettazione, realizzazione e monitoraggio della rete delle unità di offerta sociali volti al sostegno delle persone e famiglie in difficoltà, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi fissati dalla Regione;
- c) la promozione e il sostegno di sperimentazioni di unità di offerta innovative nell'ambito della rete sociale, nel rispetto della programmazione regionale;
- d) progettazione e realizzazione di interventi a favore di cittadini in situazione di emergenza abitativa;
- e) l'erogazione, nei limiti delle risorse disponibili, di servizi sociali e socio-sanitari e prestazioni di natura economica e assunzione degli oneri connessi all'eventuale integrazione economica delle rette;
- f) definizione di eventuali livelli di assistenza ulteriori rispetto a quelli definiti dalla Regione;
- g) determinazione dei parametri per l'accesso prioritario alle prestazioni sulla base degli indirizzi stabiliti nell'ambito della programmazione regionale;
- h) gestione del sistema informativo della rete delle unità d'offerta sociali;
- i) coordinamento e monitoraggio delle attività di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociali;
- l) definizione dei requisiti di accreditamento delle unità d'offerta sociali in base ai criteri stabiliti dalla regione, accreditando le unità d'offerta e stipulando i relativi contratti;
- m) esercizio delle attività gestionali socio-sanitarie delegate dalla Regione.

Esercitano altresì in forma associata, oltre alle funzioni sancite dalla normativa nazionale:

- I. la rilevazione e l'analisi del fabbisogno formativo del personale che opera nelle unità di offerta sociali e socio-sanitarie;
- II. la realizzazione di interventi a sostegno delle persone con disabilità sensoriali finalizzati all'integrazione scolastica e sostenendo programmi di formazione professionale e di inserimento al lavoro delle fasce ad esclusione sociale .

Articolo 151
Sostituisce l'art. 8 della l.r. 3/2008 così modificato
(Partecipazione al costo delle prestazioni)

1. Regione Lombardia in tutti i casi in cui subordina l'effettuazione di interventi, la concessione di contributi o di provvidenze comunque denominate, alla commisurazione delle tariffe dei servizi, o alla compartecipazione degli utenti alla valutazione di condizioni economiche o reddituali dei soggetti richiedenti, la valutazione è effettuata facendo riferimento al reddito e ad elementi significativi del patrimonio, tenuto conto della composizione del nucleo familiare e dei compiti di cura, dando piena applicazione al fattore famiglia lombardo (quale evoluzione della legge regionale 2/2012).

La Giunta regionale, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, stabilisce i criteri e le modalità per la determinazione e la valutazione del reddito e degli elementi patrimoniali nel rispetto dei seguenti principi generali, dando attuazione al fattore famiglia lombardo:

- a) la valutazione delle condizioni economiche dei richiedenti deve avvenire con criteri omogenei per tutte le leggi di settore;
- b) le condizioni economiche sono valutate con riferimento alla composizione del nucleo familiare;
- c) le condizioni economiche sono valutate al netto delle detrazioni per spese sostenute dal nucleo familiare;

La deliberazione di cui al presente comma definisce i redditi, il patrimonio e le detrazioni rilevanti ai fini della valutazione della situazione economica del nucleo familiare anche prevedendo un periodo minimo di sperimentazione per ciascun settore di applicazione in cui i predetti criteri sono applicati secondo il principio di gradualità.

2. I gestori delle unità d'offerta accreditate garantiscono massima trasparenza circa le rette applicate e forniscono informazioni sull'accesso a contributi pubblici o a forme di integrazione economica.

3. Il gestore della unità d'offerta informa il comune di residenza dell'assistito della richiesta di ricovero o, nei casi in cui il ricovero sia disposto d'urgenza, dell'accettazione. In caso di ricovero di un minore il gestore informa i comuni di residenza dei genitori esercenti la potestà o del tutore. Nei casi in cui il ricovero di un minore sia disposto d'urgenza, il gestore informa dell'accettazione.

4. Gli oneri per le prestazioni sociali e le quote a carico dei comuni, relative a prestazioni socio-sanitarie, sono a carico del comune in cui la persona assistita è residente.

5. In caso di ricovero in unità d'offerta residenziale, gli oneri sono a carico del comune di residenza o di dimora dell'assistito al momento del ricovero, essendo irrilevante il cambiamento di residenza o di dimora determinato dal ricovero.

6. Per i minori la residenza o la dimora di riferimento è quella dei genitori titolari della relativa potestà o del tutore, anche quando sia nominato dopo l'inizio della prestazione.

7. Se la tutela è deferita ad un amministratore della unità d'offerta residenziale presso la quale il minore è inserito o ricoverato, gli oneri in materia di integrazione economica sono a carico del comune di residenza di coloro che esercitano la potestà o del tutore nel momento immediatamente precedente il deferimento della tutela all'amministratore della unità d'offerta.

8. In caso di affidamento familiare di un minore, le prestazioni assistenziali, diverse dai contributi alla famiglia affidataria, sono a carico del comune che ha avviato l'affido.

Articolo 152 (art. 3 l.r. 3/2008)

(Soggetti che concorrono al sistema sociosanitario e sociale)

1. Nel quadro dei principi della presente legge e in particolare secondo il principio di sussidiarietà, concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, secondo gli indirizzi definiti dalla Regione:

a) i comuni, singoli ed associati, le province, le comunità montane e gli altri enti territoriali, le aziende sanitarie locali (ASL), le aziende di servizi alla persona (ASP) e gli altri soggetti di diritto pubblico;

b) le persone fisiche, le famiglie e i gruppi informali di reciproco aiuto e solidarietà;

c) i soggetti del terzo settore, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e gli altri soggetti di diritto privato che operano in ambito sociale e sociosanitario;

d) gli enti riconosciuti delle confessioni religiose, con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese, che operano in ambito sociale e sociosanitario.

2. È garantita la libertà per i soggetti di cui al comma 1, lettere b), c) e d) di svolgere attività sociali ed assistenziali, nel rispetto dei principi stabiliti dalla presente legge e secondo la normativa vigente, indipendentemente dal loro inserimento nella rete delle unità di offerta sociali.

Articolo 153 (art. 4 l.r. 3/2008)

(Unità di offerta sociali)

1. Le unità di offerta sociali hanno il compito di:

a) aiutare la famiglia, anche mediante l'attivazione di legami di solidarietà tra famiglie e gruppi sociali e con azioni di sostegno economico;

b) tutelare la maternità e la vita umana fin dal concepimento e garantire interventi di sostegno alla maternità e paternità ed al benessere del bambino, rimuovendo le cause di ordine sociale, psicologico ed economico che possono ostacolare una procreazione consapevole e determinare l'interruzione della gravidanza;

c) promuovere azioni rivolte al sostegno delle responsabilità genitoriali, alla conciliazione tra maternità e lavoro ed azioni a favore delle donne in difficoltà;

d) tutelare i minori, favorendone l'armoniosa crescita, la permanenza in famiglia e, ove non possibile, sostenere l'affido e l'adozione, nonché prevenire fenomeni di emarginazione e devianza;

e) promuovere il benessere psicofisico della persona, il mantenimento o il ripristino delle relazioni familiari, l'inserimento o il reinserimento sociale e lavorativo delle persone in difficoltà e contrastare forme di discriminazione di ogni natura;

f) promuovere l'educazione motoria anche finalizzata all'inserimento e reinserimento sociale della persona;

g) assistere le persone in condizioni di disagio psicosociale o di bisogno economico, con particolare riferimento alle persone disabili e anziane, soprattutto sole, favorendone la permanenza nel proprio ambiente di vita;

h) favorire l'integrazione degli stranieri, promuovendo un approccio interculturale;

i) sostenere le iniziative di supporto, promozione della socialità e coesione sociale, nonché di prevenzione del fenomeno dell'esclusione sociale.

2. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociali, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, e sentito il parere della competente commissione consiliare.

Articolo 154 (art. 15 l.r. 3/2008)

(Modalità di esercizio delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie)

1. L'esercizio delle strutture relative alle unità d'offerta della rete sociale è soggetto alla presentazione di una comunicazione preventiva al comune e alla ASL competente per territorio, che certifichi, da parte del gestore, il possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni regionali.

2. L'esercizio delle unità d'offerta sociosanitarie è soggetto alla presentazione di una denuncia di inizio attività alla ASL competente per territorio, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti. In caso di apertura, modifica sostanziale, trasferimento in altra sede di unità d'offerta residenziali e semiresidenziali, comprese quelle diurne, l'attività può essere intrapresa solo dopo che sia decorso il termine di trenta giorni dalla presentazione della denuncia di inizio attività.

3. In caso di accertata carenza dei requisiti minimi previsti dalla vigente normativa, l'ASL o il comune per quanto di competenza, previa diffida ad adeguarsi ed impartendo le eventuali prescrizioni, dispone la chiusura della struttura e la revoca dell'eventuale

atto di accreditamento. In caso di accertato pericolo per la salute o per l'incolumità delle persone, l'autorità competente dispone l'immediata chiusura della struttura e prescrive le misure da adottare per la ripresa dell'attività.

Articolo 155 conferma art. 16 l.r. 3/2008
(Accreditamento in ambito sociosanitario e sociale)

1. L'accreditamento delle unità d'offerta sociali è condizione per sottoscrivere i conseguenti contratti con i comuni, nel rispetto della programmazione locale e con riguardo ai criteri di sostenibilità finanziaria definiti nel piano di zona.
2. La Giunta regionale disciplina le modalità per la richiesta, la concessione e l'eventuale revoca dell'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie, nonché per la verifica circa la permanenza dei requisiti richiesti per l'accreditamento medesimo.
3. L'accreditamento costituisce condizione indispensabile per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni di rilievo sanitario, erogate nel rispetto dei limiti di spesa riconosciuti alle singole unità d'offerta dai relativi atti di accreditamento e dai conseguenti rapporti posti in essere dalle ASL.
4. Il possesso di specifici requisiti strutturali, tecnici, organizzativi, funzionali e di standard di qualità, ulteriori rispetto a quelli previsti per l'esercizio dell'unità d'offerta, è condizione per accedere all'accreditamento.
5. Il contratto definisce i rapporti e le reciproche obbligazioni tra l'ASL, ovvero tra il comune e l'unità d'offerta sociosanitaria o sociale accreditata.
6. I gestori delle unità d'offerta accreditate o convenzionate sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi assegnati e sono tenuti ad adottare sistemi di contabilità analitica, al fine di dimostrare il corretto rapporto tra risorse impiegate e prestazioni erogate e promuovere sistemi di controllo di gestione ed altri metodi di valutazione dei risultati.

Articolo 156
Modifica art. 18 l.r. 3/2008
(Piano di zona)

1. Il piano di zona è lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale. Il piano definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione.
2. Il piano di zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa.
3. I comuni, nella redazione del piano di zona, utilizzano modalità che perseguono e valorizzano il momento della prevenzione e, nella elaborazione di progetti, promuovono gli interventi conoscitivi e di studio rivolti alla individuazione e al contrasto dei fattori di rischio.
4. Il piano di zona è approvato o aggiornato dall'Assemblea dei sindaci afferenti ai Distretti di welfare entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, secondo modalità che assicurano la più ampia partecipazione degli organismi rappresentativi del terzo settore e l'eventuale partecipazione della provincia.
5. La programmazione dei piani di zona ha valenza triennale, con possibilità di aggiornamento annuale.
6. L'ambito territoriale di riferimento per il piano di zona è costituito, di norma, dal distretto welfare.
7. I comuni attuano il piano di zona mediante la sottoscrizione di un accordo di programma con l'ASL territorialmente competente e, qualora ritenuto opportuno, con la provincia. Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del piano di zona, aderiscono, su loro richiesta, all'accordo di programma.
8. Il piano di zona disciplina l'attività di servizio e di segretariato sociale.
9. Al fine della conclusione e dell'attuazione dell'accordo di programma, l'assemblea dei sindaci designa un ente capofila individuato tra i comuni del distretto o altro ente con personalità giuridica di diritto pubblico.
10. L'ufficio di piano, individuato nell'accordo di programma, è la struttura tecnico-amministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del piano. Ciascun comune del distretto contribuisce al funzionamento dell'ufficio di piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e comunque senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale.
11. La Giunta regionale, decorso inutilmente il termine per l'approvazione del piano di zona, previa diffida ad adempiere entro sessanta giorni, provvede, sentita l'assemblea distrettuale dei sindaci, alla nomina di un commissario ad acta.

Articolo 157 (art. 5 l.r.3/2008)
(Unità di offerta sociosanitarie)

1. Le unità di offerta sociosanitarie erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e hanno il compito di:
 - a) sostenere la persona e la famiglia, con particolare riferimento alle problematiche relazionali e genitoriali, all'educazione e allo sviluppo di una responsabile sessualità, alla procreazione consapevole, alla prevenzione dell'interruzione della gravidanza;
 - b) favorire la permanenza delle persone in stato di bisogno o di grave fragilità nel loro ambiente di vita;
 - c) accogliere ed assistere persone che non possono essere assistite a domicilio;
-

-
- d) prevenire l'uso di sostanze illecite, l'abuso di sostanze lecite, nonché forme comportamentali di dipendenza e favorire il reinserimento sociale delle persone con problemi di dipendenza;
- e) assistere le persone in condizioni di disagio psichico, soprattutto se isolate dal contesto familiare;
- f) assistere i malati terminali, anche al fine di attenuare il livello di sofferenza psicofisica.
2. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitarie, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 5 e sentito il parere della competente commissione consiliare.

Articolo 158 (art. 6 l.r. 3/2008)
(Accesso alla rete)

1. Accedono alla rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie:
- a) i cittadini italiani residenti nei comuni della Lombardia e gli altri cittadini italiani e di Stati appartenenti all'Unione europea (UE) temporaneamente presenti;
- b) i cittadini di Stati diversi da quelli appartenenti alla UE, in regola con le disposizioni che disciplinano il soggiorno e residenti in Lombardia, i profughi, i rifugiati, i richiedenti asilo, gli stranieri con permesso umanitario ai sensi del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero), gli apolidi, i rimpatriati e comunque coloro che beneficiano di una forma di protezione personale, riconosciuta a livello internazionale;
- c) le persone diverse da quelle indicate nelle lettere a) e b), comunque presenti sul territorio della Lombardia, allorché si trovino in situazioni tali da esigere interventi non differibili e non sia possibile indirizzarli ai corrispondenti servizi della regione o dello Stato di appartenenza. Sono sempre garantite la tutela della maternità consapevole e della gravidanza e la tutela delle condizioni di salute e sociali del minore.
2. In base agli indirizzi dettati dalla Regione e ai parametri successivamente definiti dai comuni, accedono prioritariamente alla rete delle unità d'offerta sociali le persone in condizioni di povertà o con reddito insufficiente, nonché le persone totalmente o parzialmente incapaci di provvedere a se stesse o esposte a rischio di emarginazione, nonché quelle sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali.
3. Accedono prioritariamente alla rete delle unità di offerta sociosanitarie, in considerazione delle risorse disponibili e relativamente alle prestazioni non incluse nell'allegato 1 C del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), le persone e le famiglie che si trovano in uno stato di bisogno determinato da:
- a) non autosufficienza dovuta all'età o a malattia;
- b) inabilità o disabilità;
- c) patologia psichiatrica stabilizzata;
- d) patologie terminali e croniche invalidanti;
- e) infezione da HIV e patologie correlate;
- f) dipendenza;
- g) condizioni di salute o sociali, nell'ambito della tutela della gravidanza, della maternità, dell'infanzia, della minore età;
- h) condizioni personali e familiari che necessitano di prestazioni psico-terapeutiche e psico-diagnostiche nonché condizioni per le quali si rende necessaria la riabilitazione.
4. I comuni, in forma singola o associata, d'intesa con le ASL, anche in collaborazione con gli altri soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, organizzano una attività di segretariato sociale finalizzata alla presa in carico della persona, con lo scopo di:
- a) garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie;
- b) orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;
- c) assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolar modo per le situazioni complesse e che necessitano di un pronto intervento sociale e di una continuità assistenziale;
- d) segnalare le situazioni complesse ai competenti uffici del comune e dell'ASL ed alle unità di offerta, affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale.

Art 159 (sostituisce art. 10 l.r. 3/2008)
(Il sistema integrato di risposta al bisogno)

La Regione, riconoscendo la persona e la famiglia quale destinatario e attore principale delle azioni ed interventi che compongono il sistema integrato della rete delle unità di offerta e degli altri interventi riguardanti le politiche di welfare, istituisce un sistema costituito anche da titoli, buoni e voucher che vengono identificati quali strumenti preferenziali da destinare all'utente sulla base della valutazione personalizzata del bisogno.

Art. 160
(Norma finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge previsti in 17.920.204.321,00 nel 2015 si fa fronte con le risorse del fondo socio-sanitario stanziato alla Missione 13 "Tutela della salute" Programma 01" – [13.01] Servizio sanitario regionale – finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA Titolo 1 "Spese correnti" per ciascun anno del triennio 2015-2017.

2. Agli stessi oneri di cui alla presente legge si provvede, altresì, con le risorse provenienti dalle assegnazioni della UE, dello Stato e di altri soggetti pubblici e privati stanziati alla missione 13 “ Tutela della salute” – programma 01 “Servizio sanitario regionale – finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA “ e programma 07 “ulteriori spese in materia sanitaria “- titolo I “spese correnti” e titolo II “spese in conto capitale del bilancio regionale”.

Titolo X

Art. 161

(Disposizioni transitorie e finali)

Per tutto quanto non espressamente abrogato con la presente legge, ovvero per tutto quanto non risulti incompatibile con le disposizioni della medesima, si intendono valide ed efficaci le norme contenute nella l. 3/2008. Si intende abrogata la l. 33/2009. Rimangono salvi i provvedimenti attuativi delle norme abrogate con la presente legge, fino all’emanazione di provvedimenti attuativi successivi.

Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.160 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.160 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.160 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.160 comma 1	si		missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.008382 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.160 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente	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	5.000.000,00	5.000.000,00	5.000.000,00

				<i>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</i>				<i>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</i>			
<i>Interventi finanziati con fondo socio-sanitar io</i>	art.160 comma 1	si	1	<i>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</i>	3.000.000,00	3.000.000,00	3.000.000,00	<i>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</i>	3.000.000,00	3.000.000,00	3.000.000,00
<i>Interventi finanziati con fondo socio-sanitar io</i>	art.160 comma 1	si		<i>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</i>	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	<i>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</i>	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00

				AMBITO SOCIO-SANITARIO PER SERVIZI AMMINISTRATIVI DI ASSISTENZA TECNICA A SUPPORTO DELLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' SOCIO-SANITARIE				AMBITO SOCIO-SANITARIO PER SERVIZI AMMINISTRATIVI DI ASSISTENZA TECNICA A SUPPORTO DELLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' SOCIO-SANITARIE			
	art.160 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.160 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
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.160 comma 1	si		missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale -	4.500.000,00	4.500.000,00	4.500.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale -	4.500.000,00	4.500.000,00	4.500.000,00

				<i>finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.010595 CONTRIBUTO DI ESERCIZIO AZIENDA REGIONALE CENTRALE ACQUISTI SPA</i>				<i>finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.010595 CONTRIBUTO DI ESERCIZIO AZIENDA REGIONALE CENTRALE ACQUISTI SPA</i>			
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.160 comma 1	si		<i>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</i>	4.500.000,00	4.500.000,00	4.500.000,00	<i>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</i>	4.500.000,00	4.500.000,00	4.500.000,00
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.160 comma 1	si	1	<i>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 -</i>	78.460.000,00	76.600.000,00	76.600.000,00	<i>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 -</i>	78.460.000,00	76.600.000,00	76.600.000,00
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.160 comma 1	si	1	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei</i>	14.791.918.910,00	14.793.778.910,00	14.793.778.910,00	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei</i>	14.791.918.910,00	14.793.778.910,00	14.793.778.910,00

				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				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			
	art.160 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 FUNZIONAMENT O DELLE FUNZIONI NON TARIFFABILI E SOVRAZONALI 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 FUNZIONAMENT O DELLE FUNZIONI NON TARIFFABILI E SOVRAZONALI 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. 160 comma1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo	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	30.000.000,00	30.000.000,00	30.000.000,00

				13.01.104.008378 ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA DA DESTINARE ALLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE PER PROGETTUALITA' DIVERSE				13.01.104.008378 ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA DA DESTINARE ALLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE PER PROGETTUALITA' DIVERSE			
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.160 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
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.160 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	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	1.646.180,00	1.608.225,00	1.800.000,00

				AMBITO SOCIO-SANITARIO PER INIZIATIVE SPERIMENTALI, PROGETTI, ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE E COLLABORAZIONI SVOLTE DA ENTI DI DIRITTO PUBBLICO				AMBITO SOCIO-SANITARIO PER INIZIATIVE SPERIMENTALI, PROGETTI, ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE E COLLABORAZIONI SVOLTE DA ENTI DI DIRITTO PUBBLICO			
interventi finanziati con risorse vincolate	art.160 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 fondo sociosanitario	art.160 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 SOCIOSANITARIO 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 SOCIOSANITARIO PER LA FAMIGLIA	40.000.000,00	40.000.000,00	40.000.000,00
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.160 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei	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	1.000.000,00	1.000.000,00	42.721.090,00

				LEA capitolo 13.01.107.007646 INTERESSI PASSIVI PER ANTICIPAZIONI DI CASSA NEL SETTORE SANITARIO				LEA capitolo 13.01.107.007646 INTERESSI PASSIVI PER ANTICIPAZIONI DI CASSA NEL SETTORE SANITARIO			
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.160 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.160 comma 1		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	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	39.365.973,00	40.695.778,00	-

				TUTTO IL 31 DICEMBRE 2000				TUTTO IL 31 DICEMBRE 2000			
<i>interventi finanziati con risorse vincolate</i>	art.160 comma2	no	1	<i>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</i>	51.000.000,00	-	-	<i>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</i>	51.000.000,00	-	-
<i>interventi finanziati con risorse vincolate</i>	art. 160 comma2	no	1	<i>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</i>	2.121,08	-	-	<i>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</i>	2.121,08	-	-
<i>interventi finanziati con risorse vincolate</i>	art. 160 comma2	no	1	<i>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 -</i>	669,82	-	-	<i>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 -</i>	669,82	-	-

