

**PROGETTO DI LEGGE N. 0239**

di iniziativa dei Consiglieri regionali:

Macchi, Carcano, Casalino, Buffagni, Corbetta, Fiasconaro, Maccabiani, Nanni, Violi.

—————  
**“Sistema sociosanitario lombardo: proposta di riforma”.**  
—————

PRESENTATO IL 20/02/2015

ASSEGNATO IN DATA : 02/03/2015

ALLE COMMISSIONI	REFERENTE	III
	CONSULTIVA	I

---

---

## PROGETTO DI LEGGE

### “SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO: PROPOSTA DI RIFORMA”.

#### RELAZIONE

Il modello lombardo di sistema sanitario e sociosanitario, che tutela la salute di una popolazione di circa 10 milioni di persone, è chiamato ad una decisa revisione e cambiamento pena la sua insostenibilità.

Alcuni dei punti di forza enfatizzati del "modello lombardo" di organizzazione sanitaria sono stati:

- la parità pubblico-privato;
- l'integrazione socio-sanitaria;
- la separazione tra acquirenti ed erogatori.

In definitiva la Legge regionale n. 31 del 1997, integralmente ritrasposta nel Testo Unico della Sanità di regione Lombardia, meglio conosciuta come Legge 33 del 2009, ha contribuito a definire i contorni di quella che, ancora ad oggi, costituisce la principale alternativa al modello nazionale delineato dal d.lgs. n. 502 del 1992, e successive modificazioni, quale declinazione della teoria dell'introduzione del "quasi mercato" nell'erogazione dei servizi sanitari.

In un mercato come questo, soggetto a forti asimmetrie informative tra produttori, finanziatori e pazienti, la concorrenza dovrebbe essere amministrata, vale a dire disciplinata, da un insieme di regole atte ad assicurare relazioni tra soggetti finanziatori, erogatori e pazienti/utenti dei servizi. In particolare, tali regole dovrebbero:

- a) rendere effettiva la concorrenza;
- b) impedire che essa si manifesti in forme esasperate, a scapito degli interessi dei pazienti.

Affinché la competizione tra fornitori sia effettiva, devono essere contrastate eventuali barriere d'accesso al mercato e posizioni di cartello, evitando il rischio di situazioni di tipo collusivo; la pubblica amministrazione dovrebbe mediare il rapporto di scambio fra fornitore e acquirente di prestazioni cercando di ridurre, per quanto possibile, le asimmetrie informative. E' infine responsabilità del settore pubblico definire e controllare il rispetto di adeguate *performance* nella fornitura di prestazioni sanitarie.

Spesso invece si è delegato sempre più larghi settori assistenziali alla gestione indiretta tramite i provider privati.

In termini economici, la spesa sanitaria è stata sempre di più ad appannaggio di gruppi privati (soggetti a loro volta a processi di concentrazione), che hanno potuto scegliersi e strutturarsi verso tipologie d'offerta non programmate, non verificate negli esiti e non coordinate rispetto alla domanda d'assistenza emergenti.

Il modello che tuttora si vuole difendere e sviluppare genera disparità di trattamento (e non libertà di scelta) sia all'interno della regione che a livello nazionale, di cui invece si pensa, possa essere un esempio di eccellenza.

In questi anni si sono sovrapposte alle criticità generate da questo modello anche quelle dovute a cambiamenti del quadro socio-epidemiologico, finora non considerate dalla Regione Lombardia:

- l'espansione della popolazione con patologia cronica;
  - la crescita esponenziale della popolazione anziana (nel 2030 oltre 4 milioni di ultrasessantacinquenni);
  - la crescita di nuove fragilità di tipo sociale (separazioni, povertà, nuove dipendenze, salute mentale);
  - la riduzione dei ricoveri ospedalieri che si accompagna però ad un aumento consistente della spesa sociosanitaria (ADI semiresidenzialità, residenzialità) sostenuta per lo più dalle famiglie (sanità out of pocket) vessate dalla crisi economica e nella impossibilità di mantenere gli attuali standard di spesa.
-

---

Non serve nemmeno pensare che basti accentuare una visione localistica e regionalista, in conflitto con le altre regioni o scaricando le difficoltà emergenti al governo nazionale.

Non serve nemmeno pensare di essere in un enclave le cui eccellenze economiche saranno preservate da una crisi che non sembra arrestarsi dal 2009 ad oggi.

Il quadro economico nazionale e regionale prevede una contrazione di risorse destinate al welfare in genere e in particolare per la parte di tutela sociosanitaria.

Non è neppure pensabile, se non per ristretti settori di popolazione, garantirsi la tutela sanitaria mediante il proprio reddito o attivando polizze assicurative. Anzi l'impoverimento reddituale e la disoccupazione, spingono centinaia di migliaia di cittadini al rinvio delle cure se non addirittura a dover rinunciare alle stesse.

La situazione in Regione Lombardia continua a caratterizzarsi per forte eterogeneità degli interventi a fronte di chiare richieste di maggiore equità. In questo senso la tutela di famiglie in condizione di maggiore difficoltà ha in realtà raggiunto una percentuale tra il 7 e il 9% del target potenzialmente raggiungibile.

Sul tema della disabilità si assiste frequentemente ad una mancata presa in carico integrata, data dalla divisione netta di competenze tra ASL (sociosanitario) e Comuni (socio assistenziale) e questa situazione è percepita dalle persone disabili, e dalle famiglie, come ulteriore handicap.

I sistemi di offerta di servizi sono organizzati per accesso a singole prestazioni senza la regia di un case manager o di ente attuatore. Un esempio ben evidente è la costante diminuzione delle liste di attesa nelle RSA. A causa dell'incidenza delle rette sulle decrescenti disponibilità familiari e la crescente disoccupazione femminile convincono i nuclei familiari ad affrontare in proprio la custodia e la cura del familiare dell'anziano e/o disabile.

In termini economici la spesa delle famiglie per l'assistenza domiciliare delle badanti o quella affrontata come compartecipazione alle spese per la residenzialità ammonta a quasi 2 miliardi.

Senza contare i massimali IRPEF che hanno sempre caratterizzato la pressione fiscale regionale, anche la compartecipazione alla spesa ambulatoriale e farmaceutica, nella nostra Regione, non è stata seconda a nessun'altra. Nel 2013 è stata di circa 750 milioni.

La tanto decantata libertà di scelta, cardine dichiarato del sistema, presuppone che l'utente diventi cliente del quasi mercato della salute, possa essere l'arbitro della qualità e della selezione tra i vari erogatori.

Non viene invece dimostrato se il modello lombardo è riuscito a garantire al meglio i livelli assistenziali.

L'osservatorio epidemiologico, pur istituito dalla legge, di fatto da un decennio, non si cura di pubblicare i dati epidemiologici regionali, come da regolato dal Testo unico della sanità LR33/2009.

L'unica eccellenza decantata e reale è il pareggio di bilancio ormai conseguito da un decennio e il pagamento dei fornitori entro i 60 giorni.

Tutto ciò denuncia una capacità amministrativa di gestione complessiva economica che ha purtroppo però anche registrato noti episodi di corruzione agli onori delle cronache.

Il sistema dei controlli, apparentemente ben formalmente strutturato, non ha garantito il monitoraggio dei costi (soprattutto dei privati) rispetto alle tariffe corrisposte, dimostrandosi di fatto inefficace.

I limiti del sistema di remunerazione a prestazione così come scientificamente descritto nella letteratura internazionale, sono stati adottati solamente in settori quali i reparti di rianimazione, quelli psichiatrici e di emergenza.

Perfino strutture territoriali, quali i consultori, sono stati ristrutturati come strutture ambulatoriali eroganti prestazioni e non forniscono assistenza a contenuto educativo e di prevenzione così come è invece previsto dalla legge nazionale n°194 del 1978.

Inoltre, l'attuale sistema di pagamento contribuisce in modo significativo all'aumento delle prestazioni: ospedali e medicina specialistica sono remunerati a prestazione e per aggregati di prestazioni, e tale modalità interessa in modo crescente le cure primarie, oltre a tutti gli operatori sanitari quando esercitano la libera professione. L'unione di tali fattori costituisce un forte incentivo al proliferare degli interventi.

---

---

Accanto a misure di verifica e controllo, in parte già rivelatesi inefficaci per salvaguardare l'appropriatezza, è inoltre urgente sperimentare e introdurre sistemi di remunerazione differenti, che non incentivino le prestazioni di per sé, ma siano coerenti nel perseguire più alti e sostenibili livelli di salute per la popolazione (in sostanza: far vivere più a lungo e in buona salute, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili) e nel premiare/incentivare gli attori che con i loro interventi favoriscono questo risultato.

In un tale contesto, le riforme pro concorrenziali hanno dominato l'Europa nel corso della prima metà degli anni '90, ma nei fatti le implementazioni del meccanismo dei "quasi mercati" sono state piuttosto limitate.

La quasi totalità dei paesi europei che ne hanno sperimentato l'applicazione di tale modalità, hanno dopo pochi anni corretto il proprio modello organizzativo nella direzione di ridimensionare il ruolo della concorrenza, orientandosi verso schemi di programmazione negoziale ritenuti maggiormente compatibili con i principi solidaristici, che animano i sistemi sanitari europei.

Anche in Italia, seppur con gradualità si cerca di far ricorso a meccanismi di quasi mercato.

Una ricerca del Cergas stima la percentuale della gestione dei sistemi regionali mediante tariffe con una variabilità da un minimo del 14% in Alto Adige, al 99% della Lombardia (mentre circa il 50% in Toscana e in Emilia).

Fatte queste premesse di sistema, e descritto brevemente il quadro complessivo del sistema sanitario Lombardo, di fronte alle congiunture derivanti dalla crisi economica e dalle mutazioni demografiche, sono necessarie delle modifiche al sistema sanitario.

In un tale contesto, così come sopra brevemente descritto, è lecito domandarsi se sarà sufficiente un'evoluzione solamente organizzativa in un quadro ormai profondamente caratterizzato dalla presenza di una gestione basata sulla contrattualizzazione e una carente trasparenza tra rilevazione dei costi e sistema tariffario. Noi pensiamo di no.

Per questo motivo presentiamo la nostra proposta i cui punti salienti sono:

1) aree vaste ( art. 2, 14, 21):

organismo leggero corrispondente alle Asl , che e' composto solo da un consiglio direttivo di cui fanno parte il dg, il direttore amministrativo il direttore del dipartimento sociale, i direttori delle AAOO e tre rappresentanti della conferenza dei Sindaci.

La partecipazione e' a titolo onorifico e non comporta alcuna remunerazione.

Valuta i miglioramenti programmatici da introdurre , compresi quelli suggeriti da associazioni di pazienti e volontariato e ha funzione di controllo e segnalazione all'assessorato se i criteri decisi non vengono rispettati dagli enti della propria area Aree vaste sono 4 nord ovest, nord est, sud e città metropolitana di Milano Siamo d'accordo sull'istituire a livello sperimentale un'Asl della montagna che comprendono Valcamonica, Valtellina e Valchiavenna.

2) principi generali ( art.3):

- rispetto della dignita' della persona e del suo diritto alla salute
- promozione della prevenzione primaria e dell'info sulle scelte -diritto alla liberta' di scelta informata
- continuita' e personalizzazione dell'assistenza fondati su prove di evidente efficacia -partecipazione del personale sanitario , dei pazienti e del volontariato a pianificazione e programmazione
- uguaglianza di doveri anche per gli enti privati accreditati
- valorizzazione e sviluppo del sistema sanitario pubblico al fine di favorire lo sviluppo e la coesione sociale.

3) assessorato unico al welfare ( art.4) riunisce salute, politiche sociali, famiglia, volontariato e pari opportunita'.

4) obiettivi principali ( art 5)

- promozione corretti stili di vita
  - valorizzazione della prevenzione primaria
-

---

- diagnosi precoce degli stati patologici

- efficaci politiche integrate di welfare

5) prevenzione ed educazione alla salute (art.7):

- Diffusione delle conoscenze e informazioni

- comprendere nei Lea regionali anche le suddette azioni

- finanziamento di progetti per lo sviluppo di corretti stili di vita e utilizzo responsabile dei farmaci

6) PSSL ( art. 8):

- analizza una mappatura epidemiologica completa fornita dall'Oss Ep

- deve essere basato sulle indicazioni delle aree vaste con consultazioni tecniche, qualità del servizio, appropriatezza, stili di vita corretti, efficacia della prevenzione

- stabilisce percorsi per un'efficace educazione sanitaria, promuovere corretti stili di vita, educazione alla farmacoterapia

- linee di indirizzo per la presa in carico dell'assistito e la continuità assistenziale

7) PSSL ( art.8) :

criteri per garantire l'occupazione stabile del personale sanitario nelle strutture pubbliche e obbligo di adesione ai ccn da parte di quelle private per essere accreditate

8) UPT ( art. 12) :

- uffici di pubblica tutela, incaricato nominato dai gruppi di minoranza del consiglio; controlla che l'accesso alle prestazioni avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti

9) ( art. vari)

partecipazione della cittadinanza e delle associazioni di malati e dei volontari alla pianificazione e all'identificazione dei bisogni

10) Osservatorio epidemiologico ( art.10) :

- raccoglie ed elabora i dati sanitari

- fornisce i dati alle varie direzioni generali per l'elaborazione dei Piani

- Rende pubblici i dati raccolti ed elaborati

11) Direttori generali (art.20) :

- ai dg possono non essere riconosciuti i premi annuali se non raggiungono gli obiettivi prefissati o vengono evidenziate particolari criticità territoriali

- vengono sospesi se sono oggetto di richiesta di rinvio a giudizio

- devono anche analizzare i servizi offerti dalla sanità accreditata valutando se è possibile fornirli con la propria struttura

11) ticket ( art.18) :

Devono essere calcolati in modo progressivo in base al reddito e non in base alle prestazioni erogate.

12) malati cronici ( art.26) :

- le sperimentazioni sulle cronicità devono essere fatte per almeno i 3/4 degli assistiti da strutture pubbliche e devono essere plausibili di valutazione dell'efficacia costo/beneficio lungo tutta la vita attesa degli assistiti.

## **Il progetto di legge si compone di 38 articoli:**

Art. 1 - (Oggetto e finalità della Legge)

Art.2 – (Definizioni)

---

- 
- Art. 3 - (Principi generali)
- Art. 4 - (Istituzione Assessorato al Welfare)
- Art. 5 - (Promozione e sostenibilità del sistema socio-sanitario lombardo)
- Art. 6 - (Promozione della ricerca e dell'innovazione)
- Art. 7 - (L'educazione alla salute)
- Art. 8 - (Piano Socio-Sanitario Lombardo)
- Art. 9 - (Consulta della sanità)
- Art. 10 - (Osservatorio Socio-Sanitario Lombardo)
- Art. 11 - (Osservatorio epidemiologico regionale)
- Art. 12- (Promozione e valorizzazione dell'attività di volontariato)
- Art. 13 - (Diritti di partecipazione dei cittadini)
- Art. 14 - (Competenze della Regione e della Giunta regionale)
- Art. 15 - (Criteri organizzativi dell'Area Vasta)
- Art. 16 - (Programmazione istituzionale)
- Art. 17 - (Conferenza dei Sindaci)
- Art. 18 - (Programmazione e Piani integrati locali)
- Art. 19 - (Finanziamento del servizio socio-sanitario lombardo)
- Art. 20 - (Enti di ricerca e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico)
- Art. 21 - (Natura ed organi delle ASL e AAOO e degli IRCCS)
- Art. 22 - (Sperimentazioni gestionali - Costituzione di società miste e ASL della montagna)
- Art. 23 - (Sistema informativo e contabile)
- Art. 24 - (Carta regionale dei servizi)
- Art. 25 - (Rapporti tra Regione ed Università ed altri Istituti di formazione)
- Art. 26 - (Contratto integrativo regionale lombardo e regolamentazione delle professioni sanitarie)
- Art. 27 - (Modelli di cura per il paziente cronico)
- Art. 28 - (Organizzazione delle cure primarie)
- Art. 29 - (Farmacie di servizio)
- Art. 30 - (Strutture socio-sanitarie private accreditate)
- Art. 31 - (Requisiti per l'accreditamento di attività socio-sanitarie)
- Art. 32 - (Erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private)
- Art. 33 - (Azienda regionale emergenza urgenza)
- Art. 34 - (Sanzioni)
- Art. 35 - (Sistema assicurativo lombardo e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali certificati)
- Art. 36 - (Disciplina transitoria)
- Art. 37 - (Abrogazioni)
- Art. 38 - (Norma finanziaria)
-

---

## PROGETTO DI LEGGE

### “SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO: PROPOSTA DI RIFORMA.”

<b>Titolo I</b>
-----------------

#### **Art. 1 - (Oggetto e finalità della Legge)**

1. La presente legge detta i principi per l'evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo, nel rispetto dei principi e dei valori della Dichiarazione universale dei diritti umani dell'ONU, della Costituzione italiana, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e dello Statuto regionale.

2. Per sistema socio-sanitario si intende l'insieme delle funzioni e prestazioni della totalità dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale di Regione Lombardia.

3. La presente legge disciplina:

- a) gli strumenti e le procedure della programmazione sanitaria;
- b) l'organizzazione e l'ordinamento del servizio sanitario regionale;
- c) i criteri di finanziamento delle Aziende SocioSanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie;
- d) il patrimonio e la contabilità delle Aziende Sanitarie;
- e) la erogazioni delle prestazioni.

4. La Regione, assume come finalità la promozione della salute intesa come insieme di interventi sui fattori ambientali, economici e sociali che concorrono a determinare lo stato di benessere degli individui e della collettività. A tal fine, la Regione promuove il coordinamento delle politiche regionali settoriali ed il loro orientamento, considerando sempre eventuali ricadute sulla salute dei cittadini.

5. Gli Enti Locali concorrono per le proprie competenze, al coordinamento delle politiche finalizzate ad obiettivi di salute assicurando la partecipazione delle forze sociali, a livello locale e a livello di area vasta. I Comuni concorrono altresì alla programmazione sanitaria e sociale integrata regionale attraverso la Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria.

#### **Art.2 – (Definizioni)**

1. Ai fini della presente legge si intende:

a) per "*area vasta*": l'Ente che coordina le attività socio sanitarie e derivante dall'accorpamento delle ex Province con una dimensione operativa, individuata come livello ottimale per la programmazione integrata dei servizi e per la gestione in forma unitaria di specifiche attività tecnico amministrative delle aziende sanitarie. Le aree vaste individuate per l'esercizio delle funzioni di questo progetto di legge sono:

- 1) Area vasta nord – ovest comprendente le ASL di Varese, Como, Lecco, Sondrio,
  - 2) Area vasta formata dalla Città metropolitana milanese,
  - 3) Area vasta est comprendente le ASL di Bergamo e Brescia,
  - 4) Area vasta sud comprendente le ASL di Pavia, Lodi, Cremona e Mantova;
-

- 
- b) per "*assistiti*": i cittadini residenti e coloro che hanno diritto all'assistenza sanitaria in base alle disposizioni vigenti, cui sono assicurati i livelli uniformi ed essenziali di assistenza;
- c) per "*Aziende Sanitarie Pubbliche*": gli IRCCS di diritto pubblico, le Aziende Socio Sanitarie Locali (ASL), le Aziende Ospedaliere (AAOO) locali;
- d) per "*azione programmata*": lo strumento di programmazione previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale e adottato da Regione Lombardia al quale le Aziende Sanitarie e gli altri produttori accreditati devono conformarsi. L'azione programmata ha per oggetto:
- (i) l'organizzazione di particolari iniziative di prevenzione collettiva
  - (ii) il percorso assistenziale di determinate patologie;
  - (iii) la regolamentazione di specifiche pratiche mediche, diagnostiche o di interventistica chirurgica.
- e) per "*Distretto Socio Sanitario ed Assistenziale (DSSA)*": il livello erogativo territoriale programmato e controllato dai rappresentanti degli enti locali territoriali;
- f) per "*budget*": il sistema di obiettivi e risorse attribuite al responsabile di una struttura organizzativa o di un livello gestionale, il quale è tenuto a rendicontare il raggiungimento degli obiettivi ed il corretto utilizzo delle risorse;
- g) per "*dipartimento*": la struttura funzionale istituita per garantire l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse, i percorsi assistenziali integrati e le procedure operative omogenee, in relazione ad azioni programmate, progetti obiettivo o specifici processi produttivi, finalizzata a garantire l'apporto dei professionisti al governo dei servizi;
- h) per "*livello uniforme ed essenziale di assistenza*": l'insieme delle prestazioni che il servizio sanitario regionale è tenuto ad assicurare sulla base della normativa vigente e degli atti di programmazione nazionale e regionale a tutela della collettività e dell'individuo;
- i) per "*servizi ospedalieri in rete*": il sistema di collegamenti funzionali fra presidi ospedalieri finalizzati ad assicurare all'assistito l'appropriatezza del percorso assistenziale nella fase di degenza, attraverso l'erogazione delle prestazioni in forma coordinata ed adeguata alla complessità delle stesse. I servizi ospedalieri in rete si sviluppano e operano in forma coordinata con i servizi territoriali allo scopo di assicurare all'assistito l'appropriatezza del percorso assistenziale prima e dopo la degenza.

### **Art. 3 - (Principi generali)**

Per migliorare il sistema socio-sanitario della regione Lombardia, implementarne le politiche di welfare nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione Italiana, rendere più appropriata e personalizzata la risposta ai bisogni della persona e della famiglia, la presente proposta di legge si basa sui seguenti obiettivi:

- a) rispetto della dignità della persona e tutela e promozione della salute come bene comune, diritto inalienabile di tutti i cittadini, a prescindere dalle condizioni sociali individuali e interesse della collettività, ai sensi dell'art. 32 della Costituzione;
  - b) promozione della salute, della prevenzione primaria, dell'informazione sulle scelte, dell'educazione alla cura;
  - c) rispetto della dignità della persona e promozione del ruolo della famiglia e della salute, come diritto per il singolo cittadino e dovere della collettività;
  - d) diritto della persona alla libertà di scelta, informata, consapevole e responsabile, all'accesso alle prestazioni sociosanitarie, in completa trasparenza;
  - e) sussidiarietà istituzionale e pieno coinvolgimento degli enti locali nelle politiche di promozione della salute e prevenzione sanitaria;
  - f) valorizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, continuità e personalizzazione dell'assistenza, attraverso la sostenibilità e la qualità dei servizi, finalizzate alla prevenzione, all'educazione alla cura e all'ottimizzazione del percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale, secondo il principio del passaggio da "curare" a "prendersi cura", nonché il loro coinvolgimento nei processi decisionali, anche attraverso le loro organizzazioni di rappresentanza;
-



- 
- g) partecipazione delle parti sociali e del personale sanitario alla pianificazione e programmazione; coordinamento su aree vaste e a rete della gestione, trasparenza ed efficacia del controllo con diritto di partecipazione delle minoranze; partecipazione del personale sanitario, delle associazioni dei malati e parti sociali ai processi di valutazione della qualità dei servizi;
  - h) pluralismo dell'offerta garantito attraverso la parità di diritti ed uguaglianza di doveri fra soggetti accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, che concorrono a realizzare l'insieme e la completezza dell'offerta da parte di tutti i soggetti accreditati;
  - i) personalizzazione del processo di assistenza e cura sia secondo modelli di medicina fondata su prove di evidente efficacia (EBM) sia di medicina d'iniziativa, che integrino i vari servizi offerti dalla rete sanitaria e socio sanitaria con lo scopo di offrire maggiori opportunità alla persona e alla famiglia;
  - j) proseguire e perseguire azioni volte alla promozione dell'appropriatezza, della trasparenza delle performance economiche e qualitative nonché dei controlli che debbono guidare, insieme al principio dei costi standard territoriali validi per tutti i soggetti accreditati, la programmazione e la distribuzione delle risorse, procedendo nel percorso di armonizzazione dei sistemi contabili regionali e della piena certificazione dei singoli bilanci di ciascuna azienda;
  - k) sostegno all'attività di ricerca, sperimentazione e innovazione anche attraverso la promozione della formazione continua, garantita da tutte le strutture sanitarie, e la partecipazione degli operatori della filiera sociosanitaria che rappresentano l'asse portante del servizio sociosanitario lombardo;
  - l) promozione della partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità nei percorsi di prevenzione, di cura e di assistenza;
  - m) integrazione del percorso della persona, garantendo la continuità assistenziale attraverso l'implementazione della rete sociosanitaria ospedaliera e territoriale, utilizzando tutte le risorse, pubbliche e private, insistenti sul territorio regionale, ricomponendo ed integrando le risorse statali e regionali, destinate al sistema sociosanitario, promuovendo l'integrazione con le funzioni sociali di competenza degli enti locali.
  - n) valorizzazione del sistema sanitario pubblico per garantire migliori servizi ai cittadini al fine di favorire lo sviluppo e la coesione sociale.

#### **Art. 4 - (Istituzione Assessorato al Welfare)**

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

#### **Art. 5 - (Promozione e sostenibilità del sistema socio-sanitario lombardo)**

1. La Regione, si pone come obiettivi principali del sistema socio sanitario lombardo :
- a) la promozione di corretti stili di vita,
  - b) una continua valorizzazione della prevenzione primaria,
  - c) la diagnosi precoce degli stati patologici, al fine di migliorare la qualità della vita dei cittadini e prendersi cura della loro salute, favorendone anche un invecchiamento attivo;
  - d) l'ottimizzazione di efficaci politiche di welfare in sinergia con l'intera rete sociale
2. Attraverso il piano socio-sanitario lombardo, la Regione promuove azioni per favorire la qualità del servizio alla persona, l'appropriatezza clinica, l'efficienza economica, la garanzia dell'accesso alle prestazioni a tutti i cittadini qualsiasi siano le loro condizioni economiche prevedendo un'equa compartecipazione al costo delle stesse, incentivando la responsabilizzazione della persona e della sua rete familiare.
3. La Regione, riconoscendo la persona e la famiglia quale destinatario e attore principale delle azioni ed interventi che compongono il sistema sociosanitario regionale, istituisce un sistema che integra gli interventi e le risorse rispetto alla valutazione multidimensionale della pluralità dei bisogni della persona nel suo contesto familiare e sociale.
-

---

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

#### **Art. 6 – (Promozione della ricerca e dell'innovazione)**

1. La Regione, promuove e favorisce lo sviluppo delle attività innovative e di ricerca nell'ambito delle proprie funzioni di governo del servizio sanitario.

2. Le attività relative all'innovazione ed alla ricerca sono esercitate in coerenza con quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale e sono svolte secondo i principi di trasparenza, valutabilità e verificabilità degli esiti e loro trasferibilità sul sistema dei servizi.

3. La Regione, garantisce adeguate forme di pubblicizzazione per la selezione dei progetti di innovazione e ricerca.

4. La Regione promuove e valorizza le attività di ricerca svolte dalle Aziende ospedaliero-universitarie, dalle articolazioni delle Aree vaste individuate nel PSSSL, dalle Università e nelle altre sedi di cui all'art. 19, concorrendo al finanziamento di programmi di ricerca e di formazione di comune interesse nell'ambito degli indirizzi formulati dal Piano regionale e dal successivo comma 5.

5. La Regione, individua annualmente gli indirizzi di ricerca e innovazione che le necessità della pianificazione e le indicazioni dell' Osservatorio di cui all'art. 8 segnalano come prioritarie emettendo un bando pubblico per contribuire al finanziamento di progetti che affrontino tali tematiche. Le priorità saranno date a temi che interessino la sanità sul territorio, per la sperimentazione di forme organizzative che offrano miglioramenti della qualità del servizio per la persona, della prevenzione delle malattie croniche e allo stesso tempo siano in grado di valutare l'appropriatezza clinica e l'efficienza economica e gestionale per il Sistema Sanitario Lombardo sul lungo periodo.

6. La Fondazione regionale di ricerca biomedica, garantisce il coordinamento e lo sviluppo sinergico delle linee di ricerca, con particolare attenzione per quelle ricerche che hanno come obiettivo la presa in cura della persona sul territorio, favorendo l'utilizzo di piattaforme comuni, anche avvalendosi della rete di cui al comma 4 del presente articolo.

7. Gli investimenti per tecnologie avanzate o innovative vengono assegnati prioritariamente alle ricerche orientate verso gli obiettivi definiti nel comma 5, anche mediante la promozione di investimenti tecnologici nelle strutture pubbliche.

#### **Art. 7 - (L'educazione alla salute)**

1. La Regione promuove la crescita di una cultura della salute attraverso la diffusione di conoscenze e di informazioni in grado di accrescere la capacità individuale e collettiva di autotutela nei confronti delle malattie e dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro. Promuove inoltre la cultura della salute per l'utilizzo proprio ma anche improprio delle risorse regionali dedicate sia alla prevenzione che la gestione delle fasi acute utilizzando i canali adatti per la tutela della stessa .

2. Sono compresi negli ulteriori Livelli Uniformi ed Essenziali di Assistenza (LEA), decisi dalla Regione, anche le azioni informative ed educative volte ad accrescere la consapevolezza dei cittadini in merito alla conservazione e al miglioramento del proprio stato di salute.

3. Le Aziende Sanitarie attuano interventi di comunicazione, educazione e promozione della salute in collaborazione con le istituzioni scolastiche, universitarie e scientifiche, gli organismi professionali e di

---

---

categoria della sanità, le associazioni di volontariato e di tutela ed in raccordo con le funzioni educative e di promozione culturale di competenza degli enti locali e delle altre istituzioni pubbliche.

4. La Regione, attraverso bandi pubblici promuove e facilita co-finanziamenti agli operatori sanitari pubblici e agli specialisti convenzionati con il ministero della salute per progetti relativi a programmi di corretti stili di vita, di utilizzo responsabile dei farmaci, di monitoraggio e verifica dell'aderenza agli stessi da parte di un numero rilevante di assistiti, al fine di migliorare l'educazione individuale alla salute.

### **Art. 8 - (Piano Socio-Sanitario Lombardo)**

1. Il Consiglio regionale, su proposta dell'Assessore competente e sentito parere favorevole della Commissione consiliare competente in materia, approva con Legge regionale il Piano Socio Sanitario Lombardo (PSSL), quale strumento unitario ed integrato di programmazione, nel quale sono indicate le attività sociosanitarie e le linee di indirizzo delle politiche e degli interventi da erogare alla persona ed alle famiglie.

2. Per la predisposizione del del Piano socio sanitario, l'assessorato si basa sulle necessità evidenziate nelle indicazioni delle aree vaste, utilizzando le informazioni fornite dall'Osservatorio Socio Sanitario Lombardo di cui all'art. 8. e consultando le rappresentanze degli operatori sanitari del SSR quali: i sindacati, le associazioni di malati e di volontariato sanitario di portata regionale e la Conferenza dei Sindaci.

3. Il Piano Socio-Sanitario, analizzando preventivamente una mappatura epidemiologica completa e specifica del territorio regionale, fornita dall'Osservatorio Epidemiologico lombardo stabilisce prioritariamente:

a) l'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate, l'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici proposti ai singoli pazienti, l'efficacia della prevenzione primaria e secondaria, analizzando i risultati tramite i dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico regionale.

b) quali Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e di tutte le ulteriori prestazioni sociosanitarie devono essere garantiti ai cittadini, assicurando il corretto livello qualitativo e di sicurezza sancito dalle indicazioni internazionali, tenendo in considerazione le specificità e peculiarità dei territori, con particolare attenzione a quelli montani, disagiati ed a bassa intensità abitativa;

c) se adottare progetti specifici per rispondere a bisogni peculiari dei territori o di fasce di cittadinanza;

d) quali politiche di governance perseguire al fine di strutturare una programmazione a medio e lungo termine che abbia come finalità la diffusione di campagne di screening, provatamente efficaci, e di prevenzione nei confronti delle patologie gravate di maggiori indici di mortalità, invalidità, morbilità, disagio per i pazienti e impatto sul costo delle sanità'.

e) quali siano i percorsi più opportuni per diffondere un'efficace educazione sanitaria, la promozione di corretti stili di vita, l'educazione alla farmacoterapia e l'aderenza alla stessa, specialmente per le malattie croniche;

f) le linee di indirizzo per assicurare alla persona la continuità assistenziale attraverso modalità strutturate di presa in carico dell'assistito, per la definizione di nuovi assetti organizzativi che si affianchino all'attuale sistema di erogazione per patologia promuovendo un processo di integrazione tra le attività prettamente sanitarie e socio sanitarie con quelle sociali di competenza degli Enti Locali;

g) gli obiettivi di sistema volti a garantire il miglioramento continuo dello stesso in termini di coerenza delle azioni intraprese e di esigenze operative, oltreché di qualità e appropriatezza delle risposte offerte ai cittadini insieme all'implementazione di politiche di governance strategica e di sviluppo della ricerca e dell'innovazione;

---

---

h) i criteri necessari per assicurare l'appropriatezza clinica e terapeutica delle prestazioni sociosanitarie erogate alla persona, specialmente sul territorio, garantendo prioritariamente la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione tecnico scientifica, l'introduzione di metodi organizzativi efficaci ed efficienti, gli standard di dotazione umana, strutturale e tecnologica ed una forte incentivazione alla progettualità innovativa che permetteranno di introdurre variazioni nei successivi PSSL e PSR, se valutati positivamente dall'Osservatorio Socio Sanitario e approvati dal Consiglio.

i) i criteri necessari a garantire il più possibile l'occupazione stabile del personale a servizio delle strutture sanitarie pubbliche e a prediligere per gli operatori del servizio sanitario i rapporti di lavoro regolamentati da contratti e accordi collettivi nazionali, richiedendo, per autorizzare gli accreditamenti, che tutti gli enti facciano rientrare il proprio personale in uno di tali accordi.

4. Il PSSL, approvato entro il 30 giugno dell'anno di scadenza, è attuativo del PRS (Piano Regionale di Sviluppo), ha durata triennale e può essere aggiornato annualmente con le stesse modalità di approvazione entro il 30 novembre.

### **Art. 9 - (Consulta della sanità)**

1. Al fine di valutare e controllare il servizio sociosanitario lombardo è istituita la Consulta della sanità, organismo di diritto pubblico, di seguito denominata Consulta. I membri della Consulta vengono nominati dal Consiglio regionale ad inizio legislatura e decadono alla fine della stessa. Le modalità di funzionamento e la composizione della Consulta sono stabilite con deliberazione della Giunta, garantendo che il Presidente e almeno un terzo dei membri siano nominati dai gruppi di minoranza del Consiglio regionale.

2. La Consulta valuta annualmente lo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi e il rispetto dei principi e delle finalità contenute nella presente legge. A tal fine la Giunta regionale trasmette entro la fine dell'anno alla Consulta la relazione sanitaria regionale e i documenti di verifica sullo stato di attuazione della programmazione regionale.

### **Art. 10 - (Osservatorio Socio-Sanitario Lombardo)**

1. Al fine di contribuire alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale e per condividere gli indirizzi di programmazione in materia di sanità e politiche Sociali con gli interlocutori del sistema socio-sanitario lombardo, la Regione si avvale di un tavolo di confronto permanente denominato: Osservatorio Socio- Sanitario Lombardo.

2. L'Osservatorio Socio-Sanitario Lombardo è nominato e presieduto dal Presidente della Regione e comprende l'Assessore alla Salute e Politiche sociali ed il Presidente della Commissione consiliare competente in materia, nonché un rappresentante tecnico per ogni gruppo politico presente in consiglio regionale deve essere rappresentativo di tutte le professioni e le realtà socio-sanitarie operanti in Regione Lombardia, attraverso il coinvolgimento dei rappresentanti di Ordini, collegi ed associazioni e società scientifiche di categoria, dei rappresentanti della Conferenza dei Sindaci, dei rappresentanti degli Atenei ed Istituti, delle agenzie ed Aziende Socio Sanitarie pubbliche e private, dei rappresentanti sindacali degli operatori sanitari e delle associazioni di malati e di volontariato di valenza regionale.

3. Compiti dell'Osservatorio sono:

a) la valutazione, preventiva alla sua approvazione, del piano socio-sanitario lombardo e delle sue variazioni, con l'espressione di un parere consultivo, comprensivo di eventuali proposte di modifiche tramite il PSR

b) valutare e offrire consulenza per: l'attivazione di progetti riguardanti aree prioritarie di intervento socio-sanitario; l'attivazione di progetti di sperimentazione gestionale in ambito socio-sanitario, con particolare attenzione alle malattie croniche e al territorio, la definizione degli indirizzi tematici della ricerca e innovazione sanitaria finalizzata regionale;

---

- 
- c) organizzare iniziative di promozione della integrazione socio-sanitaria e di interazione fra salute ed ambiente.
  - d) esprimere parere sul numero e sulla composizione delle ASL, e delle sue AAOO sul territorio
  - e) esprimere parere sui piani della Aree Vaste e sui piani di miglioramento della competitività delle ASL e delle AAOO.

4. L'Osservatorio si riunisce almeno due volte ogni anno. Le modalità di funzionamento dell'Osservatorio, compresa la sua organizzazione in articolazioni di gruppi di lavoro, anche ai fini dell'espressione dei pareri di cui al comma 3, sono disciplinate da apposito regolamento adottato dalla conferenza medesima, a maggioranza dei suoi componenti; il supporto tecnico amministrativo alle attività dell'Osservatorio è assicurato da personale della competente direzione generale della Giunta regionale.

5. I componenti dell'Osservatorio non percepiscono alcuna remunerazione.

### **Art. 11 - (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, attraverso la pubblicazione sul proprio sito web di rapporti, analisi e l'accessibilità on line
- i) osservazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) utilizzati in regione Lombardia al fine di ottimizzare le prestazioni eseguite dal SSR ed evitare interventi inutili e dannosi
- j) fornire tutte le informazioni e dati di supporto necessarie alle diverse direzioni generali della Giunta regionale, al Ministero della Salute per l'attuazione delle leggi regionali e nazionali.

2. L'Osservatorio ha il compito di attivare i collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni

### **Art. 12- (Promozione e valorizzazione dell'attività di volontariato)**

1 La Regione riconosce l'attività di volontariato nella sua essenziale funzione complementare ed ausiliaria finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell'appropriatezza e dell'umanizzazione all'interno dei servizi sanitari in un'ottica sussidiaria.

2. La Regione promuove lo sviluppo associativo e favorisce momenti di aggregazione ed ascolto delle Associazioni di volontariato, adeguatamente rappresentativa delle risorse presenti ed attive.

---

---

3. Le ASL e i soggetti erogatori attivano forme di collaborazione, anche mediante l'individuazione di appositi spazi convenzionati da dedicare alle associazioni.

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

### **Art. 13 - (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 ma non dipendente dal servizio sanitario. 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. La funzione del responsabile dell'UPT ha natura di servizio onorario. L'ammontare dei fondi necessari a garantire l'esercizio indipendente dell'UPT è sottoposta al parere preventivo della Commissione competente in Consiglio regionale.

4. Le Aziende sanitarie istituiscono un Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP) affidato a personale dipendente. Il responsabile dell'UPT è nominato dai gruppi di minoranza del Consiglio Regionale. Il Direttore Generale delle Aziende sanitarie provvede a regolare l'attività dell'URP in piena trasparenza e garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente dell'UPT.

5. Il distretto socio sanitario assistenziale 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.

6. 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 entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge.

## **Titolo II**

### **Linee di indirizzo per la organizzazione del servizio sanitario regionale lombardo**

### **Art. 14 – (Competenze della Regione e della Giunta regionale)**

1. La Regione esercita funzioni legislative, di programmazione, indirizzo e controllo, garantendone l'uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio lombardo, nel rispetto dell'autonomia programmatica, gestionale, erogativa e di controllo delle ASL, delle AAOO e degli IRCCS ad esse devolute con l'approvazione del Piano Socio Sanitario Lombardo.

2. La Regione garantisce i Livelli Essenziali e Uniformi di Assistenza previsti dalla legislazione nazionale e, compatibilmente con le risorse disponibili, ne promuove livelli più elevati a tutela dei diritti di salute e di fragilità. Dispone contestualmente in ordine al reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale, nonché alla determinazione dei livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini ed

---

---

assicura, sia a livello centrale che periferico, una adeguata strutturazione organizzativa delle funzioni di programmazione, acquisto, erogazione delle prestazioni e terzietà del controllo.

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

4. La Regione promuove la partecipazione degli assistiti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore al processo di programmazione socio-sanitaria in ambito regionale e locale e valorizza il contributo degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate attraverso adeguate modalità di consultazione.

5. La Giunta regionale, avvalendosi dell'Assessorato unico per le competenze socio sanitarie ed assistenziali esercita le attività di controllo e vigilanza, promozione e supporto ed in particolare:

- a) determina il fabbisogno finanziario del servizio sanitario regionale;
  - b) approva gli atti di bilancio delle aziende sanitarie, dandone comunicazione al Consiglio regionale;
  - c) approva il piano attuativo delle aziende ospedaliero-universitarie, dandone comunicazione al Consiglio regionale;
  - d) autorizza la partecipazione delle aziende sanitarie pubbliche alle società pubbliche, nonché la partecipazione a fondazioni;
  - e) esprime il proprio parere sullo statuto delle aziende sanitarie e sul regolamento generale degli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta;
  - f) verifica, attraverso le relazioni sanitarie aziendali, la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi;
  - g) esercita il controllo di conformità al piano sanitario regionale dandone comunicazione al Consiglio regionale;
  - h) dispone l'assegnazione dei finanziamenti per le funzioni non tariffabili dandone informazione preventiva e consuntiva al Consiglio Regionale;
  - i) approva e vigila sulle sperimentazioni gestionali, dandone comunicazione al Consiglio regionale.
- Annualmente, entro il 31 Ottobre antecedente l'anno di riferimento, la Giunta regionale approva le regole di sistema per l'anno successivo, contenenti i principi attuativi ed organizzativi del sistema socio sanitario lombardo.

Entro trenta giorni dall'emanazione delle regole di sistema per l'anno successivo le aziende sociosanitarie pubbliche adottano, con cadenza triennale, il Piano di Organizzazione strategico Aziendale (POA) e lo sottopongono all'approvazione della Giunta regionale, che può richiedere modifiche entro trenta giorni; in difetto di ciò il Piano di Organizzazione strategico Aziendale si intende approvato.

In ogni caso, entro il 31 Dicembre antecedente l'anno di esercizio, il Piano Organizzativo strategico Aziendale dovrà essere approvato ed in mancanza di accordo, varranno le disposizioni della Giunta regionale. Annualmente, sottoponendone l'approvazione alla Giunta regionale con la medesima tempistica e metodologia, è prevista la possibilità di una parziale revisione del Piano di Organizzazione strategico Aziendale, qualora subentrino esigenze o modificazioni particolari.

6. La Giunta regionale con le regole di sistema individua procedure e modalità di valutazione della qualità delle prestazioni e dei percorsi assistenziali con particolare riferimento ai seguenti profili:

- a) risultati complessivi delle aziende sanitarie in termini di appropriatezza, di soddisfazione dell'utenza e degli operatori, di economicità della gestione;
- b) risultati specifici raggiunti dalle strutture organizzative aziendali ed in particolare dei dipartimenti assistenziali integrati delle aziende ospedaliere e IRCCS in relazione agli obiettivi della programmazione aziendale ed alle funzioni attribuite all'azienda dalle disposizioni regionali;
- c) qualità clinica delle prestazioni erogate, anche in relazione ad obiettivi di eccellenza;
- d) i risultati desunti dagli indicatori di esiti definiti in sede di programmazione e dalla normativa nazionale.

## **Art. 15 - (Criteri organizzativi dell'Area Vasta)**

---

---

1. Il modello organizzativo di riordino del Servizio Sanitario regionale si realizza mediante l'istituzione dell'Area Vasta, quale sede di attuazione della programmazione strategica e di programmazione coordinata nonché gestione delle attività e dei servizi che non erogano prestazioni sociali, socio-sanitarie o sanitarie alle persone.

Il modello organizzativo si ispira ai seguenti criteri:

- a) rafforzamento della governance con il contributo delle comunità e degli enti locali; consolidamento del modello zonale-distrettuale dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari, attraverso il rafforzamento del ruolo organizzativo e gestionale della zona-distretto socio-sanitario assistenziale (DSSA);
- b) sviluppo delle reti ospedaliere integrate e dei percorsi clinico-assistenziali attraverso l'integrazione con i servizi territoriali;
- c) valorizzazione delle attività di prevenzione, educazione alla terapia sia territoriali che ospedaliere;
- d) valorizzazione e partecipazione del ruolo direzionale, degli specialisti ambulatoriali, della professione infermieristica e tecnico-sanitaria, della medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- e) partecipazione di tutti gli operatori del servizio sanitario regionale al processo di riordino, valorizzazione delle risorse umane e sviluppo delle competenze;
- f) valorizzazione, attraverso modelli convenzionali tra ASL, azienda ospedaliero-universitaria, IRCCS, della formazione, didattica e ricerca negli ambiti a delle attività di prevenzione, territoriali e ospedaliere.

2. L'Area Vasta e' formata unicamente dal Consiglio direttivo che si riunisce almeno tre volte l'anno e ha sede nella sua ASL corrispondente che mette a disposizione le strutture e le risorse necessarie al suo funzionamento. Il Consiglio direttivo e' altresì convocabile dietro richiesta scritta di almeno tre dei suoi membri.

3. Sono membri del Consiglio direttivo: il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il direttore del dipartimento Sociale della ASL, i Direttori delle AAOO e tre rappresentanti della Conferenza dei Sindaci. Il Presidente dell'Area Vasta e' di diritto il Direttore Generale dell'ASL e ha il compito di convocare le riunioni e coordinare i lavori.

4. La partecipazione dei membri alle attività del Consiglio Direttivo non comporta alcun tipo di remunerazione ed è a titolo onorifico.

5. L'organizzazione del Servizio Sanitario regionale prevede, inoltre, l'implementazione di strumenti adeguati ad assicurare:

- a) la qualità tecnica, professionale e relazionale per tutti i servizi e le prestazioni resi da parte delle Aziende sanitarie e delle altre strutture che forniscono prestazioni e servizi al SSR;
- b) la trasparenza nei confronti dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze organizzate e la loro partecipazione alla valutazione dei servizi,
- c) la programmazione a rete e la regolazione dell'offerta pubblica e privata delle prestazioni e dei servizi;
- d) l'integrazione delle attività socio-sanitarie delle associazioni e del volontariato nel servizio sanitario;
- e) il governo clinico delle Aziende sanitarie e la partecipazione organizzativa degli operatori;
- f) il confronto e la concertazione quali metodi di relazione con le organizzazioni sindacali;
- g) l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e tra l'assistenza sanitaria e quella sociale,

6. Il Consiglio direttivo provvede inoltre a:

- a) valutare se i criteri di cui al comma 1 sono rispettati dagli enti della propria area e qualora non lo fossero lo segnala all'Assessorato competente;
- b) valutare se gli strumenti di cui al comma 5 sono stati implementati adeguatamente e qualora non lo fossero lo segnala all'Assessorato competente;
- c) valutare quali possibili miglioramenti programmatici si possono introdurre, includendo anche eventuali proposte provenienti dagli enti locali, delle associazioni di pazienti e di volontariato dell'area di competenza, comunicandoli all'Assessorato in tempo utile per i successivi PSSL e PSR;
- d) indicare criteri per raggiungere l'omogeneità nell'acquisizione delle forniture nelle varie strutture dell'Area Vasta seguendo le indicazioni previste dalla centrale unica degli acquisti.

## **Art. 16 - (Programmazione istituzionale)**

1. La Regione tramite le ASL costituite, una per ciascuna area vasta e una per la città metropolitana di Milano, con decreto del presidente della Giunta garantisce, e sovrintende all'attuazione della programmazione strategica regionale attraverso i PSSL (Piani SocioSanitari Lombardi) e dei PSR ed il controllo dei piani operativi delle singole aziende sanitarie, assicurando omogeneità della metodologia organizzativa. La Regione assicura, inoltre, l'omogeneità dei modelli organizzativi dipartimentali delle strutture pubbliche.

---



---

2. Le ASL gestiscono direttamente la centrale di acquisti ed investimenti, nel rispetto delle indicazioni contenute nel PSSL e nella legislazione riguardo la centrale unica degli acquisti, i servizi di igiene, sanità pubblica e prevenzione medica e veterinaria, prevenzione e controllo ambientale, i servizi di accreditamento acquisto e controllo delle prestazioni erogate dai DSSA, dalle AAOO, IRCCS e strutture accreditate, dando massima trasparenza a tutte le operazioni tramite opportuna pubblicazione sul sito internet di ciascuna struttura sanitaria, nel settore "amministrazione trasparente".

3. In ciascuna ASL è costituito, sotto la responsabilità del Direttore Generale, un comitato operativo, composto dai Direttori dei distretti (DSSA) e dal Direttore delle AAOO di riferimento.

4. Le AAOO, costituite di norma con bacini di utenza di un milione di abitanti e comunque non meno di una per ogni ASL, svolgono funzioni erogative di prestazioni sanitarie ospedaliere e specialistiche di elevata complessità di regola in regime di ricovero, coordinano la rete dei presidi ospedalieri delle ASSL, partecipano alla rete per la ricerca e la didattica. Possono costituire ospedali di riferimento della rete ospedaliera di ASSL anche IRCCS pubblici non monospecialistici.

5. Le ASL e le AAOO operano attraverso i propri dipartimenti aziendali attraverso eventuali modelli convenzionali nei diversi ambiti delle attività delle aziende stesse.

6. Le ASL e l'AAOO sono aziende sanitarie pubbliche dotate di autonomia organizzativa ed amministrativa e finanziaria nell'ambito delle linee del PSSL e del finanziamento affidato loro dalla Regione.

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

8. In ciascuna ASL e AAOO è nominato un Direttore Generale, legale rappresentante della Azienda, ed un Direttore Sanitario che congiuntamente costituiscono la direzione strategica aziendale e che in base ai piani strategici aziendali saranno coadiuvati dai Direttori dei Dipartimenti aziendali amministrativo e sociale.

9. Il livello ospedaliero è coerente con il regolamento degli standard della rete ospedaliera su tre livelli adottato d'intesa fra Stato e regioni. Il livello territoriale eroga prestazioni a bassa e media complessità, di prevenzione socio sanitaria e le prestazioni medico-legali nonché la cura e la presa in carico del paziente cronico e della persona fragile.

10. Il Distretto Socio Sanitario ed Assistenziale (DSSA) è l'articolazione territoriale costituita dalla ASL, di regola ogni 100 000/200.000 abitanti, che eroga le prestazioni sanitarie sociali ed assistenziale a livello strutturale sia in regime ospedaliero che ambulatoriale e domiciliare. I servizi del Distretto sono le UCCP, gli Ospedali di territorio (POT), l'Ospedale di ASSL ed i Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST). Costituiscono parte dei servizi di Distretto anche le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le altre strutture necessarie a garantire l'erogazione delle cure primarie e della cronicità'.

11. IL DSSA è una struttura gestionale dotata di autonomia tecnica ed organizzativa che opera in base ai programmi e nei limiti di un budget che l'ASL ha prefissato per loro. Il DSSA ha un Direttore tecnico di distretto ed un organismo di programmazione e controllo costituito dalla Conferenza dei Sindaci (o dal Consiglio della zona omogenea nella città metropolitana).

### **Art. 17- (Conferenza dei Sindaci)**

1. La Conferenza dei sindaci è composta da tutti i Sindaci dei comuni ricompresi nell'ambito territoriale dell'Unità Socio Sanitaria Locale; il funzionamento della Conferenza è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa; la conferenza elegge al proprio interno la rappresentanza che assume la denominazione di esecutivo; tramite l'esecutivo la Conferenza esercita

---

---

le proprie funzioni di indirizzo, verifica e valutazione. Qualora il Sindaco fosse un dipendente di struttura pubblica sanitaria o presidente di un ordine professionale sanitario, dovrà essere sostituito dal vicesindaco, oppure da un assessore competente in materia che non abbia caratteristiche di incompatibilità.

2. La Conferenza dei sindaci definiscono criteri per le ASL per l'elaborazione del piano integrativo locale contribuendo altresì alla formulazione del Piano.

3. Il regolamento di cui al comma 1 prevede la possibilità di delega da parte del Sindaco a favore dell'Assessore o del Consigliere competente

4. La Conferenza dei sindaci approva il Piano Intergato Locale (PIL) ed il Piano Organizzativo del DSSA, verificando la spesa e assumendosene la responsabilità

5. Il Direttore Generale o il Direttore Sanitario della ASL assicurano i rapporti e una adeguata informazione tra l'Azienda Sanitaria e la Conferenza dei sindaci; sono tenuti a partecipare alle sedute dell'esecutivo e della conferenza stessa su invito del presidente.

6. Il Distretto mette a disposizione idonei locali per le Conferenze dei sindaci ed una segreteria incaricata dell'assistenza tecnica ai lavori e della predisposizione dell'istruttoria, nonché degli adempimenti connessi alle decisioni, alle relazioni, agli ordini del giorno e ai verbali delle riunioni. I verbali di ogni riunione della Conferenza dei sindaci sono pubblicati sul sito della USSL di appartenenza.

#### **Art. 18 – (Programmazione e Piani integrati locali)**

1. Il Direttore Generale dell'ASL adotta il piano attuativo e lo trasmette alla Giunta regionale che, entro quaranta giorni, ne verifica la conformità alla programmazione sanitaria regionale;

2. Il Piano attuativo si realizza attraverso programmi annuali di attività articolati, per quanto riguarda le attività socio-sanitarie territoriali, per zona-distretto; i programmi annuali di attività delle aziende sanitarie locali recepiscono, per le attività sanitarie territoriali e per quelle socio-sanitarie integrate, i programmi annuali dei PIS di zona-distretto.

3. Il Direttore Generale dell'ASL adotta il programma annuale di attività della ASL entro l'anno precedente a quello di riferimento e lo trasmette alle Conferenze dei Sindaci dei DSSA che lo approva; successivamente il Direttore Generale trasmette il programma annuale alla Giunta regionale che verifica la conformità dello stesso alla programmazione sanitaria regionale entro quaranta giorni dal ricevimento; nel caso di mancata approvazione da parte della Conferenza dei sindaci, la Giunta regionale, una volta esercitato il controllo di conformità ed essersi eventualmente confrontata con la Conferenza dei sindaci, autorizza il Direttore Generale alla prosecuzione dell'attività;

4. Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del Piano Sanitario Regionale Lombardo, del Piano di ASL e degli indirizzi impartiti dalle Conferenze dei sindaci, i DSSA programmano le attività da svolgere.

5. Il piano attuativo locale ha durata triennale e può prevedere aggiornamenti annuali. Il piano individua le proprie UCCP di norma organizzate in sede unica, ben identificabili dal cittadino, e costituite all'interno di strutture quali presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture distrettuali collegate informaticamente con l'Azienda di appartenenza e dotate di strumentazioni di base, costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti dei pazienti cronici.

6. Le funzioni erogative del DSSA possono essere erogate anche da soggetti di diritto privato purchè sia accreditato.

#### **Art. 19 - (Finanziamento del servizio socio-sanitario lombardo)**

---

---

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

- a) le quote delle disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale destinate ai sensi della normativa nazionale vigente, nonché le quote dei fondi sociale nazionale e regionale;
- b) le entrate derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale ed internazionale;
- c) i ticket versati dai cittadini, che devono essere calcolati in modo progressivo in base al reddito di appartenenza e non in base al costo della prestazione;
- d) le altre entrate dirette delle SL compresi i redditi da patrimonio ed i proventi derivati dalle alienazioni di parte del medesimo;
- e) gli eventuali apporti aggiuntivi posti a carico del bilancio regionale lombardo;
- f) i trasferimenti alla Regione Lombardia per il finanziamento di spese in conto capitale, nonché gli eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale;
- g) le entrate spettanti per le attività libero-professionali intramurarie;
- h) le entrate derivanti dalle attività di polizia amministrativa e dai recuperi dagli erogatori privati a seguiti dei controlli ;
- i) le eventuali entrate derivanti da convenzioni o collaborazioni con soggetti pubblici o privati derivanti da accordi o contratti specifici;
- j) una quota dei proventi delle sperimentazioni da lasciare a bilancio delle SL o AAOO e gli IRCCS per gli studi no profit;
- l) gli introiti per ogni altra prestazione erogata dalle ASL e delle AAOO e dagli IRCCS a favore di persone fisiche o giuridiche, pubbliche o private.
- m) le entrate regionali da IRPEF, accise e gli introiti derivanti da recuperi per rivalsa su soggetti responsabili di danni alla salute.

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

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

3. Annualmente, la Giunta regionale provvede all'assegnazione alle aziende pubbliche del fondo ordinario di gestione, ripartendolo tra le stesse secondo i criteri demografici, eventualmente corretti per significative condizioni epidemiologiche, definiti dal piano sanitario regionale. Alle Aziende pubbliche sono altresì assegnate quote dei fondi per lo sviluppo dei servizi in relazione a specifici progetti previsti dagli strumenti della programmazione sanitaria regionale. Alle Aziende ospedaliero-universitarie ed agli IRCCS pubblici sono altresì assegnate quote dei fondi per lo sviluppo dei servizi di di ricerca e formazione nonché per il finanziamento di funzioni di riferimento regionale non sufficientemente remunerate dalle tariffe e per specifiche finalità previste dagli strumenti di programmazione sanitaria regionale.

4. I risparmi economici strutturali risultanti da risparmi e aumenti di produttività rimangono disponibili per le ASL che li hanno generati per investimenti finalizzati al miglioramento qualitativo dell'offerta sanitaria. Una somma non inferiore al 50% di tale cifra sarà ridistribuita tra gli operatori sanitari e non sanitari, di tutti i livelli, che hanno concorso all'ottenimento del risultato e secondo una graduazione meritocratica identificata attraverso parametri oggettivi da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale.

5. Gli Enti locali provvedono annualmente ad attribuire ai rispettivi DSSA locali risorse finanziarie aggiuntive volte a coprire interamente i costi sostenuti per gli specifici programmi relativi a servizi socioassistenziali, aggiuntivi o integrativi rispetto a quelli erogati a carico del fondo sanitario regionale.

**Art. 20– (Enti di ricerca e Istituti di Ricovero  
e Cura a Carattere Scientifico)**

---

---

1. Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici e gli Enti di ricerca, concorrono alle finalità del Servizio Sanitario regionale sulla base di specifici protocolli stipulati dal Presidente della Giunta regionale e dai rappresentanti istituzionali degli enti medesimi

2. I protocolli sono adottati nell'ambito del piano sanitario regionale vigente ed individuano gli spazi di collaborazione sul versante assistenziale, della formazione e dello sviluppo delle competenze e conoscenze nel settore sanitario.

3. I rapporti contrattuali per le attività assistenziali tra il servizio socio sanitario regionale, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli enti di ricerca privati, sono instaurati tra le aziende sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei protocolli d'intesa di cui al comma precedente.

### **Art. 21 – (Natura ed organi delle ASL e AAOO e degli IRCCS)**

1. Sono organi delle ASL, delle AAOO e degli IRCCS la direzione strategica composta dal Direttore Generale e il Direttore Sanitario. Il Direttore Generale è il rappresentante legale dell'Azienda ed è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sociale e dal direttore tecnico/assistenziale, identificati, con nomina da parte del direttore generale stesso, tra i responsabili di Struttura complessa o semplice rispettivamente del Dipartimento amministrativo, dei dipartimenti sociali e del dipartimento delle professioni sanitarie (DPS).

2. La Direzione strategica è oggetto di valutazione continua, da parte della Giunta regionale che l'ha nominata ed è vincolante per la prosecuzione contrattuale. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati o di particolari evidenti criticità territoriali i componenti della Direzione Strategica non hanno diritto di beneficiare della premialità che annualmente la Regione riconosce ai propri Direttori sanitari.

3. Il **Direttore Generale** è nominato dal Presidente della Giunta regionale tra soggetti individuati a seguito di avviso pubblico per la formazione di un elenco di riserva di idonei. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione generale, i candidati, in possesso di diploma di laurea magistrale, devono avere frequentato uno specifico corso universitario di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. e con il limite di età inferiore di cinque anni rispetto ai limiti pensionistici previsti dalla normativa nazionale vigente, dovranno dimostrare un'esperienza dirigenziale almeno quinquennale presso strutture od enti pubblici od aziende o strutture private, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità di risorse umane, tecniche o finanziarie. Per le strutture sociosanitarie pubbliche il requisito minimo viene identificato con la direzione di struttura semplice o di incarico, anche individuale, di valenza aziendale; per le strutture sociosanitarie private ruoli equivalenti, purchè certificati. I Direttori Generali devono redigere un piano di obiettivi di servizio, di miglioramento e di pianificazione del fabbisogno in termini di investimenti e di risultati attesi da tali investimenti. I benefici devono essere valutati sia in termini economici che di qualità del servizio per il benessere dei cittadini. Tale piano deve includere anche un'analisi dei servizi offerti al SSR da parte di enti privati accreditati sul territorio con una valutazione delle possibilità di soddisfare tali bisogni da parte della propria struttura. Il mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio comporta la rimozione dal ruolo di Direttore Generale.

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

5. Per la formazione degli elenchi di cui ai precedenti commi, la Giunta regionale incarica un soggetto terzo, specializzato nel settore della selezione del personale dirigenziale, che stilerà, per ciascuno dei tre elenchi, una lista comprendente un numero non eccedente il doppio delle posizioni da ricoprire tra coloro che avranno proposto la candidatura, valutando i livelli curriculari e svolgendo adeguate prove psicoattitudinali e colloqui individuali con tutti i candidati ritenuti idonei. La documentazione relativa alla suddetta procedura e l'intero iter selettivo sono pubblicati sul sito web della Regione Lombardia.

6. I rapporti di lavoro dei direttori della direzione strategica sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato, che stabiliscono anche la durata dell'incarico, normalmente uguale a quella del PSSL o

---

---

di minor durata. La retribuzione non può eccedere quella riferita al contratto dirigenziale di secondo livello.

7. Ove il Direttore Generale o il direttore sanitario siano oggetto di richiesta di rinvio a giudizio, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, la Giunta regionale procede alla sospensione dell'incarico fino al termine del procedimento giudiziario, con conseguente nomina di un Commissario straordinario. Per tutto il periodo della sospensione non spetta alcun trattamento economico. In caso di condanna passata in giudicato per uno dei reati sopra citati, il direttore generale o il direttore sanitario decade d'ufficio e la Giunta regionale procede alla nomina in sostituzione degli organi decaduti. Del procedimento di sospensione o di revoca viene data notizia sul sito web della Regione Lombardia.

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

9. La Giunta Regionale si impegna a rivedere gli attuali criteri di raggiungimento degli obiettivi da parte dei Direttori Generali di ogni Struttura sanitaria.

### **Art. 22 - (Sperimentazioni gestionali - Costituzione di società miste e ASL della montagna)**

1. Le ASL, al fine di introdurre nella organizzazione delle prestazioni elementi di innovazione, economicità ed efficienza, possono, previa sperimentazione, attivare rapporti in forma societaria con soggetti privati nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria regionale e relativamente alle attività in essa indicate.

2. E' fatto obbligo alle ASL di sottoporre preventivamente alla Giunta regionale lo schema dello statuto delle società che si intende costituire, unitamente ad una relazione illustrativa circa le finalità, il funzionamento ed i risultati gestionali attesi. La Giunta regionale propone l'atto conseguente al Consiglio regionale che l'approva entro i successivi 30 giorni.

3. Il Consiglio regionale verifica annualmente delle società costituite per "le sperimentazioni gestionali".

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

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

### **Art. 23 – (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 aziende si dotano di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle proprie attività sotto il profilo della efficacia e della efficienza; forniscono, inoltre, ogni rappresentazione delle dinamiche aziendali, anche al fine di soddisfare il debito informativo verso la Regione e ogni altra istituzione che ne abbia titolo. Il mancato assolvimento del debito informativo può

---

---

comportare la cessazione della remunerazione, anche a titolo di acconto, corrisposta 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 e delle aziende coincide con l'anno solare. Ogni ente adotta il bilancio di esercizio, il bilancio preventivo economico annuale, il bilancio pluriennale di previsione e le seguenti scritture obbligatorie:

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

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

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

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

6. Il bilancio annuale di esercizio delle ASL è deliberato dal direttore generale e che ne invia copia alle conferenze dei sindaci. Entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di competenza, copia del bilancio è depositata presso i competenti uffici regionali e lo stesso è reso pubblico.

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

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

---

---

9. La direzione strategica delle ASL 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, la direzione strategica delle aziende è tenuta a presentare alle direzioni generali della Regione competenti in materia sanitaria e sociosanitaria, ogni tre mesi, una certificazione, corredata del parere del collegio sindacale, in ordine alla coerenza della complessiva attività gestionale con gli impegni di equilibrio assunti nel bilancio preventivo economico e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari. In caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio complessivo e di mancato rispetto degli obiettivi, i direttori generali sono tenuti contestualmente a presentare un piano, corredata del parere del collegio sindacale, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati è assicurata, pena la decadenza automatica dall'incarico del direttore generale, entro il 30 settembre, qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata alla fine del primo o del secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre.

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

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

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

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

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

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

- a) introduzione dell'evoluzione dei sistemi informativi attraverso sistemi informatici evoluti che sfruttino la tecnologia del flusso dei dati utili per il monitoraggio degli utenti, per tutte le prestazioni
-

---

erogate dal SSN, al fine di evitare duplicità di prestazioni erogate, da quelle ambulatoriali a quelle dell'acuzie in regime di emergenza urgenza

- 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. 24– (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. 25 - (Rapporti tra Regione ed Università ed altri Istituti di formazione)**

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

- a) implementare il Sistema Socio Sanitario Lombardo e favorire l'attuazione del Piano Socio Sanitario Lombardo;
- b) garantire l'inscindibilità delle funzioni di Assistenza, Didattica e Ricerca;
- c) garantire il ruolo dell'Università nella realizzazione e attività dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, assicurando anche il contributo alla valutazione epidemiologica, sociale ed economica delle tecnologie sanitarie

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

- a) poli universitari, costituiti dall'insieme delle strutture sanitarie pubbliche e private, accreditate a contratto, in possesso delle dotazioni strutturali, organizzative e strumentali per garantire l'attivazione integrale dei singoli corsi di studio;
  - b) le strutture di riferimento specialistico;
  - c) gli ospedali e le strutture territoriali collegate, non compresi nei poli universitari, ma coinvolti nella rete della formazione e della ricerca sulla base della collocazione territoriale, della specificità, della qualità, delle reali capacità di partecipazione e contribuzione agli obiettivi. In questa rete vengono svolte in modo congiunto e sinergico formazione universitaria, attività di didattica e di ricerca collegate prevalentemente all'assistenza ed alla gestione dei pazienti. La sommatoria di tali elementi contribuisce a qualificare l'ospedale o l'erogatore territoriale quale elemento di eccellenza all'interno del sistema sanitario di uno specifico territorio, costituendo gli Ospedali di Insegnamento (Teaching Hospital).
-



---

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

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

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

a) condividere gli atti di programmazione regionale in relazione alle strutture e ai servizi sanitari coinvolti nell'ambito della formazione sanitaria;

b) proporre apposito protocollo nel quale venga disciplinata anche l'attribuzione della direzione di unità operative da parte di personale universitario;

c) indicare le condizioni alle quali le strutture sanitarie possono finanziare incarichi di ricercatore, professore associato od ordinario su autorizzazione della Giunta ed a fronte di progetti nei quali il contributo assegnato possa essere compensato da un contributo di personale universitario o di personale in formazione specialistica all'attività assistenziale;

d) determinare il fabbisogno di medici nelle diverse ambiti specialistici e di medicina territoriale; individuando le priorità sulle quali concentrare le risorse aggiuntive regionali per il finanziamento di borse di specializzazione;

e) individuare i gradi di progressivo livello di autonomia del personale in formazione specialistica nell'attività assistenziale, anche ai fini della determinazione dei fabbisogni di personale;

f) proporre modifiche e aggiornamenti al protocollo di cui al comma 3;

g) valutare progetti di collaborazione fra università, IRCCS ed aziende sanitarie;

h) proporre modifiche agli assetti della rete di formazione in funzione dei bisogni formativi;

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

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

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

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

10. Nelle strutture di cui al comma 2 lettera a, l'Università e la struttura sanitaria, si impegnano a individuare modalità di programmazione congiunta delle proprie attività definite da un apposito organismo paritetico, denominato Organo di Programmazione Congiunta (OPC), composto dal Rettore, dal Preside della Facoltà di medicina e chirurgia, dal Direttore amministrativo dell'università, dal Direttore generale, dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo dell'Azienda sanitaria principale.

11. Gli specialisti ospedalieri ed ambulatoriali nonché i medici di medicina generale concorrono alla formazione didattica di base e specialistica.

---

---

## **Art. 26 – (Contratto integrativo regionale lombardo e regolamentazione delle professioni sanitarie)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

---

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

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

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

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

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

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

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

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

c) la libera professione dei Dirigenti Medici e degli altri Professionisti sanitari a rapporto esclusivo, per la quale deve essere garantito il Personale di supporto adeguato alle esigenze, è svolta in intramoenia all'interno delle Strutture in spazi adeguati e fruibili, che soddisfino i requisiti generali di accreditamento dell'attività ambulatoriale, di cui alla L.R. 08/07 e s.m.i.), con oneri che devono rivestire caratteri di economicità e con congrua disponibilità di accesso e disponibilità oraria e nella modalità di intramoenia allargata in ambulatori esterni, garantendo comunque la tracciabilità delle prestazioni e dei pagamenti;

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

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

9. Con l'entrata in vigore della presente legge, le posizioni occupate dagli operatori di diritto pubblico afferenti al sistema socio sanitario regionale e gli specialisti ambulatoriali di cui all'art. 1 della legge 189/2012, ivi operanti con contratti a termine da almeno 18 mesi alla data del 31 Dicembre 2014 sono da ritenersi stabilizzate e messe a concorso nel rispetto della normativa concorsuale vigente.

---

---

---

**Titolo III**  
**Erogazione delle prestazioni**

---

**Art. 27 - (Modelli di cura per il paziente cronico)**

1. Il SSR promuove la presa in carico proattiva e personalizzata in grado di integrare, anche facendo uso di strumenti tecnologici, tutte le fasi del percorso di cura delle persone affette da condizioni croniche (promozione della salute, prevenzione, educazione terapeutica, cure ospedaliere, cure territoriali e sociosanitarie) al fine di garantire continuità nell'accesso alla rete dei servizi, l'appropriatezza delle prestazioni e la proporzionalità delle cure compreso l'approccio palliativo. A tale scopo si adotteranno modelli organizzativi che attraverso reti di cura ed assistenza sanitaria e sociosanitaria assicurino lungo tutto il decorso della malattia l'integrazione e il raccordo tra MMG, operatori, specialisti territoriali, e componente ospedaliera.

2. Regione adotta e mantiene aggiornato nel tempo un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee per assorbimento di risorse sanitarie negli ambiti territoriali delle cure primarie domiciliari e specialistiche, cui corrisponde una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta presa in cura dell'assistito. Il sistema di accreditamento favorirà l'attivazione di processi organizzativi per la presa in carico unitaria dell'assistito da parte delle reti locali nelle diverse fasi del piano di cura in funzione della natura e della complessità dei bisogni che saranno misurati attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionali e che siano plausibili di verifica in quanto alla qualità del servizio reso e dell'efficacia in termini di costo / beneficio lungo tutta la vita attesa degli assistiti.

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

4. L'attuazione dei commi 2 e 3 prevede fasi di sperimentazione e di progressiva e graduale messa a regime che verranno stabilite e regolate attraverso specifiche deliberazioni di Giunta. Le sperimentazioni sono messe in atto per almeno 3/4 degli assistiti da parte di strutture pubbliche.

**Art. 28 – (Organizzazione delle cure primarie)**

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

- a) l'erogazione della qualità dell'assistenza ambulatoriale ed al domicilio del paziente, con particolare riguardo anche all'assistenza domiciliare integrata ed all'assistenza residenziale;
- b) la partecipazione alla valutazione multidimensionale del bisogno, coordinata dall'ASSL attraverso equipe multiprofessionali;
- c) un contributo attivo all' appropriatezza e alla presa in carico della persona fragile, che potrà essere attuato nell'ambito degli accordi Regionali, finalizzati a migliorare le performance e contribuire alla sostenibilità del sistema socio sanitario;
- d) la programmazione personalizzata dell'assistenza territoriale al paziente cronico e l'attività di prevenzione individuale;
- e) gli interventi in ambito di integrazione sociosanitaria assicurati da organizzazioni funzionali e strutturali di riferimento territoriale (presidi socio sanitari territoriali) che offrono anche cure ambulatoriali e sociosanitarie, inclusa la procedura di valutazione multidimensionale del bisogno.

2. I medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta ed i medici della continuità assistenziale operano in qualità di professionisti convenzionati utilizzando necessari beni strumentali e proprio

---

---

personale di studio anche tramite società di servizio, ovvero utilizzando le strutture dei POT, delle AFT e dei PreSST.

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

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

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

6. Tra le figure sanitarie componenti i POT, PreSST e le AFT è identificato l'infermiere di famiglia al quale sono demandate anche le funzioni di collaborazione e di raccordo tra i medici di medicina generale e le altre articolazioni territoriali sociosanitarie per accogliere e accompagnare il paziente e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e le opportunità della rete di offerta territoriale.

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

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

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

#### **Art. 29 – (Farmacie di servizio)**

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

- a) programmi di promozione della salute, diffusione di sani stili di vita ed educazione sanitaria;
- b) valutazione di consumi qualitativi e quantitativi dei farmaci per indagini statistiche epidemiologiche;
- c) programmi di aderenza alle terapie in collaborazione con gli MMG e nell'ambito dei modelli di presa in carico;
- d) funzioni sanitarie-amministrative quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione, erogazione protesica;
- e) sperimentazione di un sistema di distribuzione dei farmaci che preveda la consegna al paziente solo della posologia indicata dal medico in appositi flaconi sterili contenenti solo le quantità di farmaco prescritto.

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

#### **Art. 30 – (Strutture socio-sanitarie private accreditate)**

---

---

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

2. Le strutture di cui al precedente comma 1, in possesso dei requisiti di accreditamento e rientranti nella programmazione territoriale, sottoscrivono, qualora ne facciano richiesta con l'ASL accordi contrattuali triennali.

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

4. Le strutture private per ottenere l'accreditamento hanno l'obbligo di avere al loro interno sia il pronto soccorso sia la terapia intensiva in modo da suddividere con il pubblico anche gli elevati costi di questi reparti.

### **Art. 31 – (Requisiti per l'accreditamento di attività socio-sanitarie)**

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

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

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

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

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

### **Art. 32 – (Erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private)**

1. Gli strumenti regionali della programmazione sanitaria determinano, sentite le organizzazioni rappresentative di riferimento, i criteri sulla base dei quali le ASL individuano le istituzioni sanitarie private che esercitano ruoli di integrazione delle strutture pubbliche al fine di concorrere all'erogazione delle prestazioni necessarie al conseguimento dei livelli di assistenza definiti dalla programmazione regionale, fatte salve le normative vigenti in relazione agli organismi di volontariato e di privato sociale; tali criteri tengono conto, in particolare:

a) del grado di copertura del fabbisogno;

b) degli esiti delle procedure di accreditamento e delle verifiche della qualità delle prestazioni e dell'effettiva copertura finanziaria

c) dell'esistenza di particolari condizioni di disagio operativo o di condizioni di critica accessibilità;

d) dei vincoli di carattere economico.

2. L'ASL, tenuto conto dei criteri di cui al comma 1, procede alla definizione degli appositi contratti.

---

---

3 la Giunta regionale determina tariffe massime per ogni prestazione. Al perfezionamento del rapporto si provvede a seguito di negoziazione effettuata, sulla base di volumi prefissati di prestazioni, in riferimento alle tariffe determinate dalla Giunta regionale e tenuto conto della complessità organizzativa della struttura in relazione a i criteri di cui al comma 1.

4. La Giunta regionale, nell'ambito delle disposizioni di cui al comma 1, determina le modalità operative per l'omogenea realizzazione sul territorio regionale dei rapporti di cui al comma 2.

5. Al fine di una corretta informazione degli assistiti, l'ASL cura la tenuta di elenchi delle strutture che erogano prestazioni in forma diretta, con l'indicazione delle prestazioni fruibili, assicurando la massima diffusione di tali elenchi.

### **Art. 33 – (Azienda regionale emergenza urgenza)**

1. Prosegue l'attività dell'Azienda regionale dell'emergenza urgenza (AREU), dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile. L'Azienda, nell'ambito del servizio sociosanitario regionale, è preposta allo svolgimento dei compiti relativi all'emergenza - urgenza extraospedaliera, ai trasporti sanitari, alla logistica dei trapianti di organi e tessuti e al coordinamento intraregionale ed interregionale delle attività trasfusionali.

2. L'AREU garantisce altresì l'operatività del numero unico emergenza (NUE) 112 sul territorio lombardo e, in ottemperanza alla relativa direttiva europea, attiverà il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117).

### **Art. 34 – (Sanzioni)**

1. Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, ogni struttura sociosanitaria di diritto pubblico o privato che operi in violazione delle norme relative ai requisiti richiesti per l'accreditamento incorre in sanzioni, normate con successivo specifico provvedimento della Giunta regionale, da emanarsi entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge.

### **Art. 35 – (Sistema assicurativo lombardo e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali certificati)**

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

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

3. Ferme restando le disposizioni legislative vigenti in materia assicurativa, la Regione, nella propria qualifica di Ente gestore ed erogatore delle prestazioni sociosanitarie, in sede di approvazione del Piano Socio Sanitario Lombardo e successive revisioni al fine del superamento della cosiddetta "Medicina Difensiva approva contestualmente i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali da utilizzare come Linee Guida del Sistema Socio Sanitario Lombardo che determinano i criteri per la copertura assicurativa e la gestione dei sinistri e dei relativi risarcimenti, con gli obiettivi prioritari della riduzione

---

---

del contenzioso legale attraverso la definizione di indennizzi certi ed uffici di conciliazione contempore brevi

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

### **Art. 36 – (Disciplina transitoria)**

1. Transitoriamente, a seguito dell'approvazione della presente legge, il PSSL per il triennio 2016 - 2018, sarà proposto dal Presidente della Giunta regionale lombarda, comprensivo delle Regole di Sistema 2016 di cui all'art. 12, entro il 30 Settembre 2015 al Consiglio Regionale, che lo approva entro il 31 Dicembre 2015.

2. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta Regionale, approva la Rete Socio Sanitaria Territoriale afferente ad ogni ASL, fondata sull'integrazione tra assistenza sanitaria, sociosanitaria, sociale ed assistenziale, sia ospedaliera che ambulatoriale, territoriale e domiciliare, offerta pubblica e privata integrativa.

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

4. Nella Rete dovrà essere esplicitata l'organizzazione di una rete diagnostica, terapeutica, assistenziale e riabilitativa idonea all'erogazione di adeguate prestazioni in termini di appropriatezza, sicurezza e qualità dell'offerta, valorizzando le Strutture insistenti sul Territorio, a partire dai presidi del DSSA, dalle RSA, dalle Farmacie di Servizio, dai Poliambulatori Specialistici, dalle aggregazioni di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, promuovendo la Telediagnostica ed il Telemonitoraggio, con postazioni allocate nei Presidi Ospedaliero Territoriali e nei Presidi Socio Sanitari Territoriali.

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

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

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

7. Entro centoottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge le ASL, attraverso l'attivazione di tutti i Soggetti operanti sul territorio di propria competenza, in collaborazione con Lombardia Informatica S.p.A., che provvederà ad uniformare i sistemi informatici di tutte le Strutture afferenti al Sistema Socio Sanitario Lombardo, al fine di consentire una corretta informazione al Cittadino ed un'omogenea trasmissione ed elaborazione dei dati clinici e programmatici, aggiornano la Carta

---



---

Regionale dei Servizi con tutta la documentazione clinica pregressa della Persona, erogando tutte le prestazioni in regime di "paper free" attraverso la Carta Regionale dei Servizi stessa ovvero ad accesso diretto dalla rete Internet, ivi compresa la prenotazione e l'eventuale pagamento delle compartecipazioni attraverso la metodologia on-line, mantenendo la documentazione cartacea esclusivamente dietro esplicita richiesta del Cittadino. Il database contenuto nella Carta Regionale dei Servizi sarà altresì utilizzato per la certificazione fiscale delle compartecipazioni e delle spese sostenute dal Cittadino.

8. Fino alla approvazione del PSSL successivo all'entrata in vigore della presente legge e relativi a interventi e azioni ai quali la Regione deve adempiere nell'ambito della programmazione sanitaria dovute a provvedimenti di leggi regionali o nazionali e non espressamente contenute nella presente legge, rimangono in vigore le disposizioni previste nelle precedenti leggi e piani regionali.

### **Art. 37- (Abrogazioni)**

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

### **Art. 38 – (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 stanziato 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".

**PDL "SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO: PROPOSTA DI RIFORMA".**

(1) intervento	(2) riferimen to pdl art... comma...	(3) spesa ex art. l.r. 34/7 8	(4) natura spesa Corrent e/ conto capital e titolo	5 (A) quantificazione spesa			6 (B) copertura finanziaria				
				missione – programma	importo 2015	importo 2016	importo 2017	missione – programma	importo 2015	importo 2016	importo 2017
Interventi finanziati con fondo sociosanitari o	art.38 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0105 96 ATTIVITA' ISTITUZIONALI AZIENDA REGIONALE CENTRALE ACQUISTI	6.900.000,00	6.900.000,00	6.900.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0105 96 ATTIVITA' ISTITUZIONALI AZIENDA REGIONALE CENTRALE ACQUISTI	6.900.000,00	6.900.000,00	6.900.000,00
Interventi finanziati con fondo sociosanitari o	art.38 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0076 47 FONDO SOCIO-	1.597.000.000,00	1.597.000.000,00	1.597.000.000,00	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0076 47 FONDO SOCIO-	1.597.000.000,00	1.597.000.000,00	1.597.000.000,00

				SANITARIO PER NON AUTOSUFFICEN TI				SANITARIO PER NON AUTOSUFFICEN TI			
Interventi finanziati con fondo sociosanitario	art.38 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0076 48 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 13.01.104.0076 48 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.38 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0083 80 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO	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 13.01.103.0083 80 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO	152.000.000,00	152.000.000,00	152.000.000,00

				<i>DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER SERVIZI INFORMATICI</i>				<i>DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER SERVIZI INFORMATICI</i>			
<i>Interventi finanziati con fondo socio-sanitari o</i>	<i>art.38 comma 1</i>	<i>si</i>	<i>1</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0083 81 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER SERVIZI DI COMUNICAZIO NE</i>	<i>1.000.000,00</i>	<i>1.000.000,00</i>	<i>1.000.000,00</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0083 81 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER SERVIZI DI COMUNICAZIO NE</i>	<i>1.000.000,00</i>	<i>1.000.000,00</i>	<i>1.000.000,00</i>
<i>Interventi finanziati con fondo socio-sanitari o</i>	<i>art.38 comma 1</i>	<i>si</i>		<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0083</i>	<i>600.000,00</i>	<i>600.000,00</i>	<i>600.000,00</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0083</i>	<i>600.000,00</i>	<i>600.000,00</i>	<i>600.000,00</i>

				82 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER INCARICHI DI STUDIO, RICERCA E CONSULENZA				82 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER INCARICHI DI STUDIO, RICERCA E CONSULENZA			
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.38 comma 1	<i>si</i>	1	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia del LEA capitolo 13.01.103.0083</i> 83 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER ACQUISTO STAMPATI	5.000.000,00	5.000.000,00	5.000.000,00	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia del LEA capitolo 13.01.103.0083</i> 83 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER ACQUISTO STAMPATI	5.000.000,00	5.000.000,00	5.000.000,00

<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.38 comma 1	<i>si</i>	1	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0083 84 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER PRESTAZIONI PROFESSIONALI E SPECIALISTICHE</i>	<i>3.000.000,00</i>	<i>3.000.000,00</i>	<i>3.000.000,00</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0083 84 SPESE DIRETTE REGIONALI PER ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA PER PRESTAZIONI PROFESSIONALI E SPECIALISTICHE</i>	<i>3.000.000,00</i>	<i>3.000.000,00</i>	<i>3.000.000,00</i>
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.38 comma 1	<i>si</i>		<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0083 88 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO-</i>	<i>1.000.000,00</i>	<i>1.000.000,00</i>	<i>1.000.000,00</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0083 88 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO-</i>	<i>1.000.000,00</i>	<i>1.000.000,00</i>	<i>1.000.000,00</i>

				SANITARIO PER SERVIZI AMMINISTRATI VI DI ASSISTENZA TECNICA A SUPPORTO DELLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' SOCIO- SANITARIE				SANITARIO PER SERVIZI AMMINISTRATI VI DI ASSISTENZA TECNICA A SUPPORTO DELLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' SOCIO- SANITARIE			
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.38 comma 1	si		<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0084 11 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO-SANITARIO PER L'INFORMATICA</i>	<i>5.500.000,00</i>	<i>5.500.000,00</i>	<i>5.500.000,00</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0084 11 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO-SANITARIO PER L'INFORMATICA</i>	<i>5.500.000,00</i>	<i>5.500.000,00</i>	<i>5.500.000,00</i>
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.38 comma 1	si		<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0084 13 SPESE DIRETTE</i>	<i>153.820,00</i>	<i>191.775,00</i>	<i>200.000,00</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.103.0084 13 SPESE DIRETTE</i>	<i>153.820,00</i>	<i>191.775,00</i>	<i>200.000,00</i>

				REGIONALI IN AMBITO SOCIO- SANITARIO PER ATTIVITA' DI COMUNICAZIO NE, INFORMAZIONE , ORGANIZZAZIO NE DI EVENTI				REGIONALI IN AMBITO SOCIO- SANITARIO PER ATTIVITA' DI COMUNICAZIO NE, INFORMAZIONE , ORGANIZZAZIO NE DI EVENTI			
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.38 comma 1	<i>si</i>		<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0105 95 CONTRIBUTO DI ESERCIZIO AZIENDA REGIONALE CENTRALE ACQUISTI SPA</i>	<i>4.500.000,00</i>	<i>4.500.000,00</i>	<i>4.500.000,00</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0105 95 CONTRIBUTO DI ESERCIZIO AZIENDA REGIONALE CENTRALE ACQUISTI SPA</i>	<i>4.500.000,00</i>	<i>4.500.000,00</i>	<i>4.500.000,00</i>
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.38 comma 1	<i>si</i>		<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0105 95 CONTRIBUTO DI ESERCIZIO AZIENDA</i>	<i>4.500.000,00</i>	<i>4.500.000,00</i>	<i>4.500.000,00</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0105 95 CONTRIBUTO DI ESERCIZIO AZIENDA</i>	<i>4.500.000,00</i>	<i>4.500.000,00</i>	<i>4.500.000,00</i>



				REGIONALE CENTRALE ACQUISTI SPA				REGIONALE CENTRALE ACQUISTI SPA			
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.38 comma 1	<i>si</i>	1	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0076 49 FUNZIONI DELL'AGENZIA REGIONALE PER LA PROTEZIONE DELL' AMBIENTE - ARPA -</i>	<i>78.460.000,00</i>	<i>76.600.000,00</i>	<i>76.600.000,00</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0076 49 FUNZIONI DELL'AGENZIA REGIONALE PER LA PROTEZIONE DELL' AMBIENTE - ARPA -</i>	<i>78.460.000,00</i>	<i>76.600.000,00</i>	<i>76.600.000,00</i>
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.38 comma 1	<i>si</i>	1	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0083 74 TRASFERIMENTI ALLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, AZIENDE OSPEDALIERE, ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE</i>	<i>14.791.918.910,00</i>	<i>14.793.778.910,00</i>	<i>14.793.778.910,00</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0083 74 TRASFERIMENTI ALLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, AZIENDE OSPEDALIERE, ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE</i>	<i>14.791.918.910,00</i>	<i>14.793.778.910,00</i>	<i>14.793.778.910,00</i>

				SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO, PER IL FINANZIAMENT O DEI LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA				SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO, PER IL FINANZIAMENT O DEI LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA			
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.38 comma 1	<i>si</i>	1	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0083 76 FUNZIONAMENTO DELLE FUNZIONI NON TARIFFABILI E SOVRAZONALI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E DEGLI ENTI DI DIRITTO PUBBLICO</i>	741.500.000,00	741.500.000,00	741.500.000,00	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0083 76 FUNZIONAMENTO DELLE FUNZIONI NON TARIFFABILI E SOVRAZONALI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E DEGLI ENTI DI DIRITTO PUBBLICO</i>	741.500.000,00	741.500.000,00	741.500.000,00
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.38 comma 1	<i>si</i>	1	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo</i>	30.000.000,00	30.000.000,00	30.000.000,00	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo</i>	30.000.000,00	30.000.000,00	30.000.000,00

				13.01.104.0083 78 ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA DA DESTINARE ALLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE PER PROGETTUALIT A' DIVERSE				13.01.104.0083 78 ATTIVITA' DI CARATTERE STRUMENTALE ALLO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE - QUOTA DA DESTINARE ALLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE PER PROGETTUALIT A' DIVERSE			
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitari o</i>	art.38 comma 1	si	1	missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia del LEA capitolo 13.01.104.0083 79 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 del LEA capitolo 13.01.104.0083 79 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</i>	art.38 comma 1	si		missione 13 Tutela della	1.646.180,00	1.608.225,00	1.800.000,00	missione 13 Tutela della	1.646.180,00	1.608.225,00	1.800.000,00

<i>fondo socio-sanitari o</i>				<i>salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0083 85 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO- SANITARIO PER INIZIATIVE SPERIMENTALI, PROGETTI, ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE E COLLABORAZIO NI SVOLTE DA ENTI DI DIRITTO PUBBLICO</i>				<i>salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.104.0083 85 SPESE DIRETTE REGIONALI IN AMBITO SOCIO- SANITARIO PER INIZIATIVE SPERIMENTALI, PROGETTI, ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE E COLLABORAZIO NI SVOLTE DA ENTI DI DIRITTO PUBBLICO</i>			
<i>interventi finanziati con risorse vincolate</i>	<i>art.38 comma 2</i>	<i>no</i>	<i>1</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.1.04.007 650 IMPIEGO DELLA QUOTA CORRENTE DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE -</i>	<i>340.000.000, 00</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.1.04.007 650 IMPIEGO DELLA QUOTA CORRENTE DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE -</i>	<i>340.000.000,00</i>	<i>-</i>	<i>-</i>

				PARTE A DESTINAZIONE VINCOLATA				PARTE A DESTINAZIONE VINCOLATA			
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.38 comma 1	si	1	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA 13.01.104.0101 39 FONDO SOCIO SANITARIO PER LA FAMIGLIA</i>	40.000.000,00	40.000.000,00	40.000.000,00	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA 13.01.104.0101 39 FONDO SOCIO SANITARIO PER LA FAMIGLIA</i>	40.000.000,00	40.000.000,00	40.000.000,00
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.38 comma 1	si	1	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.107.0076 46 INTERESSI PASSIVI PER ANTICIPAZIONI DI CASSA NEL SETTORE SANITARIO</i>	1.000.000,00	1.000.000,00	42.721.090,00	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.107.0076 46 INTERESSI PASSIVI PER ANTICIPAZIONI DI CASSA NEL SETTORE SANITARIO</i>	1.000.000,00	1.000.000,00	42.721.090,00
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	art.38 comma 1	si	1	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale -</i>	2.355.117,00	1.025.312,00	-	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale -</i>	2.355.117,00	1.025.312,00	-

				<i>finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.107.0103 59</i> <i>PAGAMENTO DELLA QUOTA INTERESSI DI AMMORTAMENT O DEI MUTUI CONTRATTI PER LA PARZIALE COPERTURA DEI DISAVANZI DELLA SPESA SANITARIA DI PARTE CORRENTE A TUTTO IL 31 DICEMBRE 2000</i>				<i>finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.107.0103 59</i> <i>PAGAMENTO DELLA QUOTA INTERESSI DI AMMORTAMENT O DEI MUTUI CONTRATTI PER LA PARZIALE COPERTURA DEI DISAVANZI DELLA SPESA SANITARIA DI PARTE CORRENTE A TUTTO IL 31 DICEMBRE 2000</i>			
<i>Interventi finanziati con fondo sociosanitario</i>	<i>art.38 comma 1</i>		<i>4</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.403.0103 60</i> <i>PAGAMENTO DELLA QUOTA CAPITALE DI AMMORTAMENT O DEI MUTUI CONTRATTI PER LA PARZIALE COPERTURA DEI DISAVANZI DELLA SPESA SANITARIA DI</i>	<i>39.365.973,00</i>	<i>40.695.778,00</i>	<i>-</i>	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA capitolo 13.01.403.0103 60</i> <i>PAGAMENTO DELLA QUOTA CAPITALE DI AMMORTAMENT O DEI MUTUI CONTRATTI PER LA PARZIALE COPERTURA DEI DISAVANZI DELLA SPESA SANITARIA DI</i>	<i>39.365.973,00</i>	<i>40.695.778,00</i>	<i>-</i>

				PARTE CORRENTE A TUTTO IL 31 DICEMBRE 2000				PARTE CORRENTE A TUTTO IL 31 DICEMBRE 2000			
<i>interventi finanziati con risorse vincolate</i>	art.38 comma 2	no	1	<i>missione 13 Tutela della salute programma 01 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia del LEA capitolo 13.01.1.04.001 146 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 del LEA capitolo 13.01.1.04.001 146 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.38 comma 2	no	1	<i>missione 13 Tutela della salute programma 07 Ulteriori spese in materia sanitaria capitolo 13.07.1.04.010 526 CONTRIBUTI DELLA UE PER IL PROGRAMMA SPAZIO ALPINO 2007-2013 - PROGETTO SPHERA -</i>	2.121,08	-	-	<i>missione 13 Tutela della salute programma 07 Ulteriori spese in materia sanitaria capitolo 13.07.1.04.010 526 CONTRIBUTI DELLA UE PER IL PROGRAMMA SPAZIO ALPINO 2007-2013 - PROGETTO SPHERA -</i>	2.121,08	-	-

