Anno LI – N. 331 – Iscritto nel registro Stampa del Tribunale di Milano (n. 656 del 21 dicembre 2010) – Proprietario: Giunta Regionale della Lombardia – Sede Direzione e redazione: p.zza Città di Lombardia, 1 – 20124 Milano – Direttore resp.: Enrico Gasparini – Web Hosting: Aria S.p.a. - Redazione: tel. 02/6765 int. 4428 – 5748; e-mail: burl@regione.lombardia.it

Supplemento - Mercoledì 15 dicembre 2021

Regione Lombardia

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

SOMMARIO

Legge regionale 14 dicembre 2021 - n. 22
Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) 2

Legge regionale 14 dicembre 2021 - n. 22
Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

IL CONSIGLIO REGIONALE
ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE
promulga

la seguente legge regionale:

Art. 1
(Modifiche all'art. 2 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 2 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) sono apportate le seguenti modifiche:

a) dopo la lettera a) del comma 1 sono inserite le seguenti:

«a bis) approccio one health finalizzato ad assicurare globalmente la protezione e la promozione della salute, tenendo conto della stretta relazione tra la salute umana, la salute degli animali e l'ambiente;

a ter) presa in carico della persona nel suo complesso;

a quater) adozione di strumenti e azioni volte a garantire la sostenibilità ambientale anche tramite procedure di acquisto e investimenti strutturali e tecnologici che devono tenere conto di criteri che contribuiscono a favorire l'efficientamento energetico e l'utilizzo di materiali ecosostenibili;»;

b) la lettera b) del comma 1 è sostituita dalla seguente:

«b) scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, per il percorso assistenziale di prevenzione, di diagnosi, cura, assistenza, presa in carico e riabilitazione, in un'ottica di trasparenza e parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all'interno del SSL che, entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge regionale recante «Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)», devono garantire agende dedicate per il percorso di presa in carico del paziente cronico e con fragilità;»;

c) dopo la lettera b) del comma 1 sono inserite le seguenti:

«b bis) equivalenza e integrazione all'interno del SSL dell'offerta sanitaria e sociosanitaria delle strutture pubbliche e private accreditate, garantendo la parità di diritti e di obblighi per tutti gli erogatori di diritto pubblico e di diritto privato e promuovendo l'applicazione dei CCNL di riferimento sottoscritti dalle organizzazioni datoriali e sindacali maggiormente rappresentative;

b ter) promozione dell'innovazione tecnologica e organizzativa del SSR con la collaborazione di soggetti pubblici e privati, comprese le organizzazioni dei pazienti, anche con riferimento alla componente territoriale, per il miglioramento e la continuità delle cure;

b quater) adozione di un sistema di comunicazione trasparente in ordine alle performance di efficienza gestionale e alla qualità del servizio offerto dagli erogatori pubblici e privati;

b quinquies) definizione del case mix da parte delle ATS e conseguente allocazione di budget a specifici e prioritari obiettivi di salute, in coerenza con gli indirizzi di programmazione definiti dalla Regione e nel rispetto della struttura d'offerta di ciascun erogatore e degli investimenti effettuati;»;

d) la lettera c) del comma 1 è soppressa;

e) alla lettera d) del comma 1 le parole «, svolte dal vertice dell'organizzazione all'articolazione territoriale del SSL» sono soppresse;

f) dopo la lettera e) del comma 1 è inserita la seguente:

«e bis) valorizzazione dell'attività sportiva e motoria quale parte integrante dei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione e quale elemento fondamentale di un corretto stile di vita nonché di prevenzione dell'insorgenza di malattie croniche e cardiovascolari;»;

g) alla lettera h) del comma 1 dopo le parole «diritto privato», sono inserite le seguenti: *«inclusi gli enti del terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106)»*;

h) la lettera i) del comma 1 è sostituita dalla seguente:

«i) promozione e sperimentazione della partecipazione del volontariato, non in forma sostitutiva di servizi, e coinvolgimento, con particolare riferimento alle organizzazioni dei pazienti, nella proposta, nella definizione, nel monitoraggio e nel miglioramento delle politiche regionali in materia sanitaria e sociosanitaria;»;

i) dopo la lettera j) del comma 1 è inserita la seguente:

«j bis) rispetto della dignità della persona, centralità del ruolo della famiglia e dell'equità di accesso ai servizi ricompresi nel SSR anche attraverso lo sviluppo della medicina di genere al fine di garantire a ciascuna persona la miglior risposta al proprio bisogno;»;

j) dopo la lettera l) del comma 1 sono inserite le seguenti:

«l bis) consolidamento dei rapporti con il mondo universitario e la sua rete formativa per il conseguimento di obiettivi di apprendimento e tirocinio necessari all'evoluzione del SSL e con il sistema di istruzione e formazione così da orientare le scelte curriculari dettate dai fabbisogni sanitari e socioassistenziali regionali;

l ter) consolidamento dei rapporti con gli ordini professionali sanitari;

l quater) impulso allo studio e all'implementazione di nuove competenze e professionalità collegate alla transizione digitale, alle responsabilità di una reale continuità lungo i percorsi di cura e assistenza e alla promozione di salubri stili di vita;»;

k) alla lettera m) del comma 1 dopo le parole «valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie» sono inserite le seguenti: *«, tecnico-amministrative»;*

l) dopo la lettera n) del comma 1 sono aggiunte le seguenti:

«n bis) rafforzamento dell'assistenza territoriale, anche attraverso una migliore integrazione con l'ambito del sociale, quale punto di riferimento del cittadino per la tutela e la cura della salute attraverso l'innovazione organizzativa e gestionale in relazione all'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione;

n ter) potenziamento e sviluppo della sanità digitale;

n quater) potenziamento e sviluppo della medicina preventiva;

n quinquies) multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e integrazione nei percorsi di cura e riabilitazione anche attraverso il consolidamento dei rapporti con gli ordini professionali sanitari;

n sexies) promozione della collaborazione tra il SSR e il sistema produttivo, con particolare riferimento al welfare aziendale, alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, alla ricerca biomedica e ai trasferimenti tecnologici;

n septies) promozione e valorizzazione della collaborazione fra il SSR e le associazioni dei pazienti, le associazioni del volontariato e gli enti del terzo settore;

n octies) rispetto e promozione del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità, anche attraverso la previsione, all'interno delle strutture sanitarie e sociosanitarie, di percorsi di accoglienza per l'assistenza medica avanzata e la cura delle persone con disabilità preferibilmente attraverso modelli organizzativi già consolidati;

n nonies) valorizzazione degli enti del terzo settore, di cui al d.lgs. 117/2017 quali espressione di partecipazione, solidarietà, pluralismo e riconoscimento delle finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale da essi perseguite, riconoscendone il supporto e il coinvolgimento attivo nella programmazione e nella realizzazione del SSL;

n decies) integrazione delle cure palliative nei percorsi di cura per garantire continuità e appropriatezza delle cure a malati inguaribili e alla fine della vita;

n undecies) riconoscimento delle differenze biologiche e sociali fra uomo e donna per garantire a tutti il miglior trattamento possibile in funzione della specificità di genere, non solo sotto l'aspetto anatomo-fisiologico, ma

anche delle differenze biologico-funzionali, psicologiche, sociali, culturali e di risposta alle cure.».

Art. 2
(Modifiche all'art. 3 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 3 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) dopo la lettera d) del comma 1 è aggiunta la seguente:

«d bis) implementa l'offerta di servizi di prossimità anche tramite il supporto dell'assistenza domiciliare in coerenza con i programmi di investimento e potenziamento delle reti territoriali previsti a livello statale ed europeo, sentiti i Presidenti dei collegi dei sindaci di cui all'articolo 20, comma 2, lettera b).»;

b) dopo il comma 7 è aggiunto il seguente:

«7 bis. La Regione promuove e sostiene la creazione di una rete regionale della ricerca, della ricerca biomedica e dell'innovazione nelle scienze della vita avvalendosi anche delle competenze del cluster tecnologico regionale dedicato. Tale rete, coordinata dagli IRCCS di diritto pubblico coinvolgendo gli IRCCS di diritto privato, gli enti di ricerca e le università, nonché le organizzazioni dei pazienti, favorisce iniziative per sviluppare il trasferimento tecnologico in collaborazione con le imprese.».

Art. 3
(Modifica all'art. 4 della l.r. 33/2009)

1. Il comma 1 dell'articolo 4 della l.r. 33/2009 è sostituito dal seguente:

«1. Il Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, approva il piano sociosanitario integrato lombardo (PSSL), quale strumento unico e integrato di programmazione coordinata del SSL, previo parere del Consiglio delle autonomie locali e sentiti i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali. Il PSSL definisce, sulla base della valutazione epidemiologica territoriale, dei dati del sistema informativo e della rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali.».

Art. 4
(Modifiche all'art. 4 bis della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 4 bis della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) dopo il comma 1 sono inseriti i seguenti:

«1 bis. La Regione favorisce lo sviluppo e l'implementazione di network scientifici in grado di orientare e riorientare, in tempo reale, le politiche di prevenzione basate su validate evidenze scientifiche.

1 ter. Nell'ambito degli indirizzi di programmazione di cui all'articolo 5, comma 6, sono, in particolare, definite le linee guida in materia di prevenzione alle quali le ATS e le ASST devono attenersi per quanto di rispettiva competenza. Sono altresì realizzate politiche di comunicazione e sensibilizzazione che facilitino la comprensione da parte del singolo cittadino dell'importanza delle attività di prevenzione per la diagnosi precoce e per i corretti stili di vita con il supporto dei medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), specialisti ambulatoriali convenzionati e dell'educazione sanitaria nelle scuole.»;

b) al comma 2 dopo le parole «Le attività di» sono inserite le seguenti: «*programmazione di*» e la parola «specialistica» è sostituita dalle seguenti: «*rivolte al singolo individuo e i dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST*»;

c) il primo periodo del comma 3 è sostituito dal seguente:

«3. Il Consiglio regionale, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale, su proposta della Giunta regionale, tenuto conto dei dati rilevati dall'Osservatorio di cui all'articolo 5 bis, approva il PRP, previo parere del Consiglio delle autonomie locali e sentiti i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.»;

d) al comma 4 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «*coinvolgendo anche soggetti quali enti locali, associazioni di volontariato, altri enti del terzo settore ed erogatori di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.*»;

e) l'alinea del comma 6 è sostituito dal seguente:

«6. Il PRP individua i seguenti ambiti di intervento prioritari:».

Art. 5
(Introduzione dell'art. 4 ter nella l.r. 33/2009)

1. Dopo l'articolo 4 bis della l.r. 33/2009 è inserito il seguente:

«Art. 4 ter
(Piano pandemico regionale)

1. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, approva, in coerenza con il piano pandemico nazionale, un piano pandemico regionale che ne costituisce declinazione a livello locale. Il piano pandemico regionale ha durata quinquennale ed è aggiornato in funzione dei dati epidemiologici, in coerenza con lo stesso piano nazionale.».

Art. 6
(Modifiche all'art. 5 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 5 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) i commi 1 e 2 sono sostituiti dai seguenti:

«1. La Regione garantisce la tutela della salute, definisce le politiche sanitarie e sociosanitarie ed esercita funzioni di programmazione strategica, indirizzo e controllo anche tramite l'adozione di indirizzi di programmazione annuali e ove possibile pluriennali, volti a garantire la più efficiente, efficace, economica e appropriata uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio, anche con il supporto tecnico degli enti del sistema regionale e nei limiti e con la gradualità concessi dalle risorse disponibili.

2. La Regione garantisce l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla medesima con risorse proprie, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza della rete ospedaliera e della rete territoriale oltre che la capillarità di quest'ultima anche tramite il potenziamento dei servizi sanitari e sociosanitari a domicilio per rendere la casa primo luogo di cura. Assicura la presa in carico della persona, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati, garantisce la continuità delle cure erogate favorendo la permanenza nel proprio domicilio. Fermo restando il ruolo dei MMG, le farmacie contribuiscono alla realizzazione della presa in carico dei pazienti cronici, assicurando la sinergia con gli erogatori e i pazienti attraverso la garanzia dell'aderenza farmacologica e l'erogazione delle prestazioni previste dalla farmacia dei servizi anche nell'ambito delle attività svolte dalle strutture previste dall'articolo 7, comma 13, lettera b).»;

b) il primo periodo del comma 3 è soppresso;

c) al secondo periodo del comma 3 sono anteposte le seguenti parole: «*La Regione*» e sono aggiunte, in fine, le seguenti: «*nel rispetto della normativa specifica statale.*»;

d) il comma 4 è sostituito dal seguente:

«4. I requisiti di accreditamento e la contrattualizzazione si ispirano anche al principio della piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti i soggetti erogatori, quale strumento per perseguire la massima efficienza e il miglior soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini. Al fine di garantire una risposta appropriata al bisogno di presa in carico delle persone sul territorio ed assicurare i LEA, le ATS rimodulano, in corso di anno, eventuali economie verificate sui singoli contratti per raggiungere il miglior soddisfacimento della domanda di prestazioni, ferma restando l'impossibilità di compensazione tra il finanziamento complessivo negoziato con le strutture pubbliche e il finanziamento complessivo negoziato con le strutture private accreditate e a contratto.»;

e) dopo il comma 4 sono inseriti i seguenti:

«4 bis. La Regione favorisce l'innovazione tecnologica e gli investimenti strutturali e lo sviluppo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) anche con riferimento a sistemi di rete, promuovendo l'integrazione dei sistemi ICT e l'utilizzo delle conoscenze più avanzate in tema di intelligenza artificiale e big data.

4 ter. La Regione, in collaborazione con le singole strutture sanitarie, adotta un sistema di mappatura delle tecnologie del SSL al fine di programmare le acquisizioni in relazione ai fabbisogni, anche tenendo conto delle metodologie di valutazione HTA e in collaborazione con le ingegnerie cliniche.»;

f) al comma 5 bis sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «*, nonché favorire la presentazione a livello internazionale del*

proprio servizio sanitario e sociosanitario, come veicolo per lo scambio delle conoscenze prestazionali nei confronti dei paesi interessati allo sviluppo dei propri modelli assistenziali, ivi comprese iniziative di formazione per il management dei sistemi sociosanitari e per la gestione delle buone pratiche cliniche e assistenziali. La competente direzione generale della Giunta regionale sviluppa programmi per l'introduzione di strumenti innovativi per il finanziamento del sistema sanitario al fine di potenziare e sviluppare ulteriormente il sistema nell'ottica del contenimento delle liste di attesa, dell'innalzamento della qualità e appropriatezza delle prestazioni e dei percorsi di prevenzione, anche ai fini del governo della domanda di cui all'articolo 7 bis, comma 5, e per assicurare una migliore sostenibilità economica»;

g) dopo il comma 5 bis sono inseriti i seguenti:

«5 ter. Al fine di potenziare il ruolo di governo e di indirizzo dell'assessorato al Welfare la Regione, per il tramite della direzione generale competente e in relazione a specifiche tematiche, si avvale di unità operative a valenza regionale allocate presso le ATS e coordinate direttamente dalle unità organizzative di riferimento della direzione generale Welfare. Tali unità operative coordinano la specifica tematica su tutto il territorio regionale. Con deliberazione della Giunta regionale sono individuate le unità operative a valenza regionale che operano secondo gli indirizzi delle relative unità organizzative regionali.

5 quater. Al fine di attuare la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale in un'ottica di unitarietà del sistema finalizzato anche all'accrescimento professionale, la Regione si avvale di personale dirigenziale e del comparto proveniente dagli enti di cui all'allegato A1, Sezione II, della legge regionale 27 dicembre 2006, n. 30 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - collegato 2007) anche in deroga alla percentuale di cui all'articolo 28, comma 2 bis, della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale) e ricomprendendo i ruoli della dirigenza medica, sanitaria, professionale tecnica e amministrativa del SSL.

5 quinquies. Nell'ambito della direzione generale Welfare è istituito il comitato di coordinamento composto dal direttore generale Welfare e dai direttori generali delle ATS e da dieci direttori generali delle ASST. Il comitato è coordinato dal direttore generale Welfare, si riunisce periodicamente con il compito di elaborare linee di indirizzo per l'attuazione della programmazione regionale sanitaria e sociosanitaria. Con deliberazione della Giunta regionale sono stabiliti la composizione e il funzionamento del comitato.»;

h) il comma 6 è sostituito dal seguente:

«6. La Giunta regionale approva, di norma entro il 30 novembre antecedente l'anno di riferimento, gli indirizzi per la programmazione dei bisogni sanitari e sociosanitari, dei fabbisogni relativi alle risorse umane e alle professionalità, degli acquisti e degli investimenti, nonché gli indirizzi per la definizione dei contratti stipulati dalle ATS con i soggetti erogatori, individuando, all'interno delle risorse assegnate alle ASST e agli erogatori privati accreditati e a contratto, specificatamente le risorse per l'assistenza territoriale e le previsioni contrattuali per gli adempimenti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a quater); effettua altresì il monitoraggio del sistema e dei costi ed opera periodiche valutazioni circa l'attività svolta all'interno del SSL, pubblicando gli esiti sul sito della Regione.»;

i) alla lettera b) del comma 7 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *«e per favorire il potenziamento delle cure palliative;»;*

j) alla lettera c) del comma 7 le parole «e conformemente a quanto previsto dal comma 14, » sono soppresse;

k) alla lettera f) del comma 7 le parole: «, anche al fine di prevenire comportamenti illegittimi» sono soppresse;

l) alla lettera j) del comma 7 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *«avvalendosi della collaborazione tecnico – scientifica dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna;»*;

m) alla lettera l) del comma 7 la parola «competitività» è sostituita dalla seguente: *«integrazione»* e sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *«, in coerenza con gli indirizzi di programmazione di cui al comma 6;»*;

n) dopo la lettera l) del comma 7 è inserita la seguente:

«l bis) stabilisce per tutti gli erogatori pubblici e privati le tariffe delle prestazioni e i meccanismi premianti e penalizzanti sulla loro valorizzazione, finalizzati al perseguimento della qualità, dell'appropriatezza e al governo dei tempi di attesa;»;

o) la lettera n) del comma 7 è sostituita dalla seguente:

«n) definisce i criteri per garantire, in aggiunta ai contratti di formazione specialistica ministeriali, l'attivazione di contratti regionali numericamente e tipologicamente adeguati alle reali necessità del SSL, valutati di concerto con le università lombarde e le associazioni di categoria degli studenti e dei medici in formazione, da assegnare a laureati delle università aventi sede in Lombardia e abilitati all'esercizio della professione, definendo le modalità di accesso e il relativo finanziamento nei limiti delle disponibilità finanziarie del bilancio regionale e comunque senza oneri a carico del fondo sanitario nazionale;»;

p) dopo la lettera n) del comma 7 sono aggiunte le seguenti:

«n bis) istituisce un forum di confronto permanente con le associazioni di pazienti, le associazioni ospedaliere adeguatamente formate e le società scientifiche di settore che ha per obiettivi principali il confronto sugli standard qualitativi dei dispositivi e dei presidi medici, l'apporto alla ricerca clinica e, in relazione alle competenze sviluppate e presenti all'interno delle associazioni, la collaborazione alla predisposizione e all'aggiornamento dei piani diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA). Nell'ambito delle reti di patologia è prevista la partecipazione stabile di almeno un rappresentante delle società scientifiche e delle associazioni dei pazienti. Con deliberazione della Giunta regionale sono stabilite le relative modalità operative;

n ter) favorisce l'esercizio delle professioni mediche e sanitarie nell'ambito degli enti del Sistema sanitario e sociosanitario aventi sedi in aree montane o disagiate. A tal fine sono promossi accordi istituzionali con gli enti locali e le università finalizzati a individuare strumenti e facilitazioni che permettano di rendere attrattivo l'esercizio dell'attività in tali aree, garantendo la piena operatività del SSL, anche valutando in prospettiva modelli innovativi di gestione.»;

q) al primo periodo del comma 10 le parole «nonché alla» sono sostituite dalle seguenti: *«nonché da»;*

r) al comma 11 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *«e il continuo miglioramento della sicurezza degli operatori e dei pazienti anche attraverso il potenziamento delle funzioni del centro regionale per la gestione del rischio clinico.»;*

s) il comma 13 è sostituito dal seguente:

«13. La conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria svolge le funzioni di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della l. 23 ottobre 1992, n. 421) con compiti consultivi.»;

t) dopo il comma 13 è inserito il seguente:

«13 bis. Sono istituiti il tavolo regionale di confronto permanente con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale e il forum del terzo settore per l'espressione di pareri sul PSSL, sugli indirizzi annuali di programmazione regionale e sui piani pluriennali. Al forum del terzo settore partecipano le direzioni generali competenti in materia sociosanitaria e sociale ed i rappresentanti del terzo settore. È istituito, inoltre, l'osservatorio regionale con la partecipazione delle associazioni di rappresentanza dei comuni, degli enti gestori e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative da istituire con decreto della direzione generale competente in materia sanitaria e sociosanitaria.»;

u) il comma 14 è abrogato;

v) al primo periodo del comma 16 le parole «diretti o indiretti,» sono soppresse;

w) al secondo periodo del comma 16 le parole «e l'Osservatorio di cui al comma 14» sono soppresse e sono aggiunte, in fine, le seguenti: «*nel rispetto dei principi di equivalenza e*

integrazione all'interno del SSL dell'offerta sanitaria e sociosanitaria di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b bis).»;

x) dopo il comma 16 è inserito il seguente:

«16 bis. La Regione istituisce un tavolo permanente con le rappresentanze dei soggetti gestori pubblici e privati dei servizi sanitari e sociosanitari con il compito di contribuire alla corretta attuazione della programmazione regionale.».

Art. 7
(Modifiche all'art. 5 bis della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 5 bis della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) alla lettera d) del comma 1 prima delle parole «fornire tutte le informazioni» sono inserite le seguenti*: «in coerenza con il principio one health,»;*

b) alla lettera g) del comma 1 dopo la parola «sanitario» sono inserite le seguenti: *«e sociosanitario»*;

c) alla lettera h) del comma 1 dopo la parola: «rapporti» è soppressa la virgola ed è inserita la parola: *«e»;*

d) alla lettera i) del comma 1 le parole «inutili e dannosi» sono sostituite dalla seguente: *«inappropriati»*;

e) al comma 2 dopo le parole «pubbliche e private» sono inserite le seguenti: *«, anche di livello internazionale,».*

Art. 8
(Modifiche all'art. 6 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 6 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) all'alinea del comma 3 le parole «, anche attraverso l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis,» sono soppresse;

b) prima della lettera a) del comma 3 è inserita la seguente*:*

«0a) analisi della domanda di salute del proprio territorio e dell'adeguatezza dell'offerta al fine di proporre alla Regione la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private nell'ambito del territorio di competenza idonee a soddisfare pienamente i bisogni rilevati, ferma restando la competenza della Regione stessa ad autorizzare la realizzazione di tali strutture in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale anche con riferimento a caratteristiche dimensionali e ferma restando l'osservanza delle norme relative all' individuazione del soggetto realizzatore;»;

c) la lettera b) del comma 3 è sostituita dalla seguente:

«b) garanzia, verifica e controllo della corretta erogazione dei LEA sul territorio di competenza in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;»;

d) la lettera c) del comma 3 è soppressa;

e) alla lettera d) del comma 3 le parole «promozione dei programmi di educazione alla» sono sostituite dalle seguenti: *«diffusione dei programmi di promozione della»*;

f) dopo la lettera d) del comma 3 è inserita la seguente:

«d bis) programmazione, controllo e governo delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST;»;

g) la lettera e) del comma 3 è sostituita dalla seguente:

«e) programmazione, coordinamento e svolgimento dell'attività in tema di sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare, sanità animale, zoomonitoraggio ambientale, igiene urbana veterinaria, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale, impianti industriali e supporto all'export;»;

h) la lettera f) del comma 3 è sostituita dalla seguente:

«f) programmazione e svolgimento delle attività di prevenzione e controllo della salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, igiene e sanità pubblica, salute e ambiente, sicurezza degli alimenti non di origine animale, dei materiali a contatto con gli alimenti e dell'acqua destinata al consumo umano e conseguente svolgimento delle stesse attività di controllo, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico;»;

i) la lettera g) del comma 3 è soppressa;

j) alla lettera h) del comma 3 dopo le parole «attuazione degli indirizzi regionali» sono aggiunte, le seguenti: *«, governo territoriale»*;

k) dopo la lettera i) del comma 3 sono aggiunte le seguenti:

«i bis) coordinamento, per il territorio di competenza, delle politiche di investimento, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale;

i ter) raccolta del fabbisogno di personale per il territorio di competenza e coordinamento, a livello territoriale, delle eventuali procedure aggregate per il relativo reclutamento, ferma restando l'autonomia delle singole strutture nel reclutamento delle figure sanitarie;

i quater) coordinamento e governo dell'attività necessaria per la stesura e sottoscrizione, unitamente alle ASST di riferimento, degli accordi con i MMG e i PLS del territorio di competenza, sentite le rappresentanze degli erogatori privati accreditati.»;

l) il comma 4 è sostituito dal seguente:

«4. Nell'ambito degli approvvigionamenti, alle ATS compete il coordinamento nella raccolta dei fabbisogni dei servizi logistici, informatici e dei beni e servizi sanitari in raccordo con l'Agenzia regionale per l'innovazione e gli acquisti (ARIA).»;

m) il comma 5 è sostituito dal seguente:

«5. Le ATS, sentiti i collegi dei sindaci di cui all'articolo 20, comma 2, lettera b), si avvalgono del dipartimento di cui al comma 6, lettera f), per garantire l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale e per organizzare tale integrazione anche attraverso i piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e alla legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario).»;

n) all'alinea del comma 6 le parole «, previo parere della competente commissione consiliare,» sono soppresse e la parola «articolandosi» è sostituita dalle seguenti: *«e si articola»*;

o) la lettera b) del comma 6 è soppressa;

p) alla lettera c) del comma 6 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *«che svolge anche la funzione di coordinamento e sottoscrizione dell'accordo con i MMG e con i PLS di cui al comma 3, lettera i quater);»*;

q) alla lettera f) del comma 6 dopo le parole «integrazione delle prestazioni» sono inserite le seguenti: *«sanitarie e»* e dopo le parole «criticità di natura» sono inserite le seguenti: *«sanitaria e»;*

r) dopo il comma 6 è inserito il seguente*:*

«6 bis. Il dipartimento di cui al comma 6, lettera f), attraverso la cabina di regia, favorisce l'attuazione delle linee guida per la programmazione sociale territoriale, promuove strumenti di monitoraggio che riguardano gli interventi e la spesa sociale e sanitaria e garantisce la continuità, l'unitarietà degli interventi e dei percorsi di presa in carico delle famiglie e dei loro componenti con fragilità, con particolare attenzione alle persone con disabilità, promuovendo l'utilizzo da parte dei comuni e delle ASST del progetto di vita quale strumento per creare percorsi personalizzati e integrati nella logica del budget di salute.»;

s) al secondo periodo del comma 11 bis le parole «dell'ATS» sono soppresse.

Art. 9
(Modifiche all'art. 7 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 7 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) al secondo periodo del comma 2 dopo le parole «compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10» sono inserite le seguenti: *«e delle farmacie convenzionate»*;

b) il primo e il secondo periodo del comma 4 sono sostituiti dai seguenti: *«Le ASST adottano l'organizzazione interna più idonea al soddisfacimento dei bisogni di salute del territorio di riferimento sottoponendola all'approvazione della Giunta regionale e si articolano in due settori aziendali, rispettivamente definiti polo territoriale e polo ospedaliero, che afferiscono direttamente alla direzione generale. La responsabilità di garantire il coordinamento della gestione*

di ciascun settore aziendale spetta al direttore generale il quale, al fine di ottimizzare il funzionamento e la gestione dei settori aziendali, attribuisce al direttore sanitario la funzione di direzione del settore aziendale polo ospedaliero e al direttore sociosanitario la funzione di direzione del settore aziendale polo territoriale.»;

c) il secondo periodo del comma 5 è sostituito dal seguente: «*A tal fine il direttore generale conferisce a ciascun settore aziendale autonomia economico-finanziaria all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle rispettive funzioni, per consentire il conseguimento degli obiettivi aziendali ricavabili dalla presente legge e di quelli attributi annualmente dal direttore generale articolati rispetto ai due settori aziendali.»;*

d) al comma 7 la parola «rete» è sostituita dalla seguente: «*polo*»;

e) al comma 8 le parole «Alla direzione sanitaria e/o alla direzione sociosanitaria, secondo le indicazioni della direzione generale, nei settori aziendali polo ospedaliero e rete territoriale» sono sostituite dalle seguenti: «*Ai settori aziendali polo ospedaliero e polo territoriale*» e sono aggiunte, in fine, le seguenti: «*A tal fine la redazione delle linee guida dei POAS deve prevedere la valorizzazione di tutte le aree delle professioni sanitarie.*»;

f) al primo periodo del comma 9 le parole «e/o» sono sostituite dalla seguente: «*e*»;

g) al secondo periodo del comma 9 le parole «ed è sede dell'offerta sanitaria specialistica» sono soppresse;

h) il primo e il secondo periodo del comma 10 sono sostituiti dai seguenti: «*Il settore aziendale polo ospedaliero è organizzato in dipartimenti a cui afferiscono le strutture complesse secondo quanto previsto dalla normativa statale e dai CCNL di riferimento. Il dipartimento di emergenza e urgenza è costituito nelle aziende e nei presidi individuati dalla programmazione regionale.*»;

i) il comma 11 è sostituito dal seguente:

«11. Il settore aziendale polo territoriale delle ASST è articolato in distretti e in dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali delle stesse ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area di attività dell'assistenza distrettuale. Le ASST favoriscono l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali in raccordo con la conferenza dei sindaci sulla base della valutazione dei fabbisogni del territorio elaborati dall'ATS, sentito il collegio dei sindaci, nell'ambito della funzione programmatoria del dipartimento di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f). Al polo territoriale delle ASST afferisce la cabina di regia dell'ASST, con il compito di dare attuazione all'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale, la cui composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'ASST secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale.»;

j) dopo il comma 11 è inserito il seguente:

«11 bis. Al polo territoriale delle ASST afferiscono comunque i seguenti dipartimenti:

a) dipartimento di cure primarie;

b) dipartimento della salute mentale e delle dipendenze;

c) dipartimento funzionale di prevenzione.»;

k) il comma 12 è sostituito dal seguente:

«12. Il settore aziendale polo territoriale delle ASST, a cui è attribuito il coordinamento dell'attività erogativa delle prestazioni territoriali, eroga, per il tramite dell'organizzazione distrettuale, prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, nonché le cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali. Eroga, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità. Le attività di prevenzione sanitaria sono svolte dal dipartimento funzionale di prevenzione, in coerenza con gli indirizzi di programmazione del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS, e con il PRP che assicura la funzione di governance e l'identificazione dei soggetti erogatori delle prestazioni.»;

l) il comma 13 è sostituito dal seguente:

«13. Al settore polo territoriale, secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali. A tale settore afferiscono:

a) gli ospedali di comunità previsti dal piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);

b) le case di comunità previste dal PNRR;

c) le centrali operative territoriali (COT) previste dal PNRR.»;

m) al comma 14 dopo le parole «di cura primarie» sono inserite le seguenti: «*e con la rete delle farmacie convenzionate*»;

n) l'alinea del comma 16 è sostituito dal seguente: «*Le case di comunità, la cui distribuzione territoriale è attuata in applicazione delle linee di indirizzo nazionali e in coerenza con la programmazione regionale, possono essere gestite, per quanto riguarda i professionisti sanitari, esclusivamente dai MMG o dai PLS riuniti in associazione o in cooperativa e in collaborazione con le farmacie convenzionate ai sensi del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 (Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69)*:»;

o) alla lettera a) del comma 16 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «*garantendo l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali*»;

p) dopo la lettera c) del comma 16 è aggiunta la seguente:

«c bis) garantiscono il collegamento tra ospedale e territorio attraverso la presenza dell'infrastruttura tecnologica e l'integrazione multiprofessionale assicurata anche dall'attività dei MMG e PLS, anche riuniti in cooperativa e in collaborazione con le farmacie convenzionate ai sensi del d.lgs. 153/2009, secondo un modello organizzativo a due livelli, avanzato e di base, per garantire prossimità, facilità ed equità di accesso ai servizi, anche nelle zone rurali e della fascia montana, considerando le caratteristiche fisiche, demografiche e insediative del territorio e i bisogni di salute della popolazione di riferimento anche in rete con gli ambulatori sociosanitari territoriali di cui all'articolo 10, comma 11 quater. In ogni casa di comunità è presente un punto unico di accesso, accoglienza, informazione e orientamento del cittadino che opera in stretto contatto con la COT distrettuale al fine di assicurare un accesso unitario, appropriato e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale. Al fine di assicurare l'integrazione sociosanitaria degli interventi, nella casa di comunità è prevista la presenza del servizio sociale professionale del SSR, dello psicologo e del consultorio.»;

q) dopo il comma 17 sono inseriti i seguenti:

«17 bis. Le COT sono punti di accesso territoriali, fisici e digitali, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete di offerta sociosanitaria all'interno del distretto. È istituita una COT in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socioassistenziali.

17 ter. La ASST, con periodicità triennale, tramite la direzione sociosanitaria e i direttori di distretto, sentita la conferenza dei sindaci che esprime parere obbligatorio, e attuando idonee procedure di consultazione delle associazioni di volontariato, di altri soggetti del terzo settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio, predispone il piano di sviluppo del polo territoriale (PPT) con specifica e analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale. Il PPT definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali.»;

r) il comma 18 è sostituito dal seguente*:*

«18. La Regione, nell'ambito di un piano di riordino complessivo della rete d'offerta del territorio della Città metropolitana di Milano, istituisce nuove aziende ospedaliere (AO) secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente.»;

s) dopo il comma 18 è inserito il seguente:

«18 bis. La Regione valuta l'istituzione di nuove aziende ospedaliere sul resto del territorio lombardo, sulla base delle esigenze territoriali, fermi restando i requisiti previsti dalla normativa vigente.»;

t) al comma 19 le parole «dell'ATS montagna» sono sostituite dalle seguenti: «*dei territori facenti parte delle comuni-*

tà montane, nonché dei capoluoghi di provincia situati in aree montane».

Art. 10
(Modifiche all'art. 7 bis della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 7 bis della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) i commi 1 e 2 sono sostituiti dai seguenti:

«1. Ogni ASST si articola in distretti il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona.

1 bis. É possibile istituire distretti in comune tra diverse ASST confinanti il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona. Con la deliberazione della Giunta regionale di approvazione delle linee guida dei POAS è disciplinata la modalità di gestione dei distretti afferenti a due ASST differenti.

2. I distretti comprendono una popolazione di norma non inferiore a 100.000 abitanti, tenuto conto della densità demografica territoriale e di quanto previsto al comma 1. Nelle aree montane e nelle aree a scarsa densità abitativa, il distretto può comprendere una popolazione di norma non inferiore a 20.000 abitanti.»;

b) al comma 3 le parole «delle ATS e le loro articolazioni territoriali di cui all'articolo 20, comma 1,» sono soppresse;

c) al primo periodo del comma 5 le parole «della ATS» e le parole «con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale» sono soppresse;

d) all'alinea del comma 5 le parole «delle ATS» sono soppresse;

e) alla lettera a) del comma 5 le parole «, ai fini della stesura del POAS delle ATS» sono soppresse;

f) il comma 6 è sostituito dal seguente:

«6. I distretti afferiscono direttamente al polo territoriale delle ASST e interagiscono con tutti i soggetti erogatori insistenti sul territorio di competenza, al fine di realizzare la rete d'offerta territoriale, anche attraverso il coinvolgimento, per i servizi di competenza delle autonomie locali, delle assemblee dei sindaci dei piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e dei rappresentanti delle comunità montane, al fine di contribuire a garantire le funzioni di cui all'articolo 3-quinquies del d.lgs. 502/1992.»;

g) dopo il comma 7 è aggiunto il seguente:

«7 bis. Il direttore del distretto è scelto fra soggetti, anche medici convenzionati da almeno dieci anni, che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione. Il rapporto di lavoro è esclusivo, con limite massimo retributivo pari a quello previsto nell'azienda di riferimento per i dirigenti sanitari con incarico di struttura complessa e indennità di direzione di dipartimento. L'incarico è conferito dal direttore generale a seguito dell'espletamento delle procedure e nel rispetto dei criteri e requisiti relativi agli incarichi di struttura complessa per quanto compatibili. In caso di nomina di medici convenzionati gli stessi devono essere in possesso di un'adeguata formazione manageriale e il rapporto di lavoro è regolato da un contratto di diritto privato. I direttori nominati sono tenuti a produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, l'attestato della formazione manageriale per dirigente di struttura complessa (DSC) ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale).».

Art. 11
(Introduzione dell'art. 7 ter nella l.r. 33/2009)

1. Dopo l'articolo 7 bis della l.r. 33/2009 è inserito il seguente:

«Art. 7 ter
(Le fondazioni IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia)

1. In ottemperanza al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), le fondazioni IRCCS di diritto pubblico della Lombardia perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza.

2. Ad esse è garantita piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, secondo la disciplina dei relativi statuti. Nell'ambito dell'autonomia, le fondazioni IRCCS di diritto pubblico della Lombardia concorrono all'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 7 della presente legge.».

Art. 12
(Modifiche all'art. 8 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 8 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 2 dopo le parole «per le ASST» sono inserite le seguenti: *«e le AO»;*

b) dopo il comma 2 è inserito il seguente:

«2 bis. I soggetti erogatori di cui al comma 1 possono concorrere all'istituzione dei presidi di cui all'articolo 7, comma 13, lettere a) e b), fermo restando quanto previsto all'articolo 6, comma 3, lettera 0a).»;

c) dopo il comma 3 è aggiunto il seguente:

«3 bis. Sono promosse forme di stabile coinvolgimento da parte della Regione, delle ATS e delle ASST, di soggetti erogatori sanitari e sociosanitari, anche aventi la qualifica di enti del terzo settore per la programmazione e realizzazione degli obiettivi del SSL.».

Art. 13
(Introduzione degli articoli 8 bis e 8 ter nella l.r. 33/2009)

1. Dopo l'articolo 8 della l.r. 33/2009 sono inseriti i seguenti:

«Art. 8 bis
(Ospedali classificati)

1. Gli ospedali classificati secondo le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132 (Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera), in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale, concorrono all'erogazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale.

Art. 8 ter
(Stabilimenti termali)

1. In coerenza con le disposizioni della legge regionale 25 gennaio 2018, n. 6 (Promozione e valorizzazione del termalismo lombardo), gli stabilimenti termali possono costituire punti erogativi nel percorso di cura e riabilitazione del paziente.».

Art. 14
(Modifiche all'art. 10 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 10 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) dopo la lettera d) del comma 3 è aggiunta la seguente:

«d bis) siano finalizzati alla semplificazione delle procedure regionali per l'accesso e per lo svolgimento dell'attività dei MMG, dei PLS e dei medici di continuità assistenziale anche attraverso sistemi informativi che garantiscono facilità d'uso e celerità nella trasmissione dei dati.»;

b) al comma 4 le parole «e tenuto conto del carattere sperimentale dell'articolazione in ATS e ASST di cui all'articolo 1 bis della l.r. 23/2015» sono soppresse;

c) al comma 5 le parole «le ATS» sono sostituite dalle seguenti: *«le ASST»;*

d) al primo periodo del comma 9 le parole «e tenuto conto del carattere sperimentale dell'articolazione in ATS e ASST di cui all'articolo 1 bis della l.r. 23/2015» sono soppresse;

e) il comma 10 è sostituito dal seguente:

«10. Nell'ambito del sistema delle cure primarie, governato dalle ASST territorialmente competenti, sono istituiti i servizi di infermiere di famiglia e di comunità, di ostetrica di famiglia e di comunità e delle professioni sanitarie, intesi come servizi singoli o associati a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali. Sono altresì introdotte nel SSL le farmacie dei servizi, come previsto dall'articolo 84 della presente legge e dall'articolo 11 della legge 18 giugno 2009,

n. 69 (Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile).»;

f) il comma 11 è sostituito dal seguente:

«11. La Regione favorisce l'esercizio in forma associata dell'attività dei medici di cure primarie e degli infermieri di famiglia e comunità, preferibilmente attraverso l'erogazione delle relative prestazioni negli ospedali di comunità, nelle case di comunità o con forme aggregative alternative per particolari territori disagiati.»;

g) dopo il comma 11 sono aggiunti i seguenti:

«11 bis. La Regione favorisce, nell'esercizio delle attività di cure primarie dei professionisti sanitari e dell'infermiere di famiglia e comunità e in relazione alle proprie competenze, l'utilizzo delle tecnologie informative per incrementare il ricorso alla telemedicina, al teleconsulto, al telemonitoraggio medico e assistenziale e alla teleriabilitazione, in sinergia con le farmacie, anche al fine di potenziare e migliorare la presa in carico del paziente affetto da patologie croniche.

11 ter. È istituito il comitato di indirizzo cure primarie, composto da dirigenti della direzione generale Welfare, con funzioni di coordinamento, e da rappresentanti della medicina territoriale, e degli infermieri di famiglia e comunità, al fine di predisporre annualmente linee guida, da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale, relative alla presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche, nonché alla programmazione della formazione dei MMG e degli infermieri di famiglia e comunità. La Giunta regionale definisce la composizione del comitato e le relative modalità di funzionamento con deliberazione da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante «Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)».

11 quater. La Regione sostiene, con oneri a carico del fondo sanitario, l'acquisto di apparecchiature medicali e della strumentazione di cui all'articolo 10 bis a beneficio dei MMG e dei PLS riuniti in associazione, ivi incluse le cooperative, prioritariamente destinati all'erogazione delle prestazioni a favore di pazienti affetti da patologie croniche anche con l'obiettivo di contenere le liste di attesa. A tal fine la Regione, mediante le ATS territorialmente competenti, finanzia programmi di investimento per la realizzazione di ambulatori sociosanitari territoriali attraverso la valorizzazione del patrimonio pubblico degli enti locali per l'assolvimento dei requisiti di accreditamento relativi alle prestazioni da erogare. L'attività erogata all'interno degli ambulatori sociosanitari territoriali deve essere coordinata con l'attività e i servizi delle case di comunità. Con provvedimento della Giunta regionale sono adottate le determinazioni per l'attuazione delle presenti disposizioni.».

Art. 15
(Introduzione dell'art. 10 bis nella l.r. 33/2009)

1. Dopo l'articolo 10 della l.r. 33/2009 è inserito il seguente:

«Art. 10 bis
(Fondo per la telemedicina)

1. Al fine di sviluppare e potenziare la telemedicina quale strumento di sostegno per la realizzazione di modelli innovativi di organizzazione ed erogazione dell'assistenza sanitaria, è istituito un apposito fondo regionale per la realizzazione di specifici progetti che sviluppino tecnologie di supporto alle relazioni tra i professionisti e gli assistiti e all'erogazione di servizi sanitari e sociosanitari che consentono il monitoraggio a domicilio dei pazienti.

2. La Giunta regionale con propria deliberazione stabilisce i criteri e le modalità per l'assegnazione dei finanziamenti alle strutture sanitarie pubbliche.».

Art. 16
(Modifiche all'art. 11 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 11 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) alla lettera a) del comma 2 le parole da «il direttore generale, rappresentante legale dell'Agenzia» fino a «specifiche competenze legali gestionali» sono sostituite dalle seguenti: «*il direttore generale, rappresentante legale dell'Agenzia è nominato dalla Giunta regionale, fra coloro che sono inseriti nella rosa regionale di cui all'articolo 12, comma 6*»;

b) alla lettera a) del comma 4 le parole da «Le strutture delle ATS preposte ai controlli» fino a «corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS» sono sostituite dalle seguenti: «*Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL svolgono le proprie attività in coerenza con i contenuti del piano annuale dei controlli*»;

c) dopo la lettera a) del comma 4 è inserita la seguente:

«a bis) verifica la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS;»;

d) alla lettera e) del comma 4 la parola «propone» è sostituita dalle seguenti: «*può proporre*»;

e) alla lettera f) del comma 4 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «*e può formulare proposte migliorative alla Giunta regionale*»;

f) dopo la lettera i) del comma 4 è aggiunta la seguente:

«i bis) sviluppa e valida indicatori di rischio in grado di rilevare in maniera tempestiva eventi sentinella specifici.»;

g) al comma 6 dopo la parola «direttore» è inserita la seguente: «*generale*».

Art. 17
(Introduzione dell'art. 11 bis nella l.r. 33/2009)

1. Dopo l'articolo 11 della l.r. 33/2009 è inserito il seguente:

«Art. 11 bis
(Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive)

1. È istituito il centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive quale ente di diritto pubblico, di supporto tecnico-scientifico della Regione e del sistema sanitario, dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile, appartenente agli enti sanitari del sistema regionale di cui all'articolo 1 della l.r. 30/2006.

2. Sono organi del centro:

a) *il consiglio di amministrazione;*
b) *il direttore generale;*
c) *il collegio sindacale.*

3. Il centro, in sinergia con le strutture sanitarie, gli istituti di ricerca e le università e in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale, svolge le seguenti funzioni:

a) *preparazione ad eventuali emergenze sanitarie epidemiche e relativa attività di formazione alle strutture a tal fine preposte;*
b) *gestione delle emergenze epidemiche e pandemiche a livello clinico e diagnostico;*
c) *gestione dei dati epidemiologici in relazione ad epidemie e pandemie;*
d) *progettazione di interventi nella logica del principio one health prevedendo l'integrazione tra salute ambientale, animale e umana e adozione di un approccio olistico di salute globale;*
e) *proposte di miglioramento ambientale e di riduzione di rischi di zoonosi;*
f) *ricerca e monitoraggio nel campo della prevenzione, della diagnosi e della cura derivanti dalla diffusione di microorganismi;*
g) *ricerca di nuove strategie terapeutiche;*
h) *gestione delle pratiche di politica sanitaria finalizzate al buon utilizzo dei farmaci antibiotici e al contrasto all'antibiotico-resistenza;*
i) *azioni di prevenzione e formazione per il contrasto all'antibiotico-resistenza;*
j) *studio e controllo delle infezioni trasmissibili potenzialmente pericolose per la popolazione;*
k) *ricerca e sviluppo di nuovi vaccini;*
l) *sviluppo di programmi per il trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca.*

4. Il centro, in collaborazione sinergica con le strutture sanitarie presenti sul territorio e tenuto conto del principio di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n quinquies), è articolato organizzativamente nelle seguenti aree:

a) *prevenzione;*
b) *clinica;*
c) *ricerca;*
d) *politica sanitaria;*

e) *promozione e difesa della salute;*

f) *governance e partening;*

g) *didattica, formazione ed educazione.*

5. Il consiglio di amministrazione del centro esercita le funzioni di indirizzo e programmazione dello stesso, nonché le ulteriori funzioni previste nello statuto ed è composto da cinque membri, esterni all'amministrazione regionale, di cui tre nominati dalla Giunta regionale di cui uno sentito l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna e uno sentita l'ARPA Lombardia, uno dal Ministro della salute, uno dal Ministro dell'università e della ricerca, scelti tra esperti di notoria indipendenza, di elevata e accertata professionalità con esperienze e competenze in almeno uno dei seguenti settori: epidemiologia, virologia, prevenzione sanitaria, medicina delle catastrofi, malattie infettive, ricerca clinica, informatica previsionale, statistica.

6. Con provvedimento della Giunta regionale sono determinate le indennità e gli eventuali rimborsi spese spettanti ai componenti del consiglio di amministrazione del centro.

7. Lo statuto del centro, approvato dalla Giunta regionale, disciplina le funzioni e la durata degli organi, la sede e le modalità di funzionamento e organizzazione del centro, nel rispetto del principio di separazione tra le funzioni di indirizzo e quelle di gestione riservate, rispettivamente, al consiglio di amministrazione e al direttore generale, nonché delle previsioni della presente legge.

8. Il direttore generale, legale rappresentante del centro, è nominato dalla Giunta regionale ed è individuato tra gli idonei presenti nella rosa regionale di cui all'articolo 12, comma 6. Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni.

9. La direzione scientifica del centro è affidata a un direttore scientifico nominato dal consiglio di amministrazione, d'intesa con il Presidente della Giunta regionale e sentito l'Assessore regionale al Welfare, in possesso di laurea in medicina e chirurgia e di comprovate capacità scientifiche e manageriali, previa selezione ad esito di avviso pubblico da parte di una commissione composta da tre esperti nelle suddette materie di cui uno nominato dalla Giunta regionale, uno da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti e uno dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (AGENAS). I lavori della commissione non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Il rapporto di lavoro del direttore scientifico è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni.

10. Il collegio sindacale è organo di controllo contabile del centro ed è nominato secondo le modalità previste dal d.lgs. 502/1992.».

Art. 18
(Modifiche all'art. 12 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 12 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) il comma 6 è sostituito dal seguente:

«6. La commissione regionale di cui all'articolo 2, comma 1, del d.lgs. 171/2016, in particolare, individua tra gli idonei al conferimento dell'incarico di direttore generale fino a trecento candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL. In coerenza con quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, del d.lgs. 171/2016, l'inserimento nella rosa regionale ha una durata massima di tre anni purché i candidati inclusi nella predetta rosa risultino ancora inseriti nell'elenco nazionale. La commissione regionale effettua la valutazione dei candidati per titoli e colloquio e descrive le caratteristiche dei candidati individuati.»;

b) al comma 9 sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «*Il trattamento economico del direttore generale è integrato, in coerenza con quanto previsto dal d.p.c.m. 502/1995, in relazione a corsi di formazione manageriale e iniziative di studio ed aggiornamento, promosse e disciplinate dalla Regione con provvedimento della Giunta regionale, alle quali lo stesso deve partecipare per garantire un elevato livello di qualità della prestazione professionale connessa al ruolo ricoperto. Il collocamento a riposo del direttore generale delle strutture sanitarie pubbliche comporta la cessazione dall'incarico e la conseguente risoluzione del contratto a far data dal giorno del collocamento a riposo.»;*

c) il primo periodo del comma 10 è sostituito dal seguente: «*Fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 6, del d.lgs. 502/1992, in caso di vacanza dell'ufficio, assenza o impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore sanitario o dal direttore amministrativo più anziano di età.»;*

d) al terzo periodo del comma 10 le parole «Decorso tale periodo» sono sostituite dalle seguenti: «*Entro tale termine,*».

Art. 19
(Modifiche all'art. 13 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 13 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 8 le parole «e preferibilmente per i candidati con il limite di età inferiore di cinque anni rispetto ai limiti pensionistici individuali previsti dalla normativa nazionale vigente» sono soppresse;

b) al comma 9 sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «*Il trattamento economico dei direttori sanitari, amministrativi e sociosanitari è integrato, in coerenza con quanto previsto dal d.p.c.m. 502/1995, in relazione a corsi di formazione manageriale e iniziative di studio e aggiornamento, promosse e disciplinate dalla Regione con provvedimento della Giunta regionale, alle quali gli stessi devono partecipare per garantire un elevato livello di qualità della prestazione professionale connessa al ruolo ricoperto. Il collocamento a riposo dei direttori amministrativi, sanitari e sociosanitari delle strutture sanitarie pubbliche comporta la cessazione dall'incarico e la conseguente risoluzione del contratto a far data dal giorno del collocamento a riposo.*».

Art. 20
(Modifiche all'art. 15 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 15 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 5 dopo le parole «strutture accreditate» sono inserite le seguenti: «*da parte della Regione*»;

b) dopo il comma 12 è aggiunto il seguente:

«12 bis. Gli enti unici di più strutture presenti anche su territori di ATS differenti e in raccordo con queste ultime, sottoscrivono, previa autorizzazione della direzione generale Welfare e in attuazione degli indirizzi annuali di programmazione, un contratto unico regionale con l'ATS dove insiste la sede legale dell'ente unico.».

Art. 21
(Modifiche all'art. 16 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 16 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) all'alinea del comma 2 la parola «delegate» è soppressa;

b) alla lettera c) del comma 2 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole*: «in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale;»;*

c) alla lettera g) del comma 2 dopo le parole «con le ATS» sono inserite le seguenti: «*e le ASST e in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale*»;

d) la lettera h) del comma 2 è sostituita dalla seguente:

«h) assicura, in attuazione degli indirizzi di programmazione regionale, attività scientifiche e di ricerca su modelli organizzativi relativi agli ambiti di competenza valorizzando l'esperienza dell'emergenza urgenza con particolare riferimento allo sviluppo dell'attività formativa.»;

e) al primo periodo del comma 3 dopo le parole «con le ATS» sono inserite le seguenti: «*e le ASST*».

Art. 22
(Modifiche all'art. 17 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 17 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 1 le parole «le regole di sistema» sono sostituite dalle seguenti: «*gli indirizzi di programmazione*»;

b) il comma 2 è sostituito dal seguente*:*

«2. Ogni tre anni, a seguito dell'emanazione degli indirizzi di programmazione per l'anno successivo, le ATS e tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL sottopongono all'approvazione della Giunta regionale, che può richiedere modifiche, il POAS e il piano dei fabbisogni triennale. Il POAS, comprensivo del relativo piano delle assunzioni, può essere aggiornato annualmente qualora subentrino esigenze particolari. I POAS e i relativi aggiornamenti sono, di norma, approvati dalla Giunta regionale entro i sessanta giorni successivi alla presentazione.»;

c) il secondo periodo del comma 3 è sostituito dal seguente: *«In particolare, nel POAS devono essere esplicitate le articolazioni delle funzioni territoriali. A tal fine le linee guida regionali per la redazione dei POAS sono approvate dalla Giunta regionale previo parere della compente commissione consiliare, del Consiglio delle autonomie locali e dei rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.»*;

d) alle lettere a) e b) del comma 4 dopo le parole «degli IRCCS» sono aggiunte le seguenti: *«di diritto pubblico»*;

e) al primo periodo del comma 5 le parole «nonché l'invio al Consiglio regionale per l'espressione del parere sui POAS delle ATS» e le parole «o del parere» sono soppresse;

f) al primo periodo del comma 8 dopo le parole «le ASST, » sono inserite le seguenti: «*l'AREU,*»;

g) il secondo periodo del comma 8 è sostituto dal seguente: *«ARIA s.p.a., nell'ambito delle sue funzioni, garantisce efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento degli enti del SSR e dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna.»*;

h) al primo periodo del comma 10 le parole «e le attività cliniche, gli IRCCS e le ASST» sono sostituite dalle seguenti: *«, le attività cliniche e le attività di vigilanza e controllo, gli IRCSS di diritto pubblico, l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna, le ASST e le ATS»*.

Art. 23
(Modifiche all'art. 17 bis della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 17 bis della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 1 le parole «le professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali» sono sostituite dalle seguenti: *«le professioni sanitarie, sociosanitarie, sociali e tecnico-amministrative»*;

b) al comma 2 le parole «l'assimilazione» sono sostitute dalle seguenti: «*l'acquisizione*»;

c) il comma 3 è sostituito dal seguente:

«3. La Regione attraverso una programmazione triennale della formazione delle risorse umane del SSL e il relativo aggiornamento annuale, in linea con gli indirizzi di programmazione regionale, persegue il miglioramento della qualità del SSL per favorire l'attuazione del PSSL.»;

d) al primo periodo del comma 6 le parole «l'Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione (Éupolis Lombardia)» sono sostituite dalle seguenti: «*l'Istituto regionale per il supporto alle politiche della Lombardia (PoliS Lombardia)*»;

e) il terzo periodo del comma 6 è soppresso;

f) alla lettera b) del comma 7 le parole «d'intesa con l'Osservatorio integrato del SSL» sono soppresse;

g) alla lettera d) del comma 7 la parola «PLS» è sostituita dalla seguente: *«PSSL»*;

h) alla lettera f) del comma 7 le parole «alla ricerca dell'innovazione per i professionisti del SSL e attraendo personale di eccellenza dall'estero in collaborazione e d'intesa con l'Agenzia per la promozione del SSL» sono soppresse;

i) dopo la lettera f) del comma 7 è inserita la seguente*:*

«f bis) favorire la conoscenza delle eccellenze internazionali;»;

j) alla lettera g) del comma 7 le parole «sentito l'Osservatorio integrato del SSL» sono soppresse.

Art. 24
(Modifica all'art. 17 ter della l.r. 33/2009)

1. Al comma 1 dell'articolo 17 ter della l.r. 33/2009 dopo le parole «zone montane» sono inserite le seguenti: «*e alle zone disagiate*».

Art. 25
(Modifiche all'art. 18 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 18 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) la rubrica è sostituita dalla seguente: *«(Valorizzazione e sviluppo professionale del personale del SSL)»*;

b) il primo periodo del comma 1 è sostituito dal seguente: «*La Regione considera il personale del SSL risorsa strategica finalizzata al miglioramento dei servizi e, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento delle professioni, promuove e valorizza tutto il personale medico, sanitario, sociosanitario e tecnico-amministrativo e, tenuto conto della natura contrattuale dei rapporti di lavoro pubblici e privati, ne favorisce l'integrazione delle funzioni e delle competenze nell'attuazione del governo clinico, anche al fine di assicurare la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità del percorso di cura.»*;

c) dopo il comma 1 è inserito il seguente:

«1 bis. È istituito, quale organismo di consultazione e supporto agli atti di programmazione regionale, un comitato di rappresentanza delle professioni sanitarie del quale fanno parte rappresentanti della Regione, degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie. Tale comitato rende parere obbligatorio in merito alla proposta di piano sociosanitario regionale di cui all'articolo 4 e ai conseguenti indirizzi programmatici regionali di interesse del comitato stesso. Il comitato è costituito entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante «Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)» con deliberazione della Giunta regionale che ne definisce la composizione e le modalità di funzionamento.»;

d) al comma 2 le parole «, sentito l'osservatorio di cui all'articolo 5, comma 14,» sono soppresse;

e) dopo la lettera d) del comma 3 è inserita la seguente:

«d bis) alle arti ausiliarie delle professioni sanitarie di ottico e optometrista;»;

f) dopo la lettera f) del comma 3 è aggiunta la seguente:

«f bis) alle professioni del settore farmaceutico: farmacia ospedaliera e farmacia territoriale.».

Art. 26
(Modifiche all'art. 19 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 19 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) alla lettera a) del comma 2 le parole «selezionati con procedura di evidenza pubblica» sono soppresse;

b) dopo la lettera a) del comma 2 è inserita la seguente:

«a bis) selezione con procedura ad evidenza pubblica del soggetto privato partecipante alla sperimentazione;»;

c) il comma 4 è sostituito dal seguente:

«4. Le sperimentazioni gestionali sono autorizzate dalla Giunta regionale, hanno di norma durata massima quinquennale e possono essere prorogate una volta sola per uguale periodo. Al termine della sperimentazione, o comunque passati almeno dieci anni dall'inizio della sperimentazione, sulla base degli esiti positivi della stessa, la Giunta regionale può autorizzare la stabilizzazione del modello gestionale, procedendo per un periodo non inferiore a vent'anni all'autorizzazione, all'accreditamento e alla contrattualizzazione del soggetto gestore o, in caso contrario, ne dichiara la cessazione.»;

d) al comma 5 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «*Tali rimodulazioni possono essere autorizzate dalla Giunta regionale anche al momento della stabilizzazione del modello gestionale di cui al comma 4, ferma restando l'impossibilità di modificare le attività oggetto della procedura ad evidenza pubblica.*».

Art. 27
(Sostituzione dell'art. 20 della l.r. 33/2009)

1. L'articolo 20 della l.r. 33/2009 è sostituito dal seguente:

«Art. 20
(Conferenza dei sindaci)

1. La conferenza dei sindaci è composta dai sindaci dei comuni compresi nel territorio delle ASST.

2. La conferenza dei sindaci, in particolare:

a) formula, nell'ambito della programmazione territoriale dell'ASST di competenza, proposte per l'organizzazione della rete di offerta territoriale e dell'attività sociosanitaria e socioassistenziale, con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione sociosanitaria e sociale; partecipa inoltre alla definizione dei piani sociosanitari territoriali;

b) individua i sindaci o loro delegati, comunque appartenenti al Consiglio o alla Giunta comunale, che compongono il collegio dei sindaci deputato alla formulazione di proposte e all'espressione di pareri alle ATS sugli ambiti di cui all'articolo 6, comma 5, e su quanto previsto dal presente comma e partecipa alla cabina di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f);

c) partecipa alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ASST;

d) promuove l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con le funzioni e le prestazioni dell'offerta sanitaria e sociosanitaria, anche favorendo la costituzione tra i comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica;

e) esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.

3. Per l'esercizio delle sue funzioni la conferenza dei sindaci si avvale del consiglio di rappresentanza dei sindaci eletto dalla conferenza stessa.

4. Il funzionamento della conferenza, del collegio e del consiglio di rappresentanza dei sindaci è disciplinato con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e del Consiglio delle autonomie locali e sentiti i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali. La deliberazione di cui al primo periodo prevede, in particolare, la nomina di un presidente rispettivamente della conferenza, del collegio e del consiglio di rappresentanza dei sindaci.

5. L'assemblea dei sindaci del distretto è composta dai sindaci o loro delegati, comunque appartenenti al Consiglio o alla Giunta comunale, dei comuni afferenti al distretto. L'assemblea svolge le funzioni del comitato dei sindaci del distretto di cui all'articolo 3 quater del d.lgs. 502/1992 ed è disciplinata con la deliberazione di cui al comma 4.».

Art. 28
(Modifiche all'art. 21 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 21 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) all'alinea del comma 2, dopo le parole «Il sistema informativo sanitario» sono inserite le seguenti: *«, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali,»;*

b) la lettera a) del comma 2 è sostituita dalla seguente:

«a)coordinare le attività di tutti i soggetti connessi al sistema informativo sociosanitario;»;

c) alla lettera b) del comma 2 le parole «derivanti da tali unità» sono sostituite dalle seguenti: *«provenienti da tali soggetti»;*

d) alla lettera a) del comma 3 le parole «realizzare e diffondere sul territorio del fascicolo sanitario elettronico» sono sostituite dalle seguenti: «*realizzare, implementare e diffondere l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico*» e le parole «le modalità del» sono sostituite dalle seguenti: *«quanto previsto dal»;*

e) alla lettera b) del comma 3 le parole «tutte le agenzie e aziende del SSL» sono sostituite dalle seguenti: *«tutti gli erogatori pubblici e privati del SSL»* e le parole «, preferibilmente isorisorse,» sono soppresse;

f) al primo periodo della lettera c) del comma 3 le parole «consentire, inoltre» sono sostituite dalla seguente: *«realizzare»*, le parole «realizzazione della» sono soppresse, la parola «potranno» è sostituita dalla seguente: *«devono»* e dopo le parole «i sistemi CUP delle diverse aziende sanitarie» sono inserite le seguenti: *«pubbliche e private»;*

g) alla lettera e bis) del comma 3, le parole «definisce le regole di gestione annuali» sono sostituite dalle seguenti: «*stabilisce gli indirizzi di programmazione annuale*»;

h) il comma 6 è abrogato.

Art. 29
(Modifiche all'art. 22 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 22 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) al secondo periodo del comma 1 dopo le parole «fondazioni IRCCS» sono inserite le seguenti: *«di diritto pubblico e l'AREU»;*

b) all'ultimo periodo del comma 2 le parole «del d.lgs.196/2003» sono sostituite dalle seguenti: *«della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali»;*

c) al primo periodo del comma 9 dopo le parole «direttore generale» sono inserite le seguenti: «*o dal consiglio di amministrazione delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico*»;

d) il primo periodo del comma 11 è sostituito dal seguente: «*Il bilancio d'esercizio degli enti pubblici di cui alla presente legge è adottato dal direttore generale o dal consiglio di amministrazione delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di competenza ed è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 maggio.»;*

e) dopo il comma 11 è inserito seguente:

«11 bis. Contestualmente alla presentazione del bilancio di esercizio, le ATS, le ASST, le fondazioni IRCCS di diritto pubblico, l'AREU e l'Agenzia di controllo trasmettono alla direzione generale Welfare una relazione in ordine alle azioni adottate con riferimento all'articolo 2, comma 1, lettera a quater), anche ai fini della valutazione dei direttori generali.»;

f) al secondo periodo del comma 13 dopo le parole «mancato rispetto» sono inserite le seguenti: *«degli obiettivi economico-finanziari»;*

g) il secondo periodo del comma 17 è sostituito dal seguente: «*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; in sostituzione del direttore generale decaduto la Giunta regionale nomina un nuovo direttore generale o un commissario straordinario 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.*»;

h) il terzo periodo del comma 17 è soppresso.

Art. 30
(Modifica all'art. 23 bis della l.r. 33/2009)

1. Al comma 1 dell'articolo 23 bis della l.r. 33/2009 dopo le parole «le ASST» sono inserite le seguenti: *«le AO».*

Art. 31
(Modifiche all'art. 24 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 24 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) la rubrica è sostituita dalla seguente: *«(Riconoscimento del ruolo degli enti del terzo settore e valorizzazione del ruolo del volontariato)»;*

b) il comma 1 è sostituito dal seguente:

«1. La Regione riconosce e promuove il ruolo del volontariato nella sua essenziale funzione complementare e ausiliaria al SSL, finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell'efficienza dell'attività e della professionalità degli operatori, nonché dell'appropriatezza e dell'umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, in un'ottica sussidiaria favorendo momenti di aggregazione e ascolto delle associazioni di volontariato, anche nell'ambito del forum di cui all'articolo 5, comma 7, lettera n bis).»;

c) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. La Regione promuove e favorisce attività ed eventi di beneficienza finalizzati alla raccolta di fondi da destinare al potenziamento delle attività del SSL, a investimenti in edilizia sanitaria e tecnologia o attività di studio e ricerca, proposte da soggetti che garantiscano l'assenza di conflitto di interessi dando indicazione ai soggetti beneficiari di assicurare la piena trasparenza e tracciabilità dei flussi finanziari generati da tali attività a garanzia dei donatori, dei benefattori e dei destinatari degli interventi.»;

d) dopo il comma 2 è aggiunto il seguente:

«2 bis. La Regione, al fine di rispondere in modo sempre adeguato e inclusivo ai bisogni delle persone e delle fami-

glie, promuove l'avvio di sperimentazioni e di nuove modalità di risposta alle problematiche sociali e sociosanitarie della popolazione privilegiando il confronto con le realtà del terzo settore attraverso gli strumenti della coprogrammazione e coprogettazione, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 19.».

Art. 32
(Modifiche all'art. 26 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 26 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) il comma 3 è sostituito dal seguente:

«3. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitaria in coerenza con quanto previsto dall'articolo 20, comma 2, lettera a).»;

b) al comma 4 dopo le parole «delle dipendenze» sono inserite le seguenti: *«, del disagio giovanile»;*

c) l'alinea del comma 5 è sostituito dal seguente: *«Nell'attività di cui al comma 4 la Giunta regionale promuove mediante gli strumenti del progetto di vita e del budget di salute l'aggiornamento degli standard assistenziali e di accreditamento della rete erogativa di offerta attraverso:»;*

d) alla lettera a) del comma 5 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *«e di modelli assistenziali innovativi»;*

e) alle lettere a), c), d) ed e) del comma 5 la parola «fragile» è sostituita dalle seguenti: *«con fragilità»;*

f) alla lettera b) del comma 5 dopo le parole «l'implementazione di modalità di valutazione dei bisogni» sono inserite le seguenti: *«e dell'emersione dei desideri e delle preferenze della persona»;*

g) dopo il comma 5 è aggiunto il seguente:

«5 bis. La Regione, nell'ambito del piano di riordino complessivo della rete d'offerta e dei requisiti di cui al comma 5, al fine di innalzare progressivamente i livelli qualitativi delle prestazioni residenziali, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante «Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)» avvia una sperimentazione per attivare titoli destinati a soggetti affetti da gravi disabilità utilizzabili dall'utente presso le unità d'offerta accreditate a contratto.».

Art. 33
(Modifiche all'art. 27 della l.r. 33/2009)

1. All'articolo 27 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) alla lettera b) del comma 1 la parola «superiori» è sostituita dalla seguente: «*aggiuntivi*»;

b) al punto 7 della lettera e) del comma 1 dopo le parole «AO, IRCCS» sono inserite le seguenti: *«di diritto pubblico»;*

c) il primo e il secondo periodo del comma 2 sono sostituiti dai seguenti: «*La Regione promuove una revisione periodica delle tariffe dei DRG finalizzata all'adeguamento degli stessi alle più moderne valutazioni cliniche e tecnologiche. La Giunta regionale introduce tariffe differenziate dei DRG attraverso la regolamentazione di un meccanismo premiante e penalizzante sui rimborsi per gli erogatori pubblici e privati, in base a indicatori che misurino la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni, nonché il governo dei tempi d'attesa e gli esiti di salute*»;

d) l'ultimo periodo del comma 9 è soppresso.

Art. 34
(Abrogazione dell'art. 27 ter della l.r. 33/2009)

1. L'articolo 27 ter della l.r. 33/2009 è abrogato.

Art. 35
(Modifiche all'art. 84 della l.r. 33/2009)

1. Al comma 1 dell'articolo 84 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

a) alla lettera h) dopo le parole «le ATS» sono inserite le seguenti: *«e le ASST»*;

b) dopo la lettera i) sono aggiunte le seguenti:

«i bis) l'adesione alle campagne di vaccinazione della popolazione in coerenza con la normativa statale, in raccordo con le ATS e ASST e in sinergia con i MMG;

i ter) l'erogazione all'interno delle farmacie delle attività sanitarie con il coinvolgimento delle professioni sanitarie, in coerenza con quanto previsto dalla normativa statale.».

Art. 36
(Disposizioni finali e disciplina transitoria)

1. Il potenziamento della rete territoriale deve essere realizzato e portato a compimento entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. L'istituzione dei distretti e le nomine dei relativi direttori devono avvenire entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Nelle more delle nomine dei direttori di distretto, le relative funzioni sono svolte dai direttori sociosanitari delle ASST di riferimento.

3. Le centrali operative territoriali devono essere realizzate non oltre sei mesi dall'istituzione dei distretti di riferimento.

4. Il quaranta per cento degli ospedali di comunità e delle case di comunità, previsti dal PNRR, deve essere realizzato entro il 2022, il successivo trenta per cento entro il 2023 e il restante trenta per cento entro il 2024, sulla base di criteri definiti dalla Giunta regionale. Il rispetto della tempistica di cui al primo periodo costituisce obiettivo prioritario del SSL.

5. I dipartimenti di cure primarie e i dipartimenti funzionali di prevenzione nelle ASST sono istituiti entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e sono progressivamente portati a regime entro i successivi nove mesi.

6. Il personale dei dipartimenti di cure primarie, fino alla data di messa a regime di tali dipartimenti in tutte le ASST, resta assegnato all'ATS.

7. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le ATS presentano alla direzione generale Welfare un programma complessivo di realizzazione del potenziamento della rete territoriale per il territorio di competenza, fermo restando quanto stabilito dal PNRR e tenuto conto delle previsioni dell'articolo 8, comma 2 bis, della l.r. 33/2009, come introdotto dall'articolo 12, comma 1, lettera b), della presente legge.

8. Il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive deve essere costituto entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e diventare pienamente operativo entro i successivi tre anni. Alla data di costituzione del centro, alla Sezione II dell'Allegato A1 della l.r. 30/2006 è apportata la seguente modifica:

a) dopo la lettera d.4) e aggiunta la seguente:

«d.5) Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive».

9. Al fine di valorizzare il patrimonio disponibile del SSL, indirizzandone le risorse agli investimenti strutturali e tecnologici a favore degli enti sanitari pubblici, la Giunta regionale, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, individua il soggetto o la modalità per lo svolgimento di tale attività.

10. Alla data di entrata in vigore della presente legge si considerano istituiti il forum di cui all'articolo 5, comma 7, lettera n bis), della l.r. 33/2009, come introdotta dall'articolo 6, comma 1, lettera p), della presente legge, e il tavolo regionale di confronto permanente di cui all'articolo 5, comma 13 bis, della l.r. 33/2009, come introdotto dall'articolo 6, comma 1, lettera t), della presente legge. La relativa costituzione deve avvenire entro i successivi centoventi giorni.

11. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le ATS e le ASST trasmettono alla Regione i nuovi POAS adeguati al nuovo assetto organizzativo.

12. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è approvata la deliberazione di Giunta regionale che stabilisce le modalità di funzionamento della conferenza dei sindaci e delle relative articolazioni di cui all'articolo 20 della l.r. 33/2009, come sostituito dall'articolo 27 della presente legge.

13. La Giunta regionale è autorizzata ad adottare ogni ulteriore atto necessario a portare a compimento il processo di definizione dei nuovi assetti.

14. La disposizione di cui all'articolo 11, comma 2, lettera a), della l.r. 33/2009, come modificata dall'articolo 16, comma 1, lettera a), della presente legge, trova applicazione a decorrere alla nomina del direttore generale successiva alla data di entrata in vigore della presente legge.

15. La programmazione delle risorse del fondo sanitario regionale resta affidata integralmente all'Assessorato competente in materia sanitaria e sociosanitaria nell'ambito degli indirizzi di programmazione annuali.

16. Sono fatti salvi gli effetti prodotti dalle disposizioni abrogate dalla presente legge; permangono e restano efficaci gli atti adottati sulla base delle medesime.

17. Nella l.r. 33/2009, ovunque ricorrenti, le parole «POT» e «PreSST» sono sostitute dalle seguenti: *«ospedali di comunità»* e *«case di comunità»*.

18. Nella l.r. 33/2009, ovunque ricorrente, la parola «PSL» è sostituita dalla seguente: *«PSSL»*.

Art. 37
(Norma finanziaria)

1. Agli oneri finanziari aggiuntivi di natura corrente per il potenziamento della rete territoriale derivanti dagli articoli 7, 10 e 11 bis della l.r. 33/2009, così come modificati e introdotti dalla presente legge e regolati temporalmente dall'articolo 36, quantificabili in euro 17.833.325,00 per l'esercizio 2022, in euro 28.686.750,00 per l'esercizio 2023 e in euro 29.720.320,00 per l'esercizio 2024, si provvede con le risorse del fondo socio-sanitario allocate alla missione 13 «Tutela della salute», programma 01 «Servizio sanitario regionale – finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA» - Titolo I «Spese correnti» dello stato di previsione delle spese del bilancio 2022-2024.

2. Alla copertura delle maggiori spese in conto capitale derivanti dagli articoli 7 e 10 della l.r. 33/2009, come modificati e introdotti dalla presente legge e regolati temporalmente dall'articolo 36, si provvede con le risorse rese disponibili a valere sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) destinate a Regione Lombardia previste in euro 567.000.000,00 per gli anni dal 2022 al 2023, allocate alla missione 13 «Tutela della salute», programma 05 «Investimenti sanitari» - Titolo II «Spese in conto capitale» dello stato di previsione delle spese del bilancio 2022-2024.

3. Per le finalità di cui all'articolo 10 bis della l.r. 33/2009, come introdotto dalla presente legge, è autorizzata la spesa per l'anno 2022 pari a euro 5 milioni nell'ambito delle risorse previste dal bilancio di previsione 2022-2024 sul fondo socio-sanitario, allocate alla missione 13 «Tutela della salute», programma 01 «Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA» - Titolo I «Spese correnti» dello stato di previsione delle spese del bilancio 2022-2024. Per gli anni successivi la Giunta regionale determina il relativo finanziamento annuale in sede di definizione degli indirizzi di programmazione annuale per la gestione del Servizio sociosanitario regionale in relazione agli stanziamenti annuali del relativo bilancio di previsione.

4. Alla copertura delle maggiori spese in conto capitale derivanti dall'articolo 11 bis della l.r. 33/2009, come introdotto dalla presente legge e regolato temporalmente dall'articolo 36, previste in euro 85.000.000,00, si provvede con le risorse accantonate nell'esercizio finanziario 2022 alla missione 13 «Tutela della salute», programma 05 «Investimenti sanitari» - Titolo II «Spese in conto capitale» dello stato di previsione delle spese del bilancio 2022-2024.

5. Possono concorrere altresì alla realizzazione della presente legge le ulteriori risorse provenienti dalle restanti assegnazioni dell'Unione europea, dello Stato, incluse quelle previste dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)) e rifinanziate dalle leggi di stabilità, nonché ulteriori contributi provenienti da altri soggetti pubblici e privati, allocabili alla missione 13 «Tutela della salute», programma 01 «Servizio sanitario regionale – finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA» - Titolo I «Spese correnti», programma 05 «Investimenti sanitari» - Titolo II «Spese in conto capitale» e programma 7 «Ulteriori spese in materia sanitaria» - Titolo I «Spese correnti» e Titolo II «Spese in conto capitale» dello stato di previsione delle spese del bilancio 2022-2024.

La presente legge regionale è pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Lombardia.

Milano, 14 dicembre 2021

Attilio Fontana

(Approvata con deliberazione del Consiglio regionale n. XI/2134 del 30 novembre 2021)