RegioneLombardia
IL CONSIGLIO

Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33

Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità

(BURL n. 52, 3° suppl. ord. del 31 Dicembre 2009)

urn:nir:regione.lombardia:legge:2009-12-30;33

Titolo I

*Norme sul servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo**(1)***

Art. 1

(Oggetto)(2)

1. Il servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo, di seguito denominato servizio sociosanitario lombardo (SSL), promuove e tutela la salute ed è costituito dall'insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali.**(3)**

2. La presente legge disciplina, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della legislazione nazionale ed internazionale di settore direttamente applicabile nel nostro ordinamento e dello Statuto d'autonomia, il servizio sanitario e sociosanitario regionale (SSR), costituito dall'insieme di funzioni, servizi, attività e professionisti che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria a carico della Regione.

3. La presente legge favorisce, inoltre, per quanto di competenza e nell'ambito del SSL, l'integrazione del SSR con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.

Art. 2

(Principi)(4)

1. La programmazione, la gestione e l'organizzazione del SSR sono attuate, nell'ambito del SSL, con la gradualità e nei limiti delle risorse economiche disponibili e si conformano ai seguenti principi:

a) rispetto della dignità della persona, centralità del ruolo della famiglia e dell'equità di accesso ai servizi ricompresi nel SSR;

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;**(5)**

a ter) presa in carico della persona nel suo complesso;**(5)**

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;**(5)**

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;**(6)**

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;**(7)**

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;**(7)**

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;**(7)**

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;**(7)**

c) **(8)**

d) separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione;**(9)**

e) promozione della partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità nei confronti dei corretti stili di vita e nei percorsi di prevenzione, di cura, di assistenza e di terapia farmacologica, anche prevedendo politiche finalizzate ad iniziative che favoriscano l'invecchiamento attivo;

e bis) valorizzazione dell'attività sportiva e motoria quale parte integrante dei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione, nel rispetto delle competenze degli esercenti le professioni sanitarie, e quale elemento fondamentale di un corretto stile di vita nonché di prevenzione dell'insorgenza di malattie croniche e cardiovascolari;**(10)**

f) promozione dell'appropriatezza clinica, della trasparenza amministrativa, economica e organizzativa e della qualità prestazionale;

g) garanzia dei controlli e piena applicazione dei costi standard;

h) sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato 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), nell'ambito della programmazione regionale, in modo da garantire parità di diritti e di doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta;**(11)**

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;**(12)**

j) garanzia dell'universalità del SSL e della continuità terapeutica e assistenziale, attraverso l'implementazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale e l'integrazione con le politiche sociali di competenza delle autonomie locali, coinvolgendo tutti i soggetti pubblici e privati, insistenti sul territorio lombardo, nel rispetto delle relative competenze e funzioni;

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;**(13)**

k) promozione delle forme di integrazione operativa e gestionale tra i soggetti erogatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del SSL e attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale nell'individuazione delle soluzioni gestionali dei servizi a livello territoriale;

l) promozione e sostegno all'attività di ricerca, sperimentazione e innovazione biomedica e sanitaria in tutte le componenti del SSL e collaborazione con le università con la finalità di promuovere la formazione del personale;

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;**(14)**

l ter) consolidamento dei rapporti con gli ordini professionali sanitari;**(14)**

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;**(14)**

m) valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie, tecnico-amministrative e sociali con l'obiettivo di ottenere una costante evoluzione della loro professionalità a beneficio del SSL;**(15)**

n) attuazione dell'attività di prevenzione e di promozione della salute in coerenza con il piano regionale della prevenzione;

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;**(16)**

n ter) potenziamento e sviluppo della sanità digitale;**(16)**

n quater) potenziamento e sviluppo della medicina preventiva;**(16)**

n quinquies) multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e integrazione nei percorsi di cura e riabilitazione anche attraverso il consolidamento dei rapporti con gli ordini professionali sanitari;**(16)**

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;**(16)**

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;**(16)**

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;**(16)**

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;**(16)**

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;**(16)**

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.**(16)**

Art. 3

(Finalità) (17)

1. La Regione, nell'ottica dell'integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali nell'ambito del SSL, attraverso il SSR:

a) tutela il diritto alla salute del cittadino;

b) garantisce adeguati percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;

c) sostiene le persone e le famiglie;

d) promuove, in particolare, l'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale, favorendo la realizzazione di reti sussidiarie di supporto che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche; le reti sono finalizzate a tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da non autosufficienza e da patologie cronico-degenerative;

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).**(18)**

2. Ai fini della presente legge si intende per:

a) servizio sanitario, l'erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;

b) servizio sociale, l'erogazione di prestazioni assistenziali di supporto alla persona e alla sua eventuale famiglia;

c) servizio sociosanitario, l'erogazione di prestazioni e servizi a elevata integrazione sanitaria e sociale.

3. La Regione individua e promuove con il piano sanitario, sociosanitario e sociale integrato e con i piani di organizzazione strategico aziendali, di cui all'articolo 17, anche azioni che:

a) favoriscono l'appropriatezza clinica ed economica;

b) garantiscono la parità di accesso alle prestazioni e l'equità nella compartecipazione al costo delle stesse;
c) incentivano la responsabilità della persona e della sua famiglia;
d) contemplano anche il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi.

4. Per la stesura del PSSL la Regione si può avvalere degli organismi di cui all'articolo 5 comma 13 e del dipartimento di coordinamento unico delle ATS istituito presso l'assessorato competente. **(19)**

5. La Regione nell'ambito delle proprie competenze, in applicazione dei principi di cui all'articolo 2, al fine di garantire un accesso appropriato, unico ed integrato al SSL, definisce, anche attraverso l'introduzione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni, le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate.

6. La Regione nell'ambito degli interventi sociosanitari garantisce la libertà di scelta e riconosce la persona quale destinatario delle azioni e degli interventi, anche sulla base della valutazione multidimensionale personalizzata del bisogno. A tali fini istituisce anche un sistema di buoni e voucher da destinare agli utenti.

7. L'accesso alla rete delle unità d'offerta sociosanitarie prevede la compartecipazione al costo delle prestazioni per la parte non a carico del fondo sanitario lombardo, nel rispetto della disciplina nazionale inerente i livelli essenziali di assistenza, secondo modalità e criteri stabiliti dalla Giunta regionale. La Giunta definisce, anche individuando forme sperimentali, le modalità e i protocolli per consentire alle persone con bassa capacità reddituale di accedere alla rete di offerta sociosanitaria, anche attraverso la modulazione delle esenzioni e delle compartecipazioni in base al reddito, anche secondo criteri di progressività e in base alla situazione familiare.

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.**(20)**

Art. 3 bis

(21)

Art. 4

(Piano sociosanitario integrato lombardo)(22)

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.**(23)**

2. Il PSSL, coerentemente con il piano sanitario nazionale (PSN), declina gli obiettivi del Piano Regionale di Sviluppo (PRS), ha durata quinquennale e può essere aggiornato annualmente con il documento di economia e finanza regionale (DEFR).**(24)**

Art. 4 bis

(Piano regionale della prevenzione)(25)

1. La Regione promuove le attività di prevenzione e di promozione della salute con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisica, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio individuali e ambientali, di ridurre le disuguaglianze favorendo l'accesso alle attività di prevenzione e indicata dalle linee guida sanitarie.

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.**(26)**

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.**(26)**

2. Le attività di programmazione di prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, l'igiene degli alimenti e della nutrizione, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi individuali e ambientali, vengono svolte dal dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS di cui all'articolo 6, comma 6 che coordina anche la rete dei soggetti erogatori delle prestazioni di prevenzione rivolte al singolo individuo e i dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST, in coerenza con il piano regionale della prevenzione (PRP).**(27)**

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. Spetta alla Giunta apportare modifiche al PRP che consistano nel mero recepimento di indicazioni nazionali o nella mera correzione di refusi. Le indicazioni di carattere organizzativo sono rinviate a specifici atti di programmazione. **(28)**

4. Le attività di promozione della salute e di prevenzione primaria collettiva sono svolte dalle ATS e dalle ASST secondo le relative funzioni e attraverso le proprie articolazioni territoriali coinvolgendo anche soggetti quali enti locali, associazioni di volontariato, altri enti del terzo settore ed erogatori di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.**(29)**

5. Il PRP ha durata quinquennale e definisce, in coerenza con il piano nazionale della prevenzione, in quale cornice di valori e principi si sviluppa la pianificazione della prevenzione, con particolare riferimento a:**(30)**

a) la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione;

b) processi di promozione della salute che attivino il ruolo delle politiche non sanitarie;

c) l'integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del servizio sociosanitario e in particolare l'integrazione territoriale, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria; il lavoro di rete tra operatori, enti e istituzioni coinvolte, a vario titolo, nelle attività di prevenzione e promozione della salute;**(31)**

d) l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione della prevenzione basata su prove e di evidenza scientifica;

e) la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori, indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori.

6. Il PRP individua i seguenti ambiti di intervento prioritari:**(32)**

a) il miglioramento dell'ambiente fisico, sociale ed economico;

b) l'intervento precoce per la diffusione di stili di vita, nelle sue diverse fasi, per una buona salute e la prevenzione delle malattie cronico-degenerative;

c) la prevenzione delle malattie infettive prevenibili con vaccinazioni secondo le indicazioni dei piani e dei calendari vaccinali;

d) una visione ampia della salute che ricerchi anche le interazioni migliori con i servizi che operano nel campo della salute mentale e per il contrasto alle dipendenze, in modo da rafforzare le azioni che consentono la sorveglianza di varie forme di disagio individuale e sociale e la loro prevenzione.

7. Il PRP inoltre deve:

a) individuare evidenze scientifiche a sostegno delle scelte operative;

b) garantire il corretto utilizzo delle risorse, oltre che il conseguimento del risultato vero di salute;

c) valutare quantitativamente e qualitativamente i risultati raggiunti anche dal punto di vista clinico;

d) costituire strumento per la revisione e la conseguente riprogrammazione degli interventi.

Art. 4 ter

(Piano regionale strategico operativo influenzale)(33)(34)

1. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, approva, in coerenza con il piano pandemico nazionale, un piano regionale strategico operativo influenzale che ne costituisce declinazione a livello locale. Il piano regionale strategico operativo influenzale ha durata triennale ed è aggiornato in funzione dei dati epidemiologici, in coerenza con lo stesso piano nazionale**(35)**

Art. 5

(Funzioni della Regione)(36)

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.**(37)**

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 e dei PLS, 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).**(37)**

3. La Regione dispone il reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale e determina i livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini nel rispetto della normativa specifica statale. Assicura, sia a livello centrale sia periferico, una adeguata separazione organizzativa delle funzioni di programmazione, acquisto e terzietà dei controlli, distinguendole da quella di erogazione delle prestazioni. Definisce le regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, nonchè le relative tariffe delle prestazioni, compresa la tariffa di presa in carico della cronicità attraverso un sistema in continuo aggiornamento.**(38)**

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.**(39)**

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.**(40)**

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.**(40)**

5. La Regione promuove lo sviluppo e la diffusione di sistemi informativi accessibili sulla qualità delle strutture sanitarie e sociosanitarie, rendendo disponibili dati relativi all'offerta di servizi, ai volumi di attività, alle performance conseguite, nonché alle competenze dei soggetti erogatori.

5 bis. Nell'ambito della competente direzione generale della Giunta regionale è istituita la funzione di promozione del servizio sociosanitario lombardo sul territorio nazionale e a livello internazionale, al fine di sostenere l'innovazione, la ricerca e l'assistenza nelle strutture di riferimento specialistico, 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. **(41)**

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, le ASST e, nel rispetto delle relative specificità, le fondazioni IRCCS di diritto pubblico e coordinate direttamente dalle unità organizzative di riferimento della direzione generale Welfare. Ferme restando le competenze dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo di cui all'articolo 11, tali unità operative supportano, in relazione a specifiche tematiche, la direzione generale competente nelle attività di sorveglianza sul territorio regionale, promuovono attività di audit, monitoraggio e verifica delle prestazioni erogate, analizzano i dati e gli esiti delle attività condotte, partecipano all'organizzazione e erogazione delle attività di formazione. Con deliberazione della Giunta regionale sono individuate le unità operative a valenza regionale che operano secondo gli indirizzi delle relative unità organizzative regionali.**(42)**

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.**(43)**

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.**(43)**

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.**(44)**

7. La Regione promuove con propri indirizzi l'appropriatezza clinica e organizzativa, l'utilizzo efficiente delle risorse, la valutazione della qualità dei servizi, declinata in termini di accessibilità, efficacia e gradimento degli utenti, la definizione di adeguate metodologie di monitoraggio e controllo dei servizi. In particolare, la Regione, nell'esercizio della predetta funzione di indirizzo:

a) definisce, consultate le autonomie locali secondo le modalità di cui all'articolo 20, la programmazione territoriale, sulla scorta dei dati epidemiologici e in base a criteri di efficacia, efficienza e valutazione degli esiti, anche avvalendosi di modelli previsionali;

b) predispone un programma di valutazione, secondo le più aggiornate metodologie, dell'efficacia delle tecnologie, delle prestazioni, dei modelli assistenziali, dei farmaci, di programmi e offerte nel campo della promozione della salute e della prevenzione e per favorire il potenziamento delle cure palliative;**(45)**

c) sulla base delle valutazioni di cui alla lettera b), fornisce indicazioni circa l'utilizzo appropriato ed efficace di farmaci, dispositivi medici e il governo dell'innovazione in questi settori;**(46)**

d) elabora linee guida per garantire uniformità di approccio nella cura di patologie e nell'utilizzo di tecnologie diagnostico terapeutiche;

e) elabora modelli previsionali ed epidemiologici utili alla programmazione, collaborando con le società scientifiche e con i centri di ricerca;

f) mette in atto le opportune strategie per promuovere l'appropriatezza delle cure, promuovendo la presa in carico responsabile e continuativa;**(47)**

g) garantisce l'attività di governo del sistema delle cure primarie, secondo quanto demandato dalla contrattazione nazionale;

h) promuove la crescita di una cultura della salute attraverso la diffusione di conoscenze e di informazioni in grado di accrescere la capacità individuale e collettiva di autotutela nei confronti delle malattie e dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro;

i) attua interventi di comunicazione, educazione e promozione della salute in collaborazione con le istituzioni scolastiche, universitarie e scientifiche, gli organismi professionali e di categoria della sanità, le associazioni di volontariato e di tutela e in raccordo con le funzioni educative e di promozione culturale di competenza degli enti locali e delle altre istituzioni pubbliche;

j) definisce le linee di indirizzo in tema di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria avvalendosi della collaborazione tecnico – scientifica dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna; **(48)**

k) promuove e facilita progetti relativi a programmi di corretti stili di vita, di utilizzo responsabile dei farmaci, di monitoraggio e verifica dell'aderenza agli stessi programmi, al fine di migliorare l'educazione individuale alla salute;

l) stabilisce i volumi e le tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, di degenza e ambulatoriali che possono essere soddisfatti nella sede pubblica e in quella privata, secondo un corretto rapporto di integrazione, assicurando alle agenzie di tutela della salute la definizione di budget territoriali e riservando a queste ultime una quota da destinare in relazione agli specifici fabbisogni del territorio di competenza alla contrattazione locale con i soggetti erogatori, in coerenza con gli indirizzi di programmazione di cui al comma 6;**(49)**

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;**(50)**

m) verifica attraverso le relazioni sanitarie aziendali la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi;

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;**(51)**

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;**(52)**

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.**(52)**

8. Presso la competente direzione regionale opera in modo stabile e continuativo il Centro regionale di farmacovigilanza, già istituito dalla Giunta regionale, che partecipa alla rete europea e nazionale di farmacovigilanza in attuazione della direttiva 2010/84/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 15 dicembre2010, del regolamento di esecuzione (UE) n. 520/2012 della Commissione del 19 giugno 2012 e del decreto del Ministero della salute 30 aprile 2015.**(53)**

9. La Regione, in coerenza con la normativa nazionale ed europea, promuove e coordina la collaborazione anche con le realtà economiche, produttive e commerciali locali ed internazionali, finalizzata al miglioramento degli standard qualitativi e al concorso del SSL al rilancio strategico e socioeconomico territoriale della Lombardia, anche attraverso lo sviluppo di progetti di cooperazione internazionale e di partenariato in ambito sanitario, pubblicando annualmente una relazione sul sito della Regione.

10. La Giunta regionale definisce strategie di gestione del rischio clinico delle strutture pubbliche attraverso un percorso uniforme e integrato inteso a prevenire eventi avversi ed utili a fornire alle medesime strutture e, per quanto di competenza, ai professionisti forme di copertura assicurativa o di altre analoghe misure che forniscano strumenti per la copertura dei rischi e dei danni derivanti da responsabilità professionale, nonché da responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori d'opera. Tali strategie sono finalizzate a garantire livelli uniformi di tutela del paziente e degli operatori a livello di sistema regionale, assicurando omogeneità nella gestione e valutazione dei sinistri, attraverso la determinazione di criteri e obiettivi per la definizione transattiva e stragiudiziale dei medesimi, per ottenere la riduzione dei tempi e determinare la complessiva congruità dei risarcimenti eventualmente riconosciuti da parte degli operatori del SSL.**(54)**

11. Ferme restando le disposizioni legislative vigenti in materia assicurativa, anche attraverso il coinvolgimento delle categorie professionali interessate, la Regione definisce in sede di approvazione del PSSL le aree di rischio clinico rispetto alle quali è necessario sviluppare i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) da utilizzare come linee guida del SSL, finalizzate ad ottenere la riduzione della pratica della cosiddetta medicina difensiva 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.**(55)**

12. La Regione promuove e sostiene l'attività di ricerca, innovazione e sperimentazione e coordina, anche avvalendosi della Fondazione regionale per la ricerca biomedica, le attività nell'ambito della rete di strutture specialistiche di riferimento, nonché, nel rispetto del principio di autonomia, l'alta specializzazione degli IRCCS.

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.**(56)**

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.**(57)**

14. (58)

15. La Regione, graduando l'attivazione in funzione delle disponibilità finanziarie, può introdurre nel SSL la presa in carico delle malattie rare, delle terapie con ausilio di animali e delle cure odontoiatriche e della salute del cavo orale, prevedendo, con appositi atti di Giunta regionale, i relativi meccanismi di accreditamento e contrattualizzazione analogamente alle altre prestazioni erogate dal SSL.

16. La Regione favorisce la crescita e lo sviluppo dei soggetti pubblici e privati, erogatori e non, appartenenti anche al terzo settore, anche attraverso la definizione di modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo. La Regione promuove ed elabora, altresì, forme e modelli di integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, sentiti i tavoli tecnici e tematici, al fine di dare concreta e piena attuazione al principio di sussidiarietà orizzontale e di valorizzare la piena espressione delle rispettive capacità progettuali, tenuto conto delle caratteristiche di ciascuno nel sistema delle relazioni che concorrono ai diversi ambiti del SSL 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).**(59)**

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. **(60)**

17. La Regione assicura l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari attraverso tutti i soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata, ivi compresi gli IRCCS di diritto pubblico e privato e favorisce l'integrazione con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.

Art. 5 bis

(Osservatorio epidemiologico regionale)(61)

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

a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del servizio sanitario, di strumenti di osservazione epidemiologica secondo una metodologia di rilevazione programmata al fine di produrre statistiche sanitarie omogenee;

b) raccogliere dai vari livelli del servizio sanitario dati che riguardano lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione;

c) elaborare i dati contenuti nei flussi informativi provenienti dai vari livelli del SSL, compresi quelli previsti dalla normativa nazionale e regionale, al fine di produrre statistiche sanitarie relative allo stato di salute e alle fragilità;
d) in coerenza con il principio one health, fornire tutte le informazioni di supporto necessarie alle diverse direzioni generali della Giunta regionale per l'attuazione delle attività di programmazione sanitaria, di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza in materia sanitaria, di controllo di qualità delle prestazioni sanitarie;**(62)**
e) acquisire informazioni di interesse epidemiologico da fonti internazionali, nazionali e regionali;
f) identificare i fattori responsabili della patogenesi delle malattie e individuare le condizioni individuali e ambientali che predispongono all'insorgenza di malattie;
g) programmare e attuare indagini volte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario e sociosanitario e migliorare gli interventi sanitari;**(63)**
h) assicurare il ritorno delle informazioni raccolte ed elaborate agli operatori delle aziende sanitarie, nonché la diffusione ai cittadini attraverso l'accessibilità on line e la pubblicazione sul sito web di rapporti e analisi; **(64)**
i) osservazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) utilizzati in Lombardia, al fine di ottimizzare le prestazioni eseguite dal SSR ed evitare interventi inappropriati;**(65)**
j) fornire tutte le informazioni e dati di supporto necessari alle diverse direzioni generali della Giunta regionale e al Ministero della Salute per l'attuazione delle leggi regionali e nazionali.

2. L'Osservatorio epidemiologico attiva collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni, con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto superiore di sanità, con le università, gli enti di ricerca e con le strutture sanitarie pubbliche e private, anche di livello internazionale, in grado di fornire supporto per il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 1. **(66)**

3. La Regione provvede a predisporre rapporti periodici sul quadro epidemiologico regionale e territoriale, il cui confronto cronologico evidenzi i risultati in termini di riduzione della mortalità, della incidenza delle malattie e degli indicatori degli obiettivi di salute.

Art. 6

(Agenzie di tutela della salute)(67)

1. Sono istituite le agenzie di tutela della salute, di seguito denominate ATS, come da allegato 1 che costituisce parte integrante della presente legge.

2. Le ATS sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie. L'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata. Le ATS garantiscono l'integrazione di tali prestazioni con quelle sociali di competenza delle autonomie locali. Le ATS stipulano contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PSSL. In particolare, le ATS devono garantire l'attuazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i).**(68)**

3. Alle ATS sono in particolare attribuite le seguenti funzioni:**(69)**
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;**(70)**

a) negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione, come previsto dall'articolo 5, comma 3; su richiesta dei comuni e ai fini di una migliore integrazione con le prestazioni sociosanitarie, le ATS possono estendere tali attività anche alle prestazioni sociali, i cui oneri non possono comunque gravare sul fondo sanitario regionale;

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;**(71)**

c) **(72)**

d) governo e diffusione dei programmi di promozione della salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione; **(73)**

d bis) programmazione, controllo e governo delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST;**(74)**

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;**(75)**

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;**(76)**

g) **(77)**

h) attuazione degli indirizzi regionali, governo territoriale e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica;**(78)**

i) vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le cadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11;

i bis) coordinamento, per il territorio di competenza, delle politiche di investimento, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale;**(79)**

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;**(79)**

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.**(79)**

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).**(80)**

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).**(81)**

6. Ogni ATS adotta l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà territoriale, sottoponendola all'approvazione della Giunta regionale e si articola nei seguenti dipartimenti:**(82)**

a) dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria;

b) **(83)**

c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie 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);**(84)**

d) dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale;

e) dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali;

f) dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali, con la possibilità di attivare una cabina di regia con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento, la cui composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'ATS secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale, anche al fine di risolvere le situazioni di criticità di natura sanitaria e sociosanitaria riscontrate nel territorio di propria competenza.**(85)**

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.**(86)**

7. Le ATS provvedono alla riscossione dei ticket anche sulle proprie prestazioni sanitarie, nonché all'autorizzazione e al coordinamento della riscossione diretta da parte dei soggetti erogatori che ne facciano richiesta e, in tutti i casi di accertamento di dichiarazioni mendaci rese dagli interessati ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, procedono al recupero delle somme non riscosse, nonché all'applicazione, secondo le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689 (Modifiche al sistema penale) e della legge regionale 1 febbraio 2012, n. 1 (Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria), della sanzione amministrativa pecuniaria di cui all'articolo 316-ter, secondo comma, del codice penale. Le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dalle ATS.**(87)**

8. Le ATS ispirandosi ai principi di cui all'articolo 2, al fine di garantire un'efficace, efficiente, appropriata ed economica integrazione delle attività di erogazione dei servizi del SSL, possono prevedere modelli di coordinamento delle attività erogate da tutti i soggetti pubblici e privati nell'ambito del territorio di rispettiva competenza.**(88)**

9. Quanto previsto dal comma 8 avviene mediante la stipula di specifici accordi che non possono modificare, né tutto né in parte, i criteri, le modalità e l'ammontare delle remunerazioni delle prestazioni erogate oggetto dell'accordo, fatta salva la preventiva ed espressa autorizzazione della Regione.**(89)**

10. Con le medesime modalità ed i limiti di cui ai precedenti commi, le ATS possono autorizzare la stipula di accordi anche con soggetti privati accreditati di cui all'articolo 8, purchè in possesso di tutti i requisiti necessari per lo svolgimento dell'attività richiesta e previo espresso e preventivo consenso degli stessi soggetti privati.

11. Le ATS, coerentemente con il PSSL di cui all'articolo 4, comma 1, lettere a) e b), e in applicazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 7, possono concordare con i soggetti erogatori che operano sul proprio territorio di competenza di modificare la propria offerta, al fine di rispondere con maggiore appropriatezza ai bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini. In mancanza di un'adeguata offerta territoriale, le ATS adeguano la propria attività di programmazione per rispondere alla domanda inevasa di prestazioni sociosanitarie e sanitarie.**(90)**

11 bis. Le ATS autorizzano l'assegnazione ad altra destinazione dei beni immobili trasferiti ai comuni a seguito dello scioglimento degli enti comunali di assistenza, ovvero dei beni delle ex IIPPAB, trasferiti ai sensi dell'articolo 6, comma 5, della legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1 (Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia) o devoluti ai comuni in periodo antecedente, nonché gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali sui medesimi beni. Il provvedimento è adottato entro novanta giorni dal ricevimento della richiesta, previa acquisizione del parere dell'Assemblea dei sindaci dei comuni compresi nel distretto competente per territorio.**(91)**

Art. 7

(Aziende socio sanitarie territoriali e aziende ospedaliere)(92)

1. Sono istituite le aziende socio sanitarie territoriali, di seguito denominate ASST, come da allegato 1.

2. Le ASST, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del servizio, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Tale attivitàè volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10 e delle farmacie convenzionate, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale. In particolare le ASST operano garantendo la completa realizzazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i).**(93)**

3. Fermo restando il principio della libera scelta da parte del cittadino e in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), le ASST garantiscono e valorizzano il pluralismo socioeconomico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali, e degli enti del terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e assicurano un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

4. 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. La remunerazione delle prestazioni connesse allo svolgimento di tali incarichi s'intende ricompresa nel compenso pattuito al momento del conferimento della nomina da parte del direttore generale delle funzioni e dell'incarico di direttore sanitario e direttore sociosanitario delle ASST.**(94)**

5. Considerata la complessità organizzativa e funzionale dei settori aziendali delle ASST, la direzione generale deve garantire sia la specificità che il coordinamento delle attività svolte dai rispettivi settori aziendali. 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.**(95)**

6. Il direttore generale, che mantiene la piena potestà gestionale delle ASST, può revocare una o entrambe le funzioni di direzione dei settori aziendali conferiti per ragioni organizzative e gestionali.

7. Il direttore amministrativo, tenuto conto degli obiettivi aziendali dei settori polo territoriale e polo ospedaliero, sovraintende per quanto di propria competenza all'attività contabile ed amministrativa dei settori aziendali, garantendo l'unicità e l'universalità del bilancio delle ASST.**(96)**

8. Ai settori aziendali polo ospedaliero e polo territoriale afferiscono le professioni sanitarie, ordinate sulla base di una specifica organizzazione, da definire nei piani di organizzazione aziendale, che garantisca una direzione delle attività di assistenza, tecnico sanitaria, prevenzione e riabilitazione, nelle aree previste dalla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonchè della professione ostetrica). A tal fine la redazione delle linee guida dei POAS deve prevedere la valorizzazione di tutte le aree delle professioni sanitarie.**(97)**

9. Il settore aziendale polo ospedaliero si articola in presidi ospedalieri e in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri. Questo settore è prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta.**(98)**

10. 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. La Giunta regionale dispone, nell'adozione del PPOAS, che in ogni ASST sia individuato il polo ospedaliero costituito da almeno un presidio ospedaliero.**(99)**

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. **(100)**

11 bis. Al polo territoriale delle ASST afferiscono comunque i seguenti dipartimenti:**(101)**

a) dipartimento di cure primarie;
b) dipartimento della salute mentale e delle dipendenze;
c) dipartimento funzionale di prevenzione.

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.**(102)**

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:**(103)**

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.

14. Le ASST gestiscono gli ospedali di comunità e le case di comunità direttamente, ovvero anche mediante la stipulazione di accordi tra le stesse e altri soggetti erogatori accreditati, validati dalla competente ATS. Tali presidi possono essere preferibilmente organizzati in collegamento funzionale con le unità complesse di cura primarie e con la rete delle farmacie convenzionate, garantendo il coordinamento con l'attività degli specialisti ambulatoriali, anche attraverso il relativo elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC). Tali presidi devono essere ben identificabili dal cittadino e costituiti all'interno di strutture, quali presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture territoriali e unità d'offerta sociosanitarie, collegate in via informatica con l'azienda di appartenenza e dotate di strumentazioni di base, che costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle

cronicità e delle fragilità, e concorrono a garantire la continuità delle cure.**(104)**

15. Gli ospedali di comunità sono strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSSL, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari. **(105)**

16. Le case di comunità, che svolgono le loro funzioni anche in collaborazione con le farmacie convenzionate ai sensi del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 e la cui distribuzione territoriale è attuata in applicazione delle linee di indirizzo nazionali e in coerenza con il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), approvato con decisione del Consiglio dell'Unione europea del 13 luglio 2021, e con la programmazione regionale e in cui operano i professionisti menzionati nel suddetto Piano ivi inclusi i MMG o i PLS riuniti in associazione o in cooperativa:**(106)**

a) erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità garantendo l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali;**(107)**

b) possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente;

c) promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria;

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 comunitàè 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 comunitàè prevista la presenza del servizio sociale professionale del SSR, dello psicologo e del consultorio.**(108)**

17. Gli ospedali di comunità possono essere organizzati secondo le modalità previste per l'ospedale di comunità di cui al punto 10.1 dell'Allegato 1 del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70. **(109)**

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.**(110)**

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.**(110)**

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. **(111)**

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.**(112)**

19. Nell'ambito della ATS della Città Metropolitana di Milano e dei territori facenti parte delle comunità montane, nonché dei capoluoghi di provincia situati in aree montane, in ragione della peculiarità territoriale, possono essere individuati dalla Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentite le conferenze dei

sindaci territorialmente competenti, particolari modelli gestionali, organizzativi ed aziendali che consentono un miglioramento della rete dell'offerta e una sua razionalizzazione; in relazione all'ATS Montagna, la Giunta può valutare l'attribuzione alle singole ASST delle funzioni di cui all'articolo 6, comma 3, lettere b), d), e), f) e g). **(113)**

20. Fatto salvo quanto definito al comma 2, le singole funzioni disciplinate nel presente articolo possono, in ogni caso, essere svolte anche da soggetti di diritto privato di cui all'articolo 8.

Art. 7 bis

(Distretti)(114)

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.**(115)**

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. **(116)**

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.**(115)**

3. I distretti con la direzione sociosanitaria delle ASST assicurano che le ASST e i soggetti erogatori del SSL abbiano risorse sufficienti per garantire l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni distrettuali.**(117)**

4. I distretti partecipano alla cabina di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f).

5. I distretti, nell'ambito delle risorse assegnate, hanno autonomia economica-finanziaria, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle funzioni assegnate e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, compreso il coordinamento delle attività. I distretti contribuiscono alla programmazione per la realizzazione della rete d'offerta territoriale, al fine di:**(118)**

a) fornire informazioni alle ATS per l'analisi della domanda del territorio e per la programmazione delle attività;**(119)**

b) partecipare alle azioni di governo della domanda del territorio di propria competenza in collaborazione con i professionisti di cui all'articolo 10;

c) contribuire a garantire le attività di informazione, educazione e orientamento all'utenza, nonché all'accoglienza e alla presa in carico delle persone fragili con problematiche complesse, prestando particolare attenzione alla famiglia e al suo contesto di vita;

d) coordinare la realizzazione degli interventi di promozione della salute e la realizzazione delle campagne di screening.

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.**(120)**

7. L'erogazione delle prestazioni relative alle funzioni distrettuali di cui al comma 6 sono affidate alle ASST ed ai soggetti erogatori del SSL, fatta eccezione per quelle prestazioni che le ATS, conformemente a quanto previsto dalle presente legge, possono erogare direttamente. In ogni caso, l'erogazione delle prestazioni distrettuali è garantita e assicurata dall'attività di programmazione e acquisto delle prestazioni e dei servizi da parte delle ATS.

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).**(121)**

Art. 7 ter

(Le fondazioni IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia)(122)

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. 8

(Strutture private accreditate) (123)

1. I soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari che mantengono la propria autonomia giuridica e amministrativa rientrano nella programmazione e nelle regole del SSL e ne sono parte integrante, concorrono all'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 7, in relazione al proprio assetto giuridico ed amministrativo.

2. I soggetti erogatori di cui al comma 1, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale e in coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS competenti per le prestazioni previste dalla programmazione di cui al comma 1 contratti analoghi a quelli previsti per le ASST e le AO di cui all'articolo 7, assumendo e rispettando i medesimi diritti e doveri, ove applicabili, previsti per le strutture pubbliche senza contributi aggiuntivi diversi da quelli previsti dalla presente legge.**(124)**

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).**(125)**

3. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle strutture private sociali ai fini dell'integrazione dell'attività sociale con le attività sanitarie e sociosanitarie compatibilmente con la normativa nazionale e regionale.

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.**(126)**

Art. 8 bis

(Ospedali classificati)(127)

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)(127)

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. 9

(Modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile) (128)

1. Il SSL attiva modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere sia territoriali.

2. La Regione adotta e mantiene aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponde una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito, fatte salve eventuali forme di integrazione della tariffa prevista per il ricovero.

3. La Regione a tali fini definisce in particolare:

a) le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno;

b) i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica o privata, che intendono attuare il modello di cui al comma 2, anche prevedendo un sistema premiante e penalizzante in funzione degli esiti riferiti all'incidenza di ricoveri e complicanze dei percorsi per la cronicità.

4. L'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 2 e 3 può prevedere fasi di progressiva e graduale messa a regime.

Art. 10

(Sistema delle cure primarie) (129)

1. L'assistenza primaria viene erogata dai medici di medicina generale (MMG), dai pediatri di libera scelta (PLS) e dai medici di continuità assistenziale secondo quanto previsto nei LEA e negli accordi collettivi nazionali e di categoria, nonché secondo competenza e ruolo disciplinati dalla Regione Lombardia, in aderenza ai principi di valorizzazione, di

responsabilità, di controllo e di formazione indipendente.

2. L'assistenza primaria, che comprende anche la partecipazione alla procedura di valutazione multidimensionale del bisogno, articola il proprio intervento secondo i seguenti livelli prestazionali:

a) l'assistenza sanitaria primaria;

b) la partecipazione alla presa in carico della persona fragile e cronica secondo i modelli di cui all'articolo 9;

c) gli interventi in ambito di integrazione sanitaria e sociosanitaria con quella sociale, che può prevedere il coinvolgimento delle autonomie locali, mediante la partecipazione delle rispettive assistenti sociali.

3. Rientrano tra le forme organizzative dell'assistenza sanitaria primaria le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) di MMG e di PLS, e le unità complesse di cure primarie (UCCP), come previsto dal decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute) convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e dagli accordi collettivi nazionali di categoria. La Regione promuove nelle competenti sedi, compresa la contrattazione decentrata, il perseguimento dei seguenti obiettivi riferiti all'assistenza sanitaria primaria che:

a) è erogata negli studi di MMG e anche al domicilio del paziente, garantendo l'accesso diretto e illimitato;

b) assicura un accesso appropriato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie attraverso la personalizzazione del percorso assistenziale, il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti sanitari presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie e l'interazione con le cure di alta specialità;

c) concorre al contrasto dell'inappropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;

d) concorre alle campagne di educazione alle terapie e di prevenzione delle malattie e delle loro complicanze secondo le indicazioni stabilite dalle ATS;

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.**(130)**

4. Fatti salvi i contenuti degli accordi collettivi nazionali di categoria le AFT sono coordinate da uno dei componenti medici che ne fanno parte, con attitudini manageriali e relazionali e adeguata conoscenza dei processi sanitari e sociosanitari. Il coordinatore garantisce il raccordo tra le AFT con gli altri attori del sistema territoriale per assicurare la continuità di presa in carico della persona nell'ambito del settore ospedaliero e del settore territoriale.**(131)**

5. Le ASST individuano le AFT tenendo conto del bacino territoriale, dell'ubicazione dei singoli studi dei medici e della presenza di associazioni di MMG o PLS, al fine di mantenere o realizzare una ulteriore razionalizzazione dell'offerta, anche in termini di accessibilità alle prestazioni.**(132)**

6. Negli studi di MMG e di PLS è favorita la presenza di personale di studio, di infermieri e la collaborazione di professionisti sanitari con adeguato profilo professionale. Gli studi di MMG possono accreditarsi per erogare prestazioni strumentali di primo livello, anche attraverso il ricorso a sistemi di telemedicina o altre soluzioni tecnologicamente avanzate, e possono essere sede di attività specialistiche ambulatoriali compatibili con le caratteristiche strutturali e organizzative.

7. Le azioni di presa in carico della persona, nella prospettiva della continuità assistenziale e nella gestione dei percorsi di cura e assistenza, sono assicurate dalle AFT e dalle UCCP. Le UCCP, che possono coordinare le AFT insistenti sul territorio di pertinenza, costituiscono forme organizzative complesse a carattere multiprofessionale che operano in maniera integrata all'interno di strutture o presidi.

8. Le UCCP sono costituite secondo le modalità stabilite dalla Regione e dirette secondo quanto previsto dal d.l. 158/2012 convertito dalla l. 189/2012. Alle UCCP possono essere affidate funzioni sanitarie e amministrative, quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione ed erogazione protesica. Le UCCP possono essere autorizzate ad operare in integrazione funzionale con il settore ospedaliero delle ASST di cui all'articolo 7, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS e degli altri soggetti erogatori sanitari e sociosanitari di diritto pubblico e privato.**(133)**

9. Con deliberazione della Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, sono definiti i requisiti organizzativi e i criteri funzionali per l'accreditamento e le modalità di integrazione delle UCCP con l'articolazione della rete di offerta, fatti salvi i contenuti degli accordi collettivi nazionali di categoria. Nell'ambito delle UCCP è prevista l'attività di coordinatore di cure primarie, identificato tra i professionisti sanitari, per la gestione del piano di cure, predisposto dal medico di cure primarie, con particolare riguardo all'assistenza primaria e domiciliare, al fine di assicurare la collaborazione e il raccordo tra gli MMG e le articolazioni territoriali sanitarie e sociosanitarie, per accogliere e accompagnare la persona e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e alle opportunità della rete di offerta territoriale ed ospedaliera, sanitaria e sociosanitaria.**(134)**

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 e delle professioni sanitarie, intesi come 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).**(135)**

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.**(136)**

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. **(137)**

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)".**(137)**

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.**(137)**

Art. 10 bis(138)

Art. 11

(Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo)(139)(140)

1. La Regione istituisce l'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo quale ente di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile.**(141)**

2. Sono organi dell'Agenzia di controllo che restano in carica per la durata della legislatura e comunque fino alla nomina dei nuovi**(142)**:

a) 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; il rapporto di lavoro del direttore è regolato da un contratto di diritto privato, di durata non superiore a cinque anni, rinnovabile, nel quale sono disciplinate gli aspetti retributivi e le cause di risoluzione; per quanto attiene gli aspetti previdenziali e assistenziali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, comma 11, del d.lgs. 502/1992;**(143)**

b) il collegio sindacale, secondo la composizione di cui all'articolo 3 ter, comma 3 del d.lgs. 502/1992;

c) il comitato di direzione, alle cui riunioni partecipa anche il direttore, è composto da tre membri nominati dal Presidente della Giunta regionale, su indicazione della Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza del Consiglio regionale, individuati da un elenco stilato dal comitato tecnico consultivo di cui all'articolo 4 della l.r. 32/2008, tra i partecipanti ad un bando predisposto dalla Giunta regionale per la selezione di candidati con particolare esperienza di gestione dei sistemi sanitari e socio sanitari e di sistemi di qualità connessi all'attività sanitaria e sociosanitaria e con specifiche competenze legali e gestionali. Il comitato tecnico consultivo, in particolare, individua nell'elenco le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il triplo ed il quadruplo dei membri da nominare, anche avvalendosi per la selezione, di test, questionari e/o colloqui individuali, e descrive le caratteristiche dei candidati individuati.

3. La Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza può conferire l'incarico di membro del comitato di direzione anche ad altro soggetto, purchè inserito nell'elenco di cui alla lettera c).

4. L'Agenzia di controllo, quale organismo tecnico-scientifico terzo ed indipendente, svolge le seguenti funzioni:

a) predispone e propone alla Giunta regionale che lo approva, previo parere della commissione consiliare competente, il piano annuale dei controlli e dei protocolli; la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS deve essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi. 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;**(144)**

a bis) verifica la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS;**(145)**

b) programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS, in accordo con le ATS di competenza su tutto il territorio regionale;

c) definisce gruppi di lavoro multidisciplinari, attingendo dalle strutture di cui alla lettera a), provenienti da più ATS, per l'effettuazione delle diverse tipologie di controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie;

d) individua e valuta un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli, non limitato all'esame a campione, ma articolato in un diffuso raffronto di dati e indicazioni per prestazioni omogenee che garantiscano la rispondenza ai criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati, anche attraverso l'analisi dell'incidenza dei costi sui fattori di produzione dei soggetti erogatori;

e) valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della remunerazione delle funzioni non tariffabili e, in funzione degli esiti analitici, può proporre ulteriori indicatori alla Giunta regionale;**(146)**

f) valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione delle maggiorazioni tariffarie di cui all'articolo 27 bise può formulare proposte migliorative alla Giunta regionale;**(147)**

g) analizza i dati che derivano dall'attività di controllo e fornisce alla Giunta regionale elementi utili per l'aggiornamento del sistema degli indicatori di efficacia ed efficienza a supporto della programmazione, del sistema

di valutazione delle performance, utilizzando metodologie di revisione tra pari e al fine di rendere, mediante un'adeguata informazione, la scelta del cittadino consapevole e responsabile;

h) **(148)**

i) raccoglie i dati oggetto della propria attività di controllo del SSL e le informazioni sulla soddisfazione degli utenti, e con l'obbligo di presentare una relazione annuale al Consiglio regionale e di provvedere alla successiva pubblicazione integrale della relazione, completa di dati esaustivi, in modo puntuale e trasparente;**(149)**

i bis) sviluppa e valida indicatori di rischio in grado di rilevare in maniera tempestiva eventi sentinella specifici.**(150)**

5. Le funzioni di cui alle lettere a), d), e), f), g) e i) del comma 4 sono in capo al comitato di direzione. Le funzioni di cui alla lettera b) sono in capo al direttore generale. Le funzioni di cui alla lettera c) sono in capo al direttore generale, sentito il comitato di direzione. **(151)**

6. Il comitato di direzione valuta il raggiungimento degli obiettivi annuali assegnati al direttore generale, anche ai fini della valutazione sulla retribuzione di risultato, e propone alla Giunta regionale la risoluzione del contratto nel caso in cui ravvisi la sussistenza di gravi inadempienze o violazioni di legge o dei principi di buon andamento ed imparzialità dell'attività amministrativa.**(152)**

7. La Regione e tutti gli enti del sistema sono tenuti a fornire all'Agenzia tutti i dati e le informazioni utili all'espletamento dei compiti alla stessa affidati dalla presente legge.**(153)**

8. Qualora le ATS non si conformino alle richieste formulate dall'Agenzia, la stessa Agenzia invia alla Giunta regionale e alla competente commissione consiliare la segnalazione di tali omissioni, affinché la stessa Giunta provveda all'assunzione di provvedimenti opportuni nei confronti della ATS inadempiente.**(154)**

9. Ai fini della piena funzionalità dell'Agenzia, su proposta del comitato di direzione, la Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, definisce la sede, la struttura organizzativa, il patrimonio e le risorse professionali e finanziarie.

Art. 11 bis(155)

Art. 12

(Organi delle ATS, delle ASST, delle AO e degli IRCCS) (156)

1. Sono organi delle ATS, delle ASST e delle AO il direttore generale, quale legale rappresentante e responsabile della gestione complessiva, il collegio di direzione e il collegio sindacale. **(157)**

1 bis. I direttori generali sono nominati, per non più di due mandati consecutivi nella stessa sede, con deliberazione della Giunta regionale secondo le disposizioni del d.lgs. 502/1992 e del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria). Presso le aziende nelle quali si svolgono corsi delle facoltà di medicina e chirurgia, la nomina avviene d'intesa con il rettore dell'università interessata. L'intesa s'intende acquisita decorsi cinque giorni lavorativi dall'inoltro della proposta regionale, senza che pervenga formale e motivato diniego da parte del rettore.**(158)**

2. I direttori generali sono valutati da parte della Giunta regionale secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 171/2016. La Giunta regionale può, modificare, quanto alla sede di assegnazione, gli incarichi già conferiti ai direttori generali. La mobilità interaziendale non ha effetto sulla durata dell'originario contratto, e la mancata accettazione, senza giustificato motivo, del reincarico comporta la risoluzione del contratto.**(159)**

3. (160)

4. Nella deliberazione finalizzata alla formazione della rosa dei candidati fra i quali vengono scelti i direttori generali, la Giunta regionale definisce le modalità di selezione e specifica i criteri da utilizzare al fine di valutare in concreto l'adeguatezza dell'esperienza dirigenziale, anche con riferimento al settore di provenienza, tenuto conto della tipologia delle strutture nelle quali sia stata effettivamente svolta l'attività.**(161)**

5. (162)

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 le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il quadruplo e il quintuplo dei direttori da nominare. 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.**(163)**

6 bis. I direttori generali delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico sono individuati esclusivamente tra coloro che risultano inseriti nelle rosa regionale di cui al d.lgs. 171/2016 e non possono ricoprire l'incarico per più di due mandati consecutivi nella medesima fondazione.**(164)**

7. (165)

8. (165)

9. 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. La retribuzione è stabilita dalla Giunta regionale in ottemperanza al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502 (Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere), graduata secondo la complessità organizzativa e gestionale, il volume di produzione, il numero di abitanti e la superficie territoriale dell'ente in cui viene nominato, e prevedendo un incremento non superiore al venti per cento dell'emolumento, assegnato al raggiungimento degli obiettivi annualmente prefissati con apposita deliberazione della Giunta regionale, approvata entro il 30 novembre dell'anno precedente. 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.**(166)**

10. In coerenza con quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 2, e dall'articolo 3, comma 6, ultimo periodo, del d.lgs. 502/1992, entro il termine di sessanta giorni in caso di vacanza dell'ufficio o decorso il termine di sei mesi in caso di assenza o impedimento del direttore generale la Giunta regionale procede alla nomina di un nuovo direttore. Negli archi temporali di cui al primo periodo le funzioni del direttore generale sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano. Qualora sussista una comprovata e giustificata impossibilità di procedere alla nomina secondo il procedimento ordinario, la Giunta regionale conferisce l'incarico ad un commissario straordinario per un periodo massimo di dodici mesi. Il commissario, in relazione alle esigenze di carattere straordinario che ne determinano la nomina, è scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 del d.lgs. 171/2016. Durante il periodo di sospensione permane in capo al direttore generale sospeso il vincolo di esclusività di cui al comma 9. Per quanto riguarda il rimborso delle spese di difesa giudiziale, ai direttori generali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 99 della legge regionale 7

luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale).**(167)**

11. Entro novanta giorni dalla nomina del nuovo direttore generale o del commissario straordinario si provvede alla verifica straordinaria di cassa e dei valori custoditi in tesoreria, nonché delle poste patrimoniali. Alle operazioni di verifica partecipano il direttore generale cessato dall'incarico, il nuovo direttore generale o il commissario straordinario, il tesoriere e il collegio sindacale, che redige il verbale sottoscritto dai partecipanti alla verifica stessa. La Giunta ha facoltà di disporre apposite due diligence straordinarie e anche nei confronti di gestioni aziendali la cui direzione è esercitata dallo stesso titolare da più di cinque anni.

12. Il direttore generale nomina il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore sociosanitario, secondo quanto previsto dall'articolo 13. È facoltà del direttore generale procedere, con provvedimento adeguatamente motivato, alla revoca degli incarichi affidati al direttore sanitario, al direttore amministrativo e al direttore sociosanitario.

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

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

a) verifica la regolarità amministrativa e contabile;

b) vigila sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;

c) esamina e esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio.

15. Il collegio di direzione e il collegio sindacale sono nominati secondo le modalità previste dal d.lgs. 502/1992.

16. Ai componenti del collegio sindacale spetta un'indennità per l'espletamento delle funzioni in misura pari al dodici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali. Al presidente del collegio spetta un'indennità in misura pari al quindici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali.

16 bis. (168)

16 ter. (168)

Art. 13

(Direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore sociosanitario)(169)

1. I direttori generali delle ATS e delle ASST nominano il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore sociosanitario tra gli idonei presenti nell'elenco di cui ai commi 2, 3 e 4. I direttori generali delle AO e degli IRCCS nominano il direttore sanitario e il direttore amministrativo tra gli idonei presenti nell'elenco di cui ai commi 2 e 3.

2. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione sanitaria, i candidati devono essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia e di almeno un diploma di specializzazione e avere un'età inferiore a sessantacinque anni. Devono dimostrare di aver svolto per almeno cinque anni una qualificata esperienza dirigenziale caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, presso la pubblica amministrazione, strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private, come previsto dal d.lgs. 502/1992.

3. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione amministrativa i candidati dovranno essere in possesso di diploma di laurea magistrale o diploma equipollente o equivalente in discipline giuridiche o economiche, avere un'età inferiore a sessantacinque anni e un'adeguata esperienza di direzione tecnica o amministrativa almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie, sociosanitarie o in altri settori, caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie.

4. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione sociosanitaria, i candidati devono essere in possesso di diploma di laurea magistrale, non aver compiuto il sessantacinquesimo anno d'età e aver svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione in ambito sanitario, sociosanitario o socioassistenziale, caratterizzata da autonomia

gestionale delle risorse umane, tecniche o finanziarie.

5. (170)

6. (170)

7. (170)

8. L'inserimento negli elenchi degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina, che avviene tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconferibilità dell'incarico.**(171)**

9. I rapporti di lavoro dei direttori sanitario, amministrativo e sociosanitario sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato che stabiliscono anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a tre e non superiore cinque anni, con verifiche. 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.**(172)**

10. Agli elenchi di cui al comma 2 attingono anche le strutture sanitarie private classificate come dipartimento d'emergenza accettazione (DEA) o dipartimento d'emergenza e alta specialità (EAS) o provviste di più di duecentocinquanta posti letto accreditati e a contratto o appartenenti a un ente unico gestore di almeno due presidi ospedalieri accreditati e a contratto.

Art. 13 bis(173)

Art. 14(174)

Art. 15

(Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie) (175)

1. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria è rilasciata dall'ATS competente per territorio, che dispone anche le eventuali variazioni, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'autorizzazione in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico, ed è richiesta per le strutture sanitarie di ricovero e cura, nonché per i centri di procreazione medicalmente assistita e per la residenzialità psichiatrica. Tutte le altre strutture sanitarie, le strutture sociosanitarie e i soggetti che intendono svolgere attività di soccorso sanitario, trasporto sanitario semplice o di trasporto sanitario, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, presentano una segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) alla ATS competente per territorio, allegando i documenti previsti dalle vigenti normative.

2. La Giunta regionale, con deliberazione da comunicare alla commissione consiliare competente, stabilisce:

a) l'iter procedurale e i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie comprensive della presa in carico del cittadino, nonché le modalità di presentazione della SCIA;

b) le modalità di verifica della permanenza dei requisiti richiesti per l'esercizio delle attività di cui alla lettera a);

c) l'iter procedurale e i requisiti, ulteriori rispetto a quelli minimi, per la concessione dell'accreditamento, nonché la durata del medesimo accreditamento e le modalità di verifica della permanenza di tutti i requisiti richiesti;

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

3. Sono accreditate le strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate, nonché le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private che abbiano presentato la SCIA e che siano in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private), nonché degli ulteriori requisiti stabiliti dalla Giunta regionale.

4. Le ATS svolgono l'istruttoria per l'accreditamento e per eventuali variazioni dell'accreditamento, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'accreditamento in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico. **(176)**

5. Per le strutture pubbliche e private l'accreditamento è disposto con decreto dirigenziale della direzione regionale competente e si perfeziona all'atto dell'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate da parte della medesima direzione, previa verifica con gli atti di indirizzo regionale, nel rispetto della normativa vigente sulla trasparenza dei dati.**(177)**

6. L'accreditamento è condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'assunzione degli oneri di cui al primo periodo è subordinata, sulla base del fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance. La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate.

7. La Giunta regionale approva lo schema tipo in base al quale le ATS stipulano gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 con i gestori di attività sanitarie e sociosanitarie. Le ATS provvedono anche alle novazioni contrattuali che si rendano necessarie a seguito delle variazioni di accreditamento.

8. La stipula degli accordi contrattuali è subordinata alla produzione da parte dei soggetti di diritto privato di documentazione comprovante requisiti di solidità del bilancio, capacità di continuità aziendale e di ottemperanza agli obblighi di legge, così come specificati con provvedimento della Giunta regionale.

9. Non possono essere accreditati, o decadono dall'accreditamento, i soggetti privati erogatori di attività sanitarie e sociosanitarie che utilizzano, anche saltuariamente, in violazione delle disposizioni contenute nell'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), personale dipendente da aziende sanitarie e da strutture sanitarie e sociosanitarie del servizio sanitario nazionale.

10. L'accertamento, da parte dell'ATS competente per territorio, della perdita dei requisiti comporta la declaratoria di decadenza dall'accreditamento e dalla titolarità dei conseguenti rapporti con il servizio sanitario e sociosanitario regionale. Il provvedimento recante la declaratoria è adottato dalla direzione regionale competente ai fini della cancellazione dell'iscrizione nel registro delle strutture accreditate.**(178)**

11. La decadenza dei soggetti erogatori o gestori dalla titolarità dei rapporti con il servizio sanitario e sociosanitario regionale può altresì essere dichiarata dalla direzione regionale competente quando sia accertata la reiterata applicazione distorta del sistema di remunerazione delle prestazioni, sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni stesse, sia sotto il profilo della loro completezza, comprese la specialistica ambulatoriale e la riabilitazione post acuti. La stessa reiterazione comporta, nel caso di soggetti erogatori pubblici, la decadenza dalla nomina del direttore generale e la conseguente risoluzione di diritto del contratto.**(179)**

12. Nel rispetto delle indicazioni della programmazione regionale, il soggetto gestore di più stabilimenti o presidi o unità di offerta sanitarie e sociosanitarie accreditate pubblica o privata può chiedere l'identificazione in un unico

soggetto gestore accreditato di una pluralità di strutture. Al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera sono favoriti i processi di riconversione o fusione di soggetti erogatori accreditati, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico, anche consortile, con il mantenimento dell'assetto accreditato dei soggetti intervenuti.

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.**(180)**

Art. 16

(Agenzia regionale dell'emergenza urgenza) (181)

1. È istituita l'Agenzia regionale emergenza urgenza (AREU), dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. L'AREU, sulla base degli indirizzi regionali, attua la programmazione e il controllo, assicurando i LEA in materia di emergenza urgenza extraospedaliera, di trasporti sanitari e sanitari semplici inclusi gli organi e i tessuti destinati ai trapianti. All'AREU sono assegnati la programmazione e il controllo del Servizio NUE 112. L'AREU garantisce il coordinamento intraregionale e interregionale, l'indirizzo, la gestione, lo svolgimento, il monitoraggio della rete dell'emergenza urgenza extra ospedaliera e del Servizio NUE 112. Assicura inoltre il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, il coordinamento dei trasporti sanitari e sanitari semplici disciplinati dalla Regione, il coordinamento delle centrali operative integrate per la continuità assistenziale. L'AREU opera inoltre in raccordo con il sistema di protezione civile per far fronte alle grandi emergenze, promuove attività scientifiche e di ricerca in collaborazione con altre strutture sanitarie ed esercita ulteriori funzioni assegnate dalla Giunta regionale.**(182)**

2. Per le funzioni di cui al comma 1 l'Agenzia:**(183)**

a) svolge un supporto tecnico-specialistico nei confronti della Giunta regionale, per il tramite dell'assessorato al Welfare;

b) svolge, su indicazione della direzione generale Welfare, le funzioni di referente tecnico regionale nei confronti dei referenti tecnici delle altre Regioni, pubbliche amministrazioni e del Ministero della Salute;

c) dirige l'attività di emergenza urgenza extraospedaliera in collaborazione con gli altri enti del sistema sociosanitario, come definito nei rapporti convenzionali, esercitando una funzione di indirizzo e monitoraggio in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale;**(184)**

d) promuove il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale;

e) gestisce il convenzionamento per l'attività di soccorso sanitario extra ospedaliero di base con le organizzazioni di volontariato nel rispetto della specifica normativa di riferimento;

f) assicura il coordinamento logistico del rientro nel territorio regionale per il completamento delle cure;

g) garantisce, in collaborazione con le ATS e le ASST e in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale, l'attuazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i), l'erogazione dei LEA di competenza e dei relativi controlli nell'ambito dell'attuazione della programmazione regionale;**(185)**

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;**(186)**

h bis) garantisce l'attivazione, nell'ambito del processo di integrazione tra sistema dell'emergenza urgenza pre-ospedaliero e la rete ospedaliera per contrastare l'incremento dì invio di mezzi di soccorso di base e il conseguente fenomeno del sovraffollamento dei Pronto soccorso, di una centrale di approfondimento clinico, denominata Centrale medica integrata (CMI), con il compito di rivalutare le chiamate pervenute alle sale operative regionali di emergenza urgenza (SOREU) identificate come non emergenti-urgenti, rispondendo all'iniziale bisogno di cure e riorientando successivamente, attraverso il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117), il cittadino sui servizi territoriali, ivi compresa la medicina di continuità assistenziale.**(187)**

3. L'Agenzia garantisce altresì l'operatività del servizio numero unico emergenza (NUE) 112 sul territorio lombardo e, in ottemperanza alla relativa direttiva europea, attiva, secondo le indicazioni regionali e in collaborazione con le ATS e le ASST competenti, il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117). In riferimento all'attività NUE 112 svolta dall'Agenzia, qualora si rendesse necessario, la Giunta regionale può deliberarne l'afferenza diretta alla direzione generale della Presidenza della Giunta stessa.**(188)**

4. Sono organi dell'Agenzia: il direttore generale, il collegio sindacale e il collegio di direzione:

a) il direttore generale, nominato secondo le disposizioni di cui all'articolo 12, per lo svolgimento delle sue funzioni, è coadiuvato da un direttore sanitario e un direttore amministrativo. L'incarico affidato al direttore generale ha durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque;**(189)**

b) al direttore sanitario e al direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste per le medesime figure professionali.

5. Per quanto riguarda il generale funzionamento dell'Agenzia si applicano tutte le norme relative agli altri enti del servizio sanitario regionale.

6. Al fine di garantire la piena operatività dei servizi a rete, ferme restando le altre modalità di finanziamento previste dall'articolo 27, la Giunta regionale assegna annualmente all'AREU un finanziamento per quota capitaria per ogni funzione da svolgere, rapportata agli utenti assistiti, tenendo conto delle spese di funzionamento, mantenimento e sviluppo dell'attività, nonché una quota per ogni funzione ulteriore assegnata dalla Giunta regionale.

7. In relazione al NUE 112, la Giunta regionale, oltre ad assegnare annualmente uno specifico finanziamento secondo quanto previsto dal comma 6, definisce le modalità di collaborazione dell'Agenzia con altre amministrazioni pubbliche per l'implementazione e lo sviluppo del servizio sul territorio nazionale.**(190)**

8. In occasione dell'adozione dei provvedimenti di natura programmatoria, organizzativa e finanziaria, relativi alle funzioni di cui ai commi 1 e 3, la Giunta regionale acquisisce il parere dell'Agenzia sul fabbisogno necessario al regolare svolgimento di tali funzioni, sia in termini di risorse umane sia in termini di risorse finanziarie correnti e di investimento, anche al fine di favorire e garantire la partecipazione ai soggetti del terzo settore.**(191)**

Art. 17

(Organizzazione dei soggetti afferenti al servizio socio sanitario lombardo)(192)(193)

1. Annualmente, di norma entro il 30 novembre antecedente l'anno di riferimento, la Giunta regionale approva gli indirizzi di programmazione per l'anno successivo, contenenti i principi attuativi e organizzativi del SSL.**(194)**

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. **(195)**

3. Nel POAS sono contenuti i modelli organizzativi che le ATS e i soggetti erogatori adottano, le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del loro funzionamento e in ottemperanza al PSSL, con particolare riguardo all'appropriatezza delle prestazioni erogate, alla corretta determinazione del fabbisogno di personale che consenta la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a indeterminato, marginalizzando altre forme di arruolamento con invarianza delle risorse economiche assegnate. 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.**(196)**

4. Sono soggetti al controllo della Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 4, comma 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), i seguenti provvedimenti:

a) i POAS e i bilanci di previsione e le relative variazioni delle agenzie, delle aziende ospedaliere, delle ASST, degli IRCCS di diritto pubblico;**(197)**

b) il bilancio di esercizio, e una relazione analitica dell'utilizzo delle risorse regionali assegnate, delle agenzie, delle aziende ospedaliere, delle ASST, degli IRCCS di diritto pubblico.**(198)**

5. Le richieste di chiarimenti, ai fini dei controlli di cui al comma 4, da parte della direzione generale competente, comportano l'interruzione del termine per l'esercizio del controllo fino all'acquisizione dei chiarimenti. Tale termine è sospeso dal 1° al 31 agosto di ogni anno.**(199)**

6. Gli atti e i provvedimenti assunti dal direttore generale sono pubblicati nell'albo dei rispettivi enti. Sono immediatamente esecutivi quelli non soggetti a controllo. La esecutività degli altri è subordinata all'esito positivo del controllo della Giunta regionale.

7. La Giunta regionale, anche con il supporto delle ATS, predispone programmi di valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate, nonché della relativa metodologia per portarla a conoscenza del Cittadino, a cui partecipano le strutture pubbliche e private accreditate, che si fanno carico dei relativi costi.

8. Le ATS, le ASST, l'AREU, le aziende ospedaliere e gli IRCCS di diritto pubblico partecipano al tavolo tecnico degli appalti istituito ai sensi dell'articolo 1 della legge regionale 28 dicembre 2007, n. 33 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - collegato 2008). 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.**(200)**

9. Presso la Giunta regionale sono aggiornati il ruolo del personale del servizio sanitario regionale e le variazioni conseguenti anche a processi di mobilità, previa informazione alle organizzazioni sindacali regionali di categoria maggiormente rappresentative.

10. Fermi restando i vincoli di finanza pubblica previsti dalla legislazione statale, al fine di potenziare le attività di ricerca di base e traslazionale, 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 possono stipulare contratti di lavoro a tempo determinato, utilizzando risorse economiche provenienti da finanziamenti privati, anche in deroga ai limiti posti dalle disposizioni regionali in materia di assunzioni e di fabbisogni autorizzati e senza oneri a carico del bilancio regionale. Il personale assunto per garantire la piena sinergia tra le attività di ricerca e di assistenza svolge tutti i compiti tipici del profilo professionale di inquadramento in coerenza con i contratti individuali sottoscritti e con le finalità dei finanziamenti.**(201)**

11. La Giunta regionale definisce le modalità operative per l'attuazione del programma di educazione continua in medicina (ECM) che rappresenta un processo di sviluppo professionale continuo costituente un obbligo per ogni professionista del SSL.

12. Al fine di elevare la qualità del SSR, gli enti di cui al comma 4 adottano i modelli organizzativi e ottemperano puntualmente agli adempimenti previsti dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione) e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni).

12 bis. I compensi per i componenti delle commissioni esaminatrici costituite presso le ATS e le ASST sono liquidati nella misura stabilita dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 marzo 1995 (Determinazione dei compensi da corrispondere ai componenti delle commissioni esaminatrici e del personale addetto alla sorveglianza di tutti i tipi di concorso indetti dalle amministrazioni pubbliche), ridotta del dieci per cento.**(202)**

Art. 17 bis

(Sistema formativo per il servizio sociosanitario lombardo)(203)(204)

1. La Regione promuove la formazione del personale, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie, sociali e tecnico-amministrative del SSL, con l'obiettivo di migliorare la professionalità a beneficio della qualità e dell'eccellenza del SSL e dei servizi erogati ai cittadini.**(205)**

2. La Regione assicura per tutti i livelli professionali percorsi formativi adeguati a garantire l'acquisizione delle competenze in ambito sanitario, assistenziale, specialistico e territoriale, favorendo percorsi formativi orientati alla cura della persona e della cronicità.**(206)**

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.**(207)**

4. La Regione assicura il corretto equilibrio tra la programmazione del fabbisogno di risorse umane e delle competenze e lo sviluppo del SSL, individuando metodologie avanzate di stima del fabbisogno, allineate con le risorse finanziare regionali e d'intesa con le università.

5. La Regione promuove l'integrazione tra le funzioni di assistenza, didattica e ricerca, per migliorare la formazione delle risorse umane impiegate nel SSL e garantire l'eccellenza nel contesto nazionale e internazionale.

6. Ai predetti fini è istituita presso l'Istituto regionale per il supporto alle politiche della Lombardia (PoliS Lombardia), quale propria articolazione organizzativa, l'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo (AFSSL), senza oneri a carico del bilancio regionale. L'AFSSL sostituisce la scuola di direzione sanitaria. **(208)**

7. L'AFSSL risponde ai principi ispiratori del SSL e intende perseguire le seguenti finalità:

a) promuovere e garantire l'eccellenza del SSL, anche integrandosi con le funzioni di didattica, assistenza e ricerca del SSL;

b) coordinare la rete di formazione di cui al comma 1 ;**(209)**

c) garantire la formazione specialistica obbligatoria non universitaria, prevista dalla normativa nazionale, in particolare cura:

1. la tenuta del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, rilasciando l'attestato di formazione manageriale e la sua rivalidazione;

2. il corso di formazione specifica in medicina generale, assegnato alle Regioni dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE);

d) realizzare nel SSL la rete formativa, la promozione e attuazione di percorsi formativi multidisciplinari, trasversali rispetto ai livelli di inquadramento e le specializzazioni e curare le esigenze formative necessarie per l'implementazione del SSL in coerenza con le previsioni del PSSL;**(210)**

e) promuovere la sussidiarietà orizzontale tra rete di formazione e tra gli enti e le agenzie formative e la libera scelta del professionista nell'accedere alla formazione continua;

f) verificare la formazione conseguita all'estero dal personale del SSL e promuovere l'internazionalizzazione dei percorsi formativi;**(211)**

f bis) favorire la conoscenza delle eccellenze internazionali;**(212)**

g) promuovere percorsi di formazione strategica sulle policy sanitarie e l'innovazione continua del SSL, nell'assistenza, ricerca e didattica;**(213)**

h) dare trasparenza agli investimenti nel capitale umano del SSL, rendicontando annualmente e su base triennale il bilancio dell'attività di formazione del ASSL.

Art. 17 ter

(Borse di studio aggiuntive per i medici di medicina generale)(214)

1. La Regione finanzia borse di studio aggiuntive, di cui una quota da destinare alle zone montane e alle zone disagiate, rispetto a quelle di cui al Titolo IV, Capo I, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CE in materia di libera circolazione dei medici e del reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e della direttiva 97/50/CE, della direttiva 98/21/CE, della direttiva 98/63/CE e della direttiva 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CE) per incentivare la formazione dei medici di medicina generale e favorirne la permanenza nell'ambito del servizio sanitario regionale.**(215)**

2. Possono accedere alle borse aggiuntive regionali i medici, utilmente collocati nella graduatoria formata a seguito delle procedure concorsuali di cui all'articolo 25 del d.lgs. 368/1999, che:

a) siano in possesso dei seguenti requisiti:

1. iscrizione all'ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della Regione alla data di inizio delle attività didattiche del corso di formazione specifica in medicina generale;
2. residenza in Lombardia da almeno tre anni, alla data di scadenza del bando di concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale;
3. non avere già beneficiato di un contratto aggiuntivo regionale, ad esclusione del caso in cui abbiano restituito quanto percepito;

b) si impegnino, mediante sottoscrizione di apposita clausola contrattuale, a prestare servizio presso il SSR per un periodo minimo complessivo di almeno tre anni nei cinque anni successivi al conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale e ad aderire ai programmi di sviluppo regionali.

3. In caso di inadempimento agli obblighi di cui al comma 2, lettera b), il medico assegnatario della borsa aggiuntiva regionale è tenuto a restituire alla Regione fino all'ottanta per cento di quanto percepito, al netto delle imposte e dei contributi previdenziali ed assistenziali, secondo modalità e criteri di gradualità stabiliti dalla Giunta regionale.

4. In caso di rinuncia, anche quando i corsi siano stati avviati, l'assegnatario è tenuto alla restituzione di quanto già percepito; la borsa aggiuntiva regionale può essere riassegnata in base alla graduatoria di cui al comma 2.

Art. 17 quater

(Borse aggiuntive per le scuole di specializzazione dell'area veterinaria e premialità per tesi di specialità in ambito veterinario)(216)

1. Al fine di favorire l'assolvimento delle funzioni istituzionali del Servizio sanitario regionale per quanto attiene alla sanità pubblica veterinaria, la Regione finanzia, borse di studio aggiuntive per le scuole di specializzazione dell'area veterinaria che consentono l'acquisizione di titoli idonei all'accesso ai concorsi per la dirigenza veterinaria.

2. Per la medesima finalità di cui al comma 1, con particolare riguardo al potenziamento e al miglioramento dell'efficacia della programmazione e dell'attuazione delle attività di controllo ufficiale in ambito veterinario, la Regione concede, altresì, un premio pari a 5.000,00 euro per ogni tesi di specialità valutata meritevole secondo criteri afferenti al pregio scientifico dei contenuti e agli aspetti innovativi.

3. Alla valutazione di cui al comma 2 provvede una commissione della quale fanno parte:

a) un componente designato dall'Università degli studi di Milano – Dipartimento di medicina veterinaria e scienze animali (DIVAS);

b) due dirigenti designati della competente direzione della Regione.

4. La Giunta regionale provvede alla costituzione della commissione sulla base delle designazioni ricevute, senza oneri a carico del bilancio regionale.

5. Alle spese derivanti dall'attuazione dei commi 1 e 2, come individuate dai successivi commi 6 e 7, è assicurata la copertura finanziaria con le corrispondenti risorse derivanti dagli introiti annualmente incassati da Regione ai sensi dell'articolo 15 del decreto legislativo 2 febbraio 2021, n. 32 (Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/625 ai sensi dell'articolo 12, comma 3, lettera g) della legge 4 ottobre 2019, n. 117), al Titolo 3 'Entrate extratributarie' - tipologia 500 'Rimborsi e altre entrate correnti' dello stato di previsione delle entrate del bilancio regionale.

6. Al finanziamento di un numero massimo di dieci borse di studio aggiuntive per le scuole di specializzazione dell'area veterinaria di cui al comma 1, riferite al primo ciclo accademico aa.aa. 2023/2025, previsto in euro 113.570,00 per ciascun anno del triennio 2023-2025, nonché al finanziamento di dieci premi di cui al comma 2, previsto in euro 50.000,00 in ciascun anno del triennio 2023-2025, si provvede a valere sugli accantonamenti vincolati esistenti della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) e impegnati alla missione 13 'Tutela della salute', programma 07 'Ulteriori spese in materia sanitaria' - Titolo 'Spese correnti' dello stato di previsione delle spese del bilancio 2023-2025.

7. A decorrere dal 2024, per i successivi cicli accademici, gli interventi previsti dal presente articolo sono finanziati nei limiti delle somme derivanti dagli introiti annualmente incassati da Regione ai sensi dell'articolo 15 del d.lgs. 32/2021, appositamente accantonate per la sanità veterinaria negli esercizi precedenti.

Art. 18

(Valorizzazione e sviluppo professionale del personale del SSL)(217)(218)

1. 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. La Regione, in stretta sinergia con le università e gli istituti di ricerca, promuove la formazione, l'aggiornamento professionale e la riqualificazione, al fine di favorire l'integrazione tra gli operatori, nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità, nonché di appropriatezza, efficacia ed efficienza del SSL, anche nella prospettiva di sviluppo di figure professionali sanitarie, sociosanitarie e sociali dedicate alla presa in carico della cronicità e delle fragilità.**(219)**

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. **(220)**

2. In ottemperanza alle previsioni contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro, che prevedono integrazioni regionali finalizzate all'efficacia ed all'efficienza, la Giunta regionale, promuove la sottoscrizione di specifici accordi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative per tutti gli operatori afferenti al SSL, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 97 della Costituzione e nell'ottica della valorizzazione delle risorse umane, per la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a indeterminato. Tali accordi, sottoscritti in relazione all'effettiva disponibilità delle risorse economiche, possono prevedere incentivi in considerazione delle responsabilità e di parametri oggettivamente determinati di qualità, efficacia ed efficienza, in riferimento ai diversi profili professionali presenti nel SSL, considerando in particolare le peculiarità di quelli sanitari e sociosanitari rispetto a quelli amministrativi.**(221)**

3. La Regione, nell'ambito delle proprie competenze e funzioni, valorizza le attività sanitarie svolte nella rete del SSL, senza incremento di spesa sul bilancio regionale, in funzione dell'evoluzione normativa e delle prassi nazionali ed europee, con particolare riferimento:**(222)**

a) all'attuazione dalla legge 1 febbraio 2006, n. 43 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali);

b) alle attività delle medicine non convenzionali di cui all'accordo 7 febbraio 2013 della Conferenza Stato-Regioni, in esecuzione e nei limiti della normativa europea e nazionale con riferimento ai professionisti che svolgono le prestazioni delle medicine complementari di agopuntura, fitoterapia, omeopatia ed omotossicologia, in possesso di diplomi, attestati o titoli ad essi equipollenti rilasciati dalle università ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127;

c) alle professioni del settore odontoiatrico: odontotecnico ed assistente di studio odontoiatrico;

d) alla promozione dell'innalzamento della qualità della formazione dell'osteopata; **(223)**

d bis) all'arte ausiliaria di ottico;**(224)**

e) alle discipline di medicina tradizionale per le quali il laureato in medicina e chirurgia, abilitato alla professione, ha seguito un corso di formazione di durata almeno quadriennale, accreditato dal Ministero della Salute;

f) all'aggiornamento della disciplina regionale relativa ai profili professionali in base alle direttive europee applicabili e alla normativa nazionale;

f bis) al farmacista in ambito ospedaliero e territoriale.**(225)**

4. Gli specialisti ambulatoriali convenzionati sono parte attiva delle aziende del SSL e partecipano all'erogazione delle prestazioni specialistiche territoriali ed ospedaliere secondo gli indirizzi regionali. Ai fini di una loro omogenea organizzazione sul territorio regionale, entro novanta giorni dall'approvazione della legge regionale recante "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"è istituito l'elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC), anche tramite forme di collaborazione professionale integrativa su base volontaria, con modalità definite con le organizzazioni sindacali di categoria.

5. A difesa dei valori della famiglia, del diritto alla cura dei figli e della qualità dei servizi erogati, la Regione promuove politiche di conciliazione vita/lavoro nei confronti dei genitori impiegati nel SSL, garantendo nel contempo la continuità dei servizi con figure professionali equipollenti, in coerenza con la disciplina normativa e contrattuale nazionale e comunitaria.

6. La Giunta regionale, con proprio provvedimento, regolamenta il lavoro part time nelle diverse opzioni di applicazione, in coerenza con la disciplina normativa e contrattuale nazionale e comunitaria.

7. (226)

8. La Regione favorisce l'espletamento di procedure concorsuali comuni a più aziende sanitarie, per la selezione di medesime posizioni di lavoro, sulla base di regolamenti interaziendali conformi ad uno schema tipo definito dalla Giunta regionale, liberamente adottabili dalle aziende del SSL.

8 bis. La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, adotta, nel rispetto della normativa statale e della contrattazione collettiva di riferimento, linee guida in ordine all'attività libero professionale intramuraria della dirigenza medica, veterinaria e dei dirigenti del ruolo sanitario.**(227)**

8 ter. È autorizzato in via sperimentale lo svolgimento dell'attività libero-professionale con le modalità dell'intramoenia allargata secondo i criteri e i presupposti previsti dalla normativa vigente, da declinare nelle linee guida di cui al comma 8 bis, che disciplinano anche i criteri idonei ad assicurare la trasparenza delle agende, la tracciabilità dei pagamenti e il collegamento in rete con le strutture del sistema.**(228)**

Art. 18 bis

(Nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico)(229)

1. I nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, in relazione ai rispettivi enti sanitari di riferimento:

a) valutano la correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance e la loro effettiva applicazione, anche relativamente alla coerenza con la programmazione regionale del servizio sociosanitario lombardo;

b) verificano la correttezza della valutazione delle performance del personale, secondo i principi di merito ed equità;

c) verificano la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle loro attribuzioni;

d) valutano la metodologia e la relativa applicazione delle rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo;

e) concorrono a verificare, in raccordo con il responsabile della prevenzione e corruzione della struttura di riferimento, l'attuazione delle disposizioni normative statali in materia di trasparenza;

f) esercitano le ulteriori funzioni previste dall'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni), nonché quelle attribuite da altre disposizioni statali agli organismi di valutazione.

2. Ciascun nucleo di valutazione è costituito, previo avviso pubblico, con provvedimento del direttore generale dell'ente sanitario. Dura in carica tre anni ed è composto da tre esperti esterni alla struttura o alla fondazione di cui uno con funzioni di presidente. Uno dei componenti è selezionato tra il personale in servizio presso la Giunta regionale partecipante all'avviso pubblico. I candidati devono essere in possesso di laurea magistrale, diploma di laurea specialistica oppure laurea vecchio ordinamento. Ciascun componente può far parte di non più di due nuclei di valutazione e può essere rinnovato una sola volta presso lo stesso ente sanitario, previo avviso pubblico.**(230)**

3. Con deliberazione della Giunta regionale, da adottare entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge regionale recante ‹Disposizioni per l'attuazione della programmazione economico finanziaria regionale, ai sensi dell'art. 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) – Collegato 2020›, sono definiti:

a) le modalità di selezione dei componenti dei nuclei di valutazione, i loro requisiti specifici di competenza, esperienza e integrità, nonché le cause di incompatibilità volte a garantire un'effettiva indipendenza;

b) l'importo dell'indennità annua lorda onnicomprensiva attribuita, da parte degli enti sanitari di cui al comma 1, al presidente e agli altri componenti di ciascun nucleo di valutazione, nella misura commisurata alla complessità dell'ente sanitario e comunque non superiore al settanta per cento dell'indennità prevista dell'articolo 12, comma 16, per i corrispondenti componenti dei collegi sindacali delle strutture sanitarie pubbliche;

c) la declinazione puntuale dei compiti dei nuclei di valutazione e le relative modalità di funzionamento, compresa l'individuazione delle strutture organizzative di supporto;

d) le modalità di raccordo con l'organismo indipendente di valutazione di cui all'articolo 30 della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale), nonché con le strutture della direzione generale regionale competente in materia di sanità.

Art. 19

(Sperimentazioni gestionali)(231)

1. La Regione, anche in attuazione dell'articolo 9 bis del d.lgs. 502/1992, promuove programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, al fine di migliorare l'efficienza e la qualità del SSL.

2. La Giunta regionale adotta linee di indirizzo per le sperimentazioni gestionali sulla base dei seguenti criteri:

a) la natura della sperimentazione deve essere ricondotta ad una delle seguenti forme giuridiche: fondazioni, associazioni in partecipazione, società miste, soggetti di diritto privato;**(232)**

a bis) selezione con procedura ad evidenza pubblica del soggetto privato partecipante alla sperimentazione;**(233)**

b) alla sperimentazione gestionale si applicano le regole dell'autorizzazione, dell'accreditamento e della contrattualizzazione di cui al d.lgs. 502/1992.

3. Le sperimentazioni gestionali possono riguardare tutte le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, attraverso la riqualificazione dei servizi, l'ammodernamento delle strutture e l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi.

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 all'autorizzazione, all'accreditamento e alla contrattualizzazione del soggetto gestore secondo le regole di cui all'articolo 15 o, in caso contrario, ne dichiara la cessazione.**(234)**

5. La Giunta regionale, durante il periodo di durata della sperimentazione, può autorizzare rimodulazioni del progetto iniziale sulla base degli esiti rilevati dal monitoraggio periodico sull'andamento della sperimentazione, al fine di garantirne la sostenibilità e l'appropriatezza prestazionale ed economica. 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.**(235)**

Art. 19 bis

(236)

Art. 19 ter

(237)

Art. 20

(Conferenza dei sindaci) (238)

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. 21

(Sistema informativo sanitario, tessera sanitaria e carta nazionale dei servizi)(239)

1. La Giunta regionale organizza il sistema informativo sanitario anche al fine di dare attuazione all'articolo 10 del d.lgs. 502/1992 e, in particolare, di fornire gli elementi conoscitivi necessari per rendere sistematiche la verifica e la revisione della qualità e della quantità delle prestazioni erogate e per valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi sanitari. Il sistema informativo sanitario, composto in maniera integrata da tutti i singoli flussi informativi necessari alla programmazione e alla valutazione delle attività sanitarie, nonché da tutte le attività riconducibili al contesto della sanità digitale, è articolato a livello regionale e locale e assicura i flussi informativi verso i Ministeri competenti, l'ISTAT e gli altri istituti centrali.

2. Il sistema informativo sanitario, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, è organizzato dalla Giunta regionale secondo i seguenti criteri:**(240)**

a) coordinare le attività di tutti i soggetti connessi al sistema informativo sociosanitario;**(241)**

b) raccogliere le informazioni provenienti da tali soggetti, elaborarne la sintesi in forma omogenea e curarne la trasmissione ai soggetti, regionali e locali, competenti;**(242)**

c) mettere a disposizione dei soggetti titolati, a livello regionale e locale, le informazioni raccolte e necessarie per adempiere ai compiti istituzionali di ciascun soggetto;

d) rendere tempestiva la diffusione di informazioni di carattere scientifico e sanitario provenienti da fonti nazionali, comunitarie ed internazionali.

3. La sanità digitale si realizza a livello regionale e locale attraverso una serie di interventi condivisi tra tutte le amministrazioni operanti a livello centrale, regionale e locale. In particolare, attraverso la piattaforma del sistema informativo regionale la Regione provvede a:

a) realizzare, implementare e diffondere l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico, così come previsto dal decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 (Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese) convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 e alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico generate secondo quanto previsto dal decreto del Ministro dell'economia e della finanze 2 novembre 2011 (De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-

legge n. 78 del 2010 'Progetto Tessera Sanitaria'), nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini;**(243)**

b) promuovere, anche in ottemperanza all'articolo 6, comma 2, lettera d), del decreto-legge 13 maggio 2011, n. 70 (Semestre Europeo - Prime disposizioni urgenti per l'economia) convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2011, n. 106, presso tutti gli erogatori pubblici e privati del SSL e anche con il coinvolgimento delle autonomie locali, delle farmacie e di eventuali ulteriori soggetti autorizzati dalla ATS territorialmente competente, la realizzazione di procedure telematiche on line per consentire la prenotazione e il pagamento on line delle prestazioni erogate, nonché la consegna in modalità digitale dei referti medici;**(244)**

c) realizzare, in coerenza con le linee guida nazionali del sistema CUP, la rete regionale di prenotazione in cui devono confluire i sistemi CUP delle diverse aziende sanitarie pubbliche e private al fine di superare modalità isolate e canali non integrati; al fine di garantire una gestione razionale e trasparente degli accessi alle prestazioni sanitarie la Regione promuove l'uso diffuso del sistema di prenotazione regionale. Le strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale devono utilizzare quale unico sistema di prenotazione delle prestazioni il sistema di prenotazione regionale, pena la mancata remunerazione di ogni prestazione prenotata al di fuori di tale sistema. I costi di adesione e i costi per la prenotazione delle prestazioni da parte dei cittadini sono a carico del fondo sanitario regionale. Le previsioni di cui alla presente lettera sono oggetto di integrazione del contratto tra strutture erogatrici e ATS che è definito con deliberazione della Giunta regionale. Gli effetti delle presenti disposizioni decorrono dall'entrata in vigore della legge regionale recante 'Legge di revisione normativa e di semplificazione 2019' per quanto compatibili col quadro contrattuale vigente ai sensi della normativa in materia di contratti pubblici e sono progressivamente portate a regime a far data dalla messa in esercizio del nuovo servizio di prenotazione regionale a seguito di affidamento da parte della Regione;**(245)**

d) indirizzare le agenzie e le aziende del SSL a pubblicare sul web le liste d'attesa per singola specialità e profilo assistenziale, al fine di semplificare i percorsi di fruizione per i cittadini;

e) individuare idonei indicatori di risultato e pubblicare sul web i risultati sugli esiti clinici delle aziende del SSL, al fine di favorire la libera scelta consapevole da parte dei cittadini;

e bis) sostenere, con oneri a carico del fondo sanitario, l'integrazione con la piattaforma regionale a supporto della presa in carico dei sistemi informativi dei MMG e dei PLS utilizzati per l'adesione al percorso di presa in carico e per la redazione del piano assistenziale individuale, anche in relazione all'attuazione delle norme nazionali vigenti in materia di fascicolo sanitario elettronico e di profilo sanitario sintetico; a tal fine la Regione assicura un contributo annuo quale integrazione al contributo previsto dall'ACN, da definire con la deliberazione di Giunta regionale che stabilisce gli indirizzi di programmazione annuale e nell'ambito della contrattazione integrativa regionale della medicina territoriale, destinato a ciascun MMG e PLS aderente al modello di presa in carico del paziente cronico e fragile; con deliberazione di Giunta regionale sono altresì definitive le modalità di verifica dell'adesione e della regolare gestione dei pazienti arruolati.**(246)**

4. La tessera sanitaria (TS/CNS), istituita ai sensi dell'articolo 50, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 (Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici) convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, è uno strumento indispensabile per il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e, in quanto carta nazionale dei servizi (CNS), ai sensi del Codice dell'amministrazione digitale, rappresenta la modalità che consente l'accesso per via telematica ai servizi erogati dalla pubblica amministrazione e sostituisce, dal 1 ottobre 2013, la carta regionale dei servizi (CRS).

5. Al fine di migliorare i servizi ai cittadini e di rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prestazioni, i soggetti erogatori di prestazioni a carico del servizio sanitario regionale, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti, sono tenuti a dare attuazione alle disposizioni nazionali e regionali in materia, anche utilizzando la piattaforma tecnologica del sistema informativo sanitario e i servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari. Il mancato utilizzo del sistema informativo da parte dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei farmacisti, nonché degli enti erogatori accreditati con il SSR integra la grave infrazione prevista e sanzionata dai vigenti accordi nazionali di categoria e costituisce inadempimento degli obblighi contrattuali.

6. (247)

7. La Giunta regionale è autorizzata ad attivare iniziative occorrenti per ottimizzare la programmazione e la gestione finanziaria del servizio sanitario regionale, nonché per garantire il rispetto dei tempi di pagamento e il contenimento degli oneri finanziari.

Art. 22

(Sistema informativo contabile)(248)

1. La Giunta regionale emana direttive per uniformare i sistemi di rilevazione delle informazioni necessarie per il governo del sistema. Definisce gli schemi di classificazione dei dati economico finanziari secondo le normative comunitarie e nazionali in materia, integrate anche per esigenze di carattere informativo regionale. Le ATS, le ASST, le AO e le fondazioni IRCCS di diritto pubblico e l'AREU si dotano di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle proprie attività sotto il profilo della efficacia e della efficienza. Provvedono inoltre a soddisfare il debito informativo verso la Regione e ogni altra istituzione che ne abbia titolo. Il mancato assolvimento del debito informativo può comportare la cessazione dei trasferimenti regionali, anche a titolo di acconto, agli enti del sistema. **(249)**

2. Al fine di dotare la Regione di strumenti adeguati alla realizzazione di un efficace monitoraggio della spesa sanitaria regionale, dando separata evidenza alla spesa del personale, in relazione alla responsabilità assunta con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e agli adempimenti previsti dall'articolo 2, comma 4, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria) convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la Giunta regionale definisce il debito informativo relativo al personale delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate. Il flusso informativo sul personale è strutturato in modo da acquisire informazioni dettagliate per singolo dipendente, tramite integrazione tra i sistemi informativi delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate che gestiscono i trattamenti giuridici ed economici del personale, osservando modalità di acquisizione e trattamento dei dati che tutelino la riservatezza, ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali**(250)**.

3. Il sistema contabile del comparto socio-sanitario è predisposto sulla base delle disposizioni del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), in particolare le norme del Titolo II modificato ed integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126, e sulla base del codice civile, fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso d.lgs. 118/2011. Il sistema contabile deve garantire tutte le informazioni ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio, in sinergia con gli atti di programmazione regionale e aziendale.

4. Costituiscono documenti contabili obbligatori per gli enti pubblici di cui alla presente legge il bilancio preventivo economico annuale e relativi allegati, il bilancio di esercizio e relativi allegati, ivi compreso il rendiconto finanziario. I modelli di bilancio sono predisposti sulla base di schemi previsti dall'articolo 26 e dall'allegato 2 del d.lgs. 118/2011, nonché dal decreto del Ministro della salute 20 marzo 2013 (Modifica degli schemi dello Stato Patrimoniale, del Conto Economico e della nota Integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale). Al bilancio di esercizio è allegata una nota per l'evidenziazione delle spese del personale.

5. Il bilancio degli enti di cui al comma 4è composto dalle seguenti contabilità sezionali:

a) attività sociali e sociosanitarie;

b) attività libero-professionali intramurarie;

c) attività di ricerca per le sole Fondazioni IRCCS;
d) attività di emergenza urgenza.

6. Costituiscono inoltre parte del processo di bilancio le seguenti scritture obbligatorie:
a) libro delle deliberazioni del direttore generale;
b) libro delle adunanze del collegio sindacale;
c) libro giornale;
d) libro degli inventari;
e) libro dei cespiti ammortizzabili;
f) repertorio dei contratti.

7. L'esercizio contabile coincide con l'anno solare.

8. Il direttore generale adotta i bilanci secondo gli schemi e i tempi definiti dal d.lgs. 118/2011, nonché dal decreto del Ministro della salute del 20 marzo 2013. Il bilancio d'esercizio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'ente, nonché il risultato economico dell'esercizio. L'eventuale risultato positivo è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti.

9. I bilanci degli enti pubblici di cui alla presente legge, adottati dal direttore generale o dal consiglio di amministrazione delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico secondo le scadenze di legge, sono trasmessi ai competenti uffici della Giunta regionale corredati dalla relazione del collegio sindacale per l'approvazione da parte della stessa Giunta regionale.**(251)**

10. Il bilancio preventivo economico annuale è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale i bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. Entro la stessa data la Giunta regionale approva il bilancio preventivo economico annuale consolidato.

11. 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. Il bilancio consolidato è approvato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale, i bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. **(252)**

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.**(253)**

12. I direttori generali degli enti pubblici di cui alla presente legge assicurano il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione e il rispetto degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico, coerenti e conseguenti con le linee di indirizzo approvate dalla Giunta regionale per l'anno di riferimento.

13. Ai fini di cui al comma 12, i direttori generali sono tenuti a presentare alla competente direzione regionale, ogni tre mesi, una certificazione, corredata del parere del collegio sindacale, in ordine alla coerenza della complessiva attività gestionale con gli impegni di equilibrio assunti nel bilancio preventivo economico e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari. In caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio complessivo e di mancato rispetto degli obiettivi economico-finanziari, i direttori generali sono tenuti contestualmente a presentare un piano, corredato del parere del collegio sindacale, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati è assicurata, pena la decadenza automatica dall'incarico del direttore generale, entro il 30 settembre, qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata alla fine del primo o del secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio

si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre.**(254)**

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

15. La decadenza automatica, ai sensi delle vigenti disposizioni, opera nei seguenti casi:

a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;

b) mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;

c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre;

d) mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai LEA.

16. In attuazione dell'articolo 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato 'Legge finanziaria 2005'), le disposizioni di cui ai commi 12, 13, 14 e 15 si applicano anche agli IRCCS non trasformati in fondazioni ai sensi del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3).

17. La Giunta regionale definisce gli indicatori in base ai quali dichiarare lo stato di dissesto degli enti pubblici di cui alla presente legge. 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.**(255)**

18. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata adotta e sottopone all'approvazione della Giunta regionale sia il bilancio preventivo economico annuale della gestione sanitaria accentrata sia il bilancio consolidato entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata adotta e sottopone all'approvazione della Giunta regionale sia il bilancio d'esercizio della gestione sanitaria accentrata sia il bilancio consolidato rispettivamente entro il 30 aprile ed entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazioni dei bilanci consolidati questi sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. L'eventuale risultato positivo di esercizio derivante dai risparmi conseguenti alle misure adottate dalla Giunta regionale rimane nella disponibilità della regione per finalità sanitarie e viene accantonato in una apposita riserva del patrimonio netto destinata prioritariamente al ripiano delle perdite di esercizi pregressi, a investimenti strutturali e a progettualità specifiche approvate dalla Giunta regionale.

Art. 23(256)

Art. 23 bis

(Uffici di pubblica tutela) (257)

1. Le ATS, le ASST, le AO, gli IRCCS di diritto pubblico e l'AREU istituiscono un ufficio di pubblica tutela, di seguito denominato UPT, quale organismo indipendente per la tutela dei diritti degli utenti. **(258)**

2. L'UPT in particolare:

a) segnala all'ente di appartenenza disfunzioni nell'erogazione di servizi e prestazioni al fine di evitare l'insorgere di contenziosi;

b) si raccorda con il difensore regionale e con altri organismi di tutela per risolvere in via consensuale questioni sollevate dagli utenti;

c) verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità d'offerta sociosanitarie avvenga alle condizioni previste nella carta dei servizi.

3. L'UPT ha libero accesso agli atti necessari allo svolgimento delle sue funzioni esclusivamente in merito agli specifici casi di cui si occupa e per essi non può essere opposto il segreto d'ufficio. Le informazioni e i chiarimenti richiesti devono essere forniti nel termine massimo di trenta giorni. In caso di mancato rispetto del termine previsto, l'UTP ne fa segnalazione alla Direzione generale competente in materia di sanità che interviene nel rispetto delle proprie competenze.

4. La responsabilità dell'UPT è affidata dal direttore generale, su proposta del collegio dei sindaci dell'ATS competente, a persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario e sulla base di apposito avviso pubblico. L'incarico di responsabile dell'UPT, rinnovabile per non più di tre volte, ha una durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque. L'indennità annua lorda onnicomprensiva spettante non è superiore all'indennità prevista dall'articolo 18 bis, comma 3, lettera b), per il Presidente del Nucleo di valutazione della struttura sanitaria. Non è prevista la corresponsione di alcun rimborso spese. Il direttore generale garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente delle funzioni dell'UPT anche assicurando la messa a disposizione di mezzi e personale adeguato allo svolgimento di tali funzioni, nonché il coordinamento con le attività degli uffici per le relazioni con il pubblico istituiti ai sensi dell'articolo 8 della legge 7 giugno 2000, n. 150 (Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni). L'organizzazione e il funzionamento degli UPT, nonché i requisiti richiesti per la nomina del responsabile sono definiti con deliberazione della Giunta regionale.**(259)**

4 bis. Nell'ambito della Direzione generale Welfare è istituito il Comitato di coordinamento degli UPT composto da un minimo di sette ad un massimo di nove responsabili. I membri del Comitato di coordinamento designano tra loro il proprio referente regionale.**(260)**

Art. 24

(Riconoscimento del ruolo degli enti del terzo settore e valorizzazione del ruolo del volontariato)(261)

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). **(262)**

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. **(263)**

2 bis. La Regione, al fine di rispondere in modo sempre adeguato e inclusivo ai bisogni delle persone e delle famiglie, 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.**(264)**

Art. 25

(Promozione e coordinamento dell'utilizzo del patrimonio mobiliare dismesso delle strutture sanitarie e sociosanitarie)(265)

1. La Regione promuove e coordina, per fini umanitari in Italia ed all'estero o per altri scopi comunque non lucrativi, l'utilizzo e la cessione del patrimonio mobiliare dismesso dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private operanti sul territorio regionale.

2. Ai fini del comma 1, la Giunta regionale fornisce le necessarie indicazioni operative, nel rispetto dei seguenti criteri:

a) l'adesione all'attività di promozione e coordinamento, per i beni degli enti privati, avviene su base volontaria;

b) il bene messo a disposizione deve essere funzionante e libero da vincoli, secondo quanto previsto dalle procedure di contabilità generale;

c) la cessione del bene, ai fini previsti dal presente articolo, deve avvenire a titolo gratuito;

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

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

Art. 25 bis(266)

Art. 26

(Unità di offerta sociosanitarie)(267)

1. Le unità di offerta sociosanitarie erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

2. La Regione riconosce e valorizza il ruolo svolto delle unità d'offerta sociosanitarie quali componenti essenziali della rete regionale dei servizi per le persone fragili e per le loro famiglie promuovendone lo sviluppo e l'innovazione continua in relazione ai bisogni complessi emergenti. 3.

3. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitaria in coerenza con quanto previsto dall'articolo 20, comma 2, lettera a).**(268)**

4. La Giunta regionale definisce, con successivi provvedimenti, i criteri e le modalità di riordino e riqualificazione della rete sociosanitaria regionale nella prospettiva di una piena integrazione, tra dimensione sociosanitaria e sociale, nella risposta ai bisogni complessi con specifico riguardo all'area dei consultori, della riabilitazione, della disabilità, delle dipendenze, del disagio giovanile e della fragilità e non autosufficienza.**(269)**

5. 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: **(270)**

a) modalità di presa in carico della persona con fragilità attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, socio sanitaria e sociale, in modo da assicurare la continuità assistenziale,

superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia anche attraverso l'uso di nuove tecnologie e di modelli assistenziali innovativi;**(271)**

b) l'implementazione di modalità di valutazione dei bisogni e dell'emersione dei desideri e delle preferenze della persona attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica, assistenziale e sociale, utilizzando le scale in essere presso le Regioni tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale della complessità del bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci;**(272)**

c) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona con fragilità e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliare; **(273)**

d) strumenti di supporto alla persona con fragilità e alla sua famiglia, eventualmente anche con trasferimenti monetari, nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi da parte di famigliari e vicinato sulla base del piano personalizzato;**(273)**

e) strumenti di supporto alla persona con fragilità e alla sua famiglia anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare.**(273)**

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 in coerenza con la cornice regolatoria vigente.**(274)**

5 ter. La Giunta regionale, su domanda del soggetto interessato e previo parere dell'ATS competente per territorio e della conferenza dei sindaci:

a) dispone la modificazione del vincolo di destinazione gravante sui beni immobili a cui si riferisce il finanziamento regionale concesso ai sensi dell'articolo 25, comma 3, della legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale) nel testo vigente prima della data di entrata in vigore della legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 (Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità));

b) autorizza la dismissione dei beni di cui alla lettera a) o la costituzione di diritti reali sugli stessi beni a condizione che sia mantenuto il vincolo di destinazione allo svolgimento di attività sociosanitarie per la medesima durata del vincolo.**(275)**

5 quater. Il mancato rispetto delle condizioni di cui all'articolo 25, comma 3, della l.r. 3/2008, nel testo vigente prima della data di entrata in vigore della l.r. 23/2015, comporta la restituzione dei finanziamenti concessi.**(275)**

Art. 27

(Finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale)(276)

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

a) finanziamento ordinario corrente: definito nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard, ivi compresa la mobilità attiva extraregionale e internazionale ed è destinato:

1. al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale;
2. al finanziamento di atti e provvedimenti regionali a carico della gestione sanitaria accentrata;

b) finanziamento sanitario aggiuntivo corrente: definito da atti di finanziamento regionale aggiuntivo, ivi compresi quelli destinati all'erogazione di livelli di assistenza aggiuntivi rispetto ai LEA, da pay back e da iscrizione volontaria al servizio sanitario nazionale; **(277)**

c) finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso: definito da eventuali provvedimenti regionali di ripiano del disavanzo sanitario pregresso, anche mediante l'incremento di aliquote fiscali e l'introduzione degli automatismi

fiscali intervenuti ai sensi della vigente legislazione (articolo 1, comma 174, legge 311/2004);

d) finanziamento per investimenti in ambito sanitario: definito da atti nazionali e regionali destinati al finanziamento per investimenti strutturali del servizio sanitario regionale, ivi compreso il programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, autorizzato dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato 'Legge finanziaria 1988'); costituiscono inoltre fonte di finanziamento i redditi da patrimonio ed i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni finalizzati ad investimenti quali la realizzazione, l'acquisizione e l'ammodernamento di strutture, infrastrutture e attrezzature sanitarie e non;

e) finanziamento da entrate proprie aziendali: integra i precedenti livelli di finanziamento ed è costituito da:

1. le quote di compartecipazione di competenza regionale del cittadino al costo delle prestazioni sanitarie e, dove previsto, sociosanitarie, comprese le eventuali esenzioni e graduazioni in funzione proporzionale al reddito del fruitore delle prestazioni e fino alla data della sua eliminazione con apposito provvedimento che individui la copertura di spesa susseguente ad una maggiore e sufficiente disponibilità regionale del gettito fiscale lombardo;
2. le entrate spettanti per le attività libero-professionali intra-murarie;
3. le entrate derivanti dalle attività di vigilanza e controllo nel rispetto dei limiti di destinazione previsti dalla normativa di settore;
4. le entrate a beneficio della Regione o degli enti di diritto pubblico del servizio sanitario derivanti da condanne o accordi relativi ai risarcimenti o indennizzi conseguenti a condotte poste in essere in pregiudizio agli interessi patrimoniali e non patrimoniali del servizio sanitario e sociosanitario regionale, ivi compresi i risarcimenti derivanti da rivalse nei confronti di soggetti condannati per danni alla salute;**(278)**
5. una quota dei proventi derivati delle sperimentazioni finanziate da aziende di farmaci o dispositivi, da lasciare a bilancio delle ASST per gli studi e ricerche senza scopo di lucro;
6. i rimborsi effettuati dalle prefetture per le prestazioni erogate a stranieri irregolari (STP);
7. altri proventi e rimborsi tipici, ordinari e/o straordinari, delle ATS e delle ASST, AO, IRCCS di diritto pubblico, compresi i redditi da patrimonio e i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni, destinate al finanziamento della spesa corrente.**(279)**

2. La Regione promuove una revisione periodica delle tariffe dei DRG, in coerenza con quelle statali, 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. Tale meccanismo può essere applicato anche in funzione della complessità delle strutture erogatrici, pubbliche e private, identificate in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri vigente. **(280)**

3. Annualmente la Giunta regionale, nell'ambito delle risorse di parte corrente di cui al comma 1, costituisce un fondo per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili e ne determina le modalità di riparto. La Regione persegue, laddove possibile, la trasformazione delle funzioni non tariffabili in prestazioni o servizi tariffabili, con conseguente riduzione del fondo.

4. Le fonti di finanziamento corrente di cui ai commi 1 e 2 sono destinate annualmente, da parte della Giunta regionale:

a) alle ATS, attraverso la definizione della quota capitaria per il finanziamento dei propri costi di funzionamento, dei costi relativi ai servizi erogati direttamente nonché per la remunerazione delle prestazioni erogate da tutti i soggetti accreditati ed a contratto pubblici e privati per i propri assistiti, ivi inclusa la mobilità extraregionale e intra-regionale; alle stesse ATS sono, inoltre, assegnate le risorse aggiuntive per la contrattazione territoriale specifica previste dall'articolo 5, comma 7, lettera l), e quelle per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili fino al loro superamento previsto dal comma 3, oltre ad eventuali contributi, rivedibili ogni tre anni, per specifiche progettualità a favore di soggetti erogatori accreditati per attività di ricovero e cura che operano senza fini di lucro e non sono controllati da società con fini di lucro né le controllano, degli ospedali classificati ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 (Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera) di proprietà e gestiti da istituti ed enti ecclesiastici

civilmente riconosciuti, esistenti alla data del 30 giugno 2008, per la realizzazione di programmi finalizzati ad incrementare l'integrazione con la rete locale dei servizi sanitari e sociosanitari per la presa in carico della cronicità e delle fragilità;

b) alle ASST, AO e alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, le risorse per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili, eventuali contributi per progetti e finalità specifiche con vincolo di destinazione anche a titolo di riequilibrio e eventuali interventi destinati ad investimenti;

c) all'AREU, le risorse destinate al finanziamento dei propri costi di funzionamento e per l'espletamento delle attività previste dall'articolo 16.

5. Le risorse definite al comma 1, lettera e), integrano le fonti di finanziamento corrente assegnate dalla Giunta regionale, di cui al comma 3. Per le ASST, AO e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico costituiscono altresì fonte di finanziamento i ricavi per le prestazioni sanitarie erogate e le eventuali assegnazioni effettuate dall'AREU nell'ambito delle attività ad essa delegate.

6. La modalità di trasferimento delle risorse finanziarie dalla Regione alle aziende sanitarie pubbliche è demandata alla Giunta regionale e avviene:

a) per le ATS sulla base del reale fabbisogno del proprio territorio per i soggetti erogatori accreditati di tutti i servizi sanitari e sociosanitari pubblici e privati, ivi compreso il saldo di mobilità intra ed extra regionale;

b) per le ASST, AO e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico e per l'AREU, nei limiti delle assegnazioni effettuate.

7. Con provvedimento della Giunta regionale, da emanarsi entro la fine di ogni anno, sono fissati i limiti finanziari attinenti alla spesa per prestazioni sanitarie e sociosanitarie/ospedaliera specialistica e diagnostica per tutte le strutture, pubbliche e private, in ottemperanza alla normativa nazionale e in attuazione dei contenuti della presente legge, con particolare riferimento ai principi di cui all'articolo 5, comma 7, all'articolo 11 e all'articolo 15.

8. La Regione favorisce, senza oneri per il bilancio pubblico, l'esercizio di forme integrative di assistenza sanitaria anche per il tramite di forme assicurative e mutualistiche per le finalità e nei limiti di cui agli articoli 9 e 15 quinquies, comma 3, del d.lgs. 502/1992.**(281)**

9. Gli atti di trasferimento ai terzi di diritti reali su beni immobili costituenti patrimonio delle strutture sanitarie pubbliche sono assoggettati alla preventiva autorizzazione della direzione regionale competente per materia secondo modalità e procedure definite con deliberazione della Giunta regionale. Le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico redigono un programma annuale di alienazione del patrimonio immobiliare disponibile corredato di apposita relazione che indichi la destinazione dei proventi e attesti la non incidenza della correlata diminuzione patrimoniale sul perseguimento degli scopi istituzionali. **(282)**

10. In applicazione delle disposizioni di cui al decreto del Ministro della sanità 10 febbraio 1995, che modifica il DPR 616/80, la Giunta regionale emana direttive per l'organizzazione e il finanziamento dello speciale distretto di Campione d'Italia.

Art. 27 bis

(Maggiorazioni tariffarie)(283)

1. La Regione promuove l'innovazione delle cure favorendo l'integrazione dei processi di diagnosi e cura con le attività didattiche e di ricerca sanitaria e riconosce, mediante le maggiorazioni tariffarie delle prestazioni di ricovero e cura, i maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca svolte dagli enti di cui al comma 2.

2. Possono beneficiare delle maggiorazioni tariffarie le fondazioni IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditate e a contratto e le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate a contratto che ne facciano richiesta e che siano convenzionate con le università sedi di facoltà di medicina e chirurgia che hanno sottoscritto il

protocollo d'intesa di cui all'articolo 29.

3. La Giunta regionale definisce con cadenza triennale:

a) i criteri per il riconoscimento del beneficio delle maggiorazioni tariffarie tenuto conto degli aspetti organizzativi, gestionali, tecnologici ed economici correlati alle attività di didattica e di ricerca, nonché dell'impatto di queste attività sulla qualità delle cure prestate;

b) le modalità di assolvimento del debito informativo connesso allo svolgimento dell'attività istruttoria relativa alla concessione del beneficio, con particolare riguardo ai rendiconti economici e di contabilità analitica.

4. La richiesta del beneficio è corredata di dichiarazione di formale impegno a pubblicare il bilancio di esercizio sul sito istituzionale, nonché ad assolvere il debito informativo di cui al comma 3, lettera b).

5. La Giunta regionale, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema e dei vincoli di finanza pubblica, stanzia le risorse da destinare annualmente al finanziamento delle maggiorazioni tariffarie nell'ambito del bilancio di previsione.

Art. 27 ter(284)

Art. 27 quater

(Misure di razionalizzazione della spesa sanitaria)(283)

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

Art. 27 quater 1

(Esonero dalla compartecipazione della spesa sanitaria per gli operatori delle Forze armate, delle Forze di polizia, della Protezione civile, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e della Polizia locale)(285)

1. Gli operatori delle Forze armate, delle Forze di polizia, della Protezione civile, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e della Polizia locale che accedono in pronto soccorso a seguito di infortunio durante il servizio o per ragioni di servizio sono esonerati dal pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria in relazione alle prestazioni erogate anche in caso di dimissione in codice bianco. Indipendentemente dal codice di dimissione dal pronto soccorso, gli stessi operatori sono altresì esonerati dal pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria in relazione a eventuali successive prestazioni strettamente correlate all'infortunio per un periodo massimo di un anno a decorrere dal giorno dell'evento traumatico. Le disposizioni di cui al primo e secondo periodo non operano per le prestazioni soggette a copertura assicurativa per gli infortuni sul lavoro.

2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante ‹Disposizioni per l'attuazione della 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 2020›, la Giunta regionale fornisce alle strutture sanitarie criteri e indicazioni operative in ordine all'applicazione della disposizione sull'esenzione temporanea di cui al secondo periodo del comma 1; tale disposizione acquista efficacia alla data di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione della deliberazione recante i suddetti criteri e indicazioni operative.

Art. 27 quinquies

(Sanzioni)(283)

1. Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, l'inosservanza delle disposizioni relative ai requisiti richiesti per l'esercizio di attività sanitarie o sociosanitarie, incluse quelle che svolgono attività di soccorso e/o trasporto sanitario, o per l'accreditamento e l'inosservanza delle disposizioni relative alla rendicontazione delle prestazioni erogate e al rispetto dei criteri di appropriatezza specifica e generica di erogazione delle prestazioni comportano l'applicazione delle seguenti sanzioni:

a) da € 15.000 a € 150.000 per l'esercizio di attività sanitarie o di soccorso e trasporto sanitario in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA;

b) da € 5.000 a € 50.000 per l'esercizio di attività sociosanitarie in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA;

c) da € 3.000 a € 30.000 per l'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie o sociosanitarie per le quali non è stata ottenuta l'autorizzazione o non è stata presentata la SCIA;

d) da € 6.000 a € 60.000 se si tratta di strutture sanitarie di ricovero e cura o di day hospital o di day surgery, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;

e) da € 6.000 a € 60.000 se si tratta di strutture sanitarie di ricovero e cura o di day hospital o di day surgery, per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate;

e bis) da € 500 a € 5.000 se si tratta di strutture sociosanitarie, per codifiche che, rispetto alle indicazioni regionali, non rappresentino in modo corretto la classificazione della fragilità degli utenti o l'appropriatezza delle prestazioni erogate;**(286)**

f) da € 3.000 a € 30.000 se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;

g) da € 2.000 a € 20.000 se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate;

h) da € 1.000 a € 10.000 per l'esercizio di attività sociosanitarie in mancanza dei requisiti minimi;

i) da € 500 a € 5.000 per il mancato mantenimento di uno o più requisiti di accreditamento relativamente alle attività sociosanitarie;

j) da € 500 a € 5.000 per il mancato invio alla Regione o alla competente ATS di comunicazioni o flussi informativi.

2. Con riferimento alle fattispecie di cui al comma 1, lettere e) e g), la soglia di errore sanzionabile scatta quando l'entità della decurtazione economica realizzata come esito dell'attività di controllo è maggiore o uguale al 5 per cento del valore delle prestazioni sanitarie dell'intero campione controllato.**(287)**

3. I requisiti per il cui assolvimento è prevista la predisposizione di documenti, disposizioni procedurali, regolamenti interni o linee guida si considerano assolti solo se la suddetta documentazione risulta conforme alla normativa vigente e la struttura vi ha dato regolare esecuzione.

4. L'applicazione delle sanzioni di cui al comma 1 spetta alle ATS, che introitano le somme riscosse a seguito dell'irrogazione.

5. L'accertamento dell'assenza o del mancato mantenimento dei requisiti autorizzativi o di accreditamento o l'inottemperanza al debito informativo di cui al comma 1, lettera j), comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma

1, previa diffida ad ottemperare entro un congruo termine ai requisiti medesimi o al debito informativo, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo. L'accertamento della mancata autorizzazione o della mancata presentazione della SCIA comporta, oltre all'applicazione della sanzione di cui al comma 1, lettera a), il divieto di prosecuzione dell'attività.

6. Con riferimento alle strutture che erogano prestazioni di diverse branche o il cui assetto è composto da più unità operative, la sospensione o il divieto di prosecuzione dell'attività può riguardare, in relazione al tipo di requisito mancante, generale o specifico, tutta la struttura, una o più branche specialistiche, una o più unità operative.

7. L'accertamento di una mancanza di requisiti autorizzativi o di accreditamento tale da comportare un grave rischio per la salute dei cittadini, diretto e immediato o indiretto e potenziale, comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, la diffida ad ottemperare ai requisiti medesimi con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo.

8. Le violazioni delle disposizioni relative ai requisiti di autorizzazione o di accreditamento e di codifica delle prestazioni di cui al comma 1, lettere d), e), e bis), f), g) e h), contestate alla medesima struttura per la terza volta nel corso dell'anno solare, comportano la diffida ad ottemperare con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un tempo congruo al ripristino dei requisiti non assolti o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di continuare ad esercitare l'attività.**(288)**

9. La mancata ottemperanza ai requisiti autorizzativi o di accreditamento in seguito alla sospensione di cui ai commi 5, 6, 7 e 8 comporta la revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione dell'attività.

10. Per quanto non espressamente previsto, si osservano, in quanto applicabili, le disposizioni della legge 24 novembre, n. 689 (Modifiche al sistema penale), con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'articolo 11.

Art. 27 sexies(289)

Titolo II(290)

Titolo III

*Disciplina dei rapporti tra la Regione e le università della Lombardia con facoltà di medicina e chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, didattiche, formative e di ricerca**(291)***

Art. 28

(Rete regionale dell'assistenza, della didattica, della formazione e della ricerca)(292)

1. La Regione, nell'ambito della programmazione sociosanitaria, costituisce, curandone l'implementazione, la rete regionale dell'assistenza, della didattica, della formazione e della ricerca sia in ambito assistenziale specialistico sia in ambito territoriale al fine di:

a) assicurare percorsi formativi adeguati per i profili professionali dell'area medica e delle professioni sanitarie;
b) garantire l'inscindibilità delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca;

c) incentivare lo sviluppo della ricerca scientifica e dell'innovazione;

d) valorizzare le strutture del servizio sociosanitario;

e) garantire la formazione, anche sotto il profilo organizzativo e manageriale per la creazione di modelli per la presa in carico degli assistiti, in base ai principi di appropriatezza clinica e organizzativa, nonché di efficacia ed efficienza.

2. Nel perseguimento delle finalità di cui al comma 1, la Regione coinvolge le Università, l'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo di cui all'articolo 17 bis, nonché l'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica nella determinazione del fabbisogno di medici specialistici.

3. La Regione, sentito il Comitato di indirizzo di cui all'articolo 30, definisce, previo parere della competente commissione consiliare, l'articolazione territoriale della rete regionale comprendendo le strutture degli erogatori di cui agli articoli 7 e 8, degli IRCCS e degli erogatori sociosanitari pubblici, nonché le Università lombarde sedi di facoltà di medicina e chirurgia.

4. La rete regionale può articolarsi in aree geografiche corrispondenti ai territori delle ATS anche in forma aggregata

5. Le strutture di cui al comma 3 devono essere in possesso delle dotazioni strutturali, organizzative, strumentali, nonché dei requisiti di qualità formativa idonei a garantire:

a) lo svolgimento dei corsi di laurea delle facoltà di medicina e chirurgia;

b) la formazione specialistica post-lauream relativa alla facoltà di medicina e chirurgia;

c) lo svolgimento dei corsi di laurea delle professioni sanitarie;

d) lo svolgimento del corso regionale di formazione in medicina generale;

e) l'innovazione, la ricerca e l'aggiornamento continuo in medicina che non siano ricompresi nelle lettere da a) a d).

6. Al fine di garantire lo sviluppo integrato dell'assistenza, dell'innovazione, della ricerca, della didattica e dell'aggiornamento continuo dei professionisti, conformemente alla programmazione regionale, all'interno della rete regionale, con le modalità di cui al comma 3, possono essere individuate reti di strutture organizzative specialistiche che possiedono caratteristiche di multidisciplinarietà, alta complessità della casistica trattata, sia in area chirurgica sia in area medica.

7. I rapporti tra il servizio sociosanitario lombardo e le Università sono disciplinati dal protocollo d'intesa di cui all'articolo 29, in conformità al presente titolo e nel rispetto del principio di leale collaborazione.

Art. 29

(Protocollo d'intesa tra la Regione e le Università)(292)(293)

1. La Regione stipula con le Università lombarde sedi di facoltà di medicina e chirurgia un protocollo generale d'intesa per lo svolgimento di attività assistenziali, didattica, formative e di ricerca. Il protocollo definisce in particolare:

a) i parametri per l'individuazione e la valutazione delle attività assistenziali integrate con le funzioni di didattica e di ricerca, tenuto conto della produzione scientifica, della complessità e numerosità dei casi trattati, della presenza di tecnologie innovative e dell'impatto della ricerca traslazionale, garantendo in ogni caso la presenza di unità organizzative assistenziali inerenti a tutte le discipline cliniche previste nei regolamenti didattici dei singoli corsi di laurea;

b) le modalità di collaborazione tra l'Università e gli erogatori coinvolti volte ad assicurare l'integrazione tra le attività di cui alla lettera a) e a soddisfare le specifiche esigenze formative;

c) l'organizzazione delle reti d'insegnamento all'interno degli erogatori, privilegiando modelli organizzativi dipartimentali per l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca nel rispetto delle competenze e responsabilità delle Università e degli erogatori e delle linee guida regionali in materia di organizzazione e personale relativamente alle strutture organizzative comprese nelle reti di insegnamento;

d) gli aspetti di dettaglio relativi all'attività assistenziale svolta dai professori e dai ricercatori universitari nelle strutture sanitarie anche con riferimento agli obiettivi assegnati e alla loro verifica;

e) i requisiti per l'individuazione delle unità operative che possono essere dirette da personale universitario prevedendo strutture complesse idonee a garantire contestualmente l'attività di cura e assistenza e l'espletamento delle attività legate alla funzione formativa;

f) le modalità di partecipazione del personale del SSL alla formazione didattica di base e specialistica, personale a cui possono essere affidati, conformemente alla normativa statale, i seguenti incarichi:

1. titolare di insegnamento;

2. 2. tutor che può guidare il percorso di singoli medici in formazione, coordinare l'interazione tra i medici in formazione e la struttura presso la quale avviene il percorso formativo professionalizzante e curare il raggiungimento di obiettivi formativi molto specifici;

g) gli strumenti di identificazione dei medici in formazione all'interno delle strutture e di tracciabilità dei relativi atti assistenziali compiuti;

h) le modalità di rilevazione e rendicontazione dei costi delle attività a carico delle Università e della Regione.

2. Lo schema del protocollo d'intesa é approvato dalla Giunta regionale previo parere della competente commissione consiliare che a tal fine sente anche le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale.

3. Il protocollo d'intesa è attuato mediante apposite convenzioni stipulate dalle singole Università con gli erogatori di cui agli articoli 7 e 8, con gli IRCCS e con gli erogatori sociosanitari pubblici

Art. 30

(Comitato di indirizzo)(292)

1. E' istituito, quale organismo di supporto agli atti di programmazione regionale, un Comitato di indirizzo, di seguito denominato Comitato, del quale fanno parte rappresentanti della Regione e dell'Accademia di formazione, rappresentanti delle facoltà di medicina delle Università lombarde.

2. Il Comitato, sentiti i Direttori generali delle ATS, delle ASST e delle Fondazioni IRCCS, propone alla Giunta regionale:

a) i requisiti per l'individuazione delle strutture della rete di cui all'articolo 28, comma 1, secondo standard strutturali e organizzativi, qualità e numerosità dei casi trattati, presenza di tecnologie innovative e prevedendo sedi principali in grado di garantire in modo prevalente i singoli corsi di laurea;

b) le modalità di verifica del mantenimento dei requisiti di cui alla lettera a);

c) lo schema di protocollo di cui all'articolo 29, comma 2;

d) il numero e la tipologia dei contratti aggiuntivi della formazione specialistica in base alle risorse regionali disponibili;

e) le condizioni in base alle quali le strutture della rete di cui all'articolo 28, comma 1, possono finanziare, secondo la normativa vigente, incarichi di ricercatore, professore associato od ordinario e a fronte di progetti nei quali il contributo assegnato possa essere compensato da un contributo di personale universitario o di personale in formazione specialistica all'attività assistenziale.

3. Il Comitato valuta il fabbisogno di medici, di laureati nelle professioni sanitarie e di specializzandi in raccordo con l'Osservatorio epidemiologico regionale.

4. Il Comitato è costituito con deliberazione della Giunta regionale che ne definisce la composizione e le modalità di funzionamento.

Art. 31

(Personale universitario)(292)(293)

1. In coerenza con il proprio stato giuridico, i professori e i ricercatori universitari convenzionati con le strutture sanitarie esercitano funzioni assistenziali inscindibili da quelle di insegnamento e ricerca. L'impegno orario del

personale universitario convenzionato, omnicomprensivo delle tre funzioni, è pari a quello del corrispondente personale ospedaliero. La presenza nelle strutture aziendali è comunque rilevata secondo modalità oggettive e deve essere pari almeno al sessanta per cento dell'orario complessivo.

2. Il protocollo di cui all'articolo 29 disciplina in dettaglio quanto previsto dal comma 1, tenendo conto che l'orario di attività del personale universitario viene articolato dal direttore generale dell'azienda in cui si svolge l'attività assistenziale e sulla base della programmazione di quest'ultima.

3. Il personale universitario è responsabile dell'attività assistenziale e dei relativi risultati conseguiti. L'attività assistenziale e i relativi obiettivi conseguiti presso le strutture organizzative a direzione universitaria sono oggetto di verifica da parte dell'azienda.

4. La Regione promuove, attraverso specifici istituti di formazione, a partire dall'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo, percorsi di alta formazione anche di profilo gestionale organizzativo.

5. Per remunerare il contributo offerto alle finalità del servizio sanitario regionale, ai professori e ai ricercatori universitari, nonché alle figure equiparate compete, oltre alla retribuzione corrisposta dall'Università, un trattamento aggiuntivo coerente con l'incarico conferito e con le connesse responsabilità, per quanto necessario a rendere il trattamento economico complessivo allineato a quello dei dirigenti del servizio sanitario regionale di pari incarico, nell'ambito degli strumenti consentiti dalle vigenti norme di legge e contrattuali, nonché un trattamento accessorio correlato alle particolari condizioni di lavoro.

6. È altresì riconosciuto un trattamento economico aggiuntivo in relazione all'effettivo raggiungimento dei risultati ottenuti nell'attività assistenziale, pari all'intera retribuzione di risultato così come disciplinata dalla struttura sanitaria, nel rispetto dei vincoli contrattuali della sanità pubblica.

7. L'indennità di esclusivitàè riconosciuta a coloro che abbiano optato per l'attività professionale intramoenia.

8. Le aziende, nella definizione degli assetti organizzativi e delle posizioni dirigenziali, determinano le quote di risorse da destinare al personale universitario nel pieno rispetto dei vincoli economici complessivi del sistema sanitario lombardo.

Art. 32

(Organizzazione interna delle reti di insegnamento)(292)

1. Gli aspetti organizzativi della presenza delle Università nelle strutture degli erogatori di cui agli articoli 7 e 8, degli IRCCS e degli erogatori sociosanitari pubblici sono concordati tra gli stessi e le Università, in conformità alle linee guida predisposte dalla Regione per la stesura dei POAS, privilegiando modelli organizzativi dipartimentali che sviluppano congiuntamente l'attività assistenziale, di didattica e di ricerca, al fine di assicurare il più alto livello di coerenza tra prestazioni diagnostiche e terapeutiche ed attività didattico - scientifica.

2. Il direttore di dipartimento nelle sedi principali è nominato dal direttore generale

3. Nella definizione degli assetti organizzativi, le aziende devono rispettare i fabbisogni di personale autorizzati dalla Giunta regionale, che comprendono anche il personale universitario, garantendo comunque il rispetto dei vincoli economici complessivi.

4. I consigli di facoltà e la direzione strategica delle aziende comprese nelle reti formative operano, per quanto di rispettiva competenza, per sviluppare processi di verifica dell'applicazione e dell'attualità delle convenzioni, dell'effettiva realizzazione dell'attività formativa programmata e dell'attività di tutorato, coinvolgendo direttamente anche i medici in formazione.

Art. 33

(Strutture della formazione specialistica) (292)(293)

1. Ciascuna scuola di specializzazione è basata su una rete formativa composta di strutture universitarie e di strutture del servizio sociosanitario regionale.

2. La rete formativa, complessivamente, deve essere in possesso degli standard generali e specifici relativi alle capacità strutturali, tecnologiche, organizzative e assistenziali previste dalla normativa nazionale e regionale.

3. Qualora particolari esigenze formative connesse a specialità diverse da quella oggetto della scuola non possono essere soddisfatte nell'ambito delle strutture di sede e delle strutture collegate della rete formativa della stessa scuola, è consentito coinvolgere ulteriori strutture di supporto, purché in coerenza con il modello di rete di cui al presente Titolo.**(294)**

Art. 33 bis

(Contratti di formazione specialistica aggiuntivi)(295)

1. La Regione, nell'ambito della rete di cui all'articolo 28, comma 1, che deve essere individuata tenendo conto delle aree di montagna ai fini dello svolgimento in tali sedi del percorso di formazione medico specialistica, finanzia contratti di formazione specialistica aggiuntivi, di seguito denominati contratti aggiuntivi regionali, rispetto a quelli di cui al Titolo VI, Capo I, del d.lgs. 368/1999 per incentivare la formazione specialistica dei medici e favorirne la permanenza nelle strutture pubbliche e private accreditate del servizio sanitario regionale.

2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione stipula protocolli d'intesa con le università presso le quali sono attivate le scuole di specializzazione dell'area sanitaria di interesse.

3. Possono accedere ai contratti aggiuntivi regionali i medici, utilmente collocati nella graduatoria di cui all'articolo 36, comma 1, lettera d), del d.lgs. 368/1999, che:

a) siano in possesso dei seguenti requisiti:

1. iscrizione all'ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della Regione alla data di inizio delle attività didattiche delle scuole di specializzazione;
2. residenza in Lombardia da almeno tre anni, alla data di scadenza del bando di concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione;
3. non avere già beneficiato di un contratto aggiuntivo regionale, ad esclusione del caso in cui abbiano restituito quanto percepito;

b) si impegnino, mediante sottoscrizione di apposita clausola contrattuale, a prestare servizio presso il SSR per un periodo minimo complessivo di almeno tre anni nei cinque anni successivi al conseguimento della specializzazione.

4. Concorrono al computo del periodo di cui al comma 3, lettera b), tutti gli incarichi, anche non continuativi, assegnati dalle strutture del SSR con contratti di lavoro di qualunque tipologia, per l'accesso ai quali sia idonea la specializzazione conseguita mediante il contratto aggiuntivo regionale.

5. In caso di inadempimento all'obbligo di cui al comma 3, lettera b), il medico assegnatario del contratto aggiuntivo regionale è tenuto a restituire alla Regione fino all'ottanta per cento di quanto percepito, al netto delle imposte e dei contributi previdenziali ed assistenziali, secondo modalità e criteri di gradualità stabiliti dalla Giunta regionale.

Art. 34

(Partecipazione dei medici in formazione specialistica alle attività assistenziali)(292)(293)

1. La formazione specialistica implica la partecipazione guidata dello specializzando alle attività mediche delle strutture sanitarie alle quali è stato assegnato, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia, dagli

ordinamenti didattici e sulla base dello specifico progetto formativo elaborato dal Consiglio della scuola.

2. Le attività assistenziali svolte dal medico in formazione specialistica sono individuate e tracciate in relazione al progressivo grado di autonomia operativa e decisionale secondo i seguenti livelli:

a) attività di appoggio: quando assiste il personale medico strutturato nello svolgimento delle sue attività;

b) attività di collaborazione: quando svolge direttamente procedure e attività assistenziali specifiche sotto il diretto controllo di personale medico strutturato;

c) attività autonoma: quando svolge autonomamente specifici compiti che gli sono stati affidati, fermo restando che il tutor deve essere sempre disponibile per la consultazione e l'eventuale tempestivo intervento.**(294)**

3. La graduale assunzione di compiti assistenziali e la connessa progressiva attribuzione di responsabilità, secondo quanto definito al comma 2, sono oggetto di indirizzo e valutazione da parte del Consiglio della scuola, considerate le proposte definite d'intesa tra i medici in formazione specialistica, i tutor individuali e i responsabili delle unità operative nelle quali si svolge la formazione. Le attività svolte dal medico in formazione specialistica, sono contemplate nei piani di attività della struttura nella quale si svolge la formazione. Le Università e le aziende definiscono le modalità di sottoscrizione degli atti assistenziali compiuti dal medico in formazione specialistica nell'ambito del piano formativo.

4. Il medico in formazione specialistica può partecipare ad attività di ricerca, svolgendo attività specifiche in modo autonomo sotto la guida del responsabile della ricerca secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Art. 35

(Finanziamento delle strutture sanitarie convenzionate con le Università) (292)

1. Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dalle strutture sanitarie concorrono le risorse messe a disposizione sia dall'Università sia dal fondo sanitario regionale.

2. Gli oneri sostenuti per la retribuzione del personale universitario convenzionato, per le immobilizzazioni e le attrezzature universitarie utilizzate anche per l'assistenza, nonché per tutta l'attività didattica, sono a carico dell'Università.

3. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 27 bis, gli oneri sostenuti per lo svolgimento dei corsi di laurea delle professioni sanitarie sono attribuiti alle aziende per le rispettive sedi individuate dalla Regione a seguito di rendicontazione annuale. Il costo per lo svolgimento dell'attività assistenziale è a carico delle strutture sanitarie.

Art. 36(296)

Titolo IV

*Reti clinico-assistenziali per le malattie croniche a maggior impatto sul SSL, promozione della donazione di sangue, organi, tessuti e cellule e disposizioni organizzative relative ai trapianti e alle trasfusioni**(297)***

Art. 37

(Reti clinico-assistenziali per le malattie croniche a maggior impatto sul SSL)(298)

1. La Regione, le ATS, le ASST e le strutture private accreditate di cui all’articolo 8, nei limiti delle rispettive competenze e funzioni, così come definite dal Titolo I, al fine di assicurare l’appropriatezza, la sicurezza, la qualità e l’efficacia delle cure, in coerenza con l’articolo 9, organizzano reti clinico-assistenziali quali modalità di presa in carico della malattia diabetica, della malattia renale cronica e delle malattie croniche a maggior impatto sul SSL.

2. Le reti clinico-assistenziali costituiscono una modalità gestionale integrata, multiprofessionale e multidisciplinare, che realizza percorsi di continuità assistenziale omogenei che mirano anche allo sviluppo dell'innovazione clinico-assistenziale.

3. Al fine di garantire il miglior funzionamento delle reti clinico-assistenziali, devono essere definiti in conformità ai principi stabiliti dall'articolo 2:

a) i criteri per l'individuazione dei soggetti che partecipano alla rete;
b) la governance e le regole di funzionamento;
c) i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e il loro aggiornamento in base alle evidenze scientifiche;
d) i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura;
e) il sistema di monitoraggio;
f) i criteri di individuazione degli operatori e della loro qualificazione professionale;
g) i percorsi che assicurano ai pazienti l'accesso all'innovazione tecnologica;
h) le modalità di coinvolgimento delle persone e delle famiglie;
i) i percorsi che assicurano ai pazienti la presa in carico secondo il criterio della prossimità territoriale al loro domicilio.

4. Il SSL, per perseguire la finalità indicata nel presente articolo, garantisce la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori socio-sanitari interessati e promuove l'innovazione e la ricerca in ambito clinico-assistenziale, anche attraverso l'individuazione di specifici ambiti.

Art. 38

(Piano regionale della cronicità e della fragilità, innovazione ed efficientamento della presa in carico)(298)

1. Nell'ambito del piano sociosanitario integrato di cui all'articolo 4è approvato il piano regionale della cronicità e della fragilità che definisce gli indirizzi per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili a maggior impatto sul SSL anche attraverso lo sviluppo delle nuove tecnologie in sanità.

2. In particolare, gli indirizzi di cui al comma 1 sono definiti e sviluppati in modo da prevedere l'integrazione con percorsi di prevenzione primaria e diagnosi precoce a garanzia di sicurezza, appropriatezza e continuità terapeutica.

Art. 39

(Malattia diabetica)(298)

1. Il SSL, nel rispetto della normativa statale e regionale, nell'ambito dell'articolo 37 e con le modalità ivi previste, assicura interventi mirati alla prevenzione e cura della malattia diabetica.

2. La Regione assicura, nell'ambito del piano regionale della prevenzione di cui all'articolo 4 bis, la previsione di azioni specificamente mirate alla prevenzione e alla diagnosi precoce del diabete, con particolare riferimento ai contesti di comunità, finalizzate a promuovere corretti stili di vita, salutari e terapeutici. Individua inoltre le fasce di popolazione a rischio diabetico e definisce la programmazione dei relativi interventi. In ambito pediatrico promuove l'organizzazione omogenea sul territorio regionale dei soggiorni educativi terapeutici.

3. Il modello di rete clinico-assistenziale di cui all'articolo 37, per la presa in carico del paziente diabetico, è organizzato in relazione all'età dei soggetti e ai loro bisogni secondo diversi livelli di intensità di cura. Inoltre garantisce la corretta transizione dalla gestione clinico-assistenziale pediatrica a quella adulta anche con l'obiettivo della deospedalizzazione precoce e della riduzione dell'incidenza degli eventi acuti e/o delle complicanze invalidanti. In particolare, la rete clinico-assistenziale deve garantire:

a) la gestione integrata del paziente diabetico attraverso una forte interazione tra le diverse professionalità che comporta il coinvolgimento di team di specialisti ospedalieri e ambulatoriali e del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di libera scelta (PLS);
b) la valorizzazione delle strutture specialistiche diabetologiche anche territoriali che consentano la gestione integrata del diabete, promuovendo la presa in carico delle persone con diabete secondo intensità di cura ed ottimizzando l'appropriatezza di accesso alla rete e garantendo continuità assistenziale per quelle fasi della patologia che non necessitano del potenziale diagnostico e terapeutico dell'ospedale per acuti;
c) la continuità assistenziale programmata in filiera domicilio – territorio – ospedale – territorio – domicilio, per la gestione della patologia e delle sue complicanze;
d) la condivisione, nella rete di assistenza, di documenti tecnici a supporto della definizione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, nonché linee guida per il costante miglioramento dei percorsi di cura e per l'implementazione delle conoscenze tra i professionisti delle diverse strutture sanitarie;
e) la valorizzazione del ruolo del volontariato, quale interlocutore stabile nelle attività di programmazione e verifica in funzione dello sviluppo di programmi e attività di informazione ed educazione dei pazienti e delle loro famiglie;
f) l'implementazione appropriata dell'innovazione tecnologica e terapeutica.

Art. 40

(Specifici trattamenti a domicilio)(298)

1. Gli erogatori del servizio di emodialisi svolgono attività di addestramento dei pazienti e dei loro assistenti per l'apprendimento delle pratiche necessarie all'esecuzione della dialisi domiciliare.

2. Gli erogatori di riferimento per i difetti ereditari della coagulazione svolgono attività di addestramento dei pazienti e dei loro assistenti alle pratiche necessarie per l'effettuazione del trattamento profilattico e sintomatico domiciliare d'urgenza.

Art. 41

(Rimborso delle spese di trasporto per trattamenti di dialisi)(298)

1. Il SSL assicura ai pazienti nefropatici cronici sottoposti a trattamenti di dialisi, il rimborso delle spese di trasporto che essi sostengono per effettuare il tragitto dalla propria dimora al centro di dialisi più vicino e viceversa. Tali rimborsi sono determinati in base ai criteri e alle tariffe definite con deliberazione della Giunta regionale in relazione alle diverse tipologie di trasporto.

2. I rimborsi di cui al comma 1 sono subordinati all'autorizzazione rilasciata dall'ATS di residenza in base alla relazione del responsabile del servizio di dialisi che ha in cura il paziente.

Art. 42

(Promozione della donazione di sangue, organi, tessuti e cellule)(298)

1. La Regione, nel rispetto della normativa statale, secondo principi di qualità, sicurezza e appropriatezza, promuove la donazione anonima, volontaria, periodica, responsabile e gratuita del sangue umano e dei suoi componenti e la donazione di organi, tessuti e cellule ai fini di trapianto a scopo terapeutico, promuovendo l'innovazione e la ricerca in tali ambiti. Ai predetti fini promuove e sostiene la formazione e l'aggiornamento continuo degli operatori sanitari coinvolti e favorisce, anche con il supporto delle associazioni di volontariato, la diffusione della cultura della donazione del sangue, degli organi e dei tessuti attraverso iniziative di sensibilizzazione, comunicazione e informazione.

Art. 43

(Sistema regionale trapianti)(298)

1. L'insieme delle componenti istituzionali, professionali, scientifiche e infrastrutturali che concorrono allo sviluppo delle attività di prelievo e di trapianto di organi, cellule e tessuti a scopo terapeutico, costituisce il Sistema Regionale Trapianti (SRT).

2. La Regione definisce, attraverso atti di programmazione, l'organizzazione del Sistema di cui al comma 1, al fine di renderlo aderente all'evoluzione della medicina dei trapianti.

3. Per assicurare efficienza, efficacia e sviluppo delle attività trapiantologiche, è costituito il Coordinamento Regionale Trapianti che realizza il raccordo tecnico tra tutte le componenti del SRT di cui al comma 1 e la sintesi tra gli indirizzi di programmazione regionali e la gestione clinico-operativa del processo donazione-trapianto.

4. Il coordinamento regionale trapianti opera in stretta relazione funzionale con l'AREU che assicura il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti secondo quanto previsto dall'articolo 16.

Art. 44

(Centro di riferimento regionale per le attività di prelievo e di trapianto di organi, cellule e tessuti)(298)

1. La Regione assicura il funzionamento del Centro di riferimento regionale per le attività di prelievo e di trapianto di organi, cellule e tessuti (CRR) che ha sede presso una azienda pubblica o un IRCCS pubblico del SSL. Il CRR svolge le funzioni previste dalla normativa nazionale e regionale.

2. Presso il CRR ha sede la Commissione sanitaria per la valutazione di parte terza dei trapianti di rene e di fegato tra persone viventi; la Giunta regionale definisce gli indirizzi per il suo funzionamento.

Art. 45

(Sistema trasfusionale regionale)(298)

1. L'insieme delle componenti istituzionali, professionali, scientifiche e infrastrutturali che concorrono allo sviluppo delle attività trasfusionali costituisce il sistema trasfusionale regionale.

2. La Giunta regionale definisce, attraverso atti di programmazione, l'organizzazione del sistema di cui al comma 1 al fine di renderlo aderente all'evoluzione della medicina trasfusionale.

3. Il coordinamento delle attività trasfusionali è affidato alla competente struttura della direzione generale regionale. **(299)**

Art. 46(300)

Art. 47(300)

Art. 48(300)

Art. 49(300)

Art. 50(300)

Art. 51(300)

Art. 52(300)

Titolo V(301)

Norme in materia di tutela della salute mentale

CAPO I

*Disposizioni generali sulla salute mentale**(301)***

Art. 53

(Area della salute mentale)(301)

1. Per area della salute mentale, ai fini della presente legge, si intende l'insieme delle attività orientate a promuovere la tutela della salute mentale e del benessere psicologico e a contrastare gli effetti di esclusione sociale che i disturbi psichici e altre patologie o problematiche possono causare.

2. Afferiscono all'area della salute mentale gli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica. La neuropsichiatria all'infanzia e dell'adolescenza può afferire funzionalmente all'area materno-infantile.

3. Le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione relative agli ambiti di cui al comma 2 sono svolte dai competenti servizi in raccordo con l'attività dei consultori e del servizio sociale professionale, e sono attuate attraverso l'integrazione interdisciplinare di attività ospedaliere e territoriali, con il coinvolgimento delle famiglie, il contributo delle formazioni sussidiarie del territorio e l'adozione di modelli sociosanitari integrati, comunitari, multidisciplinari e proattivi, nel contesto delle reti sociali e familiari, assicurando l'esercizio dei diritti, la continuità dei percorsi di cura, la presa in carico delle persone e la valorizzazione del loro sapere esperienziale e delle competenze acquisite.

4. L'erogazione delle prestazioni e delle attività inerenti ai servizi di cui al presente capo è affidata ai soggetti pubblici e privati accreditati, di cui agli articoli 7 e 8, secondo le indicazioni e la programmazione delle ATS competenti per territorio.

Art. 53 bis

(Obiettivi di salute dell'area della salute mentale)(301)

1. La promozione della salute mentale in ogni età della vita rappresenta un rilevante obiettivo di salute. Tale obiettivo è perseguito attraverso:

a) la diagnosi e il trattamento appropriato dei disturbi mentali, dei disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, dei disturbi da uso di sostanze e altri comportamenti da dipendenza, del disagio psicologico individuale e familiare, la prevenzione delle loro conseguenze nella vita personale e di relazione tramite interventi e percorsi di riabilitazione specifici, a partire dall'età evolutiva;

b) l'inclusione, il reinserimento sociale e scolastico, in coerenza con i programmi terapeutici e riabilitativi, per lo sviluppo del diritto di cittadinanza e la promozione della piena integrazione delle persone, attraverso il collegamento con le strutture sociosanitarie, la rete sociale, gli enti locali, gli IRCCS e i soggetti del terzo e quarto settore;

c) la definizione di progetti terapeutici e di prevenzione terziaria, integrati con l'ambito sociale, finalizzati anche all'inserimento e al mantenimento nell'attività lavorativa dei soggetti assistiti, anche tramite modelli che coinvolgano enti, istituzioni, rappresentanze e portatori d'interesse;

d) la valorizzazione, la promozione e la diffusione di attività di supporto tra pari, utenti e familiari, comprese anche le forme di incentivazione, che tengano conto delle evidenze emerse dalle sperimentazioni effettuate;

e) la valorizzazione della risposta integrata e interdisciplinare al bisogno di salute dell'assistito, anche utilizzando percorsi personalizzati di cura remunerati mediante i budget di salute, finalizzati a privilegiare la metodologia della presa in carico attraverso il modello del case management, e con progetti riabilitativi orientati al recupero personale e sociale, anche lavorativo quando praticabile;

f) la promozione della collaborazione tra servizi territoriali, in particolare gli enti locali, i servizi di tutela dei minori e l'amministrazione giudiziaria, mediante un'attività integrata che persegua l'obiettivo di salute mentale;

g) la riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero o alle altre forme di intervento residenziale, mediante il potenziamento delle attività di cura da erogare sul territorio, comprese quelle al domicilio della persona, tenendo conto delle specifiche condizioni familiari, sociali e territoriali;

h) la continuità dei percorsi clinici e dei progetti di vita e di inclusione sociale che accompagnino la persona dalla fase acuta e ospedaliera a quella degli interventi territoriali e riabilitativi;

i) la promozione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, mediante il riconoscimento delle situazioni a rischio, la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo, con indicazioni mirate per specifiche tipologie di bisogno, quali le problematiche della fascia adolescenziale e giovanile, di età compresa tra i quattrordici e i venticinque anni, per garantire la continuità della presa in carico nelle età di passaggio, nonché la previsione di spazi mirati e progetti di intervento appropriati e integrati fra ospedale e territorio, in collaborazione con gli erogatori pubblici e privati accreditati di cui agli articoli 7 e 8 e con i diversi attori interessati, quali gli enti locali, i servizi specialistici, le famiglie e le associazioni;

j) la promozione di percorsi di cura e assistenza per i pazienti con patologie emergenti nell'ambito psicologico, delle dipendenze e dei disturbi psichiatrici di tutte le età, assicurando l'accesso a specifici programmi innovativi, compresi i percorsi a tutela della salute fisica;

k) la formazione permanente degli operatori, con attenzione al lavoro di rete e di équipe e al coinvolgimento di utenti e familiari, inclusi adeguati percorsi formativi finalizzati alla riduzione del ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori (TSO) e alla riduzione delle pratiche di contenzione meccanica;

l) le azioni volte alla presa in carico dei pazienti autori di reato, a fine pena o nelle fasi intermedie, in conformità alla programmazione regionale e nel rispetto delle norme nazionali e regionali;

m) la presa in carico globale e continuativa, attraverso una specifica programmazione, di concerto con gli enti locali, delle persone con disabilità e con disturbi dello spettro autistico, nell'intero ciclo di vita, in base a valutazione multidimensionale e attraverso la piena integrazione dei servizi e dei programmi di natura sanitaria e riabilitativa, con quelli di natura sociosanitaria, sociale ed educativa, con il mondo del lavoro e con la famiglia;

n) i percorsi di auto-aiuto con particolare riguardo al trattamento dei quadri delle dipendenze;

o) l'avvio di sperimentazioni con la figura dello psicologo di base nei servizi offerti dagli erogatori pubblici e privati accreditati di cui agli articoli 7 e 8;

p) la prevenzione delle patologie psichiatriche perinatali delle donne, la presa in carico durante la gravidanza e dopo il parto con attivazione di un servizio dedicato e di programmi di trattamento appropriati, prevedendo, per i casi più gravi, spazi protetti per il ricovero di mamma e di bambino da zero a un anno.

2. Gli obiettivi di cui al comma 1 sono perseguiti prioritariamente mediante il collegamento operativo e organico degli erogatori di cui all'articolo 53, compresi gli IRCCS con competenze in materia di salute mentale, garantendo altresì l'interazione con gli enti locali nei limiti delle loro competenze, con il terzo e quarto settore e con le reti locali informali, sociali, educative e culturali.

Art. 53 ter

(Criteri organizzativi delle funzioni e dei servizi dell'area della salute mentale)(301)

1. Le prestazioni e i servizi erogati nell'area della salute mentale sono garantiti a tutte le persone, nell'ambito delle funzioni svolte dagli erogatori di cui all'articolo 53.

2. Ai fini dell'accesso alle prestazioni e ai servizi di cui al comma 1è garantita la libertà di scelta, ferma restando la necessità di salvaguardare la qualità e la continuità della cura e della presa in carico territoriale.

3. Per garantire appropriati percorsi di cura, i servizi dipendenze, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, psichiatria, psicologia, disabilità psichica dell'area della salute mentale operano in un'ottica di coordinamento e integrazione favorendo, dove necessario, il coordinamento anche con altri dipartimenti e strutture organizzative. I servizi dell'area della salute mentale sono organizzati dagli erogatori di cui all'articolo 53, anche in accordo tra loro e con le realtà del terzo e quarto settore presenti sul territorio. I criteri e modelli di integrazione funzionale e gestionale sono approvati dalla ATS competente per territorio, in coerenza con la programmazione regionale e quella della stessa ATS, tenuto conto dell'estensione e della dispersione territoriale, del contesto demografico, del numero dei comuni interessati e di altre significative specificità del territorio. L'area di salute mentale, per le sue specificità clinico-organizzative, opera in organica integrazione fra il polo ospedaliero e la rete territoriale, attuando altresì modelli di intervento per la gestione delle situazioni di emergenza-urgenza.

4. Presso l'assessorato competente è istituito il Tavolo per la salute mentale, che costituisce uno dei tavoli di cui all'articolo 5, commi 13 e 14, composto da soggetti istituzionali, operatori e rappresentanti delle associazioni di familiari e utenti e del terzo settore, società scientifiche, enti di ricerca e università e i rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, con compiti di monitoraggio e orientamento generale degli interventi inerenti agli ambiti e ai servizi di cui all'articolo 53. In ogni ATS sono istituiti uno o più organismi di coordinamento per la salute mentale fino a un massimo corrispondente al numero dei distretti. Nella ATS della montagna è istituito un organismo di coordinamento per la salute mentale in ogni distretto. Negli organismi di coordinamento per la salute mentale sono rappresentati i soggetti istituzionali, il terzo settore e le associazioni di familiari e utenti che concorrono, ciascuno per la propria competenza e funzione, alla progettazione e realizzazione dei programmi di salute, in coerenza con la programmazione regionale e della singola ATS che la attua a livello territoriale.

5. L'assessorato può avvalersi di un Comitato tecnico di esperti, a supporto dell'unità organizzativa competente, al fine dello studio e dello sviluppo di linee guida per la elaborazione e gestione dei percorsi di cura, riconoscendo e valorizzando modelli di lavoro già sperimentati nell'ambito delle esperienze delle reti lombarde di patologia e dei gruppi di approfondimento tecnico, anche per lo sviluppo e la diffusione di pratiche professionali in linea con le più recenti evidenze scientifiche internazionali e rispettose della dignità della persona.

Art. 53 quater

(Organizzazione e compiti erogativi delle unità di offerta di salute mentale)(301)

1. L'area di salute mentale è organizzata, secondo i criteri di cui all'articolo 53 ter, in forma dipartimentale, coerentemente con la programmazione regionale e quella della ATS competente per territorio. Nell'ambito dell'area della salute mentale opera il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze istituito nelle ASST, articolato, di norma, in una o più unità operative dei servizi dipendenze (UOSD), in una o più unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UONPIA), in una o più unità operative di psichiatria (UOP), in una o più unità operative di psicologia (UOPsi), oltreché in servizi dedicati alla disabilità psichica.

2. Le unità operative di cui al comma 1 garantiscono la presa in carico del bisogno della popolazione assistita e la continuità dei percorsi di cura integrando servizi ospedalieri e territoriali, sulla base delle indicazioni del piano sociosanitario integrato lombardo (PSSL). In coerenza al PSSL, la programmazione della ATS territorialmente competente può autorizzare l'articolazione delle unità operative in organizzazioni gestionali, anche tra più erogatori di cui all'articolo 53, in presenza di specifiche caratteristiche di natura epidemiologica, del contesto territoriale, della popolazione, dell'offerta e della rete dei servizi.**(302)**

3. Le UOSD operano con metodo multidisciplinare e assicurano le attività di prevenzione, cura e riabilitazione. Le UOSD si occupano delle patologie riferibili all'uso, all'abuso e alla dipendenza da sostanze psicoattive; si occupano e garantiscono altresì un'organizzazione per lo specifico alcologico e per le patologie da dipendenze comportamentali. Nell'ambito delle UOSD sono organizzati i servizi per la tutela dei soggetti colpiti da dipendenza ristretti in carcere, sia per lo sviluppo di programmi specifici intra-murari, sia per l'elaborazione di programmi alternativi alla pena, come indicato dal decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza).

4. Le UONPIA sono dotate di adeguate risorse nell'ambito dei livelli organizzativi in cui sono istituite. Svolgono attività di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione nei disturbi neurologici, psichiatrici e neuropsicologici dell'età evolutiva e nelle disabilità dello sviluppo, nonché agiscono in stretta integrazione sia con le unità operative dell'area di salute mentale sia con le unità operative dell'area materno-infantile e, a tali fini, adottano le configurazioni organizzative più adeguate a ottimizzare i percorsi di cura, in coerenza con le indicazioni fornite dalla programmazione regionale e di quella della ATS competente per territorio.

5. Le UOP sono articolate nei presidi ospedalieri, nelle reti territoriali, residenziali e semiresidenziali, per rispondere ai bisogni di salute mentale e operano in sinergia con gli enti locali e la rete sociale per garantire la presa in carico trasversale e la gestione unitaria del percorso di cura del paziente. Le UOP, in coerenza con la programmazione regionale e la normativa nazionale, organizzano forme di servizio idonee per i pazienti autori di reato, inclusi quelli in condizione di detenzione e in misura di sicurezza.

6. Le UOP si sono articolate nell'area dipartimentale di salute mentale nell'ambito dell'organizzazione aziendale delle ASST, tenuto conto delle esigenze della popolazione di riferimento, compresi i pazienti autori di reato. Orientano le attività di ambito psicologico alla presa in carico dei bisogni clinici di valutazione, cura, riabilitazione e delle fragilità della persona nell'intero ciclo di vita, anche collaborando con altre unità operative. Possono sperimentare modelli di psicologia di comunità, anche nell'ambito scolastico, e interventi integrati con l'assistenza di primo livello di medicina generale e le aree specialistiche, tra cui la materno-infantile, e negli stati a rischio.

7. Le unità operative di cui al presente articolo, costituite dai soggetti di cui all'articolo 53, operano e collaborano tra loro in base a linee d'azione, programmi e procedure condivise, volte a garantire gli standard organizzativi delle strutture e l'attuazione dei percorsi clinici e delle attività di loro competenza, in coerenza con le normative e le direttive gestionali delle aziende in cui operano, nel contesto della rete d'offerta del territorio regionale, nonché nel rispetto della programmazione regionale e della ATS competente per territorio. Sostengono le azioni finalizzate alla prevenzione, alla valutazione multidimensionale dei bisogni, alla presa in carico, alla diagnosi e cura precoce dei casi di competenza, anche attraverso il coinvolgimento degli erogatori pubblici e privati accreditati e dei soggetti del terzo e quarto settore in raccordo con il Tavolo per la salute mentale e le sue eventuali articolazioni. Promuovono collaborazioni e si coordinano con i servizi territoriali, gli enti locali, gli istituti scolastici, l'amministrazione giudiziaria, il servizio tutela minori, i sindaci, le forze dell'ordine, i servizi sociali dei comuni, i servizi multidisciplinari integrati (SMI), le strutture consultoriali, gli altri erogatori accreditati, i soggetti territoriali sia istituzionali sia appartenenti al

volontariato ai sensi dell'articolo 24.

CAPO IV

*Disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa**(301)***

Art. 54

(Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa, di sostegno e assistenza per le loro famiglie)(301)

1. La Regione, in armonia con la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e conformemente alle vigenti disposizioni legislative nazionali e regionali, riconoscendo le peculiarità che le contraddistinguono, promuove condizioni di benessere e stabilisce le linee di azione in materia di prevenzione, assistenza, cura, riabilitazione e inclusione sociale delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa.

2. Le disposizioni di cui al presente capo hanno l'obiettivo di promuovere una cultura attenta alle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa e di costruire una rete integrata del sistema dei servizi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi e di dare supporto alla famiglia, quale risorsa attiva nel percorso di cura e assistenza. Gli interventi sono rivolti a tutte le persone che, in ogni età della vita, sono affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa, diagnosticati e valutati secondo i sistemi di classificazione e le metodologie più recenti, riconosciuti e validati dalla comunità scientifica internazionale, e alle famiglie che ne sostengono l'impegno di cura.

3. La Regione, attraverso il PSSL di cui all'articolo 4 e le regole di sistema di cui all'articolo 17, al fine di realizzare gli obiettivi previsti dal presente articolo, promuove e sostiene:**(303)**

a) la diffusione della cultura per una diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa;

b) la piena accessibilità alle informazioni relative allo spettro autistico e alla disabilità complessa, ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali correlati;

c) la partecipazione a progetti nazionali e internazionali di ricerca;

d) la collaborazione, attraverso un proprio sistema integrato di raccolta dati, con le banche dati ministeriali al fine di monitorare l'andamento epidemiologico e i risultati degli interventi preventivi, terapeutici, abilitativi e riabilitativi erogati dal sistema integrato dei servizi sanitari sociosanitari, sociali ed educativi;

e) centri di riferimento specialistici regionali con compiti di coordinamento dei presidi delle rete sanitaria regionale, al fine di garantire la diagnosi tempestiva e stabilire percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali e strategie psicoeducative strutturate per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico;

f) la presa in carico globale delle persone con approccio multi-professionale e interdisciplinare attraverso l'integrazione tra gli interventi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi tra servizi pubblici, del privato e del privato sociale, che coinvolga le famiglie e le associazioni in collaborazione con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro. La presa in carico di soggetti in età evolutiva e in età adulta è effettuata dai soggetti di cui all'articolo 53, avvalendosi di un gruppo di lavoro istituito attraverso l'individuazione di esperti, appartenenti a enti accreditati, con comprovata e qualificata formazione ed esperienza nella diagnosi e nella predisposizione di percorsi individuali per soggetti con disturbi dello spettro autistico;

g) l'accesso alle terapie e ai metodi di approccio comportamentale in linea con le più recenti evidenze scientifiche stabilite dalle linee guida ministeriali;

h) la formazione dei professionisti sanitari, sociosanitari, sociali, dell'educazione e dei pediatri sugli strumenti di valutazione e le metodologie di intervento abilitativo e riabilitativo, validati a livello internazionale, al fine della costituzione sul territorio di unità funzionali integrate e multidisciplinari per la diagnosi precoce e la valutazione multidimensionale del bisogno;

i) iniziative di formazione, orientamento, accompagnamento e supporto alla famiglia quale risorsa attiva nel percorso di cura e assistenza;
j) idonee misure di coordinamento tra i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza, psichiatria e servizi per la disabilità, per garantire la presa in carico e il corretto trasferimento di informazioni riferite alla persona affetta dalla patologia, assicurando la continuità dell'assistenza per tutto l'arco della vita;
k) la disponibilità sul territorio di posti tecnici nelle strutture ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali accreditate, con competenze specifiche per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa;
l) la promozione di progettualità finalizzate all'inserimento lavorativo dei pazienti che ne valorizzino le capacità, anche con percorsi di vita indipendente.

Titolo VI

Norme in materia di prevenzione e promozione della salute

Capo I(304)

Disposizioni generali

Art. 55

(Finalità)(304)

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

2. In attuazione dei piani nazionale e regionale della prevenzione sono realizzati interventi finalizzati a sostenere stili di vita sani, a realizzare ambienti favorevoli alla salute, a eliminare o contenere i rischi per la salute dei singoli e delle collettività, attraverso azioni di profilassi e di diagnosi precoce, anche integrate con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico per prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi.

Art. 56

(Competenze della Giunta regionale e autorità unica regionale di controllo per la sicurezza chimica)(304)(305)

1. La Giunta regionale, nel rispetto dei piani di cui agli articoli 4 e 4 bis, definisce:
a) il ruolo e il contributo dei soggetti coinvolti nel sistema integrato della prevenzione, anche relativamente alle attività di controllo e vigilanza e di sviluppo degli strumenti di informazione e comunicazione, nonché ai processi di promozione della salute;
b) gli eventuali specifici interventi settoriali anche in ragione di eventi e situazioni particolari o eccezionali, con particolare riferimento a emergenze sanitarie;
c) gli indicatori per la valutazione di efficacia degli interventi di prevenzione e delle attività di controllo e vigilanza;
d) i programmi di formazione del personale interessato;
e) le campagne di informazione e di comunicazione, con il concorso delle ATS, dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA), delle autonomie locali, di altri enti e istituzioni;
f) la partecipazione a processi di valutazione di impatto sanitario (VIS) e di impatto sanitario-ambientale (VIAS), con particolare riguardo alle iniziative coordinate con altri enti e amministrazioni interessate per individuare e rimuovere le cause di effetti nocivi e di malattie di origine ambientale;
g) la natura e le modalità di raccolta e gestione dei flussi informativi tra ATS, ASST, erogatori privati accreditati di cui all'articolo 8, enti del sistema regionale ed enti locali stabilendone le modalità di condivisione e integrazione;
h) i criteri di gestione integrata e le modalità di coordinamento degli interventi di prevenzione, controllo e vigilanza da parte delle ATS, degli enti locali, degli assessorati regionali relativamente alle competenze specifiche e degli altri enti interessati.

2. La Giunta regionale verifica il perseguimento degli obiettivi della programmazione regionale e fornisce indirizzi per l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sul territorio.

3. Con frequenza annuale, le direzioni generali competenti in materia di sanità e ambiente e l'ARPA redigono un rapporto congiunto sui risultati conseguiti a seguito dell'attività di raccordo. Il rapporto è comunicato alla Giunta regionale. **(306)**

4. La Giunta regionale, in aderenza alle programmazioni nazionali e internazionali in materia di prevenzione, promuove e diffonde la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche. A tal fine la Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente, approva linee guida.

4 bis. La struttura regionale competente in materia di prevenzione è individuata quale autorità unica regionale di controllo per la sicurezza chimica, con funzioni di raccordo con l'autorità competente nazionale per l'attuazione dei controlli ufficiali in tale ambito.**(307)**

Art. 57

(Competenze delle ATS)(304)

1. Le ATS svolgono attività di prevenzione e controllo dei fattori di rischio per la popolazione e i lavoratori e di promozione della salute secondo un approccio intersettoriale che valorizza il contributo di altre istituzioni e di soggetti, quali associazioni e organizzazioni, a vario titolo coinvolte, nel raggiungimento di obiettivi comuni di prevenzione.

2. In particolare, tramite i dipartimenti di igiene e prevenzione sanitaria, le ATS assicurano, in coerenza con i livelli essenziali di assistenza e con il piano regionale della prevenzione, la governance e l'orientamento dell'offerta di prestazioni di prevenzione erogate dalle ASST e da altri soggetti accreditati e svolgono attività riguardanti:

a) la raccolta e la valutazione di dati sanitari della popolazione, la diffusione della relativa conoscenza e l'effettuazione di indagini epidemiologiche;

b) la prevenzione, la comunicazione, la sorveglianza, il monitoraggio, la promozione alla salute e il controllo delle malattie infettive, comprese quelle a trasmissione sessuale;

c) l'indirizzo e la verifica dei risultati e della qualità del processo di offerta, nonché del relativo controllo delle attività vaccinali in capo alle ASST, promuovendo il coinvolgimento, l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione;

d) la prevenzione individuale e collettiva delle malattie cronico-degenerative e oncologiche, attraverso programmi volti a contenere l'esposizione a fattori di rischio comportamentali e programmi di promozione della salute;

e) l'organizzazione e la valutazione dei programmi di screening oncologici;

f) la predisposizione, il coordinamento, l'attuazione e la valutazione di piani integrati di promozione della salute;

g) la prevenzione e la promozione della salute e sicurezza nelle collettività e negli ambienti di vita;

h) la formulazione di contributi alle autorità competenti, in ordine alle ricadute sulla salute della popolazione, nell'ambito delle procedure di valutazione di impatto ambientale (VIA), di valutazione ambientale strategica (VAS), di elaborazione degli atti di pianificazione territoriale e di approvazione della caratterizzazione e del progetto di bonifica dei siti inquinati;

i) la prevenzione, anche in collaborazione con ARPA, di malattie di origine ambientale, nonché la sorveglianza e la prevenzione delle esposizioni ambientali pericolose per la salute della popolazione;

j) il controllo ufficiale sugli alimenti di origine non animale e loro derivati e sugli alimenti per gruppi specifici di popolazione, nonché sui materiali destinati al contatto con gli alimenti, nelle fasi di produzione, trasformazione e distribuzione;

k) il controllo e la vigilanza sulle acque destinate al consumo umano;

l) la prevenzione e la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, attraverso l'accertamento dei fattori di rischio, il controllo dello stato di salute dei lavoratori e l'individuazione di misure efficaci a prevenire infortuni e malattie professionali. La programmazione dell'attività si realizza secondo i principi di graduazione del rischio e tenendo conto degli indirizzi nazionali relativamente a determinati settori;

m) il controllo e la vigilanza sui gas tossici e sull'impiego delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;

n) il controllo ufficiale:

1) sulle sostanze chimiche, ai sensi del regolamento (CE) n. 1907/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio (REACH), del regolamento (CE) n. 1272/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio (CLP);

2) sui prodotti fitosanitari, ai sensi del regolamento (CE) n. 1107/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio;

3) sui biocidi, ai sensi del regolamento (CE) n. 528/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio;

4) sui detergenti, ai sensi dei regolamenti (CE) n. 648/2004 e n. 259/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio;

4 bis) sui cosmetici, ai sensi del regolamento (CE) n. 1223/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio;**(308)**

o) **(309)**

p) le attività di guardia igienica permanente e di pronta reperibilità, per garantire un tempestivo ed efficace intervento per le urgenze ed emergenze igienico-sanitarie, in stretta interazione funzionale fra le diverse strutture sanitarie e della pubblica amministrazione;

q) la promozione di programmi di contrasto ai disturbi alimentari e di educazione alla corretta alimentazione rivolti alla popolazione, in particolar modo alle scuole;

r) la promozione di programmi di contrasto al tabagismo;

s) la promozione di programmi di contrasto alle dipendenze.

2 bis. Il controllo ufficiale di cui al comma 2, lettera n), è svolto dalle ATS quali autorità uniche territoriali di controllo per la sicurezza chimica.**(310)**

3. Le ATS e le ASST redigono annualmente un rapporto sulle attività svolte in materia di prevenzione e sui risultati raggiunti; tale rapporto è inviato all'Osservatorio epidemiologico presso la Direzione generale Welfare della Regione ed è pubblicato sui siti aziendali. La Direzione regionale Welfare redige annualmente un rapporto sulle attività di prevenzione svolte complessivamente dal sistema ATS/ASST, dandone ampia diffusione.

4. Le ATS inoltre:

a) rilasciano l'autorizzazione all'installazione ed esercizio di apparecchiature a risonanza magnetica per uso diagnostico del gruppo A, con valore di campo statico di induzione magnetica non superiore a 4 tesla, di cui all'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 8 agosto 1994, n. 542 (Regolamento recante norme per la semplificazione del procedimento di autorizzazione all'uso diagnostico di apparecchiature a risonanza magnetica nucleare sul territorio nazionale) e all'articolo 21 bis, comma 2, del decreto-legge 24 giugno 2016, n. 113 (Misure urgenti per gli enti territoriali e il territorio), convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2016, n. 160;

b) accertano e irrogano le sanzioni amministrative di cui all'articolo 7 della legge 11 novembre 1975, n. 584 (Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico) per l'inosservanza del divieto di cui all'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3 (Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione), ove si tratti di locali di competenza regionale;

c) rilasciano i riconoscimenti ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 sull'igiene dei prodotti alimentari, riguardanti le attività di:

1) produzione, commercializzazione e deposito di additivi, enzimi e aromi ad uso alimentare;

2) produzione e confezionamento di alimenti per gruppi specifici di popolazione;

3) produzione di germogli ad uso alimentare.

5. L'autorizzazione all'esercizio delle apparecchiature di cui al comma 4, lettera a), è da rinnovare qualora si rendano necessarie modifiche strutturali o impiantistiche che comportino una rivalutazione dei rischi o l'adozione di misure di sicurezza diverse da quelle adottate in precedenza. Qualora s'intenda apportare modifiche che non comportino una rivalutazione dei rischi o l'adozione di misure di sicurezza diverse da quelle adottate in precedenza il direttore generale dell'azienda sanitaria ne dà comunicazione all'ATS competente per territorio per l'aggiornamento dell'autorizzazione preesistente e per la programmazione di eventuali attività di controllo. Nel caso di impiego di apparecchiature mobili temporaneamente in sostituzione di apparecchiature fisse già autorizzate, il direttore generale dell'azienda sanitaria comunica preventivamente all'ATS competente per territorio il relativo periodo di utilizzo per la programmazione di eventuali attività di controllo. **(311)**

5 bis. L'autorizzazione di cui al comma 5 può essere revocata, previa diffida a ottemperare entro un congruo termine e contestuale sospensione dell'autorizzazione stessa, al venir meno, anche parziale, della conformità agli standard di sicurezza. **(312)**

6. La programmazione delle attività di prevenzione e controllo è effettuata in coerenza con gli indirizzi impartiti dalla competente direzione regionale.

Art. 58

(Articolazione dei dipartimenti di igiene e prevenzione sanitaria)(304)

1. Il Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria si configura come dipartimento gestionale, caratterizzato da uso integrato delle risorse e con attribuzione di un budget unico, che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione e un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili.

2. I dipartimenti gestionali di igiene e prevenzione sanitaria sono costituiti dai seguenti servizi:

a) igiene e sanità pubblica, salute-ambiente;
b) igiene degli alimenti e nutrizione;
c) prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
d) medicina preventiva nelle comunità;
e) promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali.

3. I dipartimenti di cui al comma 2 inoltre assicurano la tutela della salute, anche orientando, con atti di indirizzo, l'offerta di prevenzione erogata dalle ASST e rivolta al singolo individuo in coerenza con i livelli essenziali di assistenza e con i piani nazionale e regionale della prevenzione.

4. In funzione delle necessità territoriali, degli indicatori epidemiologici, del contesto socioeconomico, della necessità di accessibilità e di prontezza degli interventi, dei rischi ambientali e dei flussi turistici, con particolare riguardo all'Area metropolitana ed ai territori montani, il direttore generale dell'ATS può prevedere, nell'ambito del Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS), ulteriori unità operative o articolare le stesse in unità territoriali.

Art. 59

(Disposizioni in materia di medicina scolastica)(304)

1. Le ATS assicurano la prevenzione collettiva nelle scuole di ogni ordine e grado, anche mediante azioni di promozione della salute a valenza intersettoriale e interistituzionale.

2. Sono aboliti gli obblighi relativi alla tenuta dei registri di medicina scolastica, degli archivi delle cartelle sanitarie individuali, del certificato medico di riammissione oltre i cinque giorni di assenza, nonché l'obbligo di effettuare periodiche disinfezioni e disinfestazioni degli ambienti scolastici ove non sussistano esigenze di sanità pubblica.

3. Le operazioni di sanificazione, derattizzazione, disinfestazione degli ambienti scolastici non dettate da esigenze di sanità pubblica sono a carico della direzione scolastica.

4. Il certificato per l'esonero dalle lezioni di educazione fisica e il certificato sanitario per l'ammissione ai soggiorni di vacanza per minori sono rilasciati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

Art. 60

(Abolizione di certificazioni, documenti e adempimenti sanitari)(304)

1. Sono aboliti, con la sola eccezione di cui al comma 2, i certificati, i documenti e gli adempimenti di cui all'allegato A alla presente legge.

2. I certificati e i documenti di cui all'allegato A sono rilasciati ai soli soggetti tenuti alla loro presentazione in altre regioni.

3. Il certificato che attesta l'esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie è sostituito da autocertificazione ai sensi dell'articolo 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (Disposizioni regolamentari in materia di documentazione amministrativa (Testo C)).

Art. 60 bis

(Disposizioni sui regolamenti comunali di igiene)(304)

1. La Giunta regionale emana direttive in ordine ad aspetti disciplinati dai regolamenti comunali di igiene.

2. Non trovano applicazione le disposizioni del regolamento locale di igiene tipo.

Art. 60 bis 1(313)

(Istituzione presso i comuni del catasto delle torri evaporative di raffreddamento a umido e dei condensatori evaporativi)

1. Al fine di prevenire e monitorare i rischi ambientali per la legionella i comuni devono predisporre e curare la tenuta di un registro delle torri di raffreddamento ad umido e dei condensatori evaporativi esistenti sul proprio territorio da implementarsi mediante notifica da parte dei responsabili degli impianti di raffreddamento.

2. Il registro di cui al comma 1 deve contenere le seguenti informazioni:

a) sito di interesse;

b) numerosità delle torri di raffreddamento e dei condensatori evaporativi presenti.

3. Ogni nuova installazione di delle torri di raffreddamento ad umido e dei condensatori evaporativi e ogni cessazione permanente deve essere registrata entro novanta giorni.

4. Entro il mese di febbraio di ogni anno le informazioni del registro devono essere trasmesse alla Agenzia di Tutela della Salute competente per il territorio.

5. La Giunta regionale fornisce ai comuni indicazioni operative relative all'applicazione delle disposizioni di cui al presente articolo, anche in relazione alle modalità di aggiornamento delle informazioni.

Art. 60 ter

(Direzioni sanitarie delle ATS e ASST)(304)

1. Le direzioni sanitarie delle ATS coordinano l'organizzazione delle attività di prevenzione per il raggiungimento delle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), e il raccordo con le ASST e la rete degli erogatori delle prestazioni di prevenzione specialistica.

2. I direttori sanitari delle ATS e delle ASST, fermi restando i requisiti previsti dall'articolo 13, devono possedere i requisiti e le competenze professionali specifiche ai fini organizzativi ed igienico-sanitari, come previsto dall'articolo 3 del d.lgs. 502/1992.

Art. 60 quater

(Risorse)(304)

1. La Regione annualmente destina al conseguimento degli obiettivi di prevenzione collettiva, così come indicati nei livelli essenziali di assistenza, una quota del fondo sanitario regionale in misura non inferiore al 5 per cento, nonché:

a) gli introiti derivanti:

1) dall'irrogazione di ammende e sanzioni a seguito dell'attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui all'articolo 13, comma 6, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro);

2) dall'irrogazione di sanzioni per violazione delle disposizioni del regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH) e del regolamento (CE) n. 1272/2008 (CLP);

b) una quota degli introiti derivanti dalla riscossione delle tariffe di cui all'allegato A del decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 (Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004) relative ai controlli sanitari degli operatori del settore alimentare (OSA) che trattano alimenti di origine non animale.

1 bis. Gli introiti di cui al comma 1, lettera a), punto 1), sono ripartiti annualmente fra le ATS in proporzione al numero di posizioni assicurative territoriali, all'incidenza dei singoli fattori di rischio delle attività produttive e alla gravità degli infortuni e delle malattie professionali e sono prioritariamente finalizzati ad attività di sorveglianza epidemiologica di rischi e danni associati all'esposizione professionale, al rafforzamento dell'attività svolta dai servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro mediante l'acquisizione, nel rispetto dei vincoli posti dalla normativa statale, di personale aggiuntivo a tempo determinato e con forme flessibili, di prestazioni aggiuntive del personale dipendente e di risorse strumentali, nonché ad attività di formazione e aggiornamento professionale. Al fine di assicurare uniformità di applicazione degli indirizzi resi dalla struttura regionale competente in materia, i medesimi introiti sono destinati, in una percentuale non superiore al due per cento, a finanziare la realizzazione, da parte della stessa struttura, di progetti formativi e informativi rivolti agli operatori dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro. Alla ripartizione degli introiti di cui al presente comma e alle modalità e al livello economico da riconoscere per le prestazioni aggiuntive del personale dipendente si provvede con deliberazione della Giunta regionale, sentito il Comitato regionale di coordinamento di cui all'articolo 7 del d.lgs. 81/2008.**(314)**

2. Gli obiettivi di prevenzione a cui destinare le risorse di cui al comma 1, lettera a), punto 2), e lettera b), sono definiti sulla base di specifici provvedimenti.**(315)**

Capo II(316)

IMPIEGO DI SORGENTI DI RADIAZIONI IONIZZANTI A SCOPO MEDICO, MEDICO VETERINARIO E DI RICERCA SCIENTIFICA IN VIVO E IN VITRO

Art. 61

(Nulla osta di categoria B all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti)(317)

1. Il nulla osta di categoria B di cui al decreto legislativo 31 luglio 2020, n. 101 (Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordino della normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117) per le pratiche comportanti e connesse alle esposizioni a scopo medico, medico veterinario e di ricerca scientifica in vivo e in vitro svolte presso strutture sanitarie è rilasciato dall'ATS competente per territorio, in applicazione dell'articolo 52 dello stesso decreto legislativo.

2. L’istanza di rilascio o di aggiornamento del nulla osta, sottoscritta dal richiedente e corredata di documentazione tecnica firmata da un esperto di radioprotezione iscritto nell’elenco di cui all'articolo 129 del d.lgs. 101/2020, contiene, per quanto applicabili, i dati e le informazioni di cui ai paragrafi 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 e 3.8 dell’allegato XIV dello stesso decreto legislativo.

3. Contemporaneamente alla presentazione all’ATS, il richiedente trasmette l’istanza di cui al comma 2 e la relativa documentazione tecnica all’ispettorato territoriale del lavoro, al comando provinciale dei vigili del fuoco e al dipartimento dell’ARPA competenti per territorio.**(318)**

Art. 62

(Commissioni per la radioprotezione)(317)

1. Presso i dipartimenti di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS sono istituite le commissioni per la radioprotezione, con funzioni di organismi tecnico-consultivi e di supporto tecnico-scientifico in tema di radioprotezione nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi da esposizione alle radiazioni ionizzanti.

2. Ciascuna commissione è composta da:

a) il direttore del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria dell'ATS o un suo delegato che la presiede;

b) due specialisti in fisica medica iscritti nell'elenco degli esperti di radioprotezione di cui all’articolo 129 del d.lgs. 101/2020, almeno uno dei quali con l’abilitazione di terzo grado;

c) un medico specialista in medicina nucleare o in radioterapia;

d) un medico specialista in medicina del lavoro iscritto nell'elenco dei medici autorizzati di cui all'articolo 138 del d.lgs. 101/2020;

e) un rappresentante dell’Agenzia regionale per la protezione dell’ambiente (ARPA) nel caso in cui gli ambiti territoriali di competenza dell’ATS e del dipartimento dell’ARPA coincidano;

f) un rappresentante dell’ARPA per ciascun ambito territoriale di competenza nel caso in cui siano interessati più dipartimenti;

g) un rappresentante dell’ispettorato territoriale del lavoro;**(319)**

h) un rappresentante del comando provinciale dei vigili del fuoco o di ciascun comando provinciale dei vigili del fuoco ricompreso nell’ambito territoriale di competenza dell’ATS.

3. I componenti di cui al comma 2, lettere b), c) e d) sono individuati a seguito di avviso pubblico, ove non siano dipendenti delle ATS. Gli altri componenti sono designati dai rispettivi enti di appartenenza. Acquisiti i nominativi, il direttore generale dell’ATS provvede alla costituzione della commissione con la nomina dei componenti.

4. Ciascuna commissione dura in carica tre anni, dispone di una segreteria amministrativa e si dota di un regolamento organizzativo che definisce, in particolare, la periodicità delle riunioni e le modalità di prevenzione di eventuali conflitti di interesse.

Art. 63

(Contenuti del nulla osta, variazioni, modifiche e revoca – sospensione e cessazione dell’attività)(317)

1. Nel nulla osta sono inserite le specifiche prescrizioni tecniche indicate al paragrafo 4.3 dell’allegato XIV del d.lgs. 101/2020 e, se ne ricorrono i presupposti, quelle indicate all’articolo 54, comma 7, dello stesso decreto legislativo.

2. Ogni sette anni a decorrere dalla data del rilascio, il titolare del nulla osta ha l'obbligo di inoltrare all'ATS competente per territorio e alle amministrazioni di cui all’articolo 61, comma 3, una relazione tecnica, sottoscritta, per la parte di rispettiva competenza, da un esperto di radioprotezione e dal responsabile dell’impianto radiologico, contenente le informazioni indicate al paragrafo 4.3, lettera e), dell’allegato XIV del d.lgs. 101/2020.

3. Il titolare del nulla osta che intende apportare variazioni nello svolgimento della pratica ritenute tali da non comportare modifiche all'oggetto del provvedimento o a prescrizioni tecniche in esso contenute deve darne comunicazione all'ATS competente per territorio e alle amministrazioni di cui all'articolo 61, comma 3. Tali variazioni possono essere adottate qualora, entro novanta giorni dal ricevimento della comunicazione, il direttore generale dell'ATS, acquisito, se del caso, il parere della commissione per la radioprotezione, non abbia richiesto la presentazione di un'istanza di modifica dell'oggetto del nulla osta o di prescrizioni tecniche in esso contenute.
4. Il nulla osta può essere modificato d'ufficio dal direttore generale dell'ATS, acquisito il parere vincolante della commissione per la radioprotezione, a seguito della relazione tecnica di cui al comma 2 o su richiesta delle amministrazioni di cui all'articolo 61, comma 3.
5. Nel caso di variazioni nello svolgimento della pratica che comportino modifiche all'oggetto del provvedimento o a prescrizioni tecniche in esso contenute, o nel caso in cui si verifichino le condizioni previste al paragrafo 6.1, lettere a) e b), dell'allegato XIV del d.lgs. 101/2020 in ordine alla somministrazione di sostanze radioattive su mezzi mobili, l'istanza di modifica del nulla osta, corredata dei dati e delle informazioni di cui all'allegato XIV del d.lgs. 101/2020, per quanto applicabili, deve essere inoltrata all'ATS competente per territorio e alle amministrazioni di cui all'articolo 61, comma 3.
6. L'eventuale sospensione dell'attività o revoca del nulla osta in caso di gravi o reiterate violazioni delle disposizioni del d.lgs. 101/2020 o di prescrizioni tecniche è disposta dal direttore generale dell'ATS secondo quanto previsto dall'articolo 61 dello stesso decreto legislativo.
7. L'intendimento di far cessare la pratica oggetto del nulla osta è comunicato all'ATS che provvede alla revoca del nulla osta stesso, salvo quanto previsto ai commi 8 e 9.
8. Se nel nulla osta sono state inserite specifiche prescrizioni in merito alle modalità di disattivazione dell'installazione in cui la pratica è svolta, il titolare del nulla osta invia all'ATS e alle amministrazioni di cui all'articolo 61, comma 3, entro i termini previsti nel nulla osta medesimo, un piano delle operazioni da eseguire per la disattivazione, comprendente le valutazioni di sicurezza e protezione, con particolare riferimento:
a) alle modalità di gestione e smaltimento delle sorgenti radioattive impiegate e dei rifiuti radioattivi risultanti dallo svolgimento della pratica e dalle operazioni di disattivazione;
b) alla destinazione finale delle apparecchiature radiologiche.
9. Nell'ipotesi di cui al comma 8, il direttore generale dell'ATS, previo parere vincolante della commissione per la radioprotezione, autorizza le operazioni di disattivazione stabilendo eventuali ulteriori prescrizioni. La revoca del nulla osta è subordinata alla verifica, da parte della stessa ATS, circa il completamento delle operazioni di disattivazione che dimostri:
a) la mancanza di vincoli di natura radiologica sull'installazione in cui la pratica è stata esercitata;
b) la corretta gestione delle sorgenti e dei rifiuti radioattivi prodotti e delle apparecchiature radiologiche dismesse.

Art. 64

(Termini procedurali)(317)

1. Il direttore generale dell'ATS competente per territorio, acquisito il parere vincolante della commissione per la radioprotezione, provvede, entro novanta giorni dal ricevimento dell'istanza, al rilascio, al diniego o alla modifica del nulla osta. Del rilascio o della modifica è data comunicazione alle amministrazioni di cui all'articolo 61, comma 3, e all'Ispettorato nazionale per la sicurezza nucleare e la radioprotezione (ISIN).
2. Nei dieci giorni successivi al ricevimento, l'istanza di cui al comma 1è trasmessa alla commissione per la radioprotezione per l'espressione del parere entro i successivi sessanta giorni. Qualora la commissione ritenga

necessario acquisire ulteriori elementi istruttori tramite richiesta di integrazione della documentazione prodotta, effettuazione di sopralluoghi o convocazione del soggetto che ha presentato l'istanza, i termini di cui al comma 1 e al primo periodo del presente comma possono essere sospesi per una sola volta per un periodo non superiore a trenta giorni e riprendono a decorrere dalla data di acquisizione dei suddetti elementi. La mancata acquisizione degli ulteriori elementi istruttori entro i termini stabiliti comporta il diniego del nulla osta.

Art. 65

(Spese di funzionamento delle commissioni per la radioprotezione)(317)

1. Sono a carico delle ATS le spese per la segreteria amministrativa delle commissioni e per i compensi dei componenti.

2. Ai componenti delle commissioni di cui all'articolo 62, comma 2, lettere b), c) e d), qualora non siano dipendenti delle ATS, spetta per ciascuna seduta un gettone di presenza pari a 200,00 euro.

Art. 66

(Disposizione relativa al nulla osta di categoria A per l'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti)(317)

1. Al fine dell'espressione del parere da rendere al Ministero dello sviluppo economico per il rilascio del nulla osta di categoria A, la direzione regionale competente in materia di sanità acquisisce dal direttore generale dell'ATS competente per territorio l'esito dell'istruttoria svolta dalla commissione per la radioprotezione.

Art. 66 bis

(Disposizioni finali e transitorie)(317)

1. Per quanto non disciplinato dal presente capo continuano a osservarsi le pertinenti disposizioni del Titolo VII del d.lgs. 101/2020.

2. La Giunta regionale, compatibilmente con l'osservanza della normativa statale, adotta eventuali linee guida volte ad assicurare l'uniforme applicazione di disposizioni tecniche o procedurali.

3. Il comma 1 dell'articolo 4 della legge regionale 3 marzo 2017, n. 6 (Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli IV, V e VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità))**(320)** e il regolamento regionale 25 marzo 2002, n. 1 (Regolamento di attuazione della L.R. 27 novembre 2001, n. 23 "Norme per il rilascio del nulla osta all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti a scopo medico")**(321)** sono abrogati.

4. La composizione delle commissioni per la radioprotezione costituite alla data di entrata in vigore della legge regionale recante "Modifiche al Titolo VI della l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) e alla l.r. 10 marzo 2017, n. 7 (Recupero dei vani e locali seminterrati esistenti), in attuazione del d.lgs. 31 luglio 2020, n. 101 (Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordino della normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117)", resta invariata fino alla loro scadenza.

5. Per quanto concerne gli oneri istruttori a carico dei soggetti non pubblici trova applicazione il tariffario delle prestazioni e degli interventi erogati dal dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS, approvato con deliberazione della Giunta regionale. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale di cui al comma 4, il tariffario di cui al primo periodo è integrato prevedendo per la modifica del nulla osta di categoria B il dimezzamento della tariffa rispetto a quella prevista per il rilascio di un nuovo nulla osta.

CAPO II bis(322)

Allontanamento di materiali contenenti sostanze radioattive dal sistema regolatorio di cui al d.lgs. 101/2020

Art. 66 ter

(Allontanamento di materiali solidi, liquidi o aeriformi contenenti sostanze radioattive dal sistema regolatorio di cui al d.lgs. 101/2020)(323)

1. L'allontanamento dal sistema regolatorio di cui al d.lgs. 101/2020 di materiali solidi, liquidi o aeriformi contenenti sostanze radioattive che provengono da pratiche notificate ai sensi dell'articolo 46 del d.lgs. 101/2020è soggetto ad autorizzazione rilasciata dalla direzione regionale competente in materia di ambiente, in applicazione dell'articolo 54 dello stesso decreto legislativo.

2. L'istanza di rilascio o di modifica dell'autorizzazione all'allontanamento, sottoscritta dall'esercente o dal legale rappresentante della società che svolge la pratica, e corredata di documentazione tecnica firmata da un esperto di radioprotezione iscritto nell'elenco di cui all'articolo 129 del d.lgs. 101/2020, contiene, per quanto applicabili, i dati e le informazioni di cui ai paragrafi 6.2, 6.3, 6.4, 6.5 e 6.6. dell'allegato IX dello stesso decreto legislativo.

Art. 66 quater

(Commissione per il rilascio dell'autorizzazione all'allontanamento)(323)

1. Presso la Giunta regionale è istituita la commissione per il rilascio dell'autorizzazione all'allontanamento, denominata commissione RAAL, con funzioni di organismo tecnico-consultivo.

2. La commissione è composta da:

a) un dirigente della direzione regionale competente in materia di ambiente che la presiede, designato dal direttore;

b) due funzionari della direzione regionale competente in materia di ambiente esperti in autorizzazioni ambientali e gestione dei rifiuti, anch'essi designati dal direttore;

c) due funzionari della direzione regionale competente in materia di sanità o due funzionari dell'ATS esperti in prevenzione medica, designati dai rispettivi direttori generali;

d) due esperti di radioprotezione iscritti nell'elenco di cui all'articolo 129 del d.lgs. 101/2020, di cui almeno uno con l'abilitazione di terzo grado, individuati dalla direzione regionale competente in materia di sanità a seguito di avviso pubblico;

e) due rappresentanti dell'ARPA designati dal direttore dell'Agenzia.

3. Acquisiti i nominativi, il direttore della direzione regionale competente in materia di ambiente provvede alla costituzione della commissione con la nomina dei componenti.

4. La commissione dura in carica tre anni, dispone di una segreteria amministrativa e si dota di un regolamento organizzativo che definisce, in particolare, la periodicità delle riunioni e le modalità di prevenzione di eventuali conflitti di interesse.

5. Ai lavori della commissione possono essere invitati a partecipare, senza diritto di concorrere all'espressione del parere, esperti delle materie di cui si discute e rappresentanti degli enti territoriali interessati dalla pratica oggetto di valutazione.

Art. 66 quinquies

(Contenuti dell'autorizzazione, variazioni, modifiche e revoca – sospensione dell'attività)(323)

1. Nell'autorizzazione sono inserite le specifiche prescrizioni tecniche indicate all'articolo 54, comma 7, e al paragrafo 6.7 dell'allegato IX del d.lgs. 101/2020.

2. Ogni cinque anni a decorrere dalla data del rilascio, il titolare dell'autorizzazione ha l'obbligo di inoltrare alla direzione regionale competente in materia di ambiente, nonché all'ATS e all'ARPA competenti per territorio e all'ISIN, una relazione tecnica, sottoscritta per la parte di propria competenza da un esperto di radioprotezione, contenente la conferma o l'aggiornamento della documentazione a suo tempo prodotta.

3. l titolare dell'autorizzazione che intende apportare variazioni nelle modalità di allontanamento ritenute tali da non comportare modifiche all'oggetto del provvedimento o a prescrizioni tecniche in esso contenute deve darne comunicazione alla direzione regionale competente in materia di ambiente. Tali variazioni possono essere adottate qualora, entro novanta giorni dal ricevimento della comunicazione, il direttore della direzione regionale competente, acquisito, se del caso, il parere della commissione RAAL, non abbia richiesto la presentazione di un'istanza di modifica dell'oggetto dell'autorizzazione o di prescrizioni tecniche in essa contenute.

4. L'autorizzazione può essere modificata d'ufficio dal direttore della direzione regionale competente, acquisito il parere vincolante della commissione RAAL, a seguito della relazione tecnica di cui al comma 2 o su richiesta delle amministrazioni di cui allo stesso comma.

5. Nel caso di variazioni nello svolgimento della pratica che comportino modifiche all'oggetto del provvedimento o a prescrizioni tecniche in esso contenute, l'istanza di modifica dell'autorizzazione deve essere corredata dei dati e delle informazioni di cui ai paragrafi 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6 dell'allegato IX del d.lgs.101/2020, per quanto applicabili.

6. L'eventuale sospensione dell'attività o revoca dell'autorizzazione, in caso di gravi o reiterate violazioni delle disposizioni del d.lgs. 101/2020 o di prescrizioni tecniche, è disposta dal direttore della direzione regionale competente secondo quanto previsto dall'articolo 61 dello stesso decreto legislativo.

Art. 66 sexies

(Termini procedurali)(323)

1. Il direttore della direzione regionale competente in materia di ambiente, acquisito il parere vincolante della commissione RAAL, provvede, entro novanta giorni dal ricevimento dell'istanza, al rilascio, al diniego o alla modifica dell'autorizzazione. Del rilascio o della modifica è data comunicazione all'ATS e all'ARPA competenti per territorio e all'ISIN.

2. Nei dieci giorni successivi al ricevimento, l'istanza di cui al comma 1è trasmessa alla commissione RAAL per l'espressione del parere entro i successivi sessanta giorni. Qualora la commissione ritenga necessario acquisire ulteriori elementi istruttori tramite richiesta di integrazione della documentazione prodotta, effettuazione di sopralluoghi o convocazione del soggetto che ha presentato l'istanza, i termini di cui al comma 1 e al primo periodo del presente comma possono essere sospesi per una sola volta per un periodo non superiore a trenta giorni e riprendono a decorrere dalla data di acquisizione dei suddetti elementi. La mancata acquisizione degli ulteriori elementi istruttori entro i termini stabiliti comporta il diniego dell'autorizzazione.

Art. 66 septies

(Oneri istruttori e spese di funzionamento della commissione RAAL)(323)

1. I soggetti non pubblici sono tenuti al pagamento delle spese di espletamento delle procedure secondo le seguenti tariffe:

a) 1.000,00 euro per il rilascio dell'autorizzazione;

b) 400,00 euro per la modifica dell'autorizzazione;

c) 50,00 euro per la sola voltura della titolarità dell'autorizzazione, a parità di condizioni di svolgimento della pratica.

2. I componenti della commissione RAAL di cui all'articolo 66 quater, comma 2, lettera d), percepiscono per ciascuna seduta un gettone di presenza pari a 200,00 euro.

Art. 66 octies

(Disposizioni finali)(323)

1. Per quanto non disciplinato dal presente capo continuano a osservarsi le pertinenti disposizioni del Titolo VII del d.lgs. 101/2020.

2. La Giunta regionale, compatibilmente con l'osservanza della normativa statale, adotta eventuali linee guida volte ad assicurare l'uniforme applicazione di disposizioni tecniche e procedurali.

3. L'informazione di cui al paragrafo 6.2, lettera b, dell'allegato IX del d.lgs. 101/2020 deve essere data agli enti indicati all'articolo 46, comma 2, dello stesso decreto legislativo solo qualora la pratica sia stata oggetto di comunicazione preventiva ai sensi dell'articolo 22 del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230 (Attuazione delle direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 2006/117/Euratom in materia di radiazioni ionizzanti, 2009/71/Euratom in materia di sicurezza nucleare degli impianti nucleari e 2011/70/Euratom in materia di gestione sicura del combustibile esaurito e dei rifiuti radioattivi derivanti da attività civili) e ricorrano le condizioni previste dall'articolo 234, comma 2, del d.lgs. 101/2020.

CAPO II ter(324)

Allontanamento di materiali contenenti radionuclidi di origine naturale dal sistema regolatorio di cui al d.lgs. 101/2020

Art. 66 nonies

(Allontanamento di materiali solidi, liquidi o aeriformi contenenti radionuclidi di origine naturale dal sistema regolatorio di cui al d.lgs. 101/2020)(325)

1. L'allontanamento dal sistema regolatorio di cui al d.lgs. 101/2020 di materiali solidi, liquidi o aeriformi contenenti radionuclidi di origine naturale che provengono da pratiche, notificate ai sensi dell'articolo 24 del d.lgs. 101/2020, è soggetto ad autorizzazione rilasciata dalla direzione regionale competente in materia di ambiente, in applicazione dell'articolo 23 dello stesso decreto legislativo.

2. L'istanza di autorizzazione all'allontanamento, sottoscritta dall'esercente o dal legale rappresentante della società che svolge la pratica e corredata di documentazione tecnica firmata da un esperto di radioprotezione iscritto nell'elenco di cui all'articolo 129 del d.lgs. 101/2020, contiene, per quanto applicabili, i dati e le informazioni di cui all'allegato IV dello stesso decreto legislativo.

Art. 66 decies

(Contenuti dell'autorizzazione, variazioni, modifiche e revoca – sospensione dell'attività)(325)

1. Nell'autorizzazione sono inserite le specifiche prescrizioni tecniche indicate all'articolo 23, comma 5, del d.lgs. 101/2020.

2. Ogni cinque anni a decorrere dalla data del rilascio, il titolare dell'autorizzazione ha l'obbligo di inoltrare alla direzione regionale competente in materia di ambiente, all'ATS e all'ARPA competenti per territorio, nonché all'ISIN, una relazione tecnica, sottoscritta per la parte di propria competenza da un esperto di radioprotezione, contenente la conferma o l'aggiornamento della documentazione a suo tempo prodotta.

3. L'autorizzazione può essere modificata d'ufficio dal direttore della direzione regionale competente, acquisito il parere vincolante della commissione RAAL, a seguito della relazione tecnica di cui al comma 2 o su richiesta delle amministrazioni di cui allo stesso comma.

4. Nel caso di variazioni nello svolgimento della pratica che comportino modifiche all'oggetto del provvedimento o a prescrizioni tecniche in esso contenute, l'istanza di modifica dell'autorizzazione deve essere corredata dei dati e delle informazioni di cui all'allegato IV del d.lgs.101/2020, per quanto applicabili.

5. L'eventuale sospensione dell'attività o revoca dell'autorizzazione, in caso di gravi o reiterate violazioni delle disposizioni del d.lgs. 101/2020 o di prescrizioni tecniche, è disposta dal direttore della direzione regionale competente secondo quanto previsto dall'articolo 61 dello stesso decreto legislativo.

Art. 66 undecies

(Disposizione relativa alle autorizzazioni per gli impianti di gestione di residui ai fini dello smaltimento nell'ambiente)(325)

1. Al fine dell'espressione del parere da rendere alla Prefettura per il rilascio di autorizzazioni per gli impianti di gestione di residui ai sensi dell'articolo 26 del d.lgs. 101/2020 e dell'espressione di altri pareri previsti dal d.lgs. 101/2020, la direzione regionale competente in materia di ambiente acquisisce l'esito dell'istruttoria svolta dalla commissione RAAL.

Art. 66 duodecies

(Disposizioni finali)(325)

1. Per quanto concerne i termini procedurali a fronte di un'istanza di rilascio o di modifica dell'autorizzazione, gli oneri istruttori, le spese di funzionamento della commissione RAAL e l'adozione di eventuali linee guida si osservano le disposizioni di cui agli articoli 66 sexies, 66 septies e 66 octies, comma 2.

2. Per quanto non disciplinato dal presente capo continuano a osservarsi le pertinenti disposizioni del Titolo IV, Capo II, del d.lgs. 101/2020.

CAPO II quater(326)

Prevenzione e protezione dal rischio di esposizione al gas radon in ambienti chiusi

Art. 66 terdecies

(Trasmissione di dati e informazioni sul radon)(327)

1. L'ARPA, le ATS e i servizi di misura della concentrazione di radon assolvono, tramite apposito servizio telematico sviluppato nell'ambito del sistema informativo regionale della prevenzione, all'obbligo di trasmissione di dati e

informazioni in loro possesso sulla concentrazione media annua di attività di radon in aria nelle abitazioni e nei luoghi di lavoro alla banca dati della rete nazionale di sorveglianza della radioattività ambientale di cui all'articolo 152 del d.lgs. 101/2020.

2. Con decreto del direttore della direzione regionale competente in materia di sanità sono definite, in relazione ai luoghi di lavoro, le modalità di comunicazione da parte dell'esercente all'ARPA e alle ATS della descrizione delle attività svolte secondo le disposizioni dell'articolo 17 del d.lgs. 101/2020 e della relazione tecnica di cui al comma 6 del medesimo articolo, nonché della descrizione delle misure correttive attuate corredata dei risultati delle misurazioni di verifica. Con il medesimo decreto sono definite, in relazione alle abitazioni, le modalità di comunicazione delle misurazioni di cui all'articolo 19, comma 4, del d.lgs. 101/2020 da parte dei soggetti di cui all'articolo 155 del medesimo decreto.

Art. 66 quaterdecies

(Campagne di informazione e di sensibilizzazione)(327)

1. La Regione rende disponibili le informazioni sui livelli di concentrazione ed esposizione al radon in ambienti chiusi e sui rischi che ne derivano per la salute, anche in associazione al consumo di tabacco. Promuove, altresì, campagne di informazione e sensibilizzazione riguardanti le modalità di misurazione della concentrazione media annua di radon e sulle misure tecniche correttive disponibili per la riduzione di tale concentrazione.

2. Le attività di cui al comma 1 sono svolte avvalendosi del supporto tecnico dell'ARPA e delle ATS.

Art. 66 quinquesdecies

(Promozione di corsi di formazione e aggiornamento per esperti in interventi di risanamento da radon)(327)

1. La Regione promuove, in collaborazione con l'ARPA, senza oneri a carico del bilancio regionale, l'organizzazione di corsi di formazione e aggiornamento per esperti in interventi di risanamento da radon di cui all'articolo 15 del d.lgs. 101/2020.

Art. 66 sexiesdecies

(Interventi di protezione dall'esposizione al radon nelle abitazioni)(327)

1. La Regione, in collaborazione con le ATS e con l'ARPA e sulla base di apposita programmazione, adotta, in relazione alle conoscenze dei livelli di concentrazione media annua di attività di radon in ambienti chiusi, iniziative volte a incentivare i proprietari degli immobili adibiti a uso abitativo con locali situati al pianterreno o a un livello seminterrato o sotterraneo a effettuare misurazioni della concentrazione di gas radon, privilegiando i locali con più alto fattore di occupazione.

2. Con particolare riferimento al patrimonio di edilizia residenziale pubblica, l'ARPA, in collaborazione con le ATS, cura l'attuazione di specifici programmi di misurazione della concentrazione di radon. Tali programmi sono definiti, in relazione alle conoscenze dei livelli di concentrazione media annua di attività di radon in ambienti chiusi, con decreto del direttore della direzione regionale competente in materia di sanità, adottato a seguito di confronto con le direzioni regionali interessate e con la stessa ARPA.

3. Gli interventi edilizi di cui all'articolo 3, comma 1, lettere da b) a e), del decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia) che coinvolgono

l’attacco a terra sono progettati e realizzati con criteri costruttivi tali da prevenire l’ingresso del gas radon all’interno delle unità abitative, nel rispetto delle disposizioni statali e regionali relative alla prevenzione dell’esposizione al gas radon in ambienti chiusi.

Art. 66 septiesdecies

(Disposizioni finali e transitorie)(327)

1. Per quanto non disciplinato dal presente capo continuano a osservarsi le disposizioni del Titolo IV, Capo I, del d.lgs. 101/2020, incluse quelle di cui all’articolo 12 relative ai livelli massimi di riferimento per le abitazioni e per i luoghi di lavoro, espressi in termini di valore medio annuo della concentrazione di attività di radon in aria e in termini di dose efficace annua.

2. Entro un anno dall’entrata in vigore della legge regionale recante “Modifiche al Titolo VI della l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) e alla l.r. 10 marzo 2017, n. 7 (Recupero dei vani e locali seminterrati esistenti), in attuazione del d.lgs. 31 luglio 2020, n. 101 (Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordino della normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117)”, i comuni provvedono, qualora non abbiano già provveduto, a integrare i regolamenti edilizi comunali con norme tecniche specifiche per la protezione dall’esposizione al gas radon in ambienti chiusi.

3. Nelle more dell’entrata in vigore del piano nazionale d’azione per il radon si applicano le “Linee guida per la prevenzione delle esposizioni al gas radon in ambienti indoor”, approvate sulla base di indicazioni tecniche internazionali con decreto dirigenziale n. 12678 del 21 dicembre 2011, e gli aggiornamenti relativi alle stesse linee guida.

4. La Giunta regionale, con deliberazione da pubblicare sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, individua le aree prioritarie secondo le disposizioni dell’articolo 11 del d.lgs. 101/2020.

CAPO II quinquies(328)

(Controllo della radioattività nell’ambiente e in alimenti e bevande per il consumo umano e animale)

Art. 66 octiesdecies

(Controllo della radioattività nell’ambiente e in alimenti e bevande per il consumo umano e animale)(329)

1. Il controllo della radioattività nell’ambiente e in alimenti e bevande per il consumo umano e animale è svolto, ai sensi dell’articolo 152 del d.lgs. 101/2020, tramite una rete regionale di sorveglianza della radioattività ambientale, secondo le direttive impartite dal Ministero della salute e dal Ministero dell’ambiente e della tutela del territorio e del mare.

2. La gestione della rete di cui al comma 1è affidata all’ARPA che, in collaborazione con le competenti direzioni regionali, predispone i piani di monitoraggio e provvede alla trasmissione dei risultati alla banca dati della rete nazionale di sorveglianza della radioattività ambientale. L’ARPA provvede altresì alla pubblicazione periodica dei dati sul proprio sito web istituzionale.

3. I prelievi di campioni di alimenti e bevande per il consumo umano e animale sono effettuati dalle ATS. I prelievi di campioni ambientali sono effettuati dall’ARPA. Le analisi radiometriche sono svolte dall’ARPA.

Capo III(330)

TITOLO VI BIS

NORME IN MATERIA DI MEDICINA LEGALE, POLIZIA MORTUARIA E ATTIVITA' FUNEBRE ***(331)***

Art. 67

(Oggetto)(332)

1. Il presente titolo disciplina le attività e i servizi correlati al decesso, nel rispetto della dignità e delle diverse convinzioni religiose e culturali di ogni persona, al fine di tutelare l'interesse degli utenti dei servizi funebri, nonché le attività di medicina legale e di polizia mortuaria, secondo principi di efficacia, di efficienza, di evidenza scientifica e di semplificazione amministrativa.

Art. 67 bis

(Definizioni)(333)

1. 1. Ai fini del presente titolo si intende per:

a) bara o cassa: cofano destinato a contenere una salma o un cadavere, realizzato nel rispetto delle norme di buona tecnica, secondo le previsioni del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285 (Approvazione del regolamento di polizia mortuaria);

b) b) cadavere: corpo umano privo delle funzioni vitali, di cui sia stata accertata la morte;

c) c) casa funeraria: struttura gestita da imprese funebri, pubbliche o private, collocata fuori dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, dagli impianti di cremazione e dai cimiteri, in possesso dei requisiti igienico-sanitari previsti per le camere mortuarie dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche), deputata alle funzioni di:

1. trattamento conservativo ed eventuale tanatocosmesi delle salme;
2. custodia delle salme, anche al fine del compimento del periodo di osservazione;
3. preparazione ed esposizione delle salme e dei feretri;
4. esposizione e custodia per brevi periodi dei feretri sigillati;
5. svolgimento delle cerimonie funebri;

d) cassetta resti ossei: contenitore di ossa o resti mortali assimilabili;

e) ceneri: prodotto della cremazione di un cadavere, di ossa o di resti mortali assimilabili o di esito di fenomeni cadaverici trasformativi conservativi;

f) centro servizi: impresa di cui all'articolo 74 bis che svolge attività funebre di cui all'articolo 74;

g) cinerario: luogo destinato alla conservazione di ceneri;

h) deposito mortuario: luogo all'interno di un cimitero destinato alla sosta temporanea di feretri sigillati, urne cinerarie, cassette di resti ossei, contenitori di esiti di fenomeni cadaverici trasformativi conservativi, in attesa di sepoltura o cremazione;

i) deposito di osservazione: luogo nel quale mantenere in osservazione una salma per rilevarne eventuali segni di vita, prima dell'accertamento di morte;

j) deposito temporaneo: luogo di sepoltura all'interno di un cimitero destinato alla collocazione temporanea di feretri sigillati, cassette di resti ossei, urne cinerarie, in attesa della tumulazione definitiva;

k) feretro: insieme della bara e della salma o del cadavere ivi contenuto;

l) resto mortale: cadavere, in qualunque stato di trasformazione, decorsi almeno dieci anni dall'inumazione o tumulazione;

m) sala del commiato: sala adibita all'esposizione del feretro a fini cerimoniali collocata anche all'interno della casa funeraria, in possesso dei requisiti propri delle camere mortuarie, e comunque al di fuori delle strutture sanitarie

pubbliche o accreditate, dei cimiteri e dei crematori;
n) salma: corpo umano rimasto privo delle funzioni vitali fino all'accertamento della morte;
o) spazi per il commiato: luoghi aperti o chiusi all'interno o all'esterno del cimitero, anche attigui al crematorio, nei quali vengono deposti i feretri sigillati e si svolgono riti di commiato, nonché gli spazi pubblici idonei ai funerali civili;
p) tanatocosmesi: insieme di trattamenti igienici ed estetici praticati sul cadavere allo scopo di migliorarne la presentabilità;
q) trasporto funebre: trasferimento della salma o del cadavere, eseguito da imprese che esercitano l'attività funebre; costituisce trasporto di salma il trasferimento del defunto dal luogo di decesso o di rinvenimento al luogo di osservazione, in modo da non ostacolare eventuali manifestazioni di vita; costituisce trasporto di cadavere il trasferimento del defunto dal luogo di osservazione o di onoranze al cimitero o al crematorio;
r) trasporto di resti mortali: trasferimento svolto da qualunque soggetto incaricato allo scopo, in possesso dell'autorizzazione comunale;
s) urna funeraria: urna sigillata destinata alla conservazione di ceneri.

Art. 68

(Attività di medicina legale e di polizia mortuaria)(334)

1. Le attività medico-legali attengono a valutazioni di natura bio-medica e sanitaria e sono svolte da specialisti nella disciplina, mediante visite, accertamenti di natura biologica, clinica e chimico-tossicologica, al fine di garantire la terzietà della funzione pubblica. Le ASST organizzano le funzioni medico-legali in uno specifico servizio cui competono:
a) accertamenti e certificazioni relative alle condizioni di disabilità;
b) accertamenti e certificazioni di idoneità o inidoneità allo svolgimento di particolari attività da parte dei cittadini nei casi previsti dalle normative di settore;
c) accertamenti e certificazioni correlate all'evento morte, anche finalizzati alle attività di donazione e trapianto d'organi;
d) interventi consulenziali e formativi per i cittadini nel campo della bioetica e del diritto alla salute e di formazione degli operatori sanitari su tematiche medico-legali ed etico-deontologiche;
e) istruttorie medico-legali relative agli indennizzi a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210 (Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati), nonché di vaccinazione antipoliomelitica non obbligatoria di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 14 ottobre 1999, n. 362 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria), fermo restando che le competenze amministrativo-contabili ed erogative dei benefici economici conseguenti al provvedimento sono in capo all'ATS di riferimento;
f) accertamenti e valutazioni in merito all'appropriatezza medico-legale delle prestazioni sanitarie;
g) accertamenti a fini istruttori e di valutazione del danno arrecato a persona da responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

2. Le ATS svolgono le attività di polizia mortuaria, quali in particolare:
a) la vigilanza rivolta alle strutture cimiteriali e alle imprese funebri;
b) la formulazione di pareri sull'impatto sanitario di insediamenti e infrastrutture, progetti di bonifica, piani cimiteriali, nonché sui piani di governo del territorio.
c) **(335)**

Art. 69

(Adempimenti conseguenti al decesso)(336)

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

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

3. L'accertamento di morte e effettuato da un medico incaricato delle funzioni di necroscopo dall'ASST.**(337)**

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

Art. 70

(Osservazione e trattamenti sui cadaveri)(338)

1. Le salme non possono essere seppellite né sottoposte ad alcuno dei trattamenti previsti dal comma 8 prima dell'accertamento di morte e, comunque, prima che siano trascorse ventiquattro ore dal decesso, ad eccezione dei casi di decapitazione, maciullamento, avanzato stato di decomposizione o putrefazione o dei casi in cui è stata effettuata la rilevazione elettrocardiografica della durata di venti minuti o ricorrono altre ragioni speciali a giudizio del medico incaricato delle funzioni di necroscopo.

2. Durante il periodo di osservazione di cui al comma 1 le salme sono poste in condizioni tali da non ostacolare e da rilevare eventuali manifestazioni di vita.

3. In caso di decesso di persona affetta da malattia infettiva e diffusiva, il medico necroscopo, in collaborazione con l'ATS, adotta le necessarie precauzioni a tutela della salute pubblica, compresa la chiusura del feretro prima delle ventiquattro ore dal decesso.

4. In caso di trasporto della salma dal luogo del decesso ad altro luogo, sito anche in altro comune della Regione o di una Regione confinante a condizione di reciprocità, per l'espletamento del periodo di osservazione o per altri accertamenti è utilizzato un contenitore impermeabile non sigillato, in condizioni che non ostacolano eventuali manifestazioni di vita e che non sono di pregiudizio per la salute pubblica**(339)**.

5. Oltre alle strutture comunali già esistenti, le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate che operano in regime di ricovero ricevono, in aggiunta alle salme di persone ivi decedute e nei limiti delle proprie disponibilità, le salme di persone decedute in luoghi pubblici o in abitazioni delle quali l'ATS ha certificato la carenza delle condizioni igienico-sanitarie, per:

a) il periodo di osservazione di cui al comma 1;
b) l'effettuazione di riscontro diagnostico, autopsia o altro provvedimento disposto dall'autorità giudiziaria.

6. Su richiesta dei congiunti, le salme possono essere poste, per il periodo di osservazione, presso le case funerarie.

7. Non sono ammesse convenzioni tra le strutture sanitarie pubbliche o accreditate e le case funerarie.

8. Sui cadaveri sono consentiti trattamenti di imbalsamazione secondo le modalità stabilite dal d.p.r. 285/1990.

Art. 70 bis

(Case funerarie)(340)

1. La casa funeraria è una struttura gestita da imprese in possesso dei requisiti di cui all'articolo 74, comma 3. Presso la casa funeraria sono collocate, a richiesta dei familiari, le salme per la composizione, la vestizione e l'osservazione.

Sono altresì svolte attività di imbalsamazione, di tanatocosmesi, di custodia e di esposizione del defunto, oltre alle attività di commemorazione e commiato.

2. L'impresa funebre dichiara tramite SCIA l'avvio di attività di gestione di una o più case funerarie.

3. Le dotazioni strutturali e impiantistiche della casa funeraria devono essere conformi alle caratteristiche igienico-sanitarie previste dalle norme nazionali per le camere mortuarie delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

4. Oltre a quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, la casa funeraria deve disporre dei seguenti requisiti minimi strutturali quali:

a) un adeguato locale per la preparazione delle salme;
b) sistemi di sorveglianza continuativa, anche a distanza, per eventuali manifestazioni di vita della salma posta in osservazione;
c) almeno una cella frigorifera.

5. Le case funerarie non devono essere ubicate nelle immediate vicinanze delle strutture sanitarie, dei cimiteri e dei crematori, nonché delle strutture socio-sanitarie e degli hospice, salvo quelle già esistenti alla data di entrata in vigore della legge regionale recante (Modifiche e integrazioni alla l.r. 30 dicembre 2009, n. 33"Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità": abrogazione del Capo III 'Norme in materia di attività e servizi necroscopici, funebri e cimiteriali' del Titolo VI e introduzione del Titolo VI bis'Norme in materia di medicina legale, polizia mortuaria e attività funebre').**(341)**

6. Il comune territorialmente competente vigila sull'attività di cui al presente articolo avvalendosi dell'ATS per gli aspetti igienico-sanitari.

7. Presso le case funerarie possono essere custoditi, per brevi periodi, i defunti in feretri sigillati in attesa del trasporto, dell'inumazione, della tumulazione o cremazione, anche dopo la celebrazione dei riti funebri.

Art. 71

(Prelievo di cornea, presso l'abitazione del deceduto, a scopo di trapianto terapeutico)(342)(343)

1. Per consentire il prelievo di cornea presso l'abitazione in cui è avvenuto il decesso di persona che ha dichiarato la volontà donare gli organi, i congiunti o conviventi ne danno immediata comunicazione all'ASST.

2. (344)

3. (344)

4. (344)

Art. 72

(Trasporto funebre)(345)

1. Il trasporto di salma è eseguito da imprese che esercitano l'attività funebre attraverso l'impiego di idonei mezzi e sufficiente personale, in contenitore non sigillato, dal luogo del decesso al luogo di osservazione, indipendentemente dall'avvenuto accertamento della morte. Il trasporto di salma può avvenire, entro quarantotto ore dal decesso, previa certificazione del medico curante o di continuità assistenziale, o di un medico dipendente o convenzionato con il servizio sanitario nazionale, dalla quale risulti che il trasporto della salma può avvenire senza pregiudizio per la salute pubblica. Il trasferimento della salma può essere effettuato successivamente al termine di quarantotto ore nei casi di prelievo di organi o di riscontro diagnostico disposto dall'autorità giudiziaria o dal medico dipendente o convenzionato con il servizio sanitario nazionale. Al fine di consentire lo svolgimento dei riti funebri, il trasferimento deve comunque

essere effettuato entro ventiquattro ore dal rilascio della certificazione attestante il termine delle operazioni di prelievo di organi o di riscontro diagnostico, ovvero dal rilascio del nulla osta al seppellimento o alla cremazione da parte dell'autorità giudiziaria.

2. Il trasporto di cadavere è eseguito da imprese che esercitano l'attività funebre attraverso l'impiego di idonei mezzi e sufficiente personale, dal luogo del decesso o di osservazione, al cimitero o al crematorio, purché riposto nel feretro sigillato. Nell'attività di trasporto sono comprese, previa identificazione del cadavere, la decorosa composizione e la sigillatura del feretro, il prelievo del feretro, il trasferimento e la sosta per la celebrazione dei riti funebri. Il trasporto si conclude con la consegna del feretro per la sepoltura o per la cremazione.

3. Il trasporto e il seppellimento di cadaveri, resti mortali e ceneri sono soggetti ad autorizzazione rilasciata dal comune ove è avvenuto il decesso. .

4. Il trasporto della salma è comunicato, prima della partenza, dall'impresa funebre al comune in cui è avvenuto il decesso, nonché al comune di destinazione e all'ASST cui compete l'effettuazione della visita necroscopica.**(346)**

5. Il trasporto in Italia, da e per l'estero, di cadaveri, nati morti e prodotti abortivi è soggetto ad autorizzazione da parte del comune in cui è avvenuto il decesso o si è verificato l'evento. Per il trasporto in Italia, il comune che ha rilasciato l'autorizzazione ne dà comunicazione all'ASST di riferimento del comune del decesso, nonché al comune di destinazione e all'ASST di riferimento. Per i resti mortali, le parti anatomiche e le ceneri, precedentemente conferite in un cimitero o per le ceneri affidate in ambito domiciliare, l'autorizzazione al trasporto è rilasciata dal comune di competenza.

5 bis. Per il trasporto di cadaveri da comune a comune e comunque entro i confini regionali non è obbligatorio il trattamento antiputrefattivo nei termini previsti dall'articolo 32 del d.p.r. 285/1990. **(347)**

5 ter. Il trattamento di cui al comma 5 bisè effettuato con l'impiego di preparati alternativi alla formaldeide solo se previsto da trattati internazionali per il trasporto all'estero o se prescritto dal medico necroscopo a seguito di valutazione del caso in relazione alle esigenze di tutela della salute pubblica.**(347)**

6. L'addetto al trasporto di cadavere, in quanto incaricato di pubblico servizio, verifica, prima della partenza, che il feretro, in relazione alla destinazione e alla distanza da percorrere, sia stato adeguatamente confezionato.

7. (348)

8. La vigilanza sui trasporti di cui ai commi 1 e 2 spetta al comune, che si avvale dell'ATS relativamente agli aspetti igienico-sanitari.

Art. 73

(Cremazione e dispersione delle ceneri)(349)

1. L'autorizzazione alla cremazione e alla dispersione delle ceneri è concessa nel rispetto dei principi e delle modalità di cui alla legge 30 marzo 2001, n. 130 (Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri)

2. Ove non sia stata espressa, in forma scritta o orale, la volontà di far disperdere le ceneri, queste vengono riposte in un'urna sigillata, recante i dati anagrafici, per la tumulazione o l'affidamento ai familiari.**(350)**

3. La consegna dell'urna cineraria è effettuata previa dichiarazione sottoscritta dagli aventi diritto che indichi la destinazione finale dell'urna o delle ceneri; la dichiarazione è conservata in copia, presso l'impianto di cremazione e il comune in cui è avvenuto il decesso, costituisce documento di accompagnamento obbligatorio nelle fasi di trasporto delle ceneri e, in caso di affidamento ai familiari, è conservata con l'urna.

4. (351)

5. La Giunta regionale predispone annualmente una relazione relativa all'accesso alla cremazione, nonché all'attività dei crematori presenti sul territorio regionale con particolare riferimento alla loro adeguatezza rispetto al bacino di riferimento. La relazione costituisce autonoma sezione della relazione richiesta all'articolo 131 bis.**(352)**

Art. 74

(Attività funebre)(353)

1. Per attività funebre si intende un'attività imprenditoriale che comprende e assicura in forma congiunta le seguenti prestazioni, da svolgere secondo i principi di concorrenza nel mercato e con modalità che assicurino l'effettiva libertà di scelta delle famiglie colpite da lutto:

a) attività di agenzia d'affari per il disbrigo delle pratiche amministrative inerenti al decesso, su mandato dei familiari;

b) preparazione e vendita di casse, accessori ed altri articoli funebri, in occasione del funerale;

c) sanificazione, composizione, vestizione e trattamenti sanitari della salma e del cadavere, compreso il trattamento antiputrefattivo nei casi previsti dall'articolo 72, comma 5 ter, e relativa collocazione in bara e relativo suggello e confezionamento del feretro;**(354)**

d) trasporto funebre;

e) trattamenti di tanatocosmesi;

f) recupero di salme, su disposizioni dell'autorità giudiziaria, da luoghi pubblici o privati;

g) eventuale gestione di case funerarie.

2. Lo svolgimento dell'attività funebre è subordinato alla presentazione di SCIA al comune ove l'impresa ha sede legale, operativa o secondaria.

3. Le attività funerarie devono essere svolte garantendo l'igiene e la sicurezza pubblica. L'esercizio dell'attività funebre è subordinato alla sussistenza e alla permanenza dei seguenti requisiti:

a) una sede destinata al disbrigo delle pratiche amministrative, alla vendita di casse e articoli funebri e ad ogni altra attività connessa al funerale;

b) un carro funebre;

c) un'autorimessa;

d) un direttore tecnico, dotato di poteri direttivi e responsabile dell'attività funebre, in particolare dello svolgimento delle pratiche amministrative e della trattazione degli affari, in possesso dei requisiti formativi;

e) un addetto, per ogni sede oltre la prima, abilitato alla trattazione delle pratiche amministrative e degli affari, in persona diversa da quella utilizzata per la sede principale o altre sedi, che mantiene i rapporti con i clienti e con il pubblico in rappresentanza dell'impresa e avente titolarità della negoziazione degli affari, in possesso dei previsti requisiti formativi, assunto con regolare rapporto di lavoro;

f) almeno quattro operatori funebri o necrofori, con regolare rapporto di lavoro continuativo e permanente, in base a quanto previsto dal CCNL di categoria e in possesso dei relativi requisiti formativi.

4. I requisiti di cui al comma 3, lettere b), c) ed f) si intendono soddisfatti laddove la relativa disponibilità continuativa venga acquisita congiuntamente attraverso la stipulazione, in via esclusiva, con un centro servizi, di cui all'articolo 74 bis, di specifici contratti continuativi di appalto di servizi, idonei a garantire in via continuativa e funzionale l'espletamento dell'attività funebre, dichiarati tramite SCIA e registrati presso la camera di commercio. Tali contratti devono essere comunicati, sulla base delle previsioni contenute nel regolamento di cui all'articolo 76, al comune dove opera l'impresa, nonché all'utente finale.

5. Il regolamento di cui all'articolo 76 definisce gli obblighi formativi per gli addetti allo svolgimento dell'attività funebre. La Regione, d'intesa con le associazioni rappresentative dei comuni e di categoria, promuove l'adozione di un codice deontologico per le imprese che esercitano l'attività funebre.

6. L'attività funebre è incompatibile con:

a) la gestione dei servizi cimiteriali istituzionali;

b) il servizio obitoriale;

c) la gestione delle camere mortuarie delle strutture sanitarie, socio assistenziali, di ricovero e cura ed assimilate, sia pubbliche sia private

d) il servizio di ambulanza e trasporto malati.

7. Alle imprese funebri è vietata la prestazione dei servizi di ambito necroscopico, intendendosi per tali la gestione di servizi mortuari di strutture sanitarie e assimilabili e di depositi di osservazione e obitori, nonché la fornitura a questi di servizi diversi dal trasporto funebre.

8. Alle imprese funebri é vietato l'esercizio, anche per tramite di proprio personale, del servizio di ambulanza, di attività di trasporto sanitario semplice, trasporto sanitario e soccorso sanitario extraospedaliero e di ogni trasporto ad esso assimilabile, nonché l'esercizio di ogni altro servizio parasanitario, socio assistenziale o assimilabile. È preclusa, altresì, la possibilità di esercitare l'attività funebre, anche in qualità di soli soci, a soggetti che gestiscono servizio di ambulanza e di ogni trasporto ad esso assimilabile, nonché l'esercizio di ogni altro servizio parasanitario, socio-assistenziale o assimilabile. E' fatta salva la possibilità per il personale delle imprese funebri di svolgere attività di mero volontariato nell'ambito dei servizi e delle attività di cui al primo periodo.**(355)**

Art. 74 bis

(Centri servizi)(356)

1. Il centro servizi è una impresa che svolge attività funebre ai sensi dell'articolo 74.

2. Il centro servizi che intende garantire in via continuativa a terzi il possesso dei requisiti tecnico-organizzativi di cui all'articolo 74, comma 3, lettere b), c) ed f) deve possedere in via continuativa e diretta i seguenti requisiti minimi dichiarati in SCIA e registrati presso la camera di commercio: a) b) c)

a) due carri funebri;

b) un'autorimessa;

c) otto unità lavorative annue, con mansioni di operatori funebri o necrofori, con regolare rapporto di lavoro, in base a quanto previsto dal CCNL di categoria e in possesso dei relativi requisiti formativi, secondo un criterio di proporzionalità, definito dal regolamento di cui all'articolo 76, crescente in relazione al numero di contratti stipulati con imprese funebri e di servizi in appalto per conto delle medesime imprese.

3. Il regolamento di cui all'articolo 76 definisce le ulteriori dotazioni di risorse umane e strutturali che i centri servizi devono possedere, in base ad un criterio di proporzionalità con i contratti sottoscritti e in relazione al numero di servizi funebri svolti nell'anno precedente, al fine di poter garantire il regolare svolgimento dei servizi richiesti.

Art. 74 ter

(Obblighi di comunicazione)(356)

1. Il regolamento di cui all'articolo 76 stabilisce i criteri e le modalità relativi agli obblighi di comunicazione dei servizi funebri e dei contratti sottoscritti tra imprese e centri servizi.

2. Il regolamento definisce i livelli di proporzionalità dei requisiti minimi dei centri servizi in relazione al numero di contratti sottoscritti con imprese funebri, prevedendo che le imprese attivino la comunicazione in modalità telematica relativa ai servizi funebri svolti nell'arco dell'anno e all'aggiornamento dei requisiti minimi.

Art. 75

(Cimiteri e spazi per i funerali)(357)

1. Il comune dà sepoltura:

a) ai cadaveri dei propri residenti e delle persone morte nel territorio del comune, anche se non residenti;

b) ai cadaveri di aventi diritto al seppellimento in sepoltura privata esistente nel comune stesso;

c) ai nati morti e prodotti del concepimento, esclusivamente su esplicita richiesta della donna o di chi è titolato alla decisione, nei casi in cui il parto o l'aborto sia avvenuto in struttura sanitaria sita nel territorio comunale;

d) alle parti anatomiche riconoscibili, derivanti da interventi avvenuti in struttura sanitaria sita nel territorio comunale;

e) alle ossa, ai resti mortali e alle ceneri derivanti da cadaveri di cui alle lettere a), b), c) e d).

2. Il comune ha la facoltà di prevedere la sepoltura dei cadaveri di persone nate nel comune ma non residenti.

3. Ogni comune, nell'ambito della pianificazione urbanistica e territoriale, prevede aree cimiteriali in grado di rispondere alle necessità di sepoltura nell'arco dei dieci anni successivi all'adozione degli strumenti urbanistici, tenuto conto degli obblighi di cui al comma 1, e con la finalità di favorire il ricorso alle forme di sepoltura di minor impatto sull'ambiente, quali l'inumazione e la cremazione.

4. La gestione e la manutenzione dei cimiteri possono essere affidate a soggetti pubblici o privati. Se il gestore del cimitero svolge anche attività funebre è obbligatoria la separazione societaria prevista dalla legge 10 ottobre 1990, n. 287 (Norme per la tutela della concorrenza e del mercato).

5. I titolari di concessioni relative ai manufatti o terreni cimiteriali, previa comunicazione al comune e, compatibilmente con quanto stabilito nelle eventuali convenzioni di partenariato pubblico-privato che riguardano il cimitero nel cui ambito sono rilasciate le concessioni, hanno facoltà di affidare a soggetti da loro scelti lo svolgimento delle attività inerenti all'installazione e manutenzione di monumenti o lapidi relativi al manufatto o terreno oggetto di concessione.

6. L'area cimiteriale è delimitata da idonea recinzione. L'area di rispetto lungo il perimetro cimiteriale è definita considerando:

a) la necessità di dotazione di parcheggi e servizi per gli utenti;

b) l'eventuale necessità di ampliamento, in relazione alle previsioni di cui al comma 3;

c) l'eventuale presenza di servizi o impianti tecnologici all'interno del cimitero e le conseguenti distanze di tutela;

d) il rispetto delle attività di culto dei dolenti.

7. Il comune, su richiesta di privati, associazioni o enti morali, può concedere in uso aree all'interno del cimitero per sepolture private, nel rispetto dei requisiti tecnici e igienico-sanitari. La concessione in uso di aree interne al cimitero deve sempre garantire la ricezione di cadaveri indipendentemente dal sesso, dall'etnia e dalla professione religiosa.

8. Il comune può altresì autorizzare:

a) la costruzione e l'uso di aree e spazi per la sepoltura di animali d'affezione, secondo le indicazioni tecniche dell'ATS e dell'ARPA;

b) la costruzione di cappelle private fuori dal cimitero, purché contornate da un'area di rispetto;

c) la tumulazione in luoghi al di fuori del cimitero, previo parere e secondo le indicazioni tecniche dell'ATS e dell'ARPA, quando ricorrano giustificati motivi di speciali onoranze.

9. I comuni definiscono:

a) l'assetto interno di ciascun cimitero;

b) i turni di rotazione dei campi di inumazione o le procedure di trattamento del terreno atte a favorire i processi di mineralizzazione;

c) le modalità di concessione e le tariffe delle sepolture private, nonché le modalità di tumulazione degli animali di affezione;

d) l'ampiezza delle aree di rispetto di cui al comma 6 e al comma 8, lettera b).

10. Nei casi di cui al comma 9, lettere a) e d), è richiesto il parere dell'ATS e dell'ARPA, secondo le rispettive competenze.

11. Il comune autorizza la costruzione di nuovi cimiteri, l'ampliamento o la ristrutturazione di quelli esistenti, previo parere vincolante dell'ATS e dell'ARPA, secondo le rispettive competenze. La soppressione di cimiteri è autorizzata dall'ATS.

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

13. Gli animali di affezione, per volontà del defunto o su richiesta degli eredi, possono essere tumulati in teca separata, previa cremazione, nello stesso loculo del defunto o nella tomba di famiglia, secondo le disposizioni contenute nel regolamento di cui all'articolo 76 e nel regolamento comunale.

Art. 76

(Regolamento di attuazione)(358)

1. Il regolamento attuativo del presente titolo definisce, in particolare:

a) gli aspetti di dettaglio relativi ai requisiti richiesti per lo svolgimento dell'attività funebre e per l'esecuzione dei controlli sui requisiti che restano in capo alla Giunta regionale e agli enti competenti;

b) i requisiti richiesti per la gestione delle case funerarie;

c) le caratteristiche delle strutture destinate alle funzioni di deposito per l'osservazione delle salme a cui i comuni devono fare riferimento e i criteri per la ripartizione dei relativi oneri;

d) i requisiti e le caratteristiche per la costruzione di nuovi cimiteri, nonché le condizioni per la soppressione e i criteri di ristrutturazione di quelli esistenti;

e) le caratteristiche dei campi di inumazione, dei loculi areati e non, delle sepolture private e delle strutture cimiteriali;

f) le caratteristiche e le modalità per la realizzazione di sepolture private fuori dai cimiteri;

g) l'ampiezza minima e massima delle aree di rispetto di cui all'articolo 75, comma 6 e comma 8, lettera b);

h) le condizioni e i requisiti per la consegna e l'affidamento delle ceneri;

i) i criteri di proporzionalità in merito ai requisiti minimi delle imprese funebri e dei centri servizi;

j) le modalità relative alla raccolta delle informazioni sui servizi funebri da parte dei comuni mediante utilizzo di piattaforma informatica;

k) le modalità di gestione e organizzazione delle case funerarie;

l) la disciplina delle incompatibilità e condizioni ostative all'esercizio dell'attività funebre;

m) le modalità di attuazione del procedimento di donazione di cadaveri e parti anatomiche riconoscibili per finalità di studio, ricerca o insegnamento.

2. I contenuti del regolamento di attuazione sono definiti sentiti l'ANCI e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative.

Art. 77

(Sanzioni)(359)

1. Per le violazioni delle disposizioni del presente titolo e del relativo regolamento, salvo che il fatto sia previsto dalla legge come reato, si applicano le seguenti sanzioni:

a) da € 500 a € 1.000 per le violazioni dell'articolo 70, commi 1, 2 e 4;

b) da € 2.000 a € 5.000 per le violazioni dell'articolo 70, comma 7;

c) da € 1.000 a € 2.000 per le violazioni dell'articolo 70, comma 8;

d) da € 1.000 a € 2.000 per le violazioni dell'articolo 72;

e) da € 3.000 a € 9.000 per lo svolgimento dell'attività funebre in mancanza dei requisiti richiesti o per la mancata presentazione della segnalazione certificata di inizio attività;

f) da € 3.000 a € 9.000 per le violazioni dell'articolo 74 bis.

2. Contestualmente all'irrogazione della sanzione di cui al comma 1, lettera e), è disposto il divieto di prosecuzione dell'attività.

3. Le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dagli enti competenti per la loro applicazione, ai sensi dell'articolo 26, comma 4, della legge regionale 1 febbraio 2012, n. 1 (Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria).

4. Per quanto non previsto dal presente articolo, si osservano le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689 (Modifiche al sistema penale).

Titolo VII

Disposizioni in materia di assistenza farmaceutica

Capo I

Articolazione delle competenze e vigilanza sulle farmacie

Art. 78

(Oggetto)(360)

1. Il presente capo disciplina l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza farmaceutica e vigilanza sulle farmacie, nei limiti dei principi fissati dalle leggi vigenti e dalle norme sull'organizzazione del servizio sanitario regionale.

Art. 79

(Competenze della Regione)(361)

1. (362)

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

a) l'offerta in prelazione delle sedi farmaceutiche istituite dai comuni; **(363)**

b) il concorso regionale per l'assegnazione di sedi farmaceutiche all'esercizio privato;

c) il concorso per l'assegnazione delle zone oggetto di decentramento all'interno dei comuni, a seguito delle modifiche da essi effettuate in adeguamento a mutate necessità di assistenza farmaceutica;

d) l'istituzione dei dispensari farmaceutici e delle farmacie succursali.

3. I provvedimenti di cui al comma 2, lettera d), sono adottati sentito il parere dell'Ordine dei farmacisti e delle ATS competenti per territorio; tali pareri sono espressi e comunicati nel termine perentorio di trenta giorni dalla data di ricezione della richiesta; decorso inutilmente il termine si intendono favorevoli.

3 bis. I comuni, entro trenta giorni dalla data di pubblicazione sull'albo pretorio, trasmettono alla competente struttura regionale le delibere riguardanti l'istituzione e la variazione delle sedi farmaceutiche.**(364)**

Art. 80

(Competenze delle ATS)(365)

1. Le ATS, tramite il servizio farmaceutico, esercitano, nel rispetto della normativa statale e in coerenza con la programmazione regionale, le funzioni concernenti:

a) il controllo, la vigilanza e le autorizzazioni, ove previste, su farmacie, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie, reparti di distribuzione dei farmaci di cui all'articolo 5 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223 (Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa

pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale), convertito, con modificazioni, dalla legge 28 agosto 2006, n. 248;

b) le convenzioni in materia di assistenza protesica, dietetica e farmaceutica;

c) il governo e il monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza in materia di assistenza farmaceutica, dietetica e protesica;

d) la programmazione, la pianificazione e il monitoraggio delle modalità erogative afferenti all'assistenza farmaceutica nel rispetto dei tetti della spesa;

e) il controllo della spesa e dei consumi relativi ai farmaci a somministrazione diretta a pazienti non ricoverati, erogati dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate attraverso le farmacie interne.

2. Le ATS, in relazione alle farmacie aperte al pubblico, tramite il servizio farmaceutico, esercitano le funzioni concernenti:

a) la titolarità e la relativa decadenza;

b) l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio;

c) i trasferimenti dei locali nell'ambito della zona di pertinenza;

d) i provvedimenti riguardanti le gestioni provvisorie degli eredi del titolare;

e) la determinazione e l'autorizzazione al pagamento delle indennità di residenza per le farmacie rurali e di gestione per i dispensari farmaceutici;

f) la determinazione dell'indennità di avviamento e del valore degli arredi, provviste e dotazioni;

g) la chiusura temporanea dell'esercizio farmaceutico;

h) la sostituzione temporanea del titolare nella conduzione economica e professionale della farmacia;

i) gli orari, i turni di servizio e le ferie annuali;

j) la vigilanza sia ai fini professionali e tecnico-amministrativi sia ai fini igienico-sanitari;

k) la vigilanza sui farmaci veterinari, con particolare riguardo all'attività prescrittiva e distributiva, in coordinamento con il dipartimento di prevenzione veterinaria;

l) la vigilanza sulla corretta applicazione dell'accordo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie aperte al pubblico;

m) gli adempimenti tecnico-amministrativi di supporto alle funzioni del Ministero competente in materia di sanità nel settore dei farmaci;

n) la vigilanza e il controllo di competenza in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope;

o) la tenuta e l'aggiornamento dell'archivio dati, comprese le comunicazioni, da parte del titolare o del direttore della farmacia, dell'assunzione e della cessazione degli addetti all'esercizio farmaceutico;

p) la partecipazione e la collaborazione, per quanto di competenza e secondo gli indirizzi regionali, all'attuazione dei programmi di farmacovigilanza, di ricerca scientifica, di educazione sanitaria della popolazione, nonché di formazione e di aggiornamento professionale per gli operatori del settore farmaceutico;

q) le verifiche di conformità sull'applicazione dei provvedimenti di autorizzazione alla pubblicità e alla informazione scientifica di medicinali e presidi medico-chirurgici, dei dispositivi medici in commercio e delle caratteristiche terapeutiche delle acque minerali;

r) l'autorizzazione e la vigilanza sulla vendita on line di medicinali senza obbligo di prescrizione;

s) la verifica contabile delle distinte secondo le norme dell'accordo nazionale unico vigente, nonché il controllo contabile e tecnico delle ricette mediche, secondo protocolli condivisi con le associazioni regionali delle farmacie;

t) ogni altro provvedimento non espressamente riservato ad altri enti.

3. La decadenza di cui al comma 2, lettera a), è dichiarata sentito il direttore generale della direzione regionale competente in materia.

Art. 81

(Concorsi per l'assegnazione di sedi farmaceutiche)(366)

1. I concorsi per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio sono banditi dal dirigente della competente struttura regionale.

2. La commissione giudicatrice è composta come segue:

a) un funzionario amministrativo di categoria D appartenente al ruolo regionale ovvero una corrispondente figura dei ruoli del servizio sanitario regionale, che esercita le funzioni di presidente;

b) un professore universitario di ruolo della facoltà di scienze del farmaco con un'anzianità di insegnamento di almeno cinque anni in una delle materie oggetto di esame;

c) due farmacisti che esercitano la professione in farmacia, di cui uno non titolare, scelti rispettivamente in due terne proposte dalla federazione degli ordini dei farmacisti della Lombardia;

d) un farmacista della Regione ovvero un dirigente farmacista appartenente ai ruoli nominativi del servizio sanitario regionale;

e) un dipendente di un ente del sistema regionale, di categoria non inferiore alla C, che svolge le funzioni di segretario.

3. Il dirigente della competente struttura regionale nomina la commissione giudicatrice, approva la graduatoria, provvede all'interpello, alla nomina dei vincitori e alla notifica degli atti agli interessati.

4. Ai componenti della commissione giudicatrice spettano le indennità nella misura prevista dall'articolo 100 della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale).

Art. 82

(Vigilanza sulle farmacie)(367)

1. Le ATS esercitano, per mezzo di una commissione ispettiva che opera in autonomia, la vigilanza sulle farmacie nel rispetto del proprio piano di controllo annuale.

2. Qualora il carico della commissione di cui al comma 1 lo richieda, la stessa può articolarsi in sottocommissioni operative.

3. Ogni commissione e sue eventuali sottocommissioni sono costituite da:

a) un farmacista del servizio farmaceutico dell'ATS, che la presiede;

b) un farmacista scelto fra terne designate dall'Ordine dei farmacisti competente per territorio;

c) un funzionario del ruolo amministrativo dell'ATS, che svolge le funzioni di segretario, nel caso di commissione, ovvero un dipendente del ruolo amministrativo dell'ATS, che svolge le funzioni di segretario, nel caso di sottocommissioni.

4. Le terne, costituite da titolari o direttori di farmacie aperte al pubblico, sono una per distretto dell'ATS, con la possibilità di una terna aggiuntiva per ogni ATS. I farmacisti che compongono le terne non operano nel medesimo distretto in cui è ubicata la farmacia da sottoporre a ispezione. In ogni caso non operano entro un raggio di 12,5 km dalle farmacie di cui sono titolari o direttori.

5. La commissione, ove ne ravvisi la necessità, può essere integrata da altre figure professionali previa condivisione di tutti i componenti della commissione medesima.

6. La commissione ispettiva e le sue eventuali sottocommissioni, laddove istituite, redigono un verbale nel quale sono riportati i rilievi e le valutazioni svolte, le difformità riscontrate, le violazioni contestate anche dalle eventuali sottocommissioni, le eventuali prescrizioni imposte con l'indicazione dei termini di adempimento. Il verbale è trasmesso al servizio farmaceutico dell'ATS e all'Ordine dei farmacisti per l'adozione dei provvedimenti di competenza. In caso di farmacie comunali, il verbale è trasmesso anche al comune.

Art. 83(368)

Art. 83 bis

(Assistenza farmaceutica e rapporti convenzionali)(369)

1. Le ATS erogano l'assistenza farmaceutica tramite le farmacie pubbliche e private aperte al pubblico, ubicate nel proprio territorio, secondo quanto stabilito dalla normativa statale.

2. I rapporti convenzionali tra le ATS e le farmacie pubbliche e private aperte al pubblico sono regolati secondo i criteri e le modalità dettati dall'accordo nazionale unico vigente ai sensi di quanto disposto dall'articolo 8, comma 2, del d.lgs. 502/1992.

Art. 84

(Farmacie dei servizi)(370)

1. La Regione, al fine di garantire presidi di prossimità per un immediato accesso alle cure e ai servizi sanitari e sociosanitari, promuove la valorizzazione della rete delle farmacie territoriali anche ai fini di cui all'articolo 37. In aggiunta alle funzioni già normate di distribuzione di farmaci e presidi sanitari, nonché di utilizzo di apparecchi di autodiagnostica rapida finalizzata a rilevamenti di prima istanza, anche in base alle attività della farmacia dei servizi previste dal 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), alle farmacie sono affidati:

a) la diffusione di programmi di promozione della salute, di sani stili di vita e di educazione sanitaria, in accordo con le competenti ATS;

b) la collaborazione con le ATS nella valutazione di consumi qualitativi e quantitativi dei farmaci per indagini statistico epidemiologiche, nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali);

c) l'orientamento del cittadino al corretto utilizzo dei medicinali prescritti, al fine di favorire l'aderenza alle terapie mediche, in coordinamento con le AFT e le UCCP e a supporto delle attività del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta;

d) la partecipazione ed erogazione di prestazioni di analisi e di telemedicina anche sulla base di programmi predefiniti di monitoraggio e screening, per quanto autorizzabili;

e) la partecipazione a campagne di prevenzione di patologie a forte impatto sociale;

f) le prenotazioni di visite ed esami specialistici presso le strutture pubbliche e private convenzionate, la riscossione della relativa compartecipazione e il ritiro dei referti;

g) l'erogazione di prodotti e ausili di protesica e assistenza integrativa in raccordo con le ATS e la competente struttura regionale;

h) i servizi alla persona compresi ai piani di zona, previo accordo sottoscritto con i comuni interessati, in raccordo con le ATS e le ASST;**(371)**

i) i programmi di aderenza alle terapie in collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatra di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali convenzionati, sia singoli sia organizzati in AFT e UCCP, nell'ambito dei modelli di presa in carico e attraverso strumenti validati, al fine di valutare la comprensione da parte del paziente dell'uso del farmaco, l'allineamento alle indicazioni del medico curante e l'eventuale assunzione di farmaci da automedicazione che possono interferire con il trattamento;

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;**(372)**

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.**(372)**

2. Con provvedimento della Giunta regionale possono essere disciplinati ulteriori servizi resi disponibili a seguito della piena attuazione della ricetta elettronica.

Art. 84 bis

(Programmi sperimentali di consegna di materiale sanitario per via aerea)(373)

1. La Giunta regionale, nel rispetto della disciplina europea e statale in materia, promuove la verifica di progettualità innovative tra ASST, ATS, associazioni maggiormente rappresentative delle farmacie, farmacie pubbliche e ospedaliere e l'Ente nazionale per l'aviazione civile, finalizzate alla elaborazione di progetti sperimentali di consegna di materiale sanitario mediante l'utilizzo di mezzi aerei a pilotaggio remoto nelle aree montane, lacustri, disagiate o comunque laddove si registri una possibile riduzione dei tempi di consegna ed eventuali minori impatti sulla viabilità, del territorio regionale.

Art. 85(374)

Art. 86(374)

Art. 87(374)

Art. 88(374)

Capo II

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

Art. 89

(Oggetto)(375)

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

Art. 90

(Orario di apertura delle farmacie)(376)

1. L'orario minimo di apertura è stabilito in quaranta ore settimanali equamente distribuite su cinque giorni. Per orario diurno s'intende quello compreso fra le ore 8.00 e le ore 20.00 e per orario notturno quello compreso fra le ore 20.00 e le ore 8.00 del giorno successivo.

2. Per le farmacie che ne diano annualmente comunicazione l'orario di apertura può essere liberamente esteso oltre i termini di cui al comma 1.

3. Al fine di garantire un'idonea programmazione del servizio farmaceutico e una corretta informazione, le farmacie, secondo le modalità di cui all'articolo 91, comma 14, comunicano all'ATS l'orario che intendono adottare, l'eventuale giorno di riposo e le eventuali variazioni previste durante l'anno. Salvo diverse disposizioni dell'ATS, in caso di mancata ripresentazione della comunicazione si intende confermata quella precedente. Ulteriori variazioni devono essere comunicate con un preavviso di almeno trenta giorni.

4. Se il titolare di farmacia rurale o unica gestisce un dispensario, può essere autorizzata una riduzione dell'orario di apertura della farmacia principale in misura non superiore a due ore giornaliere.

Art. 91

(Turni di servizio)(377)

1. Nei giorni e nelle ore di chiusura delle farmacie il servizio farmaceutico è assicurato dalle farmacie di turno il cui numero è stabilito in modo che vi sia una farmacia di turno ogni 90.000 abitanti o frazione superiore al 50 per cento.

2. Nelle aree montane e a scarsa densità abitativa o con disagevole situazione viabilistica o orografica, il rapporto di cui al comma 1 può essere ridotto fino al limite massimo di una farmacia di turno ogni 25.000 abitanti o frazione superiore al 50 per cento.

3. Nelle aree urbane ad elevata densità di popolazione, il rapporto di cui al comma 1 può essere esteso fino al limite di una farmacia di turno ogni 120.000 abitanti o frazione superiore al 50 per cento.

4. Tutte le farmacie sono obbligate ad effettuare il turno in condizioni di parità. L'ATS, nel fissare il calendario dei turni, tiene conto di tutte le farmacie esistenti sul territorio, salvo urgenti temporanee deroghe per eccezionali e giustificati motivi, purché il servizio sia comunque garantito.

5. Le farmacie di turno svolgono il servizio dalle ore 8 alle ore 20 a battenti aperti e successivamente a battenti chiusi fino all'ora di apertura antimeridiana, salvo diverso accordo con la ATS competente che garantisca comunque la continuità del servizio. Il servizio a battenti aperti per ragioni di sicurezza può essere svolto con modalità che escludono l'accesso del pubblico ai locali della farmacia. L'avvicendamento delle farmacie nel turno avviene senza soluzioni di continuità del servizio.

6. Quando svolgono servizio a battenti chiusi, le farmacie possono limitarsi alla distribuzione dei medicinali, in tutte le diverse tipologie, del materiale di medicazione e della dietetica speciale, la cui dispensazione in tutte le diverse tipologie non può essere rifiutata.

7. Per assicurare una più completa forma di assistenza e per motivate esigenze locali, a richiesta delle farmacie e anche in aggiunta ai normali turni di servizio, può essere autorizzata la prestazione del servizio notturno continuativo a battenti aperti.

8. In deroga ai commi 1, 2 e 3, le farmacie di turno possono essere esentate dal servizio durante le corrispondenti ore notturne, qualora nel medesimo ambito distrettuale, cosi come configurato dall'ATS, vi sia almeno una farmacia che svolga il servizio notturno continuativo a battenti aperti. Il criterio degli ambiti distrettuali non si applica ai comuni che comprendono più ambiti distrettuali all'interno del loro territorio. Il numero di farmacie che svolgono il servizio notturno continuativo a battenti aperti, in base al quale le farmacie di turno possono essere esentate dal servizio notturno, è calcolato esclusivamente in relazione al numero degli abitanti di cui al comma 3.

9. I dispensari farmaceutici non partecipano ai turni di servizio; vi partecipano invece le farmacie succursali nel periodo di apertura.

10. I turni di servizio, per tutte le farmacie, sono della durata massima settimanale.

11. Il calendario dei turni prevede, per ciascuna farmacia, almeno tre periodi di servizio ordinario per ogni turno di servizio.

12. Il farmacista in turno extra orario diurno e in turno notturno a battenti chiusi, pur se non obbligato alla permanenza in farmacia, è tenuto alla disponibilità per la dispensazione dei prodotti di cui al comma 6 nel più breve tempo possibile e comunque entro venti minuti dalla chiamata.

13. Nessun obbligo di reperibilità può essere imposto ai titolari di farmacie che non siano di turno, salvo eventi eccezionali.

14. Il calendario dei turni di servizio diurno, notturno e festivo e delle ferie annuali viene predisposto entro il mese di marzo dall'ATS, sentiti l'Ordine dei farmacisti competente per territorio e le associazioni di categoria, sia pubbliche sia private, presenti sul territorio, previo parere dei comuni interessati. Si prescinde dai pareri qualora non siano pervenuti entro trenta giorni dalla richiesta. La proposta deve comprendere tutte le farmacie del territorio, incluse quelle non aderenti ad alcuna associazione, tenendo conto delle loro eventuali proposte. Entro il mese di maggio di ciascun anno, il direttore generale dell'ATS adotta il calendario.

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

16. Del calendario dei turni è data informazione alla popolazione mediante i mezzi di comunicazione più idonei.

Art. 92

(Chiusura per ferie annuali)(378)

1. Tutte le farmacie hanno diritto, fatti salvi i casi di calamità naturali e di eventi eccezionali, alla chiusura annuale, comunque facoltativa e nel rispetto del CCNL dei dipendenti, per ferie per uno o più periodi, fino ad un massimo di ventiquattro giorni lavorativi da conteggiare entro il periodo di validità del calendario di cui all'articolo 91, comma 14.

2. Le ferie sono proposte e autorizzate in modo da assicurare un adeguato servizio di assistenza farmaceutica nei distretti delle ATS. Le farmacie chiuse per ferie indicano le sedi aperte più vicine con il relativo orario di apertura.

3. I dispensari restano chiusi nel periodo di chiusura per ferie delle rispettive farmacie e possono chiudere per ulteriori periodi, purché non superiori a quanto previsto al comma 1. Le farmacie succursali e i dispensari stagionali restano aperti nei periodi concordati con l'ATS e il comune.

Art. 93

(Cartelli e segnaletica obbligatori)(379)

1. Le farmacie espongono, in posizione ben visibile e illuminata, un cartello indicante le farmacie di turno, in ordine di vicinanza, l'orario di apertura e chiusura giornaliera dell'esercizio e l'eventuale numero verde al quale rivolgersi per qualsiasi informazione relativa al servizio.

2. Le sole farmacie aperte e quelle di turno tengono accesa un'insegna luminosa della misura fino a 1 mq per facciata, a forma di croce di colore verde che ne faciliti l'individuazione, in conformità alle disposizioni del codice della strada e dei regolamenti comunali. La croce verde di segnalazione è utilizzata esclusivamente dalle farmacie aperte al pubblico.

Art. 94

(Sanzioni)(380)

1. L'inosservanza delle disposizioni di cui agli articoli 90, 91, 92 e 93 comporta l'applicazione, da parte dell'ATS, di sanzioni da € 100 a € 500.

2. La funzione sanzionatoria per le violazioni di cui al comma 1 spetta all'ATS, secondo quanto previsto dalla legge regionale 1 febbraio 2012, n. 1 (Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai

documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria).

3. L'ATS comunica le violazioni accertate all'Ordine dei farmacisti per i provvedimenti deontologici conseguenti.

4. In caso di reiterata violazione delle disposizioni di cui al comma 1, l'ATS può ordinare la chiusura della farmacia fino a quindici giorni.

Art. 95(381)

Art. 96(381)

Art. 97(381)

TITOLO VII bis(382)

Sistema bibliotecario biomedico lombardo

Art. 97 bis

(Configurazione del sistema bibliotecario biomedico lombardo)(383)

1. Il sistema bibliotecario biomedico lombardo (SBBL), di seguito denominato sistema, è una biblioteca virtuale alla quale aderiscono soggetti pubblici e privati. Tale sistema è finalizzato a promuovere la diffusione dell'informazione scientifica nel quadro degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociosanitaria.

2. L'organizzazione e il funzionamento del sistema sono disciplinati con regolamento**(384)** di cui all'articolo 42, comma 1, lettera b), dello Statuto d'autonomia, in conformità ai seguenti principi e norme generali:

a) previsione di un comitato di indirizzo con funzioni di programmazione, del quale fanno parte non più di tre dirigenti regionali e non più di sei rappresentanti dei soggetti che aderiscono al sistema;

b) previsione di un comitato scientifico con funzioni consultive, del quale fanno parte non più di sette componenti scelti tra esperti in discipline sanitarie e nell'organizzazione e gestione di biblioteche biomediche;

c) previsione di un direttore, nominato dal comitato di indirizzo, con funzioni di raccordo tra lo stesso comitato di indirizzo e il centro di riferimento regionale di cui alla lettera f);

d) previsione per gli organi di cui alle lettere a), b) e c) di una durata in carica quinquennale, con possibilità di rinnovo per altri cinque anni;

e) definizione delle modalità di funzionamento del comitato di indirizzo e del comitato scientifico, nonché delle modalità di individuazione dei rappresentanti di cui alla lettera a);

f) affidamento dei compiti gestionali ad un soggetto pubblico individuato quale centro di riferimento regionale (CRR), in grado di provvedere all'assolvimento di tali compiti attraverso la propria struttura;

g) definizione dei requisiti, delle modalità di individuazione, nonché specificazione dei compiti del CRR;

h) definizione dei requisiti per l'adesione al sistema e degli impegni da assumere da parte degli aderenti;

i) stipulazione di una convenzione di durata quinquennale tra la Regione e il CRR;

j) stipulazione, da parte del CRR, di convenzioni di durata quinquennale con i soggetti che aderiscono al sistema;

k) definizione delle condizioni e delle modalità di accesso al patrimonio bibliografico;

l) definizione delle modalità di assegnazione e di rendicontazione del contributo annuale di cui al comma 3;

m) previsione, per un periodo non superiore a nove mesi dall'approvazione del regolamento, della costituzione del comitato di indirizzo, in composizione ridotta, con i soli dirigenti regionali.

3. Per l'assolvimento dei compiti assegnati, la Regione eroga al CRR un contributo annuale al quale possono aggiungersi le entrate derivanti dall'erogazione dei servizi del sistema, nonché altre risorse rese disponibili dai

soggetti convenzionati.

Titolo VIII(385)

Norme in materia di sanità pubblica veterinaria

Capo I

Disposizioni generali

Art. 98

(Oggetto e finalità)(386)

1. Il presente capo reca norme in materia di sanità pubblica veterinaria e disciplina l'organizzazione e il funzionamento dei servizi del dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale della ATS.

2. I servizi di cui al comma 1 assicurano la tutela della salute umana e animale, agendo in stretto coordinamento tra loro e promuovendo il coinvolgimento di enti, associazioni e servizi che operano nel settore delle produzioni zootecniche.

3. Gli obiettivi da perseguire nell'ambito della sanità pubblica veterinaria sono determinati, nel contesto del piano nazionale integrato, dal piano sociosanitario integrato lombardo, dal piano regionale integrato della sanità pubblica veterinaria e dai relativi provvedimenti di attuazione.

Art. 99

(Competenze delle ATS)(386)

1. Le competenze delle ATS in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti di origine animale fanno capo ai dipartimenti veterinari e sicurezza degli alimenti di origine animale e ai distretti di medicina veterinaria.

2. Ai dipartimenti sono attribuite funzioni di programmazione, coordinamento, gestione dei processi, supporto e verifica dell'attività di sanita` pubblica veterinaria e di sicurezza alimentare svolta dai distretti di medicina veterinaria.

3. Il dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale si articola nei servizi di sanità animale-igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale-igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e nell'unità operativa di igiene urbana veterinaria, prevenzione del randagismo, tutela degli animali d'affezione e interventi assistiti con animali. I servizi assicurano le funzioni ad essi spettanti in base alla normativa statale ed europea, nonché le seguenti specifiche funzioni: **(387)**

a) sanità animale:

1. mantenimento dello stato di indennità degli allevamenti nei confronti delle malattie e prevenzione e controllo delle malattie infettive di interesse zoonosico e zootecnico negli animali d'allevamento e nella fauna selvatica;
2. gestione delle anagrafi zootecniche, degli animali d'affezione e delle movimentazioni degli animali;
3. gestione delle emergenze epidemiche, compresi gli adempimenti relativi al calcolo dei valori di mercato degli animali abbattuti, e delle reti di epidemiosorveglianza;
4. liquidazione agli allevatori delle indennità ad essi spettanti in base alla legge 2 giugno 1988, n. 218 (Misure per la lotta contro l'afta epizootica ed altre malattie epizootiche degli animali);
5. profilassi della rabbia e delle altre zoonosi e prevenzione e controllo delle malattie infettive negli animali di affezione;
6. rilascio di autorizzazioni e riconoscimenti previsti dalle normative vigenti in materia di sanità animale;
7. rilascio delle certificazioni sanitarie necessarie per la movimentazione degli animali;
8. programmazione dei controlli nell'ambito della sanità animale;
9. prevenzione e controllo delle zoonosi; controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente;

10. informazione e formazione dell'utenza;

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

1. mantenimento delle condizioni di igiene per la sicurezza degli alimenti e delle produzioni di origine animale lungo tutte le filiere di competenza veterinaria;

2. gestione delle anagrafi degli stabilimenti di produzione, trasformazione, deposito e commercializzazione di alimenti di origine animale;

3. gestione del sistema di allerta e interventi nei casi di malattie alimentari connesse al consumo di alimenti di origine animale;

4. gestione delle problematiche di natura sanitaria connesse all'attività di importazione ed esportazione di prodotti di origine animale;

5. verifica del rispetto della normativa sul benessere animale negli stabilimenti di macellazione e promozione dello stordimento animale anche per la macellazione rituale;

6. registrazione e riconoscimento degli stabilimenti operanti nel settore della produzione, lavorazione e deposito di alimenti di origine animale;

7. rilascio delle certificazioni sanitarie connesse all'esportazione di alimenti di origine animale;

8. sorveglianza su laboratori che eseguono analisi per le imprese alimentari nell'ambito delle procedure di autocontrollo;

9. programmazione dei controlli nell'ambito della sicurezza alimentare;

10. informazione e formazione dell'utenza;

c) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche:

1. applicazione puntuale e omogenea delle misure di controllo sull'utilizzo del farmaco veterinario, sull'alimentazione animale, sul benessere e sulla riproduzione degli animali;

2. controllo sugli impianti per la raccolta, il trattamento e l'eliminazione dei sottoprodotti di origine animale e sulle strutture sanitarie;

3. controllo delle condizioni igieniche degli allevamenti e degli animali produttori di alimenti destinati all'uomo;

4. gestione delle anagrafi degli stabilimenti nel settore dei mangimi, dei sottoprodotti di origine animale e delle strutture della riproduzione;

5. controllo sulla filiera del latte e sulla sperimentazione animale;

6. rilascio di autorizzazioni, registrazioni e riconoscimenti previsti dalle normative vigenti in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;

7. vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione;

8. programmazione dei controlli nell'ambito delle materie di competenza;

9. informazione e formazione dell'utenza.

3 bis. Per lo svolgimento della funzione di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto del Ministro della Sanità 20 luglio 1989, n. 298 (Regolamento per la determinazione dei criteri per il calcolo del valore di mercato degli animali abbattuti ai sensi della legge 2 giugno 1988, n. 218, recante misure per la lotta contro l'afta epizootica ed altre malattie epizootiche degli animali) il direttore generale dell'ATS competente per territorio nomina un'apposita commissione costituita da un dirigente, con funzioni di presidente, individuato dallo stesso direttore generale, da un funzionario appartenente alle strutture competenti in materia di agricoltura presso gli uffici territoriali della Regione, da un funzionario veterinario dell'ATS e da due rappresentanti designati dalle organizzazioni professionali agricole locali. **(388)**

4. Le ATS in rapporto alle specifiche esigenze territoriali, assicurano, tramite l'unità operativa di igiene urbana veterinaria, prevenzione del randagismo, tutela degli animali di affezione e interventi assistiti con animali (pet-therapy), lo svolgimento delle seguenti funzioni:

a) interventi per la corretta convivenza dell'uomo con gli animali domestici, sinantropici e selvatici in ambito urbano, nel rispetto della normativa statale;**(389)**

b) interventi a tutela degli animali di affezione e di prevenzione del randagismo previsti dalla normativa statale e regionale;

c) iniziative di formazione e informazione da svolgere anche in ambito scolastico;

d) vigilanza sull'impiego degli animali utilizzati negli interventi assistiti con animali (pet-therapy).

5. Nelle ATS è garantito il governo di prossimità delle competenze professionali specialistiche tipiche del contesto, anche mediante apposite strutture organizzative.

6. I distretti veterinari delle ATS sono strutture dotate, nei limiti delle funzioni a loro assegnate, di autonomia gestionale, tecnica e amministrativa, per il conseguimento degli obiettivi aziendali. I distretti veterinari operano in coordinamento con il dipartimento veterinario dal quale dipendono funzionalmente e gerarchicamente per il raggiungimento e la rendicontazione degli obiettivi. Sono deputati a rilevare la domanda di prestazioni e servizi della specifica utenza e a organizzare ed erogare le prestazioni di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti di origine animale, secondo la vigente normativa. La definizione territoriale dei distretti veterinari, considerata la specificità territoriale dell'utenza, è prevista nella definizione dei POAS da parte dei direttori generali delle ATS, previa valutazione della direzione generale Welfare, con una articolazione che tenga conto del numero di allevamenti presenti sul territorio, del numero di strutture produttive di competenza veterinaria sul territorio, dei fattori di correzione per i territori disagiati come quelli di montagna, nonché per i territori con particolari peculiarità come quelli della Città metropolitana.

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

Art. 100

(Piano regionale integrato della sanità pubblica veterinaria)(386)

1. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, approva il piano quinquennale regionale integrato della sanità pubblica veterinaria, che definisce:

a) le politiche regionali in materia di sanità pubblica veterinaria, tutela degli animali d'affezione e sicurezza alimentare, tenendo conto della specifica realtà territoriale;

b) le linee di indirizzo e le modalità operative alle quali le ATS si devono attenere per la pianificazione delle attività di competenza, comprese le attività da porre in essere in caso di eventi imprevedibili ed emergenze e quelle necessarie a garantire il livello di conoscenza e di professionalità del personale;

c) gli indicatori di contesto, di processo, di impatto e di risultato;

d) le aree di interesse regionale su cui indirizzare la ricerca scientifica con il coinvolgimento delle università e degli altri enti e istituti di ricerca presenti sul territorio regionale;

e) le misure di supporto alle imprese della filiera agroalimentare, anche per quanto riguarda l'export dei loro prodotti, con la costante e crescente integrazione tra organizzazione sanitaria e territorio, coinvolgendo gli operatori economici, sanitari, associazioni dei consumatori e rappresentanti di categoria;

f) le modalità di valutazione degli interventi in relazione al raggiungimento degli obiettivi indicati dal piano;

g) le azioni di coordinamento con il piano regionale integrato della prevenzione e il piano nazionale integrato.

2. La Giunta regionale prevede risorse a destinazione vincolata per le ATS per il finanziamento delle attività previste dal piano regionale integrato della sanità pubblica veterinaria e per il raggiungimento dei relativi obiettivi.

2 bis. Al fine di garantire il mantenimento, il potenziamento e il miglioramento dell'efficacia della programmazione e dell'attuazione del piano regionale integrato della sanità pubblica veterinaria, le ATS possono stipulare contratti di lavoro a tempo determinato attingendo alle risorse di cui all'articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 (Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004), fino ad assicurare il 100 per cento del turnover dell'area veterinaria.**(390)**

Art. 101(391)

Art. 102(391)

Art. 103(391)

Capo II

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

Art. 104

(Finalità e definizioni)(392)

1. La Regione, anche al fine di favorire la convivenza tra uomo e animale, nonché di tutelarne la salute e il benessere, promuove la prevenzione del randagismo, la protezione e la tutela degli animali d'affezione a cui riconosce la dignità di esseri viventi, nel rispetto delle loro esigenze fisiologiche ed etologiche, condannando ogni tipo di maltrattamento, compreso l'abbandono, nonché la detenzione in isolamento.

2. Ai fini del presente capo, per animale d'affezione si intende ogni animale tenuto o destinato ad essere tenuto dall'uomo per suo diletto e compagnia o che può svolgere attività utili all'uomo.

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

Art. 105

(Obblighi e divieti)(392)

1. È vietato:

a) esercitare la pratica dell'accattonaggio esibendo animali di età inferiore a dodici mesi, animali in stato di incuria, di denutrizione, in precarie condizioni di salute, comunque sofferenti o in condizioni tali da suscitare pietà;

b) detenere gli animali in siti di dimensioni inferiori a quelle stabilite dalla normativa regionale per i ricoveri degli animali d'affezione;

c) privare gli animali della quotidiana attività motoria adeguata alla loro indole;

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

e) vendere o cedere, a qualsiasi titolo, cani e gatti destinati al commercio non identificati e non registrati in anagrafe, nonché cani e gatti di età inferiore a sessanta giorni ed esporre nelle vetrine degli esercizi commerciali o all'esterno degli stessi tutti gli animali d'affezione;**(393)**

f) vendere animali a minorenni.

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

3. Il proprietario, il possessore o il detentore, anche temporaneo di un cane o di un gatto, compreso chi ne fa commercio, è tenuto a iscriverlo all'anagrafe regionale degli animali d'affezione, entro quindici giorni dall'inizio del possesso o entro trenta giorni dalla nascita e comunque prima della sua cessione a qualunque titolo. L'identificazione in modo unico e permanente del cane o del gatto con metodologia indolore, secondo le tecniche più avanzate, è contestuale all'iscrizione nell'anagrafe regionale degli animali d'affezione ed è eseguita dai veterinari accreditati

dall'ATS o dai veterinari delle ATS.**(394)**

4. Il proprietario, il possessore o il detentore di un cane o di un gatto è tenuto a denunciare all'anagrafe degli animali d'affezione entro quindici giorni qualsiasi cambiamento anagrafico, quali cessione, decesso o cambio di residenza ed entro sette giorni la scomparsa per furto o per smarrimento.**(395)**

5. I medici veterinari, nell'esercizio dell'attività professionale, hanno l'obbligo di accertare la presenza del microchip, o del tatuaggio leggibile, sui cani o sui gatti. Nel caso in cui l'identificazione dovesse risultare illeggibile, il proprietario, il possessore o il detentore è tenuto a provvedere nuovamente all'identificazione degli animali. **(396)**

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

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

Art. 106

(Rifugi per animali)(392)

1. I comuni, singoli o associati, e le comunità montane ospitano nei canili e gattili rifugio:

a) i cani e i gatti raccolti o rinvenuti vaganti, successivamente agli interventi sanitari previsti nei canili sanitari ed effettuati dai dipartimenti di prevenzione veterinari delle ATS;**(397)**

b) i cani e i gatti affidati a qualunque titolo dalla forza pubblica;

c) i cani e i gatti ceduti definitivamente dal proprietario e accettati dal comune, con la possibilità di porre a carico del cedente le spese di mantenimento;

d) altri animali d'affezione, compatibilmente con la recettività e le caratteristiche tecniche della struttura.

2. I gestori dei rifugi devono adottare opportune misure al fine del controllo delle nascite.

3. I cani e i gatti ricoverati presso i rifugi possono essere sterilizzati per finalità di interesse pubblico dai medici veterinari delle ATS o da medici veterinari liberi professionisti, incaricati dall'ATS o dai comuni.**(398)**

4. I rifugi garantiscono l'assistenza veterinaria e gli interventi di pronto soccorso e di alta specializzazione necessari, anche mediante convenzioni con strutture pubbliche o private.

5. I rifugi sono aperti al pubblico almeno quattro giorni alla settimana, compresi il sabato e la domenica, per un minimo di quattro ore al giorno, per favorire la ricollocazione degli animali presso nuovi proprietari. Gli orari e i giorni di apertura sono esposti all'ingresso delle strutture. Gli operatori degli enti di protezione degli animali possono accedere alle strutture anche in orari diversi da quelli di apertura al pubblico purché concordati con i responsabili delle strutture stesse.

6. I rifugi sanitari e i rifugi per il ricovero possono avvalersi della collaborazione volontoria e gratuita di privati cittadini per lo svolgimento dell'attività della struttura.

7. (399)

Art. 106 bis

(Cessione e affido)(400)

1. I cani e i gatti ricoverati presso le strutture di cui all'articolo 106, d'età non inferiore ai sessanta giorni, nonché gli altri animali di affezione, possono essere ceduti gratuitamente ai privati maggiorenni che diano garanzie di adeguato trattamento o alle associazioni di cui all'articolo 111.

2. È fatto divieto di cessione o affido di cani o gatti ricoverati presso le strutture di cui all'articolo 106 a coloro che hanno riportato condanne per maltrattamenti ad animali.

3. La cessione gratuita dei cani e dei gatti ricoverati presso le strutture di cui all'articolo 106 può avvenire trascorsi sessanta giorni dal momento del ritrovamento, fatti salvi i diversi termini previsti dal codice civile in caso di smarrimento. In alternativa il cane o il gatto può essere concesso in affido temporaneo sino al sessantesimo giorno dal ritrovamento.**(401)**

4. È consentito l'affido temporaneo gratuito dei cani e dei gatti prima del termine di cui al comma 3, secondo le modalità previste nel regolamento attuativo della presente legge. **(401)**

5. Qualora, nei sei mesi successivi all'adozione, l'animale manifesti disturbi comportamentali, incompatibilità con altri animali o problematiche particolari al nuovo nucleo famigliare, il rifugio affidatario riconosce all'adottante il diritto di restituzione dell'animale.

6. I gestori dei rifugi convenzionati devono permettere la presenza nella struttura di volontari delle associazioni animaliste e zoofile di cui all'articolo 111 preposti alla gestione delle adozioni e degli affidamenti dei cani e dei gatti.

7. L'iter dell'adozione si conclude con la valutazione post affido effettuata dalle associazioni animaliste e zoofile di cui all'articolo 111 anche presso il domicilio dell'adottante, che dovrà sottoscrivere apposito consenso. Qualora le condizioni di detenzione dell'animale non fossero conformi alla normativa vigente o a quanto dichiarato al momento dell'affido è prevista la restituzione immediata ed incondizionata dell'animale al rifugio, su semplice richiesta.

Art. 107

(Funzioni e competenze della Regione, della ATS e del sindaco quale autorità sanitaria locale in materia veterinaria)(392)

1. La Giunta regionale istituisce l'anagrafe degli animali d'affezione e approva, con la collaborazione tecnica della Consulta regionale di cui all'articolo 110, acquisito il parere della commissione consiliare competente, il piano regionale triennale degli interventi in materia di:

a) educazione sanitaria e zoofila;
b) controllo demografico della popolazione animale;
c) prevenzione del randagismo.

2. Il piano di cui al comma 1 include gli interventi educativi di responsabilizzazione dei proprietari.

3. Sulla base dei dati provenienti dall'anagrafe degli animali da affezione, dal censimento delle colonie feline e dalle strutture di ricovero autorizzate, il piano prevede:

a) i criteri per l'analisi del fenomeno dell'abbandono dei cani e della formazione di colonie urbane di gatti liberi;
b) le modalità di utilizzazione della quota assegnata dallo Stato ai sensi dell'articolo 3 della legge 14 agosto 1991, n. 281 (Legge quadro in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo);
c) i criteri per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi e per la verifica, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato, le scuole, gli enti locali e i privati, del raggiungimento degli obiettivi;
d) i criteri per l'organizzazione dei corsi d'aggiornamento o di formazione professionale di cui all'articolo 3, comma 4, lettera b), della legge n. 281/1991.

4. (402)

5. Gli interventi previsti dal piano sono attuati anche tramite specifiche convenzioni fra la Regione, le ATS, i comuni, le associazioni di cui all'articolo 111, gli enti e gli istituti di ricerca.

6. La ATS, tramite idonea articolazione, garantisce le funzioni e le attività sanitarie sul proprio territorio, in particolare:

a) la gestione dell'anagrafe degli animali d'affezione;

b) l'organizzazione dell'attività di accalappiamento dei cani vaganti, nonché di raccolta dei gatti che vivono in libertà ai fini della loro sterilizzazione e di ricovero sanitario;

c) il censimento delle zone in cui esistono colonie feline;

d) gli interventi di controllo demografico della popolazione canina e felina;

e) l'attività di vigilanza, di prevenzione e di accertamento;

f) gli interventi di pronto soccorso finalizzati alla stabilizzazione di cani e gatti vaganti o di gatti che vivono in libertà, ritrovati feriti o gravemente malati e il ricovero sanitario per l'esecuzione degli interventi di profilassi, diagnosi e terapia sui cani e sui gatti vaganti e sui gatti che vivono in libertà.**(403)**

7. Al direttore generale della ATS competono:

a) la titolarità dei poteri sanzionatori;

b) l'approvazione, su proposta del dipartimento veterinario, dei progetti attuativi degli interventi affidati dal piano regionale alla ATS.

8. Le strutture destinate al ricovero degli animali d'affezione, per finalità sanitarie, di tutela, di allevamento, commerciali, amatoriali, sono registrate nell'anagrafe degli animali d'affezione, da parte della ATS territorialmente competente; a tal fine, fermo restando il possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, presentano una segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) al comune che, anche con il preventivo coinvolgimento della ATS, verifica la sussistenza dei requisiti richiesti.

9. Restano ferme le competenze del sindaco, quale autorità sanitaria locale, per l'adozione di provvedimenti di carattere contingibile e urgente in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria e di polizia veterinaria di cui all'articolo 50, comma 5, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali).

10. Gli atti e provvedimenti del sindaco, quando non sono adottati su proposta del dipartimento di prevenzione veterinario, sono adottati sentito il dipartimento stesso.

11. Il sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, può disporre, in caso di maltrattamenti, anche ai fini della tutela igienico-sanitaria, che gli animali d'affezione siano posti in osservazione per l'accertamento delle loro condizioni fisiche.

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

a) la predisposizione delle strutture di ricovero destinate alla funzione di canile sanitario e di rifugio, acquisendone la disponibilità nelle forme ritenute più opportune; le strutture destinate alla funzione di canile sanitario sono messe a disposizione delle ATS competenti in comodato d'uso;**(404)**

b) il servizio di ricovero di animali d'affezione catturati o raccolti;

c) l'attività di vigilanza, di prevenzione e accertamento delle infrazioni previste dal presente capo, effettuata dal corpo di polizia locale;

d) la realizzazione di campagne informative sugli obiettivi del presente capo e sulle modalità di attuazione, anche avvalendosi degli uffici tutela animali, ove istituiti, e della collaborazione delle associazioni di cui all'articolo 111 e dei medici veterinari;

e) la predisposizione di sportelli per l'anagrafe degli animali d'affezione;

f) la collaborazione con le ATS per la gestione dell'anagrafe degli animali d'affezione;

g) la stipula di convenzioni o accordi di collaborazione, di intesa con le ATS, con i privati e le associazioni per la gestione delle colonie feline.

13. Per l'esercizio delle attività di cui al comma 12, lettera c), i comuni possono avvalersi, mediante convenzioni, della collaborazione delle guardie volontarie delle associazioni di cui all'articolo 111 alle quali sia riconosciuta la qualifica di guardia giurata ai sensi del regio decreto 18 giugno 1931, n. 773 (Approvazione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza).

Art. 108(392)

(Cani e gatti smarriti e rinvenuti)(405)

1. La scomparsa di un cane o di un gatto deve essere denunciata dal proprietario, possessore o detentore entro sette giorni al dipartimento di prevenzione veterinario o alla polizia locale territorialmente competenti. L'organo che riceve la denuncia di scomparsa deve registrarla nell'anagrafe degli animali d'affezione. **(406)**

2. Chiunque ritrovi un cane o un gatto vagante è tenuto a darne pronta comunicazione al dipartimento di prevenzione veterinario di una ATS, anche diversa da quella in cui è avvenuto il ritrovamento o alla polizia locale del comune in cui è avvenuto il ritrovamento stesso, consegnandolo al più presto al canile sanitario o fornendo le indicazioni necessarie al suo ritiro. L'organo che riceve la segnalazione del ritrovamento deve comunicarla prontamente ai fini della registrazione nell'anagrafe degli animali d'affezione. **(407)**

3. La notifica del ritrovamento del cane o del gatto al proprietario, possessore o detentore comporta l'obbligo del ritiro entro cinque giorni e del pagamento dei costi sostenuti per la cattura, le eventuali cure e il mantenimento. La Giunta regionale definisce i criteri, le modalità per la determinazione dei costi e i provvedimenti da assumere a carico degli inadempienti all'obbligo di ritiro. **(408)**

4. Gli interventi sanitari, con particolare riguardo al controllo medico-veterinario, all'identificazione e agli interventi di pronto soccorso prestati ai cani o ai gatti di cui al presente articolo, sono effettuati dal dipartimento di prevenzione veterinario intervenuto e sono posti a carico della ATS competente per territorio.**(409)**

5. Gli animali ricoverati nelle strutture sanitarie, nei rifugi e in quelle destinate al ricovero, al pensionamento e al commercio di animali d'affezione non possono essere destinati ad alcun tipo di sperimentazione.

6. I metodi di cattura devono essere tali da evitare ai cani e ai gatti inutili sofferenze.**(410)**

Art. 109

(Eutanasia)(392)

1. I cani, i gatti e gli altri animali di affezione ricoverati nelle strutture sanitarie e rifugi e i gatti che vivono in libertà possono essere soppressi solo se gravemente malati e incurabili, se affetti da gravi sofferenze o in caso di loro comprovata pericolosità.

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

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

Art. 110

(Consulta regionale)(392)

1. E' costituita, con deliberazione della Giunta regionale, senza oneri a carico del bilancio regionale, la Consulta regionale per la tutela degli animali d'affezione e per la prevenzione del randagismo composta da:

a) un dirigente della struttura regionale competente;
b) un medico veterinario di una ATS;
c) tre rappresentanti dei comuni designati dall'associazione regionale dei comuni lombardi (ANCI Lombardia);
d) tre esperti designati dalle associazioni di cui all'articolo 111;
e) un docente della facoltà di medicina veterinaria dell'Università degli studi di Milano;
f) due medici veterinari designati dalle associazioni di categoria dei medici veterinari;
g) un medico veterinario designato dalla federazione regionale degli ordini provinciali dei medici veterinari;
h) un rappresentante dell'Ufficio scolastico regionale per la Lombardia.

2. La Consulta collabora alla redazione del piano regionale triennale degli interventi di cui all'articolo 107. Collabora altresì con i servizi veterinari nell'ambito degli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo.**(411)**

Art. 111

(Volontariato)(392)

1. Le associazioni di volontariato iscritte nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato di cui alla legge regionale 14 febbraio 2008, n. 1 (Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso) o riconosciute a livello nazionale e il cui statuto indichi come finalità la protezione degli animali e dell'ambiente possono collaborare all'effettuazione degli interventi di educazione sanitaria e di controllo demografico della popolazione canina e dei gatti che vivono in libertà, previo accordo con la ATS o con i comuni.

Art. 112

(Sanzioni)(392)

1. Fatte salve le ipotesi di responsabilità penale, si applicano le seguenti sanzioni:

a) da euro 150 a euro 900 per inosservanza delle disposizioni di cui all'articolo 105, comma 1, lettere a), b), c), d) e f), e commi 2, 6 e 7;**(412)**
b) da € 25 a € 150 per l'inosservanza delle disposizioni di cui all'articolo 105, commi 3, primo periodo, e 4;
c) da € 50 a € 300 per l'inosservanza delle disposizioni di cui all'articolo 109;
d) da € 500 a € 3.000 per l'inosservanza delle disposizioni di cui all'articolo 105, comma 1, lettera e), comma 3, secondo periodo, e per lo svolgimento di attività in strutture destinate al ricovero degli animali d'affezione senza aver presentato la SCIA di cui all'articolo 107, comma 8.

2. Ferme restando le sanzioni previste dal comma 1, si applica la sanzione da € 150 a € 900 per l'inosservanza delle disposizioni contenute nel regolamento di cui all'articolo 114e per l'inosservanza della disposizione di cui all'articolo 113, comma 1 bis.**(413)**

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

Art. 113

(Interventi assistiti con animali)(392)

1. La Regione riconosce il ruolo degli animali come mediatori nei processi educativi e terapeutico-riabilitativi e promuove gli interventi assistiti con gli animali, improntati a rigorosi criteri scientifici e volti a tutelare sia il paziente sia gli animali coinvolti.

1 bis. Al fine di tutelarne la salute e il benessere, i proprietari degli animali impiegati negli interventi di cui al comma 1 assicurano il rispetto di quanto indicato al punto 8 delle linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA), oggetto dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 25 marzo 2015, come recepite con deliberazione della Giunta regionale n. 5059/2016.**(414)**

Art. 114

(Regolamento)(392)

1. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante 'Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 'Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità'', sentita la Consulta regionale di cui all'articolo 110 e previo parere della competente commissione consiliare, definisce con regolamento:

a) i criteri per il funzionamento e la gestione dell'anagrafe degli animali d'affezione, comprendendo l'anagrafe canina e felina regionale;

b) le tipologie, i requisiti strutturali e di funzionamento delle strutture di ricovero degli animali d'affezione, nonché i criteri per il risanamento dei canili comunali esistenti;

c) le modalità di gestione delle colonie feline e dei gatti che vivono in libertà;

d) i criteri per l'accesso di animali d'affezione alle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate;

e) i criteri per la cessione e l'affido degli animali d'affezione;

f) i criteri per rendere riconoscibili i cani di assistenza alle persone con disabilità in modo da facilitare il loro accesso, ovunque, insieme al proprietario;

g) i criteri per la corretta gestione, detenzione e addestramento degli animali;

h) i requisiti per la detenzione degli animali d'affezione, compreso il divieto di utilizzo della catena o di qualunque altro strumento di contenzione similare, salvo che per ragioni sanitarie documentabili e certificate dal veterinario o per temporanee ragioni di sicurezza ovvero, previo parere favorevole delle autorità competenti, per ragioni cinotecniche.**(415)**

Art. 115(416)

Art. 116(416)

Art. 117(416)

Art. 118(416)

Art. 119(416)

Art. 120(416)

Art. 121(416)

Art. 122(416)

Art. 123(416)

Titolo IX(385)

Disposizioni transitorie e finali

Art. 124(417)

Art. 125

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

1. Sono aboliti gli adempimenti e le autorizzazioni di cui all'allegato B.

2. In conformità ai regolamenti comunitari in materia di sicurezza alimentare, regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 sull'igiene dei prodotti alimentari, regolamento (CE) 853/2004, regolamento (CE)n. 854/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 che stabilisce norme specifiche per l'organizzazione di controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano, regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali, gli operatori del settore notificano alle ASL, ai fini della registrazione, ogni stabilimento che esegua una qualsiasi delle fasi di produzione, trasformazione e distribuzione di alimenti, oppure, nel caso in cui sussista l'obbligo del riconoscimento, presentano alle ASL la relativa istanza.

3. Gli spostamenti in ambito regionale degli animali per ragioni di pascolo vagante, alpeggio e transumanza sono soggetti all'obbligo di comunicazione preventiva al dipartimento di prevenzione veterinario dell'ASL di partenza che provvede a informare l'ASL di destinazione ed eventualmente le ASL interessate dal tragitto.

Art. 126

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

1. Gli operatori del settore alimentare provvedono alla formazione, addestramento e aggiornamento del proprio personale addetto ad una o più fasi di produzione, trasformazione e distribuzione di prodotti alimentari, secondo quanto stabilito dal regolamento (CE) 852/2004.

2. I dipartimenti di prevenzione delle ASL, nell'ambito delle proprie competenze in materia di vigilanza e controllo, verificano, anche sulla base di direttive regionali, l'adeguatezza delle procedure formative, con particolare riferimento ai comportamenti operativi degli addetti al settore.

Art. 127

(Ordinanze contingibili e urgenti)

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

Art. 128

(Tariffe per le prestazioni a favore di terzi)

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

1 bis. Al fine di garantire la copertura del costo effettivo dei servizi di controllo sugli impianti di macellazione, le ATS utilizzano gli introiti derivanti dalla riscossione delle tariffe di cui all'Allegato A, sezioni da 1 a 6, del d.lgs. 194/2008 nel caso in cui le maggiorazioni di cui al articolo 3, comma 3, del medesimo decreto legislativo non siano sufficienti a coprire integralmente tale costo.**(418)**

Art. 129

(Istituzione dei registri regionali di patologia e di mortalità)

1. Nel rispetto della normativa statale ed europea vigente in materia, sono istituiti i seguenti registri di patologia e di mortalità:**(419)**

a) registro tumori;
b) registro malattie rare;
c) registro dialisi e trapianto;
d) registro stroke;
e) registro infarto miocardico acuto;
f) registro mortalità - raccolta dati a fini statistici;
g) registro dei referti di anatomia patologica;
h) registro delle malattie neurologiche degenerative;
i) registro asbestosi e mesoteliomi asbesto-correlati;
j) registro effetti indesiderati dovuti all'uso dei cosmetici;
k) registro referti oncologici e oncoematologici;
l) registro epinetwork;
m) registro rete udito;
n) registro sindrome della morte improvvisa infantile;
n bis) registro malattie ematologiche;**(421)**
n ter) registro grandi traumi; **(421)**
n quater) registro epatiti croniche;**(421)**
n quinquies) registro rete oftalmologica;**(421)**
n sexies) registro fibromialgia;**(421)**
n septies) registro broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO);**(421)**
n octies) registro malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI);**(421)**
n novies) registro delle terapie intensive;**(421)**

n decies) registro cefalee; **(421)**
n undecies) registro fratture da fragilità ossea; **(421)**
n duodecies) registro artroprotesi; **(421)**
n terdecies) registro extra corporeal membrane oxygenation (ECMO); **(421)**
n quaterdecies) registro degli arresti cardiaci;**(421)**
n quinquiesdecies) registro delle lesioni midollari di origine traumatica e non traumatica; **(422)**
n sexiesdecies) registro diabete;**(422)**
n septiesdecies) registro del dolore pelvico cronico.**(422)**

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

3. Per quanto non già disciplinato dalla normativa statale, con regolamenti adottati in conformità al parere espresso dal Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'articolo 57, paragrafo 1, lettera v), del regolamento (UE) 2016/679 e dell'articolo 154, comma 1, lettera g), del d.lgs. n. 196/2003, sono individuati, nel rispetto di quanto previsto dagli articoli 2-ter e 2-sexies dello stesso decreto legislativo, le specifiche finalità perseguite da ciascuno dei registri di cui al comma 1, i tipi di dati personali che possono essere trattati inclusi quelli afferenti alle categorie particolari di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del regolamento (UE) 2016/679, le operazioni eseguibili, i soggetti che possono aver accesso ai dati medesimi, nonché le misure di sicurezza e le misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti degli interessati.**(423)**

Art. 130

(Tessere di riconoscimento)

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

Art. 131

(Oneri alberghieri a carico degli assistiti)

1. Gli assistiti che chiedono di essere ricoverati, usufruendo di particolari condizioni alberghiere presso le strutture regionali di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto che prevedono tale possibilità, sono tenuti al pagamento in proprio esclusivamente dei maggiori oneri derivanti dalla superiore prestazione alberghiera.

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

Art. 131 bis

(Clausola valutativa)(424)

1. Il Consiglio regionale e la Giunta regionale, secondo le rispettive competenze, valutano i risultati e l'efficacia delle politiche sociosanitarie disciplinate dalla presente legge.

2. La Giunta regionale informa il Consiglio dell'attuazione della presente legge e dei risultati ottenuti nel promuovere la salute e il benessere dei cittadini lombardi e, a tal fine, trasmette al Consiglio una relazione biennale che documenta quanto realizzato nei principali ambiti di azione disciplinati dalla normativa regionale. La relazione descrive:

a) le azioni di sistema, di regolazione, di programmazione e di controllo realizzate e i relativi esiti;
b) le attività e gli interventi implementati secondo i documenti programmatori vigenti, specificando risorse impiegate, soggetti coinvolti nell'attuazione, beneficiari raggiunti;
c) i risultati raggiunti e le criticità emerse nell'attuazione delle azioni e degli interventi ai punti precedenti, le ragioni di eventuali scostamenti dagli obiettivi programmati, le soluzioni messe in atto per farvi fronte
d) gli specifici temi e le questioni segnalate dal Comitato paritetico di controllo e valutazione e dalle competenti Commissioni consiliari.

3. La relazione di cui al comma 2 riferisce anche in merito ai risultati conseguiti a seguito dell'attività di raccordo di cui all'articolo 56 e in merito alle informazioni richieste all'articolo 73.

4. Il Consiglio regionale e la Giunta regionale, secondo le rispettive competenze, possono destinare apposite risorse allo svolgimento delle analisi necessarie a rispondere ai quesiti di cui ai commi 1 e 2.

5. La Giunta regionale e tutti i soggetti coinvolti rendono accessibili i dati e le informazioni elaborate per le attività valutative previste dalla presente legge. Il Consiglio regionale esamina la relazione secondo quanto previsto dal Regolamento generale e la rende pubblica unitamente agli eventuali documenti che ne concludono l'esame.

Art. 132

(Norma finanziaria)

1. Alle spese di parte corrente derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse stanziate alle UPB 5.2.1.2.87 'Governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali'; 7.4.0.2.200 'Quota interessi per ammortamento mutui, prestiti obbligazionari, anticipazioni di cassa ed altri oneri finanziari'; 5.1.6.2.244 'Sicurezza alimentare'; 5.1.0.2.256 'Mantenimento dei livelli essenziali di assistenza'; 5.1.2.2.257 'Qualità dei servizi, semplificazione dell'accesso, potenziamento della libertà di scelta e accesso alle cure'; 5.1.5.2.258 'Ricerca, innovazione e risorse umane'dello stato di previsione delle spese del bilancio regionale per l'esercizio finanziario 2009 e successivi.

2. Alle spese per investimenti derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse stanziate all'UPB 5.1.4.3.261 'Riqualificazione della rete di offerta dei servizi sanitari' dello stato di previsione delle spese del bilancio regionale per l'esercizio finanziario 2009 e successivi.

3. Alle stesse spese derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede altresì con le risorse provenienti dalle assegnazioni della UE, dello Stato e di altri soggetti pubblici e privati, previste nel bilancio regionale.

Titolo X

Abrogazioni e disposizioni che restano in vigore

Art. 133

(Abrogazioni)

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge sono o restano abrogate le seguenti leggi regionali:
a) la legge regionale 2 maggio 1974, n. 23 (Costituzione del servizio regionale di immunologia tissutale e regolamentazione dell'esercizio della dialisi domiciliare);**(425)**
b) la legge regionale 15 gennaio 1975, n. 5 (Disciplina dell'assistenza ospedaliera), ad eccezione dell'articolo 13; **(426)**
c) la legge regionale 12 giugno 1975, n. 88 (Regolamentazione delle attività di trattamento profilattico e sintomatico domiciliare dell'emofilico);**(427)**
d) la legge regionale 20 giugno 1975, n. 97 (Assistenza ospedaliera in relazione all'impiego di nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche);**(428)**

e) la legge regionale 28 febbraio 1976, n. 7 (Abrogazione del terzo comma dell'art. 3 e integrazione del primo comma dell'art. 5 della legge regionale 20 giugno 1975, n. 97 "Assistenza ospedaliera in relazione all'impiego di nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche");**(429)**

f) la legge regionale 27 gennaio 1979, n. 20 (Erezione in ente ospedaliero dell'"Ospedale Dozzio" di Belgioioso ed incorporazione dello stesso nell'ente ospedaliero ospedale S. Matteo di Pavia);**(430)**

g) la legge regionale 31 dicembre 1980, n. 106 (Norme sulla costituzione e il riparto del fondo sanitario regionale, sul bilancio, la contabilità e l'amministrazione del patrimonio in materia di servizi di competenza delle unità socio-sanitarie locali (U.S.S.L.));**(431)**

h) la legge regionale 26 ottobre 1981, n. 64 (Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, per la tutela della salute nei luoghi di lavoro, per l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi veterinari e dei presidi multizonali di igiene e prevenzione);**(432)**

i) la legge regionale 26 ottobre 1981, n. 65 (Modifiche alla legge regionale n. 64 concernente: "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, per la tutela della salute nei luoghi di lavoro, per l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi veterinari e dei presidi multizonali di igiene e prevenzione");**(433)**

j) la legge regionale 25 maggio 1983, n. 46 (Norme per l'esercizio delle funzioni in materia farmaceutica e di vigilanza sulle farmacie);**(434)**

k) la legge regionale 14 settembre 1983, n. 75 (Modifiche all'art. 84 della L.R. 31 dicembre 1980, n. 106 "Norme sulla costituzione e il riparto del fondo sanitario regionale, sul bilancio, la contabilità e l'amministrazione del patrimonio in materia di servizi di competenza delle unità socio sanitarie locali');**(435)**

l) la legge regionale 6 febbraio 1984, n. 8 (Disposizioni in materia di personale del servizio sanitario regionale: norme di attuazione dell'art. 61 della L.R. 26 ottobre 1981, n. 64, modificata dalla L.r. 26 ottobre 1981, n. 65);**(436)**

m) la legge regionale 30 novembre 1984, n. 61 (Modifiche ed integrazioni alle Leggi Regionali 26 ottobre 1981 n. 64 e n. 65 concernenti "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di Igiene e Sanità pubblica, per la tutela della salute nei luoghi di lavoro, per l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi veterinari e dei presidi multizonali di Igiene e Prevenzione");**(437)**

n) la legge regionale 31 dicembre 1984, n. 67 (Provvedimenti per la tutela socio-sanitaria dei malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici);**(438)**

o) la legge regionale 14 dicembre 1987, n. 36 (Aggiornamento dei contributi previsti dall'art. 8 della l.r. 2 maggio 1974, n. 23 concernente "Costituzione del servizio regionale di immunologia tissutale e regolamentazione dell'esercizio della dialisi domiciliare");**(439)**

p) la legge regionale 24 giugno 1988, n. 34 (Norme in materia di sanità pubblica veterinaria: istituzione, organizzazione e funzionamento dei servizi di medicina veterinaria);**(440)**

q) la legge regionale 16 settembre 1988, n. 47 (Organizzazione e funzionamento del dipartimento di salute mentale);**(441)**

r) la legge regionale 16 maggio 1989, n. 15 (Norme per facilitare l'accesso ai servizi sanitari);**(442)**

s) la legge regionale 8 luglio 1989, n. 27 (Modifiche ed integrazioni agli artt. 16 e 25 della legge regionale 15 gennaio 1975, n. 5 'Disciplina dell'assistenza ospedaliera');**(443)**

t) la legge regionale 15 settembre 1989, n. 47 (Promozione delle attività di prelievo e di trapianto renale e rimborso delle spese per i trapianti renali in Italia e all'estero);**(444)**

u) la legge regionale 8 maggio 1990, n. 34 (Inquadramento nel ruolo organico della Giunta Regionale degli assegnisti operanti presso l'Istituto Mario Negri di Milano ai sensi dell'art. 25 della Legge 1 giugno 1977, n. 285), ad eccezione del comma 4 dell'articolo 1;**(445)**

v) la legge regionale 12 maggio 1990, n. 57 (Costituzione delle unità spinali);**(446)**

w) la legge regionale 9 marzo 1992, n. 8 (Prevenzione e cura del diabete mellito);**(447)**

x) la legge regionale 10 dicembre 1992, n. 47 (Finanziamento della l.r. 12 maggio 1990, n. 57"Costituzione delle unità spinali");**(448)**

y) la legge regionale 10 dicembre 1992, n. 48 (Anticipazioni regionali sulle assegnazioni statali del fondo sanitario);**(449)**

z) la legge regionale 5 novembre 1993, n. 36 (Provvedimenti in materia di assistenza in regime di ricovero in forma indiretta presso case di cura private non convenzionate e per specialità non convenzionate con il servizio sanitario nazionale, nonché in materia di rimborsi per spese di trasporto ai soggetti sottoposti a trattamenti di dialisi);**(450)**

aa) la legge regionale 2 aprile 1994, n. 8 (Potenziamento e razionalizzazione delle attività di prelievo e trapianto d'organi e dei reparti di rianimazione);**(451)**

bb) la legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 (Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali);**(452)**

cc) la legge regionale 10 agosto 1998, n. 15 (Istituzione della A.S.L. di Vallecamonica Sebino. Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 11 luglio 1997 n. 31 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali");**(453)**

dd) la legge regionale 3 aprile 2000, n. 21 (Riordino della normativa sugli orari di apertura e sui turni di servizio delle farmacie della Regione Lombardia e trasferimento alle aziende sanitarie locali delle competenze amministrative in materia di commercio all'ingrosso di medicinali ad uso umano);**(454)**

ee) la legge regionale 30 ottobre 2001, n. 17 (Soppressione del Centro regionale emoderivati della Regione Lombardia, istituito dall'art. 1 della l.r. 18 maggio 1990, n. 61 "Secondo piano regionale sangue e plasma per gli anni 1990/92" e interventi diretti al miglior funzionamento delle Aziende Sanitarie Lombarde. Modifiche alla l.r. 11 luglio 1997, n. 31 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali");**(455)**

ff) la legge regionale 27 novembre 2001, n. 23 (Norme per il rilascio del nulla osta all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti a scopo medico);**(456)**

gg) la legge regionale 20 dicembre 2001, n. 28 (Interventi diretti al miglior funzionamento delle Aziende Sanitarie Lombarde. Modifiche alla l.r. 31/97 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali");**(457)**

hh) la legge regionale 4 agosto 2003, n. 12 (Norme relative a certificazioni in materia di igiene e sanità pubblica);**(458)**

ii) la legge regionale 18 novembre 2003, n. 22 (Norme in materia di attività e servizi necroscopici funebri e cimiteriali);**(459)**

jj) la legge regionale 16 febbraio 2004, n. 2 (Modifiche a leggi regionali in materia di sanità);**(460)**

kk) la legge regionale 14 luglio 2006, n. 14 (Interventi di razionalizzazione della spesa sanitaria in attuazione dell'articolo 1, comma 198, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2006");**(461)**

ll) la legge regionale 20 luglio 2006, n. 16 (Lotta al randagismo e tutela degli animali di affezione);**(462)**

mm) la legge regionale 2 aprile 2007, n. 8 (Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie. Collegato);**(463)**

nn) la legge regionale 12 dicembre 2007 n. 32 (Istituzione dell'Azienda regionale dell'emergenza urgenza, modifiche e integrazioni alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 'Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali');**(464)**

oo) la legge regionale 20 dicembre 2007, n. 34 (Politiche regionali di sviluppo dei soggetti non profit operanti in ambito sanitario);**(465)**

pp) la legge regionale 31 marzo 2008, n. 7 (Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 3 aprile 2000, n. 21 'Riordino della normativa sugli orari di apertura e sui turni di servizio delle farmacie della Regione Lombardia e delega alle aziende sanitarie locali delle competenze amministrative in materia di commercio all'ingrosso di medicinali ad uso umano');**(466)**

qq) la legge regionale 1 aprile 2008, n. 11 (Nuovi ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali lombarde conseguenti all'istituzione della Provincia di Monza e Brianza. Modifiche e integrazioni della legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 'Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali');**(467)**

rr) la legge regionale 6 agosto 2009, n. 15 (Disciplina dei rapporti tra la Regione e le università della Lombardia con facoltà di medicina e chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, formative e di ricerca);**(468)**

ss) la legge regionale 6 agosto 2009, n. 16 (Integrazione all'articolo 3 della legge regionale 3 aprile 2000, n. 21 "Riordino della normativa sugli orari di apertura e sui turni di servizio delle farmacie della Regione Lombardia e trasferimento alle aziende sanitarie locali delle competenze amministrative in materia di commercio all'ingrosso di medicinali ad uso umano");**(469)**

tt) la legge regionale 6 agosto 2009, n. 18 (Modifiche alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 'Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali" e alla legge regionale 30 dicembre 2008, n. 38 'Disposizioni in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale - Collegato'), ad eccezione del comma 2 dell'articolo 1.**(470)**

2. Sono o restano altresì abrogate le seguenti disposizioni:

a) gli articoli 7, 8, 11, da 13 a 15 bis e gli allegati A e B della legge regionale 30 novembre 1981, n. 66 (Norme per la promozione dell'educazione sanitaria motoria e sportiva e per la tutela sanitaria delle attività sportive);**(471)**

b) il comma 31 dell'articolo 4 della legge regionale 27 gennaio 1998, n. 1 (Legge di programmazione economico-finanziaria ai sensi dell'art. 9 ter della l.r. 31 marzo 1978, n. 34 "Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della regione" e successive modificazioni e integrazioni);**(472)**

c) il comma 1 dell'articolo 5 della legge regionale 22 gennaio 1999, n. 2 (Misure per la programmazione regionale, la razionalizzazione della spesa e a favore dello sviluppo regionale e interventi istituzionali e programmatici con rilievo finanziario);**(473)**

d) i commi 2, 3, 4 e 10 dell'articolo 4 della legge regionale 12 agosto 1999, n. 15 (Modifiche e abrogazioni legislative per la realizzazione dei progetti del programma regionale di sviluppo);**(474)**

e) i commi da 2 a 4 octies, 18, 54, 56, da 58 bis a 58 quinquies, 58 septies, 74 e 76 dell'articolo 4 della legge regionale 5 gennaio 2000, n. 1 (Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dallo Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59");**(475)**

f) il comma 32 dell'articolo 2 e il comma 1 dell'articolo 3 della legge regionale 14 gennaio 2000, n. 2 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative inerenti l'assetto istituzionale, gli strumenti finanziari e le procedure organizzative della Regione);**(476)**

g) l'articolo 3 e il comma 3 dell'articolo 4 della legge regionale 21 febbraio 2000, n. 9 (Modifiche ed integrazioni alla l.r. 30 novembre 1981, n. 66 'Norme per la promozione dell'educazione sanitaria motoria e sportiva e per la tutela sanitaria delle attività sportive');**(477)**

h) il comma 39 e le lettere g) ed h) del comma 40 dell'articolo 1 della legge regionale 27 marzo 2000, n. 18 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative a supporto degli interventi connessi alla manovra di finanza regionale);**(478)**

i) la lettera j) del comma 1 dell'articolo 1 e i commi 1 e 5 dell'articolo 4 della legge regionale 2 febbraio 2001, n. 3 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative regionali in materia di assetto istituzionale, sviluppo economico, territorio e ambiente e infrastrutture e servizi alla persona, finalizzate all'attuazione del DPEFR ai sensi dell'art. 9-ter della l.r. 34/1978);**(479)**

j) la lettera u) del comma 1 dell'articolo 1 e i commi 2 e 5 dell'articolo 4 della legge regionale 3 aprile 2001, n. 6 (Modifiche alla legislazione per l'attuazione degli indirizzi contenuti nel documento di programmazione economico-finanziaria regionale - Collegato ordinamentale 2001);**(480)**

k) l'articolo 4 della legge regionale 17 dicembre 2001, n. 26 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative a supporto della manovra di finanza regionale);**(481)**

l) le lettere a) e c) del comma 1 e il comma 2 dell'articolo 4 della legge regionale 6 marzo 2002, n. 4 (Norme per l'attuazione della programmazione regionale e per la modifica e l'integrazione di disposizioni legislative);**(482)**

m) il comma 3 dell'articolo 10, il comma 10 dell'articolo 11 e la lettera b) del comma 2 dell'articolo 12 della legge regionale 22 luglio 2002, n. 15 (Legge di semplificazione 2001. Semplificazione legislativa mediante abrogazione di leggi regionali. Interventi di semplificazione amministrativa e delegificazione);**(483)**

n) il comma 9 dell'articolo 7 della legge regionale 5 agosto 2002, n. 17 (Assestamento al bilancio per l'esercizio finanziario 2002 ed al bilancio pluriennale 2002/2004 a legislazione vigente e programmatico - I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali);**(484)**

o) il comma 3 e i commi da 5 a 11 dell'articolo 4 della legge regionale 20 dicembre 2002, n. 32 (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 2003);**(485)**

p) il comma 3, la lettera b) del comma 4 e i commi da 7 a 10 dell'articolo 4 della legge regionale 24 marzo 2003, n. 3 (Modifiche a leggi regionali in materia di organizzazione, sviluppo economico, territorio e servizi alla persona);

(486)

q) l'articolo 1 della legge regionale 4 agosto 2003, n. 11 (Modifiche alle leggi regionali 11 luglio 1997, n. 31 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali" e 13 febbraio 2003, n. 1 "Riordino della disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti in Lombardia");
(487)

r) l'articolo 4 della legge regionale 24 marzo 2004, n. 5 (Modifiche a leggi regionali in materia di organizzazione, sviluppo economico e territorio. Collegato ordinamentale 2004);**(488)**

s) il comma 5 e il comma 16 dell'articolo 1 della legge regionale 5 maggio 2004, n. 12 (Modifiche a leggi regionali in materia di potestà regolamentare);**(489)**

t) i commi 1, 4 e 6 dell'articolo 6 della legge regionale 8 febbraio 2005, n. 6 (Interventi normativi per l'attuazione della programmazione regionale e di modifica e integrazione di disposizioni legislative - Collegato ordinamentale 2005);**(490)**

u) il comma 10 dell'articolo 1 della legge regionale 4 novembre 2005, n. 16 (Assestamento al bilancio per l'esercizio finanziario 2005 ed al bilancio pluriennale 2005/2007 a legislazione vigente e programmatico - I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali);**(491)**

v) l'articolo 3 della legge regionale 24 febbraio 2006, n. 5 (Disposizioni in materia di servizi alla persona e alla comunità);**(492)**

w) l'articolo 6 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);
(493)

x) i commi 1 e 2 dell'articolo 1 della legge regionale 31 luglio 2007, n. 18 (Assestamento al bilancio per l'esercizio finanziario 2007 ed al bilancio pluriennale 2007/2009 a legislazione vigente e programmatico - I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali);**(494)**

y) il comma 3 dell'articolo 9 e l'articolo 27 della legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario);**(495)**

z) il comma 5 dell'articolo 1 e l'articolo 4 della legge regionale 31 marzo 2008, n. 5 (Interventi normativi per l'attuazione della programmazione regionale e di modifica e integrazione di disposizioni legislative - Collegato ordinamentale 2008);**(496)**

aa) i commi 5 e 7 dell'articolo 1 della legge regionale 18 giugno 2008, n. 17 (Assestamento al bilancio per l'esercizio finanziario 2008 ed al bilancio pluriennale 2008/2010 a legislazione vigente e programmatico - I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali);**(497)**

bb) l'articolo 9 della legge regionale 23 dicembre 2008, n. 33 (Disposizioni 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 2009);
(498)

cc) gli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge regionale 30 dicembre 2008, n. 38 (Disposizioni in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale - Collegato).**(499)**

3. Sono fatti salvi gli effetti prodotti dalle leggi e dalle disposizioni abrogate dal presente articolo; permangono e restano efficaci gli atti adottati sulla base delle medesime.

4. I riferimenti normativi alle leggi e alle disposizioni di cui ai commi 1 e 2 s'intendono fatti al presente testo unico.

Art. 134

(Disposizioni che restano in vigore)

1. Restano in vigore, per quanto compatibili con la presente legge, le seguenti disposizioni:

a) la legge regionale 20 agosto 1981, n. 48 (Anticipazione al programma di investimenti del piano sanitario regionale 1981/1983);

b) gli articoli da 1 a 6, 9, 10, 12, 14, 15 bis e 16 della legge regionale 30 novembre 1981, n. 66 (Norme per la promozione dell'educazione sanitaria motoria e sportiva e per la tutela sanitaria delle attività sportive);

c) la legge regionale 5 febbraio 1982, n. 9 (Disciplina degli accertamenti e delle certificazioni medico-legali relativi agli stati di invalidità civile, alle condizioni visive e al sordomutismo);

d) **(500)**

e) la legge regionale 25 marzo 1985, n. 18 (Modifiche alla l.r. 5 febbraio 1982, n. 9 concernente la disciplina degli accertamenti e delle certificazioni medico-legali relative agli stati di invalidità civile, alle condizioni visive e al sordomutismo);

f) **(501)**

g) la legge regionale 16 maggio 1986, n. 12 (Provvidenze a favore dei farmacisti rurali);

h) la legge regionale 8 maggio 1987, n. 16 (La tutela della partoriente e la tutela del bambino in ospedale);

i) **(502)**

j) la legge regionale 16 settembre 1988 n. 48 (Norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell'ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali);

k) la legge regionale 15 settembre 1989, n. 51 (Piano di finanziamento in conto capitale per opere ed attrezzature ospedaliere ed extra ospedaliere per il biennio 1989/1990);

l) la legge regionale 12 dicembre 1994, n. 41 (Istituzione del sistema bibliotecario biomedico lombardo);**(503)**

m) la legge regionale 30 gennaio 1998, n. 2 (Istituzione, composizione e funzionamento del consiglio dei sanitari);

n) la legge regionale 24 novembre 2000, n. 26 (Riordinamento dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna ai sensi del d.lgs. 30 giugno 1993, n. 270 'Riordinamento degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, a norma dell'art. 1, comma 1, lett. h) della legge 23 ottobre 1992, n. 421');

o) il comma 2 dell'articolo 4 della legge regionale 2 febbraio 2001, n. 3 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative regionali in materia di assetto istituzionale, sviluppo economico, territorio e ambiente e infrastrutture e servizi alla persona, finalizzate all'attuazione del DPEFR ai sensi dell'art. 9-ter della l.r. 34/1978);

p) **(504)**

q) **(505)**

r) l'articolo 5 della legge regionale 30 dicembre 2008, n. 38 (Disposizioni in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale - Collegato).

Allegati

urn:nir:regione.lombardia:legge:2009-12-30;33#ann1

ALLEGATO A

(Elenco dei certificati, dei documenti e degli adempimenti aboliti ai sensi dell’articolo 60, comma 1)

a) certificato di sana e robusta costituzione;

b) certificato di idoneità fisica per l’assunzione nel pubblico impiego;

c) certificato di idoneità fisica per l’assunzione di insegnanti;

d) certificato di idoneità fisica per l’assunzione di minori;

e) certificato di idoneità psicofisica per la frequenza di istituti professionali o corsi di formazione professionale;

f) certificato per vendita dei generi di monopolio;

g) libretto di idoneità sanitaria per i parrucchieri;

h) libretto di idoneità sanitaria per il personale alimentarista;

i) certificato sanitario per ottenere sovvenzioni contro cessione del quinto dello stipendio;

j) certificato medico di non contagiosità richiesto agli alimentaristi dopo l’assenza per malattia oltre i cinque giorni;

k) certificato di idoneità psico-fisica all’attività di giudice onorario o di pace;

l) certificato di idoneità fisica per l’assunzione di apprendisti;

m) certificato di idoneità fisica alla qualifica di responsabile tecnico all'esercizio dell'attività di autoriparazione;

n) certificato di possesso dei requisiti fisici per l'idoneità a direttore o responsabile dell'esercizio di impianto di risalita;

o) tessera sanitaria per le persone addette ai lavori domestici;

p) certificato di idoneità all'esecuzione di operazioni relative all'impiego di gas tossici;

q) obbligo di vidimazione del registro degli infortuni di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 12 settembre 1958 (Istituzione del registro degli infortuni).

ALLEGATO B

(Elenco delle autorizzazioni e degli adempimenti aboliti ai sensi dell'articolo 125, comma 1)

a) autorizzazioni sanitarie alla vendita e al commercio di prodotti fitosanitari e coadiuvanti di prodotti fitosanitari di cui all'articolo 21 del decreto del Presidente della Repubblica 23 aprile 2001, n. 290 (Regolamento di semplificazione dei procedimenti di autorizzazione alla produzione, alla immissione in commercio e alla vendita dei prodotti fitosanitari e relativi coadiuvanti);

b) autorizzazione sanitaria per gli spacci di vendita di carne fresca, congelata o comunque preparata prevista dall'articolo 29 del regio decreto 20 dicembre 1928, n. 3298 (Approvazione del regolamento per la vigilanza sanitaria delle carni) e dall'articolo 12 del decreto del Presidente della Repubblica 10 agosto 1972, n. 967 (Disciplina sanitaria della produzione e del commercio dei volatili, dei conigli allevati e della selvaggina);

c) autorizzazione per l'esercizio di ricoveri di animali e stalle di sosta, prevista dall'articolo 17 del d.p.r. 320/1954;

d) obbligo di domanda al sindaco e adempimenti conseguenti previsti dall'articolo 41 per gli spostamenti in ambito regionale e autorizzazione per il pascolo vagante delle greggi prevista dall'articolo 43 del d.p.r. 320/1954;

e) obbligo della controfirma del veterinario ufficiale sul certificato sanitario o sul documento commerciale previsto dall'articolo 4, comma 1, lettera c), paragrafo 2, del decreto del Ministro della salute 16 ottobre 2003 (Misure sanitarie di protezione contro le encefalopatie spongiformi trasmissibili), per il trasporto in ambito regionale di carcasse di animali delle specie bovina, ovina e caprina di età inferiore a quella prevista per l'esecuzione del test di controllo di cui al programma annuale obbligatorio di sorveglianza delle TSE.**(506)**

Allegato 1 (articoli 6 e 7)(507)

ATS della Città Metropolitana di Milano

— IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI

— IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA

— IRCCS OSPEDALE POLICLINICO DI MILANO

— ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie ex Distretto 2 della Zona 9 di Milano e l'Ospedale Niguarda

— ASST SANTI PAOLO E CARLO, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie ex Distretti 4 e 5 delle Zone di Milano 5, 6 e 7 e gli Ospedali San Paolo e San Carlo Borromeo

— ASST FATEBENEFRATELLI SACCO, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie ex Distretti 1, 2, 3 e 4 delle Zone 1, 2, 3, 4 e 8 di Milano e i Poli Ospedalieri:

- Ospedale Luigi Sacco
- Ospedale Fatebenefratelli
- Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi
- Clinica Macedonio Melloni

— ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO GAETANO PINI/CTO, comprendente gli Ospedali Gaetano Pini e CTO (Centro Ortopedico Traumatologico) e la rete ambulatoriale territoriale specialistica

ortopedico traumatologica

— ASST OVEST MILANESE, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di

- Legnano
- Magenta
- Castano Primo
- Abbiategrasso

— ASST RHODENSE, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di

- Rho
- Garbagnate
- Corsico

— ASST NORD MILANO, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL 6 e 7 di Cinisello Balsamo e Sesto San Giovanni, l'Ospedale Bassini di Cinisello Balsamo, l'Ospedale Città di Sesto San Giovanni**(508)**

— ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA, comprendente il Territorio ed i relativi Poli Ospedalieri afferenti all'ex ASL di Milano 2

— ASST DI LODI, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Lodi

ATS DELL'INSUBRIA:

— ASST DEI SETTE LAGHI, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:**(509)**

- Varese
- Arcisate
- Azzate
- Laveno
- Luino
- Sesto Calende
- Tradate

— ASST DELLA VALLE OLONA, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:

- Busto Arsizio
- Castellanza
- Gallarate
- Somma Lombardo
- Saronno

— ASST LARIANA, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Como, ad eccezione dell'ex Distretto ASL Medio Alto Lario, limitatamente ai seguenti comuni: Alta Valle Intelvi, Argegno, Bene Lario, Blessagno, Carlazzo, Cavargna, Cerano d'Intelvi, Centro Valle Intelvi, Claino con Osteno, Colonno, Corrido, Cusino, Dizzasco, Grandola ed Uniti, Griante, Laino, Menaggio, Pigra, Plesio, Ponna, Porlezza, Sala Comacina, San Bartolomeo V.C., San Nazzaro V.C., San Siro, Schignano, Tremezzina, Val Rezzo, Valsolda**(510)**

ATS DELLA BRIANZA:

— ASST DI LECCO, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Lecco

— ASST DI MONZA(511), comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ex Distretto ASL di Monza

— ASST DELLA BRIANZA (512), comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:

- Carate Brianza
- Seregno
- Vimercate
- Desio

ATS DI BERGAMO:

— ASST PAPA GIOVANNI XXIII, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:

- Bergamo
- Valle Brembana/Valle Imagna

— ASST DI BERGAMO OVEST, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:

- Dalmine
- Bassa Bergamasca
- Isola Bergamasca

— ASST DI BERGAMO EST, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:

- Est Provincia
- Valle Seriana/Valle di Scalve

ATS DI BRESCIA:

— ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:

- Brescia
- Brescia Est
- Brescia Ovest
- Val Trompia

— ASST DELLA FRANCIACORTA, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:

- Sebino
- Monte Orfano
- Oglio Ovest
- Bassa Bresciana Occidentale

— ASST DEL GARDA, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie (ad esclusione dell'Ospedale di Montichiari, che rimane funzionalmente collegato agli Spedali Civili di Brescia, nell'ambito dell'ASST degli Spedali Civili di Brescia) degli ex Distretti ASL di:

- Garda/Salò
- Valle Sabbia
- Bassa Bresciana Orientale
- Bassa Bresciana Centrale

ATS DI PAVIA:

— IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO ASST DI PAVIA, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Pavia

ATS DELLA VAL PADANA:

— ASST DI CREMONA, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Cremona, ad esclusione dell'ex Distretto ASL di Crema

— ASST DI MANTOVA, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Mantova

— ASST DI CREMA, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ex Distretto ASL di Crema

ATS DELLA MONTAGNA:

— ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO, che mantiene la propria autonomia e le proprie sedi, ospitando altresì le sedi operative dell' ATS e comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie:

- della provincia di Sondrio
- del Distretto Medio Alto Lario dell'ASL di Como, ad eccezione dei comuni che afferiscono all'ASST Lariana; all'ambito distrettuale residuale non si applica il limite di cui al comma 2, dell'articolo 7 bis**(513)**

— ASST DELLA VALCAMONICA, che mantiene la propria autonomia e le proprie sedi, ospitando altresì le sedi operative dell'ATS e comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ASL della Valle Camonica/Sebino.

Fatta salva la declinazione degli ambiti distrettuali come previsto dall'articolo 7 bis, è data la possibilità alle ASST, previa approvazione della Direzione generale Welfare e delle ATS di riferimento, di attuare una gestione condivisa e integrata di servizi sanitari e sociosanitari con altre ASST confinanti, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e accreditamento istituzionale, laddove si riscontrano caratteristiche specifiche di omogeneità territoriale circa la domanda di salute della popolazione e/o di sviluppo integrato dei servizi di offerta sanitaria e sociosanitaria, nonché di omogeneità orografica, al fine di migliorare l'accessibilità dei servizi e garantire una migliore risposta alle esigenze di salute.**(514)**

NOTE:

1. La rubrica è stata sostituita dall'art. 1, comma 1, lett. a) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 e successivamente dall'art. 1, comma 1, lett. a) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
2. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. d) della l.r. 28 dicembre 2011, n. 25.

3. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).

4. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. e) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23. Vedi anche art. 2, comma 8, lett. g) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

5. La lettera è stata aggiunta dall'art. 1, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

6. La lettera è stata sostituita dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

7. La lettera è stata aggiunta dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

8. La lettera è stata abrogata dall'art. 1, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

9. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

10. La lettera è stata aggiunta dall'art. 1, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente modificata dall'art. 13, comma 1, lett. a) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.

11. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

12. La lettera è stata sostituita dall'art. 1, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

13. La lettera è stata aggiunta dall'art. 1, comma 1, lett. i) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

14. La lettera è stata aggiunta dall'art. 1, comma 1, lett. j) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

15. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. k) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

16. La lettera è stata aggiunta dall'art. 1, comma 1, lett. l) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

17. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. f) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

18. La lettera è stata aggiunta dall'art. 2, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

19. Il comma è stato modificato dall'art. 36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

20. Il comma è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1, lett. b) della l.r. 14 gennaio 2021, n. 22.

21. L'articolo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. jj) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

22. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. g) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

23. Il comma è stato sostituito dall'art. 3, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

24. Il comma è stato modificato dall'art. 36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

25. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. h) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

26. Il comma è stato aggiunto dall'art. 4, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

27. Il comma è stato modificato dall'art. 4, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

28. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. a) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente dall'art. 4, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

29. Il comma è stato modificato dall'art. 4, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

30. Il comma è stato modificato dall'art. 10, comma 5, lett. a) della l.r. 8 agosto 2016, n. 22.

31. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 21 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).

32. Il comma è stato modificato dall'art. 4, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

33. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 5, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

34. La rubrica è stata sostituita dall'art. 13, comma 1, lett. b) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.

35. Il comma è stato modificato dall'art. 13, comma 1, lett. c) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.

36. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. i) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23. Vedi anche art. 2, comma 8, lett. g) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

37. Il comma è stato sostituito dall'art. 6, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente modificato dall'art. 13, comma 1, lett. d) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.

38. Il comma è stato modificato dall'art. 6, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 6, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

39. Il comma è stato sostituito dall'art. 6, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

40. Il comma è stato aggiunto dall'art. 6, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

41. Il comma è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente modificato dall'art. 6, comma 1, lett. f) della l.r. 14 novembre 2021, n. 22e dall'art. 13, comma 1, lett. e) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.

42. Il comma è stato aggiunto dall'art. 6, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e successivamente modificato dall'art. 17, comma 1, lett. a) della l.r. 23 luglio 2024, n. 11, dall'art. 9, comma 1, lett. a) della l.r. 9 dicembre 2025, n. 18 e dall'art. 9, comma 1, lett. b) della l.r. 9 dicembre 2025, n. 18.

43. Il comma è stato aggiunto dall'art. 6, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

44. Il comma è stato sostituito dall'art. 6, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

45. La lettera è stata modificata dall'art. 6, comma 1, lett. i) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

46. La lettera è stata modificata dall'art. 6, comma 1, lett. j) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

47. La lettera è stata modificata dall'art. 6, comma 1, lett. k) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

48. La lettera è stata modificata dall'art. 6, comma 1, lett. l) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

49. La lettera è stata modificata dall'art. 6, comma 1, lett. m) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

50. La lettera è stata aggiunta dall'art. 6, comma 1, lett. n) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

51. La lettera è stata sostituita dall'art. 6, comma 1, lett. o) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

52. La lettera è stata aggiunta dall'art. 6, comma 1, lett. p) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

53. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. e) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.

54. Il comma è stato modificato dall'art. 6, comma 1, lett. q) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

55. Il comma è stato modificato dall'art. 6, comma 1, lett. r) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art.36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22

56. Il comma è stato sostituito dall'art. 6, comma 1, lett. s) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

57. Il comma è stato aggiunto dall'art. 6, comma 1, lett. t) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

58. Il comma è stato abrogato dall'art. 6. comma 1, lett. u) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

59. Il comma è stato modificato dall'art. 6, comma 1, lett. v) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 6, comma 1, lett. w) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

60. Il comma è stato aggiunto dall'art. 6, comma 1, lett. x) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

61. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. j) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

62. La lettera è stata modificata dall'art. 7, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

63. La lettera è stata modificata dall'art. 7, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

64. La lettera è stata modificata dall'art. 7, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

65. La lettera è stata modificata dall'art. 7, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
66. Il comma è stato modificato dall'art. 7, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
67. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. k) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
68. Il comma è stato modificato dall'art. 36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
69. L'alinea è stato modificato dall'art. 8, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
70. La lettera è stata aggiunta dall'art. 8, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
71. La lettera è stata sostituita dall'art. 8, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
72. La lettera è stata abrogata dall'art. 8, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
73. La lettera è stata modificata dall'art. 8, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
74. La lettera è stata aggiunta dall'art. 8, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
75. La lettera è stata sostituita dall'art. 8, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
76. La lettera è stata sostituita dall'art. 8, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
77. La lettera è stata abrogata dall'art. 8, comma 1, lett. i) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
78. La lettera è stata modificata dall'art. 8, comma 1, lett. j) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
79. La lettera è stata aggiunta dall'art. 8, comma 1, lett. k) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
80. Il comma è stato sostituito dall'art. 8, comma 1, lett. l) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
81. Il comma è stato sostituito dall'art. 8, comma 1, lett. m) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
82. L'alinea è stato modificato dall'art. 8, comma 1, lett. n) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
83. La lettera è stata abrogata dall'art. 8, comma 1, lett. o) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
84. La lettera è stata modificata dall'art. 8, comma 1, lett. p) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
85. La lettera è stata modificata dall'art. 8, comma 1, lett. q) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
86. Il comma è stato aggiunto dall'art. 8, comma 1, lett. r) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
87. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. g) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
88. Il comma è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. h) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
89. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. i) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
90. Il comma è stato modificato dall'art. 36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
91. Il comma è stato aggiunto dall'art. 10, comma 5, lett. b) della l.r. 8 agosto 2016, n. 22 e successivamente modificato dall'art. 8, comma 1, lett. s) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
92. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. l) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
93. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente modificato dall'art. 9, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
94. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
95. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
96. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
97. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

98. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 9, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
99. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
100. Il comma è stato sostituito dall'art. 9, comma 1, lett. i) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
101. Il comma è stato aggiunto dall'art. 9, comma 1, lett. j) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
102. Il comma è stato sostituito dall'art. 9, comma 1, lett. k) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
103. Il comma è stato sostituito dall'art. 9, comma 1, lett. l) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
104. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. m) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 36, comma 17, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
105. Il comma è stato modificato dall'art. 36, comma 17, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
106. L'alinea è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. n) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente sostituito dall'art. 13, comma 1, lett. f) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
107. La lettera è stata modificata dall'art. 9, comma 1, lett. o) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
108. La lettera è stata aggiunta dall'art. 9, comma 1, lett. p) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
109. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. e) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e dall'art. 36, comma 17, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
110. Il comma è stato aggiunto dall'art. 9, comma 1, lett. q) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
111. Il comma è stato sostituito dall'art. 9, comma 1, lett. r) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
112. Il comma è stato aggiunto dall'art. 9, comma 1, lett. s) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
113. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. f) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15 , dall'art. 3, comma 1, lett. a) della l.r. 10 dicembre 2009, n. 21e dall'art. 9, comma 1, lett. t) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
114. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. m) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
115. Il comma è stato sostituito dall'art. 10, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
116. Il comma è stato aggiunto dall'art. 10, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
117. Il comma è stato modificato dall'art. 10, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
118. Il comma è stato modificato dall'art. 10, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 10, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
119. La lettera è stata modificata dall'art. 10, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
120. Il comma è stato sostituito dall'art. 10, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
121. Il comma è stato aggiunto dall'art. 10, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
122. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 11, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
123. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. n) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
124. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. j) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente modificato dall'art. 12, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
125. Il comma è stato aggiunto dall'art. 12, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
126. Il comma è stato aggiunto dall'art. 12, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
127. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 13, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
128. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. o) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

129. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. p) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
130. La lettera è stata aggiunta dall'art. 14, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
131. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. k) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente modificato dall'art. 14, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
132. Il comma è stato modificato dall'art. 14, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
133. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. l) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
134. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. m) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente modificato dall'art. 14, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
135. Il comma è stato sostituito dall'art. 14, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente modificato dall'art. 13, comma 1, lett g) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
136. Il comma è stato sostituito dall'art. 14, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
137. Il comma è stato aggiunto dall'art. 14, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
138. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 15, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente abrogato dall'art. 13, comma 1, lett. h) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
139. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. q) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
140. La rubrica è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
141. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
142. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. g) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
143. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. h) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente dall'art. 16, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22. Vedi anche art. 36, comma 14 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
144. La lettera è stata modificata dall'art. 16, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
145. La lettera è stata aggiunta dall'art. 16, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
146. La lettera è stata modificata dall'art. 16, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
147. La lettera è stata modificata dall'art. 16, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
148. La lettera è stata abrogata sotto condizione dall'art. 9, comma 1, lett. b) della l.r. 28 settembre 2018, n. 13. La condizione si è realizzata a seguito della pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione del 3 ottobre 2019 del decreto del Presidente della Regione di costituzione dell'Organismo regionale per le attività di controllo di cui alla l.r. 28 settembre 2018, n. 13.
149. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. i) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
150. La lettera è stata aggiunta dall'art. 16, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
151. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. b) della l.r. 28 settembre 2018, n. 13. Vedi pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione del 3 ottobre 2019 del decreto del Presidente della Regione di costituzione dell'Organismo regionale per le attività di controllo di cui alla l.r. 28 settembre 2018, n. 13.

152. Il comma è stato modificato dall'art. 16, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
153. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. j) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
154. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. k) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
155. L'articolo è stato abrogato dall'art. 15, comma 1 della l.r. 8 agosto 2024, n. 14.
156. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. r) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
157. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. n) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 e dall'art. 1, comma 1, lett. o) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. l) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
158. Il comma è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. l) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
159. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. m) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15 e dall'art. 1, comma 1, lett. n) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
160. Il comma è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. o) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
161. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. p) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
162. Il comma è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. q) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
163. Il comma è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. r) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente dall'art. 18, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22. Il comma è stato ulteriormente modificato dall'art. 13, comma 1, lett. o) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
164. Il comma è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. s) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
165. Il comma è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. t) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
166. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. q) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 e dall'art. 1, comma 1, lett. r) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente modificato dall'art. 1, comma 1, lett. u) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15 , dall'art. 1, comma 1, lett. v) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e dall'art. 18, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
167. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. p) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41) e successivamente dall'art. 18, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 , dall'art. 18, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 9, comma 1, lett. a) della l.r. 30 maggio 2025, n. 7.
168. Il comma è stato aggiunto dall'art. 17, comma 1, lett. a) della l.r. 10 agosto 2017, n. 22 e successivamente abrogato dall'art. 28, comma 2, lett. a) della l.r. 28 dicembre 2017, n. 37
169. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. s) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
170. Il comma è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. s) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
171. Il comma è stato modificato dall'art. 19, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
172. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. t) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 e dall'art. 1, comma 1, lett. u) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente modificato dall'art. 10, comma 5, lett. c) della l.r. 8 agosto 2016, n. 22 e dall'art. 19, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
173. L'articolo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. jj) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
174. L'articolo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. w) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.

175. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. u) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23. Vedi anche art. 2, comma 8, lett. g) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
176. Il comma è stato modificato dall'art. 13, comma 1, lett. p) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
177. Il comma è stato modificato dall'art. 20, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22, dall'art. 13, comma 1, lett. q) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8 e dall'art. 10, comma 1, lett. a) della l.r. 30 maggio 2025, n. 7.
178. Il comma è stato modificato dall'art. 10, comma 1, lett. b) della l.r. 30 maggio 2025, n. 7.
179. Il comma è stato modificato dall'art. 10, comma 1, lett. c) della l.r. 30 maggio 2025, n. 7.
180. Il comma è stato aggiunto dall'art. 20, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
181. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. v) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23. La rubrica e l'articolo sono stati modificati dall'art. 11, comma 1, lett. d) della l.r. 10 dicembre 2019, n. 22.
182. Il comma è stato modificato dall'art. 16, comma 1, lett. a) della l.r. 29 dicembre 2016, n. 34 , dall'art. 11, comma 1, lett. a) della l.r. 10 dicembre 2019, n. 22 , dall'art. 9, comma 1, lett. c) della l.r. 9 dicembre 2025, n. 18 e dall'art. 9, comma 1, lett. d) della l.r. 9 dicembre 2025, n. 18.
183. L'alinea è stato modificato dall'art. 21, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
184. La lettera è stata modificata dall'art. 21, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
185. La lettera è stata modificata dall'art. 21, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
186. La lettera è stata sostituita dall'art. 21, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
187. La lettera è stata aggiunta dall'art. 4, comma 3 della l.r. 29 dicembre 2022, n. 34.
188. Il comma è stato modificato dall'art. 21, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
189. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. x) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e dall'art. 11, comma 1, lett. c) della l.r. 10 dicembre 2019, n. 22.
190. Il comma è stato sostituito dall'art. 16, comma 1, lett. b) della l.r. 29 dicembre 2016, n. 34.
191. Il comma è stato modificato dall'art. 16, comma 1, lett. c) della l.r. 29 dicembre 2016, n. 34.
192. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. w) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
193. La rubrica è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
194. Il comma è stato modificato dall'art. 22, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
195. Il comma è stato sostituito dall'art. 22, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
196. Il comma è stato modificato dall'art. 22, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
197. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. y) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente dall'art. 22, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
198. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. z) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente dall'art. 22, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
199. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. aa) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente dall'art. 22, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
200. Il comma è stato modificato dall'art. 22, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 22, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

201. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. bb) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente dall'art. 22, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
202. Il comma è stato aggiunto dall'art. 10, comma 5, lett. d) della l.r. 8 agosto 2016, n. 22.
203. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. x) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
204. La rubrica è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. d) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
205. Il comma è stato modificato dall'art. 23, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
206. Il comma è stato modificato dall'art. 23, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
207. Il comma è stato sostituito dall'art. 23, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
208. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. d) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41) e successivamente dall'art. 23, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 23, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
209. La lettera è stata modificata dall'art. 23, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
210. La lettera è stata modificata dall'art. 23, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
211. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. v) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). La lettera è stata successivamente modificata dall'art. 23, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
212. La lettera è stata aggiunta dall'art. 23, comma 1, lett. i) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
213. La lettera è stata modificata dall'art. 23, comma 1, lett. j) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
214. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. cc) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
215. Il comma è stato modificato dall'art. 24, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
216. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 7, comma 1 della l.r. 29 dicembre 2022, n. 34.
217. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. y) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
218. La rubrica è stata sostituita dall'art. 25, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
219. Il comma è stato modificato dall'art. 25, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
220. Il comma è stato aggiunto dall'art. 25, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
221. Il comma è stato modificato dall'art. 25, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
222. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. w) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
223. La lettera è stata sostituita dall'art. 1, comma 1, lett. x) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
224. La lettera è stata aggiunta dall'art. 26, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente sostituita dall'art. 13, comma 1, lett. r) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
225. La lettera è stata aggiunta dall'art. 25, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente sostituita dall'art. 13, comma 1, lett. s) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
226. Il comma è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. y) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
227. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 17, comma 1, lett. b) della l.r. 10 agosto 2017, n. 22.
228. Il comma è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. dd) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
229. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 16, comma 1, lett. a) della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23. Vedi anche commi 2, 3 e 4 del medesimo articolo 16 della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23.

230. Il comma è stato modificato dall' art. 13, comma 1, lett. a) della l.r. 28 dicembre 2020, n. 25.
231. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. z) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
232. La lettera è stata modificata dall'art. 26, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
233. La lettera è stata aggiunta dall'art. 26, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
234. Il comma è stato sostituito dall'art. 26, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente modificato dall'art. 13, comma 1, lett. t) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
235. Il comma è stato modificato dall'art. 26, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
236. L'articolo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. jj) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
237. L'articolo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. jj) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
238. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. aa) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23e successivamente dall'art. 27, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
239. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. bb) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
240. Il comma è stato modificato dall'art. 28, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
241. La lettera è stata sostituita dall'art. 28, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
242. La lettera è stata modificata dall'art. 28, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
243. La lettera è stata modificata dall'art. 28, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
244. La lettera è stata modificata dall'art. 28, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
245. La lettera è stata modificata dall'art. 34, comma 1, lett. a) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9e successivamente dall'art. 28, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
246. La lettera è stata aggiunta dall'art. 34, comma 1, lett. b) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9e successivamente modificata dall'art. 28, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
247. Il comma è stato abrogato dall'art. 28, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
248. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. cc) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
249. Il comma è stato modificato dall'art. 29, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
250. Il comma è stato modificato dall'art. 29, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
251. Il comma è stato modificato dall'art. 29, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
252. Il comma è stato modificato dall'art. 29, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
253. Il comma è stato aggiunto dall'art. 29, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
254. Il comma è stato modificato dall'art. 29, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
255. Il comma è stato modificato dall'art. 29, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 29, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
256. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. dd) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
257. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 35, comma 1, lett. a) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9.
258. Il comma è stato modificato dall'art. 30, comma 1, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
259. Il comma è stato sostituito dall'art. 11, comma 1, lett. a) della l.r. 28 dicembre 2022, n. 33.
260. Il comma è stato aggiunto dall'art. 11, comma 1, lett. b) della l.r. 28 dicembre 2022, n. 33.

261. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. ee) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23. La rubrica è stata sostituita dall'art. 31, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

262. Il comma è stato sostituito dall'art. 31, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

263. Il comma è stato sostituito dall'art. 31, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

264. Il comma è stato aggiunto dall'art. 31, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

265. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. ff) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

266. L'articolo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. jj) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

267. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. gg) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

268. Il comma è stato sostituito dall'art. 32, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

269. Il comma è stato modificato dall'art. 32, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

270. L'alinea è stato sostituito dall'art. 32, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

271. La lettera è stata modificata dall'art. 32, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 32, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

272. La lettera è stata modificata dall'art. 32, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

273. La lettera è stata modificata dall'art. 32, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

274. Il comma è stato aggiunto dall'art. 32, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente modificato dall'art. 13, comma 1, lett. u) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.

275. Il comma è stato aggiunto dall'art. 12, comma 1 della l.r. 8 agosto 2022, n. 17.

276. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. hh) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

277. La lettera è stata modificata dall'art. 33, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

278. Il numero è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).

279. Il numero è stato modificato dall'art. 33, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

280. Il comma è stato modificato dall'art. 33, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e dall'art. 13, comma 1, lett. v) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.

281. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. e) della l.r. 9 dicembre 2025, n. 18.

282. Il comma è stato modificato dall'art. 17, comma 1, lett. a) della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23 , dall'art. 17, comma 1, lett. b) della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23e dall'art. 33, comma 1, lett d) della l.r. 14 dicembre, n. 22.

283. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. ii) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23e successivamente sostituito dall'art. 8, comma 1 della l.r. 29 dicembre 2025, n. 19.

284. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. ii) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 e successivamente abrogato dall'art. 34, comma 1, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

285. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 18, comma 1, lett. a) della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23.

286. La lettera è stata aggiunta dall'art. 1, comma 1, lett. ee) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.

287. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. ff) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.

288. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. gg) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.

289. L'articolo è stato abrogato dall'art. 3, comma 1, lett. a) della l.r. 29 giugno 2016, n. 15.

290. Il Titolo IIè stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

291. La rubrica è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. a) della l.r. 12 dicembre 2017, n. 33.

292. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 12 dicembre 2017, n. 33.

293. Vedi art. 2, comma 1, della l.r. 12 dicembre 2017, n. 33

294. Vedi sentenza della Corte costituzionale n. 249/2018.

295. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. hh) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.

296. L'articolo è stato abrogato dall'art. 3, comma 1, lett. a) della l.r. 29 giugno 2016, n. 15.

297. La rubrica è stata sostituita dall'art. 1, comma 1, lett. a) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6. La suddivisione in capi del presente Titolo è stata abrogata dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

298. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

299. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. f) della l.r. 9 dicembre 2025, n. 18.

300. L'articolo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. d) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

301. Il Titolo Vè stato sostituito dall'art. 1, comma 1 della l.r. 29 giugno 2016, n. 15.

302. Il comma è stato modificato dall'art. 36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

303. L'alinea è stato modificato dall'art. 36, comma 1, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

304. Il Capo Iè stato sostituito dall'art. 2, comma 1, lett. a) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

305. La rubrica è stata modificata dall'art. 13, comma 1, lett. a) della l.r. 14 novembre 2023, n. 4.

306. Il comma è stato sostituito dall'art. 5, comma 1, lett. b), numero 1 della l.r. 25 marzo 2021, n. 3.

307. Il comma è stato aggiunto dall'art. 13, comma 1, lett. b) della l.r. 14 novembre 2023, n. 4.

308. Il numero è stato aggiunto dall'art. 13, comma 1, lett. c) della l.r. 14 novembre 2023, n. 4.

309. La lettera è stata abrogata dall'art. 13, comma 1, lett. d) della l.r. 14 novembre 2023, n. 4.

310. Il comma è stato aggiunto dall'art. 13, comma 1, lett. e) della l.r. 14 novembre 2023, n. 4.

311. Il comma è stato sostituito dall'art. 13, comma 1, lett. f) della l.r. 14 novembre 2023, n. 4.

312. Il comma è stato aggiunto dall'art. 13, comma 1, lett. f) della l.r. 14 novembre 2023, n. 4.

313. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 36, comma 1, lett. a) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9.

314. Il comma è stato aggiunto dall'art. 14, comma 1, lett. a) della l.r. 14 novembre 2023, n. 4e successivamente modificato dall'art. 31, comma 1, lett. a) della l.r. 23 luglio 2024, n. 11.

315. Il comma è stato modificato dall'art. 14, comma 1, lett. b) della l.r. 14 novembre 2023, n. 4.

316. Il Capo IIè stato sostituito dall'art. 2, comma 1, lett. b) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6 e successivamente sostituito dall'art. 1, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.

317. L'articolo è stato sostituito dall'art. 2, comma 1, lett. b) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6 e successivamente sostituito dall'art. 1, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.

318. Il comma è stato modificato dall'art. 14, comma 5, lett. a) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.

319. La lettera è stata modificata dall'art. 14, comma 5, lett. b) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.

320. Si rinvia alla l.r. 3 marzo 2017, n.6, per il testo coordinato con le presenti modifiche.

321. Si rinvia al r.r. 25 marzo 2002, n. 1, per il testo coordinato con le presenti modifiche.

322. Il Capo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.

323. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.

324. Il Capo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.

325. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.

326. Il Capo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.

327. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.

328. Il Capo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.

329. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.

330. Il capo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. a) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.

331. Il titolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.

332. Il comma è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.

333. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4

334. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r.4 marzo 2019, n. 4.

335. La lettera è stata abrogata dall'art. 15, comma 1, lett. a) della l.r. 14 novembre 2023, n. 4.

336. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.

337. Il comma è stato modificato dall'art. 17, comma 1, lett. a) della l.r. 6 agosto 2019, n. 15.

338. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4..

339. Il comma è stato modificato dall'art. 15, comma 1, lett. b) della l.r. 14 novembre 2023, n. 4.

340. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.

341. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. g) della l.r. 9 dicembre 2025, n. 18.

342. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.

343. La rubrica è stata modificata dall'art. 17, comma 1, lett. b) della l.r. 6 agosto 2019, n. 15.

344. Il comma è stato abrogato dall'art. 17, comma 1, lett.c) della l.r. 6 agosto 2019, n. 15.

345. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4..

346. Il comma è stato sostituito dall'art. 17, comma 1, lett. d) della l.r. 6 agosto 2019, n. 15.

347. Il comma è stato aggiunto dall'art. 15, comma 1, lett. c) della l.r. 14 novembre 2023, n. 4.

348. Il comma è stato abrogato dall'art. 15, comma 1, lett. d) della l.r. 14 novembre 2023, n. 4.

349. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.

350. Il comma è stato modificato dall'art. 17, comma 1, lett. e) della l.r. 6 agosto 2019, n. 15.

351. Il comma è stato abrogato dall'art. 17, comma 1, lett. f) della l.r. 6 agosto 2019, n. 15.

352. Il comma è stato sostituito dall'art. 5, comma 1, lett. b), numero 2 della l.r. 25 marzo 2021, n. 3.

353. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.

354. La lettera è stata modificata dall'art. 15, comma 1, lett. e) della l.r. 14 novembre 2023, n. 4.

355. Il comma è stato modificato dall'art. 7, comma 1, lett. a) della l.r. 6 giugno 2025, n. 8.

356. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.

357. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.

385. Ai sensi dell’art.2, comma 8, lett. e) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 i riferimenti alle ASL contenuti nei Titoli VIII e IX s’intendono come riferimenti alle ATS.

358. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.

359. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.

360. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. a) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

361. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. b) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

362. Il comma è stato abrogato dall'art. 11, comma 1, lett. a) della l.r. 10 agosto 2017, n. 22.

363. La lettera è stata sostituita dall'art. 11, comma 1, lett. b) della l.r. 10 agosto 2017, n. 22.

364. Il comma è stato aggiunto dall'art. 11, comma 1, lett. c) della l.r. 10 agosto 2017, n. 22.

365. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. c) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

366. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. d) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

367. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. e) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

368. L'articolo è stato abrogato dall'art. 2, comma 8, lett. h), numero 11 della l.r. 11 agosto 2015, n. 23. Ai sensi dell'art. 2, comma 8 della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 la modifica è apportata alla data indicata nelle deliberazioni della Giunta regionale costitutive delle ATS e delle ASST di cui all'art. 8, comma 4 della l.r. 11 agosto 2015, n. 23. **Sino a tale data, per la parte oggetto di modifica, consulta il testo in vigore fino al 28 agosto 2015 nella sezione "Testi previgenti".**

369. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 3, comma 1, lett. f) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

370. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. g) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

371. La lettera è stata modificata dall'art. 35, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

372. La lettera è stata aggiunta dall'art. 35, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

373. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 11, comma 1, lett. a) della l.r. 30 maggio 2025, n. 7.

374. L'articolo è stato abrogato dall'art. 3, comma 1, lett. h) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

375. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 2, lett. a) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

376. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 2, lett. b) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

377. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 2, lett. c) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

378. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 2, lett. d) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

379. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 2, lett. e) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

380. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 2, lett. f) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

381. L'articolo è stato abrogato dall'art. 3, comma 1, lett. g) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

382. Il titolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 7 marzo 2011, n. 6.

383. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 7 marzo 2011, n. 6.

384. Vedi art. 2 della l.r. 7 marzo 2011, n. 6.

386. L'articolo è stato sostituito dall'art. 2, comma 1, lett. a) della l.r. 29 giugno 2016, n. 15.

387. Il comma è stato sostituito dall'art. 9, comma 1, lett. h) della l.r. 9 dicembre 2025, n. 18.

388. Il comma è stato aggiunto dall'art. 29, comma 1, lett. e) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.

389. La lettera è stata modificata dall'art. 6, comma 1, lett. a) della l.r. 5 agosto 2016, n. 19.

390. Il comma è stato aggiunto dall'art. 15, comma 1, lett. a) della l.r. 28 dicembre 2018, n. 23.

391. L'articolo è stato abrogato dall'art. 2, comma 1, lett. b) della l.r. 29 giugno 2016, n. 15.

392. L'articolo è stato sostituito dall'art. 2, comma 1, lett. c) della l.r. 29 giugno 2016, n. 15.

393. La lettera è stata modificata dall'art. 16, comma 1, lett. d) della l.r. 29 dicembre 20161, n. 34 e successivamente dall'art. 29, comma 2, lett. a) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.

394. Il comma è stato modificato dall'art. 37, comma 1, lett. a) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9 e dall'art. 37, comma 1, lett. b) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9. Vedi anche art. 37, comma 2 della l.r. 6 giugno 2019, n. 9.

395. Il comma è stato modificato dall'art. 37, comma 1, lett. c) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9. Vedi anche art. 37, comma 2 della l.r. 6 giugno 2019, n. 9.

396. Il comma è stato modificato dall'art. 37, comma 1, lett. d) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9. Vedi anche art. 37, comma 2 della l.r. 6 giugno 2019, n. 9.

397. La lettera è stata modificata dall'art. 18, comma 1, lett. a) della l.r. 6 dicembre 2024, n. 20.

398. Il comma è stato modificato dall'art. 29, comma 2, lett. b) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.

399. Il comma è stato abrogato dall'art. 29, comma 2, lett. c) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.

400. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 29, comma 2, lett. d) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.
401. Il comma è stato modificato dall'art. 18, comma 1, lett. b) della l.r. 6 dicembre 2024, n. 6.
402. Il comma è stato abrogato dall'art. 5, comma 1, lett. b), numero 3 della l.r. 25 marzo 2021, n. 3.
403. La lettera è stata modificata dall'art. 18, comma 1, lett. c) della l.r. 6 dicembre 2024, n. 20.
404. La lettera è stata modificata dall'art. 18, comma 1, lett. d) della l.r. 6 dicembre 2024, n. 20.
405. La rubrica è stata modificata dall'art. 18, comma 1, lett. e) della l.r. 6 dicembre 2024, n. 20.
406. Il comma è stato modificato dall'art. 18, comma 1, lett. f) della l.r. 6 dicembre 2024, n. 20.
407. Il comma è stato modificato dall'art. 18, comma 1, lett. g) della l.r. 6 dicembre 2024, n. 20.
408. Il comma è stato modificato dall'art. 18, comma 1, lett. h) della l.r. 6 dicembre 2024, n. 20.
409. Il comma è stato modificato dall'art. 18, comma 1, lett. i) della l.r. 6 dicembre 2024, n. 20.
410. Il comma è stato modificato dall'art. 18, comma 1, lett. j) della l.r. 6 dicembre 2024, n. 20.
411. Il comma è stato sostituito dall'art. 18, comma 1, lett. k) della l.r. 6 dicembre 2024, n. 20.
412. La lettera è stata sostituita dall'art. 29, comma 2, lett. e) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.
413. Il comma è stato modificato dall'art. 18, comma 1, lett. l) della l.r. 6 dicembre 2024, n. 20.
414. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 18, comma 1, lett. m) della l.r. 6 dicembre 2024, n. 20.
415. La lettera è stata modificata dall'art. 16, comma 1, lett. f) della l.r. 29 dicembre 2016, n. 34 e successivamente sostituita dall'art. 38, comma 1, lett. a) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9.
416. L'articolo è stato abrogato dall'art. 2, comma 1, lett. d) della l.r. 29 giugno 2016, n. 15.
417. L'articolo è stato abrogato dall'art. 4, comma 6 della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
418. Il comma è stato aggiunto dall'art. 15, comma 1, lett. b) della l.r. 28 dicembre 2018, n. 23.
419. Il comma è stato modificato dall'art. 17, comma 1, lett. b), numero 1) della l.r. 23 luglio 2024, n. 11 e dall'art. 17, comma 1, lett. b), numero 2) della l.r. 23 luglio 2024, n. 11.
420. La lettera è stata aggiunta dall'art. 16, comma 1, lett. g) della l.r. 5 febbraio 2010, n. 7.
421. La lettera è stata aggiunta dall'art. 17, comma 1, lett. c) della l.r. 23 luglio 2024, n. 11.
422. La lettera è stata aggiunta dall'art. 9, comma 1, lett. i) della l.r. 9 dicembre 2025, n. 18.
423. Il comma è stato sostituito dall'art. 17, comma 1, lett. d) della l.r. 23 luglio 2024, n. 11.
424. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 3, comma 1, lett. b) della l.r. 29 giugno 2016, n. 15e successivamente sostituito dall'art.5, comma 1, lett. b) numero 4 della l.r. 25 marzo 2021, n. 3.
425. Si rinvia alla l.r. 2 maggio 1974, n. 23, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
426. Si rinvia alla l.r. 15 gennaio 1975, n. 5, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
427. Si rinvia alla l.r. 12 giugno 1975, n. 88, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
428. Si rinvia alla l.r. 20 giugno 1975, n. 97, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
429. Si rinvia alla l.r. 28 febbraio 1976, n. 7, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
430. Si rinvia alla l.r. 27 gennaio 1979, 20, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
431. Si rinvia alla l.r. 31 dicembre 1980, n. 106, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
432. Si rinvia alla l.r. 26 ottobre 1981, n. 64, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
433. Si rinvia alla l.r. 26 ottobre 1981, n. 65, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
434. Si rinvia alla l.r. 25 maggio 1983, n. 46, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
435. Si rinvia alla l.r. 14 settembre 1983, n. 75, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
436. Si rinvia alla l.r. 6 febbraio 1984, n. 8, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
437. Si rinvia alla l.r. 30 novembre 1984, n. 61, per il testo coordinato con le presenti modifiche.

438. Si rinvia alla l.r. 31 dicembre 1984, n. 67, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
439. Si rinvia alla l.r. 14 dicembre 1987, n. 36, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
440. Si rinvia alla l.r. 24 giugno 1988, n. 34, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
441. Si rinvia alla l.r. 16 settembre 1988, n. 47, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
442. Si rinvia alla l.r. 16 maggio 1989, n. 15, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
443. Si rinvia alla l.r. 8 luglio 1989, n. 27, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
444. Si rinvia alla l.r. 15 settembre 1989, n. 47, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
445. Si rinvia alla l.r. 8 maggio 1990, n. 34, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
446. Si rinvia alla l.r. 12 maggio 1990, n. 57, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
447. Si rinvia alla l.r. 2 marzo 1992, n. 8, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
448. Si rinvia alla l.r. 10 dicembre 1992, n. 47, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
449. Si rinvia alla l.r. 10 dicembre 1992, n. 48, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
450. Si rinvia alla l.r. 5 novembre 1993, n. 36, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
451. Si rinvia alla l.r. 2 aprile 1994, n. 8, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
452. Si rinvia alla l.r. 11 luglio 1997, n. 31, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
453. Si rinvia alla l.r. 10 agosto 1998, n. 15, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
454. Si rinvia alla l.r. 3 aprile 2000, n. 21, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
455. Si rinvia alla l.r. 30 ottobre 2001, n. 17, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
456. Si rinvia alla l.r. 27 novembre 2001, n. 23, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
457. Si rinvia alla l.r. 20 dicembre 2001, n. 28, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
458. Si rinvia alla l.r. 4 agosto 2003, n. 12, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
459. Si rinvia alla l.r. 18 novembre 2003, n. 22, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
460. Si rinvia alla l.r. 16 febbraio 2004, n. 2, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
461. Si rinvia alla l.r. 14 luglio 2006, n. 14, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
462. Si rinvia alla l.r. 20 luglio 2006, n. 16, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
463. Si rinvia alla l.r. 2 aprile 2007, n. 8, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
464. Si rinvia alla l.r. 12 dicembre 2007, n. 32, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
465. Si rinvia alla l.r. 28 dicembre 2007, n. 34, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
466. Si rinvia alla l.r. 31 marzo 2008, n. 7, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
467. Si rinvia alla l.r. 1 aprile 2008, n. 11, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
468. Si rinvia alla l.r. 6 agosto 2009, n. 15, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
469. Si rinvia alla l.r. 6 agosto 2009, n. 16, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
470. Si rinvia alla l.r. 6 agosto 2009, n. 18, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
471. Si rinvia alla l.r. 30 novembre 1981, n. 66, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
472. Si rinvia alla l.r. 27 gennaio 1998, n. 1, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
473. Si rinvia alla l.r. 22 gennaio 1999, n. 2, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
474. Si rinvia alla l.r. 12 agosto 1999, n. 15, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
475. Si rinvia alla l.r. 5 gennaio 2000, n. 1, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
476. Si rinvia alla l.r. 14 gennaio 2000, n. 2, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
477. Si rinvia alla l.r. 21 febbraio 2000, n. 9, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
478. Si rinvia alla l.r. 27 marzo 2000, n. 18, per il testo coordinato con le presenti modifiche.

479. Si rinvia alla l.r. 2 febbraio 2001, n. 3, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
480. Si rinvia alla l.r. 3 aprile 2001, n. 6, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
481. Si rinvia alla l.r. 17 dicembre 2001, n. 26, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
482. Si rinvia alla l.r. 6 marzo 2002, n. 4, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
483. Si rinvia alla l.r. 22 luglio 2002, n. 15, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
484. Si rinvia alla l.r. 5 agosto 2002, n. 17, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
485. Si rinvia alla l.r. 20 dicembre 2002, n. 32, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
486. Si rinvia alla l.r. 24 marzo 2003, n. 3, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
487. Si rinvia alla l.r. 4 agosto 2003, n. 11, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
488. Si rinvia alla l.r. 24 marzo 2004, n. 5, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
489. Si rinvia alla l.r. 5 maggio 2004, n. 12, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
490. Si rinvia alla l.r. 8 febbraio 2005, n. 6, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
491. Si rinvia alla l.r. 4 novembre 2005, n. 16, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
492. Si rinvia alla l.r. 24 febbraio 2006, n. 5, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
493. Si rinvia alla l.r. 27 dicembre 2006, n. 30, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
494. Si rinvia alla l.r. 31 luglio 2007, n. 18, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
495. Si rinvia alla l.r. 12 marzo 2008, n. 3, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
496. Si rinvia alla l.r. 31 marzo 2008, n. 5, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
497. Si rinvia alla l.r. 18 giugno 2008, n. 17, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
498. Si rinvia alla l.r. 23 dicembre 2008, n. 33, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
499. Si rinvia alla l.r. 30 dicembre 2008, n. 38, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
500. La lettera è stata abrogata dall'art. 2, comma 1, lett. d), numero 5) della l.r. 25 gennaio 2018, n. 5. Vedi anche art. 4, comma 1, della l.r. 25 gennaio 2018, n. 5.
501. La lettera è stata abrogata dall'art. 2, comma 1, lett. d), numero 7) della l.r. 25 gennaio 2018, n. 5. Vedi anche art. 4, comma 1, della l.r. 25 gennaio 2018, n. 5.
502. La lettera è stata abrogata dall'art. 2, comma 1, lett. d), numero 9) della l.r. 25 gennaio 2018, n. 5. Vedi anche art. 4, comma 1, della l.r. 25 gennaio 2018, n. 5.
503. La lettera è stata abrogata sotto condizione dall'art. 2, comma 3, lett. b) della l.r. 7 marzo 2011, n. 6.
504. La lettera è stata abrogata dall'art. 18, comma 2, lett. b) della l.r. 8 luglio 2014, n. 19.
505. La lettera è stata abrogata dall'art. 4, comma 7 della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
506. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. f) della l.r. 7 marzo 2011, n. 6.
507. L'allegato 1 è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. kk) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
508. L'allegato è stato modificato dall'art. 17, comma 1, lett. e) della l.r. 23 luglio 2024, n. 11.
509. L'allegato 1 è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. ii), numero 1 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15. Vedi anche art. 1, comma 2 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
510. L'allegato 1 è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. ii), numero 2 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15. Vedi anche art. 1, comma 2 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
511. L'allegato 1 è stato modificato dall'art. 19, comma 1, lett. a) della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23. Vedi anche 'art. 19, comma 2 della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23
512. L'allegato 1 è stato modificato dall'art. 19, comma 1, lett. b) della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23. Vedi anche l'art. 19, comma 2 della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23

513. L'allegato 1 è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. ii), numero 3 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15. Vedi anche art. 1, comma 2 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
514. L'allegato 1 è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. ii), numero 4 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15. Vedi anche art. 1, comma 2 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.

Il presente testo non ha valore legale ed ufficiale, che e' dato dalla sola pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Lombardia