



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 5068

Seduta del 22/07/2021

Presidente

ATTILIO FONTANA

Assessori regionali

LETIZIA MORATTI *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI
PIETRO FORONI
STEFANO BRUNO GALLI

GUIDO GUIDESI
ALESSANDRA LOCATELLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
FABIO ROLFI
FABRIZIO SALA
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta del Presidente Attilio Fontana di concerto con l'Assessore Letizia Moratti

Oggetto

PROPOSTA DI PROGETTO DI LEGGE 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)" - (DI CONCERTO CON IL VICEPRESIDENTE MORATTI)

Il Segretario Generale Antonello Turturiello

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Centrale Fabrizio De Vecchi

Il Direttore Generale Giovanni Pavesi

Il Direttore di Funzione Specialistica Riccardo Perini

L'atto si compone di 38 pagine
di cui 36 pagine di allegati
parte integrante



Regione Lombardia
LA GIUNTA

VISTO l'art. 34 dello Statuto d'autonomia della Lombardia secondo il quale l'iniziativa legislativa dell'Esecutivo appartiene al Presidente della Giunta regionale;

VISTI l'art. 28 della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 "Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della regione" ed i relativi provvedimenti attuativi;

VISTO il progetto di legge 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)";

PRESO ATTO che il Presidente della Giunta regionale valuta opportuno, prima di esercitare formalmente l'iniziativa legislativa, sottoporre alla Giunta regionale il citato progetto di legge a garanzia dello svolgimento collegiale dell'azione di governo;

Ad unanimità dei voti espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare l'allegato progetto di legge 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)";
2. di disporre la trasmissione al Consiglio regionale per la prosecuzione dell'iter.

IL SEGRETARIO
ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

PDL

“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)”

Art. 1

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

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

- a) dopo la lettera a) del comma 1 sono inserite le seguenti:
 - “a bis) approccio one health finalizzato ad assicurare globalmente la protezione e la promozione della salute, tenendo conto della stretta relazione tra la salute umana, la salute degli animali e l'ambiente;*
 - a ter) presa in carico della persona nel suo complesso;”;*
- b) alla lettera b) del comma 1, le parole: “per la cura e la presa in carico” sono sostituite dalle seguenti: “*per il percorso di diagnosi, cura, presa in carico e riabilitazione*”;
- c) dopo la lettera b) del comma 1 sono inserite le seguenti:
 - “b bis) equivalenza e integrazione all'interno del SSL dell'offerta sanitaria e sociosanitaria delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate; garantendo la parità di diritti e di obblighi per tutti gli erogatori di diritto pubblico e di diritto privato;*
 - b ter) promozione dell'innovazione tecnologica ed organizzativa del SSR con la collaborazione di soggetti pubblici e privati, anche con riferimento alla componente territoriale, per il miglioramento e la continuità delle cure;*
 - b quater) adozione di un sistema di comunicazione trasparente in ordine alle performance di efficienza gestionale e alla qualità del servizio offerto dagli erogatori pubblici e privati”;*
 - b quinquies) definizione del case mix da parte delle ATS nel rispetto della struttura d'offerta di ciascun erogatore e degli investimenti effettuati”;*
- d) la lettera c) del comma 1 è soppressa;
- e) alla lettera d) del comma 1, le parole: “,svolte dal vertice dell'organizzazione all'articolazione territoriale del SSL” sono soppresse;
- f) dopo la lettera e) del comma 1 è inserita la seguente:
 - “e bis) valorizzazione dell'attività sportiva e motoria quale parte integrante dei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione e quale elemento fondamentale di un corretto stile di vita;”*
- g) dopo la lettera l) del comma 1 è inserita la seguente:
 - “l bis) consolidamento dei rapporti con il mondo universitario e sviluppo delle relazioni con il sistema di istruzione e formazione;”;*
- h) dopo la lettera n) del comma 1 sono inserite le seguenti:
 - “n bis) rafforzamento della medicina territoriale attraverso l'innovazione organizzativa e gestionale in relazione all'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione;*
 - n ter) potenziamento e sviluppo della medicina digitale;*
 - n quater) multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e integrazione nei percorsi di cura;*
 - n quinquies) promozione della collaborazione tra il SSR e il sistema produttivo, con particolare riferimento al welfare aziendale, alla ricerca biomedica e ai trasferimenti tecnologici.”.*

Art. 2

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

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

- a) dopo la lettera d) del comma 1 è inserita la seguente:
 - “d bis) implementa l'offerta di servizi di prossimità in coerenza con i programmi di investimento e potenziamento delle reti territoriali previsti a livello statale ed europeo.”;*
- b) dopo il comma 7 è aggiunto il seguente:
 - “7 bis. La Regione promuove e sostiene la creazione di una rete regionale della ricerca, della ricerca biomedica e dell'innovazione nelle scienze della vita. Tale rete, coordinata dagli IRCCS di diritto pubblico coinvolgendo gli enti di ricerca e le università, favorisce iniziative per*

sviluppare il trasferimento tecnologico in collaborazione con le imprese.”.

Art. 3

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

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

a) dopo il comma 1 sono inseriti i seguenti:

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

1 ter. Nell’ambito degli indirizzi di programmazione di cui all’articolo 5, comma 6, sono, in particolare, definite le linee guida in materia di prevenzione alle quali le ATS e le ASST devono attenersi per quanto di rispettiva competenza. Sono altresì realizzate politiche di comunicazione e sensibilizzazione che facilitino la comprensione da parte del singolo cittadino dell’importanza delle attività di prevenzione per la diagnosi precoce e per i corretti stili di vita.”;

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

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

d) l’alinea del comma 6 è sostituito dal seguente:

“6. Il PRP individua i seguenti ambiti di intervento prioritari:”.

Art. 4

(Introduzione dell’art. 4 ter nella l.r. 33/2009)

1. Dopo l’articolo 4 bis è inserito il seguente:

“Art. 4 ter

(Piano pandemico regionale)

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

Art. 5

(Modifiche all’art. 5 della l.r. 33/2009)

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

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

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

2. La Regione garantisce l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla medesima con risorse proprie, favorendo lo sviluppo dell’eccellenza della rete ospedaliera e la capillarità della rete territoriale. Assicura la presa in carico della persona, garantendo la continuità delle cure erogate per quanto possibile nel suo contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati.”;

b) il primo periodo del comma 3 è soppresso;

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

d) dopo il comma 4 è inserito il seguente:

“4 bis La Regione favorisce l’innovazione tecnologica e gli investimenti strutturali e lo sviluppo dell’innovation communication technology (ICT) anche con riferimento a sistemi di rete, promuovendo l’utilizzo delle conoscenze più avanzate in tema di intelligenza artificiale e big data.”;

e) al comma 5 bis sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *“nonché favorire la presentazione a livello internazionale del proprio servizio sanitario e socio sanitario, 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.”;*

f) il comma 6 è sostituito dal seguente:

“6. La Giunta regionale approva, di norma entro il 30 novembre antecedente l’anno di riferimento, gli indirizzi per la programmazione dei bisogni sanitari e sociosanitari, dei fabbisogni relativi alle risorse umane e alle professionalità, degli acquisti e degli investimenti nonché gli indirizzi per la definizione dei contratti stipulati dalle agenzie di tutela della salute di cui all’articolo 6 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; 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.”;

g) alla lettera f) del comma 7, le parole: *“, anche al fine di prevenire comportamenti illegittimi”* sono soppresse;

h) alla lettera l) del comma 7 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *“, in coerenza con gli indirizzi di programmazione di cui al comma 6”;*

i) alla lettera j) sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *“avvalendosi della collaborazione tecnico – scientifica dell’Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell’Emilia Romagna;”;*

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

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

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

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

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

“n bis) istituisce un forum di confronto permanente con le associazioni di pazienti e le associazioni ospedaliere adeguatamente formate 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)”;

m) al primo periodo del comma 10, le parole: *“nonché alla”* sono sostituite dalle seguenti: *“nonché da”;*

n) il comma 13 è sostituito dal seguente:

“13. La conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria svolge le funzioni di cui all’articolo 2, comma 2 bis, del d.lgs. 502/1992 con compiti consultivi.”;

o) dopo il comma 13 è inserito il seguente:

“13bis E’istituito un tavolo regionale di confronto permanente con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale per l’espressione di pareri sul PSSSL, sugli indirizzi annuali di programmazione regionale e sui piani pluriennali.”;

p) il comma 14 è abrogato;

q) al primo periodo del comma 16, le parole: *“diretti o indiretti,”* sono soppresse;

- r) al secondo periodo del comma 16, le parole “e l’Osservatorio di cui al comma 14” sono soppresse e sono aggiunte, in fine, le seguenti: *“nel rispetto dei principi di equivalenza e integrazione all’interno del SSL dell’offerta sanitaria e sociosanitaria di cui all’articolo 2, comma 1, lettera b bis)”*.

Art. 6

(Modifiche all’art. 5 bis della l.r. 33/2009)

1. All’articolo 5 bis della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
- alla lettera d) del comma 1, prima delle parole: “fornire tutte le informazioni” sono inserite le seguenti: *“in coerenza con il principio one health,”*;
 - alla lettera h) del comma 1, dopo la parola: “rapporti” è soppressa la virgola ed è inserita la parola: *“e”*;
 - alla lettera i) del comma 1, le parole: “inutili e dannosi” sono sostituite dalla seguente: *“inappropriati”*;
 - al comma 2, dopo le parole: “pubbliche e private” sono inserite le seguenti: *“,anche di livello internazionale,”*.

Art. 7

(Modifiche all’art. 6 della l.r. 33/2009)

1. All’articolo 6 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
- all’alinea del comma 3, le parole: *“, anche attraverso l’articolazione distrettuale di cui all’articolo 7 bis,”* sono soppresse;
 - prima della lettera a) del comma 3 è inserita la seguente:
“0a) analisi della domanda di salute del proprio territorio e dell’adeguatezza dell’offerta al fine di proporre alla Regione la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private nell’ambito del territorio di competenza idonee a soddisfare pienamente i bisogni rilevati, ferma restando la competenza della Regione stessa ad autorizzare la realizzazione di tali strutture in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale anche con riferimento a caratteristiche dimensionali e ferma restando l’osservanza delle norme relative all’individuazione del soggetto realizzatore;”;
 - la lettera b) del comma 3 è sostituita dalla seguente:
“b) garanzia 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”;
 - la lettera c) del comma 3 è soppressa;
 - alla lettera d) del comma 1, le parole: “promozione dei programmi di educazione alla” sono sostituite dalle seguenti: *“diffusione dei programmi di promozione della”*;
 - dopo la lettera d) del comma 3 è inserita la seguente:
“d bis) programmazione delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST;”
 - la lettera e) del comma 3 è sostituita dalla seguente:
“e) programmazione, coordinamento e svolgimento dell’attività in tema di sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare, sanità animale, igiene urbana veterinaria, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale, impianti industriali e supporto all’export;”
 - la lettera f) del comma 3 è sostituita dalla seguente:
“f) programmazione delle attività di prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro e di 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;”;
 - la lettera g) del comma 3 è soppressa;
 - dopo la lettera i) del comma 3 sono aggiunte le seguenti:
“i bis) coordinamento, per il territorio di competenza, delle politiche di investimento, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale;
i ter) raccolta del fabbisogno di personale per il territorio di competenza e coordinamento, a livello territoriale, delle eventuali procedure aggregate per il relativo reclutamento, ferma restando l’autonomia delle singole strutture nel reclutamento delle figure sanitarie”;
 - i quater) coordinamento e sottoscrizione, unitamente alle ASST di riferimento, degli accordi con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta del territorio di competenza.”*;
 - il comma 4 è sostituito dal seguente:

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

l) il comma 5 è sostituito dal seguente:

“5. Le ATS, sentiti i collegi dei sindaci di cui all’articolo 20, comma 2 lettera a1), 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).”;

m) all’alinea del comma 6, le parole: “, previo parere della competente commissione consiliare,” sono soppresse e la parola: “articolandosi” è sostituita dalle seguenti: *“e si articola”;*

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

o) alla lettera c) del comma 6 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *“che svolge anche la funzione di coordinamento e sottoscrizione dell’accordo con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta di cui al comma 3, lettera i quater);”;*

p) alla lettera f) del comma 6, dopo le parole: “integrazione delle prestazioni” sono inserite le seguenti: *“sanitarie e”* e dopo le parole: “criticità di natura” sono inserite le seguenti: *“sanitaria e”;*

q) dopo il comma 6 è inserito il seguente:

“6 bis Il dipartimento di cui al comma 6, lettera f), attraverso la cabina di regia, favorisce l’attuazione delle linee guida per la programmazione sociale territoriale, promuove strumenti di monitoraggio che riguardano gli interventi e la spesa sociale e sanitaria e garantisce la continuità, l’unitarietà degli interventi e dei percorsi di presa in carico delle famiglie e dei loro componenti fragili, 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.”;

r) al secondo periodo del comma 11 bis, le parole: “dell’ATS” sono soppresse.

Art. 8

(Modifiche all’art. 7 della l.r. 33/2009)

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

a) il primo periodo e il secondo periodo del comma 4 sono sostituiti dai seguenti: *“Le ASST adottano l’organizzazione interna più idonea al soddisfacimento dei bisogni di salute del territorio di riferimento sottoponendola all’approvazione della Giunta regionale e si articolano in due settori aziendali, rispettivamente definiti polo territoriale e polo ospedaliero, che afferiscono direttamente alla direzione generale. La responsabilità di garantire il coordinamento della gestione di ciascun settore aziendale spetta al direttore generale il quale, al fine di ottimizzare il funzionamento e la gestione dei settori aziendali, attribuisce al direttore sanitario la funzione di direzione del settore aziendale polo ospedaliero e al direttore sociosanitario la funzione di direzione del settore aziendale polo territoriale.”;*

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

c) al comma 7, la parola: “rete” è sostituita dalla seguente: *“polo”;*

d) al comma 8, le parole: “Alla direzione sanitaria e/o alla direzione sociosanitaria, secondo le indicazioni della direzione generale, nei settori aziendali polo ospedaliero e rete territoriale” sono sostituite dalle seguenti: *“Ai settori aziendali polo ospedaliero e polo territoriale”;*

e) al primo periodo del comma 9, le parole: “e/o” sono sostituite dalla seguente: *“e”;*

f) al secondo periodo del comma 9, le parole: “ed è sede dell’offerta sanitaria specialistica” sono soppresse;

g) il primo e il secondo periodo del comma 10 sono sostituiti dai seguenti: *“Il settore aziendale polo ospedaliero è organizzato in dipartimenti a cui afferiscono le strutture complesse secondo quanto previsto dalla normativa statale e dai CCNL di riferimento. Il dipartimento di emergenza e urgenza è costituito nelle*

aziende e nei presidi individuati dalla programmazione regionale.”;

h) il comma 11 è sostituito dal seguente:

“11. Il settore aziendale polo territoriale delle ASST è articolato in dipartimenti e in distretti a cui afferiscono i presidi territoriali delle stesse ASST quali punti erogativi delle prestazioni distrettuali di cui al d.lgs. 502/1992. 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 e tramite la stipula di accordi con le parti di riferimento.”;

i) dopo il comma 11 è inserito il seguente:

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

a) dipartimento di cure primarie;

b) dipartimento della salute mentale e delle dipendenze;

c) dipartimento funzionale di prevenzione.”;

j) il comma 12 è sostituito dal seguente:

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

k) il comma 13 è sostituito dal seguente:

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

a) i presidi ospedalieri territoriali (POT) nell’ambito dei quali sono collocati gli ospedali di comunità previsti dal piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);

b) i presidi sociosanitari territoriali (PreSST) all’interno dei quali trovano collocazione le case della comunità previste dal PNRR;

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

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

“c bis) possono essere organizzati secondo le modalità previste dalle case di comunità la cui gestione può essere affidata ai medici di medicina generale anche riuniti in cooperativa;”;

m) dopo il comma 17 è inserito il seguente:

“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. E’ istituita una COT in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socio assistenziali.”;

n) il comma 18 è sostituito dal seguente:

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

o) dopo il comma 18 è inserito il seguente:

“18 bis Entro trentasei mesi dall’avvenuta istituzione delle aziende ospedaliere di cui al comma 18, la Regione valuta l’istituzione di nuove aziende ospedaliere sul resto del territorio lombardo, fermi restando i requisiti previsti dalla normativa vigente.”;

p) al comma 19, le parole: “dell’ATS montagna” sono sostituite dalle seguenti: “dei territori facenti parte delle comunità montane, nonché dei capoluoghi di provincia situati in aree montane”.

Art. 9

(Modifiche all’art. 7bis della l.r. 33/2009)

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

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

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

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 minima di 20.000 abitanti.*”;
- b) al comma 3, le parole: “delle ATS e le loro articolazioni territoriali di cui all’articolo 20, comma 1,” sono soppresse;
- c) al primo periodo del comma 5, le parole: “della ATS” e le parole: “con contabilità separata all’interno del bilancio aziendale” sono soppresse;
- d) all’alinea del comma 5, le parole: “delle ATS” sono soppresse;
- e) alla lettera a) del comma 5, le parole: “, ai fini della stesura del POAS delle ATS” sono soppresse;
- f) al comma 6, le parole: “alle direzioni generali delle ATS” sono sostituite dalle seguenti: “*al polo territoriale delle ASST*”;
- g) dopo il comma 7 è aggiunto il seguente:
“7 bis. Il direttore del distretto è scelto fra soggetti, anche medici convenzionati da almeno dieci anni, che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un’adeguata formazione. Il rapporto di lavoro è esclusivo, con limite massimo retributivo pari a quello previsto nell’azienda di riferimento per i dirigenti sanitari con incarico di struttura complessa e indennità di direzione di dipartimento. L’incarico è conferito dal direttore generale a seguito dell’espletamento delle procedure e nel rispetto dei criteri e requisiti relativi agli incarichi di struttura complessa per quanto compatibili. In caso di nomina di medici convenzionati gli stessi devono essere in possesso di un’adeguata formazione manageriale e il rapporto di lavoro è regolato da un contratto di diritto privato.”.

Art. 10

(Introduzione dell’art. 7 ter nella l.r. 33/2009)

1. Dopo l’articolo 7 bis è inserito il seguente:

“Art 7-ter

(Le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia)

1. *In ottemperanza al D.Lgs 16 ottobre 2003 n. 288 recante il «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’art. 7 della presente legge.”*

Art. 11

(Modifiche all’art. 8 della l.r. 33/2009)

1. All’articolo 8 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
- a) al comma 2, dopo le parole: “per le ASST” sono inserite le seguenti: “*e le AO*”;
 - b) dopo il comma 2 è inserito il seguente:
“2 bis. I soggetti erogatori di cui al comma 1 possono concorrere all’istituzione dei presidi di cui all’articolo 7, comma 13, lettere a) e b), fermo restando quanto previsto all’articolo 6, comma 3, lettera 0a).”

Art. 12

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

1. Dopo l’articolo 8 della l.r. 33/2009 sono inseriti i seguenti:
- “Art. 8 bis*
(Ospedali classificati)
1. *Gli ospedali classificati secondo le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968 n. 132 (Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera), in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale, concorrono all’erogazione dell’offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale in coerenza con gli indirizzi di programmazione.*

Art. 8 ter
(Stabilimenti termali)

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

Art. 13
(Modifiche all’art. 10 della l.r. 33/2009)

1. All’articolo 10 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) al comma 4, le parole: “e tenuto conto del carattere sperimentale dell’articolazione in ATS e ASST di cui all’articolo 1 bis della l.r. 23/2015” sono soppresse;
 - b) al comma 5, le parole: “le ATS” sono sostituite dalle seguenti: “*le ASST*”;
 - c) al primo periodo del comma 9, le parole: “e tenuto conto del carattere sperimentale dell’articolazione in ATS e ASST di cui all’articolo 1 bis della l.r. 23/2015” sono soppresse;
 - d) al primo periodo del comma 10, le parole: “dalle ATS” sono sostituite dalle seguenti: “*dalle ASST*”;
 - e) il comma 11 è sostituito dal seguente:

“*11. La Regione favorisce l’esercizio in forma associata dell’attività dei medici di cure primarie, preferibilmente attraverso l’erogazione delle relative prestazioni nei POT, negli ospedali di comunità, nei PreSST, nelle case della comunità o con forme aggregative alternative per particolari territori disagiati.*”;
 - f) dopo il comma 11 sono aggiunti i seguenti:

“*11 bis. La Regione favorisce, nell’esercizio dell’attività dei medici di cure primarie, l’utilizzo delle tecnologie informative per incrementare il ricorso alla telemedicina, al teleconsulto e al telemonitoraggio, anche al fine di potenziare e migliorare la presa in carico del paziente affetto da patologie croniche.*

11ter. E’ istituito il comitato di indirizzo cure primarie, composto da dirigenti della direzione generale Welfare, con funzioni di coordinamento, e da rappresentanti della medicina territoriale, 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, nonchè alla programmazione della formazione dei medici di medicina generale. 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).”

Art. 14
(Modifiche all’art. 11 della l.r. 33/2009)

1. All’articolo 11 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) alla lettera a) del comma 2, le parole da: “il direttore generale, rappresentante legale dell’Agenzia” a “specifiche competenze legali gestionali” sono sostituite dalle seguenti: “*il direttore generale, rappresentante legale dell’Agenzia è nominato dalla Giunta regionale, fra coloro che sono inseriti nella rosa regionale di cui all’articolo 12, comma 6*”;
 - b) alla lettera a) del comma 4, le parole da: “Le strutture delle ATS preposte ai controlli” fino a “corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS” sono sostituite dalle seguenti: “*Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL svolgono le proprie attività in coerenza con i contenuti del piano annuale dei controlli*”;
 - c) dopo la lettera a) del comma 4 è inserita la seguente:

“*a bis) verifica la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS*”;
 - d) alla lettera e) del comma 4, la parola: “propone” è sostituita dalle seguenti: “*può proporre*”;
 - e) alla lettera f) del comma 4 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: “*e può formulare proposte migliorative alla Giunta regionale*”;
 - f) dopo la lettera i) è aggiunta la seguente:

“i bis) sviluppa e valida indicatori di rischio in grado di rilevare in maniera tempestiva eventi sentinella specifici”;

g) al primo periodo del comma 5 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *“, sentito il direttore generale”;*

h) al comma 6, dopo la parola: *“direttore”* è inserita la seguente: *“generale”*.

Art. 15

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

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

“Art. 11bis

(Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive)

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

2. Sono organi del centro:

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

3. Il centro svolge le seguenti funzioni:

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

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

- a) *prevenzione;*
- b) *clinica;*
- c) *ricerca;*
- d) *politica sanitaria;*
- e) *promozione e difesa della salute;*
- f) *governance e partening;*
- g) *didattica, formazione ed educazione.*

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

6. Con provvedimento della Giunta regionale sono determinate le indennità e gli eventuali rimborsi spese

spettanti ai componenti del consiglio di amministrazione del centro.

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

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

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

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

Art. 16

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

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

a) il comma 6 è sostituito dal seguente:

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

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

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

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

Art. 17

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

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

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

b) al comma 9 sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: “Il trattamento economico dei direttori sanitari, amministrativi e sociosanitari è integrato, in coerenza con quanto previsto dal dpcm 19 luglio 1995, n.

502 , 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 gli stessi devono partecipare per garantire un elevato livello di qualità della prestazione professionale connessa al ruolo ricoperto. Il collocamento a riposo dei direttori amministrativi, sanitari e sociosanitari delle strutture sanitarie pubbliche comporta la cessazione dall'incarico e la conseguente risoluzione del contratto a far data dal giorno del collocamento a riposo.”

Art. 18

(Modifica all'art. 15 della l.r. 33/2009)

1. Al comma 5 dell'articolo 15 della l.r. 33/2009, dopo le parole: “strutture accreditate” sono inserite le seguenti: “*da parte della Regione*”.

Art. 19

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

1. All'articolo 16 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) all'alinea del comma 2, la parola: “delegate” è soppressa;
 - b) alla lettera c) del comma 2 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: “*in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale*”;
 - c) alla lettera g) del comma 2, dopo le parole: “con le ATS” sono inserite le seguenti: “*e le ASST ed in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale*”;
 - d) la lettera h) del comma 2 è sostituita dalla seguente:

“*h) assicura, in attuazione degli indirizzi di programmazione regionale, attività scientifiche e di ricerca su modelli organizzativi relativi agli ambiti di competenza valorizzando l'esperienza dell'emergenza urgenza con particolare riferimento allo sviluppo dell'attività formativa*”;
 - e) al primo periodo del comma 3, dopo le parole: “con le ATS” sono inserite le seguenti: “*e le ASST*”.

Art. 20

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

1. All'articolo 17 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) al comma 1, le parole: “le regole di sistema” sono sostituite dalle seguenti: “*gli indirizzi di programmazione*”;
 - b) il comma 2 è sostituito dal seguente:

“*2. Ogni tre anni, a seguito dell'emanazione degli indirizzi di programmazione per l'anno successivo, le ATS e tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL sottopongono all'approvazione della Giunta regionale, che può richiedere modifiche, il POAS e il piano dei fabbisogni triennale. Il POAS, comprensivo del relativo piano delle assunzioni, può essere aggiornato annualmente qualora subentrino esigenze particolari. I POAS e i relativi aggiornamenti sono, di norma, approvati dalla Giunta regionale entro i sessanta giorni successivi alla presentazione.*”;
 - c) al secondo periodo del comma 3, le parole: “, come previsto dall'articolo 7 bis, comma 3, lettera a” sono soppresse;
 - d) alle lettere a) e b) del comma 4, dopo le parole: “degli IRCCS” sono aggiunte le seguenti: “*di diritto pubblico*”;
 - e) al primo periodo del comma 5, le parole: “nonché l'invio al Consiglio regionale per l'espressione del parere sui POAS delle ATS” e le parole: “o del parere” sono soppresse;
 - f) al primo periodo del comma 8, dopo le parole: “le ASST” sono inserite le seguenti: “*l'AREU*”;
 - g) il secondo periodo del comma 8 è sostituito dal seguente: “*ARIA spa, nell'ambito delle sue funzioni, garantisce efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento degli enti del SSR e dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna.*”;
 - h) al primo periodo del comma 10, dopo le parole: “degli IRCCS” sono aggiunte le seguenti: “*di diritto pubblico, l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna*”.

Art. 21

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

1. All'articolo 17 bis della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) al comma 2, le parole: "l'assimilazione" sono sostituite dalle seguenti: "l'acquisizione";
 - b) il comma 3 è sostituito dal seguente:

"3. La Regione attraverso una programmazione triennale della formazione delle risorse umane del SSL e il relativo aggiornamento annuale, in linea con gli indirizzi di programmazione regionale, persegue il miglioramento della qualità del SSL per favorire l'attuazione del PSL.";
 - c) al primo periodo del comma 6 le parole "l'Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione (Éupolis Lombardia)" sono sostituite dalle seguenti: "l'Istituto regionale per il supporto alle politiche della Lombardia (PoliS Lombardia)";
 - d) il terzo periodo del comma 6 è soppresso;
 - e) alla lettera b) del comma 7, le parole: "d'intesa con l'Osservatorio integrato del SSL" sono sopresse;
 - f) alla lettera d) del comma 7, la parola: "PLS" è sostituita dalla seguente: "PSL";
 - g) alla lettera f) del comma 7, le parole: "alla ricerca dell'innovazione per i professionisti del SSL e attraendo personale di eccellenza dall'estero in collaborazione e d'intesa con l'Agenzia per la promozione del SSL" sono sopresse;
 - h) dopo la lettera f) del comma 7 è inserita la seguente:

"f bis) favorire la conoscenza delle eccellenze internazionali;";
 - i) alla lettera g) del comma 7, le parole: "sentito l'Osservatorio integrato del SSL" sono sopresse.

Art. 22

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

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

Art. 23

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

1. All'articolo 18 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) il primo periodo del comma 1 è sostituito dal seguente: *"La Regione considera il personale del SSL risorsa strategica finalizzata al miglioramento dei servizi e, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento delle professioni, promuove e valorizza le professioni mediche e sanitarie 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"*;
 - b) dopo il comma 1 è inserito il seguente:

"Ibis. 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."

Art. 24

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

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

- a) alla lettera a) del comma 2, le parole: “selezionati con procedura di evidenza pubblica” sono soppresse;
- b) dopo la lettera a) del comma 2 è inserita la seguente:
“a bis) selezione con procedura ad evidenza pubblica del soggetto privato partecipante alla sperimentazione”;
- c) al secondo periodo del comma 4, le parole: “procedendo alla definitiva autorizzazione” sono sostituite dalle seguenti: *“procedendo per un periodo non inferiore a quindici anni all’autorizzazione”;*
- d) al comma 5 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: *“Tali rimodulazioni possono essere autorizzate dalla Giunta regionale anche al momento della stabilizzazione del modello gestionale di cui al comma 4, ferma restando l’impossibilità di modificare le attività oggetto della procedura ad evidenza pubblica”.*

Art. 25

(Sostituzione dell’art. 20 della l.r. 33/2009)

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

“Art. 20

(Conferenza dei sindaci)

- 1. La conferenza dei sindaci è composta dai sindaci dei comuni compresi nel territorio delle ASST.*
- 2. La conferenza dei sindaci, in particolare:*
 - a) formula, nell’ambito della programmazione territoriale dell’ASST di competenza, proposte per l’organizzazione territoriale dell’attività socio-sanitaria e socio-assistenziale, con l’espressione di un parere sulle linee guida per l’integrazione socio-sanitaria e sociale; partecipa inoltre alla definizione dei piani socio-sanitari 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 socio-sanitaria, 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 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. 26

(Modifiche all’art. 21 della l.r. 33/2009)

1. All’articolo 21 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) all’alinea del comma 2, dopo le parole: “Il sistema informativo sanitario” sono inserite le seguenti:
“in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali,”;
 - b) la lettera a) del comma 2 è sostituita dalla seguente:
“a) coordinare le attività di tutti i soggetti connessi al sistema informativo socio-sanitario”;
 - c) alla lettera b) del comma 2, le parole: “derivanti da tali unità” sono sostituite dalle seguenti:
“provenienti da tali soggetti”;
 - d) alla lettera a) del comma 3, le parole: “realizzare e diffondere sul territorio del fascicolo sanitario elettronico” sono sostituite dalle seguenti: *“realizzare, implementare e diffondere l’utilizzo del*

fascicolo sanitario elettronico” e le parole: “le modalità del” sono sostituite dalle seguenti: “quanto previsto dal”;

- e) alla lettera b) del comma 3, le parole: “, preferibilmente isorisorse,” sono soppresse;
- f) al primo periodo della lettera c) del comma 3, le parole: “consentire, inoltre” sono sostituite dalla seguente: “realizzare” e le parole “realizzazione della” sono soppresse;
- g) alla lettera e bis) del comma 3, le parole: “definisce le regole di gestione annuali” sono sostituite dalle seguenti: “stabilisce gli indirizzi di programmazione annuale”;
- h) il comma 6 è abrogato.

Art. 27

(Modifiche all’art. 22 della l.r. 33/2009)

1. All’articolo 22 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) al secondo periodo del comma 1, dopo le parole: “fondazioni IRCCS” sono inserite le seguenti: “di diritto pubblico e l’AREU”;
 - b) all’ultimo periodo del comma 2, le parole: “del d.lgs.196/2003” sono sostituite dalle seguenti: “della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali”;
 - c) al primo periodo del comma 9, dopo le parole: “direttore generale” sono inserite le seguenti: “o dal consiglio di amministrazione delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico”;
 - d) il primo periodo del comma 11, è sostituito dal seguente: “Il bilancio d’esercizio degli enti pubblici di cui alla presente legge è adottato dal direttore generale o dal consiglio di amministrazione delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico entro il 30 aprile dell’esercizio successivo a quello di competenza ed è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 maggio.”;
 - e) al secondo periodo del comma 13 dopo le parole: “mancato rispetto” sono inserite le seguenti: “degli obiettivi economico-finanziari”;
 - f) il secondo periodo del comma 17, è sostituito dal seguente: “In caso di dissesto dichiarato con provvedimento della Giunta regionale, il direttore generale decade dall’incarico e il suo rapporto contrattuale è risolto di diritto; al suo posto 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”;
 - g) il terzo periodo del comma 17 è soppresso.

Art. 28

(Modifica all’art. 23 bis della l.r. 33/2009)

1. Al comma 1 dell’articolo 23 bis della l.r. 33/2009, dopo le parole: “le ASST” sono inserite le seguenti: “le AO”.

Art. 29

(Modifiche all’art. 24 della l.r. 33/2009)

1. All’articolo 24 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) all’ultimo periodo del comma 1, le parole: “anche nell’ambito dei tavoli di confronto di cui all’articolo 5, comma 14” sono soppresse;
 - b) il comma 2 è sostituito dal seguente:

“2. La Regione promuove e favorisce attività ed eventi di beneficenza finalizzati alla raccolta di fondi da destinare al potenziamento delle attività del SSL, ad 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.”

Art. 30

(Modifica all'art. 26 della l.r. 33/2009)

1. All'alinea del comma 5 dell'articolo 26 della l.r. 33/2009 dopo la parola: "promuove" sono inserite le seguenti: "*mediante gli strumenti del progetto di vita e del budget di salute*".

Art. 31

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

1. All'articolo 27 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) alla lettera b) del comma 1, la parola: "superiori" è sostituita dalla seguente: "*aggiuntivi*";
 - b) al punto 7 della lettera e) del comma 1, dopo le parole: "AO, IRCCS" sono inserite le seguenti: "*di diritto pubblico*";
 - c) il primo e il secondo periodo del comma 2 sono sostituiti dai seguenti: "*La Regione promuove una revisione periodica delle tariffe dei DRG finalizzata all'adeguamento degli stessi alle più moderne valutazioni cliniche e tecnologiche. La Giunta regionale introduce tariffe differenziate dei DRG attraverso la regolamentazione di un meccanismo premiante e penalizzante sui rimborsi per gli erogatori pubblici e privati, in base ad indicatori che misurino la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni, nonché il governo dei tempi d'attesa e gli esiti di salute*".

Art. 32

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

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

Art. 33

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

1. All'articolo 84 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) alla lettera h) del comma 1, dopo le parole: "le ATS" sono inserite le seguenti "*e alle ASST*";
 - b) dopo la lettera i) del comma 1 sono aggiunte le seguenti:

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

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

Art. 34

(Disposizioni finali e disciplina transitoria)

1. Il potenziamento della rete territoriale deve essere realizzato e portato a compimento entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge.
2. L'istituzione dei distretti e le nomine dei relativi direttori devono avvenire entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Nelle more delle nomine dei direttori di distretto, le relative funzioni sono svolte dai direttori sociosanitari delle ASST di riferimento.
3. Le centrali operative territoriali devono essere realizzate non oltre sei mesi dall'istituzione dei distretti di riferimento.
4. Il quaranta per cento degli ospedali di comunità e delle case della comunità, previsti dal PNRR, deve essere realizzato entro il 2022, il successivo trenta per cento entro il 2023 ed il restante trenta per cento entro il 2024, sulla base di criteri definiti dalla Giunta regionale. Il rispetto della tempistica di cui al primo periodo costituisce obiettivo prioritario del SSL.
5. I dipartimenti di cure primarie e i dipartimenti funzionali di prevenzione nelle ASST sono istituiti entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e sono progressivamente portati a regime entro i successivi nove mesi.
6. Il personale dei dipartimenti di cure primarie, dalla data di entrata in vigore della presente legge, è

riassegnato all'ASST situata nel comune in cui ha sede l'ATS e, fino alla data di messa a regime dei dipartimenti di cure primarie in tutte le ASST, svolge le funzioni per tutto il territorio dell'ATS. Il personale del dipartimento di cure primarie dell'ATS Città Metropolitana di Milano è riassegnato all'ASST Fatebenefratelli-Sacco, che svolge le relative funzioni per tutto il territorio dell'ATS fino alla data di messa a regime dei dipartimenti di cure primarie nelle ASST che afferiscono all'ATS Città Metropolitana di Milano.

7. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le ATS presentano alla direzione generale Welfare un programma complessivo di realizzazione del potenziamento della rete territoriale per il territorio di competenza, fermo restando quanto stabilito dal PNRR e tenuto conto delle previsioni dell'articolo 8 comma 2 bis della l.r. 33/2009, come introdotto dall'articolo 10, comma 1, lettera b), della presente legge.

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

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

“ d.5) *Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive*”.

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

10. Alla data di entrata in vigore della presente legge si considerano istituiti il forum di cui all'articolo 5, comma 7, lettera n bis), della l.r. 33/2009, come introdotta dall'articolo 5, comma 1, lettera j), della presente legge, e il tavolo regionale di confronto permanente di cui all'articolo 5, comma 13 bis, della stessa l.r. 33, come introdotto dall'articolo 5, comma 1, lettera n), della presente legge. La relativa costituzione deve avvenire entro i successivi centoventi giorni.

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

12. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è approvata la deliberazione di Giunta regionale che stabilisce le modalità di funzionamento della conferenza dei sindaci e delle relative articolazioni di cui all'articolo 20 della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 24 della presente legge.

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

14. La disposizione di cui all'articolo 11, comma 2, lettera a), della l.r. 33/2009, come modificata dall'articolo 13, comma 2, lettera a), della presente legge, trova applicazione a decorrere alla nomina del direttore generale successiva alla data di entrata in vigore della presente legge.

15. La gestione delle risorse del fondo sanitario regionale resta affidata integralmente all'Assessorato competente in materia sanitaria e sociosanitaria.

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

Art. 35 **(Norma finanziaria)**

1. Agli oneri finanziari aggiuntivi di natura corrente per il potenziamento della rete territoriale derivanti dagli articoli 7, 10 e 11bis della l.r. 33/2009 così come modificati e introdotti dalla presente legge e regolati temporalmente dall'articolo 34, quantificabili in euro 17.833.325 per l'esercizio 2022, 28.686.750 per l'esercizio 2023 e 29.720.320 per l'esercizio 2024 si provvede

con le risorse del fondo socio-sanitario allocate alla missione 13 “Tutela della Salute”- programma 01 “Servizio sanitario regionale –finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA” – Titolo I “Spese correnti” dello stato di previsione delle spese del bilancio 2021-2023 e successivi.

2. Alla copertura delle maggiori spese in conto capitale derivanti dagli articoli 7 e 10 della lr 33/2009 come modificati e introdotti dalla presente legge e regolati temporalmente dall’articolo 32 si provvede con le risorse rese disponibili a valere sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) destinati alla Regione Lombardia previste in euro 567.000.000 per gli anni dal 2021 al 2023 allocate alla missione 13 “Tutela della Salute” - programma 05 “Investimenti sanitari” titolo II “Spese in conto capitale dello stato di previsione delle spese del bilancio 2021-2023 e successivi”.
3. Alla copertura delle maggiori spese in conto capitale derivanti dall’articolo 11bis della lr 33/2009 come introdotto dalla presente legge e regolato temporalmente dall’articolo 34 previste in euro 85.000.000 si provvede con le risorse accantonate nell’esercizio finanziario 2021 alla missione 13 “Tutela della Salute” - programma 05 “Investimenti sanitari” titolo II “Spese in conto capitale dello stato di previsione delle spese del bilancio 2021-2023 e successivi”.
4. Concorrono altresì alla realizzazione della presente legge le ulteriori risorse provenienti dalle restanti assegnazioni della UE, dello Stato incluse quelle previste dall’articolo 20, legge 67/1988 e rifinanziate dalle leggi di stabilità che per Regione Lombardia ammontano ad un importo pari a 1.350.000.000 di euro, nonché ulteriori contributi provenienti da altri soggetti pubblici e privati e di altri soggetti pubblici e privati allocabili alla missione 13 “Tutela della Salute”- programma 01 “Servizio sanitario regionale –finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA” titolo I “Spese correnti” , programma 5 “investimenti sanitari” titolo II “Spese in conto capitale e programma 7 “Ulteriori spese in materia sanitaria” - titolo I “Spese correnti” e titolo II “Spese in conto capitale” dello stato di previsione delle spese del bilancio 2021-2023 e successivi.
5. Con il provvedimento di Giunta relativo agli indirizzi di programmazione annuale per la gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale è consentita la rimodulazione, ai fini della destinazione della spesa, delle risorse di cui ai commi 1, 2 e 3 nel limite massimo degli stanziamenti disponibili a bilancio.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

Nel 2015, con l'approvazione della legge regionale n. 23 recante *“Evoluzione del sistema socio-sanitario 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)”* la Regione ha inteso far evolvere le capacità del sistema sanitario regionale sviluppate nell'ambito ospedaliero anche all'assistenza territoriale, superando alcune frammentazioni esistenti ed evitando le potenziali interruzioni nei percorsi di cura.

A conclusione del quinquennio sperimentale sono stati analizzati i risultati raggiunti con il nuovo assetto organizzativo, anche in considerazione delle valutazioni effettuate dal Ministero della Salute, con il supporto tecnico dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

Rispetto agli obiettivi che la l.r. 23/2015 intendeva perseguire, la valutazione di Agenas ha messo in luce gli aspetti innovativi apportati dalla legge, primo fra tutti i risultati di salute del modello di presa in carico dei pazienti cronici; ha tuttavia individuato alcune aree di miglioramento la cui introduzione nell'assetto organizzativo del sistema socio sanitario lombardo è stata ritenuta indispensabile al fine di una valutazione positiva e coerente con il disegno nazionale delineato dal decreto legislativo n. 502/1992.

Il presente PDL, anche in risposta alle indicazioni del Ministero della Salute, di Agenas nonché a quanto previsto nel Piano nazionale di ripresa e resilienza introduce, in sintesi, le seguenti principali prescrizioni:

- istituisce i dipartimenti di prevenzione, costituiti quali articolazioni delle ASST con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni per la tutela della salute della popolazione;
- istituisce i distretti, costituiti quali articolazioni delle ASST, con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni distrettuali, prevedendo un adeguato coinvolgimento dei sindaci;
- istituisce i dipartimenti di salute mentale, costituiti quali articolazioni delle ASST, con il compito di gestire la domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio di riferimento;
- istituisce la figura del direttore di distretto selezionato ai sensi della normativa vigente;
- assegna alle ASST l'attuazione degli atti di indirizzo, di pianificazione e di programmazione regionali con le connesse attività di programmazione ed organizzazione dei servizi a livello locale, sulla base della popolazione di riferimento;
- attribuisce alla Regione la funzione di accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche, private e dei professionisti che ne facciano richiesta;
- assegna alla Regione, tramite l'Agenzia di controllo, funzioni di vigilanza e controllo degli erogatori privati accreditati di valenza regionale o extraregionale con cui ha stipulato gli accordi contrattuali;
- istituisce il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive a supporto della gestione delle emergenze epidemiche e pandemiche nella logica del principio one health;
- sviluppa le reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, al fine di rafforzare l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
- individua gli ospedali di comunità, le case della comunità e le centrali operative territoriali.

L'**articolo 1** introduce tra i principi guida della programmazione, gestione e organizzazione del SSR l'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 e la valorizzazione dell'attività sportiva e motoria quale parte integrante dei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione e quale elemento fondamentale di un corretto stile di vita.

Rafforza inoltre:

- l'equivalenza e integrazione all'interno del SSL dell'offerta sanitaria e sociosanitaria delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate,
- la promozione dell'innovazione tecnologica ed organizzativa del SSR con la collaborazione di soggetti pubblici e privati,
- la medicina territoriale attraverso l'innovazione organizzativa e gestionale in relazione all'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione;
- il potenziamento e sviluppo della medicina digitale;
- la multidisciplinarietà e l'interdisciplinarietà e integrazione nei percorsi di cura.

L'**articolo 2** è volto ad implementare l'offerta delle reti territoriali, nonché la creazione di una rete regionale della ricerca, della ricerca biomedica e dell'innovazione nelle scienze della vita.

L'**articolo 3** ha lo scopo di favorire lo sviluppo e l'implementazione di network scientifici in grado di orientare, le politiche di prevenzione sulla base di validate evidenze scientifiche e di realizzare politiche di comunicazione e di sensibilizzazione in materia di prevenzione rivolte ai cittadini.

L'**articolo 4** introduce il piano pandemico regionale, quale declinazione a livello locale del piano nazionale, da approvarsi dal Consiglio regionale su proposta della Giunta regionale.

L'**articolo 5** consolida il ruolo di guida del sistema sanitario regionale da parte della Regione. In particolare, l'Assessorato al Welfare sarà sempre più connotato da un ruolo di governo forte anche mediante l'irrobustimento della funzione di indirizzo nei confronti delle Agenzie di tutela della salute e degli erogatori pubblici e privati.

Le funzioni principali della Regione, quindi, sono così sintetizzabili:

- politiche sanitarie e sociosanitarie;
- programmazione strategica generale;
- adozione del piano sociosanitario regionale;
- indirizzi per la programmazione dei bisogni sanitari e sociosanitari, dei fabbisogni delle risorse umane, degli acquisti e degli investimenti;
- sviluppo dell'innovation communication technology (ICT);
- osservatorio epidemiologico regionale;
- accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private.

Viene inoltre rafforzata la funzione regionale di promozione del servizio socio sanitario lombardo a livello internazionale.

L'**articolo 6** coordina i compiti dell'osservatorio epidemiologico regionale con il principio one health e prevede la collaborazione dell'osservatorio anche con enti di ricerca e strutture sanitarie di livello internazionale.

L'**articolo 7** porta a compimento il principio di separazione delle funzioni di programmazione, acquisto, controllo di competenza delle ATS da quelle erogative di competenza delle ASST e delle altre strutture sanitarie e sociosanitarie.

In particolare, sono attribuite alle ATS le seguenti funzioni:

- programmazione delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST;
- coordinamento e sottoscrizione dell'accordo con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta tramite il dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- proporre alla Regione la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie nell'ambito del territorio di competenza;
- programmazione e coordinamento in tema di sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare, sanità animale, igiene urbana veterinaria, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale, impianti industriali e supporto dell'export;
- programmazione delle attività di prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro e di 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;
- coordinamento, per il territorio di competenza, delle politiche di investimento;
- rilevazione del fabbisogno di personale per il territorio di competenza e coordinamento, a livello territoriale, delle eventuali procedure aggregate ferma restando l'autonomia aziendale nel reclutamento delle figure sanitarie.

L'**articolo 8**, dedicato alle Aziende sociosanitarie territoriali, prevede la collocazione presso le stesse dei distretti e di tutte le attività erogative, portando a compimento il disegno della legge regionale n. 23/2015.

Alle ASST afferiscono, pertanto, i seguenti dipartimenti:

- dipartimento di cure primarie;
- dipartimento della salute mentale;
- dipartimento funzionale di prevenzione.

Le ASST continuano ad essere articolate in due poli:

- polo ospedaliero, a sua volta articolato in dipartimenti;
- polo territoriale, articolato in distretti, cui afferiscono i presidi territoriali quali punti erogativi delle prestazioni.

In considerazione del ruolo fondamentale ricoperto dal distretto, l'ASST è la sede di rilevazione dei bisogni del territorio di riferimento, in raccordo con:

- la conferenza dei sindaci a livello di direzione generale;
- con i delegati dei sindaci espressione dei rispettivi territori di competenza a livello distrettuale.

Alle ASST spetta l'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie territoriali e quelle inerenti la continuità del percorso assistenziale, garantite dalle strutture, ospedaliere e territoriali, afferenti alle ASST del territorio di riferimento e ai suoi distretti.

In particolare, si prevede:

- l'istituzione del dipartimento funzionale di prevenzione;
- l'erogazione delle prestazioni di prevenzione individuale (es: profilassi malattie infettive - vaccinazioni), delle dipendenze e dell'integrazione sociosanitaria e sociale;
- l'articolazione del polo territoriale in distretti i cui ambiti coincidono con gli ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona;
- il governo di tutta l'attività erogativa del distretto;
- la collocazione dei presidi territoriali all'interno di ogni distretto per l'erogazione dei LEA territoriali;
- lo sviluppo, il potenziamento e l'integrazione dei servizi territoriali;
- l'integrazione sociosanitaria con gli enti locali e il rapporto con le rappresentanze dei sindaci;
- la valutazione dei fabbisogni del territorio.

Al settore polo territoriale afferiscono:

- a) i presidi ospedalieri territoriali (POT) nell'ambito dei quali sono collocati gli ospedali di comunità, previsti dal piano nazionale ripresa e resilienza (PNRR);
- b) i presidi sociosanitari territoriali (PreSST) all'interno dei quali trovano collocazione le case della comunità, previste dal PNRR;
- c) le centrali operative territoriali (COT), previste dal PNRR.

Stante l'obiettivo prioritario dello sviluppo e del consolidamento della continuità ospedale – territorio, proprio del presente progetto di legge, è prevista la costituzione delle centrali operative territoriali (COT) quali punti di accesso territoriali (fisici e digitali) per facilitare e governare la rete di offerta sociosanitaria all'interno del distretto.

Nell'ambito di un piano di riordino complessivo della rete d'offerta del territorio della Città metropolitana di Milano si prevede, infine, che la Regione, entro ventiquattro mesi dall'entrata in vigore della presente legge, istituisca nuove aziende ospedaliere (AO) e che, entro i successivi trentasei mesi, valuti l'istituzione di nuove aziende ospedaliere sul resto del territorio lombardo.

L'**articolo 9** prevede l'articolazione in distretti delle ASST che comprendono una popolazione di norma non inferiore a 100.000 abitanti, salvo che nelle aree montane e nelle aree a scarsa densità abitativa dove il distretto può comprendere una popolazione minima di 20.000 abitanti.

Viene introdotta la figura del direttore del distretto scelto fra soggetti che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione. 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.

L'**articolo 10** volto a valorizzare l'importante ruolo attribuito alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico

L'**articolo 11** consente ai soggetti erogatori privati di concorrere all'istituzione dei presidi territoriali previsti dalla legge: i presidi ospedalieri territoriali (POT) nell'ambito dei quali sono collocati gli ospedali di comunità e i presidi sociosanitari territoriali (PreSST) all'interno dei quali trovano collocazione le case della comunità.

L'**articolo 12** sancisce il concorso degli ospedali classificati nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie territoriali, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale e individua gli stabilimenti termali quali punti erogativi nel percorso di cura e riabilitazione del paziente.

L'**articolo 13** è volto ad assicurare una sempre maggiore integrazione tra i MMG/PLS e gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri. A tal fine viene favorito l'esercizio dell'attività dei medici di cure primarie, preferibilmente attraverso l'erogazione delle relative prestazioni nei POT, negli ospedali di comunità, nei PreSST, nelle case della comunità o con forme aggregative alternative per particolari territori disagiati. Viene, altresì, incentivato l'utilizzo delle tecnologie informative per incrementare il ricorso alla telemedicina, al teleconsulto e al telemonitoraggio, in modo da potenziare e migliorare la presa in carico del paziente affetto da patologie croniche.

E' istituito, infine, il comitato di indirizzo cure primarie con funzioni di coordinamento 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 medici di medicina generale.

L'**articolo 14** uniforma le modalità di nomina del direttore generale dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo con quelle di nomina dei direttori delle strutture sanitarie pubbliche lombarde e prevede il coinvolgimento del direttore generale nell'esercizio delle funzioni attribuite al comitato di indirizzo.

L'**articolo 15** introduce il Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive quale ente di diritto pubblico a supporto tecnico-scientifico della Regione e del sistema sanitario. Al Centro sono attribuite in particolare le seguenti funzioni:

- preparazione ad eventuali emergenze sanitarie epidemiche;
- gestione delle emergenze epidemiche e pandemiche a livello clinico e diagnostico
- ricerca e monitoraggio nel campo della prevenzione, della diagnosi e della cura derivanti dalla

- diffusione di microorganismi;
- ricerca di nuove strategie terapeutiche;
 - studio e controllo delle infezioni trasmissibili potenzialmente pericolose per la popolazione;
 - ricerca e sviluppo di nuovi vaccini;
 - sviluppo di programmi per il trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca
 - gestione delle pratiche di politica sanitaria finalizzate al buon utilizzo dei farmaci antibiotici e al contrasto all'antibiotico-resistenza;

L'**articolo 16** introduce alcune modifiche in merito alla procedura di nomina dei direttori generali delle strutture sanitarie pubbliche. In particolare, il numero di candidature tra cui scegliere i direttori da nominate è innalzato fino a 300 e si elimina dal procedimento di selezione lo svolgimento di test o questionari.

Al fine di garantire un elevato livello di qualità della prestazione professionale connessa al ruolo ricoperto, il trattamento economico del direttore generale è integrato per la partecipazione a corsi di formazione manageriale e iniziative di studio ed aggiornamento, promosse e disciplinate dalla Regione. Si specifica inoltre, in aderenza agli orientamenti della giurisprudenza contabile, che 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.

L'**articolo 17** introduce anche per i direttori sanitari, amministrativi e sociosanitari disposizioni analoghe a quelle introdotte con riferimento ai direttori generali delle strutture sanitarie pubbliche, in tema di integrazione del trattamento economico e di collocamento a riposo.

L'**articolo 18** specifica che l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private si perfeziona con l'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate da parte della Regione.

L'**articolo 19** contiene disposizioni volte a rafforzare il ruolo di AREU a supporto della Giunta regionale per il tramite dell'assessorato al Welfare, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale.

L'**articolo 20** prevede l'approvazione da parte della Giunta regionale degli indirizzi di programmazione del SSL per l'anno successivo e aggiorna in un'ottica di maggiore chiarezza e di coordinamento con la normativa nazionale sopravvenuta la formulazione di alcune disposizioni relative al POAS e al piano dei fabbisogni. Al fine di coordinare l'iter di approvazione del POAS delle ATS con quello delle ASST non si prevede più l'acquisizione del parere consiliare. Viene inoltre incluso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna tra i soggetti per cui ARIA spa, nell'ambito delle sue funzioni, garantisce efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento.

L'**articolo 21** riguarda la programmazione della formazione delle risorse umane del SSL che viene coordinata con la nuova denominazione degli atti di indirizzo di cui all'articolo 5, comma 6, della legge e con la nuova denominazione dell'istituto regionale (PoliS Lombardia) presso cui è istituita l'Accademia

di formazione.

L'**articolo 22** estende alle zone disagiate il finanziamento di una specifica quota di borse aggiuntive per i medici di medicina generale.

L'**articolo 23** è volto a valorizzare nell'ambito del sistema sociosanitario lombardo le professioni sanitarie prevedendo il coinvolgimento di tutta la filiera professionale al fine di assicurare la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità in grado di garantire sempre di più un completo percorso di cura che si realizzerà nell'ambito delle case della comunità e degli ospedali di comunità.

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.

L'**articolo 24** contiene anzitutto una disposizione volta ad eliminare la natura definitiva dell'autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione del soggetto gestore al termine della sperimentazione. Viene inoltre precisato che il soggetto privato gestore della sperimentazione deve essere selezionato con procedura ad evidenza pubblica. Ad esito della conclusione positiva della stessa possono essere autorizzate dalla Giunta rimodulazioni delle condizioni originarie precisando tuttavia che il perimetro dell'attività non può essere modificato.

L'**articolo 25** introduce disposizioni di coordinamento in merito alla partecipazione dei comuni alle attività di programmazione territoriale dell'ATS, della ASST e del distretto, attraverso la conferenza dei sindaci e le sue articolazioni (collegio e consiglio di rappresentanza dei sindaci). Si prevede inoltre che i sindaci o loro delegati debbano comunque appartenere al Consiglio o alla Giunta comunale.

L'**articolo 26** in aderenza alla normativa comunitaria, introduce il principio secondo cui l'organizzazione del sistema informativo sanitario deve essere coerente con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Viene altresì rafforzato il ruolo della Giunta regionale nel coordinare le attività di tutti i soggetti connessi al sistema informativo sanitario.

L'**articolo 27** estende anche all'AREU la necessità di dotarsi di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle proprie attività. Precisa, inoltre, che le fondazioni IRCCS interessate dalla previsione sono quelle di diritto pubblico per le quali la competenza all'adozione del bilancio di esercizio è del consiglio di amministrazione. In caso di dissesto dichiarato con provvedimento della Giunta regionale, comportante la decadenza del direttore generale dall'incarico, viene introdotta la possibilità per la stessa Giunta regionale di nominare anche un commissario straordinario con il compito di adottare un piano di rientro.

L'**articolo 28** estende alle aziende ospedaliere l'istituzione di un ufficio di pubblica tutela.

L'**articolo 29** rafforza la valorizzazione del ruolo del volontariato nell'ambito del SSL, attraverso la promozione di attività ed eventi di beneficenza finalizzati alla raccolta di fondi da destinare al potenziamento delle attività del SSL, ad investimenti in edilizia sanitaria e tecnologia o attività di studio e ricerca, proposte da soggetti che non siano in conflitto di interessi.

L'**articolo 30** è inteso a valorizzare gli strumenti del progetto di vita e del budget di salute nel definire i criteri e le modalità di riordino e riqualificazione della rete sociosanitaria regionale da parte della Giunta regionale.

L'**articolo 31** prevede una riformulazione della disposizione relativa alla revisione periodica delle tariffe dei DRG per adeguarla alla soppressione dell'osservatorio integrato del SSL.

L'**articolo 32** abroga l'articolo 27 ter, disposizione di carattere organizzativo, che ormai ha esaurito la propria efficacia, essendo ormai avvenuta l'istituzione dell'assessorato.

L'**articolo 33** si propone di valorizzare la centralità, la capillarità e le funzioni svolte dalla farmacia, non più limitate alla vendita e distribuzione dei farmaci, ma connotate da una serie di servizi più ampia nell'ambito della così detta farmacia dei servizi, atteso che la stessa rappresenta un punto di riferimento capillare per il cittadino e che nel corso della pandemia da Covid-19 ha dimostrato il suo ruolo centrale nella rete dei servizi alla popolazione. In particolare, si prevede l'adesione delle farmacie alle campagne di vaccinazione della popolazione e in raccordo con i MMG, le ATS e le ASST, nonché l'erogazione all'interno delle stesse delle attività sanitarie con il coinvolgimento delle professioni sanitarie.

L'**articolo 34** detta le disposizioni finali e la disciplina transitoria definendo in particolare le tempistiche entro cui realizzare gli adempimenti previsti dalle modifiche normative.

La previsione di cui al comma 1 prevede che il potenziamento della rete territoriale debba essere realizzato e portato a compimento entro tre anni dalla data di entrata in vigore della legge, ferme restando le specifiche tempistiche declinate ai successivi commi quali: l'istituzione dei distretti e le nomine dei relativi direttori (comma 2); le centrali operative territoriali (comma 3); i dipartimenti di cure primarie e i dipartimenti funzionali di prevenzione (comma 5) con la riassegnazione del relativo personale (comma 6); il Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive (comma 8), centro che viene inserito tra gli enti del sistema regionale di cui all'articolo 1 della l.r. n. 30/2006.

La previsione di cui al comma 4 prevede una implementazione progressiva, da realizzarsi in tre anni, degli ospedali di comunità e delle case della comunità. Il rispetto della tempistica prevista è configurato quale obiettivo prioritario del SSL.

Il comma 7 prevede che le ATS, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della legge, presentino alla Direzione generale Welfare un programma complessivo di realizzazione del potenziamento della rete territoriale per il territorio di competenza al fine di dare piena attuazione alle modifiche normative introdotte con la presente legge.

Il comma 9 prevede la tempistica per l'individuazione, da parte della Giunta regionale, del soggetto o

delle modalità per lo svolgimento dell'attività di valorizzazione del patrimonio disponibile del SSL.

Il comma 10 prevede che alla data di entrata in vigore della legge si considerano istituiti il forum di confronto permanente con le associazioni di pazienti e con le associazioni ospedaliere e il tavolo regionale di confronto con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale e indica la tempistica per la relativa costituzione.

Il comma 11 individua la tempistica entro cui le ATS e le ASST debbano trasmettere alla Regione i nuovi POAS adeguati al nuovo assetto organizzativo, mentre il successivo comma prevede i termini entro cui approvare la deliberazione della Giunta regionale che stabilisce le modalità di funzionamento della conferenza dei sindaci e delle relative articolazioni.

Il comma 13 demanda alla Giunta regionale l'adozione di ogni ulteriore atto necessario a portare a compimento il processo di definizione dei nuovi assetti.

Il comma 14 infine introduce una clausola di salvaguardia relativamente all'incarico in atto del direttore generale dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo che prosegue fino alla sua naturale scadenza.

Il comma 15 contiene una precisazione relativa alla gestione delle risorse del fondo sanitario regionale che resta affidata integralmente all'Assessorato competente in materia sanitaria e sociosanitaria.

Il comma 16 fa salvi gli effetti prodotti dalle disposizioni abrogate.

RELAZIONE TECNICO FINANZIARIA

L'anno 2020 ha messo in luce la necessità che a livello nazionale si ritorni ad investire complessivamente nella salute delle persone. La pandemia dovuta al virus Sars-Cov-2 ha, infatti, riportato all'attenzione del Governo il tema di incrementare in modo importante il Fondo Sanitario Nazionale.

La legge di stabilità 2020 ha individuato in 116.439 milioni il finanziamento ordinario del Fondo Sanitario Nazionale per il 2020. A seguito dell'emergenza epidemiologica COVID-19, come indicato dallo stesso Documento di economia e finanza 2020, il Governo ha adottato misure che, per il 2020, hanno incrementato il fabbisogno sanitario standard a 119.556 milioni nel 2020.

Contestualmente all'incremento introdotto dai decreti legge emanati dal Governo, poi convertiti in legge, è stato individuato quale ambito prioritario di intervento l'assunzione di personale (in particolar modo sul versante territoriale), finalizzato al rafforzamento dei servizi domiciliari, all'infermiere di famiglia, alla creazione e implementazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziali. Per altro verso le risorse in conto capitale hanno permesso di potenziare le aree critiche ospedaliere quali le terapie intensive e sub intensive.

Con la legge di stabilità 2021 (legge n. 178/2020) il Governo ha consolidato gli incrementi del Fondo Sanitario, fissando in 121.370 milioni di euro la quantificazione del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2021 (che è quindi cresciuto di circa 2 miliardi di euro rispetto al 2020 comprensivo delle risorse stanziare in corso d'anno): per Regione Lombardia, il riparto del fondo ha comportato una crescita di quasi 600 milioni di euro del Fondo Sanitario Regionale.

La medesima legge di stabilità ha, peraltro, previsto un incremento delle risorse stanziare sul Fondo Sanitario Nazionale pari a 823 milioni di euro per l'anno 2022 e pari a 527 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025.

In questo scenario di misure adottate dal Governo, si inseriscono le politiche dell'Unione Europea che hanno individuato strumenti innovativi di finanziamento, quali il Next Generation EU, per permettere ai Paesi membri dell'Unione Europea di procedere ad interventi strutturali che possano contribuire alla ripresa economica post pandemia e consentire un ulteriore sviluppo che guardi al futuro.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), strumento con il quale il Governo italiano ha programmato l'utilizzo dei fondi contenuti nel Next Generation EU prevedendo le azioni e le riforme correlate, è stato approvato dalla Commissione europea il 22 giugno 2021.

La missione 6 "Salute" del PNRR prevede sul territorio italiano la realizzazione di:

- 602 Centrali Operative Territoriali (COT), 1 per ciascun Distretto con un investimento complessivo a livello nazionale pari a 280 milioni di euro;
- 1288 Case della Comunità con un investimento complessivo a livello nazionale pari a 1 miliardo di euro;
- 381 Ospedali di Comunità con un investimento complessivo a livello nazionale pari a 2 miliardi di euro.

Per Regione Lombardia le previsioni del PNRR si traducono nella necessità di individuare circa 90 COT, 216 Case della Comunità e 64 Ospedali di Comunità.

I fondi in conto capitale necessari a finanziare gli investimenti per la realizzazione di tali strutture troveranno copertura negli stanziamenti previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e destinati a Regione Lombardia. In particolare, in relazione a quanto appostato nella Missione 6, si prevedono per la nostra Regione risorse per investimenti pari a circa 355 milioni di euro per gli Ospedali di Comunità, 170 milioni di euro per le Case di Comunità e 42 milioni di euro per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali.

La norma transitoria (articolo 32 della proposta di legge) ha scandito in maniera puntuale la realizzazione del potenziamento dell'offerta territoriale che dovrà trovare compimento entro il triennio 2022 – 2024 e, nello specifico, dovranno essere realizzate:

- 86 case della comunità nel 2022, 65 nel 2023 e 65 nel 2024;
- 1 centrale operativa territoriale per ciascun distretto (circa 90) entro il 2022;
- 26 ospedali di comunità nel 2022, 19 nel 2023 e 19 nel 2024.

Lo standard di risorse professionali necessarie al funzionamento delle strutture territoriali è in via di definizione a livello statale da Agenas, ma si può al momento declinare come di seguito:

- Centrali Operative Territoriali: 5 infermieri e 1 coordinatore;

- Ospedali di Comunità: 9 infermieri, 6 operatori sociosanitari, 1 medico con disponibilità giornaliera di 4 ore (professionista già oggi presente nel Sistema Socio Sanitario Lombardo);
- Case della Comunità: Agenas ritiene che queste strutture saranno prioritariamente popolate da medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, infermieri di famiglia e altri professionisti già oggi presenti nel Sistema Socio Sanitario Lombardo. Tuttavia, per rafforzare la funzionalità di tali strutture sul territorio, si ritiene potenzialmente che si possa configurare un ulteriore standard minimo di personale che vada ad integrare le figure già individuate da Agenas. A tal fine si potrà prevedere comunque la presenza di un medico 4h/die (professionista già oggi presente nel Sistema Socio Sanitario Lombardo) e 2 ostetriche.

A fronte della progressiva realizzazione e messa a regime delle strutture territoriali previste dal PNRR e dall'articolo 32 della proposta di legge regionale si ritiene che i costi del personale necessario siano stimabili come segue:

Centrali Operative Territoriali				
Anno	2022	2023	2024	A REGIME
Numero	90	0	0	90
Figura professionale	costo	costo	costo	costo
Dirigente medico - h4/die	-	-	-	-
Coordinatore inf.	2.025.000	2.025.000	-	4.050.000
Infermiere	9.450.000	9.450.000	-	18.900.000
Infermiere di Famiglia	-	-	-	-
OSS	-	-	-	-
Personale amministrativo	-	-	-	-
TOTALE	11.475.000	11.475.000	-	22.950.000

Ospedali di Comunità				
Anno	2022	2023	2024	A REGIME
Numero	26	19	19	64
Figura professionale	costo	costo	costo	costo
Dirigente medico - h4/die	1.365.000	2.362.500	1.995.000	6.720.000
Coordinatore inf.	-	-	-	-
Infermiere	4.914.000	8.505.000	7.182.000	24.192.000
Infermiere di Famiglia	-	-	-	-
OSS	2.574.000	4.455.000	3.762.000	12.672.000

Personale amministrativo	-	-	-	-
TOTALE	8.853.000	15.322.500	12.939.000	43.584.000

Case della Comunità				
Anno	2022	2023	2024	A REGIME
Numero	86	65	65	216
Figura professionale	costo	costo	costo	costo
Dirigente medico – h4/die	-	-	-	-
MMG	-	-	-	-
Specialista ambulatoriale	-	-	-	-
Ostetrica	3.612.000	1.365.000	1.365.000	6.342.000
Infermiere di Famiglia	-	-	-	-
OSS	-	-	-	-
Personale amministrativo	-	-	-	-
TOTALE	3.612.000	1.365.000	1.365.000	6.342.000

L'analisi effettuata sulle singole figure professionali di cui alle tabelle sopra indicate tiene conto del costo complessivo necessario e di quanto trova già copertura attraverso le risorse specificatamente stanziare (es. infermiere di famiglia); tuttavia si ritiene che circa il 50% delle risorse professionali destinate al funzionamento delle strutture territoriali previste dal PNRR trovino già oggi collocazione nell'ambito del SSL, in coerenza con quanto già messo a regime attraverso i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e i Presidi Socio Sanitari Territoriali (Presst), le cui strutture già in essere costituiranno l'architrave su cui procedere al potenziamento delle rete territoriale (articolo 7, comma 13, lettere a) e b)), potendo riclassificare alcune aree degli attuali Presst in Case della Comunità e alcuni spazi degli attuali POT in Ospedali di Comuni; a tal ultimo proposito, va evidenziato che non vi saranno attuali ospedali (sia POT che piccoli ospedali) completamente riclassificati in degenza di comunità, ma soltanto parte di essi potrà essere quindi configurato come Ospedali di Comunità, determinando anche un minor impatto di costo per interventi da finanziare in conto capitale e costi di gestione.

Conseguentemente, rispetto ai costi complessivi riportati nelle tabelle sopra indicate per sostenere l'incremento di personale per le attività di gestione di tali strutture territoriali, va considerato un incremento di costo rispetto a quanto sostenuto attualmente solo pari al 30%.

Al fine di completare l'analisi dei costi derivante dall'attivazione delle strutture territoriali previste dal PNRR si stima congruo ipotizzare un incremento di costi generali pari al 10% del costo del personale.

Ne consegue, pertanto, che per l'avvio delle strutture territoriali previste dal PNRR si prevedono i seguenti incrementi di costo:

- 7.182.000 euro relativi all'incremento di personale cui si aggiungono 718.200 euro di costi di gestione per un totale di euro 7.900.200 per l'anno 2022;
- 8.448.750 euro relativi all'incremento di personale cui si aggiungono 844.875 euro di costi di gestione per un totale di euro 9.293.625 per l'anno 2023;
- 4.291.200 euro relativi all'incremento di personale cui si aggiungono 429.120 euro di costi di gestione per un totale di euro 4.720.320 per l'anno 2024.

Per quanto attiene al riassetto organizzativo del Dipartimento di Cure Primarie che, così come indicato dal Ministero della Salute e da Agenas, viene istituito nell'ambito delle ASST (articolo 7, comma 11bis, lettera a)), si ritiene che l'implementazione dagli attuali 8 Dipartimenti ai futuri 27 Dipartimenti comporti un andamento progressivo nei due anni 2022 e 2023 secondo la tabella dei costi sottostante:

DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE				
Anno	2022	2023	2024	A REGIME
	costo	costo	costo	costo
TOTALE	4.393.125	4.393.125	-	8.786.250

Per quanto riguarda l'ambito della Prevenzione, rispetto al quale si prevede l'istituzione di un Dipartimento funzionale della Prevenzione in ciascuna ASST (articolo 7, comma 11bis, lettera c)), in considerazione dell'attività erogativa già in essere da parte delle ASST i costi si riferiscono esclusivamente all'istituzione del Dipartimento con copertura da parte della figura dirigenziale che consenta il coordinamento dell'attività. Di seguito è riportata la stima del costo:

DIPARTIMENTI PREVENZIONE				
Anno	2022	2023	2024	A REGIME
	costo	costo	costo	costo
TOTALE	540.000	-	-	540.000

In considerazione di quanto sopra riportato con riferimento alle strutture territoriali previste dal PNRR, gli incrementi totali di spesa per il personale (comprensivi quindi dei costi per l'istituzione dei Dipartimenti nelle ASST) si possono definire come di seguito per ciascuno dei prossimi tre esercizi:

- 12.833.325 euro per l'anno 2022;
- 13.686.750 euro per l'anno 2023;
- 4.720.320 euro per l'anno 2024.

Il potenziamento dell'area territoriale si completa con un forte incremento dell'assistenza domiciliare integrata le cui risorse, stabilite a livello nazionale dal PNRR, sono pari a complessivi 2.720 milioni di euro (PNRR - Missione 6, punto 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina"). Da una stima derivante dall'applicazione del criterio a quota di accesso (16,6% circa) si può stimare un finanziamento sul PNRR destinato a Regione Lombardia per l'incremento del numero di assistiti ADI pari a circa 451,52 milioni di euro. A queste risorse andranno ad aggiungersi quelle per la Telemedicina pari a complessivi 1.000 milioni di euro a livello nazionale che, sempre applicando il criterio della quota di accesso comporta una stima per Regione Lombardia pari a 166 milioni di euro in linea con quanto previsto dalla proposta di legge (articolo 2, comma 1, lettera *nter*) e articolo 10 comma 11bis). Tutti i costi stimati su queste due attività trovano, pertanto, copertura attraverso gli stanziamenti del PNRR.

I costi di istituzione e funzionamento del Centro per la prevenzione delle malattie infettive (articolo 14) prevedono un finanziamento in conto capitale iniziale per la fase progettuale pari a 1 milione di euro su risorse regionali in conto capitale. Per i successivi 3 anni si stima un costo di investimento in conto capitale pari a complessivi 85 milioni di euro.

Per quanto attiene ai costi di funzionamento, considerato il forte impatto in termini di ricerca, utilizzo di tecnologie e materiale di consumo e di personale, gli stessi si stimano in circa 10 milioni di euro nella fase di avvio, con un costo a regime (che avverrà nel triennio successivo) stimabile in un massimo di 30 milioni di euro. Anche in questo caso, come già previsto per il funzionamento delle strutture territoriali, tali costi saranno ridotti, con una stima di circa il 50%, attraverso la messa a disposizione di personale già oggi facente parte degli enti del sistema sanitario regionale e grazie alle sinergie che si svilupperanno con il mondo accademico. Il costo a regime, pertanto, si stima in circa 15 milioni di euro.

I costi complessivi (che comprendono sia i costi gestionali delle strutture territoriali previste nel PNRR la cui messa in esercizio è declinata dall'articolo 32 della proposta di legge, sia la costituzione ed il funzionamento del Centro per la prevenzione delle malattie infettive previsto dall'articolo 14) sono pertanto di seguito indicati

- 17.833.325 euro per l'anno 2022;
- 28.686.750 euro per l'anno 2023;

- 29.720.320 euro per l'anno 2024.

Per ogni incremento di spesa si rinviene, pertanto, la copertura economica nell'ambito dei nuovi e maggiori stanziamenti del Fondo Sanitario Nazionale, delle previsioni della legge 25 giugno 2019, n. 60 di conversione del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 nonché attraverso le risorse rese disponibili dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

In particolare, non considerando il forte incremento del FSR già assegnato a Regione Lombardia per l'anno 2021 e tenuto conto delle previsioni della legge di stabilità che dispone gli incrementi del FSN per gli anni avvenire, la spesa in incremento è assolutamente compatibile con le stime di assegnazione in incremento del FSR a quota di accesso (16,6 %) che si possono ipotizzare come di seguito:

- Incremento FSR anno 2022 pari a 136.618.000 euro sul 2021;
- Incremento FSR anno 2023 pari a 87.482.000 euro sul 2022;
- Incremento FSR anno 2024 pari a 87.482.000 euro sul 2023.

In particolare si evidenzia che la spesa incrementale per il personale sopra indicata è integralmente coperta dall'attuazione cumulata delle previsioni di cui all'articolo 11 del decreto-legge n. 35/2019 così come modificato dall'articolo 45, comma 1bis del decreto-legge n. 124/2019, che prevedono 45.000.000 di euro per l'anno 2021, 13.661.800 per l'anno 2022 e 8.748.200 per ciascuno degli anni 2023 e 2024 per un totale di 76.158.200 a fronte di una spesa complessiva di personale stimata in 64.248.200.

Al fine di completare il quadro di contesto in cui si inseriscono le modifiche normativa proposte, si evidenzia che si procederà a proseguire sul percorso già avviato in tema di razionalizzazione della spesa che possa consentire un recupero di efficienza del Sistema Socio Sanitario Regionale Lombardo.

Vengono nel seguito sommariamente descritti gli elementi fondamentali di razionalizzazione della spesa che contribuiranno a garantire la sostanziale compatibilità sul piano delle risorse economiche rispetto alle attuali previsioni inserite nel bilancio regionale:

- a) ulteriore miglioramento dell'efficienza, della trasparenza nelle politiche di approvvigionamento di beni e servizi, derivante dal perseguimento di una sempre maggiore centralizzazione degli acquisti che determinano minori costi sul sistema. Nel corso del 2019 (anno precedente alla pandemia da Sars-Cov-2) si è verificato un notevole risparmio

dovuto alle gare aggregate. La spesa del SSR Nei prossimi 3 anni si ritiene di implementare ulteriormente tale politica di approvvigionamento con risparmi di spesa stimati in circa 50 milioni annui. Questo obiettivo potrà essere consolidato anche grazie ad un miglior coordinamento territoriale (articolo 6 comma 4)

- b) procedure di selezione del personale sempre più aggregate (articolo 6, comma 3 lettera iter)) con conseguenti risparmi di circa 1 milione di euro.
- c) Un maggior coordinamento degli investimenti a livello di ATS (articolo 6, comma 3, lettera ibis)) e la previsione di miglior governo della realizzazione di nuove strutture (articolo 6, comma 3, lettera 0a)) consentirà di efficientare non solo gli investimenti in conto capitale ma di meglio allocare le risorse professionali e, conseguentemente, i costi gestionali. A questo si aggiunge la previsione contenuta nell'articolo 32, comma 7 che affida alle ATS il compito di programmare e coordinare i programmi di intervento entro 180 giorni dall'entrata in vigore della norma che consentirà di meglio allocare le strutture territoriali. Tali previsioni si traducono in una migliore allocazione delle attività anche avendo riguardo alla possibilità che gli erogatori privati concorrano alla realizzazione e gestione di strutture territoriali (articolo 1, comma 1 lettera bter) e articolo 10 lettera b)). Si ritiene che tale maggior governo da parte delle ATS e di Regione Lombardia possa consentire un recupero di efficienza stimato in circa 5 milioni di euro all'anno a regime.
- d) I modelli di cura per il paziente cronico già introdotti nella fase attuativa della legge regionale n. 23/2015, se da un lato hanno visto crescere la spesa derivante dall'assunzione sistematica aderente ai piani individuali assistenziali delle terapie farmacologiche, dall'altro hanno determinato un contenimento della spesa dovuta a mancate ospedalizzazioni conseguenti al miglior percorso di cura e follow up. Anche l'individuazione di tariffe differenziate a seconda del tipo di patologia cronica e della sua gravità ha consentito un maggior governo della spesa. I pazienti presi in carico hanno, pertanto, sviluppato un'aderenza terapeutica riducendo in modo significativo le prestazioni inappropriate, gli accessi al pronto soccorso e l'ospedalizzazione. Si ritiene che il coinvolgimento più incisivo dei medici di medicina generale nel modello di presa in carico consentirà di conseguire ulteriori risultati in termini di salute dei pazienti presi in carico e contestualmente permetterà di destinare maggiori risorse alle prestazioni rese dalle strutture territoriali che saranno attivate in coerenza con le previsioni del PNRR.
- e) L'ulteriore riduzione dell'inappropriatezza clinica, organizzativa in ambito sanitario e socio-sanitario e adeguatezza e tempestività nella risposta grazie al potenziamento delle

attività di valutazione, di sviluppo del governo clinico e di controllo dell’Agenzia di controllo del sistema sanitario lombardo (articolo 11, comma 4 lettera ibis)).

Come indicato in precedenza, la norma finanziaria individua la copertura finanziaria della legge nelle risorse del fondo sanitario regionale come incrementato dagli ultimi provvedimenti nazionali sopracitati, in quelle previste dai decreti-legge 35/2019 e 124/2019 e nelle risorse del PNRR. Con il provvedimento di Giunta relativo agli indirizzi di programmazione annuale (già regole per la gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale) è consentita la rimodulazione, ai fini della destinazione della spesa, delle risorse nel limite massimo degli stanziamenti disponibili a bilancio.

SCHEDA PER COPERTURA FINANZIARIA PDL Oggetto PDL "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)""

(1)	(2)	(3)	(4)	5 (A) QUANTIFICAZIONE SPESA				6 (B) COPERTURA FINANZIARIA					
				MISSIONE - PROGRAMMA* MACROAGGREGATO - CAPITOLO	IMPORTO 2021	IMPORTO 2022	IMPORTO 2023	IMPORTO 2024	SPESA: MISSIONE - PROGRAMMA* MACROAGG. - CAPITOLO ENTRATA: TITOLO -TIPOLOGIA - CAPITOLO	IMPORTO 2021	IMPORTO 2022	IMPORTO 2023	IMPORTO 2024
POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE: Centrali operative territoriali, Ospedali di comunità, Case della comunità, Dipartimenti cure primarie, Dipartimenti di prevenzione	artt., 7 e 10	si	1	13.01.104.8374 TRASFERIMENTI ALLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, AZIENDE OSPEDALIERE, ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO, PER IL FINANZIAMENTO DEI LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA		17.833.325,00	28.686.750,00	29.720.320,00	13.01.104.8374 TRASFERIMENTI ALLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, AZIENDE OSPEDALIERE, ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO, PER IL FINANZIAMENTO DEI LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA		17.833.325,00	28.686.750,00	29.720.320,00
		si	1										
		si	1										
		si	1										
		si	1										
POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE: Centrali operative territoriali, Ospedali di comunità, Case della comunità, Dipartimenti cure primarie, Dipartimenti di prevenzione (spese in capitale) *	art. 7 e 10		2	13.05.203. xxxxx CAPITOLE DI SESA DI NUOVA ISTITUZIONE " SPESE IN CONTO CAPITALE LEGGE DI RIFORMA SANITA' -RISORSE PNRR			567.000.000,00		4.0200.01.xxxxx CAPITOLE DI ENTRATA DI NUOVA ISTITUZIONE "RISORSE PNRR PER INVESTIMENTI LEGGE RIFORMA SANITA'"			567.000.000,00	
Centro per la prevenzione delle malattie infettive **	11bis	si	1	13.01.104.8374 TRASFERIMENTI ALLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, AZIENDE OSPEDALIERE, ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO, PER IL FINANZIAMENTO DEI LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA	10.000.000,00	15.000.000,00	15.000.000,00		13.01.104.8374 TRASFERIMENTI ALLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, AZIENDE OSPEDALIERE, ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO, PER IL FINANZIAMENTO DEI LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA	10.000.000,00	15.000.000,00	15.000.000,00	
	11bis		2	13.05.203.14176 INVESTIMENTI IN AMBITO SANITARIO FINANZIATI AI SENSI DEL D.LGS 118/2011	85.000.000,00				13.05.203.14176 INVESTIMENTI IN AMBITO SANITARIO FINANZIATI AI SENSI DEL D.LGS 118/2011	85.000.000,00			
NOTA 1: per la Giunta oltre a missione/programma e titolo e tipologia occorre, ove possibile quando la norma ha già indicazioni specifiche, anche l'indicazione del macroaggregato di spesa o categoria di entrata -capitolo/i, sia già esistente													
*RISORSE QUANTIFICATE COMPLESSIVAMENTE NEL TRIENNIO 2021-2023													