

OGGETTO: CHIARIMENTI RISPETTO ALLE OSSERVAZIONI FORMULATE DAL MINISTERO DELLA SALUTE, DAL MINISTERO DELL'ECONOMIA E FINANZE E DAL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA IN MERITO ALLA LEGGE REGIONALE N. 22/2021.

Premessa

Con la legge regionale n. 23/2015 Regione Lombardia ha avviato un percorso di riallineamento dell'assetto organizzativo al Decreto legislativo n. 502/1992. In particolare, l'allocazione dell'assistenza territoriale all'interno delle 27 ASST (prima erano 29 AO) ha avvicinato tale soggetto alle USSL previste dall'articolo 3 del citato decreto legislativo. Tuttavia, alcune funzioni (i Distretti, le Cure primarie, la Prevenzione ecc.) sono rimaste allocate in strutture organizzative all'interno dell'ATS.

Tale assetto organizzativo è stato oggetto di una sperimentazione quinquennale ad esito della quale il Ministero della Salute, con il supporto di AGENAS, ha effettuato una puntuale disamina prescrivendo di completare il percorso già avviato con la legge n. 23/2015 e prevedendo, conseguentemente, l'allocazione in ASST delle funzioni che ancora residuavano all'interno delle ATS.

Con la legge regionale n. 22/2021, in completa aderenza a quanto richiesto dal Ministero della Salute, si è provveduto a completare tale percorso disegnando di fatto la ASST in completa coerenza con quanto previsto dall'articolo 3 del decreto legislativo n. 502/1992.

Alle 8 ATS (che nel precedente assetto organizzativo erano 15 ASL), che in questo nuovo assetto presentano un'organizzazione molto più agile e snella, è demandata l'attuazione della programmazione regionale sul territorio di competenza, in considerazione dell'estensione territoriale, della differente connotazione geomorfologica e urbana e della consistenza e variabilità della popolazione regionale. Tale modello ricalca esattamente altre realtà regionali che hanno previsto l'istituzione di apposite agenzie e/o aziende che svolgano la medesima funzione delle ATS in Lombardia.

Si riportano di seguito, per completezza e facilità di lettura, le prescrizioni del Ministero della Salute e i riferimenti normativi contenuti nella legge regionale n. 22/2021 che ne attestano il recepimento:

1. *Prescrizione ministeriale: Istituire i Dipartimenti di Prevenzione, costituiti quali articolazioni delle ASST, con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni per la tutela della salute della popolazione.*

L'articolo 9 della legge regionale n. 22/2021, in modifica dell'articolo 7 della legge regionale n. 33/2009, ha inserito il comma 11bis che prevede l'istituzione del Dipartimento funzionale di Prevenzione all'interno delle ASST con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni per il territorio di competenza.

2. *Prescrizione ministeriale: Istituire i Distretti, costituiti quali articolazioni delle ASST, con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni distrettuali, prevedendo un adeguato coinvolgimento dei sindaci.*

L'articolo 10 della legge regionale n. 22/2021, in modifica dell'articolo 7bis della legge regionale n. 33/2009, stabilisce che ogni ASST si articola in Distretti. Alla ASST ed in particolare al Polo Territoriale articolato in Distretti, ai sensi del modificato articolo 7 della legge regionale n. 33/2009, è affidato il governo e l'erogazione delle prestazioni distrettuali. L'articolo 27 della legge regionale n. 22/2021, in modifica dell'articolo 20 della legge

regionale n. 33/2009, ha stabilito che la conferenza dei sindaci è composta dai sindaci dei comuni compresi nel territorio della ASST. Il coinvolgimento dei Sindaci da parte delle ASST è ulteriormente rafforzato dalla previsione, nel medesimo articolo al comma 5, dell'assemblea dei Sindaci del Distretto che comprende i Sindaci o i loro delegati dei comuni afferenti al singolo Distretto.

3. *Prescrizione ministeriale: Istituire 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.*

Con riferimento a tale prescrizione il modello attuale di Regione Lombardia prevede già la presenza dei Dipartimenti di Salute Mentale quali articolazioni delle ASST. Al fine di rendere maggiormente evidente tale organizzazione è stato previsto l'inserimento all'articolo 7 della legge regionale n. 33/2009, della lettera b) del comma 11bis che prevede il Dipartimento della Salute Mentale e delle Dipendenze quale dipartimento delle ASST.

4. *Prescrizione Ministeriale: Istituire la figura del Direttore di Distretto, selezionato ai sensi della normativa vigente.*

L'articolo 10 della legge regionale n. 22/2021, in modifica dell'articolo 7bis della legge regionale n. 33/2009, ha previsto e disciplinato la figura del Direttore di Distretto in coerenza con la normativa statale vigente.

5. *Prescrizione Ministeriale: Assegnare 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.*

Al fine di rendere ancora più evidente il potenziamento della funzione delle ASST in ordine all'attuazione della programmazione regionale ed evidenziare il ruolo di programmatore locale delle stesse ASST di programmazione l'articolo 9 della legge regionale n. 22/2021 ha inserito all'articolo 7 della legge regionale n. 33/2009 il seguente comma 17ter:

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

6. *Prescrizione Ministeriale: Attribuire alla Regione la funzione di accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche, private e dei professionisti che ne facciano richiesta.*

Ai sensi della legge regionale n. 33/2009, articolo 5 comma 3, la Regione stabilisce le regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione. Le ATS svolgono una funzione meramente istruttoria di verifica della rispondenza con le regole regionali e, ai sensi dell'articolo 15 comma 5 della legge regionale n. 33/2009, per le strutture pubbliche e private l'accREDITAMENTO si perfeziona all'atto dell'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate da parte della Regione, previa verifica con gli atti di indirizzo regionale, nel rispetto della normativa vigente sulla trasparenza dei dati. L'accREDITAMENTO acquista efficacia

solo a seguito della verifica da parte di Regione Lombardia (e conseguente iscrizione nel registro regionale) della completezza dell'iter istruttorio e della coerenza con le regole di accreditamento e con la programmazione regionale.

7. *Prescrizione Ministeriale: Assegnare alla Regione (tramite l'Agenzia di controllo), oppure all'ATS unica, funzioni di vigilanza e controllo degli erogatori privati accreditati di valenza regionale o extraregionale con cui ha stipulato gli Accordi Contrattuali e assegnare alle ASST la funzione di controllo degli erogatori privati accreditati: ospedalieri, ambulatoriali e sociosanitari, con valenza locale, con cui hanno stipulato gli Accordi Contrattuali.*

In linea generale non vi sono prescrizioni che attengano al principio di separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo dalle funzioni di erogazione. Fatta questa premessa si osserva che la contrattualizzazione degli erogatori di valenza locale da parte delle ASST, che rappresenterebbe il presupposto per la conseguente attività di vigilanza e controllo, è un suggerimento e non una prescrizione. Pertanto, non essendo stato messo in dubbio il modello di contrattualizzazione vigente ed avendo esclusivamente suggerito una possibile modifica, non è previsto che le funzioni di controllo siano allocate presso le ASST poiché non è prevista in capo a tali soggetti la funzione di contrattualizzazione.

Al contrario, come proposto nel documento AGENAS, la funzione di controllo esercitata da parte della Regione, per il tramite dell'Agenzia di controllo, viene esplicata mediante indirizzi omogenei su tutto il territorio regionale per tutti gli erogatori privati, siano essi di valenza regionale che locale.

Fatta questa doverosa premessa si riportano di seguito i chiarimenti alle osservazioni pervenute dal Ministero della Salute.

Articolo 1. Modifica dell'art. 2 della l.r.33/2002

Le modalità di attuazione dell'art. 2, comma 1 lettera n bis), che prevede il rafforzamento dell'assistenza territoriale, sono declinate in vari punti del testo di legge con particolare riferimento ai seguenti articoli, così come modificati dalla l.r. 22/2021: articolo 5, commi 2, 4 bis, 6 e 7, articolo 6, commi 3 e 6 bis, articolo 7, commi 4, 5, 11, 11 bis, 12, 13, 14, 15 16, 17, 17 bis, 17 ter, articolo 7 bis, articolo 8, comma 2 bis, articolo 10, commi 3, 10, 11, 11 bis, 11 ter, 11 quater, articolo 10 bis, articolo 17, comma 3, articolo 20.

Il servizio di assistenza domiciliare costituisce una delle prestazioni territoriali volte ad implementare i servizi di prossimità riconducibili alle ASST ai sensi dell'art.7, con particolare riferimento alle previsioni del comma 12, che stabilisce che il settore aziendale polo territoriale delle ASST eroga, per il tramite dell'organizzazione distrettuale, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari.

Con riferimento alla previsione di cui all'art. 2, comma 2 lettera e bis), come modificato dall'art 1 della l.r. 22/2021, in ordine alla **Valorizzazione delle attività sportive**, si precisa che la disposizione non fa riferimento alle prestazioni, ma ad un corretto e sano stile di vita che può avere impatto positivo in termini di prevenzione, cura e riabilitazione. E' evidente che quanto previsto dalla norma non può in alcun caso modificare le competenze dei professionisti che continueranno a effettuare le proprie attività (erogando le relative prestazioni) in totale aderenza ai titoli formativi acquisiti e al ruolo

ricoperto. In ogni caso, al fine di fugare ogni dubbio, questa Amministrazione si impegna a modificare la disposizione **come previsto in allegato**.

In merito all'equivalenza dei soggetti pubblici e privati, va chiarito che la stessa è riferibile esclusivamente alla parità di obblighi e diritti in ordine ai requisiti di accreditamento, all'erogazione delle prestazioni, alle tariffe di remunerazione, alle regole di negoziazione. In tal senso è il contratto di servizio che regola l'erogazione delle prestazioni sia per i soggetti erogatori pubblici che privati. Tale impostazione fa salve le peculiarità delle ATS, quale soggetto sanitario pubblico che definisce il fabbisogno e negozia i volumi di prestazioni da acquistare.

E' evidente che, nel rigoroso rispetto delle risorse assegnate a Regione Lombardia derivanti dal riparto del Fondo Sanitario Nazionale, il finanziamento dei soggetti pubblici e dei soggetti privati è disciplinato secondo i rispettivi ordinamenti. Tali principi vengono altresì evidenziati con riferimento al contratto di lavoro che disciplina i relativi comparti.

Articolo 3 che modifica il comma 1 dell'articolo 4.

Si evidenzia che l'articolo in parola non contiene alcun riferimento al Piano Sanitario Nazionale, citato esclusivamente nel comma 2, oggetto di un mero coordinamento. Si evidenzia peraltro che, nella condivisione che lo strumento pattizio si è progressivamente affermato quale modalità per affrontare i temi che vedono coinvolti i diversi livelli di governo in materia di tutela della salute, la disposizione che prevede quale strumento di programmazione il Piano Sanitario Nazionale è ancora vigente, non si ritiene, pertanto, di accogliere il rilievo, al fine di non creare un contrasto, anche in termini formali, con il dato normativo statale.

Articolo 5 che introduce l'art. 4 ter.

Si ritiene di accogliere l'osservazione e quindi di allineare la durata del piano pandemico regionale a quella del piano pandemico nazionale, specificando che si tratta di un piano regionale strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da virus influenzale, **così come previsto in allegato**.

Articolo 6 che modifica l'art. 5, comma 2. Presa in carico.

L'attività è garantita direttamente dall'ASST tramite il polo territoriale, articolato in distretti e in dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali delle ASST. Al riguardo si evidenzia che il comma 12 dell'articolo 7 prevede espressamente che ***“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.*** Tale disposizione è in coerenza con quanto già previsto dall'art. 9 comma 3, lettera a) ai sensi del quale la Regione definisce *“le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato*

di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno.

Si ritiene, altresì, di poter riformulare l'articolo 5 comma 2, prevedendo anche i PLS e **come precisato in allegato.**

Per quanto riguarda il ruolo delle farmacie nel percorso di presa in carico, si ritiene che il richiamo alla farmacia dei servizi così come disciplinata dalla normativa non consenta attività differenti o interpretazioni non compatibili con la disciplina nazionale.

Articolo 6, modifiche all'articolo 5, comma 4.

La previsione che fa riferimento alla "*piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti i soggetti erogatori*" non rappresenta una novità introdotta con la l.r. 22/2021 ma già presente nel medesimo articolo e comma tuttora vigente e mai precedentemente impugnato né oggetto di alcuna osservazione. In ogni caso si evidenzia che la *ratio* di tale disposizione consiste nella volontà di introdurre meccanismi che garantiscano la possibilità di massimizzare l'offerta sanitaria senza incidere negativamente o comunque indebolire il governo istituzionale del sistema di erogazione delle prestazioni in capo alla Regione.

A conferma di ciò il governo regionale è assicurato dalle seguenti previsioni:

1. i requisiti di accreditamento sono previsti dal DPR 14 gennaio 1997 e ulteriori requisiti sono stabiliti dalla Giunta Regionale;
2. lo schema tipo di contratto tra ATS e soggetti erogatori è approvato dalla Giunta Regionale ai sensi dell'art. 15, comma 7, della l.r.33/2009;
3. le risorse per il finanziamento delle prestazioni sanitarie sono attribuite alle ATS dalla Regione;
4. il fatto che si tenga conto della piena flessibilità ed autonomia organizzativa di tutti i soggetti erogatori e che alle ATS sia attribuito il potere di rimodulazione annuale dei rapporti contrattuali è bilanciato dalla previsione, sancita dal medesimo comma, che dispone l'impossibilità di compensazione tra il finanziamento complessivo negoziato con le strutture pubbliche e il finanziamento complessivo negoziato con le strutture sanitarie accreditate e a contratto, a garanzia dell'equilibrio economico finanziario di sistema e dei tetti di spesa fissati da Regione Lombardia.

Articolo 6, modifiche all'articolo 5, comma 5 bis.

Il rationale della previsione di programmi per l'introduzione di strumenti innovativi per il finanziamento del sistema sanitario di cui all'art. 5, comma 5 bis, nel rispetto della coerenza con i meccanismi di finanziamento del SSN e nel rispetto del principio che sancisce la garanzia della natura universalistica del Sistema Sanitario, così come espressamente previsto dall'art 2, comma 1, lettera j) va ricercato nella possibilità per la regione di prevedere livelli aggiuntivi di assistenza di cui all'art.5, comma 1. Tuttavia, di evitare possibili ambiguità, questa Amministrazione si impegna ad abrogare la previsione normativa **come da proposta allegata.**

Articolo 6, modifiche all'articolo 5, comma 5 ter.

Come già precisato in premessa, le 8 ATS rappresentano gli enti deputati all'attuazione della programmazione sul territorio di competenza: al fine di sviluppare ulteriormente questo ruolo in completa sinergia con la Regione, si è ritenuto che ciascuna ATS possa coordinare, per l'intero territorio della regione, specifiche tematiche sotto la supervisione e il coordinamento della correlata unità organizzativa dell'Assessorato al Welfare.

Ne consegue che la funzione centrale è allocata presso Regione Lombardia e in tal senso va letto l'incipit della norma “*al fine di potenziare il ruolo di governo e di indirizzo dell'Assessorato al Welfare*”; le funzioni centrali regionali, in sinergia con le unità operative delle ATS, attueranno in modo omogeneo sull'intero territorio tale programmazione. Va precisato che questo assetto organizzativo non prevede l'istituzione di nuove unità operative nelle ATS.

Articoli 9 e 36

Si precisa che il bilancio delle ASST è unico e non prevede sezionali dedicati al Polo Ospedaliero e al Polo Territoriale. La disposizione mira esclusivamente a precisare che ciascun Polo aziendale disporrà di risorse dedicate pur nell'unitarietà del bilancio aziendale.

Le case di comunità e gli ospedali di comunità, sono le strutture previste dal PNRR, così come indicato espressamente all'art. 7, comma 3. Tali strutture si inseriscono nel complesso sistema sanitario ed opereranno nel rispetto della vigente normativa di riferimento e della missione 6 del PNRR.

Fermo restando che, in coerenza con quanto previsto dal PNRR, le Case di Comunità saranno strutture fisiche in cui opereranno team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità ed altri professionisti al fine di rispondere in modo completo ed adeguato ai bisogni della popolazione, la disposizione che intende attribuire ai MMG e ai PLS, riuniti in associazione o in cooperativa (quindi a soggetti giuridici ben definiti e non a MMG/PLS singoli) un ruolo gestionale al fine anche di valorizzare e potenziare le attività che gli stessi svolgono sul territorio rappresenta un'opportunità, che non è sostitutiva della gestione delle case di comunità affidata alle ASST ma va a potenziare ulteriormente l'offerta territoriale affiancandosi a quella delle medesime ASST, non prevedendo una differente modalità di erogazione delle attività che dovrà comunque garantire la presenza di tutte le professionalità previste in tali strutture (equipe multidisciplinari, specialisti ambulatoriali, infermieri, continuità assistenziale ecc.). Tuttavia, al fine di evitare perplessità e ambiguità attuative, si accolgono i suggerimenti e ci si impegna a modificare la norma **come previsto in allegato**.

Articolo 10 che modifica l'articolo 7bis

Con riferimento all'articolo 10 che modifica l'articolo 7bis, si precisa che l'attribuzione dell'incarico di direttore di distretto seguirà la normativa contenuta nel decreto legislativo n. 502/1992 anche con riferimento al congelamento del posto in organico previsto dall'articolo 3sexies del citato decreto.

Articolo 12 che modifica l'articolo 8

Con riferimento all'introduzione della previsione delle Aziende Ospedaliere nell'ambito del SSR di cui all'articolo 7, commi 18 e 18bis, si è ritenuto di introdurre una norma di coordinamento inserendo tra i soggetti erogatori contrattualizzati anche le AO.

Articolo 13 che introduce gli articoli 8bis e 8ter

La disposizione precisa quanto già in essere nel sistema sanitario e, in particolare, trattandosi di interventi sul testo unico che disciplina la materia si è inteso dare dignità a tutti gli erogatori che svolgono attività nell'ambito del SSR, senza che ciò comporti modifiche all'attuale assetto della rete erogativa e conseguente finanziamento.

Articolo 14, comma 1 let. e) che sostituisce il comma 10 dell'art. 10

Si ritiene di accogliere il rilievo e pertanto espungere dal testo il riferimento all'ostetrica di famiglia e di comunità **così come previsto in allegato.**

Con riferimento all'art. 14 che introducendo il comma 11 quater all'art. 10, si precisa che i finanziamenti ivi previsti per l'acquisto di apparecchiature medicali saranno stanziati nel rispetto di quanto previsto dal riparto nazionale e che tale finanziamento non inciderà sull'attuazione del PNRR.

Articolo 15 che introduce l'art 10 bis **Fondo per la telemedicina**

La previsione è stata introdotta per individuare una quota di fondo sanitario, quantificata in 5 milioni di euro al comma 3 dell'articolo 37, annualmente destinata all'erogazione di prestazioni in telemedicina data la rilevanza strategica degli interventi e delle prestazioni in parola. Tuttavia, al fine di fugare i dubbi del Ministero dell'Economia, questa amministrazione si impegna ad abrogare la disposizione **come previsto in allegato.**

Articolo 17 che introduce l'art 11 bis **Centro per la prevenzione e il Controllo delle malattie infettive.**

La recente pandemia da Covid 19, che da ormai due anni sta impegnando il sistema sanitario, ha evidenziato la necessità di rafforzare il presidio sulle malattie infettive. L'istituzione del Centro, quale nuovo ente nell'ambito del Sistema sanitario Regionale si pone in un'ottica di razionalizzazione, potenziamento ed efficientamento delle funzioni ad esso attribuite per la prevenzione, il controllo e la gestione delle malattie infettive, funzioni già di competenza della regione e delle Strutture sanitarie. Il comma 3 prevede che il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive operi in sinergia, tra l'altro, con gli istituti di ricerca, tra i quali possono essere ricompresi anche l'Istituto Superiore di Sanità e l'Istituto Nazionale malattie infettive "L. Spallanzani".

Tale Centro ai sensi di quanto previsto dall'art. 36, comma 8, è inserito nella Sezione II dell'Allegato A1 della l.r 30/2006 che individua gli enti del sistema sanitario regionale e come tale sarà assoggettato alla disciplina degli enti sanitari anche in termini di finanziamento nell'ambito del perimetro del D.lgs n. 118/2011.

Le funzioni e la durata degli organi, la sede e le modalità di funzionamento ed organizzazione del centro, saranno disciplinate nello statuto che verrà approvato con deliberazione di Giunta regionale come previsto dal comma 7 dell'art. 11 bis.

Il centro rappresenta un'opportunità per attingere e beneficiare di tutte le possibili fonti di finanziamento e in tal senso sono già in fase avanzata approfondimenti su percorsi di possibile collaborazione con il Ministero della Salute che, in via informale, ha già dato il proprio assenso alla partecipazione al Consiglio di Amministrazione mediante un proprio rappresentante. In particolare si ritiene che il Centro possa beneficiare delle previsioni contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza oltre a possibili future risorse rese disponibili a livello europeo anche in relazione a quanto previsto dalla Commissione Europea che ha individuato in 6 miliardi di euro per il periodo 2022-2027 le risorse per la preparazione e la risposta alle pandemie che saranno messe a disposizione su plurime attività quali le attività di raccolta e analisi di informazioni, la ricerca e lo sviluppo, la diffusione e il rafforzamento delle capacità di risposta.

Al fine di meglio precisare la natura giuridica del Centro e che lo stesso è inserito nel sistema sanitario regionale, questa Amministrazione si impegna a procedere ad una modifica normativa indentificandolo come Agenzia, eliminando la previsione del supporto alla Regione (lasciando esclusivamente il supporto al sistema regionale) ed inserendo nella norma la specifica che il finanziamento avverrà secondo le previsioni del D.Lgs. n. 118/2011.

Al fine, poi, di dare contezza nella norma circa la condivisione con il livello centrale ci si impegna ad inserire nella disposizione la previsione di intesa con i Ministeri competenti.

Le proposte di modifica sono riportate in allegato.

Articolo 18 che modifica l'articolo 12, comma 6

Nell'accogliere le osservazioni formulate si propone di ripristinare il testo previgente del primo periodo del comma 6 dell'art. 12 elevando la consistenza della rosa ad un numero compreso tra quattro e cinque volte il numero dei direttori generali da nominare al fine di garantire alla Giunta regionale la possibilità di scegliere il soggetto più idoneo tra un numero ragionevole di candidati. Il testo riformulato, che riprende il testo già approvato con la legge regionale n. 15/2018, **viene riportato in allegato.**

Articolo 20 che ha modificato l'articolo 15

Ai sensi della legge regionale n. 33/2009, articolo 5 comma 3, la Regione stabilisce le regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione. Le ATS svolgono una funzione istruttoria di verifica della rispondenza dei requisiti con le regole regionali. Ai sensi dell'articolo 15 comma 5 della legge regionale n. 33/2009, per le strutture pubbliche e private l'accreditamento si perfeziona all'atto dell'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate da parte della Regione, previa verifica con gli atti di indirizzo regionale, nel rispetto della normativa vigente sulla trasparenza dei dati. L'accreditamento acquista efficacia solo a seguito della verifica da parte di Regione Lombardia (e conseguente iscrizione nel registro regionale) della completezza dell'iter istruttorio e della coerenza con le regole di accreditamento e con la programmazione regionale. In ogni caso, al fine di adeguarsi alle prescrizioni del Ministero della Salute, si propone la riformulazione dei commi 4 e 5 così **come previsto in allegato.**

Per quanto riguarda invece le osservazioni al comma 12 bis, dell'articolo 15, introdotto dall'articolo 20 della l.r. 22/2021, si osserva che la stipula del contratto unico con enti che hanno strutture su territori di ATS differenti avviene in raccordo tra le varie ATS interessate, previa autorizzazione della Regione Lombardia, e che la correttezza dei controlli effettuati viene garantita dall'Agenzia di Controllo del Sistema sociosanitario, che tra i suoi compiti ha quello di programmare e coordinare gli interventi di controllo delle ATS e delle ASST su tutto il territorio regionale.

Art. 25 che ha emendato l'articolo 18

Al fine di non ingenerare equivoci interpretativi si ritiene di accogliere le osservazioni formulate impegnandosi a modificare il testo normativo come segue:

- di espungere dal testo il riferimento alla figura dell'optometrista;
- di precisare la figura del farmacista in ambito ospedaliero e territoriale.

Per quanto attiene alla locuzione "professioni mediche e sanitarie" da un'ulteriore lettura si precisa che tale locuzione presente nel testo previgente non è più presente nel testo normativo modificato con la legge regionale n. 22/2021.

La formulazione puntuale delle modifiche è riportata in allegato.

Art 26 che modifica l'articolo 19 Sperimentazioni gestionali

Per quanto attiene alle sperimentazioni gestionali la modifica della norma mira a dare un orizzonte temporale definito ai rapporti contrattuali e societari tra l'ASST e il gestore. Come infatti si potrà vedere dalla lettura della precedente disposizione, proprio al fine di allineare le regole con cui si disciplinano le sperimentazioni gestionali è stata eliminata la parola "definitiva" che presupponeva una definitiva contrattualizzazione del soggetto privato, non in linea con quanto previsto per gli altri erogatori privati.

La durata ventennale si riferisce al modello gestionale sperimentato, mentre è evidente che il contratto di erogazione tra l'ATS e il gestore è disciplinato dalle disposizioni in vigore nel contratto per tutti gli erogatori (pubblici e privati) che annualmente definisce le regole di erogazione e finanziamento.

In ogni caso al fine di fugare ogni dubbio interpretativo, si propone la riformulazione **come previsto in allegato**

Art. 32 di modifica all'art. 26

Con riferimento all'art. 32 che modifica l'articolo 26 si conferma che quanto previsto sarà attuato nel rispetto della cornice regolatoria vigente **come previsto in allegato**.

Art. 33 di modifica l'articolo 27

Le tariffe regionali vengono determinate in coerenza con quelle statali, pertanto, eventuali adeguamenti di queste ultime dovranno essere recepiti a livello regionale. Al fine di fugare eventuali perplessità questa Amministrazione si impegna a modificare la norma **come previsto in allegato**.

Art. 36 disposizioni finali e disciplina transitoria

Con riferimento al comma 4 si precisa che la norma stabilisce una tempistica quale obiettivo del SSR per il potenziamento della rete territoriale che, tuttavia, si conferma sarà strettamente coordinata con l'attuazione del PNRR anche in coerenza con le risorse rese disponibili.

Con riferimento al comma 15 si chiarisce la portata confermativa della disposizione pertanto la programmazione delle risorse del fondo sanitario regionale continua ad essere affidata al medesimo Assessorato: la previsione è stata inserita al fine di confermare senza soluzione di continuità l'attività finora svolta a fronte dell'abrogazione (articolo 34 della legge regionale n. 22/2021) della precedente disposizione contenuta nell'articolo 27 ter della legge regionale n. 33/2009 così come modificato dalla legge regionale n. 23/2015 che istituiva l'assessorato unico al Welfare. Tale norma, infatti, ha esaurito il suo effetto in quanto l'assessorato Welfare è stato istituito ed è tuttora previsto nell'ambito della Giunta regionale.

Articolo 37 norma finanziaria

Con riferimento all'art. 37 in merito alla richiesta di chiarimenti sull'utilizzo della locuzione "fondo sociosanitario regionale" si conferma che la stessa, tenuto conto della valenza socio-sanitaria della riforma, si intende riferita alle risorse correnti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che lo Stato ripartisce annualmente alle Regioni a titolo di quota indistinta (Fondo Sanitario Regionale indistinto) che finanzia il sistema sociosanitario regionale. In ogni caso onde evitare dubbi e fraintendimenti circa la possibilità che il fondo sanitario possa finanziare anche prestazioni sociali la parola "socio" verrà espunta dalla locuzione così **come previsto in allegato**.

Il documento tecnico di accompagnamento alla norma finanziaria approvato con DGR n 5914 del 31.01.2022 ha approvato le variazioni di bilancio conseguenti alla norma finanziaria della l.r. n. 22/2021 specificando che, preso atto del riparto definitivo approvato dall'Intesa, sottoscritta in Conferenza Stato Regioni – (Repertorio Atti n. 1/CSR del 12 gennaio 2022), sancita ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, sullo schema di Decreto del Ministro della salute recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari, si sarebbe proceduto con successivo provvedimento di variazione di bilancio all'allocazione definitiva delle risorse in base all'effettivo riparto sopraccitato.

Detto provvedimento è stato approvato nella seduta di giunta del 7 febbraio 2022.