



Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 45/12

di iniziativa del Consigliere M. COMITO recante:

"Modifiche all'articolo 11 della legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 (Piano regionale della salute 2004 - 2006)"

relatore: M. COMITO;

DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	10/03/2022
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	10/03/2022
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	Il Comm.
NUMERO ARTICOLI	

ultimo aggiornamento: 11/03/2022

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 45/XII pag. 3
"Modifiche all'articolo 11 della legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 (Piano regionale della salute 2004 – 2006)".

Normativa citata

Legge regionale 2 marzo 2022, n. 5 pag. 5
"Integrazioni all'articolo 11 della legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 (Piano regionale della salute 2004 - 2006)."

Legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 pag. 6
"Piano Regionale per la Salute 2004/2006."

PNRR - "MISSIONE 6 - SALUTE" pag. 21
"Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) trasmesso alla Commissione europea"

Normativa comparata

Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 - Lombardia pag. 38
"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)"

Documentazione correlata

Deliberazione della Giunta regionale n. 136 del 15 febbraio 2022 - Veneto pag. 62
"Piano regionale di individuazione delle Case di Comunità e aggiornamento delle schede di dotazione degli Ospedali di Comunità in attuazione del PNRR - Missione 6 Componente 1 Investimento 1.1 e Investimento 1.3. Deliberazione n. 4/CR del 1 febbraio 2022."

Deliberazione della Giunta regionale n. 136 del 15 febbraio 2022 (all. "A") - Veneto pag. 65
"ALLEGATO A DGR n. 136 del 15 febbraio 2022 - Missione 6 C1 intervento 1.1 Case della Comunità"

Proposta di legge recante: “Modifiche all'articolo 11 della legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 (Piano regionale della salute 2004 – 2006)”.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

La legge regionale 5/2022 ha introdotto il comma 5-bis dell’articolo 11 della legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 (Piano regionale della salute 2004 – 2006), introducendo nuove forme di assistenza sanitaria, con la finalità di migliorare l’assistenza di prossimità.

Tra le tipologie assistenziali individuate sono indicate le “case di continuità”. Il PNRR indica invece la Casa della Comunità quale strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare per i malati cronici. Pertanto l’attuale proposta prevede di adeguare la terminologia a quella usata nel PNRR, sostituendo le “case di continuità”, con le “case di comunità”

RELAZIONE TECNICO-FINANZIARIA

Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria Proposta di legge recante: "Modifiche all'articolo 11 della legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 (Piano regionale della salute 2004 - 2006)"

Tab. 1 - Oneri finanziari:

	Descrizione spese	Tipologia	Carattere temporale	Importo
		I o C	A o P	
Art. 1	Modifica la lettera a) del comma 5-bis dell’articolo 11 della l.r. 11/2004 e non comporta oneri	//	//	0
Art. 2	Reca la clausola di invarianza finanziaria	//	//	0
Art. 3	Reca la clausola d’urgenza sull’entrata in vigore	//	//	0

Criteri di quantificazione degli oneri

La presente legge reca disposizioni di carattere ordinamentale che non comportano nuovi o maggiori oneri finanziari per il bilancio regionale.

Tab. 2 Copertura finanziaria:

Indicare nella Tabella 2 il Programma e/o capitolo del bilancio di copertura degli oneri finanziari indicate nella tabella I.

Programma capitolo	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Totale
	//	//	//	//
Totale				//

Proposta di legge recante: “Modifiche all'articolo 11 della legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 (Piano regionale della salute 2004 – 2006)”.

Art. 1

(Modifiche all'articolo 11 della l.r. 11/2004)

1. Alla lettera a) del comma 5-bis dell'articolo 11 della legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 (Piano regionale della salute 2004 – 2006), la parola “continuità” è sostituita dalla seguente: “comunità”.

Art. 2

(Clausola di invarianza degli oneri finanziari)

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

Art. 3

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale telematico della Regione Calabria.

F.to Michele Comito

Legge regionale 2 marzo 2022, n. 5

Integrazioni all'articolo 11 della legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 (Piano regionale della salute 2004 - 2006).

(BURC n.37 del 2 marzo 2022)

Art. 1

(Integrazioni all'art. 11 della [l.r. 11/2004](#))

1. Dopo il comma 5 dell'articolo 11 della [legge regionale 19 marzo 2004, n. 11](#) (Piano regionale della salute 2004 -2006), è aggiunto il seguente comma:
"5-bis. Al fine di assicurare l'esigibilità sociale della missione assistenziale cui i distretti sanitari sono destinati, vengono individuate, ove necessarie nel rispetto del criterio geo-demografico e socioeconomico, le seguenti strutture e organizzazioni distrettuali, strumentali a generare un nuovo modello di erogazione di assistenza di prossimità a garanzia di una maggiore attenzione alla persona umana, da esercitarsi nei luoghi in cui la stessa abbia fissato la propria dimora abituale:
 - a) la casa di continuità, da intendersi quale struttura fisica garante dell'assistenza multidisciplinare primaria, assicurata da personale dipendente e comunque a disposizione del sistema della salute pubblico, anche in regime convenzionale;
 - b) l'ospedale di comunità, da intendersi quale struttura sanitaria fissa della rete territoriale, prevalentemente infermieristica, a ricovero breve destinato a pazienti cui necessitano trattamenti sanitari di media e bassa intensità clinica comportanti degenze brevi;
 - c) la centrale operativa territoriale, da intendersi quale strumento organizzativo per la corretta presa in carico dell'individuo bisognoso di ricorrere alle cure del sistema della salute e per il monitoraggio continuo dei residenti stanziali."

Art. 2

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

Art. 3

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale telematico della Regione Calabria.

LEGGE REGIONALE 19 marzo 2004, n. 11 ¹
Piano Regionale per la Salute 2004/2006.
(BUR n. 5 del 16 marzo 2004, supplemento straordinario n. 3)

(Testo coordinato con le modifiche e le integrazioni di cui alle LL.RR. 11 agosto 2004, n. 18, 22 dicembre 2004, n. 32, 11 maggio 2007, n. 9, 18 luglio 2008, n. 24 e 29 marzo 2013, n. 16)

(Allegato)²

Art. 1

(Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)

1. La presente legge stabilisce le finalità della programmazione regionale in materia sanitaria e ne dichiara i principi e i criteri; disciplina le modalità del concorso degli enti locali e la partecipazione delle formazioni sociali; individua strumenti e modalità per l'attuazione, la verifica e l'implementazione degli atti di programmazione.

2. La Regione Calabria riconosce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività e la garantisce attraverso il servizio sanitario regionale, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

3. Il servizio sanitario regionale, assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi fondamentali del decreto legislativo di riordino 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal piano regionale per la salute, nel rispetto dei principi del piano sanitario nazionale, dei bisogni di salute delle popolazioni, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

4. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal piano sanitario nazionale e di quello regionale per la salute e comprendono:

- a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) l'assistenza distrettuale;
- c) l'assistenza ospedaliera.

5. L'erogazione delle prestazioni di cui al comma precedente avviene attraverso le strutture pubbliche e private accreditate; le modalità dell'accesso dell'utente ai presidi delle istituzioni sanitarie private accreditate sono disciplinate, nel rispetto della libera scelta del cittadino, nell'ambito delle disposizioni normative vigenti, dal Piano Regionale per la Salute.

Art. 2

(Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini)

¹ Vedi la L.R. 11 agosto 2004, n. 18, art. 14 che modifica le tabelle n. 6, n. 7 e n. 8, il paragrafo intitolato "Autorizzazione" e il paragrafo intitolato "C. Aspettativa dell'utenza" dell'allegato alla presente legge. (Vedi anche gli artt. 15, 17, 18 e 19 della L.R. n. 18/2004)

² L'allegato che riguarda l'autorizzazione e l'accreditamento è abrogato dall'art. 15, comma 1, ottavo trattino, della L.R. 18 luglio 2008, n. 24.

1. La Regione assicura e garantisce la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini nella fruizione dei servizi sanitari.
2. La Regione, al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del servizio sanitario regionale, utilizza i contenuti e le modalità degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie definite dal Ministero della salute con il decreto di cui all'articolo 14, comma 1, del decreto legislativo di riordino n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riferimento alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie.
3. La Regione promuove iniziative per la consultazione e la partecipazione attiva dei cittadini e delle loro organizzazioni, ed in particolare degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti, al fine di raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi e favorire il loro coinvolgimento nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale.
4. I direttori generali delle aziende concordano le modalità ed i tempi di raccolta e valutazione delle osservazioni con gli organismi di volontariato e con le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini in ordine alla gestione dei servizi e all'erogazione delle prestazioni, sulla base degli indirizzi formulati dal dipartimento sanità.
5. La Regione e le aziende del servizio sanitario regionale assicurano iniziative di formazione e di aggiornamento del personale destinato ai rapporti con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini.
6. Le Aziende del servizio sanitario regionale approvano ed aggiornano la carta dei servizi, e adottano il regolamento per la tutela degli utenti sulla base degli indirizzi formulati dal dipartimento sanità.
7. La carta dei servizi è lo strumento attraverso il quale le Aziende del servizio sanitario regionale orientano ed adeguano le proprie attività alla soddisfazione dei bisogni degli utenti. La carta definisce gli impegni e prevede gli standard, generali e specifici cui i servizi devono adeguarsi.
8. Le Aziende assicurano specifiche attività di informazione e di tutela degli utenti e definiscono un apposito piano di comunicazione aziendale finalizzato a promuovere la conoscenza da parte di tutti i soggetti interni ed esterni dei contenuti della carta e della relativa attuazione.
9. Le Aziende del servizio sanitario regionale, ai fini di cui ai commi precedenti, assicurano l'informazione in ordine alle prestazioni erogate, alle tariffe, alle modalità di accesso ai servizi, ai tempi di attesa, anche con riguardo all'attività libero professionale intramuraria, e si dotano di un efficace sistema di raccolta e di trattamento delle segnalazioni e degli esposti.
10. E' abrogato l'articolo 16 della legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2.

Art. 3

(Rapporti con il volontariato, l'associazionismo e la cooperazione sociale)

1. I rapporti fra le associazioni di volontariato e gli organismi di promozione sociale, le cui attività concorrono con le finalità del Servizio sanitario regionale ed il Servizio sanitario medesimo, sono

regolati da apposite convenzioni, in conformità con quanto disposto dalle normative nazionali e regionali vigenti.

2. L'associazionismo e la cooperazione sociale concorrono, nell'ambito delle loro competenze e con gli strumenti di cui alle vigenti leggi regionali, alla realizzazione delle finalità del Servizio sanitario regionale e alle attività di assistenza sociale.

Art. 4

(Programmazione sanitaria regionale)

1. La programmazione sanitaria regionale individua, in coerenza con il piano sanitario nazionale, gli strumenti per assicurare lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.

2. La programmazione sanitaria regionale si attua sul territorio della Regione attraverso le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere.

3. Sono atti della programmazione sanitaria ad ambito regionale:

- a) il Piano Regionale per la Salute e i relativi strumenti di attuazione di livello regionale;
- b) gli atti di indirizzo adottati dalla Giunta regionale;
- c) i piani attuativi locali;
- d) i piani attuativi delle Aziende Ospedaliere.

4. Sono atti rilevanti per la programmazione sanitaria di ambito regionale:

- a) la relazione sanitaria regionale;
- b) la relazione sanitaria aziendale.

5. La relazione sanitaria regionale valuta, anche sulla base delle risultanze delle relazioni sanitarie aziendali di cui al presente articolo, lo stato di salute della popolazione ed i risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal Piano Regionale per la Salute.

6. La Giunta Regionale predispone la Relazione Sanitaria Regionale e la trasmette ogni anno, entro il 31 dicembre, al Consiglio Regionale.

7. La Giunta trasmette la Relazione medesima alla Conferenza permanente per la Programmazione socio-sanitaria.

Art. 5³

(Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale)

1. *E' istituita la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, quale organismo rappresentativo delle autonomie locali nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria.*

³ Articolo così sostituito dall'art. 17 della L.R. 11 maggio 2007, n. 9

2. *La Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria è organo consultivo del Consiglio e della Giunta regionale.*

3. *La Conferenza è composta come segue:*

a) assessore regionale alla tutela della salute o suo delegato, che la presiede;

b) presidenti delle conferenze dei sindaci delle aziende sanitarie;

c) sindaci, o loro delegati, delle città capoluogo di provincia, se non presidenti di conferenza dei sindaci;

d) quattro rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali, dei quali uno dell'ANCI, uno dell'UPI, uno dell'UNCEM ed uno della Lega delle autonomie;

e) presidenti delle province, o loro delegati, limitatamente alla trattazione delle materie socio-sanitarie.

4. *Se richiesti, partecipano ai lavori della Conferenza, senza diritto di voto, il Dirigente generale del Dipartimento regionale tutela della salute, nonché i Direttori generali delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere.*

5. *Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'assessore regionale alla tutela della salute procede all'insediamento della Conferenza, che provvede all'approvazione del regolamento di funzionamento. Fino all'approvazione del regolamento si applica il regolamento del consiglio comunale della città capoluogo di regione.*

6. *La Conferenza esprime i pareri e svolge le funzioni previste dal Piano regionale per la salute.*

7. *Il Dipartimento regionale della sanità assicura le attività di supporto logistico e di segreteria necessarie per il funzionamento della Conferenza.*

8. *E' abrogato l'articolo 17 della legge regionale 7 agosto 2002 n. 29.*

Art. 6

(Partecipazione degli enti locali alla programmazione delle attività)

1. *La Conferenza dei Sindaci svolge, per ciascuna Azienda Sanitaria, le funzioni di cui al Decreto 502 del 30 dicembre e all'articolo 11 della L.R. 22 gennaio 1996, n. 2. Con deliberazione di Giunta regionale e previo parere della Commissione permanente, sono disciplinate le modalità di funzionamento della Conferenza dei Sindaci.*

2. *Per le Aziende Ospedaliere le funzioni della Conferenza dei Sindaci sono svolte da un Comitato di rappresentanza composto da cinque membri, eletto in seno alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale presso ogni Azienda Ospedaliera.*

3. *Il Comitato dei Sindaci di Distretto concorre alla verifica dei risultati di salute definiti dal programma delle attività territoriali. Con Deliberazione di Giunta regionale e previo parere della Commissione consiliare competente, sono disciplinate le modalità di funzionamento del Comitato dei Sindaci di Distretto.*

Art. 7

(Organizzazione delle aziende)

1. Le finalità istituzionali del servizio sanitario regionale sono realizzate mediante undici Aziende sanitarie e quattro Aziende ospedaliere, che hanno personalità giuridica pubblica e autonomia gestionale. Sono organi delle aziende il direttore generale ed il collegio sindacale.
2. L'organizzazione ed il funzionamento delle aziende sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato adottato dal Direttore Generale conformemente all'atto di indirizzo adottato dalla Giunta regionale.
3. Per la più efficace e razionale utilizzazione delle risorse umane e finanziarie, la Giunta regionale formula indirizzi alle Aziende sanitarie ed alle Aziende ospedaliere affinché esercitino in comune tra di loro funzioni amministrative, legali e tecniche.
4. E' abrogato l'articolo 3 della legge regionale 22 gennaio 1996 n. 2.

Art. 8

(Articolazione posti letto)

1. I posti letto per acuti delle strutture pubbliche e private accreditate concorrono, su base complessiva regionale, al conseguimento dello standard di 4 posti letto ogni mille abitanti stabilito dal Piano Regionale per la Salute, rimanendo inalterato il rapporto percentuale tra posti letto pubblici e privati accreditati per acuti, fino alla concorrenza massima del 32% di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto per acuti esistenti alla data del 31.12.2003. I posti letto eccedenti delle strutture pubbliche e private sono ridotti e decadono dall'accreditamento e possono essere riconvertiti in posti letto di lungodegenza e riabilitazione, con priorità per la riconversione dei posti letto pubblici, nei limiti delle relative disponibilità ed in coerenza con le indicazioni del piano regionale per la salute.
2. La Giunta regionale, previo parere della Commissione regionale competente, è delegata a definire con le strutture ospedaliere private accreditate, anche mediante intese con le organizzazioni di categoria rappresentative a livello regionale, il riparto dei posti letto per pazienti acuti conformi agli standard come sopra definiti, con riconversione alle specialità corrispondenti ai fabbisogni individuati di posti letto per acuti dal piano regionale per la salute. Tale riconversione dovrà comunque avvenire entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, a pena di decadenza dagli accreditamenti.
3. Nelle more della rideterminazione prevista dal comma precedente, i posti letto delle strutture private accreditate concorrono alla contrattazione di prestazioni ospedaliere in ambito regionale, tenuto conto dei fabbisogni determinati dal piano regionale per la salute e delle risorse rese annualmente disponibili.
4. I posti letto ospedalieri delle strutture pubbliche, articolati per specialità, sono assegnati alle Aziende Ospedaliere e alle Aziende Sanitarie secondo il riparto effettuato dal piano regionale per la salute. L'assegnazione a ciascuna Azienda sanitaria è effettuato secondo il criterio di proporzionalità rispetto al numero dei residenti; i posti letto delle Aziende ospedaliere sono ripartiti sulla base dei principi e con i criteri specifici di cui all'articolo 4 del D.lgs 502/92 e s.m.i.. I posti

letto sono ripartiti secondo le tabelle di PRS di cui alla presente legge; eventuali variazioni sono approvate con delibera di Giunta regionale, previo parere vincolante della commissione consiliare competente.

5. Previo parere della conferenza dei Sindaci e del comitato di rappresentanza le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere con il piano attuativo, nel rispetto delle indicazioni di cui al comma precedente, provvederanno a ripartire le unità operative ed eccezionalmente i mezzi moduli previsti dal piano, nei propri presidi. Il riparto tra le strutture dovrà avvenire per interi moduli, e solo in casi eccezionali per mezzi moduli, tenuto conto anche della tipologia del presidio nel quale sono svolte le attività assistenziali.

6. La Giunta regionale può riprogrammare la localizzazione delle singole specialità e la distribuzione dei relativi posti letto previsti dal Piano regionale per la salute, entro il limite del 5 per cento del totale regionale, con provvedimento motivato, sentito il parere vincolante della competente commissione consiliare.

7. Limitatamente alle ipotesi di riconversione di cui al presente articolo trova applicazione anche per le strutture private accreditate il differimento dei termini di cui all'articolo 15 comma 6 della Legge regionale 26.06.2003 n. 8.

Art. 9

(Finanziamento del servizio sanitario regionale)

1. Al finanziamento delle attività necessarie a garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza e la produzione ed erogazione delle prestazioni in esse ricomprese provvede la Giunta regionale nei limiti delle quote del fondo sanitario regionale. Il finanziamento da parte della Giunta delle attività svolte da ciascuna Azienda Sanitaria per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza e la produzione ed erogazione delle prestazioni si basa sul criterio della quota capitaria, fatto salvo il ricorso ad un fondo di riequilibrio da utilizzare dalla Giunta regionale a fronte di specificità funzionali od organizzative da recuperare comunque entro un termine massimo di cinque anni.

2. La Giunta regionale provvede altresì a determinare i volumi e tipologie delle prestazioni, le modalità di remunerazione ed i limiti di spesa per gli accordi ed i contratti che le Aziende Sanitarie stipulano con le strutture pubbliche e gli erogatori privati accreditati, entro i limiti degli standard relativi ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza, e con riferimento alla qualità delle prestazioni. Per l'anno 2004 valgono le disposizioni di cui all'art. 1 della legge regionale n. 30/2003.

3. La remunerazione delle attività delle Aziende Ospedaliere è definita dalla Giunta regionale sulla base del sistema tariffario delle prestazioni, nonché sulla base delle funzioni e dei programmi definiti negli accordi stipulati con le Aziende Sanitarie. La Giunta regionale può disporre ulteriori trasferimenti connessi a specifiche attività assistenziali, relativi ad attività di ricerca finalizzata o a sperimentazioni autorizzate.

Art. 10

(Piani attuativi)

1. Il PRS trova attuazione attraverso la programmazione sanitaria aziendale. L'atto di programmazione sanitaria aziendale è il piano attuativo.

2. La Giunta regionale:

- a) indirizza la formazione dei piani attuativi e delle relazioni sanitarie aziendali, anche attraverso l'emanazione di linee guida a carattere tecnico operativo e di schemi tipo per la redazione degli elaborati;
- b) approva la conformità dei piani attuativi delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere alle disposizioni del piano regionale per la salute, emanando eventuali prescrizioni di adeguamento;
- c) controlla la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi;
- d) nell'ambito delle proprie competenze può attivare iniziative atte a verificare la rispondenza fra gli atti di programmazione e l'azione di governo delle Aziende.

3. Entro 150 giorni dall'intervenuta esecutività dell'atto aziendale le aziende adottano il piano attuativo.

4. Il piano attuativo è lo strumento di pianificazione triennale attraverso il quale le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere, in relazione alle risorse disponibili ed alle previsioni del piano sanitario regionale, programmano le proprie attività.

5. Il piano attuativo delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere è articolato in programmi annuali di attività ed è negoziato con il Dipartimento regionale della Sanità sulla base degli indirizzi formulati dalla Giunta regionale.

6. La Giunta regionale, acquisite le proposte della Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale, entro il 30 ottobre di ciascun anno detta gli indirizzi per la redazione dei piani attuativi triennali, nonché del programma annuale delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere.

7. I direttori generali, acquisito il parere del collegio di direzione adottano nei sessanta giorni successivi la proposta di piano attuativo e di programma annuale, accompagnati dal bilancio economico-preventivo, trasmettendoli al Dipartimento della Sanità per la successiva approvazione della Giunta regionale.

8. Per il primo anno di vigenza del piano regionale per la salute, la Giunta regionale definisce gli indirizzi per i piani attuativi e del programma annuale entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

Art. 11 (Aziende sanitarie)

1. Le Aziende Sanitarie garantiscono le prestazioni e le attività previste dai livelli essenziali di assistenza, dimensionate ed organizzate in relazione alle specificità del territorio ed ai bisogni delle popolazioni secondo gli indirizzi fissati dalla legge, avvalendosi anche delle strutture private accreditate.

2. Le Aziende Sanitarie assicurano l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività dei servizi territoriali con quelle dei presidi ospedalieri a gestione diretta e con quelle delle Aziende ospedaliere, in conformità ai criteri di organizzazione definiti dal piano regionale per la salute.

3. Le Aziende Sanitarie articolano l'organizzazione in presidi e distretti, che garantiscono una popolazione minima di 60.000 abitanti, salvo che le caratteristiche geomorfologiche del territorio o la basse densità della popolazione richiedano diversamente. Le Aziende Sanitarie provvedono alla gestione degli ospedali ubicati nel rispettivo ambito territoriale, organizzati in rete ed accorpati in presidio unico. Il sistema di emergenza 118 – "Calabria soccorso" – è gestito e organizzato su base provinciale dalle Aziende Sanitarie competenti per territorio; le centrali operative del 118, ancorché collocate in aree di pertinenza delle Aziende Ospedaliere, nonché il personale e le risorse utilizzate, sono assegnati e dipendono dalle Aziende Sanitarie nelle quali operano le stesse centrali. Il coordinamento operativo tra le Centrali 118 è affidato alla Centrale di Catanzaro, sulla base delle direttive dettate dal Dipartimento Regionale della Sanità, sentita, ove occorra, la competente struttura della Protezione Civile.

4. Entro 90 giorni dalla data di adozione dell'atto di indirizzo della Giunta regionale le Aziende Sanitarie definiscono la propria struttura organizzativa in conformità alle disposizioni della presente legge, alle previsioni del piano regionale per la salute, adottando l'atto aziendale ed i regolamenti di organizzazione, da sottoporre a controllo preventivo della Giunta regionale. Decorso inutilmente detto termine, la Giunta, previa diffida ed assegnazione di un ulteriore termine non superiore a 30 giorni, esercita il potere sostitutivo.

5. Con l'adozione dell'atto aziendale cessano gli incarichi di direzione delle strutture che siano interessate da mutamenti organizzativi che ne determinino la soppressione; nei confronti dei dirigenti interessati è prevista l'attuazione delle norme di salvaguardia previste dai rispettivi CCNL.

Art. 12

(Aziende ospedaliere)

1. Sono confermate le Aziende ospedaliere costituite ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 12 novembre 1994 n. 26.

2. Entro 90 giorni dall'adozione dell'atto di indirizzo della Giunta regionale le Aziende Ospedaliere adeguano la propria organizzazione alle disposizioni della presente legge ed alle previsioni del piano regionale per la salute, adottando l'atto aziendale ed i regolamenti di organizzazione, da sottoporre a controllo preventivo della Giunta regionale. Decorso inutilmente detto termine, la Giunta regionale, previa diffida ed assegnazione di un ulteriore termine non superiore a 30 giorni, esercita il potere sostitutivo.

3. Con l'adozione dell'atto aziendale cessano gli incarichi di direzione delle strutture delle Aziende ospedaliere che siano interessate da mutamenti organizzativi che ne determinino la soppressione; nei confronti dei dirigenti interessati è prevista l'attuazione delle norme di salvaguardia previste dai rispettivi CCNL.

Art. 13

(Controlli sugli atti delle aziende)

1. Sono soggetti a controllo preventivo della Giunta regionale i seguenti atti delle aziende del servizio sanitario regionale:
 - a) bilancio economico-preventivo, bilancio di esercizio comprensivo del conto consultivo;
 - b) atto aziendale e piani attuativi comprensivi delle dotazioni organiche e loro variazioni;
 - c) regolamenti di organizzazione.
2. Gli atti indicati nel comma precedente sono trasmessi, entro quindici giorni dall'adozione, al Dipartimento regionale della Sanità, che provvede all'istruttoria necessaria per l'esercizio del controllo. La Giunta regionale esercita il controllo sugli atti di cui al comma precedente entro 60 giorni dalla data di ricezione; decorso inutilmente tale termine gli atti si intendono approvati.
3. Il dirigente generale del Dipartimento regionale della Sanità indirizza e coordina i direttori generali delle aziende del servizio sanitario regionale, verificando il rispetto dei principi di legalità, efficacia, efficienza ed economicità della gestione. I direttori generali delle aziende sono tenuti a trasmettere, entro quindici giorni dalla richiesta, gli atti, i documenti e le notizie che a tal fine sono richiesti dal dirigente generale del Dipartimento medesimo.
4. Il dirigente generale del Dipartimento regionale della Sanità, qualora verifichi l'adozione da parte delle aziende di atti contrari a disposizione di legge o agli atti di programmazione adottati dalla Giunta regionale, nonché ai principi di efficacia, efficienza ed economicità della gestione, con determinazione non delegabile, invita l'Azienda all'esercizio del potere di autotutela.
5. Sono abrogati l'articolo 12 della legge regionale 22 gennaio 1996 n. 2 e l'articolo 20, comma 1, della legge regionale 26 giugno 2003 n. 8.
6. La Commissione antimafia del Consiglio Regionale monitora gli appalti e la spesa per acquisti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

Art. 14

(Direttore generale)

1. Spettano al direttore generale la rappresentanza legale ed i poteri di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo, nonché la responsabilità per la gestione complessiva dell'Azienda Sanitaria o Ospedaliera. Il direttore generale assicura, anche mediante valutazioni comparative di costi, rendimenti e risultati ed attraverso i servizi di controllo previsti dal D.Lgs. 30 luglio 1999 n. 286, la corretta ed economica gestione delle risorse disponibili, nonché la legalità, imparzialità e buon andamento dell'attività aziendale; adotta l'atto aziendale e nomina il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed i responsabili delle strutture dell'azienda.
2. Nell'esercizio delle sue funzioni, il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario e si avvale del collegio di direzione.
3. *I provvedimenti di nomina dei Direttori Generali, Aziende del Servizio Sanitario Regionale sono adottati dal Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale degli idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre Regioni, costituiti previa pubblica selezione. Gli elenchi sono aggiornati con cadenza biennale. La*

Regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curricula⁴.

3bis. La Giunta regionale, con proprio atto, disciplina i contenuti degli avvisi pubblici finalizzati alla formazione dell'elenco di cui al comma 3 e definisce i criteri per la verifica dei requisiti di cui al successivo comma 3 ter.

3ter. Il Direttore Generale è nominato tra soggetti che non abbiano compiuto il sessantasettesimo anno di età al momento della nomina in possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale svolta negli ultimi dieci anni, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie.

3quater. Resta ferma l'intesa con il Rettore per la nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria in attuazione dell'articolo 4 del D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517.

3quinqies. La Giunta regionale, ai fini della selezione dei candidati per l'inserimento nell'elenco degli idonei di cui al comma 3, si avvale di una Commissione costituita ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 3, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 e s.m. i⁵.

4. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di contratto di diritto privato tra il Presidente della Giunta regionale ed il direttore generale. I dipendenti pubblici, anche della medesima azienda nella quale è conferito l'incarico sono collocati in aspettativa.

5. L'incarico di direttore generale può essere revocato prima della scadenza contrattuale ove la Giunta regionale, in contraddittorio con l'interessato, accerti gravi violazioni dei doveri dell'ufficio, ovvero inadempienze agli obblighi contrattualmente assunti o agli obiettivi assegnati. In ogni caso il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico determina automaticamente la decadenza dall'incarico.

6. Nei casi di vacanza dell'ufficio, di assenza o impedimento, le funzioni del direttore generale sono svolte dal direttore sanitario o dal direttore amministrativo all'uopo delegato dal direttore generale, ovvero, in assenza di delega, dal più anziano di essi; ove l'assenza o l'impedimento si protragga per più di sei mesi, il contratto del direttore generale è risolto di diritto e la Giunta regionale procede alla sostituzione.

7. E' abrogato l'articolo 4 della legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2.

Art. 15

(Direttore sanitario e direttore amministrativo)

1. Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo delle aziende del servizio sanitario regionale sono nominati dal direttore generale. Essi coadiuvano il direttore generale nella direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni loro attribuite dalla legge, dagli atti generali di organizzazione e per delega del direttore generale; concorrono, con la formazione di

⁴Comma così sostituito dall'art. 1, comma 1 della L.R. 29 marzo 2013, n. 16 che precedentemente così recitava: «3. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere sono adottati dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla tutela della salute, con riferimento ai requisiti di seguito indicati e senza necessità di valutazioni comparative o formazione di elenchi o albi. Possono essere nominati direttori generali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere soggetti in possesso del diploma di laurea, che abbiano svolto una esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in Enti, Aziende, strutture pubbliche o private in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la nomina».

⁵Commi aggiunti dall'art. 1, comma 2 della L.R. 29 marzo 2013, n. 16.

proposte e pareri alla formazione delle decisioni della direzione generale. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità del parere reso dal direttore sanitario o dal direttore amministrativo nelle materie di rispettiva competenza.

2. Il direttore sanitario assicura l'organizzazione e la direzione dei servizi sanitari ed esprime parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di propria competenza. L'incarico di direttore sanitario può essere conferito a medici che non abbiano superato il sessantacinquesimo anno di età e che abbiano svolto per almeno cinque anni di qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in Enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione.

3. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi ed esprime parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di propria competenza. L'incarico di direttore amministrativo può essere conferito a laureati in discipline giuridiche o economiche che non abbiano superato il sessantacinquesimo anno di età e che abbiano svolto per almeno cinque anni di qualificata attività di direzione tecnico-amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione.

3bis. Presso l'Assessorato Tutela della salute e politiche sanitarie sono istituiti gli elenchi regionali degli idonei, ad aggiornamento biennale, degli aspiranti alla nomina a Direttore amministrativo e Direttore sanitario delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale in possesso dei requisiti di cui ai commi 2 e 3.

3ter. La Giunta regionale disciplina, con apposito atto, i contenuti degli avvisi pubblici finalizzati alla formazione degli elenchi di cui al precedente comma.

3quater. I Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale nominano i Direttori amministrativi e sanitari, ai sensi del comma 1, attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali degli idonei di cui al comma 3bis. La Regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione e ai curricula. I provvedimenti di nomina sono pubblicati nel Bollettino ufficiale della Regione Calabria e sui siti web istituzionali delle singole Aziende, in apposita sezione ad essi dedicata⁶.

4. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di contratto di diritto privato tra il direttore generale ed il direttore sanitario o amministrativo.

5. Gli incarichi di direttore sanitario e di direttore amministrativo hanno natura esclusivamente fiduciaria e possono essere revocati anche prima della scadenza contrattuale; gli incarichi hanno comunque termine ed i relativi rapporti di lavoro sono risolti di diritto, nell'ipotesi di cessazione, per revoca, decadenza, dimissioni o qualsiasi altra causa, del direttore generale. Nessun compenso o indennizzo è corrisposto al direttore sanitario ed al direttore amministrativo in tali ipotesi.

6. Gli incarichi di direttore sanitario e direttore amministrativo in corso nelle aziende del servizio sanitario regionale cessano alla data di nomina dei direttori generali; i relativi contratti di lavoro sono risolti di diritto senza attribuzione di alcun compenso o indennizzo.

7. Sono abrogati gli articoli 5 e 6 della legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2.

Art. 16
(Collegi sindacali)

⁶Commi aggiunti dall'art. 1, comma 3 della L.R. 29 marzo 2013, n. 16.

1. I Collegi sindacali delle Aziende sanitarie ed ospedaliere svolgono le funzioni previste dal decreto legislativo di riordino. Ogni collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, dei quali due designati dal Consiglio regionale, uno dal Ministero dell'Economia e Finanze, uno dal Ministero della Salute ed uno dalla Conferenza dei sindaci che per l'Azienda ospedaliera è lo stesso dell'Azienda sanitaria nel cui ambito ricade. I componenti del collegio sindacale devono essere iscritti nel registro dei revisori contabili. Decorsi quindici giorni dall'entrata in vigore della presente legge gli attuali collegi sindacali cessano le loro funzioni.

Art. 17

(Rapporti tra servizio sanitario regionale e università)

1. La Regione assicura l'apporto delle Università calabresi al perseguimento degli obiettivi ed alla realizzazione delle attività previste dal piano regionale della salute, anche attraverso l'inserimento delle facoltà nelle strutture organizzative del servizio sanitario regionale, valorizzandone funzioni e le competenze specifiche degli atenei.

2. A tale fine, i rapporti tra servizio sanitario regionale ed università sono oggetto di specifici protocolli d'intesa che definiscono:

- a) le modalità del concorso delle strutture del servizio sanitario regionale al soddisfacimento delle esigenze formative, didattiche e di ricerca delle università;
- b) l'apporto della Facoltà di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali, di formazione e di sviluppo delle conoscenze delle strutture del servizio sanitario regionale;
- c) le modalità della reciproca collaborazione per il soddisfacimento delle specifiche esigenze del servizio sanitario regionale;
- d) le modalità della reciproca collaborazione per il soddisfacimento delle specifiche esigenze della formazione teorico-pratica del personale del servizio sanitario regionale.

3. Con protocollo quadro tra Giunta regionale ed Università sono individuati:

- a) i criteri per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali correlate alle esigenze formative e di ricerca della Università ivi compresa l'individuazione delle strutture a ciò dedicate, tenuto conto che l'offerta di prestazioni assistenziali dell'Azienda Ospedaliera Mater Domini e quelle delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, ed in particolare dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" devono integrarsi e che le attività assistenziali e sanitarie sono svolte dalle strutture sotto la direzione delle Aziende del Servizio sanitario regionale;
- b) la disciplina dei rapporti tra organi degli atenei ed organi delle aziende del servizio sanitario regionale;
- c) i criteri per la individuazione di attività finalizzate alla migliore qualificazione dei servizi erogati;
- d) i criteri per la determinazione dei rapporti reciproci, tenuto conto del fabbisogno formativo delle strutture del servizio sanitario regionale;
- e) i criteri per l'individuazione e l'organizzazione, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale ed in conformità agli ordinamenti didattici vigenti, dei corsi di formazione e per la ripartizione dei relativi oneri.

4. L'attuazione delle previsioni del protocollo quadro di cui al comma precedente è assicurata anche mediante intese tra aziende del servizio sanitario regionale ed università.
5. I protocolli d'intesa di cui al presente articolo regolano i rapporti tra servizio sanitario regionale ed università.
6. I posti letto destinati alle attività di didattica e di ricerca nel rapporto percentuale necessario studenti-posti letto, sono indicati nell'allegata tabella di cui al presente Piano Regionale per la Salute.
7. Entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge le convenzioni ed i protocolli d'intesa attualmente in vigore tra servizio sanitario regionale ed università devono essere adeguati alle disposizioni di legge, alle previsioni del piano regionale per la salute ed agli atti di programmazione adottati dalla Giunta regionale; decorso il predetto termine cessa comunque l'efficacia delle convenzioni e dei protocolli vigenti. In caso di mancato raggiungimento dell'intesa si applica il potere sostitutivo di cui all'articolo 1 comma 4 del D.Lgs. 517/99. Nei 90 giorni successivi l'Azienda ospedaliera Mater Domini adegua la propria organizzazione alla previsione dei protocolli d'intesa, adottando l'atto aziendale ed i regolamenti di organizzazione, da sottoporre a controllo preventivo della Giunta regionale; decorso inutilmente detto termine la Giunta regionale, previa diffida ed assegnazione di un ulteriore termine non superiore a trenta giorni, esercita il potere sostitutivo.⁷
8. Con l'adozione dell'atto aziendale cessano gli incarichi di direzione delle strutture dell'Azienda Ospedaliera Mater Domini che siano interessate da mutamenti organizzativi che ne determinino la soppressione.
9. La Regione con apposito capitolo di bilancio finanzia borse aggiuntive di specializzazione mediche in misura non superiore al 50 % dei posti assegnati dal MIUR ed in relazione alla programmazione sanitaria regionale.

Art. 18

(Enti di ricerca)

1. I rapporti tra il servizio sanitario regionale e gli enti di ricerca per le attività assistenziali, sono definiti tra la regione, l'azienda sanitaria e quelle ospedaliere e gli enti medesimi attraverso appositi protocolli d'intesa dai contenuti previsti dal precedente articolo, in quanto applicabili.

Art. 19

(Coordinamento con l'Agenzia Regionale per l'Ambiente)

1. La Giunta regionale, ai fini della integrazione fra politiche sanitarie e politiche ambientali, stabilisce le modalità e i livelli di integrazione, prevedendo la stipulazione di accordi tra le Aziende Sanitarie ospedaliere e l'Agenzia regionale per l'ambiente, sentita la competente Commissione consiliare.

⁷ La L.R. 11 agosto 2004, n. 18 proroga il termine di cui al presente comma al 30 settembre 2004.

Art. 20

(Educazione continua in medicina e sviluppo continuo della professionalità)

1. E' istituita la Commissione regionale per l'educazione continua in medicina (ECM) con il compito di supporto al Dipartimento regionale in materia di analisi dei bisogni formativi, professionali e di contesto, individuazione degli obiettivi formativi, accreditamento dei progetti ed eventi di formazione, accreditamento dei progetti ed eventi di formazione, individuazione dei requisiti ulteriori e procedure per l'accreditamento dei provider, verifica e valutazione dei provider e degli eventi formativi, realizzazione dell'anagrafe dei crediti.
2. La commissione, nominata dall'assessore alla tutela della salute, è composta da:
 - a) assessore alla tutela della salute, o suo delegato, che la presiede;
 - b) cinque membri in rappresentanza degli ordini dei medici, uno per provincia;
 - c) tre membri in rappresentanza di altri ordini o collegi professionali;
 - d) cinque membri, con specifiche competenze nell'ambito dell'educazione continua in medicina, individuati dall'assessore alla tutela della salute all'interno dei rappresentanti delle società scientifiche calabresi di derivazione nazionale;
 - e) un membro in rappresentanza della Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Magna Grecia;
 - f) un membro in rappresentanza della Facoltà di Farmacia dell'Unical.
3. Per lo sviluppo dei compiti in materia di ECM e sviluppo continuo della professionalità (SCP) è altresì istituita la Consulta regionale per lo sviluppo continuo della professionalità composta da un rappresentante per ciascun ordine e collegio e per ciascuna laurea specialistica delle professioni sanitarie e non sanitarie operanti nel servizio sanitario regionale non ricompresa in ordini o collegi.
4. La consulta esprime parere in materia di organizzazione e programmazione delle attività di ECM e SCP.

Art. 21

(Approvazione del piano)

1. E' approvato il Piano Regionale per la Salute della Regione Calabria valido per il triennio 2004-2006, il cui testo, composto da un allegato è parte integrante della presente legge.

Art. 22

(Disposizioni transitorie e di rinvio. Abrogazioni)

1. Per quanto non espressamente previsto dalla presente legge, si applicano le disposizioni del decreto legislativo di riordino 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. A far data dall'entrata in vigore della presente legge sono abrogati:
 - a) la legge regionale 3 aprile 1995, n. 9 (Piano Sanitario Regionale 1995-1997);
 - b) gli articoli 3, 4, 5, 6, 9, commi 3, 12, 14 e 16 della legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2;
 - c) gli articoli 12 e 17 della legge regionale 7 agosto 2002, n. 29;
 - d) l'articolo 20, comma 1, della legge regionale 7 agosto 2002, n. 29, come modificato dall'articolo 7 della legge regionale 10 ottobre 2002, n. 39;

- e) l'articolo 17, commi 1, 3 e 4, e l'articolo 20, comma 1, della legge regionale 26 giugno 2003, n. 8;
- f) la legge regionale 1 dicembre 1988, n. 27;
- g) ogni altra disposizione incompatibile con le previsioni della presente legge.

Art. 23

(Pubblicazione)

1. La presente legge entrerà in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione



PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

#NEXTGENERATIONITALIA

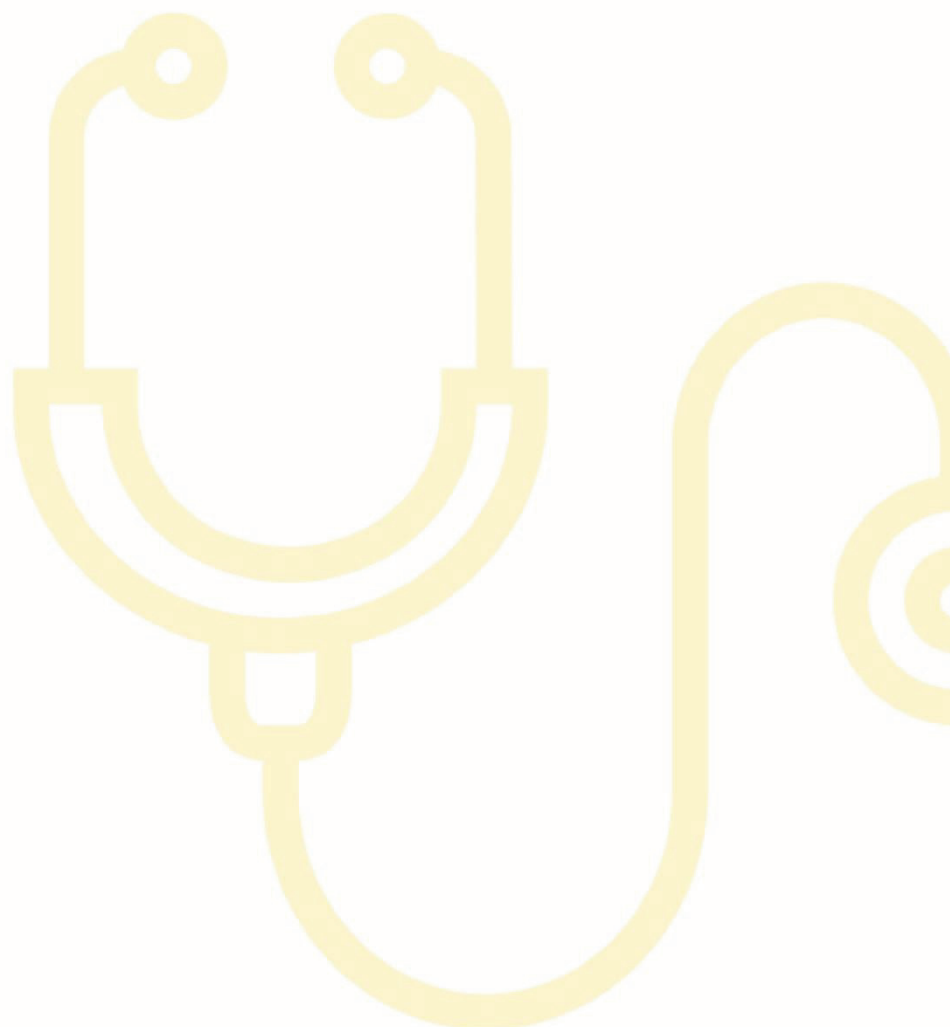


SOMMARIO

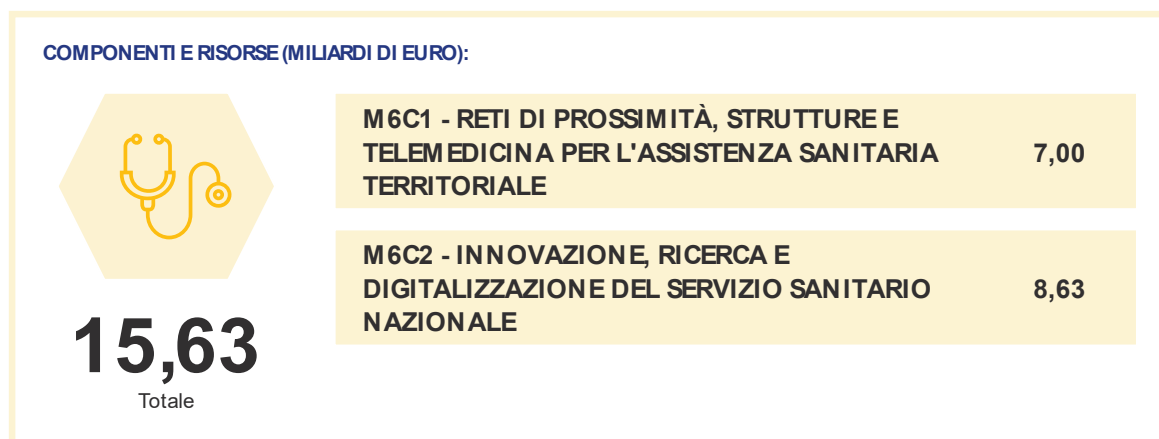
SOMMARIO.....	1
PREMESSA.....	2
GLOSSARIO.....	6
1. OBIETTIVI GENERALI E STRUTTURA DEL PIANO.....	9
NEXT GENERATION EU: RISORSE, OBIETTIVI E PORTATA STRATEGICA	9
IMPOSTAZIONE E OBIETTIVI GENERALI DEL PIANO ITALIANO	13
RISORSE DEL PIANO E ALLOCAZIONE A MISSIONI E COMPONENTI.....	21
INTEGRAZIONI DEL PIANO CON IL SEMESTRE EUROPEO	23
LE RIFORME PREVISTE DAL PIANO	32
LE PRIORITÀ TRASVERSALI	33
2. RIFORME E INVESTIMENTI.....	43
2A. LE RIFORME.....	43
LE RIFORME ORIZZONTALI: PA E GIUSTIZIA.....	44
LE RIFORME ABILITANTI: SEMPLIFICAZIONE E CONCORRENZA	64
LE ALTRE RIFORME DI ACCOMPAGNAMENTO AL PIANO	78
2B LE MISSIONI.....	83
MISSIONE 1: DIGITALIZZAZIONE, INNOVAZIONE, COMPETITIVITÀ, CULTURA E TURISMO.....	83
M1C1: DIGITALIZZAZIONE, INNOVAZIONE E SICUREZZA NELLA PA.....	86
M1C2: DIGITALIZZAZIONE, INNOVAZIONE E COMPETITIVITÀ NEL SISTEMA PRODUTTIVO	97
M1C3: TURISMO E CULTURA 4.0.....	103
MISSIONE 2: RIVOLUZIONE VERDE E TRANSIZIONE ECOLOGICA.....	116
M2C1: ECONOMIA CIRCOLARE E AGRICOLTURA SOSTENIBILE.....	119
M2C2: ENERGIA RINNOVABILE, IDROGENO, RETE E MOBILITÀ SOSTENIBILE.....	125
M2C3: EFFICIENZA ENERGETICA E RIQUALIFICAZIONE DEGLI EDIFICI	139
M2C4: TUTELA DEL TERRITORIO E DELLA RISORSA IDRICA	143
MISSIONE 3: INFRASTRUTTURE PER UNA MOBILITÀ SOSTENIBILE	154
M3C1: INVESTIMENTI SULLA RETE FERROVIARIA	157
M3C2: INTERMODALITÀ E LOGISTICA INTEGRATA	164
MISSIONE 4: ISTRUZIONE E RICERCA.....	171
M4C1: POTENZIAMENTO DELL'OFFERTA DEI SERVIZI DI ISTRUZIONE: DAGLI ASILI NIDO ALLE UNIVERSITÀ	175
M4C2: DALLA RICERCA ALL'IMPRESA.....	189
MISSIONE 5: INCLUSIONE E COESIONE.....	198
M5C1: POLITICHE PER IL LAVORO	200
M5C2: INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE.....	208
M5C3: INTERVENTI SPECIALI PER LA COESIONE TERRITORIALE	216
MISSIONE 6: SALUTE.....	222
M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	224
M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.....	228
3. ATTUAZIONE E MONITORAGGIO	236
4. VALUTAZIONE DELL'IMPATTO MACROECONOMICO	244

MISSIONE 6:

SALUTE

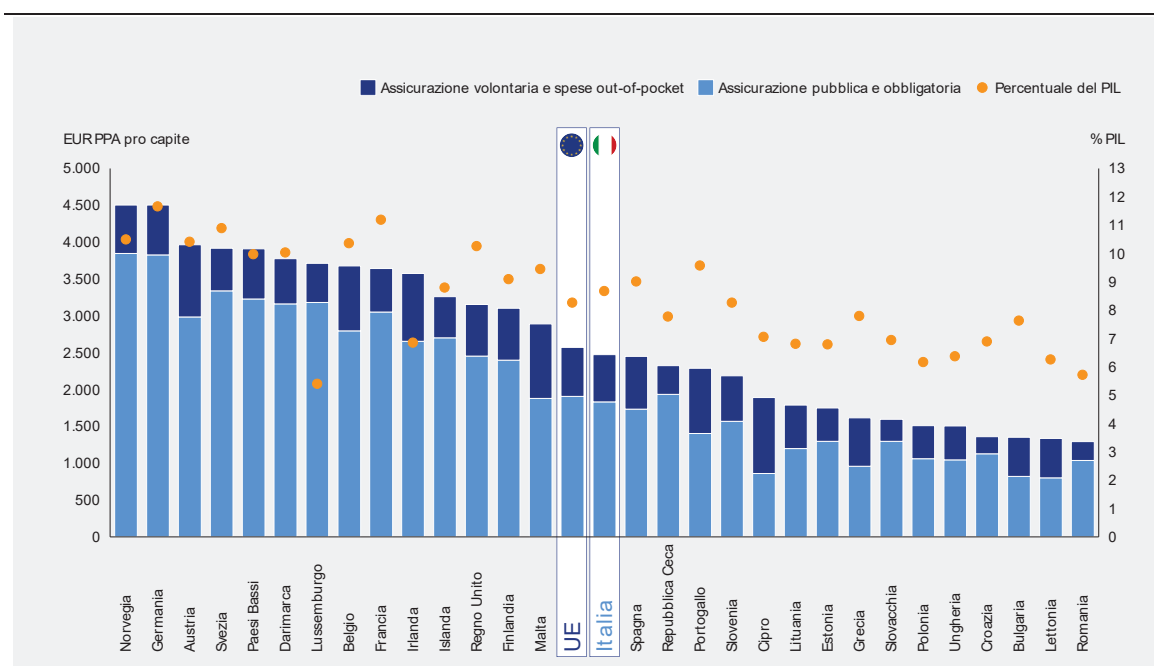


MISSIONE 6: SALUTE



La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici. Nel complesso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) presenta esiti sanitari adeguati, un'elevata speranza di vita alla nascita nonostante la spesa sanitaria sul Pil risulti inferiore rispetto alla media UE.

Spesa sanitaria degli stati membri dell'Unione Europea



Fonte: statistiche sulla Salute dell'OCSE 2020 (i dati si riferiscono a 2019).

Tuttavia, la pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

Vi sono: (i) significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; (ii) un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; (iii) tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni; (iv) una scarsa

capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

L'esperienza della pandemia ha inoltre evidenziato l'importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema.

La strategia perseguita con il PNRR è volta ad affrontare in maniera sinergica tutti questi aspetti critici. Un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese. Una larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, a promuovere la ricerca e l'innovazione e allo sviluppo di competenze tecnico-professionale, digitale e manageriali del personale.

La missione si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale

M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

OBIETTIVI GENERALI:



M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
- Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

	Ambiti di intervento/Misure	Totale
7,00 Mld Totale	Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima	-
	Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
	Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4,00
	Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1,00

Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima

L'attuazione della riforma intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario.

Essa prevede due attività principali:

- La definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate da adottarsi entro il 2021 con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale
- La definizione entro la metà del 2022, a seguito della presentazione di un disegno di legge alle Camere, di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio "One-Health"

Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona

L'emergenza pandemica ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio. Non solo il processo di invecchiamento della popolazione italiana prosegue, ma una quota significativa e crescente della stessa, pari circa al 40%, è afflitta da malattie croniche.

Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. Il presente investimento agisce in maniera sinergica con gli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5. La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi che, secondo un approccio di medicina di genere, dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere. Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica.

L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove. Il costo complessivo dell'investimento è stimato in 2,00 miliardi di euro. Entro il primo trimestre del 2022 è prevista la definizione di uno strumento di programmazione negoziata che vedrà il Ministero della Salute, anche attraverso i suoi Enti vigilati come autorità responsabile per l'implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati.

Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina

Per rispondere efficacemente alle tendenze evidenziate nel paragrafo precedente e in linea con le raccomandazioni della Commissione Europea del 2019, il potenziamento dei servizi domiciliari è un obiettivo fondamentale. L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

L'investimento mira a:

- Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione)
- Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale

- Attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza
- Utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche

Il fabbisogno di risorse per la realizzazione di questo investimento è stimato in 4,00 miliardi di euro, di cui 2,72 miliardi connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti, 0,28 miliardi per l'istituzione delle COT e 1 miliardo per la telemedicina. Per la realizzazione di tali interventi si utilizzeranno gli strumenti della programmazione negoziata, necessari per garantire il coordinamento dei livelli istituzionali e degli enti coinvolti.

Le misure previste nel presente investimento sono in linea e rafforzano quanto promosso e previsto dagli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5. Infatti, solo attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Ciò sarà possibile anche grazie all'introduzione di strumenti di domotica, telemedicina e telemonitoraggio.

All'interno di questo intervento si inserisce anche l'investimento rivolto alla telemedicina. I servizi di telemedicina, contribuendo ad affrontare le principali sfide dei Sistemi Sanitari Nazionali, rappresentano un formidabile mezzo per: (i) contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; (ii) garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti; (iii) migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto. L'intervento si traduce nel finanziamento di progetti di telemedicina proposti dalle Regioni sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della Salute. I progetti potranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulso, tele-monitoraggio e tele-refertazione. Per ottenere i finanziamenti, tuttavia, i progetti dovranno innanzitutto potersi integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico, raggiungere target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina e del Sistema Sanitario Nazionale, nonché garantire che il loro sviluppo si traduca in una effettiva armonizzazione dei servizi sanitari. Saranno infatti privilegiati progetti che insistono su più Regioni, fanno leva su esperienze di successo esistenti, e ambiscono a costruire vere e proprie "piattaforme di telemedicina" facilmente scalabili. Tale investimento è in linea con quanto previsto negli investimenti 1.3 della Componente 2 della Missione 6.

1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

L'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle

strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di 381 Ospedali di Comunità. Anche in questo caso l'implementazione dell'intervento beneficerà di strumenti di coordinamento tra i livelli istituzionali coinvolti. Il costo complessivo stimato dell'investimento è di 1,00 miliardo, e l'orizzonte per il completamento della sua realizzazione è la metà del 2026. La relativa operatività in termini di risorse umane sarà garantita nell'ambito delle risorse vigenti per le quali è stato previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale.

M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

OBIETTIVI GENERALI:



M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

8,63

Mld

Totale

Ambiti di intervento/Misure

Totale

Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS

-

1. Aggiornamento tecnologico e digitale

7,36

Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

4,05

Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile

1,64

Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

1,67

2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

1,26

Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN

0,52

Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

0,74

M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS

L'azione di riforma incardinata nella Componente 2 riguarda la revisione e l'aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime giuridico degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e delle politiche di ricerca del Ministero della salute, con l'obiettivo di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie.

La riforma troverà attuazione con un decreto legislativo entro la fine del 2022. La revisione della governance degli IRCCS sarà conseguita attraverso un miglioramento della gestione strategica degli

Istituti e una più efficace definizione delle loro aree di competenza. Si prevede inoltre di differenziare gli IRCCS a seconda delle loro attività, creare una rete integrata fra gli Istituti e facilitare lo scambio di competenze specialistiche fra gli IRCCS stessi e con le altre strutture del SSN.

Gli IRCCS accedono alle risorse attraverso sistemi basati su parametri relativi all'attività scientifica su riviste ad alto *impact factor*, alla capacità di attrarre risorse in finanziamenti competitivi nazionali e internazionali, allo sviluppo di trial clinici, in un ambito di collaborazione multi-centrica e di prodotti e soluzioni nell'ambito del trasferimento tecnologico e che tengano in considerazione l'impatto sul territorio di riferimento. Sarà rafforzata la governance aziendale sempre più orientata alla ricerca, e si responsabilizzerà il Direttore Generale, insieme al direttore scientifico e sui risultati da conseguire. Ciò al fine di sviluppare le potenzialità degli IRCCS e di incrementare la qualità della ricerca sanitaria in un'ottica traslazionale.

Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Le infrastrutture tecnologiche e digitali ospedaliere presentano un significativo grado di obsolescenza e risultano carenti in molte strutture. Ciò rischia di compromettere la qualità delle prestazioni e l'efficienza del sistema, e può avere un effetto negativo sulla fiducia dei cittadini nel sistema sanitario.

L'investimento prevede l'ammmodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di 3.133 nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico (TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistema Radiologico Fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi) caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni, sia con interventi finalizzati al potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello.

Inoltre, l'intervento (attuativo dell'art. 2 del decreto legge n. 34/2020) prevede il rafforzamento strutturale degli ospedali del SSN, attraverso l'adozione di un piano specifico di potenziamento dell'offerta ospedaliera tale da garantire: (i) il potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva (+3.500 posti letto per garantire lo standard di 0,14 posti letto di terapia intensiva per 1.000 abitanti) e semi-intensiva (+4.225 posti letto); (ii) il consolidamento della separazione dei percorsi all'interno del pronto soccorso; (iii) l'incremento del numero di mezzi per i trasporti secondari.

La spesa complessiva per l'investimento è pari a 4,05 miliardi di euro. L'importo comprende anche la quota, già inclusa nel tendenziale (e pari a 1,41 miliardi di euro) relativa a progetti già avviati dal Ministero della Salute relativi al rafforzamento strutturale del SSN in ambito ospedaliero predisposti per fronteggiare l'emergenza Covid-19 di cui al citato art. 2 del decreto-legge n. 34/2020. Con riferimento ai costi si prevede nel dettaglio:

- Una spesa di 1,19 miliardi di euro per la sostituzione delle apparecchiature sanitarie. Tali spese riguardano circa 0,60 miliardi destinati alla sostituzione di 1.568 apparecchiature entro il terzo trimestre del 2023, e altri circa 0,60 miliardi per la sostituzione delle restanti 1.565 apparecchiature entro la fine del 2024
- Una spesa pari a 1,45 miliardi di euro per la digitalizzazione dei DEA di I e II livello (di cui 1,09 miliardi destinati alla digitalizzazione di 210 strutture entro il primo trimestre del 2024 e 0,36 miliardi per la digitalizzazione di altre 70 strutture entro la fine del 2025). Entro il terzo trimestre del 2022 si prevede la pubblicazione della procedura di gara e la stipula dei contratti con i fornitori

- Una spesa complessiva pari a 1,41 miliardi di euro entro il secondo semestre del 2026 per il rinnovamento della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, l'ammmodernamento dei Pronto Soccorso e l'incremento del numero dei mezzi per i trasporti sanitari secondari (progetto già avviato)

Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile

L'investimento mira a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica. L'esigenza nasce non solo dalla necessità di assicurare la conformità degli edifici all'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20 marzo 2003 ("Primi elementi riguardanti criteri generali per la classificazione sismica del territorio nazionale e norme tecniche per la costruzione in aree sismiche"), che ha rivoluzionato il quadro normativo preesistente, ma, soprattutto, dalla consapevolezza che, tra gli edifici pubblici, gli ospedali rivestono un ruolo strategico in caso di disastro. Gli ospedali non solo svolgono una fondamentale funzione di soccorso della popolazione, garantendo l'efficace prosecuzione dei primi interventi medici di emergenza avviati sul campo, ma sono anche fra i più esposti e sensibili nel caso di eventi sismici in quanto ospitano un numero molto elevato di persone con capacità di reazione eterogenee.

Sulla base di una ricognizione puntuale condotta dal Ministero della salute nel 2020, è stata individuata la necessità di realizzare 116 interventi per l'adeguamento alle normative antisismiche. Questi interventi rappresentano l'oggetto del presente investimento insieme alle precedenti azioni per il rinnovamento e l'ammmodernamento strutturale e tecnologico del patrimonio immobiliare sanitario. Il volume di investimento complessivo è pari a 1,64 miliardi (di cui 1,0 miliardo relativo a progetti già in essere).

Per l'attuazione di questo investimento si prevede di completare gli interventi entro il secondo trimestre del 2026.

La distribuzione della spesa associata a questo investimento, che ammonta a 1,64 miliardi (di cui 1,0 relativo a progetti già in essere) risulta contenuta all'inizio del periodo, dedicato principalmente all'espletamento delle procedure.

Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

L'investimento mira ad imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica. Si prevedono due azioni distinte.

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Obiettivo è il potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. Il FSE svolgerà tre funzioni chiave: (i) punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN; (ii) base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente; (iii) strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari.

Il progetto prevede: (i) la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione e implementazione di un archivio centrale, l'interoperabilità e piattaforma di servizi, la progettazione di un'interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il FSE dovrà fornire; (ii) l'integrazione

dei documenti da parte delle Regioni all'interno del FSE, il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto finanziario alle Regioni che adotteranno la piattaforma FSE, il supporto in termini di capitale umano e competenze per realizzare i cambiamenti infrastrutturali e di dati necessari per l'adozione del FSE.

Il progetto include iniziative già avviate per la realizzazione del Sistema di Tessera sanitaria elettronica, la progettazione dell'infrastruttura per l'interoperabilità e la gestione del FSE come parte degli interventi per la digitalizzazione delle amministrazioni pubbliche.

Il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Dipartimento per la Transizione Digitale saranno congiuntamente responsabili della gestione complessiva del progetto.

Le risorse complessive assorbite dal progetto sono pari a 1,38 miliardi di euro, di cui 0,57 miliardi relativi al progetto già in essere di realizzazione del Sistema di Tessera sanitaria elettronica. Per l'attuazione dell'iniziativa si prevede un piano di azione a livello centrale e uno a livello locale.

Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria.

Lo scopo del progetto è il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ovvero dell'infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della salute per il monitoraggio dei LEA e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico. Un più attento e completo monitoraggio dei bisogni sanitari può infatti trasformarsi in un utile strumento per la quantificazione e qualificazione dell'offerta sanitaria.

Il progetto prevede: i) il potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della Salute; ii) il miglioramento della raccolta, del processo e della produzione di dati NSIS a livello locale; iii) lo sviluppo di strumenti di analisi avanzata per studiare fenomeni complessi e scenari predittivi al fine di migliorare la capacità di programmare i servizi sanitari e rilevare malattie emergenti; iv) la creazione di una piattaforma nazionale dove domanda ed offerta di servizi di telemedicina forniti da soggetti accreditati possa incontrarsi.

Il progetto assorbe risorse per un totale di 0,29 miliardi di euro. In particolare, per il potenziamento dell'infrastruttura centrale si prevede una spesa di 0,09 miliardi destinata - dopo l'espletamento di apposita procedura di gara entro la metà del 2022 - al completamento e potenziamento della piattaforma *open data*, alla creazione di strumenti di analisi e report per il monitoraggio, alla vigilanza e al controllo dell'attività sanitaria a livello nazionale, nonché al sostenimento dei costi di manutenzione evolutiva. Per la reingegnerizzazione del NSIS a livello locale si prevede un costo pari a 0,10 miliardi, mentre si prevede che la costruzione di uno strumento complesso di simulazione e predizione di scenari a medio lungo termine del SSN, da avviare successivamente alla pubblicazione della relativa procedura di gara entro il primo trimestre del 2023, riguardi una spesa di 0,08 miliardi. Il costo stimato per la piattaforma per la telemedicina è di 0,02 miliardi.

M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN

L'investimento ha l'obiettivo di potenziare il sistema della ricerca biomedica in Italia, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia nel settore delle patologie rare e favorendo il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese.

Per il perseguimento di questi obiettivi si prevedono tre tipi di intervento: (i) il finanziamento di progetti *Proof of Concept* (PoC) volti a ridurre il gap fra i risultati del settore della ricerca scientifica e quello dell'applicazione per scopi industriali, attraverso la predisposizione di prototipi per la commercializzazione e la mitigazione dei rischi potenziali - derivanti da eventuali brevetti, licenze o barriere all'entrata - che potrebbero scoraggiare gli investitori di mercato; (ii) il finanziamento di programmi di ricerca o progetti nel campo delle malattie rare e dei tumori rari; (iii) il finanziamento per programmi di ricerca su malattie altamente invalidanti.

La realizzazione dei progetti PoC prevede bandi di gara del valore complessivo di 0,1 miliardi, da assegnare entro la fine del 2023 e la fine del 2025. Le assegnazioni saranno precedute da una fase istruttoria per la preparazione delle procedure di gara formalizzata tramite decreto ministeriale.

Per i programmi di ricerca e i progetti nel campo delle malattie rare e dei tumori rari sono previsti due finanziamenti del valore di 0,05 miliardi ciascuno da erogare rispettivamente entro la fine del 2023 e la fine del 2025. Anche in questo caso le assegnazioni saranno precedute da una fase istruttoria per la preparazione delle procedure di gara.

Infine, con riferimento alla ricerca su malattie altamente invalidanti si prevedono due finanziamenti del valore di 0,16 miliardi ciascuno, anche in questo caso da assegnare entro il 2023 e il 2025, sempre successivamente alla fase di preparazione e pubblicazione della gara.

Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

Il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica richiedono che gli operatori sanitari siano regolarmente aggiornati e formati per garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza fornita dal SSN. Tale necessità, è apparsa evidente anche in coincidenza della crisi pandemica.

In questo contesto, l'investimento mira a rafforzare la formazione in medicina di base, introdurre un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere e garantire un rafforzamento delle competenze manageriali e digitali del personale sanitario.

L'investimento prevede:

- L'incremento delle borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento triennali
- L'avvio di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere a tutto il personale sanitario e non sanitario degli ospedali
- L'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze di management per professionisti sanitari del SSN, al fine di prepararli a fronteggiare le sfide attuali e future in una prospettiva integrata, sostenibile, innovativa, flessibile, sempre orientata al risultato

- L'incremento dei contratti di formazione specialistica per affrontare il cosiddetto "imbuto formativo", vale a dire la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione post-lauream previsto e garantire così un adeguato turn-over dei medici specialisti del SSN

Il potenziamento delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario avverrà attraverso un programma di assegnazione di borse di studio ed erogazione di corsi di formazione specifici da realizzare entro l'orizzonte del PNRR (metà 2026). Il costo complessivo di questi interventi è stimato in 0,74 miliardi.

In particolare saranno finanziate:

- Borse di studio di medicina generale: ogni anno del triennio 2021-2023 sarà pubblicato un decreto governativo di assegnazione delle risorse economiche alle Regioni per finanziare 900 borse di studio aggiuntive all'anno per corsi specifici di medicina generale di durata triennale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive). Questa distribuzione temporale assicura il completamento degli ultimi corsi entro metà 2026
- Un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere (con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026)
- Progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze di management per i professionisti del SSN: si prevede la formazione di 2.000 persone entro la metà del 2024 e altre 4.500 persone entro il Q2 2026
- 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020

FOCUS SULLE DIMENSIONI TRASVERSALI DEL PIANO

Divari territoriali

Individuare standard qualitativi, tecnologici e organizzativi, uniformi a livello nazionale, significa ristrutturare a livello regionale una gamma di servizi che spaziano dall'assistenza primaria, ai consultori familiari, all'area della salute mentale, salvaguardando, al contempo, le peculiarità e le esigenze assistenziali di ogni area del Paese. Lo scopo è garantire alle persone, indipendentemente dalla regione di residenza, dalla fase acuta alla fase riabilitativa e di mantenimento, un'assistenza continua e diversificata sulla base dello stato di salute.

Con questo piano si intende potenziare i servizi assistenziali territoriali consentendo un'effettiva esigibilità dei LEA da parte di tutti gli assistiti. Si prevede, in tal modo, di superare la frammentazione e il divario strutturale tra i diversi sistemi sanitari regionali, puntando a un percorso integrato che parte dalla "casa come primo luogo di cura", per arrivare alle Case della Comunità" e agli Ospedali di Comunità, superando la carenza di coordinamento negli interventi sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali. L'impulso all'assistenza domiciliare integrata ha, inoltre, l'obiettivo ambizioso di raggiungere il 10 per cento degli assistiti ultrasessantacinquenni in ogni regione. Infine il potenziamento del Fascicolo di sanità elettronica attraverso la costituzione di un repository nazionale, lo sviluppo di piattaforme nazionali (telemedicina) e il rafforzamento di modelli predittivi assicurerà strumenti di programmazione, gestione e controllo uniformi in ogni territorio.

Divari di genere

La crisi pandemica sta sollevando alcune riflessioni in ordine all'importanza delle differenze di genere per comprendere gli effetti delle patologie, su cui in futuro occorrerà porre attenzione e immaginare, ove rilevante, percorsi differenziati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Un impatto diretto di questa missione sui divari di genere potrebbe derivare dal rafforzamento dei servizi di prossimità e di supporto all'assistenza domiciliare. Essi potrebbero incoraggiare un aumento dell'occupazione sia nel settore dei servizi di cura, a cui contribuiscono maggiormente le donne, sia più in generale nell'economia riducendo l'onere delle attività di cura fornito in famiglia dalle donne.

L'implementazione di strutture assistenziali di prossimità per le comunità, consentirà anche percorsi di prevenzione, diagnosi e cura per ogni persona con un approccio basato sulle differenze di genere, in tutte le fasi e gli ambienti della vita.

Divari generazionali: i giovani

La missione avrà un impatto diretto sui giovani tramite l'attivazione di borse di studio che riguardano in particolare il corso di formazione specifica in medicina generale.

Inoltre, accanto alla creazione di posti di lavoro derivanti da quanto in generale previsto dalla missione, si potrà avere un impatto sulle opportunità di lavoro qualificato e di imprenditorialità tra i giovani da quanto previsto in tema di ecosistema per l'innovazione.

**Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22****Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)(1)****(BURL n. 50, suppl. del 15 Dicembre 2021)**

urn:nir:regione.lombardia:legge:2021-12-14;22

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- g) alla lettera h) del comma 1 dopo le parole 'diritto privato', sono inserite le seguenti: *'inclusi gli enti del terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106)'*;
- h) la lettera i) del comma 1 è sostituita dalla seguente:
'i) promozione e sperimentazione della partecipazione del volontariato, non in forma sostitutiva di servizi, e coinvolgimento, con particolare riferimento alle organizzazioni dei pazienti, nella proposta, nella definizione, nel monitoraggio e nel miglioramento delle politiche regionali in materia sanitaria e socio-sanitaria;';
- i) dopo la lettera j) del comma 1 è inserita la seguente:
'j bis) rispetto della dignità della persona, centralità del ruolo della famiglia e dell'equità di accesso ai servizi ricompresi nel SSR anche attraverso lo sviluppo della medicina di genere al fine di garantire a ciascuna persona la miglior risposta al proprio bisogno;';
- j) dopo la lettera l) del comma 1 sono inserite le seguenti:
'l bis) consolidamento dei rapporti con il mondo universitario e la sua rete formativa per il conseguimento di obiettivi di apprendimento e tirocinio necessari all'evoluzione del SSL e con il sistema di istruzione e formazione così da orientare le scelte curriculari dettate dai fabbisogni sanitari e socio-assistenziali regionali;
'l ter) consolidamento dei rapporti con gli ordini professionali sanitari;
'l quater) impulso allo studio e all'implementazione di nuove competenze e professionalità collegate alla transizione digitale, alle responsabilità di una reale continuità lungo i percorsi di cura e assistenza e alla promozione di salubri stili di vita;';
- k) alla lettera m) del comma 1 dopo le parole 'valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, socio-sanitarie' sono inserite le seguenti: *' tecnico-amministrative'*;
- l) dopo la lettera n) del comma 1 sono aggiunte le seguenti:
'n bis) rafforzamento dell'assistenza territoriale, anche attraverso una migliore integrazione con l'ambito del sociale, quale punto di riferimento del cittadino per la tutela e la cura della salute attraverso l'innovazione organizzativa e gestionale in relazione all'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione;
'n ter) potenziamento e sviluppo della sanità digitale;
'n quater) potenziamento e sviluppo della medicina preventiva;
'n quinquies) multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e integrazione nei percorsi di cura e riabilitazione anche attraverso il consolidamento dei rapporti con gli ordini professionali sanitari;
'n sexies) promozione della collaborazione tra il SSR e il sistema produttivo, con particolare riferimento al welfare aziendale, alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, alla ricerca biomedica e ai trasferimenti tecnologici;
'n septies) promozione e valorizzazione della collaborazione fra il SSR e le associazioni dei pazienti, le associazioni del volontariato e gli enti del terzo settore;
'n octies) rispetto e promozione del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità, anche attraverso la previsione, all'interno delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, di percorsi di accoglienza per l'assistenza medica avanzata e la cura delle persone con disabilità preferibilmente attraverso modelli organizzativi già consolidati;
'n nonies) valorizzazione degli enti del terzo settore, di cui al d.lgs. 117/2017 quali espressione di partecipazione, solidarietà, pluralismo e riconoscimento delle finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale da essi perseguite, riconoscendone il supporto e il coinvolgimento attivo nella programmazione e nella realizzazione del SSL;
'n decies) integrazione delle cure palliative nei percorsi di cura per garantire continuità e appropriatezza delle cure a malati inguaribili e alla fine della vita;
'n undecies) riconoscimento delle differenze biologiche e sociali fra uomo e donna per garantire a tutti il miglior trattamento possibile in funzione della specificità di genere, non solo sotto l'aspetto anatomico-fisiologico, ma anche delle differenze biologico-funzionali, psicologiche, sociali, culturali e di risposta alle cure.'

Art. 2

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

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

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

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

b) dopo il comma 7 è aggiunto il seguente:

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

Art. 3

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

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

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

Art. 4

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

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

a) dopo il comma 1 sono inseriti i seguenti:

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

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

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

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

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

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

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

'6. Il PRP individua i seguenti ambiti di intervento prioritari.'

Art. 5

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

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

'Art. 4 ter

(Piano pandemico regionale)

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

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

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

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

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

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

- b) il primo periodo del comma 3 è soppresso;

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

- d) il comma 4 è sostituito dal seguente:

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

- e) dopo il comma 4 sono inseriti i seguenti:

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

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

- f) al comma 5 bis sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *' , nonché favorire la presentazione a livello internazionale del proprio servizio sanitario e sociosanitario, come veicolo per lo scambio delle conoscenze prestazionali nei confronti dei paesi interessati allo sviluppo dei propri modelli assistenziali, ivi comprese iniziative di*

formazione per il management dei sistemi sociosanitari e per la gestione delle buone pratiche cliniche e assistenziali. La competente direzione generale della Giunta regionale sviluppa programmi per l'introduzione di strumenti innovativi per il finanziamento del sistema sanitario al fine di potenziare e sviluppare ulteriormente il sistema nell'ottica del contenimento delle liste di attesa, dell'innalzamento della qualità e appropriatezza delle prestazioni e dei percorsi di prevenzione, anche ai fini del governo della domanda di cui all'articolo 7 bis, comma 5, e per assicurare una migliore sostenibilità economica';

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

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

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

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

h) il comma 6 è sostituito dal seguente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

'n) definisce i criteri per garantire, in aggiunta ai contratti di formazione specialistica ministeriali, l'attivazione di contratti regionali numericamente e tipologicamente adeguati alle reali necessità del SSL, valutati di concerto con

le università lombarde e le associazioni di categoria degli studenti e dei medici in formazione, da assegnare a laureati delle università aventi sede in Lombardia e abilitati all'esercizio della professione, definendo le modalità di accesso e il relativo finanziamento nei limiti delle disponibilità finanziarie del bilancio regionale e comunque senza oneri a carico del fondo sanitario nazionale;';

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

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

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

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

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

s) il comma 13 è sostituito dal seguente:

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

t) dopo il comma 13 è inserito il seguente:

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

u) il comma 14 è abrogato;

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

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

x) dopo il comma 16 è inserito il seguente:

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

Art. 7

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

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

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

- b) alla lettera g) del comma 1 dopo la parola 'sanitario' sono inserite le seguenti: 'e *sociosanitario*';
- c) alla lettera h) del comma 1 dopo la parola: 'rapporti' è soppressa la virgola ed è inserita la parola: 'e';
- d) alla lettera i) del comma 1 le parole 'inutili e dannosi' sono sostituite dalla seguente: '*inappropriati*';
- e) al comma 2 dopo le parole 'pubbliche e private' sono inserite le seguenti: ', *anche di livello internazionale*,'

Art. 8

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

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

- a) all'alinea del comma 3 le parole ', anche attraverso l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis,' sono soppresse;
- b) prima della lettera a) del comma 3 è inserita la seguente:
'0a) analisi della domanda di salute del proprio territorio e dell'adeguatezza dell'offerta al fine di proporre alla Regione la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private nell'ambito del territorio di competenza idonee a soddisfare pienamente i bisogni rilevati, ferma restando la competenza della Regione stessa ad autorizzare la realizzazione di tali strutture in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale anche con riferimento a caratteristiche dimensionali e ferma restando l'osservanza delle norme relative all'individuazione del soggetto realizzatore;'
- c) la lettera b) del comma 3 è sostituita dalla seguente:
'b) garanzia, verifica e controllo della corretta erogazione dei LEA sul territorio di competenza in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;'
- d) la lettera c) del comma 3 è soppressa;
- e) alla lettera d) del comma 3 le parole 'promozione dei programmi di educazione alla' sono sostituite dalle seguenti: '*diffusione dei programmi di promozione della*';
- f) dopo la lettera d) del comma 3 è inserita la seguente:
'd bis) programmazione, controllo e governo delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST;'
- g) la lettera e) del comma 3 è sostituita dalla seguente:
'e) programmazione, coordinamento e svolgimento dell'attività in tema di sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare, sanità animale, zoomonitoraggio ambientale, igiene urbana veterinaria, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale, impianti industriali e supporto all'export;'
- h) la lettera f) del comma 3 è sostituita dalla seguente:
'f) programmazione e svolgimento delle attività di prevenzione e controllo della salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, igiene e sanità pubblica, salute e ambiente, sicurezza degli alimenti non di origine animale, dei materiali a contatto con gli alimenti e dell'acqua destinata al consumo umano e conseguente svolgimento delle stesse attività di controllo, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico;'
- i) la lettera g) del comma 3 è soppressa;
- j) alla lettera h) del comma 3 dopo le parole 'attuazione degli indirizzi regionali' sono aggiunte, le seguenti: ', *governo territoriale*';
- k) dopo la lettera i) del comma 3 sono aggiunte le seguenti:
'i bis) coordinamento, per il territorio di competenza, delle politiche di investimento, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale;
i ter) raccolta del fabbisogno di personale per il territorio di competenza e coordinamento, a livello territoriale, delle eventuali procedure aggregate per il relativo reclutamento, ferma restando l'autonomia delle singole strutture nel reclutamento delle figure sanitarie;
i quater) coordinamento e governo dell'attività necessaria per la stesura e sottoscrizione, unitamente alle ASST di riferimento, degli accordi con i MMG e i PLS del territorio di competenza, sentite le rappresentanze degli erogatori privati accreditati.';
- l) il comma 4 è sostituito dal seguente:
'4. Nell'ambito degli approvvigionamenti, alle ATS compete il coordinamento nella raccolta dei fabbisogni dei

servizi logistici, informatici e dei beni e servizi sanitari in raccordo con l'Agenzia regionale per l'innovazione e gli acquisti (ARIA).';

m) il comma 5 è sostituito dal seguente:

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

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

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

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

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

r) dopo il comma 6 è inserito il seguente:

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

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

Art. 9

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- h) il primo e il secondo periodo del comma 10 sono sostituiti dai seguenti: *'Il settore aziendale polo ospedaliero è organizzato in dipartimenti a cui afferiscono le strutture complesse secondo quanto previsto dalla normativa statale e dai CCNL di riferimento. Il dipartimento di emergenza e urgenza è costituito nelle aziende e nei presidi individuati dalla programmazione regionale.'*;
- i) il comma 11 è sostituito dal seguente:
'11. Il settore aziendale polo territoriale delle ASST è articolato in distretti e in dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali delle stesse ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area di attività dell'assistenza distrettuale. Le ASST favoriscono l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali in raccordo con la conferenza dei sindaci sulla base della valutazione dei fabbisogni del territorio elaborati dall'ATS, sentito il collegio dei sindaci, nell'ambito della funzione programmatica del dipartimento di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f). Al polo territoriale delle ASST afferisce la cabina di regia dell'ASST, con il compito di dare attuazione all'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale, la cui composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'ASST secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale.';
- j) dopo il comma 11 è inserito il seguente:
'11 bis. Al polo territoriale delle ASST afferiscono comunque i seguenti dipartimenti:
a) dipartimento di cure primarie;
b) dipartimento della salute mentale e delle dipendenze;
c) dipartimento funzionale di prevenzione.';
- k) il comma 12 è sostituito dal seguente:
'12. Il settore aziendale polo territoriale delle ASST, a cui è attribuito il coordinamento dell'attività erogativa delle prestazioni territoriali, eroga, per il tramite dell'organizzazione distrettuale, prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, nonché le cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali. Eroga, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità. Le attività di prevenzione sanitaria sono svolte dal dipartimento funzionale di prevenzione, in coerenza con gli indirizzi di programmazione del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS, e con il PRP che assicura la funzione di governance e l'identificazione dei soggetti erogatori delle prestazioni.';
- l) il comma 13 è sostituito dal seguente:
'13. Al settore polo territoriale, secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali. A tale settore afferiscono:
a) gli ospedali di comunità previsti dal piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);
b) le case di comunità previste dal PNRR;
c) le centrali operative territoriali (COT) previste dal PNRR.';
- m) al comma 14 dopo le parole 'di cura primarie' sono inserite le seguenti: *'e con la rete delle farmacie convenzionate'*;
- n) l'alinnea del comma 16 è sostituito dal seguente:
'Le case di comunità, la cui distribuzione territoriale è attuata in applicazione delle linee di indirizzo nazionali e in coerenza con la programmazione regionale, possono essere gestite, per quanto riguarda i professionisti sanitari, esclusivamente dai MMG o dai PLS riuniti in associazione o in cooperativa e in collaborazione con le farmacie convenzionate ai sensi del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 (Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69).';
- o) alla lettera a) del comma 16 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *'garantendo l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali'*;
- p) dopo la lettera c) del comma 16 è aggiunta la seguente:
'c bis) garantiscono il collegamento tra ospedale e territorio attraverso la presenza dell'infrastruttura tecnologica e l'integrazione multiprofessionale assicurata anche dall'attività dei MMG e PLS, anche riuniti in cooperativa e in collaborazione con le farmacie convenzionate ai sensi del d.lgs. 153/2009, secondo un modello organizzativo a due livelli, avanzato e di base, per garantire prossimità, facilità ed equità di accesso ai servizi, anche nelle zone

rurali e della fascia montana, considerando le caratteristiche fisiche, demografiche e insediative del territorio e i bisogni di salute della popolazione di riferimento anche in rete con gli ambulatori sociosanitari territoriali di cui all'articolo 10, comma 11 quater. In ogni casa di comunità presente un punto unico di accesso, accoglienza, informazione e orientamento del cittadino che opera in stretto contatto con la COT distrettuale al fine di assicurare un accesso unitario, appropriato e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale. Al fine di assicurare l'integrazione sociosanitaria degli interventi, nella casa di comunità prevista la presenza del servizio sociale professionale del SSR, dello psicologo e del consultorio.';

q) dopo il comma 17 sono inseriti i seguenti:

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

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

r) il comma 18 è sostituito dal seguente:

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

s) dopo il comma 18 è inserito il seguente:

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

t) al comma 19 le parole 'dell'ATS montagna' sono sostituite dalle seguenti: *'dei territori facenti parte delle comunità montane, nonché dei capoluoghi di provincia situati in aree montane'.*

Art. 10

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

f) il comma 6 è sostituito dal seguente:

'6. I distretti afferiscono direttamente al polo territoriale delle ASST e interagiscono con tutti i soggetti erogatori insistenti sul territorio di competenza, al fine di realizzare la rete d'offerta territoriale, anche attraverso il

coinvolgimento, per i servizi di competenza delle autonomie locali, delle assemblee dei sindaci dei piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e dei rappresentanti delle comunità montane, al fine di contribuire a garantire le funzioni di cui all'articolo 3-quinquies del d.lgs. 502/1992.';

g) dopo il comma 7 è aggiunto il seguente:

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

Art. 11

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

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

'Art. 7 ter

(Le fondazioni IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia)

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

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

Art. 12

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

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

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

b) dopo il comma 2 è inserito il seguente:

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

c) dopo il comma 3 è aggiunto il seguente:

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

Art. 13

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

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

'Art. 8 bis

(Ospedali classificati)

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

Art. 8 ter

(Stabilimenti termali)

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

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

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

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

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

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

- c) al comma 5 le parole 'le ATS' sono sostituite dalle seguenti: 'le ASST';

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

- e) il comma 10 è sostituito dal seguente:

'10. Nell'ambito del sistema delle cure primarie, governato dalle ASST territorialmente competenti, sono istituiti i servizi di infermiere di famiglia e di comunità, di ostetrica di famiglia e di comunità e delle professioni sanitarie, intesi come servizi singoli o associati a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali. Sono altresì introdotte nel SSL le farmacie dei servizi, come previsto dall'articolo 84 della presente legge e dall'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 (Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile).';

- f) il comma 11 è sostituito dal seguente:

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

- g) dopo il comma 11 sono aggiunti i seguenti:

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

11 ter. È istituito il comitato di indirizzo cure primarie, composto da dirigenti della direzione generale Welfare, con funzioni di coordinamento, e da rappresentanti della medicina territoriale, e degli infermieri di famiglia e comunità, al fine di predisporre annualmente linee guida, da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale, relative alla presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche, nonché alla programmazione della formazione dei MMG e degli infermieri di famiglia e comunità. La Giunta regionale definisce la composizione del comitato e le relative

modalità di funzionamento con deliberazione da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante 'Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)'.

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

Art. 15

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

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

'Art. 10 bis

(Fondo per la telemedicina)

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

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

Art. 16

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 17

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

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

'Art. 11 bis

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

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

2. Sono organi del centro:

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

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

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

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

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

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

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

7. Lo statuto del centro, approvato dalla Giunta regionale, disciplina le funzioni e la durata degli organi, la sede e le modalità di funzionamento e organizzazione del centro, nel rispetto del principio di separazione tra le funzioni di indirizzo e quelle di gestione riservate, rispettivamente, al consiglio di amministrazione e al direttore generale, nonché delle previsioni della presente legge.
8. Il direttore generale, legale rappresentante del centro, è nominato dalla Giunta regionale ed è individuato tra gli idonei presenti nella rosa regionale di cui all'articolo 12, comma 6. Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni.
9. La direzione scientifica del centro è affidata a un direttore scientifico nominato dal consiglio di amministrazione, d'intesa con il Presidente della Giunta regionale e sentito l'Assessore regionale al Welfare, in possesso di laurea in medicina e chirurgia e di comprovate capacità scientifiche e manageriali, previa selezione ad esito di avviso pubblico da parte di una commissione composta da tre esperti nelle suddette materie di cui uno nominato dalla Giunta regionale, uno da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti e uno dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (AGENAS). I lavori della commissione non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Il rapporto di lavoro del direttore scientifico è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni.
10. Il collegio sindacale è organo di controllo contabile del centro ed è nominato secondo le modalità previste dal d.lgs. 502/1992. '.

Art. 18

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

1. All'articolo 12 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
- a) il comma 6 è sostituito dal seguente:
- '6. La commissione regionale di cui all'articolo 2, comma 1, del d.lgs. 171/2016, in particolare, individua tra gli idonei al conferimento dell'incarico di direttore generale fino a trecento candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL. In coerenza con quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, del d.lgs. 171/2016, l'inserimento nella rosa regionale ha una durata massima di tre anni purché i candidati inclusi nella predetta rosa risultino ancora inseriti nell'elenco nazionale. La commissione regionale effettua la valutazione dei candidati per titoli e colloquio e descrive le caratteristiche dei candidati individuati. ';*
- b) al comma 9 sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: *'Il trattamento economico del direttore generale è integrato, in coerenza con quanto previsto dal d.p.c.m. 502/1995, in relazione a corsi di formazione manageriale e iniziative di studio ed aggiornamento, promosse e disciplinate dalla Regione con provvedimento della Giunta regionale, alle quali lo stesso deve partecipare per garantire un elevato livello di qualità della prestazione professionale connessa al ruolo ricoperto. Il collocamento a riposo del direttore generale delle strutture sanitarie pubbliche comporta la cessazione dall'incarico e la conseguente risoluzione del contratto a far data dal giorno del collocamento a riposo. ';*
- c) il primo periodo del comma 10 è sostituito dal seguente: *'Fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 6, del d.lgs. 502/1992, in caso di vacanza dell'ufficio, assenza o impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore sanitario o dal direttore amministrativo più anziano di età. ';*
- d) al terzo periodo del comma 10 le parole 'Decorso tale periodo' sono sostituite dalle seguenti: *'Entro tale termine, '.*

Art. 19

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

1. All'articolo 13 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
- a) al comma 8 le parole 'e preferibilmente per i candidati con il limite di età inferiore di cinque anni rispetto ai limiti pensionistici individuali previsti dalla normativa nazionale vigente' sono soppresse;

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

Art. 20

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

1. All'articolo 15 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) al comma 5 dopo le parole 'strutture accreditate' sono inserite le seguenti: *'da parte della Regione'*;
 - b) dopo il comma 12 è aggiunto il seguente:
'12 bis. Gli enti unici di più strutture presenti anche su territori di ATS differenti e in raccordo con queste ultime, sottoscrivono, previa autorizzazione della direzione generale Welfare e in attuazione degli indirizzi annuali di programmazione, un contratto unico regionale con l'ATS dove insiste la sede legale dell'ente unico.'

Art. 21

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

1. All'articolo 16 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) all'alinnea del comma 2 la parola 'delegate' è soppressa;
 - b) alla lettera c) del comma 2 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *'in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale'*;
 - c) alla lettera g) del comma 2 dopo le parole 'con le ATS' sono inserite le seguenti: *'e le ASST e in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale'*;
 - d) la lettera h) del comma 2 è sostituita dalla seguente:
'h) assicura, in attuazione degli indirizzi di programmazione regionale, attività scientifiche e di ricerca su modelli organizzativi relativi agli ambiti di competenza valorizzando l'esperienza dell'emergenza urgenza con particolare riferimento allo sviluppo dell'attività formativa.'
 - e) al primo periodo del comma 3 dopo le parole 'con le ATS' sono inserite le seguenti: *'e le ASST'*.

Art. 22

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

1. All'articolo 17 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) al comma 1 le parole 'le regole di sistema' sono sostituite dalle seguenti: *'gli indirizzi di programmazione'*;
 - b) il comma 2 è sostituito dal seguente:
'2. Ogni tre anni, a seguito dell'emanazione degli indirizzi di programmazione per l'anno successivo, le ATS e tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL sottopongono all'approvazione della Giunta regionale, che può richiedere modifiche, il POAS e il piano dei fabbisogni triennale. Il POAS, comprensivo del relativo piano delle assunzioni, può essere aggiornato annualmente qualora subentrino esigenze particolari. I POAS e i relativi aggiornamenti sono, di norma, approvati dalla Giunta regionale entro i sessanta giorni successivi alla presentazione.'
 - c) il secondo periodo del comma 3 è sostituito dal seguente: *'In particolare, nel POAS devono essere esplicitate le articolazioni delle funzioni territoriali. A tal fine le linee guida regionali per la redazione dei POAS sono approvate dalla Giunta regionale previo parere della competente commissione consiliare, del Consiglio delle autonomie locali e dei rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.'*

- d) alle lettere a) e b) del comma 4 dopo le parole 'degli IRCCS' sono aggiunte le seguenti: '*di diritto pubblico*';
- e) al primo periodo del comma 5 le parole 'nonché l'invio al Consiglio regionale per l'espressione del parere sui POAS delle ATS' e le parole 'o del parere' sono soppresse;
- f) al primo periodo del comma 8 dopo le parole 'le ASST, ' sono inserite le seguenti: '*AREU,*';
- g) il secondo periodo del comma 8 è sostituito dal seguente: '*ARIA S.p.A., nell'ambito delle sue funzioni, garantisce efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento degli enti del SSR e dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna.*';
- h) al primo periodo del comma 10 le parole 'e le attività cliniche, gli IRCCS e le ASST' sono sostituite dalle seguenti: '*le attività cliniche e le attività di vigilanza e controllo, gli IRCCS di diritto pubblico, l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna, le ASST e le ATS*'.

Art. 23

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

1. All'articolo 17 bis della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) al comma 1 le parole 'le professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali' sono sostituite dalle seguenti: '*le professioni sanitarie, sociosanitarie, sociali e tecnico-amministrative*';
 - b) al comma 2 le parole 'l'assimilazione' sono sostituite dalle seguenti: '*acquisizione*';
 - c) il comma 3 è sostituito dal seguente:

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

'f bis) favorire la conoscenza delle eccellenze internazionali';
 - j) alla lettera g) del comma 7 le parole 'sentito l'Osservatorio integrato del SSL' sono soppresse.

Art. 24

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

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

Art. 25

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

1. All'articolo 18 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) la rubrica è sostituita dalla seguente: '*Valorizzazione e sviluppo professionale del personale del SSL*';
 - b) il primo periodo del comma 1 è sostituito dal seguente: '*La Regione considera il personale del SSL risorsa strategica finalizzata al miglioramento dei servizi e, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento delle*

professioni, promuove e valorizza tutto il personale medico, sanitario, sociosanitario e tecnico-amministrativo e, tenuto conto della natura contrattuale dei rapporti di lavoro pubblici e privati, ne favorisce l'integrazione delle funzioni e delle competenze nell'attuazione del governo clinico, anche al fine di assicurare la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità del percorso di cura.';

c) dopo il comma 1 è inserito il seguente:

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

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

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

'd bis) alle arti ausiliarie delle professioni sanitarie di ottico e optometrista,';

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

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

Art. 26

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

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

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

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

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

c) il comma 4 è sostituito dal seguente:

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

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

Art. 27

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

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

'Art. 20

(Conferenza dei sindaci)

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

2. La conferenza dei sindaci, in particolare:

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

- b) individua i sindaci o loro delegati, comunque appartenenti al Consiglio o alla Giunta comunale, che compongono il collegio dei sindaci deputato alla formulazione di proposte e all'espressione di pareri alle ATS sugli ambiti di cui all'articolo 6, comma 5, e su quanto previsto dal presente comma e partecipa alla cabina di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f);
- c) partecipa alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ASST;
- d) promuove l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con le funzioni e le prestazioni dell'offerta sanitaria e sociosanitaria, anche favorendo la costituzione tra i comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica;
- e) esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.

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

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

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

Art. 28

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

1. All'articolo 21 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) all'alinea del comma 2, dopo le parole 'Il sistema informativo sanitario' sono inserite le seguenti: ', in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali,';
 - b) la lettera a) del comma 2 è sostituita dalla seguente:
 - 'a) *coordinare le attività di tutti i soggetti connessi al sistema informativo sociosanitario;*
 - c) alla lettera b) del comma 2 le parole 'derivanti da tali unità' sono sostituite dalle seguenti: '*provenienti da tali soggetti*';
 - d) alla lettera a) del comma 3 le parole 'realizzare e diffondere sul territorio del fascicolo sanitario elettronico' sono sostituite dalle seguenti: '*realizzare, implementare e diffondere l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico*' e le parole 'le modalità del' sono sostituite dalle seguenti: '*quanto previsto dal*';
 - e) alla lettera b) del comma 3 le parole 'tutte le agenzie e aziende del SSL' sono sostituite dalle seguenti: '*tutti gli erogatori pubblici e privati del SSL*' e le parole ', preferibilmente isorisorse,' sono soppresse;
 - f) al primo periodo della lettera c) del comma 3 le parole 'consentire, inoltre' sono sostituite dalla seguente: '*realizzare*', le parole 'realizzazione della' sono soppresse, la parola 'potranno' è sostituita dalla seguente: '*devono*' e dopo le parole 'i sistemi CUP delle diverse aziende sanitarie' sono inserite le seguenti: '*pubbliche e private*';
 - g) alla lettera e bis) del comma 3, le parole 'definisce le regole di gestione annuali' sono sostituite dalle seguenti: '*stabilisce gli indirizzi di programmazione annuale*';
 - h) il comma 6 è abrogato.

Art. 29

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

1. All'articolo 22 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) al secondo periodo del comma 1 dopo le parole 'fondazioni IRCCS' sono inserite le seguenti: '*di diritto pubblico e l'AREU*';

- b) all'ultimo periodo del comma 2 le parole 'del d.lgs.196/2003' sono sostituite dalle seguenti: *'della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali'*;
- c) al primo periodo del comma 9 dopo le parole 'direttore generale' sono inserite le seguenti: *'o dal consiglio di amministrazione delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico'*;
- d) il primo periodo del comma 11 è sostituito dal seguente: *'Il bilancio d'esercizio degli enti pubblici di cui alla presente legge è adottato dal direttore generale o dal consiglio di amministrazione delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di competenza ed è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 maggio.'*;
- e) dopo il comma 11 è inserito seguente:
'11 bis. Contestualmente alla presentazione del bilancio di esercizio, le ATS, le ASST, le fondazioni IRCCS di diritto pubblico, l'AREU e l'Agenzia di controllo trasmettono alla direzione generale Welfare una relazione in ordine alle azioni adottate con riferimento all'articolo 2, comma 1, lettera a quater), anche ai fini della valutazione dei direttori generali.';
- f) al secondo periodo del comma 13 dopo le parole 'mancato rispetto' sono inserite le seguenti: *'degli obiettivi economico-finanziari'*;
- g) il secondo periodo del comma 17 è sostituito dal seguente: *'In caso di dissesto dichiarato con provvedimento della Giunta regionale, il direttore generale decade dall'incarico e il suo rapporto contrattuale è risolto di diritto; in sostituzione del direttore generale decaduto la Giunta regionale nomina un nuovo direttore generale o un commissario straordinario con il compito di adottare, entro novanta giorni dalla nomina, un piano di rientro, di durata massima triennale, comprensivo del piano finanziario e del piano di riorganizzazione e ristrutturazione dei servizi, da proporre alla Giunta regionale per l'approvazione.'*;
- h) il terzo periodo del comma 17 è soppresso.

Art. 30

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

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

Art. 31

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

1. All'articolo 24 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
- a) la rubrica è sostituita dalla seguente: *'(Riconoscimento del ruolo degli enti del terzo settore e valorizzazione del ruolo del volontariato)'*;
- b) il comma 1 è sostituito dal seguente:
'1. La Regione riconosce e promuove il ruolo del volontariato nella sua essenziale funzione complementare e ausiliaria al SSL, finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell'efficienza dell'attività e della professionalità degli operatori, nonché dell'appropriatezza e dell'umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, in un'ottica sussidiaria favorendo momenti di aggregazione e ascolto delle associazioni di volontariato, anche nell'ambito del forum di cui all'articolo 5, comma 7, lettera n bis).';
- c) il comma 2 è sostituito dal seguente:
'2. La Regione promuove e favorisce attività ed eventi di beneficenza finalizzati alla raccolta di fondi da destinare al potenziamento delle attività del SSL, a investimenti in edilizia sanitaria e tecnologia o attività di studio e ricerca, proposte da soggetti che garantiscano l'assenza di conflitto di interessi dando indicazione ai soggetti beneficiari di assicurare la piena trasparenza e tracciabilità dei flussi finanziari generati da tali attività a garanzia dei donatori, dei benefattori e dei destinatari degli interventi.';
- d) dopo il comma 2 è aggiunto il seguente:
'2 bis. La Regione, al fine di rispondere in modo sempre adeguato e inclusivo ai bisogni delle persone e delle famiglie, promuove l'avvio di sperimentazioni e di nuove modalità di risposta alle problematiche sociali e

sociosanitarie della popolazione privilegiando il confronto con le realtà del terzo settore attraverso gli strumenti della coprogrammazione e coprogettazione, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 19.'.

Art. 32

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

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

a) il comma 3 è sostituito dal seguente:

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

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

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

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

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

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

g) dopo il comma 5 è aggiunto il seguente:

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

Art. 33

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

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

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

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

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

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

Art. 34

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

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

Art. 35

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

1. Al comma 1 dell'articolo 84 della l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) alla lettera h) dopo le parole 'le ATS' sono inserite le seguenti: 'e le ASST';
 - b) dopo la lettera i) sono aggiunte le seguenti:
 - 'i bis) l'adesione alle campagne di vaccinazione della popolazione in coerenza con la normativa statale, in raccordo con le ATS e ASST e in sinergia con i MMG;*
 - i ter) l'erogazione all'interno delle farmacie delle attività sanitarie con il coinvolgimento delle professioni sanitarie, in coerenza con quanto previsto dalla normativa statale.'*

Art. 36**(Disposizioni finali e disciplina transitoria)**

1. Il potenziamento della rete territoriale deve essere realizzato e portato a compimento entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge.
2. L'istituzione dei distretti e le nomine dei relativi direttori devono avvenire entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Nelle more delle nomine dei direttori di distretto, le relative funzioni sono svolte dai direttori sociosanitari delle ASST di riferimento.
3. Le centrali operative territoriali devono essere realizzate non oltre sei mesi dall'istituzione dei distretti di riferimento.
4. Il quaranta per cento degli ospedali di comunità e delle case di comunità, previsti dal PNRR, deve essere realizzato entro il 2022, il successivo trenta per cento entro il 2023 e il restante trenta per cento entro il 2024, sulla base di criteri definiti dalla Giunta regionale. Il rispetto della tempistica di cui al primo periodo costituisce obiettivo prioritario del SSL.
5. I dipartimenti di cure primarie e i dipartimenti funzionali di prevenzione nelle ASST sono istituiti entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e sono progressivamente portati a regime entro i successivi nove mesi.
6. Il personale dei dipartimenti di cure primarie, fino alla data di messa a regime di tali dipartimenti in tutte le ASST, resta assegnato all'ATS.
7. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le ATS presentano alla direzione generale Welfare un programma complessivo di realizzazione del potenziamento della rete territoriale per il territorio di competenza, fermo restando quanto stabilito dal PNRR e tenuto conto delle previsioni dell'articolo 8, comma 2 bis, della l.r. 33/2009, come introdotto dall'articolo 12, comma 1, lettera b), della presente legge.
8. Il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive deve essere 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 6, comma 1, lettera p), della presente legge, e il tavolo regionale di confronto permanente di cui all'articolo 5, comma 13 bis, della l.r. 33/2009, come introdotto dall'articolo 6, comma 1, lettera t), della presente legge. La relativa costituzione deve avvenire entro i successivi centoventi giorni.

11. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le ATS e le ASST trasmettono alla Regione i nuovi POAS adeguati al nuovo assetto organizzativo.
12. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è approvata la deliberazione di Giunta regionale che stabilisce le modalità di funzionamento della conferenza dei sindaci e delle relative articolazioni di cui all'articolo 20 della l.r. 33/2009, come sostituito dall'articolo 27 della presente legge.
13. La Giunta regionale è autorizzata ad adottare ogni ulteriore atto necessario a portare a compimento il processo di definizione dei nuovi assetti.
14. La disposizione di cui all'articolo 11, comma 2, lettera a), della l.r. 33/2009, come modificata dall'articolo 16, comma 1, lettera a), della presente legge, trova applicazione a decorrere alla nomina del direttore generale successiva alla data di entrata in vigore della presente legge.
15. La programmazione delle risorse del fondo sanitario regionale resta affidata integralmente all'Assessorato competente in materia sanitaria e sociosanitaria nell'ambito degli indirizzi di programmazione annuali.
16. Sono fatti salvi gli effetti prodotti dalle disposizioni abrogate dalla presente legge; permangono e restano efficaci gli atti adottati sulla base delle medesime.
17. Nella l.r. 33/2009, ovunque ricorrenti, le parole 'POT' e 'PreSST' sono sostituite dalle seguenti: '*ospedali di comunità*' e '*case di comunità*'.
18. Nella l.r. 33/2009, ovunque ricorrente, la parola 'PSL' è sostituita dalla seguente: '*PSSL*'.

Art. 37

(Norma finanziaria)

1. Agli oneri finanziari aggiuntivi di natura corrente per il potenziamento della rete territoriale derivanti dagli articoli 7, 10 e 11 bis della l.r. 33/2009, così come modificati e introdotti dalla presente legge e regolati temporalmente dall'articolo 36, quantificabili in euro 17.833.325,00 per l'esercizio 2022, in euro 28.686.750,00 per l'esercizio 2023 e in euro 29.720.320,00 per l'esercizio 2024, si provvede con le risorse del fondo socio-sanitario allocate alla missione 13 'Tutela della salute', programma 01 'Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA' - Titolo I 'Spese correnti' dello stato di previsione delle spese del bilancio 2022-2024.
2. Alla copertura delle maggiori spese in conto capitale derivanti dagli articoli 7 e 10 della l.r. 33/2009, come modificati e introdotti dalla presente legge e regolati temporalmente dall'articolo 36, si provvede con le risorse rese disponibili a valere sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) destinate a Regione Lombardia previste in euro 567.000.000,00 per gli anni dal 2022 al 2023, allocate alla missione 13 'Tutela della salute', programma 05 'Investimenti sanitari' - Titolo II 'Spese in conto capitale' dello stato di previsione delle spese del bilancio 2022-2024.
3. Per le finalità di cui all'articolo 10 bis della l.r. 33/2009, come introdotto dalla presente legge, è autorizzata la spesa per l'anno 2022 pari a euro 5 milioni nell'ambito delle risorse previste dal bilancio di previsione 2022-2024 sul fondo socio-sanitario, allocate alla missione 13 'Tutela della salute', programma 01 'Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA' - Titolo I 'Spese correnti' dello stato di previsione delle spese del bilancio 2022-2024. Per gli anni successivi la Giunta regionale determina il relativo finanziamento annuale in sede di definizione degli indirizzi di programmazione annuale per la gestione del Servizio sociosanitario regionale in relazione agli stanziamenti annuali del relativo bilancio di previsione.
4. Alla copertura delle maggiori spese in conto capitale derivanti dall'articolo 11 bis della l.r. 33/2009, come introdotto dalla presente legge e regolato temporalmente dall'articolo 36, previste in euro 85.000.000,00, si provvede con le risorse accantonate nell'esercizio finanziario 2022 alla missione 13 'Tutela della salute', programma 05 'Investimenti

sanitari' - Titolo II 'Spese in conto capitale' dello stato di previsione delle spese del bilancio 2022-2024.

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

NOTE:

1. Si rinvia alla l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 , per il testo coordinato con le presenti modifiche.

Il presente testo non ha valore legale ed ufficiale, che e' dato dalla sola pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione
Lombardia

Bur n. 27 del 01/03/2022

(Codice interno: 470600)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 136 del 15 febbraio 2022

Piano regionale di individuazione delle Case di Comunità e aggiornamento delle schede di dotazione degli Ospedali di Comunità in attuazione del PNRR - Missione 6 Componente 1 Investimento 1.1 e Investimento 1.3. Deliberazione n. 4/CR del 1 febbraio 2022.*[Sanità e igiene pubblica]*

Note per la trasparenza:

Con il presente provvedimento si approva il Piano regionale di individuazione delle Case di Comunità e si aggiornano le schede di dotazione degli Ospedali di Comunità, nel rispetto di quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale ed alle indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

Nell'anno 2021, l'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica da SARS-CoV-2 adottando il Next Generation EU (NGEU) ovvero un programma di investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale, migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori, e conseguire una maggiore

equità di genere, territoriale e generazionale.

Per l'Italia il NGEU rappresenta un'opportunità imperdibile di sviluppo, investimenti e riforme, grazie alla quale sarà possibile modernizzare la sua pubblica amministrazione, rafforzare il sistema produttivo e intensificare gli sforzi nel contrasto alla povertà, all'esclusione sociale e alle disuguaglianze.

Per partecipare al NGEU e per accedere alle quote di finanziamento, l'Europa ha chiesto agli Stati membri di elaborare un Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) costituito da riforme ed investimenti finalizzati a raggiungere obiettivi strategici che l'Italia ha presentato in data 30 aprile 2021 e che è stato approvato dal Consiglio ECOFIN il 13 luglio 2021, articolato in sei Missioni, tra le quali vi è inclusa la salute.

Considerato che il PNRR costituisce un'opportunità imperdibile per il rilancio dell'Italia e dei territori regionali, la Regione del Veneto si è prontamente attivata con Delibera della Giunta 13 luglio 2021, n. 950 per organizzare il coordinamento tecnico e il monitoraggio dei progetti regionali.

Tra le varie proposte formulate per l'ambito sanitario e rientranti nel finanziamento europeo assume particolare importanza, anche in considerazione dell'attuale contesto sanitario, la riorganizzazione delle reti di prossimità con l'investimento nelle Case della Comunità e negli Ospedali di Comunità previsti nella Missione 6 Componente 1 e investimento, rispettivamente, 1.1 e 1.3 del PNRR.

Va ricordato che il processo di invecchiamento della popolazione sta proseguendo ed una quota significativa e crescente delle persone risulta afflitta da malattie croniche che richiedono servizi più adeguati sul territorio.

La realizzazione delle Case della Comunità consentirebbe, in particolare ai malati fragili e cronici, di accedere a strutture dotate di team multidisciplinari con medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti, infermieri e assistenti sociali, per beneficiare di vari servizi sanitari, senza aggravare ulteriormente gli ospedali.

Analogamente, il potenziamento dei servizi domiciliari rivolti a soggetti con età superiore ai 65 anni, con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti, permetterebbe di identificare un modello condiviso e uniforme di erogazione delle cure domiciliari avvalendosi di nuove tecnologie (telemedicina, digitalizzazione, ecc.) in grado di rilevare i dati clinici del paziente in tempo reale anche a distanza.

Oltre a migliorare l'efficienza del sistema, simili interventi consentono ai pazienti di mantenere una certa autonomia e indipendenza presso la propria abitazione, a garanzia della migliore possibile qualità della vita e riducendo il rischio di ricoveri inappropriati.

La L.R. 48 del 2018 prevede che "Il Distretto socio sanitario è l'articolazione dell'Azienda ULSS deputata al perseguimento dell'integrazione tra i diversi servizi e le diverse strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione" e "Sono obiettivi strategici affidati al Distretto Socio-Sanitario: (...) garantire l'assistenza h 24, 7gg/7, prevedendo uno specifico modello di integrazione operativa tra tutti i soggetti preposti alla presa in carico".

A tale proposito la Regione del Veneto, per il tramite delle strutture tecniche competenti, ha elaborato, a seguito di confronto con il territorio, la progettualità per l'individuazione di 99 Case della Comunità, al fine di distribuire sul territorio regionale una Casa della Comunità ogni 50.000 abitanti circa, le cui attività rispondono alle funzioni definite dal Piano Socio Sanitario, all'interno delle competenze distrettuali, e alle indicazioni presenti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Tra le richieste di investimento, volte a potenziare l'offerta territoriale, vi sono inoltre gli Ospedali di Comunità, ovvero quelle strutture sanitarie a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari di media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Tali strutture contribuiscono a migliorare l'appropriatezza delle cure, riducono gli accessi impropri, facilitano la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di organizzare la presa in cura del proprio caro.

Nell'ambito della programmazione esistente e nell'intento di migliorare l'offerta sanitaria grazie alle risorse messe a disposizione dal PNRR, le Aziende sanitarie hanno formulato delle proposte per realizzare 30 Ospedali di Comunità.

Va ricordato, che l'attivazione degli Ospedali di Comunità era già prevista nelle schede di dotazione delle strutture sanitarie di cure intermedie approvate con Delibera della Giunta regionale n. 614 del 14 maggio 2019 e successivamente modificate dalla Delibera n. 1107 del 6 agosto 2020 e che 22 dei 30 interventi previsti sono coerenti con la programmazione vigente; per 5 interventi si prevede una diversa dotazione di posti letto; per due interventi (Vicenza e Noale) è prevista una diversa collocazione in ambito Aziendale; solo un intervento (Valdobbiadene) non è attualmente previsto in programmazione.

La progettualità delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità in coerenza con le indicazioni del PNRR sono state esaminate dalla Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE) nella seduta del 14 gennaio 2022 che ha espresso parere favorevole.

Alla luce di quanto sopra descritto e considerato che il Ministero della Salute ha stabilito le quote di ripartizione delle risorse del PNRR alle Regioni, acquisendo il parere favorevole della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 12 gennaio 2022, si propone di approvare l'individuazione delle sedi di articolazione delle funzioni distrettuali identificate come "Case della Comunità" (**Allegato A**) e l'aggiornamento delle schede di dotazione degli Ospedali di Comunità di cui alla DGR 614/19 e 1107/20 (**Allegato B**) che saranno realizzate anche con i fondi resi disponibili dal PNRR.

La Giunta Regionale con deliberazione n. 4/CR del 1 febbraio 2022 ha approvato il Piano regionale di individuazione delle Case di Comunità e aggiornamento delle schede di dotazione degli Ospedali di Comunità in attuazione del PNRR - Missione 6 Componente 1 Investimento 1.1 e Investimento 1.3 ed ha trasmesso il provvedimento al Consiglio regionale per l'acquisizione del parere della competente Commissione consiliare, come previsto dall'art. 1, comma 3, della Legge Regionale 28 dicembre 2018 n. 48.

La Quinta Commissione ha esaminato la proposta di deliberazione nella seduta n. 40 del 10 febbraio 2022, esprimendo parere favorevole a maggioranza (pagr. 132 - 4/CR/2022) senza prescrizioni e/o osservazioni.

Ad integrazione dell'Allegato B alla Deliberazione Giuntale 4/CR/2022, si precisa che i posti letto per l'Ospedale di Comunità previsto presso la nuova struttura di Valdobbiadene sono 30 e per quanto concerne le variazioni per complessivi 12 posti letto di Ospedali di Comunità dell'Azienda ULSS 1, gli stessi sono previsti in una nuova struttura non oggetto di finanziamento con i fondi del PNRR.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il Regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio Europeo del 14 dicembre 2020;

VISTO il Regolamento (UE) 2020/2221 del Parlamento e del Consiglio del 23 dicembre 2020;

VISTO il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento e del Consiglio del 12 febbraio 2021;

VISTA la decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021;

VISTO il Decreto Legge 6 maggio 2021 n. 59;

VISTO il Decreto del Ministero dell'Economia e delle finanze del 15 luglio 2021;

VISTA l'Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano acquisita nella seduta del 12 gennaio 2022;

VISTA la Legge Regionale 28 dicembre 2018 n. 48;

VISTA la Delibera della Giunta Regionale n. 950 del 13 luglio 2021;

VISTA la Delibera della Giunta Regionale n. 1107 del 6 agosto 2020;

VISTA la Delibera della Giunta Regionale n. 614 del 14 maggio 2019;

VISTO l'art. 1, comma 3, della Legge Regionale 28 dicembre 2018, n. 48;

VISTO l'art. 2, comma 2, della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

VISTA la Delibera della Giunta Regionale n. 4/CR del 1 febbraio 2022;

VISTO il parere della Quinta Commissione consiliare rilasciato nella seduta n. 40 del 10 febbraio 2022, trasmesso con nota prot. n. 2013 dell'11 febbraio 2022;

delibera

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare l'individuazione delle sedi di articolazione delle funzioni distrettuali identificate come "Case della Comunità" elencate nell'**Allegato A** al presente provvedimento che costituisce parte integrante e sostanziale dello stesso,
3. di aggiornare le schede di dotazione degli Ospedali di Comunità di cui alla DGR 614/19 e 1107/20 secondo quanto riportato nell'**Allegato B** al presente provvedimento che costituisce parte integrante e sostanziale dello stesso;
4. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria dell'esecuzione del presente atto;
5. di dare atto che quanto previsto dal presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;
6. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale Regionale.

ALLEGATO A DGR n. 136 del 15 febbraio 2022

pag. 1 di 2

Missione 6 C1 intervento 1.1 Case della Comunità

AZIENDA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	Comune
AULSS 1 Dolomiti	POLIAMB. OSPED. AGORDO	AGORDO
AULSS 1 Dolomiti	POLIAMB. OSPED. BELLUNO	BELLUNO
AULSS 1 Dolomiti	POLIAMB. TERRIT. PIEVE DI C.	PIEVE DI CADORE
AULSS 1 Dolomiti	Poliambulatorio Feltre - ex Casa di Cura Bellati	FELTRE
AULSS 2 Marca Trevigiana	DISTRETTO MOTTA DI LIVENZA nuova CdC	MOTTA DI LIVENZA
AULSS 2 Marca Trevigiana	DISTRETTO SOCIO SANITARIO VILLORBA	VILLORBA
AULSS 2 Marca Trevigiana	FARRA DI SOLIGO - NUOVA CASA DELLA COMUNITA'	Farra di Soligo
AULSS 2 Marca Trevigiana	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' A DOSSON DI CASIER	DOSSON DI CASIER
AULSS 2 Marca Trevigiana	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' ASOLO	ASOLO
AULSS 2 Marca Trevigiana	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' CODOGNE'	CODOGNÈ
AULSS 2 Marca Trevigiana	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' CRESANOP D.G.	Crespano (Pieve) del Grappa
AULSS 2 Marca Trevigiana	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' MOGLIANO	Mogliano Veneto
AULSS 2 Marca Trevigiana	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' PAESE	PAESE
AULSS 2 Marca Trevigiana	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' TREVISO - FIERA	Treviso
AULSS 2 Marca Trevigiana	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' VITTORIO VENETO	Vittorio Veneto
AULSS 2 Marca Trevigiana	P.O. CASTELFRANCO - PAD. EX SERD NUOVA CDC	Castelfranco Veneto
AULSS 2 Marca Trevigiana	PAD. EX INAM MONTEBELLUNA - NUOVA CASA DELLA COMUNITA'	Montebelluna
AULSS 2 Marca Trevigiana	PALAZZO MORETTI - NUOVA CASA DELLA COMUNITA'	Treviso
AULSS 2 Marca Trevigiana	PO ODERZO, VIA LUZZATTI - NUOVA SEDE DISTRETTO CdC	ODERZO
AULSS 2 Marca Trevigiana	POLIAMBULATORIO OSPEDALIERO "DE GIRONCOLI" - CONEGLIANO	Conegliano
AULSS 2 Marca Trevigiana	RICONVERSIONE PAD. EX GUICCIARDINI VALDOBBIADENE	VALDOBBIADENE
AULSS 3 Serenissima	CVP MARCON	MARCON
AULSS 3 Serenissima	DISTRETTO 1 POLIAMBULATORIO - LIDO	VENEZIA
AULSS 3 Serenissima	DISTRETTO 2 POLIAMBULATORIO - MESTRE	VENEZIA
AULSS 3 Serenissima	DISTRETTO SOCIO SANITARIO - CITTADELLA SOCIO-SANITARIA CAVARZERE	CAVARZERE
AULSS 3 Serenissima	DISTRETTO SOCIO SANITARIO - MARTELLAGO	MARTELLAGO
AULSS 3 Serenissima	Favaro	VENEZIA
AULSS 3 Serenissima	Marghera	VENEZIA
AULSS 3 Serenissima	Mira	MIRA
AULSS 3 Serenissima	NOALE	Noale
AULSS 3 Serenissima	POLIAMBULATORIO OSPEDALE DOLO	DOLO
AULSS 3 Serenissima	POLIAMBULATORIO OSPEDALE VENEZIA	VENEZIA
AULSS 3 Serenissima	POLIAMBULATORIO OSPEDALIERO CHIOGGIA	CHIOGGIA
AULSS 4 Veneto Orientale	NUOVA SEDE DISTRETTO CAVALLINO-TREPORTI	CAVALLINO-TREPORTI
AULSS 4 Veneto Orientale	POLIAMBULATORIO DISTRETTO DI CAORLE	CAORLE
AULSS 4 Veneto Orientale	POLIAMBULATORIO DISTRETTO UNICO - SAN DONA'	SAN DONÀ DI PIAVE
AULSS 4 Veneto Orientale	POLIAMBULATORIO P.O. JESOLO	JESOLO
AULSS 4 Veneto Orientale	SEDE DISTRETTO SAN MICHELE AL TAGLIAMENTO	SAN MICHELE AL TAGLIAMENTO
AULSS 5 Polesana	CITTADELLA SOCIO-SANITARIA ROVIGO	ROVIGO
AULSS 5 Polesana	POLIAMB. TERR.LE BADIA POLESINE	BADIA POLESINE
AULSS 5 Polesana	POLIAMB. TERR.LE CASTELMASSA	CASTELMASSA
AULSS 5 Polesana	POLIAMBULATORIO EXTRAOSPEDALIERO - PORTO TOLLE	PORTO TOLLE
AULSS 5 Polesana	POLIAMBULATORIO OSPEDALIERO - ADRIA	ADRIA
AULSS 6 Euganea	AMBULATORI SPEC. TREBASELEGHE	Trebaseleghe
AULSS 6 Euganea	AMBULATORI SPEC. VIGONZA	Vigonza
AULSS 6 Euganea	CENTRO CULTURALE TAMARA E DIANA - SAONARA	Saonara
AULSS 6 Euganea	CENTRO SANITARIO POLIFUNZIONALE MONSELICE	Monselice
AULSS 6 Euganea	DISTRETTO DI CARMIGNANO DI BRENTA	Carmignano di Brenta
AULSS 6 Euganea	DISTRETTO DI ESTE	Este
AULSS 6 Euganea	DISTRETTO DI MONTAGNANA (OSPEDALE STORICO)	Montagnana
AULSS 6 Euganea	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' DI ABANO TERME	Abano Terme
AULSS 6 Euganea	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' DI CAMPO SAN MARTINO	Campo San Martino
AULSS 6 Euganea	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' DI CAMPOSAMPIERO	Camposampiero
AULSS 6 Euganea	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' DI LIMENA	Limena
AULSS 6 Euganea	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' DI MASERA' DI PADOVA	Maserà di Padova
AULSS 6 Euganea	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' DI NOVENTA PADOVANA	Noventa Padovana
AULSS 6 Euganea	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' DI PONTELONGO	Pontelongo
AULSS 6 Euganea	NUOVA CASA DELLA COMUNITA' DI SAN MARTINO DI LUPARI	San Martino di Lupari
AULSS 6 Euganea	POLIAMB. C.S.S. COLLI	Padova
AULSS 6 Euganea	POLIAMBULATORIO CONSELVE	Conselve
AULSS 6 Euganea	POLIAMBULATORIO DI PIOVE DI SACCO	Piove di Sacco
AULSS 6 Euganea	POLIAMBULATORIO RUBANO	Rubano
AULSS 6 Euganea	POLIAMBULATORIO SELVAZZANO	Selvazzano Dentro
AULSS 7 Pedemontana	AMBULATORI C/O DSB ROMANO	ROMANO D'EZZELLINO



ac887b48



ALLEGATO A DGR n. 136 del 15 febbraio 2022

pag. 2 di 2

Missione 6 C1 intervento 1.1 Case della Comunità

AZIENDA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	Comune
AULSS 7 Pedemontana	CASA DELLA SALUTE DI SCHIO	SCHIO
AULSS 7 Pedemontana	CENTRO SANITARIO POLIFUNZIONALE DI THIENE	THIENE
AULSS 7 Pedemontana	CENTRO SOCIO SANITARIO "PROSPERO ALPINO"	MAROSTICA
AULSS 7 Pedemontana	CENTRO SOCIO SANITARIO MONS. NEGRIN	BASSANO DEL GRAPPA
AULSS 7 Pedemontana	DISTRETTO DI ASIAGO	ASIAGO
AULSS 7 Pedemontana	DISTRETTO SANITARIO DI ARSIERO	ARSIERO
AULSS 7 Pedemontana	DISTRETTO SANITARIO DI MALO	MALO
AULSS 8 Berica	CENTRO SANITARIO POLIFUNZIONALE SANDRIGO	SANDRIGO
AULSS 8 Berica	DISTRETTO - LONGARE	LONGARE
AULSS 8 Berica	DISTRETTO VICENZA S. Felice	VICENZA
AULSS 8 Berica	POLIAMBULATORIO NOVENTA VIC.NA	NOVENTA VICENTINA
AULSS 8 Berica	POLIAMBULATORIO OSP. ARZIGNANO	ARZIGNANO
AULSS 8 Berica	POLIAMBULATORIO OSP. LONIGO	LONIGO
AULSS 8 Berica	POLIAMBULATORIO OSP. VALDAGNO	VALDAGNO
AULSS 8 Berica	POLIAMBULATORIO OSP.MONTECCHIO	MONTECCHIO MAGGIORE
AULSS 8 Berica	STRUTTURA DISTRETTUALE E CONSULTORIO FAMILIARE - CAMISANO VICENTINO	CAMISANO VICENTINO
AULSS 9 Scaligera	CSP. COLOGNA VENETA	Cologna Veneta
AULSS 9 Scaligera	CSP. CAPRINO VERONESE	Caprino Veronese
AULSS 9 Scaligera	CSP. ISOLA DELLA SCALA	Isola della Scala
AULSS 9 Scaligera	CSP. NOGARA	Nogara
AULSS 9 Scaligera	CSP. TREGNAGO	Tregnago
AULSS 9 Scaligera	CSP. VALEGGIO SUL MINCIO	Valeggio sul Mincio
AULSS 9 Scaligera	DISTRETTO SANITARIO S. Giovanni L.	San Giovanni Lupatoto
AULSS 9 Scaligera	DISTRETTO SANITARIO via Campania	VERONA
AULSS 9 Scaligera	DISTRETTO SANITARIO via Capitel	VERONA
AULSS 9 Scaligera	Ex IPAB Bussolengo	Bussolengo
AULSS 9 Scaligera	EX OSPEDALE CHIARENZI - Zevio	Zevio
AULSS 9 Scaligera	NUOVA CdC Cerea	Cerea
AULSS 9 Scaligera	NUOVA CDC Montecchia	Montecchia di Crosara
AULSS 9 Scaligera	NUOVA CdC San Bonifacio - ex ospedale Zavarise	San Bonifacio
AULSS 9 Scaligera	NUOVA CdC Villafranca	Villafranca
AULSS 9 Scaligera	NUOVA SEDE DEL POLO SANITARIO DELLA CITTA' DI VERONA E C&C	VERONA
AULSS 9 Scaligera	OSPEDALE DI MARZANA	VERONA
AULSS 9 Scaligera	VECCHIO OSPEDALE DI LEGNAGO	Legnago
AULSS 9 Scaligera	via Montanara Colognola	Colognola ai Colli



ac887b48

