



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 2983

Seduta del 23/12/2014

Presidente

ROBERTO MARONI

Assessori regionali MARIO MANTOVANI *Vice Presidente*

VALENTINA APREA

VIVIANA BECCALOSI

SIMONA BORDONALI

MARIA CRISTINA CANTU'

CRISTINA CAPPELLINI

GIOVANNI FAVA

MASSIMO GARAVAGLIA

MARIO MELAZZINI

MAURO PAROLINI

ANTONIO ROSSI

FABRIZIO SALA

ALESSANDRO SORTE

CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta del Presidente Roberto Maroni

Oggetto

PROPOSTA DI PROGETTO DI LEGGE: "EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO LOMBARDO"

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

Il Segretario Generale Andrea Gibelli

L'atto si compone di 30 pagine

di cui 27 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTO l'articolo 34 dello Statuto d'autonomia della Lombardia, secondo il quale l'iniziativa legislativa dell'Esecutivo appartiene al Presidente della Giunta Regionale;

VISTA la legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario);

VISTA la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità);

RITENUTO necessario procedere alla revisione dell'attuale sistema normativo per adeguarlo alle mutate ed emergenti necessità della popolazione;

DATO ATTO che a tal fine è stato redatto un primo documento di linee guida per la riforma (Libro Bianco) e che su tale documento si è sviluppata una fase di ampio confronto esterno con tutti gli operatori e con le parti sociali;

VALUTATO che da tale confronto è stata confermata l'esigenza di evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo;

VALUTATO peraltro che la definizione della proposta richiede ora un ampio coinvolgimento delle forze politiche presenti in Consiglio regionale, ferma restando la volontà della Giunta di adoperarsi attivamente nel corso del dibattito consiliare, già in sede di Commissione;

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

con l'astensione degli Assessori Melazzini e Parolini



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERA

1. di approvare l'allegata proposta di progetto di legge recante "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo";
2. di disporre la trasmissione al Consiglio regionale per la prosecuzione dell'iter.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

Relazione illustrativa della proposta di Progetto di Legge: Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario Lombardo

Premessa

La Legge 31/97 ha certamente segnato una profonda rivoluzione nel Sistema Sanitario Regionale, ispirandosi al principio della libera scelta da parte delle persone e delle famiglie, ad una separazione di competenze tra Ente programmatore e controllore (ASL) ed erogatore di prestazioni (AO), oltretutto alla parità tra soggetti di diritto pubblico e privato, accreditati secondo precisi criteri strutturali e qualitativi, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

A distanza di 17 anni, però, la continua evoluzione in ambito sanitario, unitamente ai profondi cambiamenti dei bisogni della persona e la differente strutturazione sociale e della famiglia (a partire dall'assoluta necessità di tutela delle fragilità e della presa in carico della cronicità) impongono una manutenzione al sistema, non effettuata in occasione della stesura della Legge 33/09, il Testo Unico delle Leggi Regionali in Materia di Sanità e Politiche Sociali.

I principi ispiratori di questa revisione legislativa si basano sulla riconferma dei capisaldi della Legge 31/97, con particolare riferimento

- alla libertà di scelta della persona
- alla competitività tra le strutture pubbliche e private, determinata dal sistema degli accreditamenti,
- al rafforzamento della separazione delle competenze tra programmazione ed erogazione dei servizi, attraverso l'introduzione di un meccanismo terzo di controllo e della centralizzazione della regia degli acquisti che generi economia di scala (ASSL – AISA – ARCCS ed ARCA).

Assieme a queste riconferme vengono introdotti alcuni concetti ormai improcrastinabili e precisamente:

- ✓ Implementazione della Rete Ospedaliera con quella Territoriale, con assoluta valorizzazione di quest'ultima;
- ✓ Intersecazione del Sistema Sanitario con quello Socio-Sanitario e stretta collaborazione con le Politiche Sociali gestite dagli Enti Locali;
- ✓ Identificazione delle competenze delle Strutture Specialistiche e di quelle Generalistiche, nella realizzazione di una Rete Ospedaliero-Territoriale in grado di rispondere ai reali bisogni della Persona e della Famiglia, ottimizzando le risorse umane, strutturali ed economiche, con particolare riferimento al rafforzamento delle prestazioni a media e bassa intensità di cura, territorialmente vicine alla genesi delle necessità ed, ove possibile, domiciliare;
- ✓ Programmazione ad ampio respiro dell'offerta socio sanitaria basata sull'epidemiologia territoriale, intersecata con le più moderne linee guida scientificamente validate a livello internazionale ed utilizzando criteri basati sui principi di appropriatezza, efficacia ed efficienza, da cui discenda un reale controllo di qualità;
- ✓ Valorizzazione delle risorse umane di tutte le Professioni sanitarie e delle loro competenze, a partire da una contrattistica di lavoro lombarda, come veicolo per migliorare il rapporto con la Persona, che dovrà sfociare nella sostituzione del concetto di "curare" con quello di "prendersi cura" e di quello di "appropriatezza economica" con quello di "appropriatezza clinica", che conseguentemente saprà determinare anche la razionalizzazione delle risorse economiche;
- ✓ Stretta collaborazione con le realtà imprenditoriali territoriali, finalizzata al superamento della visione del Sistema Socio Sanitario Lombardo esclusivamente come erogatore di prestazioni, aprendo ad una visione aziendale in grado di determinare una significativa ricaduta socio economica territoriale determinata dall'indotto;

- ✓ Organizzazione il più possibile svincolata da situazioni nazionali frenanti lo sviluppo del Sistema Socio Sanitario Lombardo, a partire dall'istituzione di un Consorzio Lombardo del Farmaco, delle Protesi e dei Presidi Medico Chirurgici che, unitamente alla presa in carico diretto del Rischio Clinico, coinvolgendo le Società Scientifiche, permetterà l'elaborazione di quei Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali indispensabili per la corretta erogazione prestazionale, ottimizzando le risorse ed accrescendone il livello quali e quantitativo, con un sostanziale superamento della cosiddetta "medicina difensiva" ed assicurando il massimo della potenzialità prestazionale al Cittadino Lombardo;
- ✓ Sostanziale incentivazione all'attività di Ricerca e di Progettualità Innovativa, oltreché all'organizzazione di un efficace ed efficiente programma a medio e lungo termine di Prevenzione e Promozione dei corretti Stili di Vita, con l'obiettivo di ridurre la mortalità e la morbilità;
- ✓ Sviluppo di particolari settori carenti, come la Telemedicina, l'Odontoiatria Sociale, la Terapia Antalgica ed altre situazioni a particolare impatto sociale;
- ✓ Ottimizzazione organizzativa e dirigenziale, finalizzata ad una devoluzione territoriale della stessa, unitamente ad una razionalizzazione amministrativa ed una capillarità della prestazione Socio Sanitaria, con particolare riguardo alle situazioni di fragilità;
- ✓ Implementazione del Sistema Socio Sanitario Lombardo con quelli delle Regioni contigue, nella proiezione della realizzazione del Sistema Socio Sanitario della Macroregione del Nord.

Per le motivazioni sopra descritte il presente disegno di legge non può essere definito come una semplice revisione legislativa, bensì come un'evoluzione del Servizio Socio Sanitario Lombardo verso la società del futuro, dando ragione (fin dal titolo) dell'assoluta necessità di adeguare il sistema lombardo alle nuove complessità che si profilano nell'orizzonte temporale dei prossimi decenni (ad esempio l'allungamento dell'aspettativa di vita e l'aumento conseguente della cronicità), superando in primo luogo la netta divisione tra Politiche Sanitarie e Politiche Socio Sanitarie per fare confluire risorse, energie e competenze professionali in unico Sistema, coordinato da un'unica regia e deputato alla presa in carico dei bisogni complessivi delle persone, delle famiglie e dei soggetti più fragili.

Descrizione sintetica dell'Articolato

Il presente Disegno di Legge Regionale si compone di 29 articoli.

Gli articoli 1 e 2 fissano i principi ispiratori della legge che, unitamente alla promozione ed alla sostenibilità del sistema sancite dall'articolo 3, introducono i concetti fondamentali che vengono dettagliati negli articoli successivi.

L'articolo 4 declina il Piano Socio Sanitario Lombardo come strumento pluriennale ed annuale della programmazione socio sanitaria, avvalendosi di tutti i contributi derivanti dalla Filiera Socio Sanitaria Lombarda, come previsto dall'Osservatorio di cui all'articolo 5.

Gli articoli 6 e 7 riorganizzano l'Agenzia per la Tutela della Salute con le Articolazioni Socio Sanitarie Territoriali (ASSL) e le Aziende Integrate per la Salute e l'Assistenza (AISA), nella declinazione della Rete Socio Sanitaria Lombarda. In particolar modo le ASSL, in numero limitato, ricevono dall'Assessorato di competenza le funzioni di programmazione e controllo, con la relativa assegnazione delle risorse economiche e le AISA, in numero congruo per una corretta gestione del Territorio di propria competenza e declinate nei POT e nei PreSST, unitamente a tutte le altre Strutture presenti sul Territorio stesso, concorrono all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni, prevedendo un ampliamento ed una razionalizzazione dell'offerta, costituendo una rete ambulatoriale specialistica territoriale ed ottimizzando la rete specialistica ospedaliera e rispondendo alle linee guida previste dai primi due articoli della presente legge circa la

valorizzazione dell'assistenza territoriale e l'adeguata presa in carico della cronicità e della bassa intensità di cura e medio-alta complessità assistenziale, intersecando fortemente il Sistema Sanitario con quello Socio Sanitario e prevedendo una stretta collaborazione ed integrazione con gli Enti Locali per le competenze Sociali, nella realizzazione di una Rete Ospedaliero Territoriale rispondente al reale bisogno espresso dalle Persone e dalle Famiglie.

Gli articoli 8 e 9 disciplinano i Modelli di Cura per il Paziente Cronico e l'Organizzazione delle Cure Primarie, convenzionata e coordinata all'interno dell'attività delle ASSL, che ha il compito della presa in carico dell'assistenza sanitaria di base.

L'articolo 10 declina la nuova istituzione dell'Agenzia Regionale di Controllo, come garante della correttezza procedurale e scientifica dell'attività del Sistema Socio Sanitario Lombardo.

L'articolo 11 identifica i requisiti per le Strutture di riferimento specialistiche per la Ricerca, l'Innovazione, la Didattica e l'Aggiornamento Continuo in Medicina, strutture da valorizzare come centri di riferimento anche extraregionale.

L'articolo 12 declina la natura e gli Organi di ASSL ed AISA, con particolare riferimento alle Direzioni Strategiche ed ai relativi requisiti, ottimizzando ed alleggerendo fortemente il management; le Direzioni Strategiche organizzano la propria attività attraverso il Piano Organizzativo Strategico Aziendale, da sottoporre all'approvazione regionale, in ottemperanza all'articolo 19 e subiscono, in caso di inottemperanza alle proprie funzioni, le sanzioni previste all'articolo 20.

L'articolo 13 organizza le Farmacie dei Servizi, nella piena attuazione della normativa nazionale vigente.

Estremamente particolare è il contenuto dell'articolo 14, che istituisce l'Agenzia per la Promozione del Sistema Socio Sanitario Lombardo e prevede la realizzazione di siti sperimentali e di uno Show Room dei Sistemi Socio Sanitari, in un confronto continuo con le più avanzate realtà internazionali, finalizzato ad un costante accrescimento culturale ed organizzativo, con positive ricadute sull'erogazione dei servizi.

L'articolo 15 descrive il ruolo dei Soggetti Privati Accreditati e Contrattualizzati nel raggiungimento degli obiettivi del PSSSL, mentre il successivo articolo 16 prevede la continuità dell'attività dell'Agenzia Regionale per l'Emergenza Urgenza, sancendone il ruolo strategico non solamente in ambito sanitario.

L'articolo 17 descrive i requisiti necessari per l'Accreditamento al Sistema Socio Sanitario Lombardo e definisce i criteri per la messa a contratto, secondo un principio di dinamicità destinato ad incrementare la concorrenza ed innalzare il livello qualitativo prestazionale.

Improcrastinabile è il contenuto dell'articolo 18, che prevede la possibilità di azioni concrete per intervenire su una vera e propria contrattualistica lombarda, con una corretta regolamentazione delle Professioni sanitarie, finalizzata alla realizzazione di un efficace sistema premiante, con risvolti assolutamente positivi sull'erogazione del servizio al Cittadino.

Nell'articolo 21 sono descritte tutte le possibili linee di finanziamento, sistematiche ed aggiuntive, del SSSL, mentre l'articolo 22 prevede la presa in carico assicurativa della Responsabilità Civile, di fatto andando a chiudere il cerchio dello stesso Ente, Regione Lombardia, che diventa contemporaneamente deputato, oltrechè alla programmazione ed erogazione dei servizi, anche alla presa in carico il Rischio Clinico, procedendo alla stesura delle Procedure Diagnostico Terapeutiche ed Assistenziali Certificate, sentite le Società Scientifiche, vero fondamento per quell'appropriatezza clinica che diventa la preminente linea guida del Sistema, unitamente ad una profonda revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che ne preveda un incremento rispetto al livello nazionale, ed una sostanziale differenziazione strutturale dei DRG, oltre all'istituzione di una tariffa di presa in carico e accompagnamento delle persone fragili, deputato alla quantificazione della presa in carico del percorso per patologia, con l'obiettivo di realizzare un tariffario appropriato, congruo con le intensità procedurali.

L'articolo 23 sancisce i rapporti tra Regione ed Università ed altri Istituti di Formazione, valorizzandone le peculiarità e le potenzialità d'innovazione qualitativa.

Fondamentale è anche il contenuto dell'articolo 24, che istituisce il Consorzio Lombardo dei Farmaci, delle Protesi, dei Presidi e dei Dispositivi Medico-Chirurgici e rimodula il sistema di valutazione, valorizzazione ed approvvigionamento dei farmaci e dei dispositivi medico-chirurgici, ottimizzando l'acquisizione su vasta scala dei materiali di consumo basilari e liberando risorse per una puntuale risposta al fabbisogno d'innovazione, in relazione ai bisogni delle Persone e delle Famiglie, considerando sicurezza, efficacia ed efficienza, in ragione della sostenibilità e della necessità di promuovere l'innovazione socialmente e terapeuticamente rilevante. In questo articolo viene altresì istituito un Servizio di Farmacologia Clinica, Farmacoeconomia e Farmacovigilanza, deputato all'ottimizzazione, scientificamente validata, della filiera del farmaco.

L'articolo 25 rivede ed ammodernizza le norme per la tutela della Salute Mentale, rafforzando la rete ospedaliero/territoriale ed affiancando il Servizio di Psicologia a quelli tradizionali.

L'articolo 26 contiene una novità di grande rilevanza: per dare piena e coerente attuazione alla legge di riforma del sistema regionale viene istituito l'Assessorato Regionale al Welfare, unendo strutture e competenze dei due assessorati che attualmente si occupano di queste materie, vale a dire l'assessorato alla Salute e quello alla Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità, queste ultime attività espressamente promosse dai contenuti dell'articolo 27.

Chiudono il presente disegno di legge l'articolo 28 (che contiene le norme transitorie) e l'articolo 29 (disposizioni di esplicita abrogazione di norme di legge incompatibili) e l'art. 30 (Norma finanziaria).

Relazione tecnico-finanziaria ex art. 28 l.r. 34/1978 relativa alla Proposta di Progetto di Legge recante: Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario Lombardo

L'articolo 30 della proposta di PdL prevede che gli oneri derivanti dalla presente l.r. trovino copertura mediante stanziamento del bilancio regionale per gli anni di competenza, a partire dal 2015.

Le previsioni di impatto finanziario portano a quantificare una sostanziale invarianza di spesa compensando i costi derivanti dall'istituzione di nuovi organismi con i risparmi conseguenti alla razionalizzazione del sistema delle Aziende sanitarie.

Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario Lombardo

TITOLO I

(Oggetto della Legge e disciplina del Sistema Socio Sanitario Lombardo)

Art. 1

(Oggetto della Legge)

1. La presente legge detta i principi per l'evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e dello Statuto regionale.
2. Per Sistema sociosanitario si intende l'insieme delle funzioni e prestazioni della totalità dell'offerta sanitaria, sociosanitaria, sociale di Regione Lombardia.

Art. 2

(Principi Generali)

1. Il presente Titolo definisce i principi per l'evoluzione ed il miglioramento del Sistema Socio Sanitario Lombardo, al fine di promuovere e realizzare politiche a favore della Persona e della Famiglia e rispondere in modo appropriato, personalizzato ed integrato ai diversi bisogni e disciplina un modello gestionale ed un sistema uniforme di accesso ai servizi sociosanitari, nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione e della legislazione di settore, in conformità ai seguenti principi:
 - a) Rispetto della dignità della persona e centralità del ruolo della famiglia;
 - b) Diritto della persona alla libertà di scelta, consapevole e responsabile, all'accesso alle prestazioni sociosanitarie, in un'ottica di trasparenza;
 - c) Valorizzazione delle Risorse Umane di tutte le Professioni Sanitarie, continuità e personalizzazione dell'assistenza, attraverso la sostenibilità e la qualità dei servizi, finalizzate alla presa in carico del percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale, secondo il principio del passaggio da "curare" a "prendersi cura";
 - d) Pluralismo dell'offerta garantito attraverso la piena parità di diritti e di doveri fra soggetti accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, che concorrono a realizzare l'insieme dell'offerta, secondo il principio della sussidiarietà orizzontale;
 - e) Promozione del volontariato, del terzo settore e di tutti i soggetti socialmente attivi quali attori fondamentali per concorrere al completamento dell'offerta sociosanitaria;
 - f) Personalizzazione del processo di assistenza e cura secondo modelli di medicina d'iniziativa che integrino i vari servizi offerti dalla rete sanitaria e socio sanitaria con lo scopo di offrire maggiori opportunità alla persona e alla sua famiglia;
 - g) Proseguire e perseguire azioni volte alla promozione dell'appropriatezza, della trasparenza delle performance economiche e qualitative nonché dei controlli che debbono guidare, insieme al principio dei costi standard territoriali, la programmazione e la distribuzione delle risorse, procedendo nel percorso di armonizzazione dei sistemi contabili regionali e della piena certificazione dei singoli bilanci di ciascuna Azienda;
 - h) Sostegno all'attività di ricerca, sperimentazione e innovazione anche attraverso la promozione della formazione continua degli operatori della filiera sociosanitaria che rappresentano l'asse portante del Servizio Sociosanitario Lombardo;
 - i) Promozione della partecipazione consapevole e responsabile dei Cittadini e delle comunità nei percorsi di prevenzione, di cura e di assistenza;
 - l) Integrazione del percorso della persona, garantendo la continuità assistenziale attraverso l'implementazione della rete sociosanitaria ospedaliera e territoriale, utilizzando tutte le risorse, pubbliche e private, insistenti sul territorio regionale, ricomponendo ed integrando le risorse statali,

regionali e territoriali, destinate al sistema sociosanitario, promuovendo l'integrazione con le funzioni sociali di competenza degli Enti Locali.

2. La Regione esercita funzioni di programmazione, indirizzo e controllo e supporta l'Agenzia per la Tutela della Salute, di seguito denominata ATS e le sue Articolazioni Socio Sanitarie Locali di cui al successivo art. 6 e successivamente denominate ASSL, le Aziende Integrate per la Salute e l'Assistenza di cui al successivo art. 7 e successivamente denominate AISA e gli altri Soggetti, Pubblici e Privati, che svolgono attività sociosanitarie, garantendone l'uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio lombardo, nel rispetto dell'autonomia programmatica, gestionale, erogativa e di controllo ad esse devolute con l'approvazione del Piano Socio Sanitario Lombardo di cui al successivo articolo 4.

3. La Regione garantisce i livelli essenziali e uniformi di assistenza previsti dalla legislazione nazionale e, compatibilmente con le risorse disponibili, ne promuove livelli più elevati a tutela dei diritti di salute e di fragilità. Dispone contestualmente in ordine al reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale, nonché alla determinazione dei livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini ed assicura, sia a livello centrale che periferico, una adeguata strutturazione organizzativa delle funzioni di programmazione, acquisto, erogazione delle prestazioni e terzietà del controllo.

4. La Regione promuove la cooperazione di ASSL e AISA, oltreché della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB), con le realtà economiche, produttive e commerciali locali, anche transfrontaliere ed internazionali, finalizzate al miglioramento degli standard qualitativi ed al concorso del Sistema Socio Sanitario Lombardo al rilancio strategico e socio economico territoriale della Lombardia.

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

6. I Comuni, preferibilmente in forma associata, partecipano, a livello locale, allo sviluppo del Sistema Socio Sanitario Lombardo secondo le linee di indirizzo definite dalla Regione ed in una prospettiva di piena integrazione a livello territoriale, attraverso le forme giuridiche e gli assetti istituzionali più funzionali alla realizzazione degli indirizzi e degli obiettivi sociosanitari.

Art. 3

(Promozione e sostenibilità del Sistema Socio Sanitario Lombardo)

1. La Regione, anche attraverso l'integrazione delle politiche in materia di welfare e la collaborazione con tutti gli attori del sistema, promuove ed incentiva la precoce identificazione degli stati patologici e corretti stili di vita, nella prospettiva di ridurre ed evitare i fattori causali di malattia e favorire un invecchiamento attivo.

3. La Regione, attraverso il Piano Socio Sanitario Lombardo, promuove azioni per favorire l'appropriatezza clinica ed economica, garantire la parità di accesso alle prestazioni e l'equità nella compartecipazione al costo delle stesse, incentivando la responsabilità della Persona e della sua Famiglia anche sostenendo il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi e delle prestazioni.

4. La Regione, riconoscendo la persona e la famiglia quale destinatario e attore principale delle azioni ed interventi che compongono il sistema sociosanitario regionale, istituisce un sistema costituito anche da buoni e voucher che vengono identificati quali strumenti da destinare all'utente sulla base della valutazione personalizzata del bisogno. Tale sistema integra gli interventi e le risorse rispetto alla valutazione multidimensionale della pluralità dei bisogni della persona fragile e della sua famiglia e consente di acquistare direttamente le prestazioni presso tutti gli operatori accreditati

5. La Regione, al fine di garantire un accesso appropriato, unico ed integrato al sistema, definisce, tra i criteri di accesso, la valutazione multidimensionale del bisogno, finalizzata ad analizzare gli aspetti sociosanitari ed assistenziali del bisogno della persona fragile e della sua famiglia, per

assicurare l'integrazione e la continuità di tutti i servizi di assistenza territoriale. A questa valutazione multidimensionale debbono avvalersi obbligatoriamente anche i Comuni in sede di presa in carico della persona portatrice di bisogni sociali.

Art. 4

(Piano Socio Sanitario Lombardo)

1. Il Consiglio Regionale, su proposta del Presidente della Giunta Regionale, approva il Piano Socio Sanitario Lombardo (PSSL), quale strumento unitario ed integrato di programmazione, nel quale sono indicate le attività sociosanitarie e le linee di indirizzo delle politiche e degli interventi da erogare alla Persona ed alle Famiglie.

2. Il piano definisce:

a) il quadro previsionale dei bisogni sociosanitari della popolazione lombarda, basato su una preventiva mappatura epidemiologica territoriale specifica e secondo il criterio dell'appropriatezza clinica e dei percorsi diagnostico terapeutici, di prevenzione ed assistenziali delle prestazioni erogate;

b) gli obiettivi, i programmi e gli indicatori in base ai quali sono determinati i volumi di attività per ognuno dei Livelli Essenziali di Assistenza e di tutte le ulteriori prestazioni sociosanitarie e certificati dalle evidenze scientifiche circa le distribuzioni specialistiche per superfici e numero di abitanti, assicurando il corretto livello qualitativo e di sicurezza sancito dalle indicazioni internazionali, tenuto conto delle specificità e peculiarità dei relativi territori, con particolare attenzione a quelli montani, disagiati ed a bassa intensità abitativa;

c) gli indicatori di risultato da impiegare per il controllo e la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità, dell'appropriatezza, della sicurezza e dell'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati che costituiranno criterio programmatico prevalente per la stesura dei successivi Piani Socio Sanitari Lombardi;

d) i progetti-obiettivo e le azioni da adottare per rispondere a specifiche aree di bisogno;

e) l'incremento dell'attività e le relative linee di indirizzo del sistema integrato di prevenzione, con una programmazione a medio e lungo termine e con l'obiettivo di rendere capillarmente diffuse le iniziative di screening e prevenzione nei confronti delle patologie gravate di maggiori indici di mortalità, invalidità e morbilità, a partire da una capillare e puntuale educazione sanitaria, con particolare riferimento alla promozione dei corretti stili di vita;

f) le linee di indirizzo per assicurare alla persona la continuità assistenziale attraverso modalità strutturate di presa in carico dell'assistito, per la definizione di nuovi assetti organizzativi che si affianchino all'attuale sistema di erogazione per patologia promuovendo un processo di integrazione tra le attività prettamente sanitarie e socio sanitarie con quelle sociali di competenza degli Enti Locali;

g) gli obiettivi di sistema volti a garantire il miglioramento continuo dello stesso in termini di coerenza delle azioni intraprese e di esigenze operative, oltreché di qualità e appropriatezza delle risposte offerte ai cittadini insieme all'implementazione di politiche di governance strategica e di sviluppo della ricerca e dell'innovazione.

h) i criteri necessari per assicurare l'appropriatezza clinica e terapeutica delle prestazioni sociosanitarie erogate alla persona, garantendo prioritariamente la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione tecnico scientifica, gli standard di dotazione umana, strutturale e tecnologica ed una forte incentivazione alla progettualità innovativa che, se valutata positivamente dalla Giunta Regionale, potrà essere inserita a sistema nelle successive variazioni del PSSL.

3. Il PSSL, approvato entro il 30 giugno dell'anno di scadenza, è attuativo del PRS, ha durata quinquennale e può essere aggiornato annualmente con apposita Delibera di Giunta Regionale entro il 30 novembre.

Art. 5

(Osservatorio Socio Sanitario Lombardo)

1. Al fine di condividere gli indirizzi di programmazione in materia di Sanità e Politiche Sociali con gli Interlocutori del Sistema Socio Sanitario Lombardo, la Regione si avvale di un tavolo di confronto permanente denominato Osservatorio Socio Sanitario Lombardo.
2. L'Osservatorio Socio Sanitario Lombardo è nominato e presieduto dal Presidente della Regione e comprende l'Assessore alla Salute e Politiche Sociali ed il Presidente della Commissione Consiliare Sanità e Politiche Sociali; deve essere rappresentativo di tutte le Professioni e le Realtà Socio Sanitarie operanti in Regione Lombardia, attraverso il coinvolgimento dei Presidenti di Ordini, Collegi ed Associazioni e Società Scientifiche di Categoria, dei rappresentanti degli Atenei ed Istituti, delle Agenzie ed Aziende Socio Sanitarie pubbliche e private, di singoli Esperti o rappresentanze specifiche, anche minoritarie, che ne facciano richiesta motivata.
3. Compito prioritario dell'Osservatorio è la valutazione, preventiva alla sua approvazione, del Piano Socio Sanitario Lombardo e delle sue variazioni, con l'espressione di un parere consultivo, comprensivo di eventuali proposte di modifiche. Le riunioni dell'Osservatorio sono valide se convocate con almeno 20 giorni di anticipo; con la convocazione vengono obbligatoriamente diffusi l'ordine del giorno e i documenti posti in discussione.

Art. 6

(Agenzia per la Tutela della Salute - ATS)

1. Nell'ambito dell'Assessorato competente è istituita l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. L'autonomia dell'Agenzia si esercita nell'ambito degli indirizzi programmatici della Regione.
2. All'ATS sono attribuite dalla Regione le competenze inerenti la prevenzione ambientale e di comunità, la programmazione e l'acquisto; l'ATS garantisce le prestazioni sociosanitarie previste nei Livelli Essenziali di Assistenza ed in eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, attraverso rapporti contrattuali con tutti i soggetti erogatori accreditati, pubblici e privati insistenti sul relativo territorio di competenza, necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti nel Piano Socio Sanitario Lombardo. Gli erogatori di diritto pubblico sono descritti nel successivo art.7 ed identificati nell'AISA
3. Le ulteriori funzioni che fanno capo alle ATS attraverso le Articolazioni SocioSanitarie Locali (ASSL) sono quelle di:
 - prevenzione, igiene e sanità pubblica;
 - governo cure primarie;
 - programmazione, accreditamento, acquisto e controllo delle prestazioni sociosanitarie;
 - valutazione multidimensionale del bisogno;
 - programmi di prevenzione, cura e riabilitazione;
 - programmazione a livello locale della rete delle unità d'offerta sociosanitarie, nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale e sentita la Conferenza dei Sindaci del territorio di competenza;
 - governo della farmaceutica e protesica;
 - collaborazione con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta sociali;
4. Restano in capo all'ATS le competenze sulle linee strategiche di indirizzo e le funzioni di coordinamento tra le ASSL, garantendo l'omogeneità procedurale e prestazionale su tutto il territorio lombardo.
5. a) In via sperimentale, per il primo quinquennio di durata del PSSL, è istituita l'ASSL della Montagna, sul Territorio della Valtellina e della Valcamonica, ricomprendente le Aziende Integrate per la Salute della Valtellina e Valchiavenna e quella della Valcamonica, che mantengono la propria autonomia e le proprie sedi, ospitando altresì le sedi operative dell'ASSL.

b) La sperimentazione di cui alla precedente lettera a) del presente comma è finalizzata alla completa realizzazione del “Sistema Socio Sanitario di Montagna”, attraverso la declinazione organizzativa adeguata alla propria specificità territoriale e che al termine del quinquennio, qualora valutata positivamente dal Consiglio Regionale su proposta autonoma, ovvero da parte del Presidente della Giunta Regionale, in sede di revisione annuale del PSSL dell’anno antecedente la scadenza quinquennale, potrà essere stabilizzata a sistema ed estesa ad altri particolari territori montani.

c) Tale metodologia sperimentale potrà essere altresì estesa ad altri Territori caratterizzati da differenti peculiarità orografiche e geomorfologiche di Regione Lombardia.

6. Ad integrazione del Titolo VIII della L.R. 33/09, il Dipartimento Veterinario di Sicurezza Alimentare e Prevenzione, coordinato dall’omonima struttura attivata presso l’Assessorato alla Salute e Politiche Sociali, assicura la tutela della salute umana e animale, promuovendo anche il collegamento delle attività e degli interventi di tutti gli altri enti, associazioni e servizi che operano nel settore delle filiere agro-zootecnico-alimentari, della tutela dell’ambiente e degli animali d’affezione ed assume le funzioni di programmazione, coordinamento funzionale e verifica delle attività di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza alimentare attraverso la declinazione organizzativa dipartimentale e distrettuale territoriale, con servizi, strutture, presidi, unità operative ed uffici comprendenti almeno le seguenti aree d’intervento e l’erogazione dei LEA di competenza:

a) Sanità animale;

b) Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;

c) Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;

d) Igiene urbana veterinaria, tutela degli animali d’affezione e lotta al randagismo;

e) Bonifiche sanitarie ed anagrafi animali;

f) Gestione flussi informativi e qualità;

g) Export, sicurezza e allerte alimentari.

7. Sono Organi dell’ATS: il direttore generale e il collegio dei revisori dei conti.

8. L’ATS svolge, anche per conto delle sue direzioni territoriali, le funzioni amministrative, la gestione dei sistemi informativi nonché l’approvvigionamento di beni e servizi anche avvalendosi di ulteriori articolazioni regionali (LI Spa/ARCA Spa).

9. Le ASSL sono guidate da un direttore di sede coadiuvato da due vice direttori con funzioni sanitarie e amministrative e sono organizzate in dipartimenti i quali garantiscono lo svolgimento territoriale delle attività e funzioni di cui al comma 3 del presente articolo.

10. I criteri identificati per la riorganizzazione delle ASSL, di cui all’allegato 1, sono i seguenti:

- principio di aggregazione in Aree Vaste secondo quanto previsto nella legge 56 del 7 aprile 2014;
- estensione territoriale e popolazione residente, con un bacino d’utenza medio di norma non inferiore ad 1 milione di abitanti;

Art. 7

(Aziende Integrate per la Salute e l’Assistenza)

1. Sono istituite le Aziende Integrate per la Salute e l’Assistenza (AISA) i cui ambiti territoriali e di riferimento sono determinati con successivo provvedimento di Giunta sulla base di bacini di utenza di norma non inferiori a 400.000 abitanti e tenuto conto delle particolarità territoriali.

2. Le AISA, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia imprenditoriale, contribuiscono a garantire l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitari e socio sanitari in un’ottica di integrazione, secondo criteri di appropriatezza clinica, efficacia ed efficienza orientati ad un percorso di cura globale della persona fragile e cronica, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Lombardo e secondo i criteri di programmazione e controllo stabiliti dalla ASSL territorialmente competente.

3. Alle AISA afferiscono le attività erogative svolte dalle ASL e dalle AO prima dell’entrata in vigore della presente legge, ad eccezione di quanto previsto dal precedente articolo 6 e dal

successivo articolo 9 ed il modello organizzativo sarà articolato su diversi livelli di intensità assistenziale ospedalieri e territoriali.

a) Il livello ospedaliero è coerente con il regolamento degli standard della rete ospedaliera adottato d'intesa fra Stato e regioni definiti con successivo provvedimento di Giunta.

b) Il livello territoriale eroga prestazioni a bassa e media complessità, di prevenzione socio sanitaria e le prestazioni medico-legali nonché la cura e la presa in carico del paziente cronico e della persona fragile.

4. L'AISA individua le proprie UCCP di norma organizzate in sede unica, ben identificabili dal cittadino, e costituite all'interno di strutture quali presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture distrettuali collegate informaticamente con l'Azienda di appartenenza e dotate di strumentazioni di base, costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti dei pazienti cronici.

5. Il Presidio Ospedaliero Territoriale (POT) ed il Presidio Socio Sanitario Territoriale (PreSST) rappresentano forme di UCCP dell'AISA.

6. Tali funzioni possono essere erogate anche da soggetti di diritto privato.

7. Le AISA inoltre possono stipulare specifiche convenzioni tra loro e con tutte le realtà produttive, commerciali e di servizi insistenti sul territorio regionale, delle Regioni limitrofe, oltreché internazionali, della durata ritenuta più opportuna fino al massimo della scadenza del quinquennio previsto nel Piano Socio Sanitario Lombardo, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano stesso ed al miglioramento delle prestazioni erogate alla Persona ed alla Famiglia.

8. I risparmi economici strutturali risultanti dall'organizzazione di cui ai precedenti commi rimarranno disponibili per le AISA che li hanno generati per investimenti finalizzati al miglioramento qualitativo dell'offerta sanitaria. Una somma non inferiore al 50% di tale cifra sarà ridistribuita tra gli Operatori sanitari e non sanitari, di tutti i livelli, che concorrono all'ottenimento del risultato e secondo una graduazione meritocratica identificata attraverso parametri oggettivi da sottoporre all'approvazione della Giunta Regionale.

9. Al fine della razionalizzazione e dell'omogeneizzazione dei processi, la Giunta Regionale può istituire in via sperimentale altre Aziende a rete per particolari aree tematiche specialistiche.

Art. 8

(Modelli di Cura per il Paziente Cronico)

1. Il SSR promuove la presa in carico proattiva e personalizzata in grado di integrare, anche facendo uso di strumenti tecnologici, tutte le fasi del percorso di cura delle persone affette da condizioni croniche (promozione della salute, prevenzione, cure ospedaliere, cure territoriali e sociosanitarie) al fine di garantire continuità nell'accesso alla rete dei servizi, l'appropriatezza delle prestazioni e la proporzionalità delle cure compreso l'approccio palliativo. A tale scopo si adotteranno modelli organizzativi che attraverso reti di cura ed assistenza sanitaria e sociosanitaria assicurino lungo tutto il decorso della malattia l'integrazione e il raccordo tra MMG, operatori, specialisti territoriali, e componente ospedaliera.

2. La Regione adotta e mantiene aggiornato nel tempo un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee per assorbimento di risorse sanitarie negli ambiti territoriali delle cure primarie domiciliari e specialistiche, cui corrisponde una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito. Il sistema di accreditamento favorirà l'attivazione di processi organizzativi per la presa in carico unitaria dell'assistito da parte delle reti locali nelle diverse fasi del piano di cura in funzione della natura e della complessità dei bisogni che saranno misurati attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionali.

3. La Regione definisce i requisiti di accreditamento che si ispirano al principio della piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti gli erogatori quale strumento per perseguire la massima efficienza ed il migliore soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini. Definisce inoltre i criteri di remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da

parte di soggetti, di natura pubblica o privata, che intendano attuare il modello previsto di cui al comma 2.

4. L'attuazione dei commi 2 e 3 prevede fasi di sperimentazione e di progressiva e graduale messa a regime che verranno stabilite e regolate attraverso specifiche deliberazioni di Giunta.

Art. 9

(Organizzazione delle Cure Primarie)

1. L'assistenza primaria viene erogata dai Medici di Medicina Generale (di cui all'articolo 1 della legge 189/2012), dai Pediatri di Libera Scelta e dai Medici della Continuità Assistenziale secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale di Categoria e dagli accordi integrativi regionali, che garantiscono, in coerenza con gli indirizzi dati dall'ATS:

a) l'erogazione della qualità dell'assistenza ambulatoriale ed al domicilio del paziente, con particolare riguardo anche all'assistenza domiciliare integrata ed all'assistenza residenziale;

b) la partecipazione alla valutazione multidimensionale del bisogno, coordinata dall'ASSL attraverso equipe multiprofessionali;

c) un contributo attivo all'appropriatezza e alla presa in carico della persona fragile, che potrà essere attuato nell'ambito degli accordi Regionali, finalizzati a migliorare le performance e contribuire alla sostenibilità del sistema socio sanitario;

d) la programmazione personalizzata dell'assistenza territoriale al paziente cronico e l'attività di prevenzione individuale;

e) gli interventi in ambito di integrazione sociosanitaria assicurati da organizzazioni funzionali e strutturali di riferimento territoriale (Presidi Socio Sanitari Territoriali) che offrono anche cure ambulatoriali e sociosanitarie, inclusa la procedura di valutazione multidimensionale del bisogno.

2. I Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta ed i Medici della Continuità Assistenziale operano in qualità di professionisti convenzionati utilizzando necessari beni strumentali e proprio personale di studio anche tramite società di servizio, ovvero utilizzando le strutture dei POT e dei PreSST.

3. Le azioni di presa in carico del paziente, nella prospettiva della continuità assistenziale e nella gestione dei percorsi di cura e di presa in carico della cronicità, sono garantite anche dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

4. Il modello organizzativo territoriale è definito dalla Regione in ottemperanza alla normativa nazionale e degli Accordi Collettivi Nazionali che disciplinano gli istituti giuridici ed economici del rapporto di lavoro dei professionisti e delle relative forme organizzative, compresi i criteri per il finanziamento a budget e per l'assegnazione dei fattori produttivi, per la definizione dei programmi di attività e dei livelli di spesa, per l'accesso al ruolo unico della medicina generale e per l'individuazione del coordinatore del team.

5. Il coordinatore del team è individuato all'interno dell'UCCP con procedura democratica tra i componenti dello stesso che abbiano un'anzianità di servizio di almeno 10 anni, in possesso di competenze manageriali e relazionali e adeguata conoscenza dei processi sanitari e socio-sanitari assicurando adeguate competenze e conoscenza dei processi sanitari e sociosanitari, acquisiti anche attraverso specifico corso in organizzazione manageriale sanitaria a cura di Eupolis Lombardia.

6. Tra le figure sanitarie componenti l'UCCP è identificato l'infermiere di famiglia al quale sono demandate anche le funzioni di collaborazione e di raccordo tra i medici di medicina generale e le altre articolazioni territoriali sociosanitarie per accogliere e accompagnare il paziente e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e le opportunità della rete di offerta territoriale.

7. Con successiva delibera di giunta saranno determinati i requisiti organizzativi e i criteri funzionali per il riconoscimento dei necessari accreditamenti da parte della ATS.

8. I soggetti accreditati UCCP (nelle articolazioni PreSST e POT) possono essere sia di natura pubblica che di natura privata.

9. Nelle UCCP può essere prevista la figura del “Case Manager”, nella figura di un laureato magistrale delle Professioni Sanitarie con master di secondo livello organizzativo gestionale, cui sarà affidata la responsabilità organizzativa dell’attività assistenziale, anche di coordinamento domiciliare.

Art. 10

(Istituzione dell’Agenzia di Controllo del Servizio Socio Sanitario Regionale)

1. È istituita, ai sensi dell’art. 48 dello Statuto di Autonomia della Lombardia, l’Agenzia di Controllo del Servizio Socio Sanitario Regionale, di seguito denominata Agenzia, quale ente di diritto pubblico, dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile e gestionale, nei limiti previsti dalla presente legge.
2. L’Agenzia opera quale organismo tecnico-scientifico indipendente dalle funzioni di governo, di programmazione e di acquisto.
3. L’Agenzia è titolare delle funzioni di vigilanza e controllo del servizio sociosanitario regionale. Nell’esercizio delle sue funzioni l’Agenzia elabora un sistema di controllo produzione e qualità da considerare, da parte degli enti titolari delle funzioni di programmazione e acquisto, nella definizione dei volumi e della tipologia delle prestazioni.
4. L’Agenzia persegue i seguenti obiettivi:
 - a. razionalizzare le strutture attualmente preposte all’espletamento del sistema dei controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie;
 - c. separazione dei ruoli;
 - d. semplificare e uniformare le procedure di controllo e le modalità attuative;
 - e. standardizzare strumenti, modulistica e sistemi informativi di controllo;
5. La Giunta regionale definisce l’assetto organizzativo dell’Agenzia e la relativa articolazione e il regolamento di funzionamento

Art. 11

(Strutture di Riferimento Specialistico per l’Innovazione, la Ricerca, la Didattica e l’Aggiornamento Continuo in Medicina)

1. La Giunta regionale al fine di garantire lo sviluppo integrato dell’assistenza, dell’innovazione, della ricerca, della didattica e dell’aggiornamento continuo dei professionisti individua e riconosce una rete di strutture specialistiche di riferimento che possiedono caratteristiche di multidisciplinarietà, alta complessità della casistica trattata sia in area chirurgica che medica. La rete ricomprende gli IRCSS e le sedi primarie di polo universitario e alcune AIS. La natura giuridica di tali articolazioni non muta rispetto alla vigente normativa .
2. Tali strutture assumono ruolo di riferimento all’interno della rete formativa delle diverse professioni sanitarie e dei programmi di educazione continua in medicina (ECM).
3. Le Strutture di riferimento specialistico per l’innovazione, la ricerca, la didattica e l’aggiornamento continuo in medicina -di cui al comma 1- rappresentano il riferimento per lo sviluppo degli indirizzi regionali relativi alle attività di ricerca clinica e traslazionale, di sperimentazione clinica e di modelli assistenziali.
4. Le modalità di finanziamento di tali strutture tengono conto della complessità derivante dal duplice ruolo di centri di assistenza, di ricerca e di riferimento per le attività formative e di aggiornamento continuo e consentono la corretta dotazione dei fabbisogni di risorse umane e strumentali
5. La regione sostiene le attività e i progetti di ricerca finalizzati all’innovazione e alla sperimentazione promosse e realizzate dagli attori del sistema sanitario. Promuove e coordina per la condivisione dei risultati clinici e scientifici anche attivando piattaforme condivise caratterizzate dalla collaborazione tra esperti del mondo accademico, Centri di ricerca, Università, Strutture sanitarie, Fondazioni IRCCS e imprese collegate alla salute.

6. Gli investimenti per tecnologie avanzate nei diversi settori specialistici vengono prioritariamente orientati verso tali le strutture.

7. La Fondazione regionale di Ricerca Biomedica, garantisce il coordinamento e lo sviluppo sinergico delle linee di ricerca, favorendo l'utilizzo di piattaforme comuni anche avvalendosi della rete di cui al comma 1 del presente articolo.

Art. 12

(Natura ed Organi delle Articolazioni Socio Sanitarie Locali, delle Aziende Integrate per la Salute e l'Assistenza e degli IRCCS)

1. Sono organi della ASSL, delle AISA e degli IRCCS il Direttore Generale e il Direttore Sanitario; il primo è anche il Rappresentante Legale dell'Azienda ed è coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sociale e dal Direttore Assistenziale, identificati, con nomina da parte del Direttore Generale stesso, tra i responsabili di Struttura Complessa o Semplice rispettivamente del Dipartimento Amministrativo, dei Dipartimenti Sociali e del Dipartimento delle Professioni Sanitarie (DPS) di cui ai commi 4 e 5 del successivo articolo 18 ed in possesso di master di secondo livello organizzativo gestionale.

2. Tali organi saranno oggetto di valutazione continua, vincolante per la prosecuzione contrattuale, da parte della Giunta Regionale, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati o di particolari evidenti criticità territoriali.

3. Per accedere all'elenco degli idonei alla Direzione Generale, i candidati, in possesso di diploma di laurea magistrale e con il limite di età inferiore di cinque anni rispetto ai limiti pensionistici previsti dalla normativa nazionale vigente, dovranno dimostrare un'esperienza dirigenziale almeno quinquennale presso strutture od enti pubblici od aziende o strutture private, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità di risorse umane, tecniche o finanziarie. Per le strutture sociosanitarie pubbliche il requisito minimo viene identificato con la direzione di Struttura Semplice o di incarico, anche individuale, di valenza aziendale; per le strutture sociosanitarie private ruoli equivalenti, purchè certificati.

4. Per accedere all'elenco degli idonei alla Direzione Sanitaria, i candidati, in aggiunta ai requisiti di cui al precedente comma 5, devono essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia e di almeno un diploma di Specializzazione.

5. Per la formazione degli elenchi di cui ai precedenti commi, la Giunta Regionale incarica un Soggetto terzo, specializzato nel settore della selezione del personale dirigenziale, che stilerà, per ciascuno dei tre elenchi, una lista comprendente un numero non eccedente il doppio delle posizioni da ricoprire tra coloro che avranno proposto la candidatura, valutando i livelli curriculari e svolgendo adeguate prove psicoattitudinali e colloqui individuali con tutti i candidati ritenuti idonei.

6. I rapporti di lavoro dei direttori sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato, che stabiliscono anche la durata dell'incarico, normalmente quinquennale con verifiche come previsto dal precedente comma 2 del presente articolo, e comunque non inferiore ad un anno. La retribuzione non può eccedere quella riferita al contratto dirigenziale di secondo livello col maggior peso previsto nell'Agenzia o nell'Azienda in cui viene nominato, fatto salvo un incremento non superiore al venti per cento dell'emolumento, assegnato al raggiungimento degli obiettivi annualmente prefissati con apposita Delibera di Giunta Regionale, approvata entro il 30 Novembre dell'anno precedente.

7. Qualora si renda vacante una posizione di cui ai precedenti commi la Giunta Regionale può procedere alla nomina di un Commissario Straordinario, per un periodo massimo di dodici mesi ed in attesa della nomina della figura specifica; il Commissario deve possedere gli stessi requisiti previsti per la figura rimasta vacante.

Art. 13

(Farmacie di Servizio)

Al fine di garantire presidi di prossimità per un immediato accesso alle cure e ai servizi sanitari e sociosanitari, la Regione promuove la valorizzazione della rete delle farmacie territoriali.

In aggiunta alle funzioni già normate di distribuzione di farmaci e presidi sanitari, nonché apparecchi di autodiagnostica rapida finalizzata a rilevamenti di prima istanza, alle farmacia sono affidati:

1. Programmi di promozione della salute, diffusione di sani stili di vita ed educazione sanitaria
2. Valutazione di consumi qualitativi e quantitativi dei farmaci per indagini statistiche epidemiologiche
3. Programmi di aderenza alle terapie in collaborazione con gli MMG e nell'ambito dei modelli di presa in carico
4. Funzioni sanitarie-amministrative quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione, erogazione protesica

Con successivo provvedimento di Giunta verranno disciplinati ulteriori servizi che potranno essere resi disponibili grazie alla piena attuazione della ricetta elettronica

Art. 14

(Agenzia per la Promozione del Sistema Socio Sanitario Lombardo)

1. Al fine di garantire lo sviluppo del sistema sanitario regionale, adeguate risorse finalizzate a sostenere l'innovazione e la ricerca nelle strutture di riferimento specialistico e un apporto finanziario proveniente da prestazioni erogate a cittadini beneficiari di fondi integrativi, mutue e cittadini in 'out of pocket' in particolare provenienti da Paesi esteri (comunitari e non comunitari) è istituita l'Agenzia per la promozione del sistema sanitario lombardo.

2. L'Agenzia svolge funzioni fondamentali: informazione e comunicazione circa le performance sanitarie delle principali strutture di riferimento specialistico lombarde nonché la promozione di accordi con enti pubblici e privati, nazionali e internazionali ai fini di sostenere l'attrattività e la produzione di prestazioni sanitarie al di fuori del sistema sanitario regionale.

3. Con la stessa finalità del precedente comma, Regione Lombardia organizza lo Show Room dei Sistemi Sociosanitari, finalizzato alla presentazione a livello internazionale del proprio Sistema Sociosanitario, come veicolo per l'esportazione delle conoscenze prestazioni, logistiche ed organizzative nei confronti dei Paesi interessati allo sviluppo dei propri modelli assistenziali ivi compreso il Teaching Center per la gestione di Trauma, Maxiemergenze e per il Management dei Sistemi Sociosanitari;

4. L'Agenzia istituisce l'Osservatorio delle Best Practices cliniche e dell'ottimizzazione dei processi aziendali e analizza i flussi globali della mobilità sanitaria, al fine di garantire le migliori performance di cura e di processo per la competizione nel mercato sanitario mondiale, oltre che la realizzazione ed il controllo di un tariffario idoneo regionale per le prestazioni sanitarie private.

5. Gli introiti saranno destinati al sostegno della ricerca scientifica e al potenziamento della rete tecnologica affidando il coordinamento scientifico alla Fondazione per la ricerca Biomedica.

6. L'Agenzia è guidata da un Direttore Generale con adeguate capacità manageriali, con i requisiti di cui all'art. 12, ed costituita ed organizzata con provvedimento di Giunta.

Art. 15

(Strutture Socio Sanitarie Private Accreditate)

1. Le Strutture Private fanno parte del Sistema Socio Sanitario Lombardo, mantengono la propria autonomia giuridica ed amministrativa e possono erogare le prestazioni di cui al precedente articolo 7 in relazione al proprio assetto giuridico.

2. Le Strutture di cui al precedente comma 1, in possesso dei requisiti di accreditamento e rientranti nella programmazione territoriale, sottoscrivono, qualora ne facciano richiesta ovvero accettino eguale proposizione proveniente dall'ASSL e per le prestazioni previste dalla programmazione di

cui sopra, con l'ATS accordi contrattuali triennali, riviste annualmente, analogamente alle Aziende Integrate per la Salute e l'Assistenza di cui al precedente art. 7.

3. Dette Strutture rispettano le medesime condizioni previste per le Strutture pubbliche, compresa la connessione alla rete SISS ed i relativi adempimenti previsti per legge e da convenzioni regionali.

Art. 16

(Azienda Regionale Emergenza Urgenza)

1. Prosegue l'attività dell'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza (AREU), dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile. L'Azienda, nell'ambito del Servizio Socio Sanitario Regionale, è preposta allo svolgimento dei compiti relativi all'emergenza - urgenza extraospedaliera, ai trasporti sanitari, alla logistica dei trapianti di organi e tessuti e al coordinamento intraregionale ed interregionale delle attività trasfusionali. L'AREU garantisce altresì l'operatività del Numero Unico Emergenza (NUE) 112 sul Territorio Lombardo e, in ottemperanza alla relativa direttiva europea, attiverà il Numero Unico Armonico a Valenza Sociale per le Cure Mediche non Urgenti (116117).

Art. 17

(Requisiti per l'Accreditamento di Attività Socio Sanitarie)

1. L'accREDITamento costituisce condizione indispensabile per l'assunzione a carico del fondo sociosanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sociosanitarie ed erogate sulla base di una programmazione regionale basata sulla rilevazione del bisogno della persona e della famiglia.

2. La Giunta regionale disciplina le modalità di richiesta, la concessione e l'eventuale revoca dell'accREDITamento delle unità di offerta e dei servizi sociosanitari, nonché per la verifica circa la permanenza dei requisiti per l'accREDITamento medesimo.

3. La Giunta definisce altresì i requisiti comuni di accREDITamento a tutte le unità di offerta sociosanitarie e gli ulteriori requisiti specifici per le singole tipologie di unità di offerta.

4. Nell'ambito dei criteri di accREDITamento delle strutture sociosanitarie, pubbliche e private, si dovrà tener conto delle linee guida internazionali circa i requisiti strutturali, tecnici, impiantistici, organizzativi e di sicurezza necessari per lo svolgimento delle attività mediche e chirurgiche, differenziate tra regime di ricovero, di Day Hospital / Day Surgery o ambulatoriale, nonché per la psichiatria e neuropsichiatria.

5. Ai fini della verifica della solidità economica finanziaria dei soggetti accREDITati con il Sistema Socio Sanitario Lombardo, questi saranno tenuti ad inviare ogni anno, entro il mese di maggio dell'anno successivo alla chiusura dell'esercizio, il bilancio comprensivo di nota integrativa alle Direzioni Generali competenti della Regione.

Art. 18

(Contratto Integrativo Regionale Lombardo e Regolamentazione delle Professioni Sanitarie)

1. In ottemperanza alle previsioni contenute nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, che prevedono integrazioni regionali finalizzate all'ottimizzazione delle risorse, entro centoventi giorni dall'approvazione della presente legge, la Giunta Regionale, sentite le Associazioni di Categoria dei Professionisti Socio Sanitari, con i relativi Ordini e Collegi, eventualmente avvalendosi di specifici Esperti, emana il Contratto di Lavoro Lombardo per tutti gli Operatori afferenti al Sistema Socio Sanitario Regionale, parificando i titoli dei lavoratori pubblici e privati e prevedendo una significativa differenziazione delle responsabilità e delle retribuzioni aggiuntive in considerazione di parametri oggettivamente determinati di qualità, efficacia ed efficienza, oltre al rischio professionale stratificato per specialità e competenze, tenuto conto delle peculiarità contrattuali, delle specifiche competenze e responsabilità derivanti da normative nazionali.

2. Nei Contratti di Lavoro Lombardi di cui al precedente comma 1 saranno puntualmente declinati e valorizzati i profili di competenza e delle relative aree specialistiche di tutte le Professioni Socio Sanitarie ed i Professionisti afferenti al Sistema Socio Sanitario Lombardo, con una netta

diversificazione tra quelli sociosanitari, ai vari livelli, ed amministrativi, nell'ottica di una corretta programmazione in funzione della razionalizzazione, dell'ottimizzazione e della valorizzazione professionale delle Risorse Umane.

3. La regolamentazione delle Professioni Sanitarie da inserire nella Rete del Sistema Sanitario Lombardo, in regime convenzionato e/o privatistico e senza incremento di spesa sul Bilancio regionale, è espletata in funzione delle evoluzioni normative e professionali delle Professioni stesse, in ottemperanza alle relative Direttive Europee e da quanto previsto nella maggioranza dei Paesi UE, recependo le seguenti indicazioni nazionali:

- a) la regolamentazione delle Professioni Sanitarie previste dalla Legge 43/06;
- b) la regolarizzazione delle Professioni accessorie che non comportino un diploma di laurea e per le quali sono previsti specifici corsi, paradigmaticamente riferibili all'art. 11 del R.D. 1334/28, aggiornate secondo i dettami comunitari o comunque prevalenti tra i Paesi della Comunità Europea, qualora recepiti dalla normativa nazionale;
- c) il riconoscimento delle Professioni riconosciute ed autorizzate dalla Sentenza del Consiglio di Stato N° 5225/07;
- d) il recepimento della normativa inerente le Medicine non Convenzionali di cui all'accordo della Conferenza tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano 4.10/2013/2, con riferimento alle Medicine Complementari di agopuntura, fitoterapia, omeopatia ed omotossicologia e fermo restando la validità dei titoli, diplomi, attestati o ad essi equipollenti rilasciati dalle università ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, oltretutto tutte quelle Professioni che ne facciano motivata richiesta, aderenti alle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità o dell'Unione Europea, compatibile con gli enunciati iniziali del presente comma 3 del corrente articolo di questa legge;
- e) la regolamentazione delle Professioni del settore odontoiatrico, come l'Odontotecnico e l'Assistente alla Poltrona;
- f) il riconoscimento delle discipline di medicina tradizionale equiparabili a quelle specialistiche: l'oncologia, la senologia, la medicina e la chirurgia estetica, la proctologia, la flebologia, la riproduzione umana assistita, per le quali il Medico Chirurgo laureato in medicina e chirurgia, abilitato alla professione e che segue un corso di formazione frontale di durata almeno quadriennale, accreditato al Ministero della Salute (ECM), ed organizzato con il supporto di una società scientifica riconosciuta, può essere considerato, ai fini autorizzativi regionali, equipollente allo specialista nella specifica disciplina non presente nell'ordinamento universitario;

4. Le Professioni Sanitarie afferiranno ad un Dipartimento autonomo e denominato Dipartimento delle Professioni Sanitarie (DPS), che partecipa direttamente, in ottemperanza a quanto previsto dal comma 3 del precedente articolo 11, alle decisioni strategiche aziendali per quanto concerne la gestione delle attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione, nello sviluppo di un sistema efficiente per il raggiungimento degli obiettivi e collaborando in stretta sinergia con gli altri dipartimenti aziendali.

5. Il DPS è costituito dalle Unità Organizzative Dirigenziali delle Professioni Sanitarie per aree professionali presenti nell'azienda, rappresentate dalle Unità Organizzative assistenziale, tecnico sanitaria, riabilitativa, della prevenzione e della professione ostetrica, in ottemperanza all'art. 7, commi 1 e 2 della legge 251/2000; potranno altresì essere istituite Unità Organizzative Professionali Dirigenziali finalizzate alla realizzazione di modelli organizzativi e gestionali di specifiche progettualità e percorsi di competenza specialistica delle Professioni Sanitarie.

6. Gli Specialisti Ambulatoriali Convenzionati sono parte attiva e qualificante delle Aziende del Servizio Socio Sanitario Lombardo e partecipano all'erogazione dei servizi territoriali ed ospedalieri secondo gli indirizzi regionali, con il coordinamento dell'Agenzia Regionale per la Specialistica Ambulatoriale Convenzionata (ARSAC), che verrà istituita in sede di approvazione del primo Piano Socio Sanitario Lombardo, anche tramite forme di collaborazione professionale integrativa su base volontaria, con modalità definite con le Organizzazioni Sindacali di categoria.

7. A difesa dei valori della famiglia le donne impiegate nella filiera socio sanitaria delle strutture di diritto pubblico e privato afferenti al Sistema Sanitario Lombardo sono tutelate nella maternità ed obbligatoriamente sostituite in servizio, con la figura professionale equipollente, con la tempistica e la metodologia prevista dai relativi dettami comunitari e nazionali. Per gli stessi principi di salvaguardia dei valori della famiglia sono incentivate le opzioni di lavoro part-time, precipuamente a favore delle donne.

8. Con l'entrata in vigore del presente Testo Unico, le posizioni occupate dagli operatori di diritto pubblico afferenti al sistema Socio Sanitario Regionale, ivi operanti con contratti a termine da almeno 18 mesi alla data del 31 Dicembre 2014 sono da ritenersi stabilizzate e messe a concorso nel rispetto della normativa concorsuale vigente.

9. Nel Contratto di Lavoro Lombardo di cui al primo comma del presente articolo sarà regolamentata anche l'attività libero professionale del Medico e di tutte le Professioni Sanitarie, in ottemperanza ai seguenti principi:

a) Si intende per attività libero professionale, l'attività richiesta in maniera fiduciaria dal Paziente direttamente al Medico o ad altro Professionista Sanitario da esso scelto;

b) L'esercizio delle attività libero professionali e delle attività professionali a pagamento avviene al di fuori dell'impegno di servizio, previa copertura assicurativa individuale obbligatoria, e si può svolgere nelle seguenti forme:

- libera professione individuale od in equipe, caratterizzata dalla scelta diretta da parte dell'Utente del singolo Professionista o dell'equipe cui viene richiesta la prestazione, ai sensi dell'art. 54, comma 4 CCNL 1998 – 2001 dell' 8 giugno 2000 e svolte all'interno delle strutture aziendali;

- per le professioni sanitarie di cui alla legge 251/2000 e per il personale di supporto ASA ed OSS operanti in regime di tempo pieno presso le strutture sanitarie afferenti al Sistema Socio sanitario Lombardo, l'attività libero professionale potrà essere organizzata singolarmente od in forma associata, eventualmente anche per tramite di convenzioni sottoscritte tra la struttura ed altri soggetti terzi.

c) La libera professione dei Dirigenti Medici e degli altri Professionisti sanitari a rapporto esclusivo, per la quale deve essere garantito il Personale di supporto adeguato alle esigenze, è svolta in intramoenia all'interno delle Strutture in spazi adeguati e fruibili, che soddisfino i requisiti generali di accreditamento dell'attività ambulatoriale, di cui alla L.R. 08/07 e s.m.i.), con oneri che devono rivestire caratteri di economicità e con congrua disponibilità di accesso e disponibilità oraria e nella modalità di intramoenia allargata in ambulatori esterni, garantendo comunque la tracciabilità delle prestazioni e dei pagamenti.

d) Per l'attività di libera professione intramoenia è facoltà del Direttore Sanitario Aziendale aumentare o ridurre la percentuale di aliquota che l'Azienda riconosce al Professionista sulla base dell'andamento dei tempi di attesa (stabiliti sia dalla Regione che dalla ASST del territorio di riferimento) per le rispettive prestazioni, secondo criteri condivisi con la commissione aziendale di vigilanza sulla Libera Professione ed a seguito di concertazione con le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica, di cui all'art. 4 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 2002-2005.

e) Le quote di attività dovute al personale di supporto dovranno assumere valenza regionale dopo valutazione dell'Osservatorio Socio Sanitario Lombardo.

Art. 19

(Organizzazione dei Soggetti afferenti al Sistema Socio Sanitario Regionale)

1. Annualmente, entro il 31 Ottobre antecedente l'anno di riferimento, la Giunta approva le Regole di Sistema per l'anno successivo, contenenti i principi attuativi ed organizzativi del Sistema Socio Sanitario Lombardo.

2. Entro trenta giorni dall'emanazione delle Regole di Sistema per l'anno successivo, l'ATS, le AISA, gli Ospedali Classificati senza fini di lucro, gli IRCCS di Diritto Pubblico e gli IRCCS non trasformati in Fondazioni ai sensi del d.lgs. 288/2003 contrattualizzati con il Servizio Socio Sanitario Lombardo adottano, con cadenza triennale, il Piano di Organizzazione Strategico

Aziendale e lo sottopongono all'approvazione della Giunta Regionale, che può richiedere modifiche entro trenta giorni; in difetto di ciò il Piano di Organizzazione Strategico Aziendale si intende approvato. In ogni caso, entro il 31 Dicembre antecedente l'anno di esercizio, il Piano Organizzativo Strategico Aziendale dovrà essere approvato ed in mancanza di accordo, varranno le disposizioni della Giunta Regionale. Annualmente, sottoponendone l'approvazione alla Giunta Regionale con la medesima tempistica e metodologia, è prevista la possibilità di una parziale revisione del Piano di Organizzazione Strategico Aziendale, qualora subentrino esigenze o modificazioni particolari.

3. Nel Piano di Organizzazione Strategico Aziendale è contenuta l'organizzazione interna, finalizzata all'ottimizzazione del funzionamento ed in ottemperanza al Piano Socio Sanitario Regionale, con particolare riguardo all'appropriatezza delle prestazioni erogate ed all'invarianza delle risorse economiche assegnate.

Art. 20 (Sanzioni)

Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, ogni struttura sociosanitaria di diritto pubblico o privato che operi in violazione delle norme relative ai requisiti richiesti per l'accreditamento incorre in sanzioni, normate con successivo specifico provvedimento della Giunta Regionale, da emanarsi entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge e che preveda una graduazione delle sanzioni in funzione della gravità dell'infrazione e con la possibilità di giungere alla sospensione o revoca dell'accreditamento da sei mesi alla risoluzione del contratto e la definitiva fuoriuscita dal Sistema Socio Sanitaria Lombardo.

Art. 21 (Finanziamento del Servizio Socio Sanitario Lombardo)

1. Il finanziamento del Servizio Socio Sanitario Lombardo è assicurato mediante:

- a) le quote delle disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale destinate ai sensi della normativa nazionale vigente;
- b) le entrate derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale ed internazionale;
- c) le quote di compartecipazione del Cittadino al costo delle prestazioni, comprese le eventuali graduazioni in funzione reddituale e fino alla data della sua eliminazione con Legge Regionale susseguente ad una maggiore e sufficiente disponibilità regionale del gettito fiscale lombardo;
- d) le altre entrate dirette delle ASSL e delle AISA, compresi i redditi da patrimonio ed i proventi derivati dalle alienazioni di parte del medesimo;
- e) gli eventuali apporti aggiuntivi posti a carico del bilancio regionale;
- f) i trasferimenti alla Regione per il finanziamento di spese in conto capitale, nonché gli eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale;
- g) le entrate spettanti per le attività libero-professionali intramurarie;
- h) le entrate derivanti dalle attività di polizia amministrativa;
- i) le eventuali entrate derivanti da convenzioni o collaborazioni con Soggetti pubblici o privati derivanti da accordi o contratti specifici;
- j) una quota dei proventi delle sperimentazioni da lasciare a bilancio delle AISA per gli studi no profit;
- l) gli introiti per ogni altra prestazione erogata dalle ASSL e delle AISA a favore di persone fisiche o giuridiche, pubbliche o private.

2. Le risorse di cui al comma 1 sono destinate al finanziamento:

- a) dei Livelli Essenziali di Assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale;
- b) degli investimenti finalizzati alla realizzazione, all'acquisizione ed all'ammodernamento di strutture, infrastrutture e attrezzature di servizio, alla salvaguardia ed all'incremento del patrimonio.

3. La Giunta regionale assegna annualmente all'ATS il finanziamento. L'ATS ripartirà il finanziamento tra le ASSL in base alle esigenze organizzative e alle funzioni gestionali delegate nonché per il pagamento delle prestazioni e delle attività di presa in carico acquistate per i propri assistiti da tutti i soggetti erogatori accreditati ed a contratto pubblici e privati.

Art. 22

(Sistema Assicurativo Lombardo e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Certificati)

1. Entro centottanta giorni dall'approvazione della presente legge, è istituito il Sistema Assicurativo Lombardo per la gestione del Rischio Professionale Socio Sanitario delle Strutture Pubbliche e Private Accreditate e Contrattualizzate, con possibilità di adesione da parte di tutti i singoli Professionisti di tutte le categorie professionali afferenti al Sistema Socio Sanitario Lombardo e delle Strutture Private Accreditate e non Contrattualizzate, previo versamento del relativo premio sancito annualmente da apposito tariffario proposto dall'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali in sede di approvazione o revisione del Piano Socio Sanitario Lombardo.

2. Il Sistema Assicurativo Lombardo afferrisce direttamente all'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali, che ne organizza la gestione, attraverso l'utilizzo di risorse proprie e derivanti da versamenti delle Strutture di Diritto Privato Accreditate e Convenzionate, con l'aggiunta dei premi versati dai singoli Professionisti e dalle Strutture Private Accreditate e non Convenzionate, secondo le modalità espresse nel precedente comma 1.

3. Ferme restando le disposizioni legislative vigenti in materia assicurativa, la Regione, nella propria qualifica di Ente gestore ed erogatore delle prestazioni sociosanitarie, in sede di approvazione del Piano Socio Sanitario Lombardo e successive revisioni approvate dalla Giunta Regionale in ottemperanza all'art. 4 della presente legge, approva contestualmente i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali da utilizzare come Linee Guida del Sistema Socio Sanitario Lombardo che determinano i criteri per la copertura assicurativa e la gestione dei sinistri e dei relativi risarcimenti, con gli obiettivi prioritari della riduzione del contenzioso legale attraverso indennizzi certi, breve tempistica ed il superamento della cosiddetta "Medicina Difensiva".

4. Le Linee Guida di cui al precedente comma 3 saranno inserite nel Piano Socio Sanitario Lombardo successivamente alla loro elaborazione da parte di specifici Gruppi di Lavoro attivati presso l'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali, con il coinvolgimento di società scientifiche, organizzazioni di categoria, scuole di formazione e ricerca, Ordini e Collegi professionali, associazioni professionali operanti nel Sistema Socio Sanitario Lombardo ed eventuali esperti di eccellenza in ambito professionale, scientifico e dell'organizzazione sanitaria, su nomina diretta ed a titolo gratuito, dell'Assessore alla Salute e Politiche Sociali.

Art. 23

(Rapporti tra Regione ed Università ed altri Istituti di Formazione)

1. La Giunta regionale d'intesa con le università, definisce e implementa la rete regionale dell'assistenza, della formazione e della ricerca volta ad assicurare percorsi formativi adeguati sia in ambito assistenziale specialistico, sia in ambito territoriale e maggiormente orientato alla cura della cronicità al fine di:

- a) implementare il Sistema Socio Sanitario Lombardo e favorire l'attuazione del Piano Socio Sanitario Lombardo;
- b) garantire l'inscindibilità delle funzioni di Assistenza, Didattica e Ricerca;
- c) garantire l'apporto delle Università alla Programmazione Sanitaria Lombarda, attraverso un tavolo permanente di confronto.

2. L'articolazione della rete di cui al comma 1 è costituita da:

- a) poli universitari, costituiti dall'insieme delle strutture sanitarie pubbliche e private, accreditate a contratto, in possesso delle dotazioni strutturali, organizzative e strumentali per garantire

l'attivazione integrale dei singoli corsi di studio;

b) le strutture di riferimento specialistico di cui all'art. 11;

c) gli ospedali e le strutture territoriali collegate, non compresi nei poli universitari, ma coinvolti nella rete della formazione e della ricerca sulla base della collocazione territoriale, della specificità, della qualità, delle reali capacità di partecipazione e contribuzione agli obiettivi.

3. Le strutture del SSL in cui viene svolta formazione universitaria, attività didattica e di ricerca collegata prevalentemente all'assistenza e alla gestione dei pazienti contribuiscono a qualificare l'ospedale o l'erogatore territoriale quale elemento di eccellenza all'interno del sistema sanitario e vengono definiti Ospedali d'insegnamento.

4. La Regione stipula con le università un protocollo generale d'intesa finalizzato a disciplinare il rapporto tra le facoltà collegate alle professioni sanitarie e i soggetti di cui al comma precedente.

5. Viene istituita una commissione paritetica costituita da rappresentanti dei rettori delle università lombarde sede di dipartimenti di medicina, dei direttori generali delle aziende e da rappresentanti della Regione incaricata di:

a) Condividere gli atti di programmazione regionale in relazione alle strutture e ai servizi sanitari coinvolti nell'ambito della formazione sanitaria;

b) Proporre il protocollo di cui al comma , nel quale venga disciplinata anche l'attribuzione della direzione di unità operative da parte di personale universitario

c) Indicare le condizioni alle quali le strutture di cui al comma possono finanziare incarichi di ricercatore, professore associato od ordinario su autorizzazione della Giunta ed a fronte di progetti nei quali il contributo assegnato possa essere compensato da un contributo di personale universitario o di personale in formazione specialistica all'attività assistenziale

d) Determinare il fabbisogno di medici nelle diverse ambiti specialistici e di medicina territoriale; individuando le priorità sulle quali concentrare le eventuali risorse aggiuntive regionali per il finanziamento di borse di specializzazione;

e) Individuare i gradi di progressivo livello di autonomia del personale in formazione specialistica nell'attività assistenziale, anche ai fini della determinazione dei fabbisogni di personale;

f) Proporre modifiche e aggiornamenti al protocollo di cui al comma 3;

g) Valutare progetti di collaborazione fra università, IRCCS ed aziende sanitarie;

proporre modifiche agli assetti della rete di formazione in funzione dei bisogni formativi

2. L'attuazione del protocollo di cui al comma 3 è realizzata, sulla base di schemi concordati tra Regione ed università, mediante apposite convenzioni stipulate dalle singole università con ciascuna delle strutture sanitarie rientranti nella rete della formazione. Verrà in particolare ridefinita la rete formativa rispetto all'area della medicina generale.

3. In considerazione della specificità della formazione specifica, Regione Lombardia incentiva la formazione degli Operatori Sanitari, per i quali non è prevista una specializzazione accademica, anche attraverso specifici Istituti di Formazione, a partire dalla Scuola per Medici di Medicina Generale, prevedendo forme di agevolazione ed incentivazione per i discenti.

4. Gli Operatori del Sistema Socio Sanitario Regionale collaborano attivamente con le Università e gli altri Istituti di Formazione, nelle forme ritenute più opportune, finanche alla contrattualizzazione universitaria in convenzione, alla realizzazione della didattica e della ricerca applicata.

5. Ai fini di una corretta applicazione delle convenzioni tra Regione ed Università ed altri Istituti di Formazione e per la definizione dei fabbisogni formativi, è istituito uno specifico Osservatorio Regionale delle Professioni sociosanitarie presso l'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali, rappresentante di tutti gli Atenei ed altri Istituti coinvolti e di tutte le figure professionali oggetto dei corsi universitari lombardi, ivi comprese le rappresentanze dei docenti e delle associazioni di categoria degli studenti degli Atenei Lombardi e dei medici in formazione.

6. Nelle strutture di cui al comma 2 lettera a., l'università e la struttura sanitaria, si impegnano a individuare modalità di programmazione congiunta delle proprie attività definite da un apposito organismo paritetico, denominato organo di programmazione congiunta (OPC), composto dal rettore, dal preside della facoltà di medicina e chirurgia, dal direttore amministrativo dell'università,

dal direttore generale, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo dell'azienda sanitaria principale.

7. Gli specialisti ospedalieri concorrono alla formazione didattica di base e specialistica.

Art. 24

(Consorzio Lombardo dei Farmaci, delle Protesi, dei Presidi e dei Dispositivi Medico Chirurgici, Servizio Farmaceutico Lombardo e Direttive sugli Acquisti)

1. E' istituito il Consorzio Lombardo dei Farmaci, delle Protesi, dei Presidi e dei Dispositivi Medico Chirurgici (CoLFaPPDiMC), deputato a produrre raccomandazioni circa l'utilizzo appropriato, efficace ed efficiente dei farmaci, delle protesi di nuova introduzione o di nuova indicazione (di cui al Decreto Ministeriale 332/99, allegato 1) e dei Presidi e Dispositivi Medico Chirurgici (di cui all'articolo 1 del D.P.R. 392/1998 ed alla Legge 189/2012), ovvero dei dispositivi medico-chirurgici dotati di marchio CE ed i farmaci dotati di AIC e conseguentemente commercializzabili. Il CoLFaPPDiMC viene costituito ed opera ispirandosi ai principi consolidati di organismi simili operanti a livello internazionale, come lo Scottish Medicine Consortium od il National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

2. Il CoLFaPPDiMC si occupa di produrre in modo tempestivo le informazioni necessarie alla valutazione ed inserimento dei farmaci e delle tecnologie sanitarie nei percorsi diagnostico terapeutici, attraverso l'uso di metodologie validate di valutazione epidemiologica, clinica, sanitaria, sociale ed economica, con particolare riferimento all'innovazione, alla ricerca ed all'Health Technology Assessment.

3. Il CoLFaPPDiMC è presieduto dal Direttore Generale dell'ARCCS, è rinnovato annualmente secondo un principio di rotazione, ed è costituito, con la partecipazione a titolo gratuito con semplice rimborso spese, da:

a) due Direttori Sanitari delle ASSL e da due Direttori Sanitari e due Direttori Assistenziali delle AISA;

b) due responsabili dei Servizi di Valutazione e Gestione delle Tecnologie Sanitarie delle ASSL e tre responsabili dei Servizi di Valutazione e Gestione delle Tecnologie Sanitarie delle AISA, di cui al successivo comma 4 del presente articolo;

c) tre membri nominati dall'Assessore alla Salute e Politiche Sociali e due nominati dall'Assessore alle Attività Produttive, tra gli esperti con documentata esperienza scientifica nella valutazione epidemiologica, sociale ed economica delle tecnologie sanitarie.

4. Presso ciascuna ASSL e AISA è costituito il Servizio Valutazione e Gestione delle Tecnologie Sanitarie, facente capo alla Direzione Sanitaria. Tali servizi sono diretti da dirigenti che dimostrino un'esperienza dirigenziale almeno quinquennale nel settore della gestione del farmaco, dei dispositivi medico chirurgici o dei percorsi diagnostici ed assistenziali, presso strutture od enti pubblici od aziende o strutture private, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità di risorse umane, tecniche o finanziarie, garantendo la multidisciplinarietà delle rappresentanze. Tale servizio si occupa del monitoraggio terapeutico del farmaco e dei dispositivi medici, promuovendone un utilizzo sicuro, razionale, efficace ed efficiente, in aderenza alle raccomandazioni prodotte dal CoLFaPPDiM. Il Servizio si occupa anche delle attività relative alla farmaco-economia, la farmaco-epidemiologia e la farmacovigilanza.

5. Entro centottanta giorni dall'approvazione della presente legge, l'Agenzia Regionale Centrale Acquisti (ARCA) identifica, sentite le Associazioni di Categoria interessate ed eventuali esperti specifici, unitamente al Gruppo di Lavoro di cui al comma 4 del precedente articolo 17, le tipologie di farmaci, protesi e di altri presidi medico chirurgici suscettibili di messa a gara su base regionale e successivamente macroregionale, ovvero su dimensione di ASSL o di AISA, ivi compresi i prodotti ad equivalenza terapeutica.

6. Per le modalità di acquisto dei dispositivi medici si farà riferimento ad un accordo quadro gestito direttamente da ARCA, che definirà i prezzi massimi e le caratteristiche dei prodotti e ad un

successivo confronto competitivo, come da art. 59 del D.lgs 163/06, di competenza delle singole ASSL ed AISA, che provvederanno all'aggiudicazione definitiva dei singoli lotti di prodotto.

Art. 25

(Norme in materia di Tutela della Salute Mentale)

1. Il presente titolo disciplina, ai sensi degli articoli 34 e 64 della legge 833/1978, l'istituzione dei servizi territoriali che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale orientate al contenimento del danno, alla "guarigione", al massimo accrescimento delle potenzialità della persona, al passaggio dalla "cura" al "prendersi cura". Contempla lo sviluppo di modelli di presa in carico integrata, sanitario e sociale, capaci di operare in un contesto di reti sociali comunitarie, di intervenire in modo proattivo e multidisciplinare, di garantire l'esercizio dei diritti, la continuità di cura, la presa in carico della persona e della famiglia e la valorizzazione del loro sapere esperienziale.

2. Gli obiettivi di salute da perseguire prioritariamente sono:

a) prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, da conseguire mediante il collegamento dipartimentale delle unità operative di psichiatria, di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dei SERT, dei NOA e delle Unità Operative di psicologia, con il coinvolgimento delle unità d'offerta sociosanitarie;

b) prevenzione delle conseguenze familiari, sociali e lavorative del disagio mentale e delle malattie mentali, fondando gli interventi di cura e di riabilitazione sull'articolazione territoriale dei servizi collegati alle reti sociali;

c) reinserimento sociale, di rilevanza terapeutica o finalizzato alla prevenzione terziaria, delle persone con disturbi mentali o patologia psichiatrica, sviluppando il pieno diritto di cittadinanza;

d) per quanto attiene ai progetti terapeutici e alla prevenzione terziaria, inserimento e mantenimento nell'attività lavorativa delle persone con problemi di salute mentale, attuando interventi concordati con le rappresentanze imprenditoriali, cooperativistiche, sindacali e con la pubblica amministrazione a cui va dato indicazione di applicare quanto previsto dall'art. 5 della Legge 381/1991, utilizzando, quando possibile, cooperative sociali che impiegano utenti dei servizi. Laddove sussistano maturate esperienze di "supporto tra pari", al fine di valorizzare il sapere esperienziale degli utenti, possono essere sperimentate forme di incentivazione economica;

e) riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero, in particolare di quello coatto, attraverso il potenziamento dell'attività sul territorio, compresa quella al domicilio della persona;

f) favorire processi di pratica clinica che diminuiscano la necessità al ricorso con progressiva riduzione fino all'eliminazione delle contenzioni meccaniche nelle strutture pubbliche e private.

3. La tutela sociosanitaria delle persone con disturbo mentale o patologia psichiatrica si attua mediante l'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale, una struttura organizzativa integrata e interdisciplinare che aggrega le Unità Operative di psichiatria, le Unità Operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, i SERT, i NOA, le Unità Operative di psicologia clinica e della riabilitazione, le unità operative per la tutela della salute mentale in carcere e la gestione delle misure di pena alternative al carcere o al ricovero nelle ricovero nelle REMS delle persone portatrici di disturbo mentale e autrici di reato e che predispone modelli di intervento, articolati nella rete ospedaliero territoriale efficaci per la gestione delle situazioni di urgenza ed emergenza.

4. L'unità operativa di psichiatria dispone dei seguenti presidi:

a) Servizi psichiatrici di diagnosi e cura ubicati nelle strutture ospedaliere con un numero di posti letto secondo i tassi previsti dalle indicazioni della programmazione sanitaria di un posto letto ogni 10.000 abitanti, limitato alla sola fase di gravi acuzie, sviluppando modelli operativi secondo le indicazioni fornite dai Gruppi di Lavoro di cui al comma 4 dell'art. 16 della presente legge.

b) Centri psico sociali per le attività terapeutiche e riabilitative, ambulatoriali, domiciliari, di accompagnamento, individuando specifici criteri di accreditamento e sperimentando soluzioni

innovative di assistenza territoriale in grado di rispondere alla domanda di salute, in stretta collaborazione con la programmazione territoriale e regionale;

c) strutture residenziali psichiatriche con un massimo di venti posti per struttura;

d) centri diurni

5. a) Per completare la gestione della problematica della Salute Mentale è istituito il Servizio di Psicologia:

a) È un servizio sanitario presente sul territorio, modulato su due livelli di intensità distribuiti nella rete ospedaliera e territoriale, che si pone in modo trasversale rispetto a tutti i servizi già presenti, per l'accoglienza dei bisogni e delle fragilità dei cittadini e la promozione del benessere psicologico; b) il Servizio di Psicologia è diretto da uno Psicologo con esperienza pluriennale nei servizi sanitari del Sistema Socio Sanitario Lombardo; a tale Servizio afferiscono di norma tutti gli psicologi operanti nei Servizi Socio Sanitari della Lombardia;

c) il Servizio di Psicologia afferisce al Dipartimento di Salute Mentale ed ha il compito e l'obiettivo di coordinare le attività di psicologia nell'ambito dei percorsi di accoglienza, cura e promozione della salute, offerti dal Sistema Socio Sanitario della Lombardia ai propri cittadini;

d) il Servizio di Psicologia è strutturato in funzione della normativa vigente ed è organizzato secondo il Piano di Organizzazione Aziendale, finalizzato a rispondere adeguatamente alle richieste provenienti dai reparti ospedalieri o dal territorio riguardanti specifici quesiti diagnostici o bisogni di aiuto psicologico ed assistenza psicologica di qualsiasi natura rilevata dagli osservatori epidemiologici delle singole Aziende Sanitarie;

e) il Servizio di Psicologia verrà garantito in ogni ambito sanitario con la presenza di almeno uno psicologo ogni diecimila abitanti. La presenza di psicologi di differenti competenze e/o specializzazioni permetterà di poter rispondere e intervenire in maniera competente, multidisciplinare ed efficace. Il Servizio ha lo scopo di intervenire, fin dalle prime manifestazioni, sui fenomeni di disagio sociale, lavorativo o relazionale nell'ottica di una forte azione di sostegno, prevenzione promozione del benessere e della salute dei cittadini.

f) nell'ambito di alcune aree territoriali, per rispondere alle esigenze sempre più complesse dei cittadini, saranno auspicabili sperimentazioni specifiche con l'utilizzo dello Psicologo di Base in team con altre figure professionali previste nei PreSST;

g) il Servizio di Psicologia svolge le seguenti attività:

1) interventi in ambito residenziale e semiresidenziale in favore di soggetti in situazioni di disagio e/o di fragilità psicosociale;

2) interventi idonei a contrastare situazioni di disagio derivanti da condizioni di fragilità di carattere culturale, sociale, economica e/o lavorativa;

3) interventi di diagnosi psicologica e neuropsicologica e di riabilitazione psicologica e neuropsicologica;

4) interventi a tutela di soggetti fragili minacciati o vittime di violenza fisica, sessuale o psicologica, maltrattamenti o stalking;

5) interventi presso centri di accoglienza per l'assistenza alle donne oggetto di maltrattamenti;

6) interventi in favore delle persone o delle famiglie con membri in condizioni di disabilità;

7) interventi in favore di famiglie ad alto di rischio di disgregazione;

8) interventi in favore di famiglie e persone in situazione di perdita, trauma o lutto anche in seguito a maxi-emergenze;

9) azioni di prevenzione, informazione e comunicazione riguardo ai temi del disagio, della salute mentale e del benessere psicologico e sociale;

10) interventi a supporto delle persone in condizione di stress;

11) interventi a supporto delle persone disoccupate, inoccupate e in cerca di lavoro;

12) interventi di informazione e consulenza nelle scuole finalizzati al benessere della scuola, al successo formativo, al contrasto del disagio giovanile e dei comportamenti a rischio;

13) interventi a sostegno della crescita, dello sviluppo e della socializzazione dei minori;

- 14) interventi specifici a supporto e di prevenzione delle ludopatie ma anche da nuove forme di dipendenza;
 - 15) interventi con anziani dementi o con patologie psicogeriatriche;
 - 16) interventi volti all'umanizzazione dell'assistenza del malato attraverso il miglioramento della qualità della vita, sia dei pazienti che degli operatori sanitari;
 - 17) azioni di supporto e assistenza al malato terminale e alla terapia del dolore;
 - 18) attività di consulenza e di supporto psicologico per la donna e le coppie in corso di procreazione medicalmente assistita o interruzione di gravidanza;
 - 19) supporto psico-sociale alle popolazioni colpite da calamità
 - 20) promozione e supporto di stili di vita positivi e sostenibili.
7. È costituito, presso l'Assessorato competente, l'Ufficio Salute Mentale con compiti di informazione, gestione dei contenziosi e orientamento generale sulla salute mentale.
8. È costituita la Consulta regionale per la salute mentale composta da soggetti istituzionali, operatori e rappresentanti delle Associazioni ed Enti portatori di interessi, con compiti di coordinamento, monitoraggio, verifica degli esiti dell'attività dei Dipartimenti di salute mentale della Regione Lombardia, comprendente l'Osservatorio regionale per la Psicologia e il Benessere Psicologico composto da soggetti istituzionali e da rappresentanti degli operatori e delle Associazioni ed Enti portatori di interessi in ambito psicologico, con compiti di ricerca, monitoraggio, verifica degli esiti dell'attività dei Servizi di Psicologia e delle Unità Operative di psicologia clinica e della riabilitazione.
9. Il passaggio dalla "cura" al "prendersi cura" viene attuato attraverso un riequilibrio tra le attività residenziali e le attività territoriali, con particolare riguardo a queste ultime.
10. La formazione continua degli operatori nella prospettiva del "prendersi cura" è orientata al lavoro d'équipe e di rete del territorio, in un'ottica no restraint. È garantita e organizzata dal Dipartimento di salute mentale in co-progettazione con i soggetti coinvolti, in co-docenza con i soggetti portatori di sapere esperienziale delle diverse categorie e in collegamento con l'università.
11. Gli standard organizzativi per i presidi di cui al comma 3 sono definiti dal d.p.r. 14 gennaio 1997.

Art. 26

(Istituzione dell'Assessorato al Welfare)

1. Al fine di dare piena attuazione alla presente legge, il Presidente della Regione istituisce l'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali (Welfare), riassumendo le deleghe in essere rispettivamente all'Assessorato alla Salute e all'Assessorato alla Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità in essere all'atto dell'approvazione della presente legge.

Art.27

(Promozione e Valorizzazione dell'Attività di Volontariato)

1. La Regione riconosce l'attività di volontariato nella sua essenziale funzione complementare ed ausiliaria finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell'appropriatezza e dell'umanizzazione all'interno dei servizi sanitari in un'ottica sussidiaria.
2. La Regione promuove lo sviluppo associativo e favorisce momenti di aggregazione ed ascolto delle Associazioni di volontariato, anche attraverso l'istituzione di un'apposita consulta, adeguatamente rappresentativa delle risorse presenti ed attive.
3. Le AISA e gli altri soggetti erogatori attivano forme di collaborazione, anche mediante l'individuazione di appositi e spazi convenzionati da dedicare alle associazioni e l'inserimento di un rappresentante delle associazioni al consiglio dei sanitari.
4. Regione Lombardia, anche tramite la FRRB promuove, coordina e incentiva le attività di raccolta fondi ed eventi caritatevoli, adeguatamente finalizzate ad investimenti in tecnologia e/o attività di studio e ricerca, se proposte da soggetti iscritti presso l'apposito albo regionale che dovranno

garantire la totale trasparenza e tracciabilità dei flussi finanziari generati da tali attività a garanzia dei cittadini, dei donatori, dei benefattori e dei potenziali pazienti beneficiari.

Art. 28

(Disciplina transitoria)

1. Transitoriamente, a seguito dell'approvazione della presente legge, il PSSL di cui all'art. 4, per il quinquennio 2016 -2020, sarà proposto dal Presidente della Giunta Regionale, comprensivo delle Regole di Sistema 2016 di cui all'art. 12, entro il 30 Settembre 2015 al Consiglio Regionale, che lo approva entro il 31 Dicembre 2015.

2. Entro centoottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta Regionale, in linea con i principi di cui all'art. 4 della presente legge, approva la Rete Socio Sanitaria Territoriale afferente ad ogni ASSL, fondata sull'integrazione sociosanitaria tra assistenza ospedaliera, territoriale e domiciliare, offerta pubblica e privata integrate.

3. Tale Rete, che potrà essere realizzata con tempistiche differenziate in funzione delle evoluzioni organizzative e prestazionali territoriali ed anche attraverso sperimentazioni specifiche finalizzate alla corretta valutazione del rapporto costo/beneficio, sarà articolata attraverso l'identificazione delle relative Strutture centrali e periferiche, pubbliche e private, ivi compresa la loro eventuale riconversione, le risorse umane e strumentali destinate ed il modello organizzativo proposto, salvaguardando il duplice principio di centralizzazione dei servizi d'eccellenza e superspecialistici e di devoluzione periferica territoriale e domiciliare delle prestazioni generalistiche ed a media e bassa intensità assistenziale.

4. Nella Rete dovrà essere esplicitata l'organizzazione di una rete diagnostica, terapeutica, assistenziale e riabilitativa idonea all'erogazione territoriale di adeguate prestazioni in termini di sicurezza e qualità dell'offerta, valorizzando le Strutture insistenti sul Territorio, a partire dalle AIS, dalle RSA, dalle Farmacie di Servizio, dai Poliambulatori Specialistici, dalle aggregazioni di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, dall'Infermiere di Famiglia e di Comunità e dalle Professioni Sanitarie riconosciute, anche organizzate in aggregazioni funzionali, promuovendo la Telediagnostica ed il Telemonitoraggio, con postazioni allocate nei Presidi Ospedaliero Territoriali e nei Presidi Socio Sanitari Territoriali di cui all'articolo 7.

5. Nella realizzazione della Rete Socio Sanitaria Territoriale dovrà essere riservato particolare riguardo alla protezione delle fragilità e della Famiglia, promuovendo il ricorso ai più moderni supporti tecnologici, con particolare riguardo ai Minori, ai Disabili ed agli Anziani, prevedendo per questi ultimi un'offerta multifattoriale integrata domiciliare, semiresidenziale e residenziale completa, ivi compresi tutti quegli accorgimenti necessari a migliorare l'housing sociale ed il mantenimento delle abitudini di vita del soggetto fragile.

6. Nella Rete Socio Sanitaria Territoriale saranno definiti i ruoli delle Farmacie, valorizzando in particolare:

a) La garanzia di uniformità ed assistenza al Cittadino, attribuendo al livello regionale i compiti di stesura delle convenzioni di assistenza integrativa;

b) La tutela del valore della presenza capillare della farmacia sul Territorio, mantenendone integra l'interconnessione con i punti di Assistenza delle Cure Primarie.

7. Entro centoottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge le ASSL, attraverso l'attivazione di tutti i Soggetti operanti sul territorio di propria competenza, in collaborazione con Lombardia Informatica S.p.A., che provvederà ad uniformare i sistemi informatici di tutte le Strutture afferenti al Sistema Socio Sanitario Lombardo, al fine di consentire una corretta informazione al Cittadino ed un'omogenea trasmissione ed elaborazione dei dati clinici e programmatici, aggiornano la Carta Regionale dei Servizi con tutta la documentazione clinica pregressa della Persona, erogando tutte le prestazioni in regime di "paper free" attraverso la Carta Regionale dei Servizi stessa ovvero ad accesso diretto dalla rete Internet, ivi compresa la prenotazione e l'eventuale pagamento delle compartecipazioni attraverso la metodologia on-line, mantenendo la documentazione cartacea esclusivamente dietro esplicita richiesta del Cittadino. Il

database contenuto nella Carta Regionale dei Servizi sarà altresì utilizzato per la certificazione fiscale delle compartecipazioni e delle spese sostenute dal Cittadino.

Art. 29

(Abrogazioni esplicite della L.R. 33/09)

1. Sono esplicitamente abrogati i seguenti Titoli della L.R. 33/09: TITOLO I, TITOLO II (tranne gli articoli 16, 21, 22, 23 e 25, rinominati da 23 a 27 del presente Titolo I), TITOLO III, TITOLO V, TITOLO VI (limitatamente al Capo III), TITOLO IX.

Art. 30

(Norma finanziaria)

All'attuazione della presente legge si provvede con le risorse allocate nel bilancio regionale 2015-2017.